PRACTICAS DE LA ALIMENTACION DEL LACTANTE Y NIÑO PEQUEÑO Y SU RELACION CON LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN EL MUNICIPIO DE MANIZALES, DURANTE EL PERIODO 2011-2014

LEIDY LISBETH MORENO MEZA

OSCAR DAVID PALMA LOZADA

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES

FACULTAD DE SALUD

MANIZALES

2015

PRACTICAS DE LA ALIMENTACION DEL LACTANTE Y NIÑO PEQUEÑO Y SU RELACION CON LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN EL MUNICIPIO DE MANIZALES, DURANTE EL PERIODO 2011-2014

LEIDY LISBETH MORENO MEZA

OSCAR DAVID PALMA LOZADA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR AL TITULO DE MAGISTER EN SALUD PÚBLICA

ASESORA:

DORA CARDONA RIVAS. PhD.

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES

FACULTAD DE SALUD

MANIZALES

2015

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE TABLAS 5

LISTA DE FIGURAS 7

PRESENTACIÓN 8

RESUMEN 10

SUMMARY 11

1. AREA PROBLEMÁTICA 12

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA 12

1.2 PREGUNTA 20

2. JUSTIFICACIÓN 21

3. OBJETIVOS 27

3.1 OBJETIVO GENERAL 27

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS 27

4. REFERENTE TEORICO 28

5. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES 46

6. ESTRATEGIA METODOLOGICA 72

6.1 TIPO DE ESTUDIO 72

6.2 POBLACIÓN 72

6.3. TAMAÑO DE LA MUESTRA 73

6.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN 75

6.4.1 FUENTES DE INFORMACION 75

6.4.2 INSTRUMENTOS 75

6.5 ASPECTOS ETICOS 76

6.6 PROCEDIMIENTOS 76

6.7 LIMITACIONES 77

6.8 PLAN DE ANALISIS 78

7. RESULTADOS 80

I. PRACTICA DE LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO LACTANTE Y NIÑO PEQUEÑO ... 80

II. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD 86

III. RELACIÓN ENTRE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y LA PRÁCTICA DE LA ALIMENTACIÓN EN EL LACTANTE Y NIÑO PEQUEÑO 96

a. Análisis Bivariado 96

b. Regresión Logística Múltiple 120

8. DISCUSION 125

9. CONCLUSIONES 131

10. RECOMENDACIONES 132

11. RESULTADOS Y/O PRODUCTOS ESPERADOS 134

12. IMPACTOS GENERADOS 136

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 137

ANEXOS 145

CONSENTIMIENTO INFORMADO 145

COSTO DE LA INVESTIGACION 148

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Mediana de duración de la práctica de Lactancia Materna Exclusiva y complementaria en Colombia y el Departamento de Caldas 16

Tabla 2. Operacionalización de variables 47

Tabla 3. Distribución muestra según grupos etarios y área geográfica 74

Tabla 4 Prácticas de la alimentación del niño lactante y niño pequeño del municipio de Manizales, según área de residencia..... 83

Tabla 5 Comportamiento de los Determinantes Sociales de la Salud en los hogares del niño lactante y niño pequeño del municipio de Manizales, según área de residencia. 88

Tabla 6 Asociación entre los Determinantes Sociales de la Salud y el Inicio Temprano de la Lactancia Materna 96

Tabla 7 Asociación entre los Determinantes Sociales de la Salud y la Lactancia Materna Exclusiva..... 99

Tabla 8 Asociación entre los Determinantes Sociales de la Salud y la Lactancia Materna Continua al año de vida..... 102

Tabla 9 Asociación entre los Determinantes Sociales de la Salud y la Introducción de alimentos sólidos, semisólidos y suaves 104

Tabla 10 Asociación entre los Determinantes Sociales de la Salud y la Dieta Mínima Aceptable..... 107

Tabla 11 Asociación entre los Determinantes Sociales de la Salud y el amamantamiento alguna vez en la vida 109

Tabla 12 Asociación entre los Determinantes Sociales de la Salud y la Lactancia Materna Continuada a los 2 años 112

Tabla 13 Asociación entre los Determinantes Sociales de la Salud y la Lactancia Materna Adecuada según la edad 114

Tabla 14 Asociación entre los Determinantes Sociales de la Salud y el Uso de Biberón 117

Tabla 15 Significancia estadística de la relación entre las variables dependientes e independientes 121

Tabla 16 . Regresión logística binaria..... 121

Tabla 17. Modelo de regresión a la Lactancia Materna Continua a los dos años 123

Tabla 18. Modelo de regresión a la Lactancia Materna Continua a los dos años 124

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Marco Conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud 39

Figura 2 Distribución porcentual de la introducción de alimentos según edad 81

Figura 3 Tendencia porcentual de la práctica de la Lactancia Materna en los menores de 36 meses 86

PRESENTACIÓN

La Organización Mundial de la Salud - OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF, en el año 2003, presentan la estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño “a fin de reavivar la atención que el mundo presta a las repercusiones de las prácticas de alimentación en el estado de nutrición, el crecimiento y el desarrollo, la salud, y en suma, en la propia supervivencia de los lactantes y los niños pequeños”. (1)

Dicha Estrategia mundial “se basa en pruebas científicas de la importancia de la nutrición en los primeros meses y años de vida y del papel fundamental que juegan las prácticas de alimentación correctas para lograr un estado de salud óptimo”. (1)

Y busca “disminuir repercusiones que duran toda la vida y son, entre otras, los malos resultados escolares, una productividad reducida y las dificultades de desarrollo intelectual y social”. (1)

“La Organización Mundial de la Salud, basándose en la reunión de consenso de expertos realizada en noviembre de 2007 en Washington, D.C, recomienda la lactancia exclusiva hasta los 6 meses y motiva a continuar amamantando al niño hasta los 24 meses de edad”. (2) La cual se mantiene a nivel nacional mediante el Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020 y el Plan Decanal de Salud Pública 2012-2021.

La lactancia materna exclusiva considerada la medida más importante para prevenir la muerte infantil en niños menores de 5 años, registra en las últimas décadas descenso con niveles muy inferiores a la media establecida por la OMS.

En Colombia según la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia - ENSIN 2010, la duración total de lactancia materna es de 14.9 meses y la lactancia materna exclusiva de 1.8 meses; se encontró que “la introducción de alimentos complementarios a la leche materna se continúa realizando en forma precoz y la calidad de la dieta es especialmente carente en el grupo de edad de 6 a 8 meses”. “Esta práctica, junto con el uso del biberón que va en aumento, puede desestimular la producción de leche materna”. (3)

Por su parte, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud reporta que “inician tempranamente la leche materna las mujeres con educación superior, mejor nivel

de riqueza y quienes fueron atendidas por profesional de la salud", aun así, "el porcentaje de niños con lactancia materna exclusiva desciende rápidamente durante los primeros 6 meses de vida de los niños, de 63 por ciento en los primeros dos meses de vida a 24 por ciento a los cinco meses". (2)

Tomando como referencia el enfoque propuesto a nivel mundial y nacional de los Determinantes Sociales de la Salud - DSS, definidos como "aquellas situaciones o condiciones o circunstancias que hacen parte del bienestar, calidad de vida, desarrollo humano, que ejercen influencia sobre la salud de las personas y que, actuando e interactuando en diferentes niveles de organización, determinan el estado de salud de la población" (4) y la recomendación realizada por la Asamblea Mundial de la Salud, (5) para generar métodos y datos científicos nuevos con el fin de abordar los determinantes y los gradientes sociales de la salud; la investigación propone identificar la práctica de la alimentación en el lactante y niño pequeño y su relación con los Determinantes Sociales de la Salud, en el municipio de Manizales, durante el periodo 2011-2014.

Para ello se toma como referencia los indicadores y las definiciones establecidas por la OMS, producto de la reunión Mundial de Consenso sobre los Indicadores para evaluar las prácticas de Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño realizada en el año 2007 (6) y el esquema de Determinantes Sociales, propuesto por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud - CDSS, haciendo hincapié en los Determinantes Intermedios y Estructurales.

Para el desarrollo de la misma y de acuerdo a lo propuesto por el Consenso, se planteó evaluar las prácticas de Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño en niños menores de 3 años del área urbana y rural del Municipio de Manizales, que viven con sus madres.

RESUMEN

Objetivo. Identificar las prácticas de la alimentación en el lactante y niño pequeño y su relación con los Determinantes Sociales de la Salud, en el municipio de Manizales, durante el periodo 2011-2014.

Métodos. Estudio de tipo transversal, relacional, con representatividad por área y grupos de edad. Se realizó análisis univariado, bivariado y multivariado; mediante Odds Ratio, Chi 2 y regresión logística.

Resultados. Lactancia materna exclusiva del 36,7%, con una mediana de 2 meses; práctica de lactancia al año del 44,4%, dos años 18,7% y una mediana total de 6 meses. Introducción de alimentos en el 63,38% de los lactantes de 6 a 8 meses; uso de biberón en el 64,3% de los niños de 0 a 23 meses y consumen dieta mínima aceptable el 66,4% de los niños entre 6 y 23 meses. Existe asociación con los determinantes estructurales: estrato socioeconómico, nivel de educación y ocupación de la madre; y con determinantes Intermedios de tipo material, psicosociales, factores biológicos y servicios de salud.

Conclusiones. Relación entre la lactancia Materna continua a los dos años con determinantes Intermedios (vivienda propia, hacinamiento y asesoría profesional) y la dieta mínima aceptable con los determinantes de tipo estructural (estrato socioeconómico) e intermedio (vivienda propia y funcionalidad familiar).

Palabras clave. Conducta alimentaria. Lactancia Materna. Determinantes Sociales de la Salud.

SUMMARY

Objective: Identify on infant and young child feeding practices and their relationship with the Social Determinants of Health, in Manizale's city, during the period 2011-2014.

Materials: Transversal and relational study, with representation by area and age group. Analysis univariate, bivariate and multivariate was employed; by Odds Ratio, Chi 2 and logistic regression.

Results: Exclusive breastfeeding of 36.7%, with a median of 2 months; Practice nursing in the year of 44.4%, two years 18.7% and an overall median of 6 months. Introduction of food in the 63.38% of infants from 6 to 8 months; Bottle use 64.3% of children 0-23 months and consume mínimum aceptable diet 66,4% of children between 6 and 23 months. There is an association with the structural determinants: socioeconomic status, education level and mother's occupation; and intermediate determinants of material type, psychosocial , biological factors and health services.

Conclusion: Relationship between breastfeeding continues for two years with intermediate determinants (Own housing, overcrowding and expert consultation) and the minimum acceptable diet with structural determinants (socioeconomic status) and intermediate (home ownership and family functioning).

Key Words: Feeding Behavior. Breast Feeding, Social Determinants of Health

1. AREA PROBLEMÁTICA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño, adoptada en el año 2002 por la 55ª Asamblea Mundial de la Salud y la UNICEF, reconoció que “la malnutrición ha sido la causa, directa o indirecta, del 60% de los 10,9 millones de defunciones registradas cada año entre los niños menores de cinco años. Más de dos tercios de esas muertes, a menudo relacionadas con unas prácticas inadecuadas de alimentación, ocurren durante el primer año de vida”. (1)

Lutter (7) retoma los resultados de la Lancet 2000 los cuales refieren que “el riesgo de morir por infecciones en niños no amamantados es 5.8 veces más, frente a los niños amamantados”, planteando que esta situación da más sentido al tema de prácticas de nutrición en el niño, iniciando por una lactancia materna en la primera hora de vida.

Los indicadores a nivel mundial, relacionados con la alimentación del lactante y niño pequeño, la mortalidad infantil y el acceso a servicios de salud, entre otros, reflejan la situación de la infancia e incitan a promover políticas en pro del bienestar de dicha población.

Según el informe de estadísticas sanitarias de la OMS, 2013 (8); la práctica de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses a nivel mundial entre el periodo 2005-2012 es del 38%, variando del 18% en países de ingresos altos a un 47% en países de ingresos bajos. Por otra parte el estado de nutrición en menores de 5 años, refleja la suma de diferentes factores que llevan a situaciones de riesgo para dicha población, el 8% de los niños presentan emaciación, el 25.5% retraso en el crecimiento y el 6.6% obesidad.

Mientras que en países de altos ingresos solo se registra el 0.8% de niños emaciados, en países de ingresos medio bajos es del 12%, el retraso de crecimiento pasa del 3.5% al 35.9% y la obesidad de 4% a 8%, lo que refleja la influencia de factores socioeconómicos en el estado de salud y nutrición de la población infantil. (8)

El comportamiento de los indicadores de la práctica de lactancia materna exclusiva en Latinoamérica tiene diferencias importantes entre los países de la

región. Los niños menores de 6 meses de vida que fueron lactados exclusivamente corresponden entre el periodo 2005-2012, en Perú al 71%, Bolivia 60%, Guatemala 50%, Cuba 49%, Colombia 43%, Brasil 40%, Paraguay 14% y Venezuela 12%. (8)

En Suramérica, los niños menores de 5 años tienen diferencias importantes con relación a indicadores del estado de salud y nutrición; mientras que la emaciación pasa de 0.3% en Chile a 0.9% en Colombia y 4.1% en Venezuela; el retraso de crecimiento va de 2% en Chile, 12.7% en Colombia a 27.2% en Bolivia y la obesidad 4.8% en Colombia, 9.5 en Chile y 9.9% en Argentina. (8)

La tasa de mortalidad en menores de 5 años por 1000 NV en la región, durante el año 2011, registro diferencias que van desde una tasa de 8 en Chile, 18 Colombia a 51 Bolivia. Y la atención prenatal en la región durante el periodo 2005-2012, registra diferencias que van de garantizar el acceso a 4 controles prenatales al 90% de las mujeres gestantes y el 100% de atención del parto por personal cualificado en Uruguay, 89% y 99% en Colombia a 72% y 71% en Bolivia o 47% y 98% en Venezuela respectivamente. (8)

En la reunión Subregional de los países de Suramérica, (9) se reconoce que “la etapa prenatal y los dos primeros años de vida del niño pequeño, (un año antes y dos después del nacimiento) constituyen una “ventana de oportunidad” para prevenir la mortalidad infantil atribuible a la desnutrición y promover la nutrición, la salud y el desarrollo óptimo” y “que el desarrollo cognitivo y motor infantil está estrechamente vinculado con la nutrición y la salud”.

> “Para sobrevivir y desarrollar plenamente su potencial, los niños necesitan servicios de salud, una alimentación nutritiva y una educación que enriquezca sus mentes y los dote de conocimientos y habilidades útiles para la vida. De igual modo, deben poder vivir libres de violencia y explotación, y disponer de tiempo y espacios para el juego. Así, el derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo abarca una serie de indicadores que deben medirse para poder garantizar su realización”. (10)

Para garantizar este contexto, se reconoce que existen diferentes circunstancias que promuevan el desarrollo integral, las cuales pueden estar condicionados por los Determinantes Sociales de la Salud, definido como las condiciones en que las personas nacen, viven, trabaja y se envejece; condiciones relacionadas con determinantes de tipo social, económico, cultural, político, biológico y medioambiental; y que representan mayor o menor vulnerabilidad para la población.

En Suramérica, principalmente en Brasil se han realizado diversas investigaciones, con el objeto de identificar los determinantes relacionados con la práctica de la alimentación del menor y establecer con esto recomendaciones puntuales que contribuyan a generar resultados e impacto positivo.

Gonzales Teresita, Escobar Leticia, Gonzales Luz y Rivera Juan, (11) realizaron revisión y análisis a las Prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en México, tomando como referencia la Encuesta Nacional Salud y Nutrición de México 2012, utilizando los indicadores propuestos por la OMS, variables geográficas, socioeconómicas, inclusión en programas sociales y acceso a servicios de salud.

> "Los principales hallazgos corresponden a una mediana de duración de la práctica de la 10.2 meses y 14.4% con lactancia materna exclusiva (LME) en menores de 6 meses. Este descenso se explica por un incremento en el porcentaje de niños que consumen fórmula infantil, otras leches y agua. Adicionalmente encuentran que el inicio y duración de la Lactancia Materna fueron más cortos en zonas urbanas y mayores en las grandes urbes y que el deterioro de la práctica de la lactancia materna y alimentación del niño pequeño afecta más a los grupos de mayor vulnerabilidad social: indígenas, medio rural, nivel socioeconómico bajo, quienes no reciben servicios de salud y madres que no cuentan con un empleo remunerado". (11)

Gomez Gisele, Gubert Muriel, (12) evaluaron la alimentación materna en niños menores de dos años en cuanto a la seguridad alimentaria y nutricional en Brasil, dicha investigación tenía como objetivo verificar la asociación entre la situación familiar en cuanto a la seguridad alimentaria y nutricional y la práctica de la alimentación materna en niños menores de 2 años, utilizando la información de 1635 niños menores de 2 años que participaron en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Brasil, en el año 2006, encontrando que aproximadamente el 58% de los niños fueron amamantados y el 47% residían en viviendas con inseguridad alimentaria. Y la prevalencia de alimentación materna fue mayor en los niños que viven en viviendas con inseguridad alimentaria y nutricional en un 41% con relación al 29% de los niños que residían en hogares considerados seguros.

Carletti Queluz Mariangela, Pereira, Dos Santos, Moraes y García, (13) realizaron un estudio transversal, cuantitativo, con el objeto de identificar la prevalencia y determinantes del amamantamiento materno exclusivo en lactantes menores de 6 meses, en el Municipio de Serrana-Sao Paulo, Brasil en 2009, en el que se

identificó de 275 niños participantes, que apenas 29,8% estaban en amamantamiento exclusivo. En los análisis univariados se verificó que madres que trabajan fuera sin licencia maternal, madres que no trabajan fuera, adolescentes y el uso del chupete presentan mayor chance de interrupción del amamantamiento exclusivo. En el análisis multivariado, las madres que trabajan fuera sin licencia maternal tienen tres veces más posibilidades de destetar precozmente a sus hijos.

Carrascoza Karina, Possobon, Bovi, Costa y Alves, (14) con el objetivo de identificar las variables potencialmente relacionadas con el abandono de la lactancia materna exclusiva en los niños participantes de un programa interdisciplinario que promueve la alimentación materna, realizaron un estudio longitudinal, mediante acompañamiento clínico a 111 niños y padres, con análisis univariado y regresión logística múltiple, en el cual concluyeron que el uso del biberón (OR 4,65; IC95% 1,66-12,99), el trabajo materno (OR 2,44; IC95% 0,91-5,62) y el alto nivel socioeconómico (OR 11,46; IC95% 3,09-42,37) están asociados a la interrupción de la lactancia materna.

Demétrio F, (15) en la investigación Factores asociados a la interrupción precoz de la lactancia materna, evalúo 531 niños con un seguimiento hasta los dos años en los Municipios de Recôncavo da Bahia, Brasil, encontrando una duración mediana de 74,73, 211,25 e 432,63 días, respectivamente, para la lactancia materna exclusiva, alimentación complementaria y lactancia total. La ausencia al control prenatal eleva un 173% (HR = 2,73; IC95%: 1,89-3,93) el riesgo de disminuir la duración de la lactancia materna exclusiva, en 83% (HR = 1,83; IC95%: 1,06-3,16) el riesgo de adopción de la alimentación complementaria y en un 38% (HR = 1,38; IC95%: 1,06-1,81) el riesgo de descontinuar la lactancia materna. El trabajo de la madre fuera de la vivienda o el área de residencia urbana aumentan el riesgo de interrupción precoz de la lactancia.

En Colombia, los datos oficiales del estado de la Lactancia Materna y la alimentación del niño pequeño se encuentran en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Colombia y la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010.

“La Lactancia Materna Exclusiva durante los primeros seis meses de edad, fue de 0.5 meses en 1986 y a partir del año 2000 aumentó de 0.7 a 2.2 meses hasta el 2005; posteriormente en el año 2010 descendió levemente a 1.8 meses”. (3)

Según la Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia en sus versiones 2005 y 2010; se evidencia que la práctica de lactancia materna continua en menores de 24 meses, aumentó tanto en la Región Central como en el

departamento de Caldas, no obstante en el país se mantuvo el mismo valor de 14,9 meses, sin embargo, en los dos años que se registró el estudio, el departamento de Caldas presentó una duración mediana inferior a la del país y la región Central. (3)

En lo referente a la mediana de duración de la lactancia materna exclusiva en menores de seis meses se evidencia que el país, la región central y el departamento de Caldas presentaron retrocesos en esta práctica; este último disminuyó su mediana de duración de lactancia materna exclusiva en 0,8 meses entre el 2005 y 2010. No obstante, Caldas para el año 2010 termina presentando 0,4 meses más en la práctica de lactancia materna exclusiva en comparación con la región central, pero no logra igualar la mediana de duración nacional de 1,8 meses. (3)

Tabla 1. Mediana de duración de la práctica de Lactancia Materna Exclusiva y complementaria en Colombia y el Departamento de Caldas

Región	Mediana duración lactancia continua en menores de 24 meses		Mediana duración lactancia exclusiva en menores de 6 meses	
	2005	2010	2005	2010
País Colombia	14,9	14,9	2,2	1,8
Región Central (Antioquia, Huila, Tolima, Risaralda, Caldas, Quindío, Caquetá)	11,9	12,8	1,8	1,2
Departamento Caldas	7,9	11,3	2,4	1,6

Tomado y Adaptado de: ENSIN 2005 y 2010, Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia; Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Profamilia, Instituto Nacional de Salud, Ministerio de la Protección Social, Colombia 2010.

Con relación al inicio de otros alimentos, “a los niños menores de 3 años se les iniciaron de manera prematura alimentos líquidos distintos a la leche materna a los

2,7 meses, alimentos blandos o semisólidos a los 5,3 meses y sólidos a los 8 meses". (3)

Otros aspectos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2) y la Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010 (3), a resaltar son:

- "El 96% de las madres inició el amamantamiento de su hijo al nacer. El 4% que nunca amamantó fue principalmente porque, según la madre, no le bajó leche (23%), el niño falleció (21%), el niño rehusó la leche materna (18%), el niño estaba enfermo (11%), madre enferma o débil (8%), problemas del pezón (7%), problemas de succión del niño (4%)".

- "Un menor porcentaje de mujeres inicia la lactancia en la primera hora en la zona rural" e "inician tempranamente la leche materna las mujeres con educación superior, mejor nivel de riqueza y quienes fueron atendidas por profesional de la salud".

- "El porcentaje de niños con lactancia materna exclusiva desciende rápidamente durante los primeros 6 meses de vida de los niños, de 63 % en los primeros dos meses de vida a 24 % a los cinco meses".

- "La duración total de lactancia materna de mujeres en el año 2010 en Colombia fue de 14.9 meses. La mayor duración se presentó en la región y subregión de Orinoquía y Amazonía (19.1 meses); Tolima-Huila-Caquetá (18.7 meses); Cauca-Nariño sin Litoral (17.8 meses). Las menores duraciones se observan en Barranquilla (9.1 meses); Medellín (10.1 meses); Caldas-Risaralda-Quindío (10.5 meses); y Valle sin Cali ni Litoral (10.6 meses). Boyacá y Guainía fueron los departamentos que más se acercaron a la recomendación internacional de 24 meses con mujeres que amamantaron 22.6 y 22.9 meses en promedio, respectivamente. Las mujeres residentes en zona rural, con menos años de educación formal y menor nivel de riqueza amamantaron durante más tiempo".

- "La lactancia materna exclusiva es de muy corta duración, con una mediana de 1.8 meses. El departamento de Amazonas es el que más se aproximó a la recomendación internacional de 6 meses, con una duración de 5.5 meses, seguido por Vaupés (5.4 mes), Casanare (4.6 meses), Boyacá (4.5 meses) y Guainía (4.0 meses). En tres de las cuatro

grandes ciudades (Cali, Medellín y Barranquilla) y en la región Caribe se observa lactancia materna exclusiva de menos de 1 mes de duración".

- "La lactancia materna predominante, definida como lactancia materna exclusiva y leche materna complementada con otros líquidos no-lácteos, fue de 2.7 meses en promedio".

En el contexto de determinantes, Jiménez y Benítez, (16) realizaron un análisis de determinantes sociales de la desnutrición en Latinoamérica, en el que se destacan como principales reflexiones, que 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.

Jesús Rodríguez-García y Naydú Acosta-Ramírez (17) en la investigación denominada Factores Asociados a la Lactancia Materna Exclusiva en Población Pobre de Áreas Urbanas de Colombia, realizado mediante una muestra de mujeres de barrios pobres de Cali, Cartagena, Medellín e Ibagué, encontraron como variables asociadas significativamente con el tiempo de lactancia exclusiva: el uso del biberón en el hospital, ocupación, estado conyugal y relación con el jefe de hogar de la madre. Y el "no uso de biberón en el hospital" fue el factor más asociado con una mayor duración del tiempo de lactancia materna exclusiva, para el total de casos y la ciudad de Medellín.

Aun cuando se reconoce que la alimentación infantil es decisiva para un buen desarrollo físico y mental e influye directamente en el futuro de la persona en su contexto familiar, social y económico; la práctica de la nutrición infantil en el país se aleja de los estándares recomendados y de acuerdo a la Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia, se encontraron diferencias, con relación a variables socio demográficas.

Esta situación que es desfavorable a nivel nacional, en el Municipio de Manizales, no es posible analizarla, ya que a la fecha no cuenta con datos del comportamiento de los indicadores de la alimentación del lactante y niño pequeño, así como tampoco de datos relacionados con los Determinantes Sociales de la Salud, que permitan a corto, mediano y largo plazo, responder adecuada y

oportunamente a las necesidades locales y establecer políticas públicas en torno a la salud infantil.

Por lo anterior, la investigación plantea caracterizar la práctica de la alimentación del lactante y niño pequeño mediante la identificación de los siguientes indicadores:

- Inicio de lactancia materna (ILM)
- Lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses (LME)
- Lactancia materna continua al año de vida (LMC1)
- Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o suaves (IAS)
- Diversidad alimentaria mínima (DAM)
- Frecuencia (número) mínima de comidas diarias (FMC)
- Dieta mínima aceptable (DMA)
- Niños que fueron amamantados alguna vez (AAV)
- Lactancia materna continua a los 2 años (LMC2)
- Lactancia materna adecuada según la edad (LMAE)
- Lactancia materna predominante antes de los 6 meses (LMP)
- Duración de lactancia materna (DLM)
- Alimentación con biberón (AB)
- Frecuencia (número) de tomas de leche por niños no-amamantados

A su vez, como es planteado por Palomino P, Grande M y Linares M. (18) quienes expresan que la salud y la calidad de vida son un resultado social directamente relacionado con las condiciones generales de la vida de las personas y con la forma de vivir, y que la práctica de la alimentación del lactante y niño pequeño no es ajena a la injerencia que tienen los Determinantes Sociales de la Salud, la investigación busca proporcionarle al Municipio de Manizales, herramientas que permitan intervenir en la salud y nutrición del niño pequeño, desde los determinantes estructurales como la posición socioeconómica, clase social y el

género, y determinantes intermedios como circunstancias materiales, factores conductuales y biológicos, factores psicosociales y acceso a servicios de salud.

1.2 PREGUNTA

¿Cuáles son las prácticas de la alimentación en el lactante y niño pequeño y su relación con los Determinantes Sociales de la Salud, en el municipio de Manizales, durante el periodo 2011-2014?

2. JUSTIFICACIÓN

“La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud – CDSS, desarrolla un aspecto específico del concepto de salud, y es que la salud está estrechamente relacionada con las condiciones en las que la vida tiene lugar”. En consecuencia, existe una relación entre los resultados en salud de las personas y “las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen”, entendidas estas condiciones como aquellas “que tienen que ver con el contexto social y político de los países y con las condiciones de vida de cada persona; apuntan tanto a las características específicas del contexto social que influyen en la salud, como a las vías por las cuales las condiciones sociales se traducen en efectos sanitarios”. (4)

> “Estas condiciones se conocen como Determinantes Sociales de la Salud, un término resumido usado para incluir los determinantes sociales, económicos, políticos, culturales y medioambientales de la salud. Los determinantes más importantes son los que dan lugar a una estratificación dentro de una sociedad (determinantes estructurales), como la distribución de ingresos, la discriminación (por ejemplo, por razón de género, clase, etnia, discapacidad u orientación sexual) y las estructuras políticas y de gobernanza que refuerzan las desigualdades en el poder económico en lugar de reducirlas. Estos mecanismos estructurales que influyen en las posiciones sociales de los individuos constituyen la causa principal de las inequidades en salud. Las discrepancias atribuibles a estos mecanismos configuran el estado de salud y los resultados de salud de cada individuo, a través de su repercusión sobre determinantes intermedios, como las condiciones de vida, las circunstancias psicosociales, los factores conductuales o biológicos y el propio sistema de salud”. (19)

Dicha comisión, plantea que las desigualdades se observan en las condiciones de vida de la primera infancia, la escolarización, la naturaleza del empleo y las condiciones de trabajo, las características físicas del medio construido y la calidad del medio natural en que vive la población. Según el carácter de esos entornos, las condiciones físicas, el apoyo psicosocial y los esquemas de conducta variarán para cada grupo, haciéndoles más o menos vulnerables a la enfermedad. La estratificación social también crea disparidades en el acceso al sistema de salud y en su utilización, lo que da lugar a desigualdades en la promoción de la salud y el

bienestar, la prevención de enfermedades y las posibilidades de restablecimiento y supervivencia tras una enfermedad.

Por lo anterior, la CDSS generó recomendaciones para que se subsanen las desigualdades sanitarias, las cuales se concentran en: mejorar las condiciones de vida, luchar contra la distribución no equitativa del poder, el dinero y los recursos, y medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones. (20)

En consecuencia recomienda, mejorar el bienestar de las niñas y las mujeres, y las condiciones en que nacen los niños; favorecer el desarrollo de la primera infancia y la educación para los niños y las niñas, mejorar las condiciones de vida y de trabajo y formular políticas de protección social dirigidas a toda la población. E invita a reconocer que existe un problema y conseguir que se evalúe la magnitud de la inequidad sanitaria como un punto de partida esencial para la acción, así como a dar mayor cabida a los DSS en la investigación en materia de salud pública.

Esta última es reconsiderada en la Estrategia para la Alimentación del lactante y niño pequeño de la OMS, donde se recomienda el desarrollo continuo de investigaciones clínicas y poblacionales y el estudio de los factores comportamentales, como ingredientes esenciales para mejorar las prácticas de alimentación.

Dichos insumos técnicos son considerados relevantes en el objetivo de esta investigación, ya que el abordaje planteado permite obtener información que oriente las políticas vigentes sobre alimentación y nutrición, para que atiendan integralmente los principales problemas de nutrición del lactante y niño pequeño y aborden su distribución dentro de la sociedad, promueva el posicionamiento de la nutrición en un lugar central en las políticas de otros sectores y del Plan de Desarrollo Local, favoreciendo el establecimiento de un mecanismo de gobernanza intersectorial y la participación de las comunidades locales.

Retomando estos elementos como fundamentales en el desarrollo integral de la primera infancia, existen diversas instituciones que han unido sus esfuerzos en procura de un ambiente favorable para la salud y nutrición de los niños. La Organización Panamericana de la Salud - OPS, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF y la OMS, entre otros han generado documentos que se convierten en la carta de navegación del nivel político, administrativo y técnico, los cuales han venido integrando y describiendo la situación de la población infantil con relación a la nutrición, los efectos que genera a nivel social la malnutrición, así

como la necesidad de lograr la interacción de diferentes determinantes para mejorar las condiciones de la población materno infantil, alcanzar compromisos mundiales planteados como mecanismos para promover una mejor respuesta y alcanzar niveles favorables de salud y nutrición infantil, mejorar el entorno político, coordinar a los diversos actores, impulsar la adopción de políticas y legislación y ampliar rápidamente las medidas nutricionales eficaces.

A nivel mundial, la OMS mediante el plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y niño pequeño en el año 2014 (21), socializa la situación nutricional de la población infantil, resaltando que; “en el año 2010, alrededor de 115 millones de niños de todo el mundo presentaban insuficiencia ponderal, 55 millones tenían bajo peso en relación a la talla, 171 millones de niños menores de cinco años sufrían retrasos del crecimiento”, y que “la malnutrición infantil es la causa subyacente de un 35% de las defunciones de menores de cinco años y más de dos millones de niños mueren cada año por haber padecido desnutrición antes de los cinco años”.

A su vez, refiere que “la malnutrición influye negativamente en el desarrollo cognitivo, el rendimiento escolar y la productividad”, y que “el retraso del crecimiento y la carencia de yodo y de hierro, combinados con una insuficiente estimulación cognitiva, están entre los principales factores de riesgo responsables de que alrededor de 200 millones de niños, según las estimaciones, no logren desarrollarse al máximo de su potencial”.

Dicho plan tiene por ambición aliviar la doble carga que supone la malnutrición infantil, empezando desde las primeras etapas del desarrollo, concentrando esfuerzos en el periodo que va desde la concepción hasta los dos años. Y establece las metas mundiales de nutrición respaldadas por la Asamblea de la Salud en la resolución WHA65.6; las cuales son enfocadas al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio – ODM. Aspectos relevantes, tomando en cuenta que la nutrición infantil está directamente relacionada con el logro de cuatro Objetivos de Desarrollo del Milenio: Erradicar la pobreza extrema y el hambre, lograr la enseñanza primaria universal, promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer y reducir la mortalidad infantil.

Colombia, a su vez, reconoce que la adecuada alimentación es de gran importancia para la supervivencia, crecimiento, desarrollo, salud y nutrición de lactantes y niños, y plantea desde Constitución Política la responsabilidad del estado frente a las garantías de una adecuada salud y nutrición, obligación que

retoma mediante la estructuración, desarrollo y seguimiento de Políticas Públicas y Planes que integran el accionar de diferentes sectores.

Mediante CONPES Social 91 del 14 de marzo de 2005 Colombia, adoptó "Las metas y estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio - ODM - 2015", reafirmando y modificando sus compromisos mediante Conpes 140 de 2011. En dicho documento se establecen para cada uno de los objetivos, las metas particulares que el país espera alcanzar en el año 2015, así como las estrategias necesarias para implementar y fortalecer su consecución.

A través del CONPES 113 de 2007, (22) Colombia adopta la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional - PNSAN, la cual establece como meta Incrementar en 2 meses la duración media de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses y con alimentación complementaria adecuada a 2015.

Y mediante el Plan Decenal de la Lactancia Materna 2010-2020 (23) el país ratifica su compromiso con los acuerdos internacionales y nacionales y enmarca las acciones en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Y plantea como fines:

- Disminución de la mortalidad infantil evitable por desnutrición.
- Disminución de los índices de desnutrición en menores de 2 años.
- Disminución de los años de vida perdidos relacionados con la desnutrición en menores de 2 años.
- Niños y niñas en Colombia reciben lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad.
- Niños y niñas en Colombia a partir de los 6 meses siguen siendo amamantados hasta los dos años, simultáneamente con alimentación complementaria adecuada.

A su vez el Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012-2021 (4), en la Dimensión de Seguridad alimentaria y nutricional, componente consumo y aprovechamiento biológico, retoma la meta de la PNSAN y establece:

- A 2015, incrementar en 2 meses la duración media de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses.

- Reducir la mortalidad infantil evitable por desnutrición en forma progresiva: el 30% en el 2013, el 50% en el 2015 y el 100% en 2020.

- A 2021, reducir a 2.60% la prevalencia de desnutrición global en niños y niñas menores de 5 años, y a 8% la prevalencia de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años.

- A 2015, reducir a 20% la anemia en niños y niñas menores de cinco años.

Los actuales lineamientos nacionales relacionados con la Salud Pública, toman como modelo de intervención los Determinantes Sociales de la Salud, y con esto no sólo se reconoce a nivel nacional como relevante el comportamiento de los indicadores, sino que se asume una posición conjunta mediante la cual se reconoce que actuar sobre estos, conlleva a aunar esfuerzos para trabajar sobre la base generadora de problemas en salud, mejorar la calidad de vida de las personas, disminuir brechas y promover un entorno equitativo.

Estos documentos, en sus componentes de gestión en salud pública, promueven la necesidad de contar con información que permita conocer la situación actual del estado de salud y nutrición de la población a directivos, técnicos y comunidad en general, para promover la intervención según rol y resultados y orientar el abordaje, seguimiento y evaluación a la implementación de nuevas tecnologías.

Por lo anterior, y teniendo en cuenta que a la fecha el Municipio de Manizales, no dispone de información sobre el comportamiento de la práctica de la alimentación del lactante y niño pequeño y que la información existente con relación a Determinantes Sociales de la Salud es abordada de manera independiente e incipiente desde el concepto de factores de riesgo; el desarrollo de la investigación planteada se convierte en primera instancia, en una herramienta generadora de nuevo conocimiento, el cual se podrá referenciar como línea base y dicha información se potencia, al permitir:

- Ser un insumo para evaluar y reformular la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional del Municipio de Manizales 2005 - 2015

- Evaluar el cumplimiento de metas a nivel local y nacional

- Apoyar el desarrollo del Observatorio en Salud Pública de Manizales, el cual constituye la primera aproximación local relacionada con el análisis de indicadores en salud bajo el modelo de DSS

- Aportar a la realización del Análisis de la Situación de Salud ASIS del Municipio de Manizales, bajo modelo y enfoques del PDSP para la identificación e intervención de las inequidades en salud

- Incorporar en el modelo de Atención Primaria en Salud del Municipio, elementos técnicos para el abordaje de la práctica de la alimentación del niño lactante y pequeño, acceso a los servicios de salud materno – infantiles y los DSS.

- Promover que en todas las políticas de todos los sectores se incorpore como uno de sus objetivos las condiciones de salud y nutrición del niño lactante y pequeño y la reducción de inequidades a través del abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud.

- Fortalecer la promoción de la salud, mediante la intervención del trabajo intersectorial generando en las comunidades e individuos capacidades y oportunidades para asumir estilos de vida que reduzcan su vulnerabilidad, siendo parte activa del proceso para la mejoría de las condiciones del entorno.

- Desarrollar una estrategia de Comunicación en Salud para la potencialización de la cultura de autocuidado y la modificación de comportamientos críticos.

- Promover, orientar y dirigir el desarrollo de investigaciones periódicas y sistemáticas sobre la situación de salud y nutrición en la primera infancia y la respuesta sectorial, intersectorial, transectorial y comunitaria, que provean evidencia para el planteamiento, monitoreo y evaluación del Plan de Desarrollo y las Políticas Públicas Locales.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar las prácticas de la alimentación en el lactante y niño pequeño y su relación con los Determinantes Sociales de la Salud, en el municipio de Manizales, durante el periodo 2011-2014.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar las prácticas de la alimentación en el lactante y niño pequeño
- Identificar los Determinantes Sociales de la Salud en la población objeto
- Relacionar la práctica de la alimentación del lactante y niño pequeño y los Determinantes Sociales de la Salud

4. REFERENTE TEORICO

Es de conocimiento público que una adecuada y suficiente alimentación en las primeras etapas de la vida incluyendo la etapa gestacional y aun la pre-concepcional determina el potencial físico e intelectual del fututo individuo con repercusiones posteriores en la sociedad.

> “La malnutrición en los primeros años de vida puede tener consecuencias humanas y económicas catastróficas a corto y largo plazo tanto para las personas como para la sociedad en general. La malnutrición, una causa, en gran medida evitable, de más de una tercera parte del total de muertes de niños disminuye la capacidad que ellos tienen para resistir las infecciones y las enfermedades. Quienes sufren de malnutrición en los primeros años de vida no pueden desarrollar plenamente su potencial físico y cognitivo, tienen dificultades en la escuela y en la edad adulta tendrán riesgos más elevados de presentar enfermedades no contagiosas y tenderán a ser menos productivos que aquellos que fueron bien alimentados en su infancia. Las distintas formas de la malnutrición reducen el indicador de cociente intelectual entre 5 y 25 puntos. Se calcula que las pérdidas de productividad derivadas de la malnutrición están por encima del 10% de los ingresos que una persona puede obtener en toda su vida y a ellas se atribuye una disminución de al menos el 2% o el 3% en el PIB de los países cuya población se vea significativamente afectada por la malnutrición. Por consiguiente, asegurar la buena nutrición de las madres y los hijos, en lugar de ser solamente una actuación benefactora inspirada en la compasión, tiene sentido económico y constituye una inversión sólida en la economía de un país, porque reduce los costos de los servicios de salud, contribuye a tener una fuerza laboral más educada, eleva los ingresos de los trabajadores y aumenta la productividad nacional”. (24)

El tema de la seguridad alimentaria ha ganado renglones en importancia y preocupación por la sociedad contemporánea. Para nadie es un secreto que la alimentación adecuada en el presente determina las características productivas de las sociedades futuras; aspectos bien estudiados y experimentados por las sociedades desarrolladas actualmente. Su importancia ha sido confirmada al incorporar el tema de alimentación y erradicación del hambre en el primer objetivo

para el Desarrollo del Milenio, del cual se está distante en lo que concierne a los países subdesarrollados.

“Investigaciones en el campo de la neurobiología han indicado que la pobreza y las carencias en la primera infancia tienen repercusiones para toda la vida”. (10) El no acceso a servicios de salud y una nutrición deficiente en los primeros años de vida, pueden disminuir la capacidad del niño para aprender y, en consecuencia, para desarrollarse plenamente.

La malnutrición del niño pequeño es seria y diversa; las persistentes inequidades sociales en la región y las crisis alimentaria y financiera están agravando la magnitud de los problemas de malnutrición infantil y materna. Los principales problemas son las deficiencias de micronutrientes, en especial la anemia, y el retardo en talla o desnutrición crónica. Los problemas de sobrepeso y obesidad también se están incrementando en algunos países. Se reconoce que los problemas nutricionales constituyen un impedimento para alcanzar todos los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en particular los Objetivos 1, 4, 5 y 6, requiriendo incidir en los determinantes sociales de la desnutrición y contar con un abordaje multisectorial y multidisciplinario para su logro. (9)

Es en este punto donde convergen la nutrición y los determinantes sociales, dado que se encuentra en estrecha relación. Los determinantes sociales relacionados con aspectos económicos que a su vez se relaciona con el poder adquisitivo familiar, y el nivel de escolaridad se encuentran íntimamente relacionados con la nutrición en todos sus aspectos. Es de resaltar que los hábitos alimenticios de una sociedad están influenciado por patrones culturales de la misma.

Dada la complejidad y envergadura del tema de la nutrición se realiza una aproximación técnica de aspectos nutricionales en las diferentes etapas cronológicas del desarrollo del menor partiendo de la gestación, pasando por la alimentación del menor de 5 años y la práctica de la lactancia materna en el menor de 2 años y se plantea conceptualmente la relación entre determinantes sociales y la práctica alimentaria.

Requerimiento nutricional:

> Según retoma Hernández Triana de Elmadfa, “se define como la cantidad necesaria para el sostenimiento de las funciones corporales del organismo humano dirigidas hacia una salud y rendimiento óptimos. Los

requerimientos nutricionales del ser humano tienen 3 componentes: el requerimiento basal; el requerimiento adicional por crecimiento, gestación, lactancia o actividad física; y la adición de seguridad para considerar pérdidas de nutrientes por manipulación y procesamiento. El requerimiento de nutrientes del ser humano está influenciado por la esencialidad y función del nutriente, por diferencias individuales, factores ambientales y por la adaptación al suministro variable de alimentos". (25)

Necesidades de energía y nutrientes

Los alimentos al ser ingeridos son procesados a través de reacciones bioquímicas que liberan la energía necesaria para mantener la vida. La energía se mide en kilocalorías que se consumen en los procesos de la respiración, la circulación y el metabolismo básico, llamada energía basal, y para desarrollar la actividad física. El aporte de energía de los alimentos se calcula considerando que un gramo de proteína al quemarse produce 4 k/cal, uno de carbohidratos 4 k/cal y uno de grasas 9 K/cal. (26)

Alimentación en las mujeres gestantes

La adecuada alimentación de la mujer durante el embarazo es de vital importancia tanto para ella misma como para el feto. Un inadecuado estado nutricional, tanto preconcepcional como durante el embarazo, impactará de forma negativa sobre la capacidad de llevar adelante ese embarazo y sobre la salud de la madre y el niño. En contraparte, una correcta alimentación contribuirá a disminuir el riesgo de bajo peso al nacer, prematurez, déficits nutricionales de la madre y el feto, etc.

Dado que no todos los alimentos aportan todos los nutrientes necesarios, es recomendable evaluar la variedad de la alimentación de las gestantes. Los grupos de alimentos que sugiere ser consumidos diariamente por la mujer embarazada para asegurar una adecuada nutrición son: cereales y derivados, frutas y vegetales, leche, yogur y quesos, carnes y huevos, aceites vegetales (no grasas) y agua potable. Además de la suplementación diaria de carbonato de calcio, ácido fólico y sulfato ferroso prescrito por el médico. (27)

Una adecuada clasificación nutricional de la mujer gestante, permite una identificación temprana de los riesgos asociados a la malnutrición materna y

contribuye a ser predictor del peso del recién nacido. La OMS recomienda utilizar el peso y talla como predictor del estado nutricional. Para evaluar este, en las gestantes, se emplean tradicionalmente el peso y la talla, al ingresar a control prenatal; y en el transcurso del embarazo se valoran otros indicadores antropométricos como son; la circunferencia braquial y pliegues cutáneos del tríceps, entre otros, los cuales son más utilizados como predictores de alteraciones nutricionales. El peso corporal medido no más de dos meses antes de la concepción, es una aproximación aceptable del peso antes del embarazo; si no se dispone de este valor, un indicador aproximado del peso antes del embarazo, puede basarse en el recuerdo de la madre o en una medición efectuada durante el primer trimestre del embarazo. (28)

Hernández Triana (25) quien plantea la recomendación de energía para el embarazo del Institute of Medicine/Food and Nutrition Board quien consideró valores de aumento de peso de 12,5 kg, un peso del niño al nacimiento de 3,4 kg y un costo energético de la deposición tisular de 3,32 kcal/g. La deposición total de energía durante el embarazo fue calculada entonces a partir de los valores medios de deposición grasa de 3,7 kg, una deposición proteica de 925 g y valores de equivalentes energéticos de 9,25 y 5,65 kcal, respectivamente. La deposición total de energía durante el embarazo calculada fue de 39.862 kcal (180 kcal/d). Se establecieron recomendaciones de 85.285 y 475 kcal adicionales por deposición energética para el primero, segundo y tercer trimestre del embarazo".

Así mismo, lo expresado por Prentice AM basado en que "Para mujeres que lactan se han estructurado recomendaciones de energía alimentaria con valores medidos de cantidad de leche producida de 750-780 y 600 ml en los primeros y segundos 6 meses de lactancia. Se ha asumido un contenido energético de 0,67 kcal/g de leche materna, por lo que la producción de energía con la leche materna sería alrededor de 500 kcal/d y la eficiencia de conversión de energía en leche materna de 80-85 %. Se estructuraron así ecuaciones para las recomendaciones de energía para mujeres de menos y más de 19 años, basadas en su recomendación de energía para la edad más la corrección correspondiente a la producción de leche y la pérdida de peso inicial". (25)

Alimentación en niños lactantes y pequeños

La alimentación del lactante y del niño pequeño es fundamental para mejorar la supervivencia infantil y fomentar un crecimiento y desarrollo saludables. Los primeros 2 años de la vida del niño son especialmente importantes, puesto que la nutrición óptima durante este periodo reduce la morbilidad y la mortalidad, así como el riesgo de enfermedades crónicas, y mejora el desarrollo general. (29)

"A su vez, las pautas alimentarias aprendidas durante estos años sientan las bases para la constitución de los hábitos alimentarios más tarde en la vida del individuo. Dado el rápido crecimiento de los niños, que condiciona elevados requerimientos nutricionales, sumado a una capacidad de ingesta limitada en volumen, esta etapa presenta en sí misma una alta vulnerabilidad nutricional". (30)

Es oportuno nombrar el nuevo concepto "los mil días de oportunidad para intervenciones nutricionales" comprendido desde la gestación hasta los 2 primeros años de edad, periodo en el cual las intervenciones generan un impacto significativo en el desarrollo físico y cognitivo del menor sin menospreciar las intervenciones en infantes mayores, es en este periodo de edad donde se da el mayor porcentaje de crecimiento cerebral, muscular y esquelético determinando el futuro del infante en todos los aspectos, en contraste una recuperación nutricional acelerada y aguda del estado nutricional en edades mayores contribuirán como factor de riesgo al desarrollo de patologías crónicas futuras. (31)

Para efectos prácticos, los requerimientos de energía en niños, se usan los siguientes cálculos: para las niñas y niños menores de un año, la mitad de las calorías de la dieta, 50%, deben provenir de alimentos ricos en carbohidratos, el 10% de las proteínas y el 40% de las grasas. Esto quiere decir, que para un valor calórico total dado la distribución porcentual de macronutrientes ha de ser del orden de 50% de Carbohidratos, 10% de Proteínas y 40% de Grasas. Es de tener en cuenta, que el valor calórico total –VCT, varía de acuerdo a los grupos de edad, siendo de 565 Kilocalorías entre 0 y 6 meses, 760 Kcal entre 6 a 8 meses y 940 Kcal entre 9 a 11 meses. Para las niñas y niñas de 1 a 3 años el aporte diario de calorías aumenta a 1150, y a partir de esta edad y hasta los 6 años sube a 1523 kilocalorías/día, con una distribución porcentual en ambos grupos de 12% de Proteínas, 28% de Grasas y 60% de Carbohidratos. Los micronutrientes y la fibra no producen energía. (26)

> “El primer año de vida es el periodo de crecimiento y desarrollo más rápido en la vida del niño y por tanto las demandas nutricionales son mayores. El niño durante el primer año multiplica por tres su peso e incrementa un 50% su talla. Paralelamente a ello los órganos van madurando a gran velocidad. El cerebro multiplica por tres su tamaño durante la infancia y alcanza el 90% del tamaño adulto a los dos años. Estudios en animales han demostrado que las modificaciones en la dieta durante el periodo sensible de crecimiento en etapas tempranas de la vida pueden tener consecuencias metabólicas importantes a largo plazo. En la última década se ha ido acumulando pruebas de que los beneficios del amamantamiento se hacen patentes incluso muchos años después de haberse producido el destete”. (32)

Entre la ventajas más importantes de la lactancia materna se encuentran la protección frente a las infecciones y atopias, el óptimo crecimiento del menor, adecuado desarrollo cognitivo, y los beneficios psicológicos para el menor y la madre entre otros.

La leche materna es el alimento óptimo para los lactantes durante el primer año de vida y se recomienda como única fuente de leche para los niños durante los primeros 6 meses de edad. Cuando un niño está bajo lactancia materna exclusiva durante estas edades suele ingerir alrededor de 500 kcal/d. Este valor ha sido obtenido de una ingestión promedio de 0,78 L de leche/día y una densidad calórica promedio de la leche de 650 kcal/L. (24)

> Alrededor de los 6 meses, las necesidades de energía y nutrientes del lactante empiezan a ser superiores a lo que puede aportar la leche materna, por lo que se hace necesaria la introducción de una alimentación complementaria. A esa edad el niño también está suficientemente desarrollado para recibir otros alimentos. Si no se introducen alimentos complementarios cuando el niño cumple los 6 meses o si son insuficientes, su crecimiento puede verse afectado. (28)

La Estrategia Mundial para la Alimentación del niño pequeño y lactante (1), “plantea que los lactantes son particularmente vulnerables durante el periodo de transición en el que comienza la alimentación complementaria. Por lo tanto, para asegurarse de que se satisfacen sus necesidades nutricionales, los alimentos complementarios tienen que cumplir los requisitos siguientes”:

“Han de ser oportunos, es decir, se deben introducir cuando las necesidades de energía y de nutrientes sobrepasan lo que puede proporcionarse mediante la lactancia natural exclusiva y frecuente”;

“Han de ser adecuados, es decir, deben proporcionan energía, proteínas y micronutrientes suficientes para satisfacer las necesidades nutricionales de un niño en crecimiento”;

“Han de ser inocuos, es decir, se deben preparar y almacenar de forma higiénica y hay que darlos con las manos limpias y utilizando utensilios limpios, y no biberones y tetinas”;

“Han de darse de forma adecuada, es decir, se deben dar atendiendo a las señales de apetito y de saciedad del niño, y la frecuencia de las comidas y el método de alimentación (alentar activamente al niño a que, incluso cuando está enfermo, consuma alimentos suficientes utilizando los dedos, una cuchara o alimentándose por sí mismo) deben ser adecuados para su edad”.

En el marco de los lineamientos establecidos por la OMS/UNICEF (6), se describen los principales conceptos relacionados con la Alimentación del niño lactante y pequeño:

“Lactancia Materna. Consumo de leche materna con cualquier alimento o líquido incluyendo leche de origen no humano y preparación para lactantes”.

“Lactancia Materna Exclusiva. Significa que el lactante recibe leche materna (incluyendo leche materna extraída o de nodriza) y permite al lactante recibir SRO, gotas, jarabes (vitaminas, minerales, medicinas), pero nada más”.

“Lactancia Materna Predominante. Definida como el consumo en el lactante de leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza) como la fuente predominante de alimentación, permitiendo que reciba ciertos líquidos (agua y bebidas a base de agua, jugos de fruta), líquidos rituales y SRO, gotas o jarabes (vitaminas, minerales, medicinas). Sin embargo no se permite el consumo de cualquier otra cosa (en particular, leche de origen no humano, alimentos líquidos o licuados)”.

“Alimentación Complementaria. Incluye el consumo de leche materna y alimentos sólidos o semisólidos, con cualquier otro alimento o líquido

(incluyendo leche de origen no humano y preparación para lactantes). Este término ha sido utilizado para describir la alimentación adecuada en niños amamantados que cuentan con 6 meses de edad o más, sin embargo ya no se utiliza en los indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño, y fue reemplazado por el indicador -Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o suaves-'".

Inicio temprano de la lactancia materna. Niños menores de 24 meses que fueron amamantados dentro del plazo de una hora de su nacimiento.

Lactancia Materna exclusiva antes de los 6 meses. Lactantes de 0 a 5 meses de edad alimentados exclusivamente con leche materna

Lactancia materna continúa al año de vida. Niños de 12 a 15 meses de edad que fueron amamantados durante el día anterior a la encuesta

Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o suaves: Lactantes de 6 a 8 meses de edad que reciben alimentos sólidos, semisólidos o suaves durante el día anterior a la encuesta.

Diversidad alimentaria mínima. Niños de 6 a 23 meses de edad que recibieron de 4 o más grupos alimentarios durante el día anterior a la encuesta.

Cereales, raíces y tubérculos

Legumbres y nueces

Lácteos (leche, yogurt, queso)

Carnes (carne, pescado, aves e hígado o carnes provenientes de vísceras)

Huevos

Frutas

Verduras

El consumo de alimentos de por lo menos 4 grupos alimentarios durante el día anterior significaría que en la mayoría de las poblaciones el niño ha tenido una alta tendencia a consumir por lo menos un alimento de origen animal y por lo menos una fruta o verdura ese día, además de un alimento básico (cereal, raíz o tubérculo).

Frecuencia mínima de comidas. Niños amamantados y no amamantados de 6 a 23 meses de edad que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o suaves (pero que también incluyeron leche para los niños no amamantados) el número mínimo de veces o más.

La frecuencia es definida como:

2 veces para niños amamantados de 6 a 8 meses

3 veces para niños amamantados de 9 a 23 meses

4 veces para niños no amamantados de 6 a 23 meses

Este indicador busca ser una representación del consumo energético proveniente de los alimentos diferentes a la leche materna.

Dieta mínima aceptable. Corresponde a la medición de niños de 6 a 23 meses de edad que reciben una dieta mínima aceptable (aparte de la leche materna). Esta es evaluada mediante el cumplimiento de la diversidad alimentaria mínima y la frecuencia mínima de comidas, por lo que se convierte en un indicador de referencia para evaluar la complementariedad adecuada de la nutrición en el niño pequeño.

Niños que fueron amamantados alguna vez. Basado en el recordatorio histórico, busca determinar el amamantamiento alguna vez en los niños menores de 24 meses.

Lactancia materna continúa a los dos años. Evalúa la continuidad de la práctica según las recomendaciones de la OMS, tomando como referencia los niños de 20 a 23 meses de edad amamantados durante el día anterior a la encuesta.

Lactancia materna adecuada según la edad. Hace referencia a la medición en niños de 0 a 23 meses que recibieron leche materna durante el día anterior a la encuesta según las recomendaciones de la OMS. Exclusiva en lactantes de 0 a 5 meses y complementada con alimentos sólidos, semisólidos o suaves en niños de 6 a 23 meses.

Lactancia materna predomínate antes de los 6 meses. Busca identificar a los lactantes cuya fuente predominante de alimentación es la leche materna, pero que también reciben otros líquidos.

Duración de la lactancia materna. Determina la duración mediana de la lactancia materna en niños menores de 36 meses.

Alimentación con biberón. Identifica los niños menores de 24 meses de edad que recibieron cualquier alimento o bebida (incluyendo leche materna) de un biberón durante el día anterior. Se considera un indicador útil por la interferencia potencial de este tipo de alimentación con las prácticas óptimas de lactancia materna y la asociación entre la alimentación con biberón y el incremento en la morbilidad y mortalidad infantil por enfermedades diarreicas.

Frecuencia de tomas de leche para niños no amantados. Evalúa la ingesta calórica proveniente de la leche (mínimo 2 tomas) en niños no amamantados de 6 a 23 meses, tomando como referencia el aporte de la leche materna. Las tomas de leche incluyen productos lácteos líquidos tales como leche artificial, leche de vaca u otra leche animal.

El componente nutricional ha sido clave en el abordaje de salud del individuo y en los últimos años viene tomando fuerza como un eje transversal en las diferentes etapas de crecimiento y desarrollo de la persona, que requiere de un conjunto de elementos que permita garantizar no solo el acceso a los alimentos, sino la armonización entre acceso y el aprovechamiento de los mismos.

La Seguridad Alimentaria y nutricional definida como “la disponibilidad suficiente y estable de alimentos, el acceso y el consumo oportuno y permanente de los mismos en cantidad, calidad e inocuidad por parte de todas las personas, bajo condiciones que permitan su adecuada utilización biológica, para llevar una vida saludable y activa”. (22) Plantea una mirada integral, donde vuelven a tomar fuerza los Determinantes Sociales, como actores claves que permitan la integración de los componentes intermedios y estructurales.

Otros modelos plantean que los “determinantes sociales operan de manera diferenciada en las diferentes etapas de la vida de las personas: infancia, adolescencia y adultez, y pueden llegar a afectar la salud inmediatamente o en momentos posteriores”. (33) Ejemplo de este, es la teoría del retorno económico relacionada con una buena nutrición y desarrollo cognitivo que repercute en la capacidad intelectual y de producción del individuo en su vida adulta.

A nivel nutricional, se ha encontrado relación entre los Determinantes Sociales y su influencia en el acceso y aprovechamiento de los alimentos, generando resultados importantes en la salud del individuo desde el componente nutricional.

> “Tres determinantes sociales fundamentales para abordar la malnutrición: la educación, el empleo y el género”. (16)
>
> La obesidad, el sobrepeso y el riesgo de complicaciones metabólicas en la edad adulta son el resultado de una acumulación de privaciones alimentarias a lo largo de la vida y deben ser intervenidas desde la etapa intrauterina y la infancia. (35)
>
> La desnutrición crónica muestra una relación positiva, con el nivel socioeconómico, especialmente en las zonas urbanas. Como determinantes del estado nutricional de los niños, las inequidades en la condición económica del hogar, el nivel educativo de la madre, las condiciones de salud de la madre, el uso de los servicios de salud en la gestación y el parto, el nivel de paridad, y la frecuencia de alimentación complementaria contribuyen a explicar las inequidades observadas. (35)

En consecuencia, tomando como referencia que la salud y la nutrición están relacionados con diferentes determinantes familiares, sociales, ambientales y económicos, el presente estudio, plantea establecer la relación entre la práctica de la alimentación del lactante y niño pequeño y los Determinantes Sociales de la Salud, concepto validado y analizado desde el nivel internacional por la OMS, la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud – CDSS y retomado en Colombia el plan decenal de salud pública 2012-2021.

Determinantes Sociales de la Salud

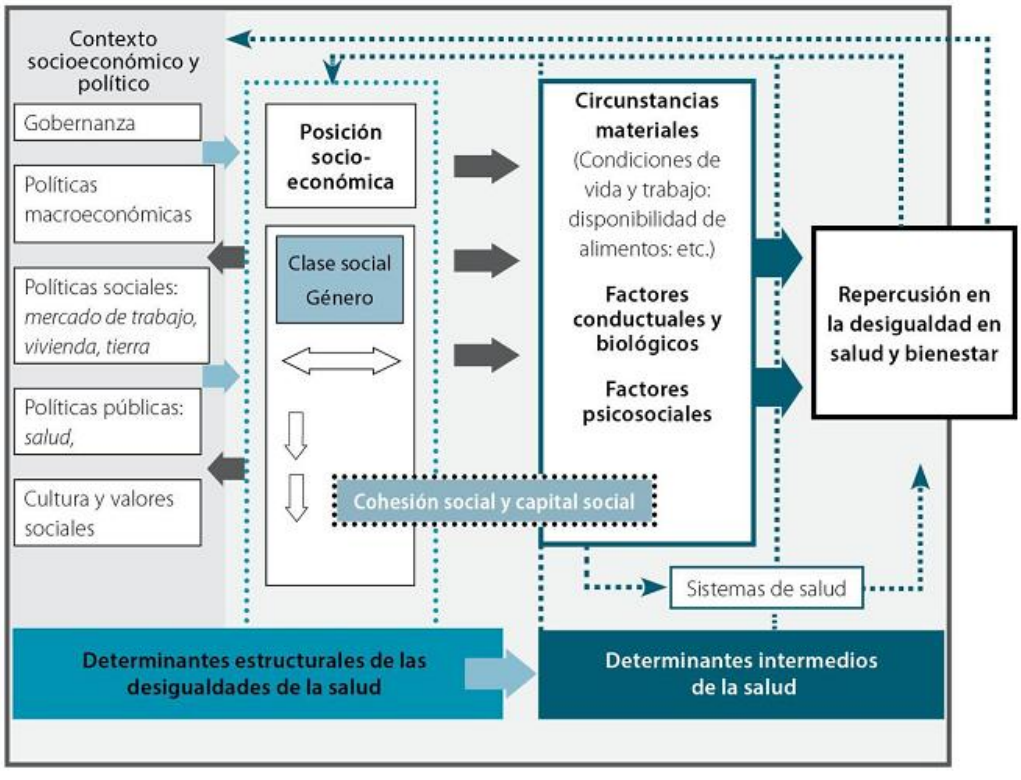
La Asamblea Mundial de la Salud, (5) plantea entre otros aspectos que las condiciones sociales afectan de forma decisiva en la salud, por lo que es necesario actuar en todos los sectores para promover el bienestar, tal como se destaca en la Declaración de Alma Ata, adoptada en el año 1978 por la conferencia Internacional sobre atención Primaria de Salud y en la carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, del año 1986. La mayor parte de la carga mundial de morbilidad y las causas principales de las inequidades en salud, que se encuentran en todos los países, surgen de las condiciones conocidas como “Determinantes Sociales de la Salud”, que es una manera sencilla de incluir los determinantes sociales, económicos, políticos, culturales y medioambientales de la salud. Y son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

En el documento “Un marco conceptual para la acción sobre los Determinantes Sociales de la Salud” de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de

2007, (36) se plantea y definen los elementos que enmarcan el modelo de DSS; aspectos que se retoman y describen a continuación, ya que constituyen el eje de la Investigación.

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, en el marco del Modelo de DSS muestra (Figura 1) cómo los mecanismos sociales, económicos y políticos (Determinantes Estructurales) dan lugar a un conjunto de posiciones socioeconómicas, mediante el cual las poblaciones se estratifican de acuerdo a ingresos, educación, ocupación, género, raza / etnia y otros factores; estas posiciones socioeconómicas dan forma a su vez a determinantes específicos del estado de salud (Determinantes Intermedios) que reflejan el lugar de las personas dentro de las jerarquías sociales; en función de su respectiva condición social, los individuos experimentan diferencias en la exposición y la vulnerabilidad a las condiciones que comprometen la salud. (36)

Figura 1. Marco Conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud



Fuente: Organización Mundial de la Salud 2010

En consecuencia, la CDSS adopta el término de Determinantes Estructurales para referirse específicamente a los componentes de la posición socioeconómica de las personas. Los cuales son los que generan o refuerzan la estratificación social en la sociedad y que definen la posición socioeconómica individual. Estos mecanismos configuran las oportunidades de salud de los grupos sociales en función de su ubicación dentro de las jerarquías de poder, el prestigio y el acceso a los recursos (situación económica). (36) Los más importantes son:

Ingresos: Es el indicador de la posición socioeconómica que mide más directamente el componente de recursos materiales y puede influir en una amplia gama de circunstancias materiales que tienen consecuencias directas para la salud. El modelo plantea que mientras que el ingreso individual capturará características materiales individuales, los ingresos del hogar puede ser un indicador útil, ya que los beneficios de muchos elementos de consumo y la acumulación de activos se comparten entre los miembros del hogar. (36)

A su vez, retoma argumentos de Galobardes, Shaw, Lawler, Lynch y Davey Smith, los cuales hacen referencia a que, los ingresos influye principalmente la salud a través de un efecto directo sobre los recursos materiales que a su vez están mediados por más factores proximales en la cadena causal, tales como comportamientos. Los mecanismos mediante los cuales los ingresos podrían afectar a la salud son:

> La compra de acceso a mejores recursos materiales de calidad como alimento y refugio.
>
> Permitir el acceso a los servicios, lo que puede mejorar la salud de forma directa (por ejemplo, servicios de salud, actividades de ocio) o indirectamente (como la educación).
>
> Fomentar la autoestima y posición social, proporcionando las características de los materiales exteriores correspondientes a la participación en la sociedad.
>
> La selección de la Salud (también referido como "causalidad inversa") también puede ser considerado como el nivel de ingresos puede verse afectada por el estado de salud.

Educación: está influenciada por el acceso y el desempeño en la escuela primaria y secundaria y alcanza logro final en la edad adulta joven, para la mayoría de la gente. Por lo tanto, capta las influencias a largo plazo tanto de las circunstancias

de vida, sobre la salud del adulto, así como la influencia de los recursos adultos (por ejemplo, a través de la situación de empleo) en la salud. (36)

Los conocimientos y habilidades alcanzados a través de la educación pueden afectar el funcionamiento cognitivo de una persona, que sean más receptivos a los mensajes de educación para la salud, o más capaz de comunicarse y acceder a los servicios de salud adecuados.

La mala salud en la infancia podría limitar la asistencia y / o el nivel de instrucción y predisponer a la enfermedad de adultos, lo que genera una influencia selección sanitaria sobre las desigualdades de salud.

Ocupación: Determina las características de la posición socioeconómica de adultos. (36)

El modelo describe algunos de los mecanismos más generales que pueden explicar la asociación entre la ocupación y los resultados relacionados con la salud son presentados a través de:

La ocupación (padres o propia del adulto), está fuertemente relacionada con los ingresos y, por tanto, la asociación con la salud puede ser una de una relación directa entre los recursos materiales y de otro tipo para el trabajo que determina los estándares de vida y de material sanitario.

Las ocupaciones reflejan la posición social y pueden estar relacionados con los resultados de salud a causa de ciertos privilegios como el acceso fácil a una mejor atención de la salud, el acceso a la educación, y las instalaciones residenciales más saludables que se les concede a los de mayor jerarquía.

La ocupación es representativa de las redes sociales, el estrés laboral, el control y la autonomía y por lo tanto afectar a los resultados de salud a través de los procesos psicosociales.

Ocupación también puede reflejar las exposiciones ambientales o laborales a tóxicos específicos de tareas tales como demandas físicas (por ejemplo, controlador de transporte, obrero).

Clase Social: La clase social se define por las relaciones de propiedad o control sobre los recursos productivos (es decir, físico, financiero y organizacional). La clase social constituye un mecanismo de relación explícita (propiedad, gestión) que explica cómo las desigualdades económicas se generan y cómo pueden

afectar la salud. La clase social tiene consecuencias importantes para la vida de los individuos. (36)

El Banco Mundial (37) establece según los ingresos por hogar como clasificación de clase social, los componentes que define como: Pobre, aquel hogar que obtiene menos de 4 dólares diarios por miembro; Vulnerables, entre 4 y 10 dólares; Clase media, aquellos que obtengan entre 10 y 50 dólares y Clase alta los que obtienen ingresos superiores a los 50 dólares diarios por persona.

Género: Se refiere a las características de las mujeres y los hombres que se construyen socialmente, mientras que el "sexo" designa a aquellas características que son determinadas biológicamente. (36)

Divisiones de género dentro de la sociedad afectan también a la salud a través de los procesos bio-sociales menos visibles, por lo que la posición social inferior de las niñas y las mujeres y la falta de control sobre los recursos los expone a riesgos para la salud.

Raza / etnia: Construcciones de diferencias raciales o étnicas son la base de las divisiones sociales y las prácticas discriminatorias en muchos contextos. (36)

Los determinantes estructurales o determinantes sociales de las desigualdades en salud son causalmente antecedente de los Determinantes Intermediarios, que están vinculados, por otro lado, a un conjunto de influencias a nivel individual, como los comportamientos relacionados con la salud y los factores fisiológicos. Las principales categorías de los determinantes intermedios de la salud son los siguientes: Circunstancias materiales; circunstancias psicosociales; factores de comportamiento y / o biológicos; y el sistema de salud como un determinante social.

Materiales: incluyen determinantes relacionados con el entorno físico, como vivienda (en relación tanto a la propia vivienda y su ubicación), el potencial de consumo, es decir, los medios financieros para comprar comida saludable, ropa de abrigo, etc, y los entornos de trabajo y de vecindad físicas. En función de su calidad, estas circunstancias aportan recursos para la salud y contienen riesgos para la salud. (36)

Además de las comodidades del hogar, condiciones del hogar, tales como la presencia de humedad y condensación, materiales de construcción, las habitaciones de la vivienda y el hacinamiento son los indicadores relacionados con la vivienda de los recursos materiales. El hacinamiento puede afectar

plausiblemente los resultados de salud a través de una serie de mecanismos diferentes: hogares hacinados son a menudo las familias con pocos recursos económicos y también puede ser un efecto directo en la salud a través de la facilitación de la propagación de enfermedades infecciosas.

Circunstancias socio-ambientales o psicosociales: incluyen factores de estrés psicosocial (Por ejemplo, los eventos negativos de la vida, la tensión laboral), las circunstancias estresantes de vida (por ejemplo, alta deuda) y (falta de) el apoyo social, los estilos de afrontamiento, etc. Los diferentes grupos sociales están expuestos a diferentes grados a experiencias y situaciones de la vida que se perciben como amenazante, aterrador y difícil de tratar. (36)

El tipo de familia, se convierte en un elemento fundamental de este grupo y se plantea como familias Nuclear Completa, están conformadas por madre, padre e hijos; Nuclear incompleta, tiene como eje a la madre e hijos; Extensas Completas, se integran por madre, padre, hijos y otros familiares; Extensas Incompletas, incluyen a la madre, hijos y otros familiares, con ausencia del padre; y las familias son Compuestas, integradas con personas que no corresponden al núcleo familiar.

> Se consideraran aspectos relacionados con la Funcionalidad Familiar, los cuales se pueden determinar mediante la aplicación del APGAR familiar, instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, incluyendo a los niños ya que es aplicable a la población infantil. El APGAR familiar evalúa cinco funciones básicas de la familia considerada las más importantes por el autor: Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto, y Recurso. (38)

Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca, 1: Casi nunca, 2: Algunas veces, 3. Casi siempre, 4: Siempre.

Interpretación del puntaje:

- Normal: 17-20 puntos

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

A su vez, identificar la presencia o ausencia de signos o síntomas sugestivos de depresión en la Madre, proceso que es posible mediante la escala de síntomas depresivos de Zung (ESD-Z), la cual mide sintomatología depresiva, creada por Zung (1965), en la construcción de esta escala los criterios diagnósticos usados comprenden la mayoría de las características de la depresión, contemplando aspectos afectivos, fisiológicos y psicológicos.

> La puntuación se obtiene de una escala tipo Likert, de 1 a 4 para los ítems negativos y de 4 a 1 para los ítems positivos. El índice de la escala se obtiene sumando el puntaje de los valores otorgados a cada uno de los 20 ítems, el puntaje máximo es de 80 y se asume presencia de depresión con puntajes superiores al 50%. (39)

Conductuales y factores biológicos: incluyen el tabaquismo, la dieta, el consumo de alcohol, y la falta de ejercicio físico, que a su vez puede ser de proteger y mejorar (como el ejercicio) o perjudiciales para la salud (tabaquismo y obesidad), entre el factor biológico estamos incluyendo factor de la genética y de la perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud la edad y sexo de la salud podría ser incluidos. (36)

El sistema de salud: El papel del sistema de salud se vuelve particularmente relevante a través de la cuestión del acceso, que incorpora las diferencias en la exposición y la vulnerabilidad. Y el modelo plantea que el sistema de salud debe incursionar también en la promoción de la acción intersectorial para mejorar el estado de salud. (36)

El modelo retoma los planteamientos de Benzeval, Juez y Whitehead, quienes argumentan que el sistema de salud tiene tres obligaciones en confrontar la inequidad: asegurar que los recursos se distribuyen entre las áreas en proporción a sus necesidades relativas; responder adecuadamente a las necesidades de salud de los diferentes grupos sociales; y tomar la delantera en el fomento de un enfoque más amplio y estratégico para el desarrollo de políticas públicas saludables, tanto a nivel nacional como local, para promover la equidad en salud y la justicia social.

Finalmente, tomando como referencia los anteriores conceptos técnicos relacionados con la Nutrición y su necesaria interacción con diferentes aspectos sociales, económicos y culturales entre otros, se retoman algunos aspectos analizados por la OMS y la UNICEF para el desarrollo de la estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño dentro de las cuales se resalta:

> El estado de salud y de nutrición de las madres y los niños está íntimamente relacionadas. Para mejorar la alimentación del lactante y del niño pequeño hay que empezar asegurando el buen estado de salud y de nutrición de las mujeres, por derecho propio, en todas las fases de la vida, así como el papel de las mujeres en la manutención de sus hijos y sus familias. (1)
>
> Los rápidos cambios sociales y económicos no hacen más que agravar las dificultades a las que se enfrentan las familias para alimentar y cuidar de forma adecuada a sus hijos. La expansión de la urbanización aumenta el número de familias que dependen de empleos no estructurados o intermitentes, con ingresos variables y prestaciones de maternidad escasa o nula. En las zonas rurales, las mujeres independientes que tienen un empleo nominal han de soportar pesadas cargas, por lo general sin protección de la maternidad. (1)
>
> Las estructuras de la familia tradicional y de apoyo de la comunidad se están erosionando, los recursos destinados al apoyo de los servicios de salud y, especialmente, a los relacionados con la nutrición, son cada vez más escasos, no se dispone de información precisa sobre las prácticas óptimas de alimentación, y el número de familias rurales y urbanas que padecen inseguridad alimentaria está aumentando. (1)

Dichos aspectos vienen siendo reconocidos a nivel internacional y agrupados bajo el concepto de Determinantes Sociales de la Salud y adoptados en Colombia mediante el actual Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

5. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Las variables planteadas tienen como estructura los dos componentes fundamentales de la investigación, los cuales corresponden a los Determinantes Sociales de la Salud y las prácticas de alimentación.

Determinantes sociales de la salud, agrupados en los componentes:

Determinantes estructurales

- Área
- Estrato socioeconómico
- Clase Social / Ingresos
- Género
- Raza / etnia
- Educación
- Ocupación

Determinantes Intermedios

- Características materiales
- Circunstancias socio-ambientales o psicosociales
- Factores conductuales y biológicos
- Servicios de salud

Siguiendo el esquema planteado en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Colombia y la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, se evaluaron las variables que responden a la construcción de los siguientes indicadores:

Indicadores de las prácticas de alimentación en el niño menor de 36 meses

- Inicio de lactancia materna
- Lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses
- Lactancia materna continua al año de vida
- Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o suaves
- Diversidad alimentaria mínima
- Frecuencia (número) mínima de comidas diarias
- Dieta mínima aceptable
- Niños que fueron amamantados alguna vez
- Lactancia materna continua a los 2 años
- Lactancia materna adecuada según la edad
- Lactancia materna predominante antes de los 6 meses
- Duración de lactancia materna
- Alimentación con biberón
- Frecuencia (número) de tomas de leche por niños no-amamantados

Tabla 2. Operacionalización de variables

VARIABLES	ESCALA	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	CODIFICACIÓN	INDICADOR	VALOR
Área	Nominal	Dirección de residencia - Sistema de planeación Municipal	1 2	Porcentaje	Urbana Rural

VARIABLES	ESCALA	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	CODIFICACIÓN	INDICADOR	VALOR
Barrio/Vereda	Nominal	Sistema de planeación Municipal	1,2,3,4….	Porcentaje	_____
Comuna	Nominal	Sistema de planeación Municipal	1	Porcentaje	Atardeceres
			2		San José
			3		Cumanday
			4		La Estacion
			5		Ciudadela del Norte
			6		Agroturistico
			7		Tesorito
			8		Palo Grande
			9		Universitaria
			10		La Fuente
			11		La Macarena
Corregimientos	Nominal	Sistema de planeación Municipal	1	Porcentaje	Colombia
			2		La cristalina
			3		El remanso
			4		Panorama
			5		Agroturistico
			6		Manantial
			7		Rio Blanco
Estrato socioeconómico	Razón	Planeación Municipal	1	Porcentaje	1
			2		2
			3		3

VARIABLES	ESCALA	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	CODIFICACIÓN	INDICADOR	VALOR
			4		4
			5		5
			6		6
Edad del Niño o Niña	Razón	Documento de identidad Base de datos de nacido vivos	NA	Media	--
Sexo del Niño o Niña	Nominal	Documento de identidad Base de datos de nacido vivos	1 2	Porcentaje	Femenino Masculino
Relación del niño/a con el cabeza de hogar	Nominal	Información de la madre	1 2 3 4 5 6	Porcentaje	Hijo Nieto Hermano Sobrino Primo Otro
Relación de la madre con el cabeza de hogar	Nominal	Información de la madre	1 2 3 4 5 6 7 8	Porcentaje	Hija Nieta Hermana Sobrina Prima Esposa Otro No aplica
Edad de la madre	Razón	Información que aporta la madre	NA	Media	--

VARIABLES	ESCALA	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	CODIFICACIÓN	INDICADOR	VALOR
		Documento de identidad			
Etnia de la madre	Nominal	Información de la madre	1 2 3 4 5 6	Porcentaje	Indígena Gitano Raizal Palenquero Negro/afro Ninguno
Estado conyugal	Nominal	Información que aporta la madre	1 2 3 4 5	Porcentaje	Soltera Casada Unión Libre Divorciada /Separada Viuda
Permanencia en el hogar con el esposo/compañero	Nominal	Información que aporta la madre	1 2	Porcentaje	Si No
Edad del esposo/compañero	Razón	Información que aporta la madre Documento de identidad	NA	Media	--
Relación de la madre con los integrantes del hogar	Nominal	Información que aporta la madre	1 2 3 4	Porcentaje	Esposa Hija Nuera/yerno Nieta

VARIABLES	ESCALA	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	CODIFICACIÓN	INDICADOR	VALOR
			5		Padre/madre
			6		Suegra
			7		Hermana
			8		Cuñada
			9		Hijo no biológico
			10		Otro familiar
			11		No pariente
Tipo de familiar que habita este hogar	Nominal	Información que aporta la madre	1	Porcentaje	Unipersonal
			2		Nuclear completa
			3		Nuclear incompleta
					Pareja sin hijos
			4		Extensa completa
			5		Extensa incompleta
			6		Extensa pareja sin hijo
			7		Extensa jefe y otros parientes
			8		Compuesta:jefe/ otros parientes y no parientes
			9		
Servicios públicos domiciliarios	Nominal	Facturas de servicios públicos	1	Porcentaje	Energía eléc.
			2		Gas natural
			3		Acueducto

VARIABLES	ESCALA	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	CODIFICACIÓN	INDICADOR	VALOR
			4 5		Alcantarillado Recolección de basuras
Número de cuartos para dormir	Razón	Encuesta aplicada por el investigador	NA	Media	--
Hacinamiento	Nominal	Encuesta aplicada por el investigador	1 2	Porcentaje	Si No
Tipo de vivienda ocupada por el hogar	Nominal	Encuesta aplicada por el investigados	1 2 3 4 5 6 7	Porcentaje	Casa propia Casa en arriendo u otro Apartamento propio Apartamento en arriendo u otro Cuarto en inquilinato Cuarto en otro tipo de estructura Otro tipo de Vivienda
Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de la madre	Nominal	Documentos de afiliación	1 2 3 4	Porcentaje	Contributivo Subsidiado Especial No afiliado
Afiliación al Sistema General de	Nominal	Documentos de afiliación	1 2	Porcentaje	Contributivo Subsidiado

VARIABLES	ESCALA	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	CODIFICACIÓN	INDICADOR	VALOR
Seguridad Social en Salud del niño o niña			3 4		Especial No afiliado
Nivel de escolaridad del esposo/compañero	Ordinal	Información que aporta la madre	1 2 3 4 5 6 7 8	Porcentaje	Ninguno Preescolar Primaria Secundaria Técnica/Tgica Universitario Posgrado No sabe
Ocupación del esposo/compañero	Nominal	Ocupación	1 2 3 4 5 6	Porcentaje	Profesional, técnico, trabajador asimilado Director, funcionario público superior Personal administrativo, trabajador asimilado Comerciante, vendedor Trabajador de los servicios Trabajador agropecuario, forestal, pescador, cazador

VARIABLES	ESCALA	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	CODIFICACIÓN	INDICADOR	VALOR
			7		Trabajador, operario no agrícola, conductor de máquina, vehículo de transporte, trabajador asimilado
			8		Trabajador que no puede ser clasificado según ocupación y FFAA
			9		No trabaja actualmente
Nivel de escolaridad del jefe de hogar	Ordinal	Información que aporta la madre	1	Porcentaje	Ninguno
			2		Preescolar
			3		Primaria
			4		Secundaria
			5		Técnica/Tlógica
			6		Universitario
			7		Posgrado
			8		No sabe
Ocupación del jefe de hogar	Nominal	Ocupación	1	Porcentaje	Profesional, técnico, trabajador asimilado
			2		Director, funcionario público superior
					Personal

VARIABLES	ESCALA	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	CODIFICACIÓN	INDICADOR	VALOR
			3		administrativo, trabajador asimilado
			4		Comerciante, vendedor
			5		Trabajador de los servicios
			6		Trabajador agropecuario, forestal, pescador, cazador
			7		Trabajador, operario no agrícola, conductor de máquina, vehículo de transporte, trabajador asimilado
			8		Trabajador que no puede ser clasificado según ocupación y FFAA
			9		No trabaja actualmente
Nivel de escolaridad de la madre	Ordinal	Información que aporta la madre	1	Porcentaje	Ninguno
			2		Preescolar
			3		Primaria
			4		Secundaria

VARIABLES	ESCALA	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	CODIFICACIÓN	INDICADOR	VALOR
			5 6 7 8		Técnica/Tlógica Universitario Posgrado No sabe
Analfabetismo de la madre	Nominal	Información que aporta la madre	1 2 3	Porcentaje	Fácilmente Con dificultad Imposible
Educación actual	Nominal	Información que aporta la madre	1 2	Porcentaje	Si No
Razón por la que dejó de estudiar	Nominal	Información que aporta la madre	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Porcentaje	Quedó embarazada Se casó Tenía que cuidar los niños La familia necesitaba ayuda No podían pagar la pensión Enfermedad Necesitaba ganar dinero Se gradúo/suficiente estudio No pasó exámenes de entrada No quiso

VARIABLES	ESCALA	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	CODIFICACIÓN	INDICADOR	VALOR
			10		estudiar
			11		Escuela muy lejos/no había escuela
			12		Discapacidad
			13		Oposición de los padres
			14		Violencia en la región por desplazamiento
			15		Otra
			16		No sabe
Ocupación de la madre	Nominal	Ocupación	1	Porcentaje	Profesional, técnico, trabajador asimilado
			2		Director, funcionario público superior
			3		Personal administrativo, trabajador asimilado
			4		Comerciante, vendedor
			5		Trabajador de los servicios
			6		Trabajador agropecuario, forestal, pescador, cazador

VARIABLES	ESCALA	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	CODIFICACIÓN	INDICADOR	VALOR
			7 8 9 10		Trabajador, operario no agrícola, conductor de máquina, vehículo de transporte, trabajador asimilado Trabajador que no puede ser clasificado según ocupación y FFAA Ama de casa Ninguna
Ingresos económicos familiares	Razón	Información que aporta la madre	NA	Porcentaje	----
Número de integrantes dependientes de ingresos económicos	Razón	Información que aporta la madre	NA	Porcentaje	----
Suficiencia familiar de los ingresos económicos	Nominal	Información que aporta la madre	1 2 3	Porcentaje	Suficientes Más que suficientes No alcanzan
Cuidador del niño	Nominal	Información que aporta la madre	1 2 3	Porcentaje	Lo lleva consigo Esposo/compañero La niña mayor

VARIABLES	ESCALA	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	CODIFICACIÓN	INDICADOR	VALOR
			4 5 6 7 8 9 10 11 12		El niño mayor Abuela/abuelo Otros parientes Vecinos Amigos Empleada doméstica Cuidado ICBF Cuidado otra institución Otro
Funcionalidad familiar	Nominal	Información que aporta la madre	1 2 3 4	Porcentaje	Buena Leve Moderada Severa
Signos y síntomas sugestivos de Depresión	Nominal	Información que aporta la madre	1 2	Porcentaje	Si No
Número de Embarazos	Razón	Información que aporta la madre	NE	Porcentaje	---
Número de hijos vivos	Razón	Información que aporta la madre	NE	Porcentaje	---
Edad de hijo anterior	Razón	Información que aporta la madre	NE	Media	---
Embarazo actual	Nominal	Información que aporta la madre	1 2	Porcentaje	Si No

VARIABLES	ESCALA	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	CODIFICACIÓN	INDICADOR	VALOR
			3		No sabe
Meses de gestación	Nominal	Información que aporta la madre	1 2 3	Porcentaje	1er trimestre 2do trimestre 3er trimestre
Embarazo deseado	Nominal	Información que aporta la madre	1 2 3	Porcentaje	En ese momento Más tarde No quería más hijos
Decisión de embarazo	Nominal	Información que aporta la madre	1 2	Porcentaje	Si No
Control prenatal	Nominal	Información que aporta la madre	1 2	Porcentaje	Si No
Sitio del control prenatal	Nominal	Información que aporta la madre	1 2 3 4	Porcentaje	Hospital Consultorio particular Profamilia Otro
Cobertura del control prenatal	Nominal	Información que aporta la madre	1 2 3 4	Porcentaje	Totalmente Parcialmente No No estaba afiliada
Motivo de no realización del control prenatal	Nominal	Información que aporta la madre	1 2 3	Porcentaje	Falta de tiempo Servicio lejos Transporte

VARIABLES	ESCALA	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	CODIFICACIÓN	INDICADOR	VALOR
			4		costoso
			5		Servicio costoso
			6		Servicio de mala calidad
			7		No la atendieron
			8		No confía en los médicos
			9		Muchos trámites
			10		No sabe donde prestan el servicio
			11		Inseguridad
			12		Horarios de consulta no le sirven
			13		Demora en la asignación de citas
			14		Demora en la atención e n el sitio
			15		No sabía que tenía derecho
			16		Esposo/compañero no la dejó
			17		Padres no la dejaron
					Otro
Curso psicoprofilactico	Nominal	Información de la madre	1	Porcentaje	Si
			2		No

VARIABLES	ESCALA	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	CODIFICACIÓN	INDICADOR	VALOR
Lugar del parto	Nominal	Información de la madre	1 2 3 4	Porcentaje	Institución de salud Consultorio particular Hogar Otro
Tipo de parto	Nominal	Información de la madre	1 2	Porcentaje	Cesárea Vaginal
Quien atendió el parto	Nominal	Información de la madre	1 2 3 4 5 6 7	Porcentaje	Médico Enfermera Auxiliar de enfermería Partera Pariente/amiga Otro Nadie
Complicaciones del parto	Nominal	Información de la madre	1 2 3 4 5 6 7	Porcentaje	Labor prolongada Sangrado excesivo Fiebre alta Convulsiones Otro Ninguna
Complicaciones posparto	Nominal	Información de la madre	1	Porcentaje	Sangrado intenso

VARIABLES	ESCALA	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	CODIFICACIÓN	INDICADOR	VALOR
			2 3 4 5 6 7 8 9		Desmayo Fiebre Mastitis Ardor al orinar Flujos vaginales Incontinencia Depresión Ninguna
Nacimiento prematuro	Nominal	Información de la madre	1 2	Porcentaje	Si No
Inscripción al programa de crecimiento y desarrollo	Nominal	Información de la madre	1 2	Porcentaje	Si No
Frecuencia del último año al control de crecimiento y desarrollo	Razón	Información de la madre	1 2	Porcentaje	—
Fecha de la última asistencia al control de crecimiento y desarrollo	Razón	Información de la madre	1 2	Porcentaje	—
Motivo de no asistencia al control de crecimiento y desarrollo	Nominal	Información de la madre	1 2 3	Porcentaje	Servicio queda lejos Transporte muy costosos Servicio muy

VARIABLES	ESCALA	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	CODIFICACIÓN	INDICADOR	VALOR
					costoso
			4		Servicio de mala calidad
			5		Fue pero no la atendieron
			6		No confía en los médicos
			7		Muchos trámites
			8		No sabe dónde prestan el servicio
			9		Inseguridad
			10		Demora en la atención en el sitio
			11		No sabía que tenía derecho
			12		Esposo no la dejó
			13		Padres no la dejaron
			14		Razones culturales
			15		Otro
Condición de discapacidad del niño	Nominal	Información de la madre	1	Porcentaje	Si
			2		No
Condición de discapacidad de la madre	Nominal	Información de la madre	1	Porcentaje	Si
			2		No

VARIABLES	ESCALA	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	CODIFICACIÓN	INDICADOR	VALOR
Tipo de discapacidad	Nominal	Registros de historia clínica	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Porcentaje	Moverse/ caminar Usar brazos/ manos Oír, aun con aparatos Hablar/ comunicarse Ver aún usando lentes Entender/ aprender Relacionarse con otros Desplazarse en trechos cortos Su autocuidado
Practica de lactancia materna alguna vez	Nominal	Encuesta aplicada por el investigados	1 2	Porcentaje	Si No

VARIABLES	ESCALA	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	CODIFICACIÓN	INDICADOR	VALOR
Inicio de la lactancia materna	Ordinal	Encuesta aplicada por el investigados	1 2 3 4	Porcentaje	Inmediatamente Menos de una hora Horas Días
Motivo de no lactancia materna	Nominal	Encuesta aplicada por el investigados	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	Porcentaje	Madre enferma Niño enfermo Niño murió Problema de succión niño Problema pezón No le bajo leche Niño rehusó Madre tenía que trabajar Se le ponían feos los senos Se afecta la sexualidad con el conyugue Esposo se opone Otro
Asesoría por parte del personal de salud	Nominal	Encuesta aplicada por el investigados	1 2 3	Porcentaje	Si No No aplica
Práctica de la lactancia	Nominal	Encuesta aplicada	1	Porcentaje	Si

VARIABLES	ESCALA	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	CODIFICACIÓN	INDICADOR	VALOR
materna durante los tres primeros días de vida		por el investigados	2		No
Bebida diferente a la leche materna que recibió en los primeros tres días	Nominal	Encuesta aplicada por el investigados	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Porcentaje	Leche en polvo Leche liquida Agua Agua con azúcar Agua de panela Suero casero SRO Jugo de fruta Te Otro
Practica actual de la lactancia materna	Nominal	Encuesta aplicada por el investigados	1 2	Porcentaje	Si No
Frecuencia de la lactancia materna en las últimas 24 horas	Razón	Encuesta aplicada por el investigador	1 2	Porcentaje	--
Problemas al amamantar	Nominal	Encuesta aplicada por el investigador	1 2 3 4	Porcentaje	Mastitis Problemas de pezón Problemas succión niño Enfermedad del

VARIABLES	ESCALA	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	CODIFICACIÓN	INDICADOR	VALOR
					niño
			5		Otro
			6		No ha tenido
Edad de suspensión de la lactancia materna exclusiva	Razón	Encuesta aplicada por el investigados	NA	Media	--
Motivo de suspensión de la lactancia materna exclusiva	Nominal	Encuesta aplicada por el investigador	1	Porcentaje	Madre enferma
			2		Mastitis
			3		Niño enfermo
			4		Niño murió
			5		Problema succión niño
			6		Problema pezón
			7		Se le acabó la leche
			8		Madre trabajando
			9		Niño rehusó
			10		Edad de destete
			11		Quedó embarazada
			12		Empezó a usar anticonceptivos
			13		Otro
Capacitación sobre lactancia materna	Nominal	Encuesta aplicada por el investigador	1	Porcentaje	Si
			2		No

VARIABLES	ESCALA	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	CODIFICACIÓN	INDICADOR	VALOR
Lugar de la capacitación	Nominal	Encuesta aplicada por el investigador	1 2 3 4 5	Porcentaje	Hospital Consultorio particular Profamilia ICBF Otro
Temas abordados en la capacitación	Nominal	Encuesta aplicada por el investigador	1 2 3 4 5 6	Porcentaje	Beneficios de la LM Posición adecuada para lactar Por qué o cómo se produce Problemas durante el amamantamiento Cómo se debe iniciar la lactancia Extracción manual
Motivos de no capacitación	Nominal	Encuesta aplicada por el investigador	1 2 3 4	Porcentaje	Ya sabía No sabía de la charla No tenía quien cuidara los niños Horarios no le sirven Servicio queda

VARIABLES	ESCALA	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	CODIFICACIÓN	INDICADOR	VALOR
			5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17		lejos Transporte muy costoso Servicio muy costoso Servicio de mala calidad Fue pero no lo atendieron No confía en los médicos Muchos trámites No sabe dónde prestan el servicio Inseguridad Demora en la atención en el sitio No sabía que tenía derecho Esposo no la dejó Otro
Edad de inicio de otras bebidas	Razón	Información de la madre	NA	Media	--
Edad de inicio de alimentos blandos	Razón	Información de la madre	NA	Media	--

VARIABLES	ESCALA	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	CODIFICACIÓN	INDICADOR	VALOR
Uso de biberón	Nominal	Encuesta aplicada por el investigador	1 2	Porcentaje	Si No
Frecuencia en el consumo de alimentos	Razón	Información de la madre	NA	Media	--

6. ESTRATEGIA METODOLOGICA

6.1 TIPO DE ESTUDIO

El estudio desarrollado fue transversal, relacional, con representatividad poblacional urbana y rural; que se realizó mediante la evaluación de la práctica actual de la alimentación del niño lactante y pequeño en las familias del Municipio y estableció su relación con los Determinantes Sociales de la Salud.

6.2 POBLACIÓN

Para el desarrollo de la investigación se tomaron como referencia las recomendaciones de OMS-UNICEF en su documento Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño (6), documento donde plantea la metodología para la evaluación de dichos indicadores, dentro de las cuales se resalta:

- Los indicadores propuestos se derivan de las entrevistas realizadas a nivel familiar usando una metodología de encuestas de hogar.
- Los indicadores descritos en este documento se consideran en su conjunto. En particular, los indicadores para evaluar las prácticas de alimentación de los niños de 6 a 23 meses de edad, debido a los aspectos multidimensionales de la alimentación adecuada a esta edad.
- Los grupos de edad están descritos en intervalos de meses completos.
- Se calculó la muestra con tamaños adecuados para todos los sub-grupos de edad que interesan.
- Con la excepción de los indicadores “inicio temprano de la lactancia materna” y “niños amamantados alguna vez”, todos los indicadores se basaron en datos sobre el estado actual, más que sobre datos retrospectivos

- Se incluyeron niños menores de 36 meses, para la evaluación del indicador “duración de la lactancia materna”, ya que es el único indicador que requiere recopilación de datos sobre las prácticas de alimentación en niños por encima de los 23 meses de edad.

- Se seleccionó el período de recordatorio del día anterior ya que es adecuado en estudios de ingesta alimentaria cuando el objetivo es describir las prácticas de alimentación de los lactantes dentro de la población; con la excepción de los indicadores “inicio temprano de la lactancia materna” y “niños amamantados alguna vez”.

Por lo anterior, y teniendo en cuenta que la población DANE asignada para el Municipio de Manizales, presenta amplias diferencias con relación al comportamiento de los nacimientos en el Municipio, para determinar con mayor certeza la población objeto, se tomó como referencia los certificados de Nacido Vivo de los niños cuyas madres residan en la ciudad de Manizales ocurridos durante los años 2011, 2012 y 2013.

En consecuencia, la población total del estudio corresponde a 11.312 niños nacidos vivos durante los años 2011, 2012 y 2013, según residencia de la Madre en Manizales, dato que se convierte en la referencia poblacional de los menores de 3 años en el Municipio de Manizales.

6.3. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para asegurar representatividad por área de ocurrencia, se calculó, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, un tamaño de muestra tanto para el área urbana como para el área rural y por cada uno de los sub-grupos de edad de interés.

Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{z^{2*}p^{*}q}{e^2 + \frac{z^{2*}p^{*}q}{N}}$$

En total se contó con un tamaño de muestra de 1792 niños de 0 a 35 meses de edad, con representatividad por área y grupos de edad.

Tabla 3. Distribución muestra según grupos etarios y área geográfica

EDAD	RURAL	URBANO	TOTAL	%
0 a 5 meses	71	302	373	20,81
6 a 11 meses	80	285	365	20,37
12 a 17 meses	77	265	342	19,08
18 a 23 meses	64	250	314	17,52
24 a 35 meses	81	317	398	22,21
TOTAL	373	1419	1792	100

Fuente. Construcción propia. Datos Investigación

Con el propósito de aplicar la metodología planteada y teniendo en cuenta que la fuente para calcular la población objeto del estudio, no dispone de información de residencia, se realizó la selección de la muestra utilizando como referencia la base de dato de afiliación al SGSSS, con distribución proporcional según afiliación general.

La selección de los niños objeto de la investigación, se realizó aleatoriamente, utilizando como referencia la base de datos de niños afiliados a las EPS del régimen contributivo y subsidiado y población pobre no afiliada. Previendo que las personas, especialmente las de estrato bajo, cambian con frecuencia de residencia, se tuvo como plan alterno, el desplazamiento a las IPS que realizan controles de crecimiento y desarrollo y a los Centros de Atención Infantil del Municipio.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Niños nacidos en el Municipio de Manizales que al momento de la aplicación de la encuesta tengan entre 0 – 35 meses de edad.
- Niños residentes en el Municipio de Manizales.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Niños fuera de los rangos de edad establecidos, 0 a 35 meses de edad
- Niños residentes en otros municipios o departamentos

6.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

6.4.1 FUENTES DE INFORMACION

- Base de datos de Nacidos Vivos la oficina de Estadísticas Vitales de la Secretaría de Salud Pública.
- Registro de afiliación a EPS del régimen subsidiado, contributivo y población pobre no afiliada de la Secretaría de Salud Pública.
- Base de datos de niños atendidos en los programas de Crecimiento y Desarrollo en las IPS del Municipio
- Base de datos de niños atendidos en los programas de atención infantil en el Municipio de Manizales
- Encuesta aplicada a la madre.

6.4.2 INSTRUMENTOS

La Encuesta diseñada para la evaluación de la práctica de alimentación del lactante y niño pequeño y los Determinantes Sociales de la Salud, fue adoptada y adaptada del formulario individual de las Encuesta Nacional de Demografía y

Salud de Colombia - 2010 y la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional de Colombia - 2010.

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Colombia, se viene desarrollando en el país desde 1990, cada 5 años y durante el año 2010 se unió con la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional de Colombia, para aunar esfuerzos y unificar metodologías técnicas y de campo.

Para el desarrollo de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Colombia se realizó la construcción del instrumento y la respectiva prueba piloto cuyo objetivo fue analizar en forma minuciosa el comportamiento de los diferentes cuestionarios en su aplicación, el fraseo de las preguntas y la logística.

El instrumento se construyó tomando como referencia la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Colombia 2010, específicamente seleccionando preguntas de los cuestionarios de hogar e individual del cual se abordan las secciones antecedentes, embarazo, parto y puerperio, antecedentes del marido y trabajo de la mujer, salud mental y vínculo afectivo. La sección lactancia y alimentación complementaria es la única que se tomó completa.

El Instrumento está estructurado en tres componentes, relacionados con la identificación de la madre lactante y su familia, determinantes sociales y práctica de la lactancia materna y alimentación del niño pequeño; con preguntas de única o múltiple respuesta.

6.5 ASPECTOS ETICOS

Aprobación por parte del Comité de Bioética de la Universidad Autónoma de Manizales del proyecto de investigación, según consta en el Acta N° 44 del 13 de mayo de 2015, al considerarse “Investigación con riesgo mínimo”.

6.6 PROCEDIMIENTOS

- Selección aleatoria de la población objeto
- Selección del equipo de trabajo, el cual fue conformado por cinco encuestadores, un coordinador de trabajo de campo y dos supervisores.

- Entrenamiento de los encuestadores, que incluyó formación en el tema objeto de la investigación, abordaje de las familias para la realización de la encuesta, estructura y aplicación del instrumento y diligenciamiento del mismo mediante el aplicativo diseñado.

- El trabajo de campo se realizó durante aproximadamente dos meses. El esquema de trabajo de campo se diseñó teniendo en cuenta que se debían realizar aproximadamente 8 entrevistas día.

- Se realizaron entrevistas con las familias de los menores de treinta y seis meses, a quienes inicialmente se les ubicó por teléfono para concertar previamente el mayor número de entrevistas en hogares, posteriormente se utilizó la estrategia de ubicación en el hogar y finalmente de acuerdo a las situaciones consideradas con anterioridad, relacionadas con la ubicación se establecido como metodología la aplicación del instrumento a madres que asisten a las IPS al control de crecimiento y desarrollo o a los programas de atención infantil existentes en el Municipio.

- Se aplicaron los Consentimiento Informado y/o asentimiento, el cual tiene dos diseños dada la condición de poder tener acceso a madres menores de edad, en cuyo caso el consentimiento informado lo firmó su acudiente o el mismo menor. (Anexo 1)

- La recolección de la información se efectúo mediante la utilización de tablets que permitieron cargar la información al aplicativo diseñado.

- Se consolido la información en una base de datos diseñada para tal fin y procesamiento mediante Excel 2013 y SPSS 20.

6.7 LIMITACIONES

- Acceder a bases de datos institucionales, que permitieran la selección de la población objeto.

- Canalizar a las madres y/o cuidadores en hogares, lo que conllevó a la aplicación de encuestas en espacios considerados en la investigación, tales como instituciones de salud y/o instituciones de cuidado en primera infancia.

- La aplicación del instrumento, el cual tenía una extensión considerable y en ocasiones generó dificultades para acceder a la información por los tiempos.
- El acceso al cuidador directo, que permitiera la información de una fuente cercana a la realidad del niño y la familia

6.8 PLAN DE ANALISIS

Tomando como referencia los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud, se construyeron y analizaron los indicadores recomendados para el análisis de la alimentación en lactante y el niño pequeño.

Se realizó análisis univariado y bivariado, tomando los resultados obtenidos en los indicadores; se estimaron medidas de tendencia central como promedios y medianas de duración de prácticas alimentarias tales como edad de suspensión de lactancia materna exclusiva, lactancia materna predominante, lactancia materna continua y edades de introducción de alimentos.

Se evaluó la asociación existente entre las prácticas de alimentación y los Determinantes Sociales de la Salud, utilizando los métodos de razón de momios (OR), con su respectivo intervalo de confianza y comparación de proporciones; la prueba de significancia utilizada para éstas técnicas fue la Chi-Cuadrado.

Posteriormente se seleccionaron por considerarse practicas claves en el proceso de monitoreo y evaluación de la alimentación del niño pequeño y lactante; la lactancia materna exclusiva (LME), lactancia materna continua a los dos años (LMC2) y dieta mínima aceptable (DMA) y se determinó la correlación con los determinantes sociales utilizando el método de regresión logística puesto que todas las variables eran cualitativas; las variables relacionadas con prácticas de alimentación se definieron como variables dependientes y las referentes a los determinantes como independientes. Como se tuvieron en cuenta varias variables independientes, se comprobaron los supuestos de, independencia y multicolinealidad con las pruebas de Durbin Watson y FIV (Factor de Varianza Inflada) respectivamente; estos supuestos se cumplieron en todos los casos.

Para tal efecto se procedió de la siguiente manera:

Se exploraron las relaciones bivariadas, como variables independientes se consideraron todas las variables contenidas tanto en los determinantes estructurales como en los intermedios, las cuales se pueden visualizar en las tablas anexas.

Se corrió el modelo de regresión logística de cada variable dependiente con todas las independientes seleccionadas por su significancia estadística en el análisis bivariado ($p<0,05$), utilizando el método introducir, el cual ingresa simultáneamente las variables independientes.

Para adelantar este proceso de sistematización de la información se utilizó el programa Excel 2013 y para el análisis estadístico SPSS 20.

7. RESULTADOS

I. PRACTICA DE LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO LACTANTE Y NIÑO PEQUEÑO

1. Inicio temprano de la lactancia materna

En el Municipio de Manizales el 70.54% de los niños menores de dos años fueron lactados de forma inmediata al parto, el 74.5% en la primera hora y el 87.6% durante el primer día. Con respecto al área es mayor el inicio temprano de la lactancia en el área rural que urbana.

2. Lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses

Se encontró que el 36.7% de los lactantes de 0 a 5 meses de edad son alimentados exclusivamente con leche materna.

3. Lactancia materna continúa al año de vida

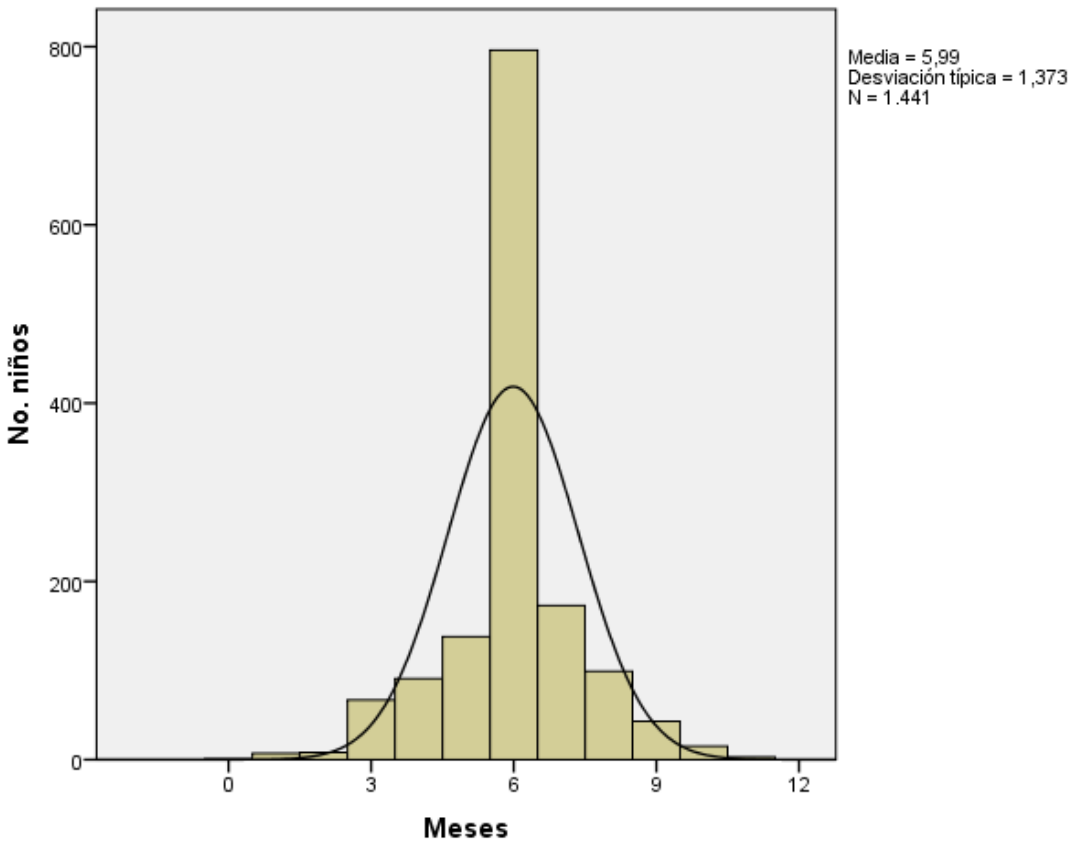
La práctica de la lactancia evaluada en los niños de 12 a 15 meses alcanza un 44.4%, representada en un 53.8% en el área rural y 41.7% en el área urbana.

4. Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o suaves

La introducción de alimentos se ha efectuado en el 65.2% de los niños estrato 3 a 6, 70.7% de los hijos de mujeres menores de 20 años, 70.6% de hijos de mujeres solteras, separadas o viudas, 64% de los niños afiliados al régimen contributivo, 68.5% de los hijos de mujeres con educación inferior a secundaria completa son lactados, 67.9% de las mujeres con actividad laboral y/o académica y 63.3% de los niños inscritos en Control de Crecimiento y Desarrollo.

En la *Figura 2*, se observa la distribución porcentual del inicio de la introducción de alimentos con una media de 5.9 meses (DE: 1.3).

Figura 2 Distribución porcentual de la introducción de alimentos según edad



Fuente. Construcción propia. Datos Investigación

5. Diversidad alimentaria mínima

La proporción de niños de 6 a 23 meses de edad que tienen una dieta de mejor calidad por consumir al menos un alimento de origen animal, una fruta o verdura y un alimento básico (cereal, raíz o tubérculo), es del 75.2%.

6. Frecuencia mínima de comidas

El 94.7% de los niños de 6 a 23 meses reciben la frecuencia de comidas mínimas, representadas en el esquema, 2 veces para niños amamantados de 6 a 8 meses,

3 veces para niños amamantados de 9 a 23 meses y 4 veces para niños no amantados de 6 a 23 meses.

7. Dieta mínima aceptable

El acceso a una dieta mínima aceptable es mayor en niños no amamantados que en los niños amamantados; sin embargo, en el grupo de niños amamantados el acceso aumenta a mayor edad, comportamiento contrario en los niños no amamantados.

8. Niños que fueron amamantados alguna vez

El 96.6% de los niños entre los 0 y 24 meses de edad fueron alguna vez amantados, práctica que ha aumentado en el último año ya que el 97.4% de los niños de 0 a 11 meses fueron amantados, frente al 95.7% de los niños de 12 a 24 meses.

9. Lactancia materna continúa a los 2 años

La práctica de lactancia materna en las últimas 24 horas en los niños de 20 a 23 meses del Municipio de Manizales es del 18.7%, siendo inferior en el área rural con un 13.5% sobre el área urbana donde alcanza el 20%.

10. Lactancia materna adecuada según la edad

En los niños de 0 a 24 meses es adecuada en el 40%, discriminados en un 36.4% en los niños de 0 a 5 meses y 41.3% de 6 a 23 meses. Ahora bien, con respecto al área, el 43.4% de los niños de 0 a 23 meses del área rural tienen una adecuada práctica de la lactancia materna, frente al 39.1% de los niños del área urbana.

11. Lactancia materna predominante antes de los 6 meses

El 88.2% de los niños de 0 a 5 meses, tienen como fuente predominante de alimentación la leche materna, sin embargo, reciben otros líquidos tales como bebidas a base de agua y jugo de frutas.

12. Duración de la lactancia materna

La Mediana de la Lactancia Materna fue de 6 meses. Es decir es la edad promedio de suspensión de la Lactancia Materna.

Tabla 4 Prácticas de la alimentación del niño lactante y niño pequeño del municipio de Manizales, según área de residencia

Variables	RURAL		URBANO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%
Inicio temprano de la lactancia materna						
Inmediatamente						
0 a 24 meses	218	72,67	802	69,98	1020	70,54
0 a 11 meses	109	72,19	416	70,87	525	71,14
12 a 24 meses	109	73,15	386	69,05	495	69,92
Primera Hora						
0 a 24 meses	238	79,33	855	74,61	1093	75,59
0 a 11 meses	118	78,15	442	75,30	560	75,88
12 a 24 meses	120	80,54	413	73,88	533	75,28
Primer día						
0 a 24 meses	267	89,00	1001	87,35	1268	87,69
0 a 11 meses	134	88,74	520	88,59	654	88,62
12 a 24 meses	133	89,26	481	86,05	614	86,72
Lactancia Materna Exclusiva						
0 a 5 meses	23	32,39	114	37,75	137	36,73
Mediana / #	2	23	2	114	2	137
Lactancia Materna continua al año de vida						
12 a 15 meses	28	53,85	76	41,76	104	44,44
Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o suaves						
6 a 8 meses	28	58,33	107	64,85	135	63,38
Diversidad alimentaria mínima						
6 a 23 meses	161	72,85	607	75,88	768	75,22
6 a 11 meses	39	48,75	147	51,58	186	50,96
12a 17 meses	63	81,82	234	88,30	297	86,84
18 a 23 meses	59	92,19	226	90,40	285	90,76
Frecuencia mínima de comidas						
Niños amamantados						

Variables	RURAL		URBANO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%
6 a 23 meses	98	92,45	293	88,25	391	89,27
6 a 11 meses	42	84,00	145	79,67	187	80,60
12a 17 meses	41	100,00	103	98,10	144	98,63
18 a 23 meses	15	100,00	45	100,00	60	100,00
Niños no amamantados						
6 a 23 meses	113	98,26	463	98,93	576	98,80
6 a 11 meses	29	96,67	100	97,09	129	96,99
12a 17 meses	35	97,22	158	98,75	193	98,47
18 a 23 meses	49	100,00	205	100,00	254	100,00
Dieta mínima aceptable						
Niños amamantados						
6 a 23 meses	70	66,04	221	66,57	291	66,44
6 a 11 meses	23	46,00	89	48,90	112	48,28
12a 17 meses	32	78,05	91	86,67	123	84,25
18 a 23 meses	15	100,00	41	91,11	56	93,33
Niños no amamantados						
6 a 23 meses	80	69,57	343	73,29	423	72,56
6 a 11 meses	15	50,00	55	53,40	70	52,63
12 a 17 meses	27	75,00	129	80,63	156	79,59
18 a 23 meses	38	77,55	159	77,56	197	77,56
Niños que fueron amamantados alguna vez						
0 a 24 meses	286	95,33	1111	96,95	1397	96,61
0 a 11 meses	145	96,03	574	97,79	719	97,43
12 a 24 meses	141	94,63	537	96,06	678	95,76
Lactancia materna continuada a los 2 años						
20 a 23 meses	5	13,51	31	20,00	36	18,75
Lactancia materna adecuada según la edad						
0 a 23 meses	127	43,49	431	39,11	558	40,03
0 a 5 meses	23	32,39	113	37,42	136	36,46
6 a 23 meses	104	47,06	318	39,75	422	41,33
Lactancia materna predominante						
0 a 5 meses	62	87,32	267	88,41	329	88,20
Duración de la lactancia materna (Mediana / #)						
0 a 36 meses	6	194	6	759	6	953
Alimentación con biberón						
0 a 23 meses	179	61,30	718	65,15	897	64,35
0 a 5 meses	35	49,30	160	52,98	195	52,28
6 a 11 meses	51	63,75	190	66,67	241	66,03
12 a 23 meses	93	65,96	368	71,46	461	70,27
Frecuencia de tomas de leche para niños no amamantados						
6 a 23 meses	99	86,09	410	87,61	509	87,31

Variables	RURAL		URBANO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%
6 a 11 meses	27	90,00	95	92,23	122	91,73
12 a 17 meses	30	83,33	140	87,50	170	86,73
18 a 23 meses	42	85,71	175	85,37	217	85,43
Lactancia materna actual						
0 a 35 meses	175	46,92	633	44,61	808	45,09
0 a 5 meses	62	87,32	267	88,41	329	88,20
6 a 11 meses	50	62,50	182	63,86	232	63,56
12 a 17 meses	41	53,25	105	39,62	146	42,69
18 a 23 meses	15	23,44	45	18,00	60	19,11
24 a 35 meses	7	8,64	34	10,73	41	10,30

Fuente. Construcción propia. Datos de la investigación

13. Alimentación con biberón

El 64.3% de los niños de 0 a 23 meses recibieron alimentos con biberón, práctica que puede interferir en la alimentación adecuada con lactancia materna y en la incidencia de morbilidad infantil por enfermedad diarreica aguda. Esta práctica incrementa paulatinamente a mayor edad.

14. Frecuencia de tomas de leche para niños no amamantados

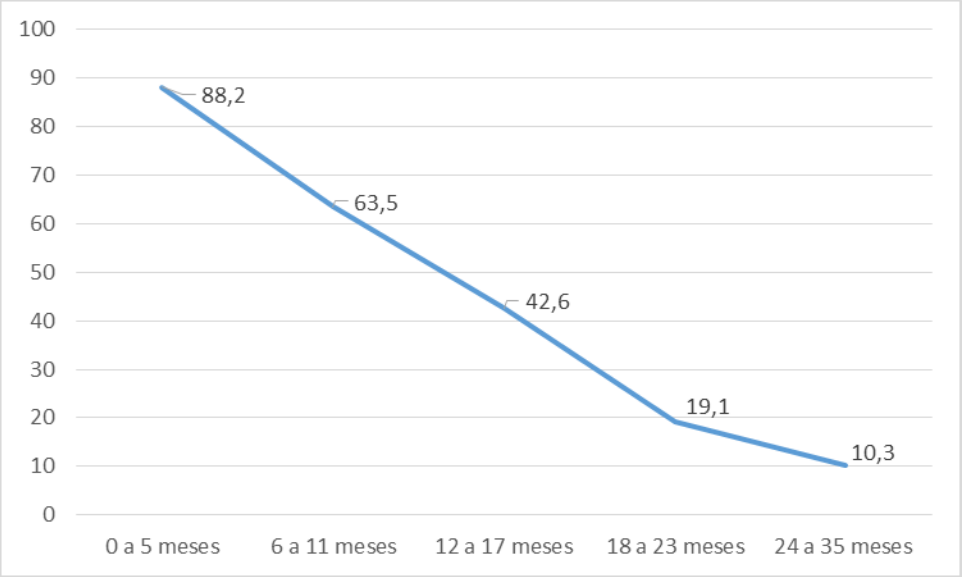
El 87.3% de los niños de 6 a 23 meses no amamantados recibieron al menos dos tomas de leche en las últimas 24 horas; practica que disminuye a mayor edad.

Como aspecto complementario, la lactancia materna en las últimas 24 horas, en los niños de 0 a 36 meses en el Municipio de Manizales fue del 45%, la cual disminuyó gradualmente con la edad. (Figura 3)

Así mismo, se observa que en la dieta de las últimas 24 horas se incluyó el consumo de alimentos preparados con sal y condimentos en el 83% de los niños, tubérculos y plátanos en el 70%, huevo en el 65%, bebidas o alimentos a base de leche como queso o yogurt en el 62%, fruta el 63%, verduras y hortalizas el 60%, y alimentos preparados con aceites o grasas en el 53%. El consumo de alimentos clasificados como cereales y dulces o elementos endulzantes utilizados para prepararlos fueron incluidos en la dieta del 50% de los niños; con menor

porcentaje se incluye en la dieta las carnes, alcanzando el consumo de carnes rojas el 49%, carnes blancas el 35%, carnes preparadas el 16% y pescado el 6%. Las leguminosas o granos secos los consumen el 44% y alimentos a base de bienestarina u otras mezclas el 35% de los niños.

Figura 3 Tendencia porcentual de la práctica de la Lactancia Materna en los menores de 36 meses



Fuente. Construcción propia. Datos de la investigación

II. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Determinantes estructurales

Área

Según la ubicación geográfica de los hogares con niños lactantes y pequeños en el Municipio de Manizales, se encontró que el 79%, están ubicados en el área urbana y el 21% en el área rural. Resaltando que el 21% de la población objeto se

encuentra en la Comuna Ciudadela Norte y un 5% de la población en el Corregimiento El Remanso.

Estrato socioeconómico

La distribución de las familias por estrato a nivel rural está concentrada en el 1 y 2. Con respecto al área urbana existe mayor concentración en los estratos 2 y 3.

Clase Social

Con relación al área, se encontró mayor condición de Pobreza en el área rural, con respecto al área urbana.

El promedio de ingresos mensual de las familias del Municipio con niños objeto de la investigación, es de $ 1.107.337, de los cuales en promedio dependen 4 personas por familias. Dicho promedio de ingresos varía del área rural donde llega a $ 886.204; a la urbana, alcanzando $ 1.170.855.

Según la encuesta, el 62.2% de las familias consideran que los ingresos no alcanzan para cubrir los gastos, el 37% considera que son suficientes y el 0.73% expresa que son más que suficientes.

Género del niño

La distribución por sexo de los niños del 50% femenino y masculino.

Edad - Etnia de la madre

La edad promedio de las madres es de 26 años (DE: 6.2 años), la edad mínima es 15 y la máxima es 56 años. El 0.05% son indígenas (9 madres), el 0.1% negro/afrocolombiano (3 madres) y un 0.06 palenquero (1 madre).

Educación

El nivel educativo de la madre se concentra principalmente en secundaria completa con un 36.7%, secundaria incompleta 19.9% y técnico completo en un 21.4%.

Por cada madre del área rural con secundaria completa hay 3.8 en el área urbana, mientras que por cada madre del área rural, en el área urbana hay con técnico completo 7, pregrado incompleto 17, con pregrado completo 19 y con posgrado completo 23. Y por cada mujer del área rural con capacidad para leer fácilmente, en el área urbana 4.1 cuentan con dicha posibilidad.

Del total de madres que a la fecha no estudia, se evaluaron los motivos por los cuales abandonaron los estudios, encontrando principalmente que, un 26.1% considero que se gradúo y fue suficiente, el 25.7% quedó embarazada, el 19.7% necesitaba dinero y un 11.7% no quiso estudiar. En el área rural la principal causa es la condición de embarazo con un 37.5%, mientras que en el área urbana es la finalización del ciclo.

Por cada esposo o compañero del área rural con respecto a los del área urbana hay con secundaria completa hay 4.3, con técnico completo 7.5, con pregrado completo 11 y con posgrado completo 24.

Ocupación

El 57.8% de las madres son amas de casa, el 9.32% estudia actualmente y un 32% desarrollan actividades laborales.

El 32.4% de los esposos o compañeros se desempeñan como trabajadores de los servicios, 18.6% ejercen actividades de nivel profesional o técnico, el 15.4% actividades de conducción de máquinas o vehículos y un 10% acciones de personal administrativo. A nivel del área rural las principales actividades son los servicios con un 39.7% y el trabajo agropecuario, forestal o de pesca con un 23.7%, y en el área urbana se destaca el trabajador de servicios con un 30.3% y actividad profesional y técnico con un 22%.

Tabla 5 Comportamiento de los Determinantes Sociales de la Salud en los hogares del niño lactante y niño pequeño del municipio de Manizales, según área de residencia.

Determinantes Estructurales	RURAL		URBANO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%
Edad						
0 - 5 meses	71	19,03	302	80,97	373	20,81
6 - 11 meses	80	21,92	285	78,08	365	20,37
12 - 17 meses	77	22,51	265	77,49	342	19,08
18 - 23 meses	64	20,38	250	79,62	314	17,52
24 - 35 meses	81	20,35	317	79,65	398	22,21
Total	**373**	**20,81**	**1419**	**79,19**	**1792**	**100**
Sexo						
Femenino	185	49,60	718	50,60	903	50,39
Masculino	188	50,40	701	49,40	889	49,61
Total	**373**	**20,81**	**1419**	**79,19**	**1792**	**100**
Etnia						
Indígena	1	0,27	8	0,56	9	0,50
Negro/Mulato/Afrocolombiano	0	0,00	3	0,21	3	0,17
Ninguna de las anteriores	372	99,73	1407	99,15	1779	99,27
Palenquero de San Basilio	0	0,00	1	0,07	1	0,06
Total	**373**	**100**	**1419**	**100**	**1792**	**100**
Educación de la madre						
Sin educación	2	0,54	3	0,21	5	0,28
Primaria	69	18,50	87	6,13	156	8,71
Secundaria	243	65,15	772	54,40	1015	56,64
Superior	59	15,82	557	39,25	616	34,38
Total	**373**	**100**	**1419**	**100**	**1792**	**100**
Ocupación						
Ama de casa	281	75,34	756	53,28	1037	57,87
Estudiante	24	6,43	143	10,08	167	9,32
Empleada	68	18,23	520	36,65	588	32,81
Total	**373**	**100**	**1419**	**100**	**1792**	**100**
Clase Social						
Pobre	314	84,18	920	64,83	1234	68,86
Vulnerable	49	13,14	386	27,20	435	24,27
Clase media	10	2,68	109	7,68	119	6,64
Clase alta	0	0,00	1	0,07	1	0,06
SD	0	0,00	3	0,21	3	
Total	**373**	**100**	**1419**	**100**	**1792**	**99,83**
Estrato socioeconómico						
1	181	48,53	300	21,14	481	26,84
2	177	47,45	576	40,59	753	42,02
3	14	3,75	438	30,87	452	25,22
4	1	0,27	71	5,00	72	4,02
5	0	0,00	20	1,41	20	1,12
6	0	0,00	14	0,99	14	0,78
Total	**373**	**100**	**1419**	**100**	**1792**	**100**
Comuna / Corregimientos						

Determinantes Estructurales	RURAL		URBANO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%
Atardeceres	0	0	98	5,47	98	5,47
Ciudadela de Norte	0	0	381	21,26	381	21,26
Cumanday	0	0	82	4,58	82	4,58
Ecoturístico Cerro de Oro	0	0	117	6,53	117	6,53
La Estación	0	0	47	2,62	47	2,62
La Fuente	0	0	162	9,04	162	9,04
La Macarena	0	0	122	6,81	122	6,81
Palogrande	0	0	36	2,01	36	2,01
San José	0	0	155	8,65	155	8,65
Tesorito	0	0	74	4,13	74	4,13
Universitaria	0	0	145	8,09	145	8,09
Agroturístico	53	2,96	0	0	53	2,96
Colombia	28	1,56	0	0	28	1,56
Cristalina	18	1,00	0	0	18	1,00
El remanso	101	5,64	0	0	101	5,64
Manantial	54	3,01	0	0	54	3,01
Panorama	72	4,02	0	0	72	4,02
Rio Claro	47	2,62	0	0	47	2,62
Total	**373**	**20,81**	**1419**	**79,19**	**1792**	**100**

Fuente. Construcción propia. Datos de la investigación

Determinantes Intermedios

Características materiales

De acuerdo al contexto social y las características materiales que rodean el entorno de los hogares y sus viviendas; el 30% de las familias no tiene acceso al total de los servicios públicos esenciales (Energía Eléctrica, Gas Natural, Acueducto, Alcantarillado y Recolección de Basuras).

Con relación a los grupos de edad, el 29% de los niños de 0 a 5 meses viven en condiciones de hacinamiento, seguidos de los grupos de 6 a 11 y 24 a 25 meses con un 20.3%, 12 a 17 meses con un 16% y un finalmente con 14% del grupo de 18 a 23 meses.

El promedio de habitación por hogar es de 2.5 y de 4.4 personas por hogar. En el área rural en un total de 373 hogares, el promedio de personas es de 4.5 y de 2.4 habitaciones por hogar. Similar al área urbana, donde en un total de 1419 hogares, el promedio de personas es de 4.5 y de 2.6 habitación.

Circunstancias psicosociales

El 81.2% de las familias tiene como jefe de hogar al padre o madre del niño objeto de la investigación, sin embargo un 19% de las familias tienen como jefe de hogar a los abuelos, tíos y amigos, con un 18, 0.9 y 0.06% respectivamente. El 16% de las madres ejercen el papel del jefe del hogar y el 65% tiene relación de esposa con el jefe de hogar.

El 27.7% de los casos de Disfunción familiar severa, se presentan en los hogares de niños entre los 0 a 5 meses, seguido con un 23.6% del grupo de 24 a 35 meses. La disfunción familiar moderada se presenta con un 25.1% en el grupo de 24 a 36 meses, seguido del grupo de 6 a 11 meses y la disfunción familiar leve en el grupo de 0 a 5 meses con un 22.8% seguido de 6 a 11 meses con 21.91%.

Con relación a la salud mental, mediante el Test de Zung en su versión abreviada, se logró encontrar que el 21.8% de las madres tienen signos o síntomas sugestivos de depresión. La depresión se presenta con un 22.5%, 21.2%, 20.4%, 19.4% y 16.3% en los grupos de 0 a 5 meses, 24 a 35 meses,12 a 17 meses, 6 a 11 meses y 18 a 23 meses respectivamente.

Factores conductuales y biológicos

A sí mismo, se indago sobre la condición de Discapacidad. El 0.39% de las madres tienen discapacidad y está relacionada en el 28.5% con dificultad para hablar o comunicarse, y el 14.2% en mover o caminar, oír aún con aparatos especiales, ver a pesar de usar lentes o gafas, entender o aprender y relacionarse con los demás por problemas mentales, emocionales.

El 1.17% de los lactantes y niños pequeños presentan discapacidad, y están relacionados con dificultades para caminar (48.1%), hablar o comunicarse, entender o aprender y problemas respiratorios o cardiacos (14.8%) relacionarse con los demás (7.41%). El 37% de los niños con discapacidad tienen entre 24 a 35 meses, el 18.5% de 12 a 17 y 18 a 23 meses, el 14.8% 6 a 11 meses y un 11.1% de 0 a 5 meses.

Cuando se indaga a las madres encuestadas, sobre la gestación del niño objeto de la investigación; se encuentra que por cada gestación planeada en el área rural, se planean 4 en el área urbana.

Así mismo, la decisión de la gestación no fue tomada en conjunto con su pareja en el 40% de las familias. En el área rural el 46.1% de las gestaciones no se decidieron en conjunto, mientras que en el área urbana esta situación fue para el 61.1% de los embarazos.

Datos que se complementan con que el 8.5 de las madres, tuvo miedo en contarle a su pareja que estaba en condición de gestación.

El cuidado de los niños, cuando la madre debe estar por fuera del hogar está bajo la responsabilidad de sus abuelos en el 46.1% de las familias, o lo lleva consigo en el 34.1% de los casos. Así mismo, un 7.48% es cuidado por otros parientes y el 12.2% restante es cuidado por amigos (0.28%), ICBF (1.12%), otra institución (3.96%), niño mayor (0.39%), empleada doméstica (1.23%), esposo (3.18%), niña mayor (1%) y vecinos (1%).

Servicios de salud

El 71.8% de los niños menores de 36 meses están afiliados al régimen contributivo, un 27% al régimen subsidiado y un 0.45% al régimen especial.

Con respecto al estado actual de salud, el 1.1% de las madres están en situación de gestación entre el primer y cuarto mes de gestación. La distribución según grupo de edad del hijo (objeto de la investigación), corresponde a 4 gestantes en niños de 12 a 17 meses, 11 de 18 a 23 meses y 6 de 24 a 35 meses.

El promedio de gestaciones de las madres es de 1.7, en el área rural es de 1.9 y 1.6 para las del área urbana. Y el promedio de hijos vivos corresponde a 1.6. (1.5 a nivel urbano y 1.8 rural).

Con respecto a la gestación, la cobertura del curso psicoprofiláctico alcanzó al 70.9% de las madres. Sin embargo, el 38% de las madres del área rural no asistieron frente al 26.6% del área urbana.

Dentro de los motivos para no asistir al control prenatal, se destaca que el 52.2% de las madres manifiestan como motivo la falta de tiempo, con 9.52% se encuentran aspectos como; la lejanía del servicio, los tramites, horarios de consulta y con un 4.76% se distribuyen la calidad en el servicio, la no atención, inseguridad y el desconocimiento del servicio.

La cobertura institucional en la atención del parto fue del 99.5%. A su vez, se encontró que el 25.3% de los partos se atendieron por cesárea.

Como consecuencia del parto, durante los 40 días después del parto, el 3.9% de las madres presentó fiebre, el 2.9% depresión posparto, el 1.9% sangrado intenso de la vagina, el 1.5% dolor y ardor al orinar, el 0.6% infecciones de las mamas, 0.39% perdida involuntaria de orina, 0.27 desmayo y 0.22 flujo vaginal.

El 98.2% de los niños está inscrito al Control de Crecimiento y Desarrollo -CCyD. Y según el grupo de edad el 5.36% de los niños de 0 a 5 años; el 1.27% de 18 a 23 meses; 1% de 24 a 35; 0.82 de 6 a 11 y 0.29% de 12 a 17 meses no están inscritos en CC y D.

Sin embargo, el 14% de los niños han sido llevados una vez en el último año a Controles de Crecimiento y Desarrollo, el 27.3% 2 veces, el 37.7% 3 veces y el 14.62% 4 veces.

Dentro de los motivos por los cuales los niños no son llevados a los Controles de Crecimiento y Desarrollo están: 9.7% muchos trámites, 6.4% el servicio queda lejos y el 4.8% demora en la atención. Un 69% tiene diferentes causas.

Cuando se indaga sobre capacitación en Lactancia Materna, el 10.6% de las madres refieren no haber recibido capacitación. Del total que recibió capacitación, el 85.9% la recibió en una institución de salud, 13.8% en ICBF, 0.12% en otra institución y el 0.06% en Profamilia. Y el 99.8% de las madres recibieron capacitación en beneficios de la lactancia materna, el 98.8% posición adecuada para lactar, 97.4% porque o como se produce la leche, 93.2% como se debe iniciar la lactancia y duración y el 91.7% extracción manual de la leche.

Los motivos referidos por el grupo que tuvo capacitación se encuentra el 58.9% no sabía que ofrecían la charla, 16.3% las madres consideran ya saber sobre lactancia materna, el 11.5% no le sirven los horarios, el 9.47% el servicio le queda muy lejos, el 2.6% no tenía quien le cuidara los niños, el 2.1% tiene un transporte muy costoso, el 1.58% no sabía que tenía derechos, el 1.05% servicio de mala calidad y el 0.53% demora en la atención en el sitio.

Tabla 5b. Comportamiento de los Determinantes Sociales de la Salud en los hogares del niño lactante y niño pequeño del municipio de Manizales, según área e residencia.

Determinantes Intermedios	RURAL		URBANO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%

Determinantes Intermedios	RURAL		URBANO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%
Acceso a servicios públicos						
NO	259	69,44	275	19,38	534	29,80
SI	114	30,56	1144	80,62	1258	70,20
Total	**373**	**100**	**1419**	**100**	**1792**	**100**
Hacinamiento						
NO	312	83,65	1225	86,33	1537	85,77
SI	61	16,35	194	13,67	255	14,23
Total	**373**	**100**	**1419**	**100**	**1792**	**100**
Condición de la vivienda						
Casa/Apto en arriendo	197	52,82	828	58,35	1025	57,20
Casa/Apto propio	146	39,14	566	39,89	712	39,73
Cuarto	0	0,00	8	0,56	8	0,45
Otros	30	8,04	17	1,20	47	2,62
Total	**373**	**100**	**1419**	**100**	**1792**	**100**
Estado Civil						
Casada	54	14,48	290	20,44	344	19,20
Divorciada	4	1,07	18	1,27	22	1,23
Soltera	85	22,79	414	29,18	499	27,85
Unión Libre	230	61,66	695	48,98	925	51,62
Viuda	0	0,00	2	0,14	2	0,11
Total	**373**	**100**	**1419**	**100**	**1792**	**100**
Tipo de familia						
Compuesta	1	0,27	28	1,97	29	1,62
Extensa completa	66	17,69	263	18,53	329	18,36
Extensa incompleta	81	21,72	382	26,92	463	25,84
Nuclear completa	215	57,64	673	47,43	888	49,55
Nuclear Incompleta	10	2,68	73	5,14	83	4,63
Total	**373**	**20,81**	**1419**	**79,19**	**1792**	**100**
Aseguramiento Madre						
Contributivo	207	55,50	1034	72,87	1241	69,25
Subsidiado	161	43,16	368	25,93	529	29,52
Regimen Especial	2	0,54	5	0,35	7	0,39
Ninguno	3	0,80	12	0,85	15	0,84
Total	**373**	**100**	**1419**	**100**	**1792**	**1792**
Aseguramiento Hijo						
Contributivo	224	60,05	1064	74,98	1288	71,88
Subsidiado	145	38,87	340	23,96	485	27,06
Regimen Especial	2	0,54	6	0,42	8	0,45
Ninguno	2	0,54	9	0,63	11	0,61
Total	**373**	**100**	**1419**	**100**	**1792**	**1792**
Depresión						
NO	291	78,02	1110	78,22	1401	78,18
SI	82	21,98	309	21,78	391	21,82
Total	**373**	**100**	**1419**	**100**	**1792**	**100**

Determinantes Intermedios	RURAL		URBANO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%
Disfunción familiar						
Buena Función familiar	281	75,34	956	67,37	1237	69,03
Disfunción familiar leve	51	13,67	273	19,24	324	18,08
Disfunción familiar moderada	32	8,58	127	8,95	159	8,87
Disfunción familiar severa	9	2,41	63	4,44	72	4,02
Total	**373**	**100**	**1419**	**100**	**1792**	**100**
Planeación del embarazo						
En ese momento	200	53,62	847	59,69	1047	58,43
Más tarde	114	30,56	408	28,75	522	29,13
No quería más hijos	59	15,82	164	11,56	223	12,44
Total	**373**	**100**	**1419**	**100**	**1792**	**100**
Acceso al control prenatal						
NO	6	1,61	15	1,06	21	1,17
SI	367	98,39	1404	98,94	1771	98,83
Total	**373**	**100**	**1419**	**100**	**1792**	**100**
Capacitación en Lactancia Materna						
NO	39	10,46	151	10,64	190	10,60
SI	334	89,54	1268	89,36	1602	89,40
Total	**373**	**100**	**1419**	**100**	**1792**	**100**
Atención del parto						
Institución de Salud	368	98,66	1416	99,79	1784	99,55
Hogar	5	1,34	3	0,21	8	0,45
Total	**373**	**100**	**1419**	**100**	**1792**	**100**
Profesional que atendio el Parto						
Profesional área de la salud	368	98,66	1414	99,65	1782	99,44
Partera	1	0,27	0	0,00	1	0,06
Amigo	3	0,80	3	0,21	6	0,33
Nadie	1	0,27	2	0,14	3	0,17
Total	**373**	**100**	**1419**	**100**	**1792**	**100**
Asesoria en Lactancia Materna						
NO	34	9,12	154	10,85	188	10,49
SI	334	89,54	1262	88,94	1596	89,06
NA	5	1,34	3	0,21	8	0,45
Total	**373**	**100**	**1419**	**100**	**1792**	**100**
Asistencia al control de Crecimiento y desarrollo						
NO	12	3,22	20	1,41	32	1,79
SI	361	96,78	1399	98,59	1760	98,21
Total	**373**	**100**	**1419**	**100**	**1792**	**100**
Discapacidad en el niño						
NO	370	99,20	1401	98,73	1771	98,83
SI	3	0,80	18	1,27	21	1,17
Total	**373**	**100**	**1419**	**100**	**1792**	**100**
Discapacidad en la madre						
SI	373	100	1412	99,51	1785	99,61

Determinantes Intermedios	RURAL		URBANO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%
NO	0	0	7	0,49	7	0,39
Total	**373**	**100**	**1419**	**100**	**1792**	**100**

Fuente. Construcción propia. Datos de la investigación

III. RELACIÓN ENTRE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y LA PRÁCTICA DE LA ALIMENTACIÓN EN EL LACTANTE Y NIÑO PEQUEÑO

a. Análisis Bivariado

1. Inicio temprano de la lactancia materna

Se encontró asociación con el estrato socio económico, (Chi2: 9.21 (p: 0. 0024133)), nivel de educación de la madre (Chi2: 5.31 (p: 0.021209), asesoría por personal de la salud durante la atención al parto, (Chi2: 9.17 (p: 0.0024652)) y capacitación en lactancia materna durante el control prenatal (Chi2: 5.48 (p: 0.0192695)).

El inicio temprano de la lactancia materna es 1.48 veces mayor en los niños que viven en hogares estratos 1 y 2, con relación a los niños que viven en hogares de mayor estrato, OR: 1.48 - IC95%[1.14;1.92]; la alimentación en la primera hora es 1.72 veces mayor en hijos de madres que recibieron asesoría durante la atención al parto, OR: 1.72 - IC95%[1.19;2.48] y 1.55 veces mayor en hijos de madres que recibieron capacitación en lactancia materna OR: 1.55 - IC95% [1.05;2.26]. Tabla 6.

Tabla 6 Asociación entre los Determinantes Sociales de la Salud y el Inicio Temprano de la Lactancia Materna

DETERMINANTES	NO	%	SI	%	Chi^2	valor p	OR	IC	COMPARACION DE PROPORCIONES	
									Chi^2	valor p
DETERMINANTES ESTRUCTURALES										
AREA										
RURAL	62	20,67	238	79,33	2.88	0.0899172	1.31	0.95, 1.80	2.88	0.089806
URBANO	291	25,39	855	74,61						
ESTRATO SOCIOECONOMICO										

DETERMINANTES	NO	%	SI	%	Chi^2	valor p	OR	IC	COMPARACION DE PROPORCIONES	
									Chi^2	valor p
1 Y 2	222	22,13	781	77,87	9.21	0.0024133	1.48	1.14, 1.92	9.21	0.002405
3 A 6	131	29,57	312	70,43						
CLASE SOCIAL										
CLASE MEDIA/ALTA	25	26,04	71	73,96	0.15	0.7005881	0.91	0.56, 1.50	0.15	0.700489
POBRE / VULNERABLE	328	24,30	1022	75,70						
SEXO DEL NIÑO/NIÑA										
FEMENINO	166	22,93	558	77,07	1.73	0.1884976	1.17	0.92, 1.50	1.73	0.188345
MASCULINO	187	25,90	535	74,10						
EDAD DE LA MADRE										
< 20 años	51	21,70	184	78,30	1.12	0.2907693	1.20	0.85, 1.70	1.12	0.290602
20 AÑOS Y MÁS	302	24,94	909	75,06						
NIVEL DE EDUCACIÓN DE LA MADRE										
MENOR A SECUNDARIA COMPLETA	88	20,42	343	79,58	5.31	0.0212541	1.38	1.04, 1.83	5.31	0.021209
SECUNDARIA COMPLETA Y/O MAYOR FORMACION	265	26,11	750	73,89						
OCUPACIÓN ACTUAL DE LA MADRE										
AMA DE CASA	206	24,32	641	75,68	0.01	0.9236810	1.01	0.79, 1.30	0.01	9.923.655
ACTIVIDAD LABORAL/ACADEMICA	147	24,54	452	75,46						

Fuente. Construcción propia. Datos de la investigación

Tabla 6b. Asociación entre los Determinantes Sociales de la Salud y el Inicio Temprano de la Lactancia Materna

DETERMINANTES	NO	%	SI	%	Chi^2	valor p	OR	IC	COMPARACION DE PROPORCIONES	
									Chi^2	valor p
DETERMINANTES INTERMEDIOS										
ACCESO A SERVICIOS PÚBLICOS										
NO	93	21,58	338	78,42						
SI	260	25,62	755	74,38	2.67	0.1021590	0.80	0.60, 1.05	2.67	0.102040
HACINAMIENTO										
NO	305	24,68	931	75,32						

DETERMINANTES	NO	%	SI	%	Chi^2	valor p	OR	IC	COMPARACION DE PROPORCIONES	
									Chi^2	valor p
SI	48	22,86	162	77,14	0.32	0.5705718	1.11	0.77, 1.59	0.32	0.570438
CONDICIÓN DE LA VIVIENDA OCUPADA POR EL HOGAR										
CASA/APTO EN ARRIENDO	197	23,48	642	76,52	1.48	0.2243900	1.17	0.90, 1.50	1.48	0.224224
CASA/APTO PROPIO	148	26,33	414	73,67						
ESTADO CIVIL DE LA MADRE										
CASADA/UNIÓN LIBRE	244	24,09	769	75,91	0.19	0.6597183	1.06	0.81, 1.39	0.19	0.659608
SOLTERA/SEPARADA/VIUDA	109	25,17	324	74,83						
TIPO DE FAMILIA										
EXTENSA COMPLETA	69	25,75	199	74,25	0.10	0.7478579	1.06	0.73, 1.53	0.10	0.747672
EXTENSA INCOMPLETA	104	26,87	283	73,13						
NUCLEAR COMPLETA	159	22,68	542	77,32	1.39	0.2383386	0.67	0.32, 1.36	1.39	0.238033
NUCLEAR INCOMPLETA	11	16,42	56	83,58						
FUNCIONALIDAD FAMILIAR										
BUENA FUNCIÓN	254	25,60	738	74,40	2.43	0.1187366	0.81	0.62, 1.06	2.44	0.118609
DISFUNCIÓN	99	21,81	355	78,19						
SIGNOS Y SINTOMAS SUGESTIVOS DE DEPRESIÓN EN LA MADRE										
NO	275	24,47	849	75,53						
SI	78	24,22	244	75,78	0.01	0.9288323	1.01	0.75, 1.37	0.01	0.928808
EMBARAZO PLANEADO										
NO	156	25,62	453	74,38						
SI	197	23,54	640	76,46	0.83	0.3636085	1.12	0.87, 1.44	0.83	0.363443
ACCESO A CONTROL PRENATAL										
NO	4	22,22	14	77,78						
SI	349	24,44	1079	75,56					0.00	0.953412
ACCESO A CAPACITACION SOBRE LACTANCIA MATERNA										
NO	48	32,21	101	67,79						
SI	305	23,52	992	76,48	5.48	0.0192695	1.55	1.05, 2.26	5.48	0.019228
LUGAR DEL PARTO										
INSTITUCIÓN DE SALUD	349	24,25	1090	75,75					2.50	0.114148
HOGAR	4	57,14	3	42,86						

DETERMINANTES	NO	%	SI	%	Chi^2	valor p	OR	IC	COMPARACION DE PROPORCIONES	
									Chi^2	valor p
ASESORIA EN LACTANCIA MATERNA POR EL PERSONAL DE SALUD DURANTE LA ATENCIÓN DEL PARTO										
NO	54	33,96	105	66,04						
SI	295	23,05	985	76,95	9.17	0.0024652	1.72	1.19, 2.48	9.17	0.002457
AFILIACIÓN DEL NIÑO(A) AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD										
CONTRIBUTIVO	260	25,59	756	74,41	2.13	0.1440697	0.82	0.62, 1.08	2.14	0.143929
SUBSIDIADO	91	21,93	324	78,07						
NIÑO(A) INSCRITO EN EL PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO										
NO	5	17,86	23	82,14						
SI	348	24,54	1070	75,46	0.66	0.4150050	0.67	0.22, 1.87	0.66	0.414844

Fuente. Construcción propia. Datos de la investigación

2. Lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses

Dicha práctica presenta asociación con el estado civil de la madre (Chi2: 5.35 (p:0.020)); encontrándose que la condición de tener una madre casada o en unión libre, favorece la LME 1.44 veces más, OR: 1.44 IC95% [1.04;1.98]. Tabla 7.

Tabla 7 Asociación entre los Determinantes Sociales de la Salud y la Lactancia Materna Exclusiva

DETERMINANTES	NO	%	SI	%	Chi^2	valor p	OR	IC	COMPARACION DE PROPORCIONES	
									Chi^2	valor p
DETERMINANTES ESTRUCTURALES										
AREA										
RURAL	48	67,61	23	32,39	0.71	0.4003822	0.79	0.44, 1.41	0.71	0.399750
URBANO	188	62,25	114	37,75						
ESTRATO SOCIOECONOMICO										
1 Y 2	164	61,89	101	38,11	0.75	0.3857370	1.23	0.75, 2.03	0.75	0.385099
3 A 6	72	66,67	36	33,33						
CLASE SOCIAL										
CLASE MEDIA/ALTA	18	56,25	14	43,75	0.74	0.3895177	1.38	0.62, 3.03	0.74	0.388881
POBRE / VULNERABLE	218	63,93	123	36,07						

DETERMINANTES	NO	%	SI	%	Chi^2	valor p	OR	IC	COMPARACION DE PROPORCIONES	
									Chi^2	valor p
SEXO DEL NIÑO/NIÑA										
FEMENINO	116	63,04	68	36,96	0.01	0.9285014	1.02	0.65, 1.59	0.01	0.928406
MASCULINO	120	63,49	69	36,51						
EDAD DE LA MADRE										
< 20 años	47	59,49	32	40,51	0.61	0.4334139	1.23	0.71, 2.10	0.62	0.432796
20 AÑOS Y MÁS	189	64,29	105	35,71						
NIVEL DE EDUCACIÓN DE LA MADRE										
MENOR A SECUNDARIA COMPLETA	75	57,25	56	42,75	3.14	0.0764331	1.48	0.94, 2.35	3.15	0.076039
SECUNDARIA COMPLETA Y/O MAYOR FORMACION	161	66,53	81	33,47						
OCUPACIÓN ACTUAL DE LA MADRE										
AMA DE CASA	145	60,92	93	39,08	1.55	0.2125842	1.33	0.83, 2.12	1.56	0.211971
ACTIVIDAD LABORAL/ACADEMICA	91	67,41	44	32,59						

Fuente. Construcción propia. Datos de la investigación

Tabla 7b. Asociación entre los Determinantes Sociales de la Salud y la Lactancia Materna Exclusiva

DETERMINANTES	NO	%	SI	%	Chi^2	valor p	OR	IC	COMPARACION DE PROPORCIONES	
									Chi^2	valor p
DETERMINANTES INTERMEDIOS										
ACCESO A SERVICIOS PÚBLICOS										
NO	75	63,56	43	36,44						
SI	161	63,14	94	36,86	0.01	0.9374047	0.98	0.61, 1.58	0.01	0.937321
HACINAMIENTO										
NO	187	62,54	112	37,46						
SI	49	66,22	25	33,78	0.34	0.5576972	1.17	0.67, 2.08	0.34	0.557168
CONDICIÓN DE LA VIVIENDA OCUPADA POR EL HOGAR										
CASA/APTO EN ARRIENDO	132	62,86	78	37,14	0.00	0.9760374	1.01	0.64, 1.60	0.00	0.976004
CASA/APTO	92	63,01	54	36,99						

DETERMINANTES	NO	%	SI	%	Chi^2	valor p	OR	IC	COMPARACION DE PROPORCIONES	
									Chi^2	valor p
PROPIO										
ESTADO CIVIL DE LA MADRE										
CASADA/UNIÓN LIBRE	150	59,29	103	40,71	5.35	0.0206976	1.44	1.04,1.98	5.37	0.020528
SOLTERA/SEPARADA/VIUDA	86	71,67	34	28,33						
TIPO DE FAMILIA										
EXTENSA COMPLETA	46	58,23	33	41,77	2.80	0.0943000	1.68	0.87, 3.24	2.81	0.093414
EXTENSA INCOMPLETA	75	70,09	32	29,91						
NUCLEAR COMPLETA	99	60,00	66	40,00					1.88	0.170454
NUCLEAR INCOMPLETA	11	78,57	3	21,43						
FUNCIONALIDAD FAMILIAR										
BUENA FUNCIÓN	164	66,40	83	33,60	3.07	0.0799266	0.67	0.42, 1.07	3.07	0.079522
DISFUNCIÓN	72	57,14	54	42,86						
SIGNOS Y SINTOMAS SUGESTIVOS DE DEPRESIÓN EN LA MADRE										
NO	183	64,21	102	35,79						
SI	53	60,23	35	39,77	0.46	0.4986352	0.84	0.50, 1.42	0.46	0.498059
EMBARAZO PLANEADO										
NO	114	65,14	61	34,86						
SI	122	61,62	76	38,38	0.50	0.4813297	0.86	0.55, 1.34	0.50	0.480741
ACCESO A CAPACITACION SOBRE LACTANCIA MATERNA										
NO	34	70,83	14	29,17						
SI	202	62,15	123	37,85	1.35	0.24449036	0.68	0.33, 1.37	1.36	0.244270
ASESORIA EN LACTANCIA MATERNA POR EL PERSONAL DE SALUD DURANTE LA ATENCIÓN DEL PARTO										
NO	33	58,93	23	41,07						
SI	201	64,01	113	35,99	0.53	0.4678615	1.24	0.67, 2.30	0.53	0.467259
AFILIACIÓN DEL NIÑO(A) AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD										
CONTRIBUTIVO	154	65,25	82	34,75	0.95	0.3290868	0.80	0.51, 1.28	0.96	0.328430
SUBSIDIADO	80	60,15	53	39,85						
NIÑO(A) INSCRITO EN EL PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO										
NO	11	55,00	9	45,00						
SI	225	63,74	128	36,26	0.62	0.4308964	1.44	0.53, 3.86	0.62	0.430278

Fuente. Construcción propia. Datos de la investigación

3. Lactancia materna continúa al año de vida

Se encontró asociación con la ocupación de la madre, (Chi2: 7.09 (p: 0.0078)); teniendo 2.08 veces mayor posibilidades los niños de 12 a 15 meses hijos de ama de casa, de mantener la lactancia materna, OR: 2.08 IC95% [1.17;3.72]. Tabla 8.

Tabla 8 Asociación entre los Determinantes Sociales de la Salud y la Lactancia Materna Continua al año de vida

DETERMINANTES	NO	%	SI	%	Chi^2	valor p	OR	IC	COMPARACION DE PROPORCIONES	
									Chi^2	valor p
DETERMINANTES ESTRUCTURALES										
AREA										
RURAL	24	46,15	28	53,85	2.38	0.1226478	1.63	0.84, 3.17	2.39	0.121848
URBANO	106	58,24	76	41,76						
ESTRATO SOCIOECONOMICO										
1 Y 2	81	53,29	71	46,71	0.90	0.3432544	1.30	0.73, 2.33	0.90	0.342221
3 A 6	49	59,76	33	40,24						
CLASE SOCIAL										
CLASE MEDIA/ALTA	12	70,59	5	29,41	1.67	0.1961779	2.01	0.63, 6.81	1.68	0.195221
POBRE / VULNERABLE	118	54,38	99	45,62						
SEXO DEL NIÑO/NIÑA										
FEMENINO	58	50,88	56	49,12	1.96	0.1612883	1.45	0.83, 2.51	1.97	0.160392
MASCULINO	72	60,00	48	40,00						
EDAD DE LA MADRE										
< 20 años	18	51,43	17	48,57	0.28	0.5949515	1.22	0.56, 2.65	0.28	0.594162
20 AÑOS Y MÁS	112	56,28	87	43,72						
NIVEL DE EDUCACIÓN DE LA MADRE										
MENOR A SECUNDARIA COMPLETA	34	48,57	36	51,43	1.96	0.1610149	1.49	0.82, 2.73	1.97	0.160119
SECUNDARIA COMPLETA Y/O MAYOR FORMACION	96	58,54	68	41,46						
OCUPACIÓN ACTUAL DE LA MADRE										
AMA DE CASA	69	48,59	73	51,41	7.06	0.0078663	2.08	1.17, 3.72	7.09	0.007734
ACTIVIDAD LABORAL/ACADEMICA	61	66,30	31	33,70						

Fuente. Construcción propia. Datos de la investigación

Tabla 8b. Asociación entre los Determinantes Sociales de la Salud y la Lactancia Materna Continua al año de vida

DETERMINANTES	NO	%	SI	%	Chi^2	valor p	OR	IC	COMPARACION DE PROPORCIONES	
									Chi^2	valor p
DETERMINANTES INTERMEDIOS										
ACCESO A SERVICIOS PÚBLICOS										
NO	33	46,48	38	53,52						
SI	97	59,51	66	40,49	3.39	0.0657370	0.59	0.32, 1.08	3.40	0.065160
HACINAMIENTO										
NO	120	58,25	86	41,75						
SI	10	35,71	18	64,29	5.05	0.0246343	2.51	1.04, 6.18	5.07	0.024328
CONDICIÓN DE LA VIVIENDA OCUPADA POR EL HOGAR										
CASA/APTO EN ARRIENDO	69	51,11	66	48,89	3.75	0.0526629	1.71	0.96, 3.06	3.77	0.052142
CASA/APTO PROPIO	59	64,13	33	35,87						
ESTADO CIVIL DE LA MADRE										
CASADA/UNIÓN LIBRE	84	52,17	77	47,83	2.38	0.1229008	1.56	0.85, 2.87	2.39	0.122100
SOLTERA/SEPARADA/VIUDA	46	63,01	27	36,99						
TIPO DE FAMILIA										
EXTENSA COMPLETA	25	64,10	14	35,90	0.00	0.9724022	0.99	0.40, 2.41	0.00	0.972274
EXTENSA INCOMPLETA	44	63,77	25	36,23						
NUCLEAR COMPLETA	56	47,86	61	52,14						
NUCLEAR INCOMPLETA	5	62,50	3	37,50						
FUNCIONALIDAD FAMILIAR										
BUENA FUNCIÓN FAMILIAR	88	57,52	65	42,48	0.69	0.4077697	1.26	0.71, 2.24	0.69	0.406765
DISFUNCIÓN FAMILIAR	42	51,85	39	48,15						
SIGNOS Y SINTOMAS SUGESTIVOS DE DEPRESIÓN EN LA MADRE										
NO	101	57,39	75	42,61						
SI	29	50,00	29	50,00	0.96	0.32722370	1.35	0.71, 2.55	0.96	0.326201
EMBARAZO PLANEADO										
NO	51	53,13	45	46,88						
SI	79	57,25	59	42,75	0.39	0.5334551	0.85	0.48, 1.48	0.39	0.532578
ACCESO A CAPACITACION SOBRE LACTANCIA MATERNA										
NO	12	52,17	11	47,83						
SI	118	55,92	93	44,08	0.12	0.7316212	0.86	0.34, 2.20	0.12	0.731068
ASESORIA EN LACTANCIA MATERNA POR PARTE DEL PERSONAL DE SALUD DURANTE LA ATENCIÓN DEL PARTO										

DETERMINANTES	NO	%	SI	%	Chi^2	valor p	OR	IC	COMPARACION DE PROPORCIONES	
									Chi^2	valor p
NO	12	52,17	11	47,83						
SI	118	56,19	92	43,81	0.14	0.7132937	0.85	0.33, 2.18	0.14	0.712704
AFILIACIÓN DEL NIÑO(A) AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD										
EPS CONTRIBUTIVO	101	57,71	74	42,29	1.28	0.2578860	0.71	0.37, 1.34	1.29	0.256858
EPS SUBSIDIADO	28	49,12	29	50,88						

Fuente. Construcción propia. Datos de la investigación

4. Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o suaves

No se encontró asociación con los diferentes componentes de los Determinantes Sociales de la Salud. Tabla 9.

Tabla 9 Asociación entre los Determinantes Sociales de la Salud y la Introducción de alimentos sólidos, semisólidos y suaves

DETERMINANTES	NO	%	SI	%	Chi^2	valor p	OR	IC	COMPARACION DE PROPORCIONES	
									Chi^2	valor p
DETERMINANTES ESTRUCTURALES										
AREA										
RURAL	20	41,67	28	58,33	0.68	0.4106793	0.76	037, 1,54	0.68	0.409578
URBANO	58	35,15	107	64,85						
ESTRATO SOCIOECONOMICO										
1 Y 2	54	37,50	90	62,50	0.15	0.7007290	0.89	0.47, 1.69	0.15	0.700058
3 A 6	24	34,78	45	65,22						
CLASE SOCIAL										
CLASE MEDIA/ALTA	8	57,14	6	42,86	2.71	0.0999318	0.41	0.12, 1.36	2.72	0.099135
POBRE / VULNERABLE	70	35,18	129	64,82						
SEXO DEL NIÑO/NIÑA										
FEMENINO	34	34,00	66	66,00	0.55	0.4563832	1.24	0.68, 2,25	0.56	0.455323
MASCULINO	44	38,94	69	61,06						
EDAD DE LA MADRE										
< 20 años	12	29,27	29	70,73	1.18	0.2780291	1.50	0.68, 3.37	1.18	0.276899

DETERMINANTES	NO	%	SI	%	Chi^2	valor p	OR	IC	COMPARACION DE PROPORCIONES	
									Chi^2	valor p
20 AÑOS Y MÁS	66	38,37	106	61,63						
NIVEL DE EDUCACIÓN DE LA MADRE										
MENOR A SECUNDARIA COMPLETA	17	31,48	37	68,52	0.82	0.3654685	1.35	0.67, 2.76	0.82	0.364340
SECUNDARIA COMPLETA Y/O MAYOR FORMACION	61	38,36	98	61,64						
OCUPACIÓN ACTUAL DE LA MADRE										
AMA DE CASA	53	39,26	82	60,74	1.10	0.2939493	0.73	0.39, 1.37	1.11	0.292813
ACTIVIDAD LABORAL/ACADEMICA	25	32,05	53	67,95						

Fuente. Construcción propia. Datos de la investigación

Tabla 9b. Asociación entre los Determinantes Sociales de la Salud y la Introducción de alimentos sólidos, semisólidos y suaves

DETERMINANTES	NO	%	SI	%	Chi^2	valor p	OR	IC	COMPARACION DE PROPORCIONES	
									Chi^2	valor p
DETERMINANTES INTERMEDIOS										
ACCESO A SERVICIOS PÚBLICOS										
NO	27	39,13	42	60,87						
SI	51	35,42	93	64,58	0.28	0.5994025	0.85	0.45, 1.61	0.28	0.598543
HACINAMIENTO										
NO	64	34,41	122	65,59						
SI	14	51,85	13	48,15	3.08	0.0794375	2.05	0.85, 4.98	3.09	0.078732
CONDICIÓN DE LA VIVIENDA OCUPADA POR EL HOGAR										
CASA/APTO EN ARRIENDO	49	35,51	89	64,49	0.26	0.6110574	1.17	0.62, 2.21	0.26	0.610193
CASA/APTO PROPIO	27	39,13	42	60,87						
ESTADO CIVIL DE LA MADRE										
CASADA/UNIÓN LIBRE	61	39,35	94	60,65	1.83	0.1765895	0.64	0.32, 1.28	1.83	0.175572
SOLTERA/SEPARADA/VIUDA	17	29,31	41	70,69						
TIPO DE FAMILIA										
EXTENSA COMPLETA	14	33,33	28	66,67	0.03	0.8543885	0.92	0.36, 2,36	0.03	0.853656

DETERMINANTES	NO	%	SI	%	Chi^2	valor p	OR	IC	COMPARACION DE PROPORCIONES	
									Chi^2	valor p
EXTENSA INCOMPLETA	18	31,58	39	68,42						
NUCLEAR COMPLETA	42	40,38	62	59,62						
NUCLEAR INCOMPLETA	3	37,50	5	62,50						
FUNCIONALIDAD FAMILIAR										
BUENA FUNCIÓN FAMILIAR	57	39,04	89	60,96	1.17	0.2800191	0.71	0.37, 1.37	1.17	0.278888
DISFUNCIÓN FAMILIAR	21	31,34	46	68,66						
SIGNOS Y SINTOMAS SUGESTIVOS DE DEPRESIÓN EN LA MADRE										
NO	67	38,73	106	61,27						
SI	11	27,50	29	72,50	1.76	0.1850641	1.67	0.74, 3.82	1.76	0.184031
EMBARAZO PLANEADO										
NO	30	31,91	64	68,09						
SI	48	40,34	71	59,66	1.60	0.2063134	1.44	0.79, 2.65	1.60	0.205247
ACCESO A CAPACITACION SOBRE LACTANCIA MATERNA										
NO	8	27,59	21	72,41						
SI	70	38,04	114	61,96	1.17	0.2784193	1.61	0.63, 4.21	1.18	0.277289
ASESORIA EN LACTANCIA MATERNA POR EL PERSONAL DE SALUD DURANTE LA ATENCIÓN DEL PARTO										
NO	5	25,00	15	75,00						
SI	73	37,82	120	62,18	1.28	0.2582714	1.83	0.59, 6.02	1.28	0.257151
AFILIACIÓN DEL NIÑO(A) AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD										
EPS CONTRIBUTIVO	55	35,95	98	64,05	0.07	0.7898222	1.09	0.56, 2.13	0.07	0.789334
EPS SUBSIDIADO	22	37,93	36	62,07						

Fuente. Construcción propia. Datos de la investigación

5. Dieta mínima aceptable

Se encontró Asociación con la educación de la madre, (Chi2: 9.27 (p: 0. 0.0023)), la percepción de funcionalidad familiar en el hogar del niño, (Chi2: 15.44 (p: 0.0000850)), los signos y síntomas sugestivos de depresión en la madre (Chi2: 10.91 (p: 0.0009557), el estrato (Chi2: 6.85, p: 0.008884) y el régimen de aseguramiento del niño (Chi2: 5.25, p: 0.02197).

La posibilidad de acceder a una dieta mínima aceptable es 1.42 veces mayor en niños del régimen contributivo con respecto al régimen subsidiado OR: 1.42 - IC95% [1.04-1.93]; 1.76 veces mayor en niños que viven en hogares con buena funcionalidad familiar, OR: 1.76 - IC95% [1.31-2.35]; 1.59 veces mayor en hijos de

madres que presentan signos y síntomas sugestivo de depresión, OR: 1.59 - IC95% [1.19;2.11], 1.56 veces mayor en hijos de madres con educación superior a secundaria, OR: 1.56 - IC95% [1.16-2.11], y 1.49 veces mayor en niños que viven en hogares estrato 3 a 6, OR: 1.49 - IC95% [1.09-2.04]. Tabla 10.

Tabla 10 Asociación entre los Determinantes Sociales de la Salud y la Dieta Mínima Aceptable

DETERMINANTES	NO	%	SI	%	Chi^2	valor p	OR	IC	COMPARACION DE PROPORCIONES	
									Chi^2	valor p
DETERMINANTES ESTRUCTURALES										
AREA										
RURAL	71	32,13	150	67,87	0.57	0.4512020	0.88	0.63, 1.23	0.57	0.450980
URBANO	236	29,50	564	70,50						
ESTRATO SOCIOECONOMICO										
3 A 6	77	24,44	238	75,56	6.85	0.0088846	1.49	1.09, 2.04	6.85	0.008851
1 Y 2	230	32,58	476	67,42						
CLASE SOCIAL										
CLASE MEDIA/ALTA	15	25,86	43	74,14	0.52	0.4721414	1.25	0.66, 2.39	0.52	0.471924
POBRE / VULNERABLE	292	30,32	671	69,68						
SEXO DEL NIÑO/NIÑA										
FEMENINO	141	27,54	371	72,46	3.12	0.0772409	1.27	0.97, 1.68	3.13	0.077096
MASCULINO	166	32,61	343	67,39						
EDAD DE LA MADRE										
< 20 años	52	33,99	101	66,01	1.31	0.2518891	0.81	0.55, 1.18	1.31	0.251657
20 AÑOS Y MÁS	255	29,38	613	70,62						
NIVEL DE EDUCACIÓN DE LA MADRE										
SECUNDARIA COMPLETA Y/O MAYOR FORMACION	200	27,32	532	72,67	9.27	0.0023348	1.56	1.16, 2.11	9.27	0.002323
MENOR A SECUNDARIA COMPLETA	107	37,02	182	62,98						
OCUPACIÓN ACTUAL DE LA MADRE										
AMA DE CASA	189	32,47	393	67,53	3.72	0.0537088	0.76	0.58, 1.01	3.73	0.053592
ACTIVIDAD	118	26,88	321	73,12						

DETERMINANTES	NO	%	SI	%	Chi^2	valor p	OR	IC	COMPARACION DE PROPORCIONES	
									Chi^2	valor p
LABORAL/ACADEMICA										

Fuente. Construcción propia. Datos de la investigación

Tabla 10b. Asociación entre los Determinantes Sociales de la Salud y la Dieta Mínima Aceptable

DETERMINANTES	NO	%	SI	%	Chi^2	valor p	OR	IC	COMPARACION DE PROPORCIONES	
									Chi^2	valor p
DETERMINANTES INTERMEDIOS										
ACCESO A LOS SERVICIOS PÚBLICOS										
NO	95	31,67	205	68,33						
SI	212	29,40	509	70,60	0.52	0.4727759	0.90	0.66, 1.22	0.52	0.472559
HACINAMIENTO										
NO	263	29,48	629	70,52						
SI	44	34,11	85	65,89	1.14	0.2846038	1.24	0.82, 1.86	1.15	0.284368
CONDICIÓN DE LA VIVIENDA OCUPADA POR EL HOGAR										
CASA/APTO EN ARRIENDO	194	32,28	407	67,72	3.83	0.0504742	0.75	0.56,1.01	3.03	0.050358
CASA/APTO PROPIO	104	26,46	289	73,54						
ESTADO CIVIL DE LA MADRE										
CASADA/UNIÓN LIBRE	217	29,85	510	70,15	0.06	0.8097082	1.04	0.76, 1.41	0.06	0.809617
SOLTERA/SEPARADA/VIUDA	90	30,61	204	69,39						
TIPO DE FAMILIA										
EXTENSA COMPLETA	47	25,68	136	74,32	1.80	0.1797080	1.33	0.86, 2.08	1.80	0.179220
EXTENSA INCOMPLETA	83	31,56	180	68,44						
NUCLEAR COMPLETA	156	30,35	358	69,65	0.68	0.4093787	1.29	0.67, 2.46	0.68	0.408963
NUCLEAR INCOMPLETA	18	36,00	32	64,00						
FUNCIONALIDAD FAMILIAR										
BUENA FUNCIÓN	186	26,31	521	73,69	15.44	0.0000850	1.76	1.31, 2.35	15.46	0.000084
DISFUNCIÓN	121	38,54	193	61,46						

DETERMINANTES	NO	%	SI	%	Chi^2	valor p	OR	IC	COMPARACION DE PROPORCIONES	
									Chi^2	valor p
SIGNOS Y SINTOMAS SUGESTIVOS DE DEPRESIÓN EN LA MADRE										
NO	227	28,34	574	71,66						
SI	80	36,36	140	63,64	10.91	0.0009557	1.59	1.19, 2.11	5.28	0.021512
EMBARAZO PLANEADO										
NO	135	32,53	280	67,47						
SI	172	28,38	434	71,62	2.01	0.1559720	0.82	0.62, 1.09	2.01	0.155769
ACCESO A CONTROL PRENATAL										
NO	4	36,36	7	63,64						
SI	303	30,00	707	70,00					0.02	0.898756
ACCESO A CAPACITACION SOBRE LACTANCIA MATERNA										
NO	34	35,79	61	64,21						
SI	273	29,48	653	70,52	1.63	0.2018739	1.33	0.84, 2.12	1.63	0.201653
ASESORIA EN LACTANCIA MATERNA POR EL PERSONAL DE SALUD DURANTE LA ATENCIÓN DEL PARTO										
NO	32	32,00	68	68,00						
SI	274	29,88	643	70,12	0.19	0.6608824	1.10	0.69, 1.76	0.19	0.660726
AFILIACIÓN DEL NIÑO(A) AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD										
CONTRIBUTIVO	208	27,84	539	72,16	5.25	0.0219731	1.42	1.04, 1.93	5.25	0.021907
SUBSIDIADO	93	35,36	170	64,64						

Fuente. Construcción propia. Datos de la investigación

6. Niños que fueron amamantados alguna vez

La práctica de la Lactancia Materna alguna vez en la vida, presenta asociación con la asesoría por parte del personal de salud durante la atención del parto, (Chi2: 15.84 (p: 0.0000691)). La condición de recibir asesoría, le da 3.43 veces mayor posibilidades a los niños menores de 36 meses de ser lactados, (OR: 3.43 - IC95% [1.72-6.79]. Tabla 11.

Tabla 11 Asociación entre los Determinantes Sociales de la Salud y el amamantamiento alguna vez en la vida

DETERMINANTES	NO	%	SI	%	Chi^2	valor p	OR	IC	COMPARACION DE PROPORCIONES

									Chi^2	valor p
DETERMINANTES ESTRUCTURALES										
AREA										
RURAL	14	4,67	286	95,33	1.89	0.1695191	0.64	0.33, 1.27	1.85	0.173219
URBANO	35	3,05	1111	96,95						
ESTRATO SOCIOECONOMICO										
1 Y 2	28	2,79	975	97,21	3.56	0.0591129	1.73	0.94, 3.20	3.56	0.059025
3 A 6	21	4,74	422	95,26						
CLASE SOCIAL										
CLASE MEDIA/ALTA	1	1,04	95	98,96					1.05	0.306099
POBRE / VULNERABLE	48	3,56	1302	96,44						
SEXO DEL NIÑO/NIÑA										
FEMENINO	23	3,18	701	96,82	0.20	0.6558001	1.14	0.62, 2.09	0.20	0.655689
MASCULINO	26	3,60	696	96,40						
EDAD DE LA MADRE										
< 20 años	5	2,13	230	97,87	1.36	0.2431977	1.73	0.65, 5.02	1.36	0.243035
20 AÑOS Y MÁS	44	3,63	1167	96,37						
NIVEL DE EDUCACIÓN DE LA MADRE										
MENOR A SECUNDARIA COMPLETA	11	2,55	420	97,45	1.31	0.2521564	1.49	0.72, 3.11	1.31	0.251992
SECUNDARIA COMPLETA Y/O MAYOR FORMACION	38	3,74	977	96,26						
OCUPACIÓN ACTUAL DE LA MADRE										
AMA DE CASA	28	3,31	819	96,69	0.04	0.8359807	1.06	0.58, 1.96	0.04	0.835923
ACTIVIDAD LABORAL/ACADEMICA	21	3,51	578	96,49						

Fuente. Construcción propia. Datos de la investigación

Tabla 11b. Asociación entre los Determinantes Sociales de la Salud y el amamantamiento alguna vez en la vida

DETERMINANTES	NO	%	SI	%	Chi^2	valor p	OR	IC	COMPARACION DE PROPORCIONES	
									Chi^2	valor p
DETERMINANTES INTERMEDIOS										
ACCESO A SERVICIOS PÚBLICOS										
NO	14	3,25	417	96,75						
SI	35	3,45	980	96,55	0.04	0.8475784	0.94	0.48, 1.83	0.04	0.847526
HACINAMIENTO										

DETERMINANTES	NO	%	SI	%	Chi^2	valor p	OR	IC	COMPARACION DE PROPORCIONES	
									Chi^2	valor p
NO	45	3,64	1191	96,36						
SI	4	1,90	206	98,10					1.65	0.198630
CONDICIÓN DE LA VIVIENDA OCUPADA POR EL HOGAR										
CASA/APTO EN ARRIENDO	28	3,34	811	96,66	0.05	0.8233592	1.07	0.57, 1.99	0.05	0.823297
CASA/APTO PROPIO	20	3,56	542	96,44						
ESTADO CIVIL DE LA MADRE										
CASADA/UNIÓN LIBRE	33	3,26	980	96,74	0.18	0.6737679	1.14	0.59, 2.17	0.18	0.673662
SOLTERA/SEPARADA/VIUDA	16	3,70	417	96,30						
TIPO DE FAMILIA										
EXTENSA COMPLETA	12	4,48	256	95,52	0.31	0.5796582	0.80	0.34, 1.88	0.31	0.579369
EXTENSA INCOMPLETA	14	3,62	373	96,38						
NUCLEAR COMPLETA	20	2,85	681	97,15						
NUCLEAR INCOMPLETA	3	4,48	64	95,52					0.14	0.711205
FUNCIONALIDAD FAMILIAR										
BUENA FUNCIÓN	36	3,63	956	96,37	0.56	0.4553744	0.78	0.39, 1.55	0.56	0.455218
DISFUNCIÓN	13	2,86	441	97,14						
SIGNOS Y SINTOMAS SUGESTIVOS DE DEPRESIÓN EN LA MADRE										
NO	38	3,38	1086	96,62						
SI	11	3,42	311	96,58	0.00	0.9753392	0.99	0.48, 2.08	0.00	0.975331
EMBARAZO PLANEADO										
NO	23	3,78	586	96,22						
SI	26	3,11	811	96,89	0.48	0.4868281	1.22	0.67, 2.24	0.48	0.486677
ACCESO A CAPACITACION SOBRE LACTANCIA MATERNA										
NO	6	4,03	143	95,97						
SI	43	3,32	1254	96,68	0.21	0.6495116	1.22	0.46, 3.06	0.21	0.649398
ASESORIA EN LACTANCIA MATERNA POR EL PERSONAL DE SALUD DURANTE LA ATENCIÓN DEL PARTO										
NO	14	8,81	145	91,19						
SI	35	2,73	1245	97,27	15.84	0.0000691	3.43	1.72, 6.79	15.85	0.000069
AFILIACIÓN DEL NIÑO(A) AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD										
CONTRIBUTIVO	37	3,64	979	96,36	0.50	0.4790354	0.79	0.38, 1.58	0.50	0.478882
EPS SUBSIDIADO	12	2,89	403	97,11						

Fuente. Construcción propia. Datos de la investigación

7. Lactancia materna continuada a los 2 años

La práctica de la Lactancia Materna en niños de 20 a 23 meses, presenta asociación con DS Intermedios, que corresponden a características materiales relacionadas con el entorno físico de la vivienda. El hacinamiento y la condición de la vivienda presentan asociación, ((Chi2: 6.30 (p: 0.0120963) y (Chi2: 5.81 (p: 0.0159125)) respectivamente.

La proporción de niños lactados hasta los dos años de edad es 3.13 veces mayor en aquellos que habitan en viviendas con hacinamiento. (OR: 3.13 - IC95% [1.13;8.62] y 2.45 veces mayor en niños que habitan en viviendas propias que aquellos cuyas familias viven en arriendo. (OR: 2.45 - IC95% [1.10;5.48]. Tabla 12.

Tabla 12 Asociación entre los Determinantes Sociales de la Salud y la Lactancia Materna Continuada a los 2 años

DETERMINANTES	NO	%	SI	%	Chi^2	valor p	OR	IC	COMPARACION DE PROPORCIONES	
									Chi^2	valor p
DETERMINANTES ESTRUCTURALES										
AREA										
RURAL	32	86,49	5	13,51	0,82	0,3649898	0,63	0.20, 1,87	0.82	0.363737
URBANO	124	80,00	31	20,00						
ESTRATO SOCIOECONOMICO										
1 Y 2	109	79,56	28	20,44	0,89	0,3455334	1,51	0,60, 3,90	0.89	0.344274
3 A 6	47	85,45	8	14,55						
SEXO DEL NIÑO/NIÑA										
FEMENINO	81	79,41	21	20,59	0,48	0,4883586	1,3	0,59, 2,88	0.48	0.487222
MASCULINO	75	83,33	15	16,67						
EDAD DE LA MADRE										
< 20 años	16	88,89	2	11,11					0,31	0,578857
20 AÑOS Y MÁS	140	80,46	34	19,54						
NIVEL DE EDUCACIÓN DE LA MADRE										
MENOR A SECUNDARIA COMPLETA	43	84,31	8	15,69	0.43	0.5141279	0.75	0.29, 1.90	0.43	0.513028
SECUNDARIA COMPLETA Y/O MAYOR FORMACION	113	80,14	28	19,86						

DETERMINANTES	NO	%	SI	%	Chi^2	valor p	OR	IC	COMPARACION DE PROPORCIONES	
									Chi^2	valor p
OCUPACIÓN ACTUAL DE LA MADRE										
AMA DE CASA	75	80,65	18	19,35	0.04	0.8355635	1.08	0.49, 2.37	0.04	0.835140
ACTIVIDAD LABORAL/ACADEMICA	81	81,82	18	18,18						

Fuente. Construcción propia. Datos de la investigación

Tabla 12b Asociación entre los Determinantes Sociales de la Salud y la Lactancia Materna Continuada a los 2 años

DETERMINANTES	NO	%	SI	%	Chi^2	valor p	OR	IC	COMPARACION DE PROPORCIONES	
									Chi^2	valor p
DETERMINANTES INTERMEDIOS										
ACCESO A SERVICIOS PÚBLICOS										
NO	38	80,85	9	19,15						
SI	118	81,38	27	18,62	0.01	0.9359019	1.04	0.41, 2.56	0,01	0,935735
HACINAMIENTO										
NO	141	83,93	27	16,07						
SI	15	62,50	9	37,50	6.30	0.0120963	3.13	1.13, 8.62	5,0	0,025329
CONDICIÓN DE LA VIVIENDA OCUPADA POR EL HOGAR										
CASA/APTO PROPIO	56	72,73	21	27,27	5.81	0.0159125	2.45	1.10, 5.48	5.84	0.015637
CASA/APTO EN ARRIENDO	98	86,73	15	13,27						
ESTADO CIVIL DE LA MADRE										
CASADA/UNIÓN LIBRE	104	78,20	29	21,80	2,64	0,1044078	2,07	0.80, 5.59	2,65	0,103505
SOLTERA/SEPARADA/VIUDA	52	88,14	7	11,86						
TIPO DE FAMILIA										
EXTENSA COMPLETA	20	74,07	7	25,93	1,24	0,2651891	1,95	0.52, 7.37	1,26	0,261896
EXTENSA INCOMPLETA	39	84,78	7	15,22						
NUCLEAR COMPLETA	79	79,00	21	21,00						
NUCLEAR INCOMPLETA	15	100,00	0	0,00						
FUNCIONALIDAD FAMILIAR										
BUENA FUNCIÓN FAMILIAR	111	84,09	21	15,91	2.23	0.1356953	0.57	0.25, 1.28	2.24	0.134676
DISFUNCIÓN FAMILIAR	45	75,00	15	25,00						
SIGNOS Y SINTOMAS SUGESTIVOS DE DEPRESIÓN EN LA MADRE										

DETERMINANTES	NO	%	SI	%	Chi^2	valor p	OR	IC	COMPARACION DE PROPORCIONES	
									Chi^2	valor p
NO	125	82,24	27	17,76						
SI	31	77,50	9	22,50	0.46	0.4957775	1.34	0.53, 3.37	0.47	0.494649
EMBARAZO PLANEADO										
NO	60	81,08	14	18,92						
SI	96	81,36	22	18,64	0.00	0.9622223	0.98	0.44, 2.21	0.00	0.962124
ASESORIA EN LACTANCIA MATERNA POR EL PERSONAL DE SALUD DURANTE LA ATENCIÓN DEL PARTO										
NO	9	60,00	6	40,00						
SI	146	82,95	30	17,05	4.74	0.0295285	0.31	0.09, 1.06	3.38	0.066033
AFILIACIÓN DEL NIÑO(A) AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD										
EPS CONTRIBUTIVO	121	82,31	26	17,69	0.56	0.4544698	0.73	0.30, 1.81	0.56	0.453285
EPS SUBSIDIADO	34	77,27	10	22,73						

Fuente. Construcción propia. Datos de la investigación

8. Lactancia materna adecuada según la edad

Ofrecer Lactancia Materna a los niños menores de 24 meses presenta asociación con el estado civil de la madre (Chi2: 4.49 (p: 0.0340871)), composición familiar (Chi2: 4.17 (p: 0.0412354)), acceso a servicios públicos (Chi2: 5.51 (p: 0.0189202)), régimen de afiliación (Chi2: 11.05 (p: 0.0008878)), bajo nivel de educación de la madre (Chi2: 6.18 (p: 0.0128913)), ocupación de la madre (Chi2: 23.61 (p: 0.0000012)) y la funcionalidad familiar (Chi2: 6.02 (p: 0.0141181)).

La lactancia materna adecuada según la edad es 1.78 veces mayor en niños que viven en familias nucleares. OR: 1.78 - IC95% [1.00;3.22]. Tabla 13

Tabla 13 Asociación entre los Determinantes Sociales de la Salud y la Lactancia Materna Adecuada según la edad

DETERMINANTES	NO	%	SI	%	Chi^2	valor p	OR	IC	COMPARACION DE PROPORCIONES	
									Chi^2	valor p
DETERMINANTES ESTRUCTURALES										
AREA										

DETERMINANTES	NO	%	SI	%	Chi^2	valor p	OR	IC	COMPARACION DE PROPORCIONES	
									Chi^2	valor p
RURAL	165	56,51	127	43,49	1.85	0.1743109	1.20	0.92, 1.57	1.85	0.174156
URBANO	671	60,89	431	39,11						
ESTRATO SOCIOECONOMICO										
1 Y 2	567	58,39	404	41,61	3.32	0.0685902	1.24	0.98, 1.59	3.32	0.068491
3 A 6	269	63,59	154	36,41						
CLASE SOCIAL										
CLASE MEDIA/ALTA	55	61,11	35	38,89	0.05	0.8195669	0.95	0.60, 1.50	0.05	0.819502
POBRE / VULNERABLE	781	59,89	523	40,11						
SEXO DEL NIÑO/NIÑA										
FEMENINO	413	59,34	283	40,66	0.23	0.6305781	1.05	0.85, 1.31	0.23	0.630455
MASCULINO	423	60,60	275	39,40						
EDAD DE LA MADRE										
< 20 años	127	54,74	105	45,26	3.17	0.0750528	1.29	0.96, 1.74	3.17	0.074948
20 AÑOS Y MÁS	709	61,02	453	38,98						
NIVEL DE EDUCACIÓN DE LA MADRE										
MENOR A SECUNDARIA COMPLETA	231	55,00	189	45,00	6.18	0.0128913	1.34	1.06, 1.70	6.19	0.012859
SECUNDARIA COMPLETA Y/O MAYOR FORMACION	605	62,11	369	37,89						
OCUPACIÓN ACTUAL DE LA MADRE										
ACTIVIDAD LABORAL/ACADEMICA	388	67,60	186	32,40	23.61	0.0000012	1.73	1.38, 2.18	23.63	0.000001
AMA DE CASA	448	54,63	372	45,37						

Fuente. Construcción propia. Datos de la investigación

Tabla 13b. Asociación entre los Determinantes Sociales de la Salud y la Lactancia Materna Adecuada según la edad

DETERMINANTES	NO	%	SI	%	Chi^2	valor p	OR	IC	COMPARACION DE PROPORCIONES	
									Chi^2	valor p
DETERMINANTES INTERMEDIOS										
ACCESO A SERVICIOS PÚBLICOS										
NO	231	55,26	187	44,74						
SI	605	61,99	371	38,01	5.51	0.0189202	1.32	1.04, 1.68	5.51	0.018877

HACINAMIENTO										
NO	727	61,04	464	38,96						
SI	109	53,69	94	46,31	3.90	0.0483837	0.74	0.54, 1.01	3.90	0.048303
CONDICIÓN DE LA VIVIENDA OCUPADA POR EL HOGAR										
CASA/APTO EN ARRIENDO	479	59,06	332	40,94	1.14	0.2858957	1.13	0.90, 1.42	1.14	0.285717
CASA/APTO PROPIO	334	61,97	205	38,03						
ESTADO CIVIL DE LA MADRE										
CASADA/UNIÓN LIBRE	570	58,16	410	41,84	4.49	0.0340871	1.29	1.01, 1.65	4.49	0.034023
SOLTERA/SEPARADA/VIUDA	266	64,25	148	35,75						
TIPO DE FAMILIA										
EXTENSA COMPLETA	159	60,69	103	39,31	0.43	0.5141865	1.11	0.79, 1.56	0.43	0.513853
EXTENSA INCOMPLETA	234	63,24	136	36,76						
NUCLEAR COMPLETA	388	57,14	291	42,86	4.17	0.0412354	1.78	1.00, 3.22	4.17	0.041099
NUCLEAR INCOMPLETA	45	70,31	19	29,69						
FUNCIONALIDAD FAMILIAR										
BUENA FUNCIÓN	593	62,16	361	37,84	6.02	0.0141181	0.75	0.59, 0.95	6.03	0.014083
DISFUNCIÓN	243	55,23	197	44,77						
SIGNOS Y SINTOMAS SUGESTIVOS DE DEPRESIÓN EN LA MADRE										
NO	660	60,77	426	39,23						
SI	176	57,14	132	42,86	1.32	0.2512033	0.86	0.66, 1.12	1.32	0.251033
EMBARAZO PLANEADO										
NO	354	60,00	236	40,00						
SI	482	59,95	322	40,05	0.00	0.9850608	1.00	0.80, 1.25	0.00	0.985055
ACCESO A CONTROL PRENATAL										
NO	13	76,47	4	23,53						
SI	823	59,77	554	40,23					1.95	0.162413
ACCESO A CAPACITACION SOBRE LACTANCIA MATERNA										
NO	86	60,14	57	39,86						
SI	750	59,95	501	40,05	0.00	0.9653741	0.99	0.69, 1.43	0.00	0.965362
LUGAR DEL PARTO										
INSTITUCIÓN DE SALUD	833	60,06	554	39,94					0.29	0.589332
HOGAR	3	42,86	4	57,14						

ASESORIA EN LACTANCIA MATERNA POR PARTE DEL PERSONAL DE SALUD DURANTE LA ATENCIÓN DEL PARTO										
NO	90	57,69	66	42,31						
SI	743	60,36	488	39,64	0.41	0.5221408	0.90	0.63, 1.27	0.41	0.521991
AFILIACIÓN DEL NIÑO(A) AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD										
CONTRIBUTIVO	619	62,97	364	37,03	11.05	0.0008878	0.67	0.53, 0.86	11.06	0.000884
SUBSIDIADO	211	53,28	185	46,72						
NIÑO(A) INSCRITO EN EL PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO										
NO	18	64,29	10	35,71						
SI	818	59,88	548	40,12	0.22	0.6379720	0.83	0.35, 1.91	0.22	0.637851

Fuente. Construcción propia. Datos de la investigación

9. Alimentación con biberón

El uso del biberón en los niños de 0 a 23 meses, está asociado al estrato socioeconómico (Chi2: 8.38 (p: 0.0037900)), estado civil de la madre (Chi2: 6.98 (p: 0.0082235)), afiliación del niño (Chi2: 23.02 (p: 0.0000016)), nivel de educación de la madre (Chi2: 4.95 (p: 0.0261195)), ocupación de la madre (Chi2: 44.37 (p: 0.0000000)) y la funcionalidad familiar (Chi2: 4.75 (p: 0.0292391)). Igualmente se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la composición familiar de tipo nuclear (Chi 6.61, p: 0.031779).

Los hijos de madres que laboran o estudian tienen 2.19 veces más uso de biberón, con respecto a los hijos de amas de casa. (OR: 2.19 - IC95% [1.73;2.79]). Así mismo, el uso del biberón es 1.31 veces mayor en hijos de madres con secundaria completa y mayor formación (OR: 1.31 - IC95%[1.02;1.67]), 1.43 veces mayor en hijos que habitan en estrato 3 a 6 (OR: 1.43 - IC95%[1.11;1.85]), 1.79 mayor en niños del régimen contributivo (OR: 2.19 - IC95%[1.40;2.29]), 1.30 veces mayor en niños que bien en hogares con buena funcionalidad familiar (OR: 1.30 - IC95% [1.02;1.65]), y 1.39 veces mayor en hijos de madres solteras o separadas (OR: 1.39 - IC95%[1.08;1.79]). Tabla 14

Tabla 14 Asociación entre los Determinantes Sociales de la Salud y el Uso de Biberón

DETERMINANTES	NO	%	SI	%	Chi^2	valor p	OR	IC	COMPARACION DE PROPORCIONES

									Chi^2	valor p
DETERMINANTES ESTRUCTURALES										
AREA										
RURAL	113	38,70	179	61,30	1.49	0.2218147	0.85	0.64, 1.12	1.49	0.221649
URBANO	384	34,85	718	65,15						
ESTRATO SOCIOECONOMICO										
3 A 6	127	30,02	296	69,97	8.38	0.0037900	1.43	1.11, 1.85	8.39	0.003777
1 Y 2	370	38,11	601	61,89						
CLASE SOCIAL										
CLASE MEDIA/ALTA	28	31,11	62	68,89	0.86	0.3525035	1.24	0.77, 2.02	0.87	0.352331
POBRE / VULNERABLE	469	35,97	835	64,03						
SEXO DEL NIÑO/NIÑA										
FEMENINO	250	35,92	446	64,08	0.04	0.8355765	0.98	0.78, 1.22	0.04	0.835518
MASCULINO	247	35,39	451	64,61						
EDAD DE LA MADRE										
< 20 años	87	37,50	145	62,50	0.41	0.5201200	0.91	0.67, 1.23	0.41	0.519970
20 AÑOS Y MÁS	410	35,28	752	64,72						
NIVEL DE EDUCACIÓN DE LA MADRE										
SECUNDARIA COMPLETA Y/O MAYOR FORMACION	329	33,77	645	66,22	4.95	0.0261195	1.31	1.02, 1.67	4.95	0.026066
MENOR A SECUNDARIA COMPLETA	168	40,00	252	60,00						
OCUPACIÓN ACTUAL DE LA MADRE										
ACTIVIDAD LABORAL/ACADEMICA	146	25,43	428	74,56	44.37	0.0000000	2.19	1.73, 2.79	44.40	0.000000
AMA DE CASA	351	42,80	469	57,20						

Fuente. Construcción propia. Datos de la investigación

Tabla 14b. Asociación entre los Determinantes Sociales de la Salud y el Uso de Biberón

DETERMINANTES	NO	%	SI	%	Chi^2	valor p	OR	IC	COMPARACION DE PROPORCIONES	
									Chi^2	valor p
DETERMINANTES INTERMEDIOS										
ACCESO A SERVICIOS PÚBLICOS										
NO	162	38,76	256	61,24						

DETERMINANTES	NO	%	SI	%	Chi^2	valor p	OR	IC	COMPARACION DE PROPORCIONES	
									Chi^2	valor p
SI	335	34,32	641	65,68	2.50	0.1135431	0.83	0.65, 1.05	2.51	0.113414
HACINAMIENTO										
NO	414	34,76	777	65,24						
SI	83	40,89	120	59,11	2.84	0.09222270	1.30	0.95, 1.78	2.84	0.092110
CONDICIÓN DE LA VIVIENDA OCUPADA POR EL HOGAR										
CASA/APTO EN ARRIENDO	281	34,65	530	65,35	0.33	0.5647175	1.07	0.85, 1.35	0.33	0.564573
CASA/APTO PROPIO	195	36,18	344	63,82						
ESTADO CIVIL DE LA MADRE										
SOLTERA/SEPARADA/VIUDA	126	30,43	288	69,56	6.98	0.0082235	1.39	1.08, 1.79	6.99	0.008200
CASADA/UNIÓN LIBRE	371	37,86	609	62,14						
TIPO DE FAMILIA										
EXTENSA COMPLETA	98	37,40	164	62,60	3.24	0.0716702	0.74	0.52, 1.04	3.25	0.071446
EXTENSA INCOMPLETA	113	30,54	257	69,46						
NUCLEAR COMPLETA	262	38,59	417	61,41					6.61	0.031779
NUCLEAR INCOMPLETA	16	25,00	48	75,00						
FUNCIONALIDAD FAMILIAR										
BUENA FUNCIÓN	322	33,75	632	66,25	4.75	0.0292391	1.30	1.02, 1.65	4.76	0.029181
DISFUNCIÓN	175	39,77	265	60,23						
SIGNOS Y SINTOMAS SUGESTIVOS DE DEPRESIÓN EN LA MADRE										
NO	377	34,71	709	65,29						
SI	120	38,96	188	61,04	1.88	0.1698005	0.83	0.64, 1.09	1.89	0.169647
EMBARAZO PLANEADO										
NO	199	33,73	391	66,27						
SI	298	37,06	506	62,94	1.65	0.1990402	1.16	0.92, 1.45	1.65	0.198879
ACCESO A CONTROL PRENATAL										
NO	6	35,29	11	64,71						
SI	491	35,66	886	64,34	0.00	0.9752258	0.98	0.32, 2.89	0.00	0.975217
ACCESO A CAPACITACION SOBRE LACTANCIA MATERNA										
NO	52	36,36	91	63,64						
SI	445	35,57	806	64,43	0.04	0.8514469	1.03	0.71, 1.51	0.04	0.851394

DETERMINANTES	NO	%	SI	%	Chi^2	valor p	OR	IC	COMPARACION DE PROPORCIONES	
									Chi^2	valor p
ASESORIA EN LACTANCIA MATERNA POR EL PERSONAL DE SALUD DURANTE LA ATENCIÓN DEL PARTO										
NO	64	41,03	92	58,97						
SI	429	34,85	802	65,15	2.30	0.1290928	1.30	0.91, 1.85	2.31	0.128955
AFILIACIÓN DEL NIÑO(A) AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD										
CONTRIBUTIVO	310	31,54	673	68,46	23.02	0.0000016	1.79	1.40, 2.29	23.02	0.000002
SUBSIDIADO	179	45,20	217	54,80						
NIÑO(A) INSCRITO EN EL PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO										
NO	14	50,00	14	50,00						
SI	483	35,36	883	64,64	2.56	0.1094639	1.83	0.82, 4.10	2.56	0.109337

Fuente. Construcción propia. Datos de la investigación

b. Regresión Logística Múltiple

Observando los resultados presentados en las tablas 15 y 16 se encuentra que en la lactancia materna exclusiva, aunque la significancia de cada variable arrojó un valor menor a 0.05 (Tabla 15), los resultados de la regresión muestran una significancia superior a éste valor (Tabla 16), lo que indica que el estado civil y el tipo de familia no explican la razón por la cual no se practica lactancia materna exclusiva en la ciudad.

Con respecto a la Lactancia materna continua hasta los dos años – LMC2, las variables con significancia estadística menor a 0.05 son: Hacinamiento, habitar en vivienda propia y haber recibido asesoría por el personal médico en la institución de salud, corroborándose ésta significancia con los resultados de la regresión, esto es: la LMC2 depende de determinantes intermedios relacionados con las condiciones de vivienda y los servicios de salud.

La Dieta Mínima Aceptable – DMA, presentó significancia estadística en: estrato socioeconómico, condición de la vivienda, afiliación, funcionalidad familiar y depresión. A través de la regresión se descartan la afiliación a la seguridad social y la depresión puesto que su valor *p* fue superior a 0.05, estos resultados permiten concluir que la DMA depende del estrato socioeconómico, condición de la vivienda y la funcionalidad familiar.

Tabla 15 Significancia estadística de la relación entre las variables dependientes e independientes

Variable dependiente	Variables independientes		Puntuación	gl	Sig.
Lactancia Materna Exclusiva	Variables	ESTADOCIVILDELAMADRE(1)	5,366	1	,021
		TIPODEFAMILIAQUEHABITAESTEHOGAR(1)	4,693	1	,030
	Estadísticos globales		5,409	2	,067
Lactancia Materna continua hasta los dos años	Variables	HACINAMIENTO(1)	6,330	1	,012
		CONDICIÓNDELAVIVIENDAOCUPADAPORELHOGAR(1)	6,130	1	,013
		RECIBIOASESORIA(1)	4,028	1	,045
	Estadísticos globales		16,520	3	,001
Dieta Mínima Aceptable	Variables	ESTRATOSOCIOECONOMICO(1)	6,853	1	,009
		CONDICIÓNDELAVIVIENDAOCUPADAPORELHOGAR(1)	3,950	1	,047
		AFILIACIONAUNAENTIDADDELSISTEMADESEGURIDADSOCIALENSAL(1)	5,484	1	,019
		FUNCIONALIDADFAMILIAR(1)	15,458	1	,000
		DEPRESION(1)	5,285	1	,022
	Estadísticos globales		28,114	5	,000

Fuente. Construcción propia. Datos Investigación

Tabla 16 . Regresión logística binaria

Variables		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Lactancia Materna Exclusiva	ESTADOCIVILDELAMADRE(1)	,454	,528	,739	1	,390	1,574	,559	4,429
	TIPODEFAMILIAQUEHABITAESTEHOGAR(1)	-,110	,525	,044	1	,834	,896	,320	2,508
	Constante	-,826	,529	2,437	1	,118	,438		
Lactancia Materna Continua hasta los dos años	HACINAMIENTO(1)	-1,253	,493	6,448	1	,011	,286	,109	,751
	CONDICIÓNDELAVIVIENDAOCUPADAPORELHOGAR(1)	-,976	,391	6,232	1	,013	,377	,175	,811
	RECIBIOASESORIA(1)	1,121	,582	3,712	1	,054	3,069	,981	9,604
	Constante	-,023	,495	,002	1	,963	,977		
Dieta Mínima Aceptable	ESTRATOSOCIOECONOMICO(1)	-,373	,156	5,713	1	,017	,689	,507	,935
	CONDICIÓNDELAVIVIENDAOCUPADAPORELHOGAR(1)	-,298	,145	4,250	1	,039	,742	,559	,985
	FUNCIONALIDADFAMILIAR(1)	-,525	,145	13,049	1	,000	,592	,445	,787
	Constante	1,469	,171	73,771	1	,000	4,344		

Fuente. Construcción propia. Datos Investigación

De acuerdo a los datos de la regresión, se plantea un modelo para las variables que presentaron significancia estadística:

$$P(Y=1) = \frac{1}{1 + e^{-(-\beta o + \beta 1 X1 + \beta 2 X2)}}$$

Lactancia Materna Continua a los dos años de edad

Donde:

P (Y) = 1 Probabilidad de que la lactancia materna hasta las dos años

e = Función exponencial (exp).

Bo = Constante del modelo

B1X1 = -1,253 (Variable hacinamiento)

B2X2 = - 0,976 (Variable condición de la vivienda)

B3X3 = 1,121 (Variable asesoría)

Tabla 17. Modelo de regresión a la Lactancia Materna Continua a los dos años

Lactancia materna continua hasta los dos años	Datos del modelo	Operación de potencia para exponencial	
Bo = se escribe la constante del modelo	-0,23	-0,23	-1,338
B1X1 = -1,253 (Variable hacinamiento)	-1,253	-1,253	
B2x2 = - 0,976 (Variable condición de la vivienda)	-0,976	-0,976	
B3X3 = 1,121 (Variable asesoría)	1,121	1,121	
e = función exponencial (exp).	0,262369884		
1 + e =	1,262369884		
P (Y=1)	0,79216085		

Encontrando que el 79% de la práctica de la lactancia materna hasta los dos años de edad es explicado por las variables hacinamiento, condición de la vivienda y asesoría.

Al considerar la presencia o ausencia de variables independientes, se puede concluir que la práctica de la lactancia materna continua hasta los dos años de edad se explica en el 92% de los casos por el hacinamiento y la vivienda, el 81% por vivir en hacinamiento y el 29% por la asesoría.

Dieta Mínima Aceptable

Donde:

P (Y) = 1 Probabilidad de acceder a la dieta mínima aceptable
e = Función exponencial (exp).
Bo = Constante del modelo
B1X1 = -0,373 (Variable estrato socioeconómico)
B2X2 = - 0,298 (Variable condición de la vivienda)
B3X3 = -0,525 (Variable funcionalidad familiar)

Los resultados que permiten predecir que 43% de la práctica de acceso a la Dieta Mínima Aceptable en los niños de 6 a 23 meses, es explicado por las variables hacinamiento, condición de la vivienda (propia) y funcionalidad familiar. Tabla 18

Tabla 18. Modelo de regresión a la Lactancia Materna Continua a los dos años

Dieta Mínima Aceptable	Datos del modelo	Operación de potencia para exponencial	
Bo = se escribe la constante del modelo	1,469	1,469	0,273
B1X1 = -0,373 (Variable estrato socioeconómico)	-0,373	-0,373	
B2x2 = - 0,298 (Variable condición de la vivienda)	-0,298	-0,298	
B3X3 = -0,525 (Variable funcionalidad familiar)	-0,525	-0,525	
e = función exponencial (exp).	1,313900245		
1 + e =	2,313900245		
P (Y=1)	0,432170748		

En cuanto a la presencia o ausencia de las variables independientes, se encontró mayor explicación en el estrato socioeconómico medio y alto y la funcionalidad familiar con un 36% y la funcionalidad familiar con el 28%.

Es decir, que el 28% de la práctica de la Dieta Mínima Aceptable en el Municipio de Manizales se da por la funcionalidad familiar.

8. DISCUSION

La práctica de la Lactancia Materna es el primer eslabón para garantizar un equilibrio durante el periodo denominado “ventana de oportunidades”, esta práctica inicia desde el nacimiento, momento en que el acceso a servicios de salud y profesionales responsables de la atención, son eje fundamental en la promoción e inducción a la lactancia materna. El Municipio de Manizales, presenta un inicio temprano de la lactancia materna importante con respecto al comportamiento nacional, teniendo en cuenta que el 74.5% de los niños fueron amamantados en la primera hora, lo que contrasta con el 64.2%, reportado en la ENSIN 2010. (3) Sin embargo, inferior al referenciado en Costa Rica del 96.5% (40) y al reportado en Caldas, donde según un estudio descriptivo se presentó amamantamiento en el 93.7% de los niños durante las primeras seis horas (41) frente al 87.6% durante el primer día obtenido en Manizales.

El porcentaje de niños que fueron amamantados alguna vez, alcanza en esta investigación el 96.6% de los niños entre los 0 y 24 meses de edad, similar al que se reporta de 96.8% en Colombia (3), 93.7% en México (11), 97.5% en Costa Rica (40) y 96.6% en Brasil (42).

La Lactancia Materna Exclusiva en el Municipio, fue del 36.7% en los lactantes de 0 a 5 meses de edad, inferior al registrado en Colombia del 42.8% (3), Caldas 44.3% (41), Brasil 41% (10) y Costa Rica 53.1%. (40) Aunque la práctica supera países como México 14.4%. (11)

La mediana de la LME es de 2 meses, igual a la encontrada en Bucaramanga (43), inferior a la encontrada en Caldas que corresponde a 3 meses (41) y levemente superior a la mediana nacional de 1.8 meses. (3) Sin embargo, 2.2 meses por debajo de la meta establecida por el Plan Decenal de Salud Púbica a alcanzar al 2021. (4)

La Lactancia Materna, durante los primeros meses de vida, según este estudio se acompaña con la introducción de otras bebidas (edad promedio de 2.8 meses (DE: 2.7 meses), tales como agua, jugos, caldos y otras leches diferentes a la leche materna. La edad encontrada en este estudio es inferior a los 4 meses reportados por Braga en Brasil, (42) con asociación entre la introducción temprana y el abandono del amamantamiento exclusivo.

A partir de los seis meses inicia una etapa transicional de gran vulnerabilidad pues si las prácticas de alimentación no son apropiadas, las niñas y niños están expuestos a sufrir malnutrición, infecciones y enfermedades. (44) Al respecto la introducción de alimentos sólidos, semisólidos o suaves no se desarrolla según las recomendaciones, ya que alcanza solo a un 63,38% de los lactantes de 6 a 8 meses de edad del Municipio de Manizales, frente al 84% a nivel nacional (3) 91.6% Costa Rica (40), y 94.8% en México. (11)

Indicadores bajos, que se acompañan con una práctica de la Lactancia en los niños de 12 a 15 meses del Municipio que alcanza un 44.4%, inferior a la reportada a nivel nacional de 58.1% (3) y 67.1% en Costa Rica (40), aunque supera lo reportado en México del 35.5%. (11)

Así mismo, diversos estudios muestran la disminución de la práctica de la lactancia materna al aumentar la edad, Puerto Carreño 26.1% (45), México 14.1% (11), Colombia 32.5% (3) y Costa Rica 40% (40); comportamiento similar al encontrado en la investigación, donde solo el 18.7% de los niños de 20 a 23 meses del Municipio de Manizales fueron lactados en las últimas 24 horas y la práctica de la lactancia disminuye 70 puntos porcentuales desde el nacimiento al llegar a los 24 meses.

El estudio permitió identificar una práctica adecuada de alimentación con leche materna en el 40% de los niños según su edad, y una edad promedio de suspensión de 6 meses, comportamiento inferior al reportado en Colombia donde la alimentación en menores de seis meses fue del 42.8% y de 6 a 24 meses de 94.8% y la duración de la lactancia fue de 14.9 meses. (3)

La alimentación con biberón esta soportada por algunos estudios como una práctica que pone en riesgo el mantenimiento de la lactancia materna (14) (17) y genera susceptibilidad para desarrollar enfermedades infecciosas en los menores. Esta práctica en el Municipio con un 64.3%, es superior a la nacional que alcanzó el 59.3% (3), e inferior a la presentada en Caldas de 82.7%. (41)

Al respecto, se encuentra según lo reportado en diferentes estudios la relación entre el uso del biberón y la duración de la lactancia materna exclusiva (13) (14) (46) (47) (48).

La OMS, establece en la serie denominada principios de orientación para la alimentación de los niños (44) (49), la importancia de alimentar con una variedad de alimentos para asegurar que las necesidades nutricionales sean satisfechas, basados en recomendaciones puntuales para una dieta mínima, la cual debe

incluir alimentos fuentes en nutrientes como hierro, zinc, calcio, vitamina A, vitamina C, vitamina B, grasa y proteínas. Esta diversidad alimentaria es alcanzada en el Municipio solo en el 75.2% de los niños de 0 a 23 meses, similar a lo referido en otros estudios donde se encontró que el 74% de los niños de 6 a 11 meses de México, logran una dieta diversa (11), al igual que en Colombia donde los niños amamantados logran un 70.4% y los no amamantados 83.5%. (3)

La disponibilidad de alimentos, se complementa con la frecuencia en que son consumidos; teniendo en cuenta que cada niño difiere en los requerimientos energéticos, la densidad energética dependerá de la cantidad de veces que reciba alimentos (44). Al respecto, en Manizales el 94.7% de los niños de 6 a 23 meses reciben la frecuencia de comidas mínimas. Este comportamiento es diferente en niños amamantados y no amamantados por las propiedades nutricionales de la Leche Materna. En Colombia el 62.2% de los niños no amamantados tienen una frecuencia mínima de comidas frente al 98.8% en Manizales. Con respecto a los niños amantados Colombia alcanza el 85.1% en niños de 9 a 23 meses, frente al 89.2% en Manizales en los niños de 6 a 23 meses. (3)

En los hogares de Manizales con niños menores de 2 años el consumo de una dieta mínima aceptable, solo se registra en el 66.4% de los niños entre 6 y 23 meses, porcentaje inferior al del País que alcanza el 72.8% en los niños de 9 a 23 meses; condición que incrementa el riesgo de desnutrición y posibilidades de enfermar por enfermedades prevenibles.

La investigación no permite determinar la calidad de la dieta, sin embargo los resultados descriptivos sugieren una alimentación desbalanceada, la cual no integra los diferentes elementos requeridos por este grupo de edad; teniendo en cuenta que la principal fuente de alimentos son los tubérculos y plátanos (70%), seguido de huevo (65%), fruta (63%), bebidas o alimentos a base de leche (62%), verduras y hortalizas (60%) y cereales (50%) y menos del 50% consumen carnes rojas (49%), leguminosas (44%), carnes blancas (35%) y pescado (6%). Con relación a los datos de la ENSIN (3), el consumo de frutas, verduras y leguminosas en el Municipio es superior, contrario al consumo de carnes.

Un resultado similar fue reportado por Braga (42), quien encontró desde el punto de vista nutricional un consumo desbalanceado, siendo el hierro el nutriente más deficiente en el primer año de vida. Concluyendo que las prácticas de alimentación en los niños constituyen un aspecto de vulnerabilidad para la salud, especialmente con la introducción precoz e inadecuada de alimentos complementarios.

Los Determinantes Sociales de la Salud tienen acción sobre la calidad de vida y bienestar de las personas. (50) (51) (52) (53) Vega y Frenz (52) mencionados por Marmot argumentan que los determinantes sociales son fundamentales tanto para la búsqueda de un vida saludable como para la prestación de servicios de salud para todos. Sen, mencionado por Santos P, (53) plantea que aun cuando los ingresos influyen positivamente en el estado de salud, existen factores sociales como la educación, la conducta de las personas, el manejo del gasto público en salud y otros que, conjuntamente, explican las diferencias en la salud y longevidad de las personas.

En Manizales la práctica de amamantamiento alguna vez, presenta una asociación directa con la asesoría por parte del personal de salud durante la atención del parto, (p: 0.0000691). Resultados que valida lo reportado por Braga (42), quien menciona la falta de soporte integral de los servicios de salud como una dificultad para lograr la práctica de la lactancia materna.

La práctica de inicio temprano fue del 74.5% de los niños, encontrándose asociación con determinantes como el estrato socioeconómico (p: 0.0024133), nivel de educación de la madre (p: 0.021209), la asesoría por personal de la salud durante la atención al parto (p: 0.0024652) y la capacitación en lactancia materna durante el control prenatal (p: 0.0192695), este último identificado también por Niño (45) y Martínez y Delgado (54) quienes encontraron asociación entre la educación materna en lactancia materna y el inicio precoz y mantenimiento de la práctica.

Con relación a la Lactancia Materna Exclusiva, se encontró asociación con el estado civil de la madre (p: 0.020), obtenida por la condición de vivir con el esposo. Lo cual valida que la lactancia materna se fortalece con la participación de otros miembros del hogar.

Otros estudios refieren como factores que inciden en la interrupción del amamantamiento exclusivo la ocupación (13) (14) (17), la edad adolescente de la madre (13), uso del biberón (13) (14) (17) (43), alto nivel socioeconómico (14), estado civil (17), conocimiento deficientes en lactancia materna (43) y el estrato socio económico bajo. (43)

Al llegar al año de vida, la práctica de la lactancia materna ha disminuido, encontrándose asociación con la ocupación de la madre (p: 0.0078), siendo un factor protector ser ama de casa, resultado similar al reportado por Flórez (55), quien adicionalmente refieren como factores relacionados con la mayor duración:

la no asistencia a guarderías, unión de pareja estable, acceso a información formal sobre lactancia y tener experiencia previa en lactar.

La lactancia materna continuada a los 2 años, está relacionada con Determinantes Sociales Intermedios, que corresponden a características materiales relacionadas con la vivienda y al acceso a servicios de salud. Vivir en hogares con hacinamiento (p: 0.11) y propios (p: 0.13) y mediante la asesoría por profesionales (p: 0.54) contribuyen a mantener la práctica.

Estudios reportan que la inseguridad alimentaria en la vivienda está asociada a una mayor duración de la lactancia materna en el segundo año de vida. (42) Así como la condición de separadas, jefe del hogar no es familiar o madres con acceso a control posnatal mostraron asociaciones positivas (45) Y qué factores como el no uso de biberón y la introducción tardía de otras bebidas o alimentos aumenta la probabilidad de mantener la lactancia materna hasta los dos años o más. (46)

En la práctica adecuada de alimentación con leche materna, se encontró asociación a diversos determinantes sociales, dentro de los cuales se agrupa el entorno familiar mediante el estado civil de la madre (p: 0.0340871), composición familiar (p: 0.0412354), funcionalidad familiar (p: 0.0141181) y la ocupación (p: 0.0000012); datos coincidentes con los reportados por Becerra (56) quien encuentra entre los factores que protegen la lactancia materna: el apoyo de la familia, el acompañamiento de la pareja, el haber tenido una experiencia previa positiva con otros hijos y las madres que permanecen en la casa.

Con respecto al nivel de educación (p: 0.0128913) se presentan diferencias con lo reportado en otros estudios, ya que se ha referenciado que a mayor nivel de escolaridad hay mayor prevalencia de lactancia materna. (56) (3)

Un aporte del estudio es la asociación encontrada entre la práctica adecuada de la lactancia materna con la condición de afiliación del niño al SGSSS en el régimen contributivo (p: 0.0008878) y la condición material de la vivienda descrita como el acceso a servicios públicos (p: 0.0189202).

La alimentación con biberón presentó asociación con el estrato socioeconómico (p: 0.003), el estado civil de la madre (p: 0.00), la afiliación del niño al régimen contributivo (p: 0.00), el nivel de educación de la madre (p: 0.026), la ocupación de la madre en actividades laborales o académicas (p: 0.000) y la funcionalidad familiar (p: 0.029).

La alimentación con biberón esta soportada por algunos estudios como una práctica que pone en riesgo el mantenimiento de la lactancia materna (12) (13) (16) (50) (52) y genera susceptibilidad para desarrollar enfermedades infecciosas en los menores (13,16). Esta práctica en el Municipio es superior a la nacional (3), e inferior a la presentada en Caldas (41).

El acceso a una dieta mínima aceptable en los niños menores de 23 meses, está asociada a una mayor educación en la madre (p: 0.002), signos/síntomas de depresión en la madre (p: 0.000) y régimen de aseguramiento del niño (p: 0.021). Y dicha práctica presenta relación directa con la funcionalidad familiar (p: 0.000), el estrato socioeconómico (p: 0.017) y habitar en vivienda propia (p: 0.039). Al respecto, no se obtuvo evidencia de la evaluación en estudios anteriores.

9. CONCLUSIONES

Del total de 14 indicadores evaluados, se obtiene resultados favorables a nivel local en el 50%, con respecto a los datos nacionales aportados por la ENSIN 2010.

El acceso a acciones de capacitación y asesoría en Lactancia Materna, por parte de los servicios de salud, constituye un elemento potenciador y de mantenimiento de dicha práctica.

El entorno del hogar, favorecido por la constitución de familias nucleares y la buena funcionalidad familiar promueven la adopción de practicas de alimentación fundamentales para el desarrollo integral del niño, tales como la Lactancia Materna Exclusiva y la Dieta Mínima Aceptable.

Condiciones sociales con ambientes de mayor vulnerabilidad, tales como el hacinamiento, bajo estrato socioeconómico y bajo nivel de educación de las madres, tienen como respuesta la adopción y mantenimiento de la Lactancia Materna como un elemento clave en la alimentación del menor de 3 años.

El acceso a mejores condiciones socioeconómicas en el hogar y dinámicas familiares que conllevan a que la madre tenga una actividad fuera del hogar, generan la adopción de prácticas que ponen en riesgo la Lactancia Materna, tales como el uso del biberón, convirtiéndose en un factor de riesgo para aumentar la morbilidad infantil.

A su vez, mejores condiciones económicas del hogar y del nivel de educación de la madre, permiten que los niños puedan acceder a una dieta mínima aceptable, lo cual se convierte en un factor que contribuye a disminuir la malnutrición infantil.

Las practicas de una alimentación adecuada en el menor de 24 meses, están relacionadas con las condiciones económicas, sociales y familiares del hogar

Se presentan factores que exponen la garantía de condiciones nutricionales óptimas para el crecimiento y desarrollo de los niños, como la disminución paulatina de la practica de la lactancia materna al aumentar la edad del niño, la edad de inicio temprano en la introducción de alimentos y el bajo porcentaje de niños menores de 23 meses con acceso a una dieta mínima aceptable.

10.RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta que las actuales prácticas de alimentación en los niños menores de 36 meses en el Municipio de Manizales, presentan resultados inferiores a las recomendaciones, el reto del Municipio es posicionar la atención en salud y nutrición en dicha población, con participación conjunta de actores que permitan la intervención sobre los componentes intermedios y estructurales encontrados, disminuyendo así la vulnerabilidad infantil y promoviendo la construcción de un entorno familiar y social saludable que proyecte generaciones sanas, con desarrollo físico, cognitivo y social que retornen en una sociedad productiva y con menor carga de enfermedad.

Por ende, el Municipio debe adoptar un compromiso político y social mediante la inclusión y desarrollo del componente de alimentación adecuada del menor de 36 meses y el abordaje integral de los primeros 1000 días de vida, en la Política Publica de Seguridad Alimentaria y Nutricional del Municipio; en el marco de la Estrategia para la Alimentación del niño pequeño y lactante, con el fin de integrar los diferentes componentes que permitan el accionar intersectorial, alcanzar la meta establecida por el Plan Decenal de Salud Púbica 2012-2021 y enmarcar políticas públicas claras que concentren la atención en la primera infancia, con un fuerte proceso de formación, difusión, participación social y comunitaria, que promuevan la adopción de prácticas adecuadas y la transformación de conductas y comportamientos sociales y culturales en favor de la atención integral del menor y en respuesta las diferentes condiciones sociales, culturales, económicas y ambientales relacionadas con la nutrición infantil.

Este compromiso, debe ser articulado al desarrollo de programas de intervención comunitaria y domiciliario que permitan la permeabilidad del entorno familiar como la Estrategia Atención Integral a la Primera Infancia, Estrategia de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, Estrategia de Atención Primaria en Salud, Estrategia de Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia, Programas de Entornos Saludables, Programas de Atención al Adulto Mayor, Programas de Recuperación Nutricional, entre otros.

Así mismo, promover el desarrollo de investigaciones locales que permitan evaluar el comportamiento de las prácticas de alimentación y a futuro las repercusiones de las condiciones de salud y nutrición de los primeros años de vida con la

supervivencia en los niños pequeños y lactantes y los resultados en el desarrollo intelectual, social y de producción escolar y laboral entre otros.

Por otra parte a nivel institucional, se deben potenciar las capacidades técnicas, tecnológicas y operativas de los profesionales las instituciones de salud, con el fin de fortalecer los procesos de capacitación que se generan durante el control prenatal y la atención del parto, los cuales constituyen una oportunidad esencial en la adopción de la práctica por parte de las madres. Y mantenerlos durante la realización del control de crecimiento y desarrollo del niño, considerado como un espacio para monitorear y fortalecer las prácticas de cuidado de los cuidadores en el niño.

11. RESULTADOS Y/O PRODUCTOS ESPERADOS

ASPECTO	RESULTADO / PRODUCTO	INDICADOR	BENEFICIARIO
Generación de nuevo conocimiento	Artículo sobre la situación actual de las prácticas de alimentación en el lactante y niño pequeño en el Municipio de Manizales	Indicadores poblacionales de las prácticas de alimentación en el lactante y niño pequeño	Comunidad en general del Municipio de Manizales Academia Secretaria de Salud Pública de Manizales Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
	Influencia de los Determinantes Sociales de la Salud, en las prácticas de la alimentación del niño lactante y pequeño del Municipio de Manizales	Relación entre los determinantes sociales y la práctica de la alimentación en el niño lactante y pequeño	Comunidad en general del Municipio de Manizales Academia Secretaria de Salud Pública de Manizales Administración Municipal
Fortalecimiento de la comunidad científica	Vinculación de la academia en los procesos de formación de la alimentación del niño lactante y pequeño	Inclusión en los programas académicos del área de salud y social de contenidos actualizados en Alimentación del niño lactante y pequeño	Academia Secretaria de Salud Pública de Manizales
	Articulación con las sociedades científicas	Eventos de formación	Academia Sociedades

ASPECTO	RESULTADO / PRODUCTO	INDICADOR	BENEFICIARIO
	del Municipio	académica realizados	Científicas Secretaria de Salud Pública de Manizales
	Grupos de investigación	Conformación de un grupo de investigación	Academia Sociedades Científicas Secretaria de Salud Pública de Manizales
Apropiación social del conocimiento	Publicación de indicadores en el Boletín de Estadísticas del Municipio	Boletín generado	Secretaria de Salud Pública de Manizales
	Análisis de los resultados mediante el esquema intersectorial del Observatorio en Salud Pública del Municipio de Manizales	Plan de acción construido para la intervención de los aspectos relevantes a intervenir	Secretaria de Salud Pública de Manizales
	Socialización de los resultados en el Simposio de Salud Pública de la SSP	Conferencias realizadas	Secretaria de Salud Pública de Manizales

12.IMPACTOS GENERADOS

IMPACTO ESPERADO	PLAZO	INDICADOR VERIFICABLE	SUPUESTOS
Inclusión en la Política Publica de Seguridad Alimentaria y Nutricional del Municipio de Manizales, del componente de Alimentación en el niño lactante y pequeño de acuerdo a los resultados de la investigación	Corto	Línea estratégica de la Política Pública con objetivos claros y de acuerdo a la situación real en el Municipio	Socialización y análisis en el Comité Técnico de la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional
Fortalecimiento institucional y comunitario de las estrategias de intervención en la alimentación del niño lactante y pequeño	Corto	Inclusión en los planes de acción institucionales de estrategias orientadas a la intervención de los aspectos identificados en la Investigación	Redireccionamiento estratégico de las intervenciones realizadas por las instituciones que atienden la primera infancia
Articulación institucional para el abordaje intersectorial de la nutrición en el niño lactante y pequeño	Corto	Inclusión	Vinculación intersectorial en la mesa técnica de Seguridad Alimentaria y Nutricional
Posicionamiento de la nutrición infantil en la agenda política	Corto	Inclusión en el Plan de Desarrollo del Municipio	Gestión política y gerencial

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño*, 2003. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_spa.pdf Consultado: (último acceso 19 de septiembre de 2014).

2. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana - Profamilia, Ministerio de la Protección Social, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*, ENDS, Colombia; 2010. Disponible en: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=9. Consultado: (último acceso 19 de septiembre de 2015).

3. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF, Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Asociación Probienestar de la Familia Colombiana - Profamilia. *Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia ENSIN,* Colombia; *2010.* Disponible en: http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/Bienestar/ENSIN1/ENSIN2010/LibroENSIN2010.pdf Consultado: (último acceso octubre 16 de 2015).

4. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, Colombia; 2012. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/Documento-completo-PDSP.pdf Consultado: (último acceso octubre 16 de 2014).

5. Organización Mundial de la Salud. *62ª Asamblea Mundial de la Salud. Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los Determinantes Sociales de la Salud*. 2009. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_R6-sp.pdf. Consultado: (último acceso noviembre 2 de 2014).

6. Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF. *Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del*

lactante y del niño pequeño, 2007. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44156/1/9789243596662_spa.pdf. Consultado: (último acceso noviembre 2 de 2015).

7. Lutter Ch. Practicas esenciales de nutrición durante el parto. En: Alimentación y Nutrición del niño pequeño. *Reunión Subregional de los Países de Sudamérica*; Lima, Perú. Organización Panamericana de la Salud; 2008. p. 32-36. Disponible en: http://www.unicef.org/lac/Reunion_Sudamericana_de_Alimentacion_y_Nutricion_del_Nino_Pequeno(2).pdf. Consultado: (último acceso agosto 20 de 2015)

8. Organización Mundial de la Salud. *Estadísticas Sanitarias Mundiales*, 2013. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf?ua=1 Consultado: (último acceso agosto 20 de 2015)

9. Conclusiones y Recomendaciones. *Reunión Subregional de los Países de Sudamérica*; Lima, Perú. Organización Panamericana de la Salud; 2008. p.7-9; Disponible en: http://www.unicef.org/lac/Reunion_Sudamericana_de_Alimentacion_y_Nutricion_del_Nino_Pequeno(2).pdf. Consultado: (último acceso agosto 20 de 2015)

10. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - Unicef, *Estado Mundial de la Infancia*, 2014. Disponible en: https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/emi_2014_0.pdf Consultado: (último acceso agosto 20 de 2015)

11. González de Cosío T, Escobar-Zaragoza L, González-Castell LD, Rivera-Dommarco JA. Prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en México. *Salud Pública Mex* 2013; 55 supl (2):S170-S179.

12. Gomes GP, Gubert MB. Breastfeeding in children under 2 years old and household food and nutrition security. *J Pediatr* (Rio J) 2012; 88(3):279-82.

13. Queluz MC, Pereira MJB, Santos CB, Leite AM, Ricco RG. Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(3):537-43.

14. Carrascoza KC et al. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo em crianças assistidas por programa interdisciplinar de promoção à amamentação. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16(10):4139-4146

15. Demétrio F, Pinto EJ, Assis AMO. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno: um estudo de coorte de nascimento em dois municípios do Recôncavo da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2012; 28(4):641-654.

16. D. Jiménez-Benítez A, Rodríguez-Martín R. Jiménez-Rodríguez, Red de Malnutrición en Iberoamérica del Programa de Ciencia y Tecnología para el Desarrollo. Análisis de determinantes sociales de la desnutrición en Latinoamérica. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Cádiz. Red MeI-CYTED, *Nutr Hosp* 2010; (Supl. 3) 25:18-25.

17. Rodríguez-García J y Acosta-Ramírez N, Factores Asociados a la Lactancia Materna Exclusiva en Población Pobre de Áreas Urbanas de Colombia, *Rev. Salud Pública* 2008; 10 (1):71-84.

18. Palomino P, Grande M y Linares M. La salud y sus determinantes sociales Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Internacional de Sociología (RIS)* 2014; 72 (1): 71-91.

19. Organización Mundial de la Salud. Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud. 2011. Disponible en: http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-SP.pdf Consultado: (último acceso agosto 15 de 2015)

20. Organización Mundial de la Salud. *Subsanar las desigualdades en una generación*, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. 2008. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf Consultado: (último acceso agosto 15 de 2015)

21. Organización Mundial de la Salud. Plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y niño pequeño en el año 2014. 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/130456/1/WHO_NMH_NHD_14.1_spa.pdf?ua=1 Consultado: (último accedo agosto 22 de 2015)

22. Colombia. Departamento Nacional de Planeación. *Documento Conpes Social 113*. Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Colombia:DNP; 2007. Disponible en: https://www.minagricultura.gov.co/Normatividad/Conpes/conpes_113_08.pdf Consultado: (último acceso septiembre 10 de 2014)

23. Colombia. Ministerio de la Protección Social, Acción Social, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF y Programa Mundial de Alimentos (PMA) de las Naciones Unidas. *Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020*; Colombia. Ministerio de la Protección Social; 2010. Disponible en: http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/Bienestar/Nutricion/PlanDecenaldeLactanciaMaterna2010-2020Nov17de2010.pdf Consultado: (último acceso septiembre 12 de 2014).

24. Banco Mundial. *Cómo proteger y promover la nutrición de madres y niños, Propósito de este conjunto de herramientas en América Latina y el Caribe*, 2013. Disponible en: http://siteresources.worldbank.org/EXTLACREGTOPNUT/Resources/4160377-1357590589927/8996498-1357590799892/PURPOSE_SPANISH.pdf Consultado: (último acceso septiembre 10 de 2014).

25. Hernández Triana M. Recomendaciones nutricionales para el ser humano: actualización. *Rev Cubana Invest Bioméd*. 2004; 23(4): 266-292.

26. Colombia, Comisión Intersectorial para la Atención Integral de Primera Infancia, *Lineamiento Técnico de Alimentación y Nutrición para la Primera Infancia*, 2012. Disponible en: http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Documents/4.De-Alimentacion-y-nutricion-para-la-Primera-Infancia.pdf. Consultado: (último acceso septiembre 10 de 2014).

27. Ministerio de Salud de la Nación. Nutrición y Embarazo. Recomendaciones en Nutrición para los equipos de salud – Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Buenos Aires: Ministerio de Salud, 2012. Disponible en:http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000315cnt-a11-nutricion-y-embarazo.pdf Consultado: (último acceso septiembre 10 de 2014).

28. López-Sáleme R, Díaz-Montes C, Bravo-Aljuriz L, Londoño-Hio N, Salguedo-Pájaro M, Camargo-Marín C et al. Seguridad alimentaria y estado nutricional de

las mujeres embarazadas en Cartagena, Colombia, 2011. *Rev. Salud Pública*. 2012; 14(2): 200-212.

29. Organización Mundial de la Salud. Alimentación del lactante y el niño pequeño, Nota descriptiva N°342, Febrero de 2014. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/. Consultado: (último acceso diciembre 9 de 2014).

30. Ministerio de Salud. La alimentación de los niños menores de dos años. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud – ENNyS 2010. Buenos Aires, Argentina, 2010. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000258cnt-a09-alimentacion-de-ninos-menores-de-2-anos.pdf Consultado: (último acceso diciembre 9 de 2014).

31. Victora C. Los mil días de oportunidad para intervenciones nutricionales: De la concepción a los dos años de vida. *Arch. Argent. Pediatr.* 2012; 110 (4):311-317.

32. Pallás A. Carmen R, Promoción de la Lactancia Materna, Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, 2006. Disponible en: https://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_lactancia.pdf Consultado: (último acceso diciembre 9 de 2014).

33. Álvarez Castaño L. Los Determinantes Sociales de la Salud: más allá de los factores de riesgo. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, Bogotá (Colombia), 2009; 8 (17):69-79.

34. Álvarez Castaño L, *Determinantes sociales y económicos del estado nutricional: efectos del estatus socioeconómico y la baja talla sobre el sobrepeso, la obesidad en adultos*. Universidad de Antioquia, Colombia, 2012.

35. Flórez C, Nupia O. Desnutrición Infantil en Colombia: Inequidades y Determinantes. Documento consolidado del estudio “Inequidades en el acceso a salud, estado de salud y utilización de los servicios de atención a la salud: utilizando datos secundarios para apoyar la toma de decisiones”. Organización Panamericana de la Salud, División de Salud y Desarrollo Humano. Disponible en: http://www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/D2001.pdf. Consultado: (último acceso febrero 10 de 2015).

36. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health, Discussion. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 2007. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/corner/SDHDP2.pdf Consultado: (último acceso agosto 10 de 2015).

37. Ferreira F, Messina J, Rigolini J, Lopez L, Lugo M, Vakis R. La movilidad económica y el crecimiento de la clase media en América Latina, Banco Mundial, 2013. Disponible en: https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/11858/9780821397527.pdf Consultado: (último acceso agosto 10 de 2015).

38. Suarez C, Miguel A. y Alcalá Espinoza, M. APGAR Familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Rev. Méd. La Paz*. 2014; 20 (1): 53-57.

39. Lezama Meneses S. Propiedades psicométricas de la escala de Zung para síntomas depresivos en población adolescente escolarizada colombiana. *Psychologia. Avances de la Disciplina* 2011; 6(1), 91-101.

40. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF, Ministerio de Salud, Caja Costarricense del Seguro Social - CCSS, Instituto Nacional de Estadística y Censos - INEC. Análisis del Módulo de Lactancia Materna, Encuesta Nacional de Hogares 2010. Informe Final, Costa Rica, 2011. Disponible en: http://www.unicef.org/costarica/docs/cr_pub_Analisis_Modulo_Lactancia_Materna.pdf. Consultado: (último acceso octubre 15 de 2015).

41. Benjumea M. Lactancia Materna exclusiva y parcial en el departamento de Caldas – 2010. *Hacia la Promoción de la Salud* 2011; 16 (1): 39-55.

42. Braga L, Fujimori E, Vilela A, Santana da Silva, M. Prática alimentar nos dois primeiros anos de vida, *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45 (Esp. 2):1705-9

43. Camargo F, Latorre J, Porras J, Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Hacia la Promoción de la Salud* 2011; 16 (1): 56 – 72.

44. Organización Panamericana de la Salud. *Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado*. Washington DC. 2003.

Disponible en: https://www.ihan.es/cd/documentos/ACyLM.pdf. Consultado: (último acceso septiembre 12 de 2014).

45. Niño L. Caracterización de la lactancia materna y factores asociados en Puerto Carreño, Colombia. *Rev. salud pública* 2014. 16 (4): 560-571.

46. Osorio J. Botero B. *Factores asociados a la duración de la lactancia materna exclusiva: revisión sistemática*. [Tesis de Maestría] Medellín, 2011. Disponible en: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1484/2/Factores_asociados_duracion.pdf Consultado: (último acceso septiembre 12 de 2014).

47. Martins EJ, Giugliani ER. Which women breastfeed for 2 years or more? *J Pediatr (Rio J)* 2012; 88(1):67-73.

48. Aline Alves BrasileiroI, Gláucia Maria Bovi AmbrosanoII, Sérgio Tadeu Martins MarbaIII, Rosana de Fátima PossobonII. A amamentação entre filhos de mulheres trabalhadoras. *Rev Saúde Pública* 2012; 46(4):642-48.

49. Organización Panamericana de la Salud. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño no amamantado. Washington DC, 2003. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/96355/1/9789275327951_spa.pdf. Consultado: (ultimo acceso septiembre 12 de 2014).

50. Paolino M, Sankaranarayanan R, Arrossi S. Determinantes sociales del abandono del diagnóstico y el tratamiento de mujeres con Papanicolaou anormal en Buenos Aires, Argentina. *Rev Panam Salud Pública* 2013; 34(6):437–45.

51. Vélez C, Vidarte JA, Cerón JD. Determinantes Sociales de la Salud y discapacidad: caso Santiago de Cali. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2013; 31 (supl 1): S180-S190.

52. Marmot M. et al. Acción con respecto a los Determinantes Sociales de la Salud en las Américas, *Rev Panam Salud Pública* 2013; 34(6):382-384.

53. Santos Padrón H. Los Determinantes Sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. *Revista Cubana Salud Publica* 2011; 37(2):136-144

54. Martínez Galianoa J y Delgado Rodríguez M. El inicio precoz de la lactancia materna se ve favorecido por la realización de la educación maternal. *Rev Assoc Med Bras* 2013; 59(3):254–257.

55. Flores-Díaz AL. y cols. Duración de la lactancia materna en un grupo de niños mexicanos. *Archivos en Medicina Familiar* 2006; 8 (1):33-39.

56. Becerra-Bulla F, Rocha-Calderón L, Fonseca-Silva DM, Bermúdez- Gordillo LA. The family and social environment of the mother as a factor that promotes or hinders breastfeeding. *Rev. Fac. Med*. 2015; 63(2):217-27.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIONES

"PRACTICAS DE LA ALIMENTACION DEL LACTANTE Y NIÑO PEQUEÑO Y SU RELACION CON LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN EL MUNICIPIO DE MANIZALES, DURANTE EL PERIODO 2011-2014".

Ciudad y fecha:_____

Yo, _____, como acudiente de_____, quien es menor de edad, 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 genera de ella, autorizo a_____, de la Univ ersidad Autónoma de Manizales, para la realización del siguiente procedimiento:

1. Entrevista estructurada

El investigador de la Universidad Autónoma de Manizales me informó que:

La entrevista que se realizará está orientada a obtener información relacionad a con datos personales, familiares, de la vivienda, prácticas de la alimentación de mi hijo y la atención y acceso al sistema de salud.

La participación de _____en esta investigación es completamente libre y voluntaria, y ella está en libertad de retirarse de ella en cualquier momento.

No recibirá beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación Sin embargo, se espera que los resultados obtenidos permitan mejorar los procesos y programas de intervención a personas en similares condiciones.

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 person as como empleadores, organizaciones gubernamentales, compañías de seguros u otras instituciones educativas. Esto también se aplica al cónyuge, a otros miembros de la 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.

HUELLA

_____
Firma

Documento de identidad _____ No._____ de_____
Huella Índice derecho:

Proyecto aprobado por el comité de Bioética de la UAM, según consta en el acta No 44 de 13 de mayo de 2015

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

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIONES

"PRACTICAS DE LA ALIMENTACION DEL LACTANTE Y NIÑO PEQUEÑO Y SU RELACION CON LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN EL MUNICIPIO DE MANIZALES, DURANTE EL PERIODO 2011-2014".

Ciudad y fecha:_____

Yo, _____, una vez inform ada 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 a_____, de la Universidad Autónoma de Manizales, para la realización del siguiente procedimiento:

1. Entrevista estructurada

El investigador de la Universidad Autónoma de Manizales me informó que:

- Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria, y estoy en libertad de retirarme de ella en cualquier momento.
- La entrevista que se realizará está orientada a obtener información relacionada con datos personales, familiares, de la vivienda, prácticas de la alimentación de mi hijo y la atención y acceso al sistema de salud.
- No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación. Sin embargo, se espera que los resultados obtenidos permitan mejorar los procesos y programas de intervención a personas en similares condiciones.
- 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 del investigador.
- 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.

HUELLA

_____
Firma
Documento de identidad _____ No._____ de_____

Huella Índice derecho:

Proyecto aprobado por el comité de Bioética de la UAM, según consta enel acta No 44 de 13 de mayo de 2015

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

FORMATO DE ASENTIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIONES

"PRACTICAS DE LA ALIMENTACION DEL LACTANTE Y NIÑO PEQUEÑO Y SU RELACION CON LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN EL MUNICIPIO DE MANIZALES, DURANTE EL PERIODO 2011-2014".

Ciudad y fecha:_____

Entiendo que el estudio se trata de realizar una entrevista orientada a obtener información relacionada con mis datos personales, familiares, de la vivienda, prácticas de la alimentación de mi hijo y la atención y acceso al sistema de salud.

No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación Sin embargo, se espera que los resultados obtenidos permitan mejorar los procesos y programas de intervención a personas en similares condiciones.

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 del investigador.

Puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada al anonimato, los resultados person ales 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.

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, acepto participar en la investigación, mediante la realización de la entrevista estructurada.

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

HUELLA

Si el menor asiente:

Nombre del menor:_____

Firma del menor: _____

Huella Índice derecho:

Proyecto aprobado por el comité de Bioética de la UAM, según consta en el acta No 44 de 13 de mayo de 2015

COSTO DE LA INVESTIGACION

PRESUPUESTO GLOBAL

RUBROS	VALOR
Personal	$ 79.989.710
Materiales	$ 924.200
Salidas de Campo	$ 648.000
Total	$ 81.571.910

DESCRIPCIÓN DE LOS GASTOS DE PERSONAL

EQUIPO	FORMACIÓN ACADÉMICA	DEDICACIÓN	VALOR UNIDAD / MES	TOTAL
Investigadores principales	Médico General	6 meses	$ 4.000.000	$ 24.000.000
	Enfermera	6 meses	$ 3.000.000	$ 18.000.000
Supervisores y encuestadores	Área de la Salud	4 meses	$ 8.747.427	$ 34.989.710
Asesor estadístico	Estadístico	1 mes	$ 3.000.000	$ 3.000.000
Total			$ 18.747.427	$ 79.989.710

SALIDAS DE CAMPO

ASPECTO	VALOR UNITARIO	CANTIDAD	TOTAL
Auxilio de Transporte	$ 72.000	9	$ 648.000
Total			$ 648.000

MATERIALES, SUMINISTROS, BIBLIOGRAFIA

MATERIALES	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	TOTAL
Fotocopias	1792	$ 100	$ 179.200
Uso de computador/mes	6	$ 50.000	$ 300.000
Uso de internet/ mes	6	$ 50.000	$ 300.000
Empastados	1	$ 50.000	$ 50.000
Papelería	1	$ 15.000	$ 15.000
USB	2	$ 40.000	$ 80.000
Total			$ 924.200