

GUÍAS ALIMENTARIAS

para gestantes y
madres en lactancia



Caracterización de la Población



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

Ministro de la Protección Social

Diego Palacio Betancourt

Viceministro de Salud y Bienestar

Juan Gonzalo López Casas

Directora General de Salud Pública

Ana Cristina González Vélez

Directora General de Promoción Social

Lucy Wartenberg Villegas

Coordinadora Grupo de Promoción y Prevención

Luz Elena Monsalve Ríos

Elaborado por

Amanda Valdés Soler

Adriana Roza Mariño

Apoyo Técnico

Nora Corredor

Gloria Ochoa Parra

Julián Herrera Murgueitio

Pilar Rodríguez Vargas

Inés Botero Uribe

INSTITUTO COLOMBIANO

DE BIENESTAR FAMILIAR

**FUNDACIÓN COLOMBIANA PARA
LA NUTRICIÓN INFANTIL -NUTRIR-**

Directora Ejecutiva

Lucila Inés Porras

Coordinación

Zoila Guarín de González

Grupo Técnico

Maida López Calderín

Carmenza Peña Peña

Asesores

Belén Samper

Luis Fernando Vélez

FONDO DE LAS NACIONES

UNIDAS PARA LA INFANCIA

-UNICEF-

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA

DE LA SALUD -OPS-

Diseño editorial, imagen gráfica

e ilustración

Juanita Isaza Merchán

Diagramación

Carmen Elisa Acosta García

Corrección de estilo

Clara Isabel Álvarez Uribe

CONTENIDO



PRESENTACIÓN	5
ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS	6
NIVEL DE DESARROLLO	12
Índice de Pobreza	13
Saneamiento básico agua potable	15
Índice de Desarrollo Humano	15
Índice de Potenciación de Género	18
SITUACIÓN DE SALUD	20
Aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS-	20
Morbilidad y Mortalidad durante la gestación y la lactancia	22
Acceso a Servicios	35
NUTRICIÓN	38
Situación de la lactancia materna	38
Bajo Peso al Nacer	39
Estado Nutricional	40
Deficiencia de micronutrientes	40
Consumo de alimentos	41
Disponibilidad de alimentos	43
Acceso a los alimentos	
FACTORES PROTECTORES Y FACTORES DE RIESGO DURANTE LA GESTACIÓN Y LA LACTANCIA	44
Factores protectores	44
Factores de riesgo	47
Lineamientos en caso de desplazamiento forzado o desastres naturales	52
BIBLIOGRAFÍA	54

PRESENTACIÓN



En la actualidad, se reconoce la importancia que tiene la educación en la adquisición de estilos de vida saludables y en las intervenciones dirigidas a crear y fomentar valores, hábitos alimentarios y actividad física desde edades tempranas.

La efectividad en el desarrollo e implementación de las intervenciones basadas en educación nutricional, radica en la participación activa de las instituciones de protección social, salud, educación, comunicaciones e información al consumidor; en la unidad y veracidad de los mensajes transmitidos, y en la estrategia utilizada por los países en desarrollo para la elaboración de guías alimentarias prácticas, aplicables y adaptadas a la cultura propia de cada país.

Las Guías alimentarias para gestantes y madres en lactancia tienen como referente las elaboradas para la población colombiana mayor de dos años, por considerar que la unidad básica alrededor de la cual se planifica la alimentación es la familia, y las del menor de dos años, por cuanto el mejoramiento de la nutrición materna produce efectos beneficiosos para

su salud y para el mejor comienzo de la vida del hijo que espera.

En este contexto, las Guías alimentarias para gestantes y madres en lactancia buscan complementar las orientaciones hechas a los grupos de población mencionados, tomando en cuenta las características particulares de este grupo, el desarrollo del país, el perfil epidemiológico y nutricional, los patrones alimentarios y la importancia de la mujer como eje del desarrollo humano.

El propósito de este documento es presentar a los equipos de salud, protección social y educación, información general sobre las características de las mujeres en edad fértil, las gestantes y las madres en lactancia, como punto de partida para la definición de guías alimentarias, acorde con las políticas y recomendaciones básicas en nutrición y salud que faciliten la unidad de las acciones de información, educación y comunicación nutricional y la evaluación de programas nutricionales, dirigidos a estos grupos de población.

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS



De acuerdo con las proyecciones del DANE¹, para el año 2003 la población colombiana se estima en 44'583.577 habitantes, distribuidos en 1'141.741 km², de la cual el 50.5% son mujeres y el 49.5% son hombres, lo que equivale a 22'539.683 y 22'043.894, respectivamente. Estos últimos en menor proporción, en razón de que la violencia los afecta en mayor medida que a las mujeres.

Según la Organización Mundial de la Salud –OMS–, la adolescencia es la etapa de la vida que transcurre entre los 10 y los 19 años y representa la quinta parte de la población mundial. En Colombia la población adolescente equivale casi al 20% de la población total. Para el 2003, el grupo de 10 a 14 se calcula en 4'577.069, siendo 2'331.451 hombres y 2'245.618 mujeres, mientras que el grupo de 15 a 19 es de 2'169.641 hombres y 2'101.993 mujeres, para un total de 4'271.634.

La población aumenta a un ritmo anual de 1.8%. Para los años 2003 al 2008, el DANE estima que la tasa de crecimiento natural es del 15.83%, proveniente de una tasa bruta de natalidad de 21.25 n.v. por 1.000 habitantes y una tasa bruta de mortalidad de 5.42 defunciones por 1.000 habitantes, lo que corresponde a un número estimado de 4'932.019 nacimientos y 1'258.875 defunciones¹.

¹ COLOMBIA: Proyecciones anuales de población por sexo, según grupos quinquenales de edad. 1985-2015.

PERÍODO	Tasas medias anuales de crecimiento (por mil)		Tasas implícitas de: (por mil)			Número estimado de:	
	EXPONENCIAL	GEOMÉTRICO	CRECIMIENTO NATURAL	NATALIDAD	MORTALIDAD	NACIMIENTOS	DEFUNCIONES
2003 2008	15,83	15,96	15,83	21,25	5,42	4'932.019	1'258.875

DANE. Proyecciones de población 1993.

La evolución demográfica del país, expresada por la tasa de crecimiento y la migración rural-urbana, llevó a cambios en la estructura poblacional, reflejada en la reducción del tamaño promedio de las familias. La disminución de la proporción de niños y el aumento de adultos y ancianos, y el incremento del porcentaje de la población urbana, la cual se estimó para el año 2000 en un 75%, mientras que la población rural se calculó en un 25%. Según proyecciones de población del DANE, el 27,4% de la población está concentrada en algunas ciudades como Bogotá, Cali, Medellín y Barranquilla.

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DE LA POBLACIÓN INDÍGENA

El país no cuenta con una caracterización completa desde la perspectiva de la protección social que dé cuenta de la situación demográfica, de salud, bienestar y trabajo de las poblaciones indígenas; sin embargo, son muchos los estudios parciales que dan cuenta de ello y que de alguna manera permiten identificar la situación de este importante grupo de población que ha sido objeto de exclusión social y a quien se le han vulnerado históricamente sus derechos.

Aplicar las Guías alimentarias a estos grupos de población no es lo más apropiado, pero cabría aplicar el enfoque general de las mismas para adaptarlas a sus costumbres alimentarias, al acceso de los alimentos, a los productos de las regiones, a su cultura y cosmovisión. Tampoco se ha medido el estado nutricional en estas poblaciones, que permita hacer inferencias nacionales, pero es de conocimiento de todos que su estado nutricional y sus condiciones de pobreza son precarias.

En un estudio de Magda Ruiz y Marión Piñeros², se destaca que en las regiones del Caribe, Andina, Amazonía y Tierradentro, el 45% de la población es menor de 15 años; la tasa bruta de natalidad es de 41 nacimientos por cada mil habitantes, superior al promedio nacional, y la esperanza de vida al nacer es de 57,8 años para las mujeres y de 55,4 para los hombres, inferior a la que prevalece en el país.

Las comunidades indígenas están protegidas por la Constitución Nacional, para que se les respeten sus derechos, de allí que exista legislación específica para acceder al derecho a la salud, a través del Régimen Subsidiado; sin embargo, se presentan difi-

cultades para cumplir con la ley, especialmente en el respeto e interpretación de su cultura en el momento de las intervenciones en salud.

Población desplazada

Según la encuesta de salud sexual y reproductiva realizada por Profamilia en el 2001 en zonas marginales, en la cual se describe la situación de las poblaciones desplazadas en 1.200 familias de 42 municipios, se establece que de las mujeres entrevistadas, el 37% manifestó ser desplazada por el conflicto armado, el 21% por razones familiares y el 17% por razones de trabajo o eran mujeres que siempre habían residido en el sitio de la encuesta (zonas marginales urbanas). El 67% de las desplazadas por el conflicto son del área rural, de este grupo el 88% acredita con documentos su condición de desplazamiento.

Fecundidad

El 25% del total de la población colombiana está compuesto por mujeres en edad fértil –MEF–, entre 15 y 49 años, lo que equivale a 11'145.894. Se calcula que de este grupo el 52.1% vive en unión conyugal, que se identifica como Mujeres Actualmente Unidas –MAU–, que equivalen a 5'807.057,79. La migración de mujeres en edad fértil de las zonas rurales a las urbanas es el 30% del total de la población general, siendo mayor a la de los hombres.

La Tasa Total de Fecundidad (TTF) ha tenido un descenso importante desde mediados de los años 60, cuando el promedio era de más de 7 hijos por mujer, pero sigue siendo elevada para algunos grupos poblacionales; sin embargo, en la presente década se ha observado cierta estabilización alrededor de 2.6 hijos por mujer.

El descenso de la fecundidad no ha sido homogéneo por regiones, zonas y nivel educativo, existe un hijo y medio de diferencia entre las mujeres en las cabeceras municipales y las de zona rural. Para las primeras es de 2.3 hijos por mujer en tanto que para las segundas es de 3,8. Las regiones Oriental y Atlántica

² Aspectos demográficos en comunidades indígenas de cuatro regiones de Colombia. Salud Pública de México, Vol. 40, julio a agosto de 1998. Citado en el Informe de Desarrollo Humano/2000, Pág. 175.

presentan mayores tasas de fecundidad, con 2.8 y 2.7, respectivamente, en contraste con Bogotá, Atlántico y Bolívar Norte, con 2,4. En las subregiones, las diferencias son mayores: para el Litoral Pacífico, 3.4; Antioquia sin Medellín, 3.3, con Cauca y Nariño, y las más bajas Medellín y Cali con 1.8 y el Valle con 2.0.

La Tasa Bruta de Natalidad (TBN) se estima en 23 nacimientos por mil habitantes y la Tasa General de Fecundidad –TGF– en 91 nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil. La fecundidad tiene cúspide temprana en el grupo de 20 - 24 años (ENDS/2000).

Tasas de reproducción y tasas de fecundidad según quinquenios 1950-2050

PERÍODO	TASAS DE REPRODUCCIÓN		TASAS DE FECUNDIDAD (POR MUJER)		EDAD MEDIA DE LA FECUNDIDAD (AÑOS)
	BRUTA	NETA	GLOBAL	GENERAL	
2000-2005	1,28	1,22	2,62	0,82	27,07
2005-2010	1,21	1,16	2,48	0,76	27,12

Fuente: DANE. Estadísticas Colombia.

Según el DANE, la edad media de fecundidad para el período 2000 al 2005 es de 27,07 años y para el 2005 al 2010 es de 27,12 años.

Las mujeres con mayor nivel educativo tienen menor número de hijos, es decir, a mayor nivel educativo menor fecundidad, con una diferencia de 2.5 hijos por mujer. Entre las mujeres sin educación, la tasa es de 4.0 y la de las que tienen algún grado de universidad es 1.5. Así mismo, la diferencia entre las que tienen algún año de primaria y las que tienen algún año de secundaria, es de más de un hijo, 3.6 y 2.4, respectivamente (ENDS/Profamilia 2000).

En todos los grupos de edad se encuentra disminución de la fecundidad, excepto en el de adolescentes de 15 a 19 años, grupo en el que ha aumentado en un 19% en todas las zonas y regiones. Las mujeres que más han disminuido la fecundidad son las mayores de 35 años de la zona rural.

En las mujeres desplazadas que generalmente vienen del área rural y se encuentran entre los 40 y 49 años, el promedio de hijos por mujer es de 5.3, frente a 3.4 del total nacional y de 4.8 para la zona rural, y el promedio de hijos nacidos vivos es de 2.7 por mujer³.

Planificación familiar

En relación con la planificación familiar, las mujeres colombianas en edad fértil conocen por lo menos un

método anticonceptivo para regular la fecundidad. Los más conocidos son el condón, la píldora, la esterilización femenina, la inyección y el dispositivo intrauterino.

No solo el conocimiento de los métodos es generalizado, el uso de estos se ha extendido, alcanzando un 76.9% dentro de las mujeres casadas o unidas y un 84.1% dentro de las mujeres no unidas, sexualmente activas; en general, en las mujeres en edad fértil (15 a 49 años) su uso alcanza el 52.8%. Dentro de las mujeres unidas, el uso de anticonceptivos aumentó de 66.1% en 1990 a 76.9% en el año 2000⁴.

La selección y preferencia de los métodos varía: en las mujeres casadas o unidas, la esterilización femenina es el más usado, con un 27.1%, seguido por el dispositivo, 12.4%. El uso del condón y la inyección se ha incrementado, pasando de 2.9% en 1990 a 6.1% en el 2000 y de 2.2% a 4.0%, respectivamente. Los métodos tradicionales (ritmo, retiro) no muestran mayores cambios (11.5% en 1990, 12.3% en el 2000).

Entre las mujeres no unidas pero sexualmente activas el condón es el método más usado (21.2%), seguido de la píldora (15.3%). Los métodos tradicionales se utilizan en un 18.7%.

³ Profamilia: Salud sexual y reproductiva en zonas marginadas. Situación de las mujeres desplazadas. Bogotá. 2001.

⁴ Ídem.

Al comparar el uso de anticonceptivos por zonas no hay mayor diferencia (77.6% zona urbana, 75.2% zona rural); así mismo, el método más usado es la esterilización femenina para las 2 zonas (27%), seguido del dispositivo en la zona urbana (13.6%) y de la píldora en la zona rural (12.5%); los métodos tradicionales se utilizan en mayor porcentaje en la zona rural (15.6%) que en la urbana (11%).

Por nivel educativo no se encuentran actualmente mayores diferencias: las mujeres sin educación utilizan algún método en un 72.7%, se incrementa en aquellas con educación primaria (77%) y secundaria (77.7%) y disminuye en las universitarias (75.4%).

Las mujeres unidas o casadas utilizan la planificación con el objeto de limitar los nacimientos en un 58.6% y para espaciarlos en un 18.4%. Por zonas no hay diferencias; sin embargo, por nivel educativo sí se evidencian, las mujeres sin educación la utilizan para limitar los nacimientos en el 70.7% y solo un 1.9% para espaciarlos, y con nivel universitario, 49.9% y 25.5%, respectivamente.

Dentro del grupo de adolescentes, el 100% tiene conocimiento de algún método anticonceptivo. (ENDS / Profamilia 2000)

Estado civil

En la forma como se constituyen las familias en Colombia, el matrimonio legal continúa siendo el preferido para la creación de nuevos sistemas familiares. Sin embargo, las uniones consensuales cobran gran significación, en la medida que se incrementa el número de uniones libres⁵. El 48% de los hogares es de tipo nuclear biparental a nivel nacional y en la zona urbana es el 50%. Sigue en importancia el 34%, la familia extensa monoparental o biparental, donde la jefatura masculina es predominante y tiene el segundo mejor ingreso después de los hogares unipersonales.

El 53.9% de las mujeres en edad fértil vive en estado de unión conyugal estable; poco menos de la mitad de ellas no tiene vínculo matrimonial formal y, por tanto, vive en situación de convivencia. Entre las mujeres de 15 a 19 años, 8 de cada 10 son solteras; al concluir los 24 años, casi el 60% ya ha formado pareja; después de los 40 años una de cada 10 permanece soltera.

Las disoluciones se presentan desde temprana edad: entre 20 y 24 años ya hay un 10% de mujeres separadas y por encima de los 45 años casi 1 de cada 5 está separada o divorciada. Otros fenómenos que se asocian a cambios de uniones conyugales es un leve aumento en la viudez femenina asociada con un notorio incremento de las muertes masculinas por causas violentas, en especial de los hombres entre 20 y 44 años. Igualmente, la sobremortalidad masculina ha detenido las ganancias en la esperanza de vida en este sexo, afectando la proporción de mujeres viudas.

Con relación al estado civil de las poblaciones en zonas marginales, se estableció que el 26% de las mujeres es menor de 26 años, y el 13 % es mayor de 40 años. El 47% de las mujeres desplazadas vive en unión libre. (Salud Sexual y Reproductiva en zonas marginales / Profamilia)

Organización familiar

La familia se constituye en el pilar de desarrollo para la gestantes y las madres en lactancia, el papel que ella juega es determinante para el estado de salud, nutrición y el bienestar de la madre y su hijo. De allí que se invite a las parejas, a los abuelos y a los demás miembros del grupo familiar a vivir la gestación y la lactancia como una experiencia maravillosa en la que todos aportan, para que el bebé se desarrolle en condiciones óptimas de afecto y bienestar y se contribuya, desde la gestación, a la construcción de un país de oportunidades.

La familia se constituye por «un conjunto de personas entre las que median lazos de consanguinidad, afinidad o adopción, independientemente de su cercanía física o geográfica, son grupos unidos por vínculos de parentesco, aunque vivan en hogares diferentes.»⁶

El hogar, según el DANE, se define como «una persona o grupo de personas que puede tener o no vínculos de consanguinidad, que ocupa la totalidad o parte de una vivienda, comparte las comidas y reconoce como autoridad a una sola persona (jefe de hogar)»⁷.

⁵ Familias colombianas: Estrategias frente al riesgo. Pág. 39.

⁶ Lucy Warterberg, 1991, citado por DNP, PNUD y otros en familias colombianas: estrategias frente al riesgo. 2003. Pág. 35.

⁷ Ídem. Pág. 34.

En cuanto a la composición de los hogares, a escala nacional, el 24% tiene a una mujer como jefe. La jefatura femenina es un fenómeno más urbano que rural y está estrechamente asociado con la conyugalidad, el ciclo vital de la mujer, la capacidad económica y el reconocimiento de su aporte monetario y no monetario a la supervivencia del hogar. Incorpora situaciones de abandono conyugal, madre-solterismo, viudez y precariedad económica.

Con relación a la población desplazada, a partir de una encuesta que realizó Profamilia (X -XII/2001) en 1.200 familias de 42 municipios, se estableció que el 73% de los hogares tiene jefatura masculina y, en menor proporción, femenina. Los menores de 15 años representan el 45% de esta población; los adolescentes entre 13 y 19 años representan el 14%; las MEF el 24.2%, y el promedio de persona por hogar es de 4.9.

Para 1998, el tamaño completo de la familia o promedio de hijos nacidos vivos a las mujeres de 45 - 49 años, es de 3.7 para todas las mujeres y de 4.1 para las MAU. El tamaño promedio de los hogares es de 4.4 personas, 4.3 en la zona urbana y 4.7 en la rural. El tamaño de los hogares ha venido disminuyendo, como parte de la transformación en la organización familiar, la transición demográfica y la fecundidad. El tamaño del hogar y el nivel de ingreso

se controla por la etapa del ciclo vital del hogar, o por la forma de organización según el parentesco.

La situación demográfica hace que la posibilidad de conformar familias extensas sea menor, toda vez que el grueso de parientes queda en el lugar de origen, y los jóvenes permanecen solteros como agregados no parientes en otros hogares, o conforman familias nucleares predominantemente. Entre 1988 y 1998 aumentó el porcentaje de uniones libres, aunque la forma de organizar familia sigue siendo el matrimonio legal, pero las uniones consensuales cobran gran importancia. El 48% de los hogares colombianos es nuclear biparental; en el área urbana es del 50%, le sigue en importancia, con un 34%, la familia extensa, ya sea monoparental y biparental, aunque esta última, a lo largo de los años 90, perdió importancia, ocupando el espacio los hogares unipersonales e incompletos⁸.

Una de las características de las familias marginales es su movilidad, especialmente si éstas son desplazadas. El tamaño de la familia cambia por el nacimiento o la muerte de alguno de sus miembros. En el 17% de estos hogares se presentaron nacimientos, un 16% equivale a la llegada de nuevos miembros provenientes de otras localidades, un 22% de los miembros migraron y un 4% falleció.

⁸ Familias colombianas: estrategias frente al riesgo. Misión Social - DNP, PNUD, ICBF. Pág. 39.



INDICADORES DEMOGRÁFICOS COLOMBIA 2002

Departamento	Población total	MEF	MAU	Uso de anticonceptivo en MAU	Gestantes esperadas	Nacimientos esperados	Tasa global de fecundidad
Amazonas	74.403	18.601	9.691	7.462	3.155	3.104	4,25
Antioquia	5'531.883	1'382.971	720.528	554.806	136.881	137.433	2,45
Arauca	256.664	64.165	33.430	25.741	8.600	8.485	3,28
Atlántico	917.899	229.474	119.556	92.058	24.387	58.980	2,58
Bogotá	6'712.247	1'678.063	874.271	673.188	154.769	156.476	2,17
Bolívar	1'137.800	284.450	148.198	114.113	34.972	64.245	3,05
Boyacá	1'385.184	346.297	180.421	138.924	38.543	38.596	3,07
Caldas	1'133.791	283.449	147.677	113.711	26.109	26.183	2,38
Caquetá	436.860	109.215	56.901	43.814	16.439	16.360	3,80
Casanare	301.387	75.348	39.256	30.227	10.034	9.966	3,41
Cauca	1'299.256	324.814	169.228	130.306	41.312	41.293	3,36
Cesar	999.758	249.395	129.935	100.050	32.595	32.434	3,34
Chocó	410.116	102.529	53.417	41.131	12.625	12.422	3,77
Córdoba	1'352.279	338.069	176.134	135.623	37.665	37.593	2,91
Cundinamarca	2'226.236	556.559	289.967	223.275	51.266	51.388	2,74
Guanía	39.577	9.896	5.156	3.970	1.643	1.609	4,60
Guaviare	123.560	30.891	16.094	12.393	4.458	4.404	3,86
Huila	953.426	238.356	124.183	95.621	27.121	27.007	2,88
La Guajira	500.029	125.007	65.129	50.149	15.970	15.922	3,18
Magdalena	922.207	230.553	120.118	92.491	27.614	39.770	3,00
Meta	729.023	182.256	94.956	73.116	22.703	22.661	3,07
Nariño	1'690.354	422.588	220.168	169.529	50.288	50.207	3,03
Norte de Santander	1'405.297	351.325	183.040	140.941	43.524	43.442	3,07
Putumayo	350.705	87.677	45.680	35.173	13.389	13.235	4,03
Quindío	582.966	145.741	75.931	58.467	13.527	13.608	2,43
Risaralda	976.964	244.243	127.250	97.983	23.133	23.254	2,39
San Andrés	77.446	19.366	10.090	7.769	1.809	1.811	2,38
Santander	2'014.590	503.648	262.400	202.048	54.091	54.217	2,74
Sucre	824.668	206.168	107.413	82.708	25.305	25.207	3,09
Tolima	1'304.950	326.238	169.970	130.877	32.707	32.867	2,85
Valle	4'318.191	1'079.548	562.444	433.082	101.214	97.691	2,22
Vaupés	31.234	7.811	4.069	3.133	1.253	1.213	5,19
Vichada	88.899	22.226	11.580	8.916	3.837	3.764	4,69
Barranquilla	1'305.330	326.333	170.020	130.915	26.139		2,58
Cartagena	952.522	238.131	124.066	95.531	23.456		3,06
Santa Marta	410.309	102.577	53.443	41.151	9.940		3,00
Total	43'778.020	10'943.978	5'701.810	4'390.392	1'152.473	1'166.849	2,62

Fuente: Indicadores Demográficos Colombia. DANE/Minprotección Social, OPS/OMS. 2002.

NIVEL DE DESARROLLO



Como se puede apreciar, aunque han mejorado algunos indicadores demográficos, la pobreza continúa siendo un problema crítico y cada vez va tomando dimensiones insospechadas que preocupan a toda la sociedad.

Uno de los indicadores del nivel de desarrollo es el de Necesidades Básicas Insatisfechas –NBI–: la proporción de personas con NBI es hoy de 27.0%, cifra que equivale a 17.5% de la población urbana y a 51.5% de la rural. Por regiones: en la Atlántica existe el mayor porcentaje de personas pobres, 36.6%; en el área urbana, 26.2%, y en el área rural, 61.1%.

El 62% de las familias nucleares monoparentales de jefe mujer, no es pobre, en tanto que el 22% sí lo es y el 16% está en la miseria. En las monoparentales extensas de jefe mujer, la pobreza es mayor, ya que solo el 43% no es pobre y el 33% está en la miseria. De acuerdo con la ocupación del jefe de hogar, los hogares con mayores necesidades básicas insatisfechas son los que se dedican a la agricultura, el 71% de ellos se encuentra en la miseria; le sigue el de servicios y obreros manuales no calificados con más de 27% de pobres y cerca del 30% en la miseria. El 30% de los hogares de profesionales, técnicos o administradores es pobre y un 26% de los comerciantes es pobre, en tanto uno de cada cinco está en la miseria⁹.

Los patrones de asentamiento espacial inciden en la formación de familias desde el punto de vista de equilibrio numérico entre los sexos, que se ve afectado por condiciones de migración diferencial para uno de los sexos, como ocurre con la migración rural-urbana en Colombia, en la que predomina la migración de mujeres jóvenes solteras. Esto explica, en

⁹ Profamilia. 2000. *La salud reproductiva de las adolescentes de 15 -19 años en Colombia*. Pág. 20, noviembre, 2002.

parte, el incremento de las mujeres en el área urbana al pasar de un 75% a un 77%, entre 1995 y el 2000 (ENDS/2000). Entre las adolescentes de mayor edad la migración es mayor que en las más jóvenes.

Las principales razones para migrar hacia el sitio donde residen son de tipo familiar (38%), laboral (23%), educativo (23%), o de búsqueda de situaciones favorables para la mujer (10%). El 19 por mil se considera desplazada por la inseguridad que genera el conflicto armado, y 5 por mil se considera víctima de desastres naturales, como el terremoto del Eje Cafetero en 1999 o por las avalanchas e inundaciones en el año 2000, que afectaron una extensa zona del país.

Entre 1995 y 2000 se generó en el país una crisis económica, que lo llevó al deterioro de las condiciones de vida de la población. El 80% de la población campesina es miserable, la pobreza es del 56.7% y de estos el 27% está en indigencia; los hogares no pobres disminuyeron del 54 al 49%, en tanto que se incrementaron en 3 puntos los hogares pobres, pasando de 21 a 24%, y los hogares en la miseria aumentaron 23 puntos porcentuales, pasando de 25 a 27%.

Esta situación se refleja en mayor medida en la zona urbana, que pasó del 69% de hogares no pobres a 62%, mientras que la zona rural pasó de 18 a 16%. En los hogares de jefatura femenina, el cambio no fue estadísticamente significativo: pasó de 62 a 61% los no pobres, en tanto que los de jefatura masculina pasó de 54% a 45%¹⁰.

El deterioro es mayor en las zonas urbanas, pasando de 69 a 62% y en la rural bajó de 62 a 61%. El porcentaje de los hogares pobres con jefe de hogar

mujer, se mantiene estable, pasó de 62 a 61%, en tanto que los hogares no pobres con jefe hombre pasó de 51 a 41%. Los hogares donde hay adolescentes son más pobres que los demás, los no pobres son el 44%, pobres el 25% y en miseria 31%. En los hogares donde las adolescentes están entre los 15 y 17 años, la proporción de miseria es mayor, del 34% frente al 26% de las de mayor edad. (Salud Sexual y Reproductiva de las adolescentes en Colombia / Profamilia 2000)

ÍNDICE DE POBREZA EN COLOMBIA

INDICADOR	1978	1987	1995	1999
Índice de pobreza	80%	65%	60%	64%
Índice de extrema pobreza	45%	29%	21%	23%
Pobreza de 2 US diarios (1)	33%	19%	13%	16%
Ingreso medio per cápita (2)	112	183	216	210

1. Basado en convertidores de la paridad del Poder Adquisitivo de la base de datos de indicadores del desarrollo mundial.
2. Miles de \$ sobre la base del ingreso familiar mensual.

Según el tipo de familia, la nuclear es menos pobre que la familia extensa, la mayor proporción de éstas se encuentra en la miseria. Las familias compuestas son menos pobres que las extensas, ya que éstas se agrupan por razones económicas.

Entre 1995 y el año 2000, la situación de pobreza del país se incrementó, debido al deterioro de las condiciones del país, especialmente marcada por la recesión de 1999, que llevó al país a una de sus mayores crisis. (ENDS/2000)



¹⁰ ENDS/2000. Salud sexual y reproductiva de las adolescentes 15 - 19 años en Colombia. Profamilia/UNFPA.

DEPARTAMENTO	PORCENTAJE NBI	COEFICIENTE DE GINI	LÍNEA DE POBREZA	ICV TOTAL
Amazonas	73,4			71,70
Antioquia	31,3	0,52	54,90	75,67
Arauca	53,3			59,80
Atlántico	37,2	0,52	55,10	80,40
Bogotá	17,3	0,56	43,50	87,71
Bolívar	71,8	0,55	57,90	63,32
Boyacá	38,8	0,57	63,70	58,81
Caldas	29,3	0,52	51,10	72,16
Caquetá	58,4	0,45	54,80	69,18
Casanare	52,1			58,10
Cauca	57,5	0,60	67,70	61,55
Cesar	56,4	0,59	54,60	69,11
Chocó	81,5	0,59	75,30	55,29
Córdoba	66,1	0,57	68,90	58,30
Cundinamarca	33,7	0,50	48,50	69,67
Guianía	100			55,50
Guaviare	80			64,10
Huila	39,9	0,51	57,40	68,71
La Guajira	64,9	0,48	50,90	70,13
Magdalena	66	0,49	60,60	64,88
Meta	41,2	0,49	43,80	72,05
Nariño	56,1	0,55	70,60	60,61
Norte de Santander	41,4	0,49	58,80	74,16
Putumayo	79,5			68,90
Quindío	23,9	0,52	49,60	76,05
Risaralda	26,6	0,49	52,30	77,12
San Andrés	33,3			76,60
Santander	31,2	0,56	49,60	73,13
Sucre	0,53	61,10	62,70	71,66
Tolima	0,51	56,00	68,61	81,18
Valle	0,52	46,40	79,53	83,80
Vaupés	100			54,80
Vichada	89,8			65,50
Barranquilla	27,8			
Cartagena	33,1			
Santa Marta	34,8			
Total	37,6	0,56	53,80	73,29

Fuente: Cálculos DNP/USD. Misión Social, con base en DANE, censo 93. EH Nacionales.

SANEAMIENTO BÁSICO AGUAPOTABLE

La situación de la población frente al acceso a los servicios públicos es relevante por cuanto el ambiente puede presentar riesgos para la salud, dependiendo de sus condiciones. La disponibilidad de agua potable puede influir en la morbilidad y la mortalidad de la población. En Colombia, la proporción de población con cobertura de acueducto en el 2000 era 94.8%; sin embargo, la proporción de población con agua de buena calidad en 1998 era del 70%.¹¹

Se ha aumentado el número de conexiones domiciliarias de acueducto; sin embargo, la calidad del agua que consume la población no ha mejorado en la misma proporción; el 96.5% de la población urbana dispone de conexión a acueducto, mientras que en la población rural solo el 27.3%.

La cobertura de alcantarillado sigue siendo deficiente. En cabeceras municipales es del 89.8% y el tratamiento de aguas residuales casi no existe, generando contaminación ambiental y enfermedades; solo el 4% del agua residual está siendo tratada y en el área rural 15.5 millones de personas disponen de forma inadecuada estas aguas. Las cuencas del Cauca y Magdalena reciben más del 80% de las aguas residuales¹².

Para 1998 la proporción de población urbana con servicio de recolección de basura era del 84.2%.

ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO

Se entiende por Desarrollo Humano las oportunidades que tiene toda persona de acceder a la salud; a la educación; a un ambiente limpio y seguro; a una alimentación equilibrada, variada, suficiente e inocua; a una vivienda; al trabajo y a un ingreso seguro; al disfrute de sus derechos fundamentales, a los derechos políticos, económicos y sociales, al derecho a la participación y a la democracia.

«El desarrollo humano sostenible es aquel que no solo genera crecimiento económico, sino que distribuye equitativamente sus beneficios; regenera el medio ambiente en vez de destruirlo; capacita las personas en vez de marginarlas; es un desarrollo a favor de la naturaleza, del empleo, de la democracia, de las mujeres y de los niños y las niñas» (PNUD).

El Índice de Desarrollo Humano –IDH– cuantifica los diferentes componentes de desarrollo de un país y valora su resultado con el de otros países con desarrollo similar; se mide por la esperanza de vida, el nivel de alfabetismo adulto y el ingreso per cápita.

Existen marcadas diferencias entre las zonas rural y urbana. Para la primera, el IDH en el año 2001 no alcanzaba a ser igual al país en su conjunto en 1990; mientras que la zona urbana ha alcanzado niveles cercanos a un nivel alto similar al de Costa Rica, que ocupó el puesto 48, de acuerdo con la clasificación hecha por el PNUD, en tanto que la zona rural se clasifica en un nivel medio cercano al de El Salvador, que ocupó el puesto 104. Las diferencias son manifiestas en todos los componentes del IDH.¹³

Esperanza de vida al nacer

Es un indicador que señala el número de años que se espera que viva una persona nacida en el año que se estudia. Se estima a partir de las tasas específicas de mortalidad por grupos quinquenales de edad y género para un año determinado, con base en las cuales se construye una cohorte teórica. Sin embargo, son muchos los factores que inciden en la duración media de la vida, como el nivel de aseguramiento, la mortalidad, los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, el estado nutricional, el saneamiento básico, el agua potable, entre otros. El conjunto de estos factores se expresa por medio de este indicador. En la medida que esta aumente, se considera que mejora la calidad de vida de la población.

En Colombia la esperanza de vida ha mejorado desde los años 50, y tiene un crecimiento continuo durante el último decenio, afectando positivamente el IDH. «En años, la esperanza de vida de la población aumentó 4.1 durante el período, y se refleja en un crecimiento del índice que pasa de 0,714 a 0,781. El comportamiento de este indicador refleja cambios demográficos y epidemiológicos importantes».

¹¹ Problemas y Soluciones para la Implementación de la Técnica Madre Canguro (TMC) de acuerdo con el nivel de desarrollo del país, Instituto Materno Infantil de Santa Fe de Bogotá, 1998.

¹² Plan Nacional de Salud Ambiental, PLANASA. Ministerios de Salud, Agricultura, Medio Ambiente, desarrollo, DNP, ICA, OPS/OMS 2001.

¹³ *Diez años de Desarrollo Humano en Colombia*, DNP/PNUD/DNDH. Bogotá, 2003.

PERÍODOS	ESPERANZA DE VIDA AL NACER (Años)			TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (x 1000)	DEFUNCIONES		
	Hombres	Mujeres	Total		< 1 año	0-4 años	1-4 años
2003 -2008	69,87	75,90	72,81	23,30	115.113	128.392	13.279

DANE: Estadísticas Vitales

Se estima que para el quinquenio 2003 - 2008, la esperanza de vida en Colombia sea de 72,81 años, siendo para los hombres de 69,87 y para las mujeres de 75.9. Los habitantes de las zonas rurales viven, en promedio, alrededor de 2 años menos que los de la zona urbana. Las diferencias por departamento se reducen como resultado de un incremento importante de la esperanza de vida de los departamentos más atrasados en este indicador en 1990.

Mientras el departamento con menor esperanza de vida la aumentó en 4.8 años durante el período, el que tenía la mayor esperanza de vida la aumentó en año y medio y el país en su conjunto en 4 años. El Chocó, con una expectativa de vida de 66.6 años, es la expresión de una gran inequidad, por cuanto es inferior a la que tenía el país en su conjunto para 1990, lo que significa 10 años de atraso respecto al promedio nacional. En situación similar están Meta, Caquetá y los nuevos departamentos.

En Colombia existe un factor que incide sobre la salud y la supervivencia de los colombianos: el incremento en la mortalidad joven y adulta, en especial de hombres, por causas violentas, que marca la diferencia en la esperanza de vida entre los géneros. Los años de vida saludables perdidos por mortalidad y por incapacidad –AVISA– fueron 5'599.000 en 1995, de los cuales el 29% corresponde a causas violentas. Para los hombres, esta categoría representa el 41,6% y para las mujeres el 8,5%.

Nivel educativo

Este es un factor importante en la mujer por la influencia que tiene sobre la conducta reproductiva, el uso de métodos anticonceptivos, la salud infantil y sobre el tamaño ideal de la familia. En general, incide en el estado de salud y nutrición de las gestantes y de las mujeres en lactancia. Por otra parte, el nivel educativo se asocia con la situación socioeconómica.

Esperanza de vida al nacer, por departamento, 2000 - 2005

DEPARTAMENTO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Amazonas	63,43	71,55	67,39
Antioquia	65,66	75,71	70,56
Arauca	64,01	69,52	66,70
Atlántico	70,32	76,13	73,15
Bogotá	70,45	76,45	73,23
Bolívar	71,07	76,59	73,76
Boyacá	67,81	73,88	70,77
Caldas	67,52	75,33	71,43
Caquetá	65,72	72,74	69,14
Casanare	68,04	74,53	71,21
Cauca	66,69	73,20	69,87
Cesar	67,58	74,75	71,08
Chocó	63,61	70,10	66,78
Córdoba	70,72	76,46	73,52
Cundinamarca	68,92	74,32	71,55
Guianía	64,01	69,52	66,70
Guaviare	63,43	71,55	67,39
Huila	68,69	74,60	71,57
La Guajira	68,80	77,73	73,16
Magdalena	70,01	75,58	72,73
Meta	64,82	70,45	67,57
Nariño	67,75	72,75	70,12
Norte de Santander	67,57	74,46	70,93
Putumayo	63,43	71,55	67,39
Quindío	67,45	73,85	70,57
Risaralda	68,61	75,57	72,01
San Andrés	71,88	77,62	74,68
Santander	68,46	75,30	71,80
Sucre	71,60	76,79	74,13
Tolima	67,95	74,08	70,94
Valle	68,05	75,20	71,54
Vaupés	63,43	71,55	67,39
Vichada	64,01	69,52	66,70
Total	69,17	75,32	72,17

Fuente: Indicadores Demográficos, Colombia 2002. DANE, Minproteccionsocial, OPS/OMS

Las menores de 30 años tienen en promedio 8 años de estudio. El analfabetismo aumenta con la edad de las mujeres, llegando al 10% entre las de 45 a 49 años. Más del 10% de las mujeres, entre 20 y 44 años, tiene educación superior, con las mayores proporciones en las 4 áreas metropolitanas y en el antiguo Caldas. Solo el 2% de las mujeres del área urbana es analfabeta, en comparación con casi una de cada 10 en la zona rural y una de cada 7 en Bolívar, Sucre y Córdoba, la región con más analfabetismo.

La ENDS/2000 muestra, en relación con escolaridad, resultados similares para ambos sexos; más del 10% son personas sin educación, 16% con primaria completa, de 13 a 14% con secundaria completa y 10% con educación universitaria.

El promedio de años de educación en la población general es de 4.7 para los hombres y 4.8 para las mujeres. En Bogotá, hombres y mujeres tienen 7.3 en promedio; Antioquia sin Medellín, tiene 2.5 años para los hombres y 3.3 para las mujeres.

Las adolescentes, en su mayoría, tienen la secundaria o están en la universidad. El analfabetismo es del 0.6%. De 15 a 17 años, el 66% cursa secundaria y un 11% la ha terminado; en tanto que las de 18 a 19 años, el 33% cursa secundaria y el 34% la ha completado. El 11% de las adolescentes de este rango de edad está en la universidad. Cabe señalar que las adolescentes que han conformado su propia familia tienen los promedios de educación más bajos: 6.9 años, si viven con su cónyuge; 5.7, si viven con el cónyuge y los hijos, y 6.7, si viven con los hijos. A mayor pobreza, menor nivel educativo.

Los indicadores de escolaridad de la zona rural son muy bajos con relación a la zona urbana: menos de tres años de estudio y muchas personas analfabetas en ambos sexos. El 8% de las mujeres en edad fértil—MEF— son analfabetas, problema que afecta en especial a las de 35 años y más. El 39% de MEF no tiene primaria completa, apenas el 22% tiene primaria completa, mientras que el 21% tiene secundaria incompleta y el 8% completa. Solo 2.6% ha asistido a la universidad.

La mediana en años de educación en la zona rural es de 4.1 global, 3.9 en la región pacífica y 4.3 en la región oriental. La proporción de mujeres menores de 16 años que asiste a la escuela es mayor que la proporción de hombres. En el grupo de 16 a 24

años no hay diferencias. Los motivos relacionados con la maternidad, el matrimonio y el cuidado de los niños, afectan la situación educativa del 11% de las mujeres del área urbana y 10% de la zona rural.

En el estudio de Profamilia para conocer la situación de la SSR en condiciones de desplazamiento, se encontró que el 21% de los mayores de 6 años no ha tenido acceso a la educación formal, el 57% tiene algún grado de primaria, el 21% tiene alguno de secundaria y menos del 1% alguno de universidad. En las mujeres de este grupo de población un 57% ha alzado la primaria y un 33% la secundaria.

La proporción de mujeres analfabetas alcanza el 15% entre las mujeres desplazadas por el conflicto armado, en tanto que para las desplazadas por otras causas la proporción es del 8%. Entre las mujeres no desplazadas o receptoras el analfabetismo es similar al de la ENDS/2000 6% y 4% respectivamente.

Trabajo y actividad económica

El empleo productivo también es un indicador de desarrollo económico y social y está directamente relacionado con la educación: a medida que aumenta el nivel educativo, mayores son las tasas de participación laboral. Sin embargo, los altos índices de desempleo afectan a toda la población; la tasa de desempleo de acuerdo con las estimaciones del DANE para febrero de 2003, se estimaba en 16.5.

Colombia ha tenido las mayores tasas de desempleo, a partir de 1996. Tanto la zona urbana como la rural han enfrentado un aumento significativo en ambos sectores, que afecta la economía nacional y la calidad de vida de la población. La tasa de ocupación cayó a 50.62% en septiembre de 1998¹⁴. Como causas del incremento del desempleo se identifican el bajo crecimiento económico, el aumento de la oferta laboral y la inflexibilidad en el mercado laboral.

El peso del desempleo ha caído en los grupos vulnerables, es decir, en las mujeres, en la población joven y en los más pobres. Aunque entre 1991 y 1998 las mujeres tuvieron tasas de desempleo más altas, la tasa de desempleo masculino se incrementó en 2,7 puntos porcentuales y la femenina pasó de 14% a

¹⁴ Informe de Desarrollo Humano en Colombia, 1999. DNP/PNUD, Pág. 111

15,4%¹⁵. Sin embargo, en la crisis de finales de los noventa, el desempleo femenino aumentó en 3,8%, por encima de la masculina de 2,8%. El desempleo en la zona rural ha afectado especialmente a los jóvenes entre los 10 y los 29 años. Solo entre septiembre de 1998 y junio de 1999 el desempleo aumentó 10% en las siete áreas metropolitanas (DNP/PNUD - 1999).

De cada 100 colombianos en condiciones de trabajar, que viven en las siete principales ciudades del país, 20 están sin empleo, sin medir lo que está ocurriendo en el campo, en las poblaciones intermedias y en el llamado sector informal de la economía, lo que constituye una verdadera emergencia laboral. El desarrollo del país y las transformaciones de la sociedad actual, han llevado a la mujer a vincularse a la fuerza laboral y a contribuir a los ingresos del medio familiar.

Según la ENDS/2000, del total de mujeres en edad fértil el 40% no trabajaba al momento de la encuesta, el 11% trabajó pero ya no lo hace y el 49% estaba trabajando al momento de la encuesta. La proporción de las mujeres que trabajaban en la zona urbana era del 52% frente al 38% de la zona rural, esta última se redujo en 3 puntos, pues para el año 95 este porcentaje era del 41%, situación se explica por los altos índices de violencia en la zona rural.

Una de cada dos mujeres en unión tiene empleo, así como las que tienen de 1 a 4 hijos de la zona urbana de Bogotá, la región Oriental y la Pacífica. De las mujeres en edad fértil que trabajan, el 8% se dedica a actividades agrícolas, el 55% al comercio y servicios, y un 23% a labores profesionales o administrativas. Las mujeres actualmente unidas son las que se dedican en mayor proporción a las labores del agro. Las mujeres sin hijos o con menor número de hijos, generalmente, son las profesionales, frente a las que tienen mayor número de hijos que trabajan en agricultura, en ventas o como obreras.

En el área rural, el 53% de las mujeres en edad fértil no trabaja y el 9% trabajó en el último año. El 37,7% trabaja en actividades de servicios, comercio y, en general, en labores agrícolas, en tanto que solo un 8% se desempeña en el nivel técnico o profesional. Según la ENDS/2000.

Con relación a las adolescentes, el 64% no trabaja ni trabajó en el año anterior a la encuesta y un

23% trabajaba en ese momento. El trabajo aumenta con la edad, el 18% corresponde a las de 15 - 17 años y el 23% a las de 18 a 19. A menor nivel educativo mayor es la proporción de las que trabajan. A mayor número de hijos es mayor la proporción de las que trabajan. Las mujeres con formación universitaria que trabajan disminuyó pasando del 76% al 67%.

El estudio sobre la SSR en zonas marginales, muestra una creciente incorporación de la mujer a la actividad económica. La proporción de mujeres que trabajan es mayor en un 5% entre las unidas y aumenta de acuerdo con el número de hijos y el nivel educativo. Las mujeres desplazadas por el conflicto armado, así como las no desplazadas o receptoras son las que en menor proporción trabajan (28% y 27%, respectivamente), mientras que el 40% de las que migraron por diferentes razones sí trabajan.

ÍNDICE DE POTENCIACIÓN DE GÉNERO

En el informe de los 10 años de Desarrollo Humano en Colombia, elaborado por el Programa Nacional de Desarrollo Humano del DNP, con apoyo del PNUD, se analiza el índice de Potenciación de Género –IPG–, que mide la participación de las mujeres en la actividad económica y la equipara a la de los hombres, 49,8% para el 2001, y plantea que aunque creció en la zona urbana en un 6.8% entre 1999 y el 2001, se ha reducido en los dos últimos años; para el 2001 alcanza un valor de 0.511, muy por debajo del máximo calculado para Noruega.

Colombia se ubica en el puesto 42, similar al de Uruguay, que ocupa el puesto 36 y México el 38, y superior a Chile que sólo alcanzó un valor de 0,474. Según el informe de 10 años de Desarrollo Humano en Colombia, se podría afirmar que hay equidad de género; las mujeres viven 6.3 años más que los hombres; la tasa de escolarización en los tres niveles es igual a la de los hombres. La diferencia está dada en los ingresos, pues su participación está en 19% por debajo de los hombres.

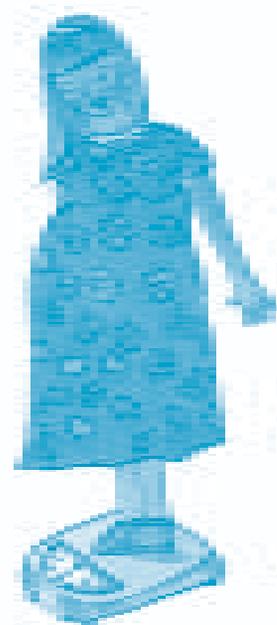
Lo anterior lleva a focalizar las acciones preventivas en la población más pobre y vulnerable; de allí que se espera que estas Guías Alimentarias lleguen a estos grupos de mayor riesgo para enfermar o

¹⁵ Ídem. Pág. 124.

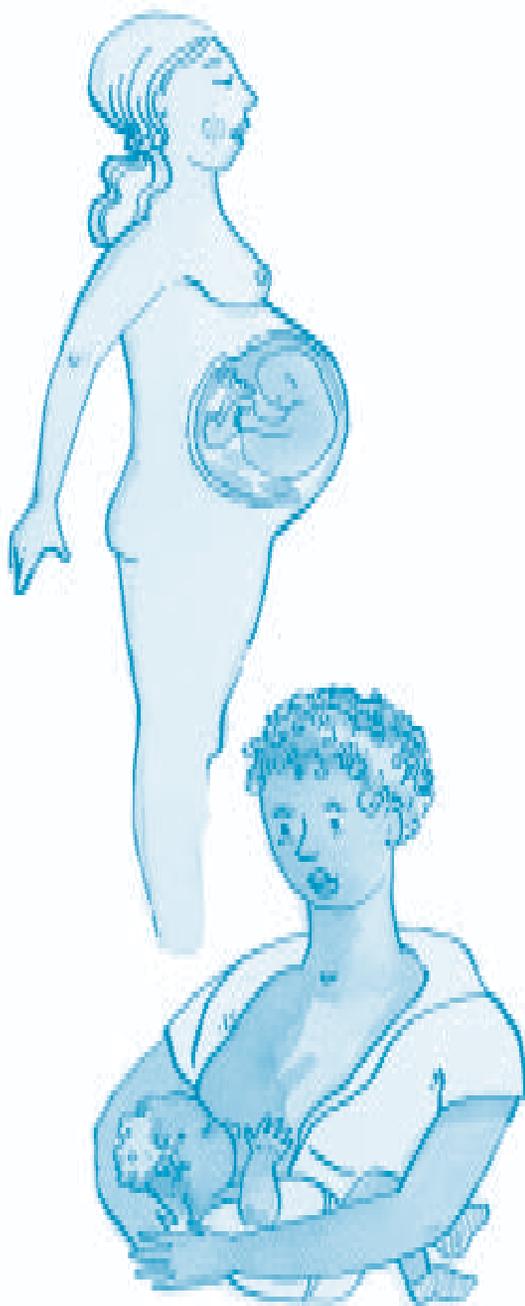
morir por causas relacionadas con la nutrición durante su período reproductivo.

Con relación al nivel educativo es importante resaltar que la tasa de alfabetización ha mejorado en la última década, pero de manera importante en la población femenina. La evolución del Índice de Desarrollo Relativo al Género -IDG- en los últimos 15 años muestra el avance del país por lograr una mayor equidad de género. A mediados del 85, la inequidad era muy marcada, mientras que para mediados de la década de los noventa, el IDG aumentó en 7.2 puntos, siendo el ingreso el factor de mayor inequidad.¹⁶

¹⁶ Ídem. Pág. 8.



SITUACIÓN DE SALUD



ASEGURAMIENTO EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD –SGSSS–

Un indicador importante del nivel de desarrollo social es la cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS–. A partir de la reforma dada por la Ley 100 de 1993, los logros en coberturas de aseguramiento son importantes, pasando de 528.283 afiliados a la seguridad social en el 93 a 24'775.579 en el primer trimestre de 2003, lo que equivale a una cobertura actual del 55,5%.

Observación: Esta información está en proceso de depuración de multifiliación y de nuevos cruces, para llegar a la conformación de la base de datos única de afiliados al sistema de salud.

Es de tener en cuenta que los datos son el producto de la información remitida por los departamentos, para el régimen subsidiado, y por las EPS, para el contributivo, a solicitud del Ministerio de la Protección Social, de acuerdo con lo establecido en las Resoluciones de Afiliación 890/02 y 1375/02.

El cuadro siguiente muestra las estadísticas correspondientes al total de mujeres afiliadas al Sistema, ya sea en el Régimen Contributivo o en el

RÉGIMEN	RURAL		URBANO		TOTAL GENERAL
	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	
Contributivo	61.165	67.479	8.183.866	7.234.477	15.546.987
Subsidiado	1.921.018	1.980.697	2.800.930	2.525.947	9.228.592
Total general	1.982.183	2.048.176	10.984.796	9.760.424	24.775.579

Subsidiado, siendo mayor el volumen de afiliación de las mujeres, con un 52%, que el de los hombres, 48%, lo que equivale a 12'966.979 y 11'808.600, respectivamente. Esto, en parte, se podría explicar por la prioridad que se da en la afiliación al régimen subsidiado a las mujeres cabeza de familia y la afiliación de las madres comunitarias.

Afiliación por género	Femenino	Masculino	Total
Total	12'966.979	11'808.600	24'775.579
Porcentaje	0,52%	0,48 %	1,00

Con relación a la afiliación al Sistema por género y zona de residencia, del total de las mujeres afiliadas al régimen contributivo, el 48% reside en la zona rural y el 53% en la urbana, en tanto que para los hombres que se encuentran en este régimen, el 52% reside en la zona rural y el 47% en la zona urbana. En cuanto al Régimen Subsidiado, del total de las mujeres afiliadas, el 49% es de la zona rural y el 50% urbana; para los hombres, el 50% es de la zona rural y el 47% de la urbana.

Se estima que al Régimen Contributivo se encuentra afiliado el 63% de la población asegurada, en tanto que al Régimen Subsidiado corresponde un 37% del total afiliado. Esto equivale a decir que el 44.4% del total, es población pobre no cubierta, que en gran medida accede al Sistema por subsidio a la oferta para la atención individual y por el Plan de Atención Básica a través de las acciones colectivas

dirigidas a la comunidad en general y que son de interés en salud pública.

Sin embargo, la meta de reducir la inequidad en salud y lograr la cobertura universal aún está lejos, y más si se contrasta con la crisis actual de la economía y las tasas de desempleo que afectan directamente al sistema. El informe de 10 años de Desarrollo Humano en Colombia del DNP, muestra cómo para el año 2000, 3 de cada 4 personas, pertenecientes al 20% de la población con mayores ingresos, estaba afiliado, mientras que del 20% de la población más pobre, solo estaban afiliadas 2 de cada 5 personas.

Esto significa que para cumplir el propósito de la reforma, para el año 2001 aún faltaba por asegurar el 43.3% de la población (de acuerdo con el informe de 2003, falta el 44.4%), tarea prioritaria dentro del actual Plan de Desarrollo. Si se tiene en cuenta la gran variedad de riesgos a que se ven enfrentadas las familias colombianas, entre ellos la seguridad social en salud con cobertura familiar, es imperativo que el Sistema responda con oportunidad, flexibilidad y calidad a los grupos vulnerables, entre ellos los que aún no están cubiertos por el Sistema. Para ello, es necesario trabajar en redes de apoyo social, de manera tal que se logre reducir costos en la atención y se establezcan medidas preventivas para reducir y mitigar el riesgo y las inequidades existentes.

El aseguramiento en las zonas marginales, según el estudio de Profamilia¹⁷, fue del 62% de las mu-

¹⁷ Profamilia: *Salud sexual y reproductiva en zonas marginadas. Situación de las mujeres desplazadas*. Bogotá. 2001.

TIPO DE RÉGIMEN	GÉNERO	RURAL	%	URBANO	%	TOTAL	%
Contributivo 0,63%	Femenino	61.165	0.48	8'183.866	0.53	8'245.031	0,53
	Masculino	67.479	0.52	7'234.477	0.47	7'301.956	0,47
	Total	128.644	0.99	15'418.343	1.00	15'546.987	1,00
	%	0,008		0,991	1.00	1,00	
Subsidiado 0,37%	Femenino	1'921.018	0.49	2'800.930	0.52	4'721.948	0,51
	Masculino	1'980.697	0.50	2'525.947	0.47	4'506.644	0,49
	Total	3'901.715	0.99	5'326.877	0.99	9.'228.592	1,00
	%	0,42		0,57		0,99	

eres entrevistadas. Las mujeres sin educación, las de las regiones Pacífica y Atlántica, así como las desplazadas por el conflicto armado, presentan los menores niveles de aseguramiento. En su mayoría, las afiliadas a la seguridad social pertenecen al régimen subsidiado, 31%, y un 9% al contributivo. Las mujeres desplazadas son la que en mayor proporción no están afiliadas, 58%, y las receptoras tienen la mayor afiliación, 82%.

MORTALIDAD Y MORBILIDAD DURANTE LA GESTACIÓN Y LA LACTANCIA

Las causas de la mortalidad y la morbilidad materna, perinatal e infantil, en su conjunto, se asocian, en parte, a factores de riesgo biológicos, culturales, ambientales y sociales; al estilo de vida; los ingresos; el nivel educativo, y el acceso a los servicios de salud, entre otros, que condicionan el estado de salud y nutrición de la mujer y su grupo familiar y la hacen más o menos vulnerable a los riesgos relacionados con la maternidad y la lactancia.

Una maternidad saludable y una lactancia exitosa dependen, en parte, de la información y la educación que reciba la madre, su pareja y el grupo familiar, sobre los diferentes aspectos que los afectan. También dependen de las condiciones biológicas, de los comportamientos y conductas que se adoptan frente a la salud, de los patrones culturales, la forma de alimentación, los hábitos higiénicos diarios, las prácticas deportivas, el ejercicio físico, la manera como se maneje el ambiente familiar, laboral y escolar, las prácticas sexuales, el consumo o no de sustancias perjudiciales a la salud.

Muchas de las causas de mortalidad y morbilidad durante la gestación y la lactancia son evitables, si el Estado y la sociedad civil aúnan esfuerzos. Esto lo pueden hacer a través de las instituciones públicas y privadas representadas en los diferentes actores: las EPS, ARS, IPS, las instituciones de protección social, la academia, las sociedades científicas y gremiales, los equipos de salud del POS y del PAB, los grupos de apoyo a la lactancia materna, las familias y la comunidad en general. Actuando a través de redes de apoyo en torno a promover y mantener la salud de las gestantes, de las madres en lactancia y del lactante y el niño pequeño, se puede contribuir de manera significativa en la prevención, mitigación y superación de los riesgos de enfermar y morir por causas evitables.

La estructura de la morbilidad y la mortalidad en las gestantes por causas directas e indirectas requiere, para su reducción, de la identificación, el control y la intervención de otros factores de riesgo asociados al comportamiento y a los estilos de vida de las mujeres y de sus cónyuges, como hábitos alimentarios, consumo de medicamentos, tabaco, alcohol y otros psicoactivos y las prácticas sexuales de riesgo.

La situación de las gestantes y las madres en lactancia de grupos especiales, como los étnicos y las desplazadas por el conflicto armado, requiere de reconocimiento e intervención especial por su mayor vulnerabilidad.

En la actualidad, no se dispone de información que permita dimensionar la magnitud de la situación de las gestantes y las madres en lactancia de los grupos étnicos; no obstante, el análisis de los planes de atención básica territoriales demuestra que existe un aumento significativo del riesgo de morbilidad y mortalidad materna y perinatal e infantil, enfermedades de transmisión sexual y prevalencia de cáncer de cuello uterino en edades menores que las del resto del país, asociados a patrones y creencias propias de cada cultura que dificultan el acceso oportuno a los servicios de salud.

De igual forma, no se dispone de un diagnóstico que evidencie las condiciones de salud sexual y reproductiva de la población masculina y su incidencia en la morbilidad y mortalidad de la gestante y el recién nacido.

El país ha desarrollado políticas, planes nacionales, normas técnicas y guías de atención, modelos de atención, estrategias de información, educación y comunicación, tendientes a reducir los factores de riesgo relacionados con la gestación y la lactancia; a mejorar las condiciones de salud de las gestantes y las madres en lactancia, y a reducir la morbilidad y mortalidad maternas; sin embargo, no han sido suficientes y es necesario fortalecer las acciones de protección y promover las redes de apoyo social.

Morbilidad durante la gestación

El parto normal y las complicaciones relacionadas con la gestación se constituyen en la primera y segunda causas de los egresos hospitalarios en el país, con un 22.1% y 11.5%, respectivamente y se ubican entre las primeras 10 causas de morbilidad¹⁸.

Llama la atención que entre las primeras causas de morbilidad entre los 5 y 14 años, se encuentren en tercer lugar las causas perinatales, con un 4.1%; el grupo 11, que comprende el parto normal, asistencia embarazo, trabajo de parto y embarazo múltiple, con un 0.7%, se constituye en la sexta causa, y las complicaciones del embarazo, en séptimo lugar, con un 0.6%, lo que lleva a una gran preocupación sobre la problemática del embarazo a edades muy tempranas¹⁹. Esto obliga a tomar medidas especiales para alcanzar las metas propuestas en la política de salud sexual y reproductiva, para reducir el porcentaje de gestaciones entre las adolescentes y desarrollar estrategias para abordar la maternidad y la paternidad temprana.

El Modelo Biopsicosocial, propuesto por el doctor Julián Herrera y el equipo de investigadores de la Universidad del Valle, avalado por el Ministerio de Salud, hoy de la Protección Social, fue aplicado en el occidente colombiano en una primera etapa y, posteriormente, en otros departamentos del país y algunas EPS, con un importante impacto sobre la morbilidad y la mortalidad materna. Luego, el modelo se adopta mediante la Resolución 412 de 2000, por la cual se establece el cumplimiento obligatorio de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de las enfermedades de interés en salud pública.

La intervención biopsicosocial permite la detección e intervención preventiva de las principales complicaciones de la gestación, que inciden en la mortalidad materna y perinatal. Este modelo de atención a la gestante, además de aumentar la posibilidad de identificar a las madres que tienen mayor riesgo de complicarse, utiliza pruebas específicas de tamizaje clínico para diagnóstico precoz de las enfermedades trazadoras de morbilidad y mortalidad materna y perinatal; interviene oportunamente, tanto el riesgo biológico como el psicológico y social, y reconoce la importancia de la atención nutricional de la gestante como un componente esencial en el cuidado prenatal.

El parto prematuro, el bajo peso al nacer y el retardo en el crecimiento intrauterino continúan siendo factores determinantes de la supervivencia del recién nacido, ya que contribuyen al 70% de las muertes perinatales que no son causadas por malformaciones congénitas severas. El bajo peso al nacer ocurre en 7% de las gestaciones en el país e igualmente es determinante de la mortalidad neonatal e infantil.

Se han descrito diferentes factores de riesgo relacionados con una mayor incidencia de parto prematuro que se pueden agrupar y que es necesario identificar en el control prenatal²⁰:

- **Factores maternos:** bajo nivel socioeconómico, edad menor de 15 años, peso pregrávidico menor de 40 kilos, analfabetismo, hábito de fumar, farmacodependencia, anomalías útero-cervicales, infección cérvicovaginal, infección urinaria, infección TORCH, enfermedades que producen hipoxia (cardiopatías, asma, enfermedades hematológicas, diabetes, anemias, hipertensión arterial crónica), antecedentes de abortos o partos prematuros, exceso de actividad sexual, promiscuidad e infecciones urinarias.
- **Factores fetales:** gestaciones múltiples, malformaciones congénitas, retardo en el crecimiento intrauterino, pérdida fetal.
- **Factores de líquido amniótico:** polidramnios, oligoamnios.
- **Factores placentarios:** de implantación, como placenta previa y abrupcio de placenta; morfológicos, como placenta circunvalada, hemangiomas, inserción marginal del cordón umbilical, y tumores funcionales, como hipertensión arterial e infartos.

Cuando existen varios factores de riesgo simultáneos para parto prematuro o ruptura prematura de membranas, la probabilidad de presentar estas patologías aumenta de manera significativa, en especial cuando existe infección materna. Estudios epidemiológicos realizados en el país, mostraron una prevalencia de infección urinaria en 17.5% de las gestantes que tuvieron recién nacidos con bajo peso. De igual manera, demostraron la existencia de bacteriuria asintomática en el 10% de las gestantes que por no recibir un tratamiento oportuno, desarrollaron pielonefritis aguda.

¹⁸ Formato SIS –110 Egresos Hospitalarios, Sector Oficial y Mixto. 1997.

¹⁹ *Ibíd.*

²⁰ Julián Herrera y otros. *Modelo biopsicosocial para la reducción de la MM.* Minsalud - Univalle, Pág. 61.

La atención del nacimiento por cesárea se ha incrementado de manera significativa, según la ENDS/95; la proporción de nacimientos por método quirúrgico fue del 17%, en tanto que para el año 2000, revela la misma encuesta, fue del 23.6%. Este procedimiento es más frecuente en la zona urbana que en la rural (28.7% y 12.5%, respectivamente); en las mujeres con mayor nivel educativo (51.4%) que en las sin educación (7.5%), y en las de 35 años y más (32.8%) que en las de 20 años (17.9%).

Hipertensión inducida por la gestación

Llamada antes “toxemia”, la hipertensión inducida por la gestación abarca la preeclampsia (hipertensión con proteinuria, edema o ambos en una mujer previamente normotensa) y la eclampsia (aparición de convulsiones tipo gran mal en la preeclampsia).

Las investigaciones realizadas²¹ demuestran que la hipertensión arterial inducida por el embarazo, la preeclampsia y el parto prematuro son más frecuentes en mujeres sometidas a estrés psicosocial, en las que tienen carencias afectivas, en las víctimas de violencia, abuso o abandono y en los embarazos no deseados. Las más vulnerables son las primigestantes, las adolescentes o aquellas con antecedentes familiares de preeclampsia.

En Colombia, la preeclampsia ha sido durante más de dos décadas la principal causa de mortalidad materna y perinatal, parto prematuro y retardo en el crecimiento intrauterino. Se presenta con mayor frecuencia en pacientes primigrávidas, gestantes diabéticas, gestaciones múltiples, pacientes de bajo nivel socioeconómico; se han identificado factores inmunogenéticos, bioquímicos y nutricionales asociados epidemiológicamente en su presentación.

Las causas de la hipertensión inducida por la gestación son desconocidas, pero en ellas se encuentran implicados muchos factores nutricionales como la obesidad materna, la elevada ingesta de sodio y la ingesta insuficiente de vitamina B6, zinc, calcio, magnesio y proteínas.

La obesidad materna coloca a la mujer en una situación de mayor riesgo de hipertensión inducida por la gestación, pero la ingesta de sal no está relacionada con el desarrollo de este trastorno. La restricción de sal, el uso de diuréticos y la limitación de la ganancia de peso han dejado de ser recomen-

dados como medidas profilácticas debido a su ineficiencia.

Se ha postulado que al aumentar los niveles séricos de calcio se disminuyen las concentraciones de paratohormona y se reduce la reabsorción renal de calcio, lo que disminuiría las concentraciones intracelulares iónicas de calcio, relajando las fibras musculares de los vasos sanguíneos. (J.Herrera)

La toxemia y los partos prematuros se relacionan entre otras causas con disfunción del metabolismo de carbohidratos.

Aborto

A pesar del descenso en la tasa global de fecundidad que ha logrado el país, del total de gestaciones esperadas en Colombia, el 23% de los nacimientos fueron no-deseados y el 29% fueron deseados pero para más tarde. Menos de la mitad, un 48% de las gestaciones en el año 2000 y de las ocurridas en los últimos años, fueron deseadas al momento de quedar en embarazo. Las gestaciones no deseadas se constituyen, de manera importante, en una de las causas de que muchas de las gestaciones terminen en aborto²².

El aborto y sus complicaciones merecen especial atención por su alta incidencia y mortalidad materna, condicionada en parte por la falta de acceso a los servicios o a servicios de alta calidad, o a las condiciones de pobreza e indigencia en que vive la población, sumado al no-uso de anticonceptivos o a fallas en los métodos anticonceptivos e, incluso, a la situación de violencia generalizada en todo el territorio nacional.

Para 1997, las complicaciones del aborto ocuparon el tercer lugar con el 17% en la estructura de la mortalidad materna en el país²³, situación que evidencia la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos en las poblaciones de riesgo.

Desde hace varias décadas, se han tratado de medir la magnitud y las consecuencias humanas, sociales, en salud y costos hospitalarios de la atención

²¹ Ídem. J. Herrera

²² ENDS/2000. Profamilia.

²³ DANE Registro de defunciones 1996. Ministerio de Salud Programa Desarrollo Humano.

del aborto complicado en el país. A pesar de estos esfuerzos, los investigadores coinciden en que la carencia de cifras, dificulta el conocimiento de su verdadera magnitud.

La cifra de egresos hospitalarios por aborto en el país, entre 1990 y 1995, estuvo alrededor de 80.000 anuales, situación que ratifica los hallazgos del estudio realizado por el Instituto Alan Guttmacher, en 1989, donde se observa que sólo 1 de 4 abortos ocurridos llega a las instituciones de salud.

Dado que el aborto en Colombia es ilegal, muchas mujeres interrumpen los embarazos con procedimientos realizados en condiciones sépticas, que ponen en alto riesgo su vida y sus condiciones de salud. La situación de ilegalidad del aborto en Colombia, unida con frecuencia a las técnicas arcaicas y condiciones antihigiénicas en que se realizan, hacen que esta práctica sea de muy alto riesgo y que, a pesar del subregistro, se ubique como causa de muerte materna en el país.

Diabetes gestacional

La gestación normal produce varios cambios homeostáticos en la mujer. En ayunas, la mujer gestante es hipoglicémica, hipoaminoacidémica (alanina), hipoinsulinémica, hiperlipidémica e hipercetonémica. Desde el principio de la gestación, el ayuno incide en una severa disminución de la glucosa materna circulante, del orden de 15 a 20 mg., en relación con la mujer no gestante²⁴.

Este fenómeno es más acentuado en el segundo y tercer trimestres de la gestación, donde la hipoglicemia puede ser muy manifiesta durante el sueño, si el ayuno se prolonga. Los niveles de insulina, por tanto, disminuyen y dan lugar a que haya aumento en los de grasa y proteína. Después de un ayuno de 12 horas, los niveles de ácido acetoacético y β -hidroxibutírico aumentan hasta cuatro veces²⁵.

La causa de los anteriores cambios es precipitada porque el feto toma la glucosa y los aminoácidos maternos en grandes cantidades: esta situación aumenta a medida que avanza la gestación. El feto a término requiere glucosa del orden de 20 mg/min, que corresponde al doble de los adultos, que la obtiene por un mecanismo de difusión facilitada, porque los niveles de glucosa fetales se mantienen en 20 mg. por debajo de los maternos.

La insulina materna no atraviesa la membrana placentaria. El feto sintetiza su propia insulina desde la décima semana de vida intrauterina. La insulina fetal, además de su acción metabólica energética, actúa como hormona del crecimiento para el feto.

La complicación fetal más frecuente de la diabetes gestacional es la macrosomía fetal (18.5-41%); siguen en orden de importancia, la hipoglicemia fetal (8-22%), la hiperbilirrubinemia (19-35%) y la policitemia. La morbilidad fetal está relacionada directamente con la hiperglicemia materna, que lo afecta aun cuando el trastorno sea mínimo, facilitando el retardo en el crecimiento intrauterino, los traumatismos obstétricos, el síndrome de distrés respiratorio, las malformaciones congénitas, la hipocalcemia y el sufrimiento fetal intraparto²⁶.

Las malformaciones congénitas, por otra parte, son la principal causa de mortalidad fetal, relacionada con el hijo de la madre diabética. La hiperglicemia materna ha sido invocada como la causante de las malformaciones congénitas, cuando actúa antes de las semanas 7 a 9 de gestación.

Infecciones y enfermedades parasitarias

Las enfermedades infecciosas en la gestantes, especialmente las de transmisión sexual, son condicionantes de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Cada vez hay mayor evidencia de que la infección cérvicovaginal genera factores que predisponen la ruptura prematura de membranas, el parto prematuro y la infección perinatal.

Uno de los problemas prevalentes, asociado con el parto prematuro, retardo en el crecimiento intrauterino, infecciones neonatales y bajo peso al nacer, es la infección urinaria y la bacteriuria asintomática. La prueba de laboratorio de tamizaje que se utiliza en el control prenatal para identificar este problema, es el parcial de orina; sin embargo, por malas técnicas de toma de muestra y contaminación vaginal, los resultados a veces confunden y pueden llevar a tratar una infección urinaria que no existe, o, por el contrario, por la ausencia de síntomas clínicos se deja de

²⁴ Julián Herrera y otros. Minsalud - Univalle. *Aplicación de un modelo biopsicosocial para la reducción de la MMP en Colombia*.

²⁵ Ídem. Pág. 69.

²⁶ Ídem. Pág. 70.

tratar una bacteriuria que puede conducir a una pielonefritis e incidir en el resultado perinatal²⁷.

Las infecciones y enfermedades parasitarias, generalmente, son diagnosticadas en las gestantes. Estas afecciones potencian los problemas nutricionales y la presencia de malformaciones congénitas por iatrogenia, si no se administra oportunamente el tratamiento y se toman todas las precauciones del caso.

El parasitismo afecta a las mujeres en edad fértil. De particular importancia son los parásitos pertenecientes a la familia de los geohelminths, que se caracterizan por llevar parte de su vida fuera del huésped humano. Los efectos de la infección con helmintos son múltiples y, normalmente, se dan solo en huéspedes con cargas altas. Entre los principales efectos se incluyen los provocados por el movimiento físico de las larvas, que causan daños al tejido y ocasionan pérdida de sangre y efectos colaterales a la respuesta inmunológica, como inflamación, anorexia y secuestro de nutrientes.

El efecto en el estado nutricional se relaciona con malnutrición proteico energética y retraso en el crecimiento. El geohelminto compite con el huésped por el alimento ingerido, la respuesta inmunológica causa anorexia y, en consecuencia, una disminución de la ingesta. La pérdida de sangre, debida a parasitosis, es considerada como una causa importante asociada a la anemia por deficiencia de hierro.

La relación entre la anemia y el parasitismo es de particular importancia. La deficiencia de hierro expresada como anemia ferropénica, obedece a dos causas: la baja disponibilidad biológica del hierro en la dieta y la pérdida crónica de sangre asociada con alta prevalencia de parasitismo intestinal.

Infecciones de Transmisión Sexual, VIH/SIDA

La estructura de la morbilidad y mortalidad en las gestantes por causas directas e indirectas requiere, para su reducción y control, de la identificación e intervención de los factores de riesgo asociados al comportamiento y estilos de vida de ellas y de sus cónyuges, que incluyen hábitos alimentarios, consumo de medicamentos, tabaco, alcohol y otros psicoactivos y las prácticas sexuales de riesgo.

Para cumplir la meta de eliminación del tétanos neonatal, se incluyó dentro del esquema único

de vacunación y en las normas técnicas que reglamentan el Plan Obligatorio de Salud -POS-, la obligatoriedad de aplicar dos dosis de toxoide tetánico y diftérico a todas las gestantes del país. Esta medida permitió alcanzar para el año 2.000 una cobertura nacional del 87,7% de vacunación contra el tétanos a gestantes²⁸.

El análisis del comportamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en la población masculina revela una incidencia del 28% de chlamydia tracomatis y una prevalencia del 28,7% de herpes genital, en hombres con uretritis. Esta situación incide en el estado de salud de las gestantes y de los recién nacidos. En la actualidad, la prevalencia de sífilis en gestantes es del 7,7% que representa aproximadamente 91.000 gestantes en el país²⁹.

Según un estudio centinela realizado a nivel nacional, la incidencia de VIH en gestantes que asisten a control prenatal en Colombia es del 0,2%³⁰. El mismo estudio demuestra que por cada caso reportado de VIH/SIDA, puede haber 10 sin reporte o simplemente sin diagnóstico. En conclusión, alrededor de 2.300 gestantes tienen diagnóstico confirmado de portadoras de VIH y existen 23.000 gestantes con VIH pero sin identificar. Esta grave situación requiere de reconocimiento e intervención especial para mejorar las condiciones de salud materna, prevenir la transmisión vertical y reducir la incidencia del SIDA perinatal.

La Declaración Política sobre VIH y Nutrición Infantil de 1997 enfatiza en la necesidad de proteger, respetar y reafirmar los derechos humanos³¹.

■ La prevención de la infección por VIH a través de la lactancia materna debe ser muy cuidadosa para evitar el efecto de dispersión, mediante el cual se teme ser infectado por VIH, lo que debilita no solo el compromiso por la lactancia materna en mujeres no infectadas sino

²⁷ Ídem.

²⁸ Ibíd.

²⁹ Minsalud – INS.

³⁰ Quinto Estudio Centinela sobre infecciones por VIH/SIDA INS 1999-2000.

³¹ VIH/ Alimentación Infantil. WHO/FRH/NUT/CHD/98. 1-2-3. UNAIDS/98.3-4-5. UNICEF/PD/NUT/98 1-2-3. OMS - ONISIDA. 1998. Traducción Fernando Vallone, María Inés Copertari y Raúl Mercer. Fundación LACMAT. Buenos Aires, Argentina.

las acciones que promueven esta práctica de alimentación infantil, como la mejor opción para el lactante y el niño pequeño.

- La prevención de la transmisión por VIH, incluyendo la que se transmite por la lactancia materna, debe ser parte de un abordaje integral tanto para la prevención y tratamiento del VIH como para el cuidado y apoyo prenatal, perinatal y postnatal. La política se debe definir teniendo en cuenta los mejores intereses sobre la madre y el niño como binomio. De allí que la acción se oriente a:
 - ◆ Prevenir la infección por VIH en las mujeres en edad fértil, para evitar la transmisión vertical.
 - ◆ Desarrollar y promover servicios de consejería y de detección del virus en forma voluntaria y confidencial, los cuales están sometidos al consentimiento informado y protección de la confidencialidad.
 - ◆ Promover los servicios de cuidados prenatales y fomentar un aumento de la atención, de manera que pueda proveer información sobre la prevención de la infección por VIH, consejería y pruebas de VIH, ofrecer intervenciones para reducir la TMH y referir a las mujeres VIH positivas para consejería en alimentación infantil, cuidados de seguimiento y apoyo social, si es necesario.
 - ◆ Definir intervenciones para prevenir la Transmisión Madre – Hijo (TMH) en mujeres infectadas lleva a terapia antiretroviral (ARV) y a modificaciones en los cuidados obstétricos, restringiendo procedimientos invasivos para reducir la exposición del lactante a la sangre infectada y evitar la lactancia materna. En estos casos, se debe aconsejar a la madre acerca de las opciones de alimentación infantil y apoyar sus decisiones; las madres necesitan métodos alternativos de alimentación, si es que deciden no amamantar.
 - ◆ Fortalecer los servicios de planificación familiar y proteger, promover y apoyar la lactancia materna, como la mejor opción de alimentación infantil para mujeres no infectadas y para las que no conocen su condición por VIH.

Finalmente, las recomendaciones de las agencias internacionales y de los expertos, son prevenir las presiones comerciales para optar por la alimentación artificial. La familia tiene derecho a la información veraz, completa y oportuna sobre cómo alimentar al lactante y al niño pequeño y a ser protegida contra la presión que se ejerce sobre el uso indiscriminado de sucedáneos de la leche materna, chupos y biberones. De allí que se deba ser vigilante frente al cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la leche materna y las normas nacionales que protegen la lactancia natural, y se deban tomar medidas para garantizar los derechos de las mujeres a la información y a la libre opción.

Discapacidades causadas por la gestación y el parto

En el boletín normativo de Measure Communication, Lori Ashford, en noviembre de 2002³², advierte sobre las complicaciones del embarazo y el parto, que se constituyen en las principales causas de muerte y discapacidad en las mujeres en edad reproductiva, y plantea que por cada muerte materna que se registra existen por lo menos 30 casos de mujeres que sufren afecciones graves o lesiones debilitantes y, en muchos casos, sus consecuencias pueden ser de tipo físico pero también social. Plantea el autor que estas afecciones o lesiones pueden ser agudas y afectar a la mujer después del nacimiento, o pueden ser crónicas y durar por meses, años o toda la vida.

Las discapacidades pueden estar relacionadas con la gestación (anemia, malaria, cardiopatías, hepatitis, Tuberculosis –TBC–, infecciones de transmisión sexual, aborto en condiciones de riesgo) o agravadas por esta. En el mundo se calcula que anualmente se «realizan 18 millones de abortos en estas condiciones, en los países en desarrollo, una de cada 10 gestaciones o cada 7 nacimientos vivos», incrementado el riesgo de discapacidad de la mujer.

Ashford establece varios tipos de discapacidades. Aquí solo se hace referencia a las consecuencias de las hemorragias intensas, porque inciden en mayor medida no solo en la situación de salud sino de nutrición de la madre, afectando de manera indirecta la salud del bebé, aunque plantea otras relacionadas con las consecuencias de las infecciones, los partos prolonga-

³² Lori Ashford. *Sufrimiento Oculto*. Population Reference Bureau, Measure Communication, en noviembre de 2002.

dos u obstruidos, la hipertensión provocada por el embarazo y los impactos que este problema oculto tiene para el hijo o hija, las familias y la sociedad.

Se plantea que casi 13 millones de mujeres en el mundo por año sufren hemorragias posparto, que en muchas ocasiones las lleva a la muerte; sin embargo, aquellas que logran sobrevivir y no tienen un tratamiento adecuado y oportuno, presentan anemia aguda, en algunos pocos casos desequilibrios hormonales permanentes, provocados por la insuficiencia de las glándulas pituitaria o suprarrenales. La insuficiencia pituitaria puede repercutir en problemas con la posibilidad de amamantar, la pérdida de la menstruación, debilidad crónica, envejecimiento prematuro o estados de confusión y apatía que afectan la lactancia.

La anemia, definida como baja concentración de hierro en la sangre, merece especial atención debido a su frecuencia, pues casi el 50% de las gestantes la presentan y se constituye en causa indirecta de muerte y complicaciones durante la gestación, como la hemorragia aguda. La principal causa de anemia es la deficiencia de hierro en la alimentación. Aunque no es la única causa, existen otras enfermedades relacionadas como el parasitismo, la malaria, la deficiencia de ácido fólico y el VIH/SIDA. Las mujeres que presentan este problema aumentan el riesgo de discapacidad y muerte en la siguiente gestación.

La anemia moderada o grave produce en las mujeres fatiga, desaliento, baja productividad y calidad de vida. La OMS calcula que «para el año 2000, la anemia relacionada con la maternidad, en los países en desarrollo, puede generar una pérdida de productividad de las mujeres que supera los 5.000 millones de dólares.

Mortalidad materna

La problemática de la mortalidad materna y la mortalidad perinatal e infantil, se asocia, en su conjunto, con los factores condicionantes de la salud, como son los biológicos, culturales, socioeconómicos, el acceso a los servicios, entre otros, que afectan el estado de salud y nutrición de las gestantes y las madres en lactancia y de los lactantes y niños pequeños.

Se afirma que muchas de estas causas son evitables si el Estado, la familia y la sociedad civil aúnan esfuerzos. Esto se puede hacer a través de las institu-

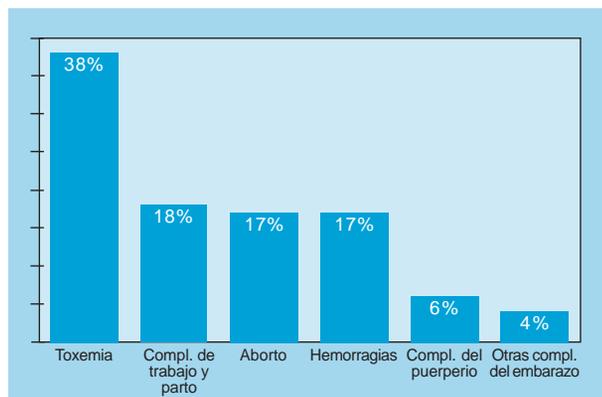
ciones públicas y privadas, representadas en los diferentes actores como las EPS/ARS, las IPS, las ONG, las instituciones de protección social, la academia, las sociedades científicas. Los equipos de salud, educación y los grupos de apoyo de la comunidad, también deben realizar intervenciones efectivas a través de la constitución de redes sociales de apoyo en torno a la salud, nutrición y bienestar de las gestantes y madres en lactancia, que lleven a la prevención, reducción y mitigación del riesgo de enfermar y morir por estas causas.

La tasa de mortalidad materna en Colombia ha tenido una evolución significativa, pasando de 119.8 a 110 en el noventa, a 78.2 en 1994, con una reducción de 35% en 8 años, para el año 1999 se estimó en 67.7×100.000 n.v.³³. Sin embargo, a pesar de los incrementos que el país ha tenido en las coberturas de control prenatal, atención del parto y posparto, persisten diferencias significativas entre regiones y grupos socioeconómicos y muchas de ellas se relacionan con problemas del acceso a los servicios. La costa Pacífica, por ejemplo, mantiene tasas de mortalidad materna mayores que las del promedio nacional.

La medición de la mortalidad materna en Colombia enfrenta, desde hace mucho tiempo, problemas de subregistro, el cual se calculaba a mediados de la década de los noventa en un 50%, además de deficiencias en la codificación y análisis de la misma. Sin embargo, a partir del Plan Nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal se implementa la notificación obligatoria a través del Sistema Alerta Acción y se realiza un trabajo con el DANE y el DNP sobre estadísticas vitales para mejorar el registro de las muertes materna y perinatal. Para 1997, se recupera la obligatoriedad del registro de la muerte fetal tardía que se había abolido años antes.

Posteriormente, este trabajo se integra al sistema de vigilancia en salud pública, hoy vigente -SIVI-GILA-, mejorando el registro, aunque aún se sigue presentando subregistro. Además, se espera impactar en esta mortalidad en la medida que las instituciones apliquen la Resolución 412, de febrero 25 de 2000. Mediante esta resolución se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento, y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana, además de la atención de enfermedades de interés en salud pública.

³³ DANE. Estadísticas vitales. 1999.



Al analizar el comportamiento de estructura de la mortalidad materna por causas, en el año 1996, las complicaciones hipertensivas de la gestación ocupan el primer lugar con un 38%, seguidas de las complicaciones del parto con un 18%, el aborto y las hemorragias con un 17% cada una, las complicaciones del puerperio con un 6% y las otras complicaciones del embarazo con un 4%³⁴.

El análisis del comportamiento de la mortalidad materna por grupos de edad, demuestra que empieza a aparecer a partir de los 10 años, cuando apenas se inicia la adolescencia. El pico de mayor incidencia se observa en los grupos de 30 a 40 años, cifra que coincide con el hecho de que en estas edades hay una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y multiparidad. Este grupo registra una menor cobertura de atención prenatal y del parto por personal capacitado.

El país siempre ha hecho esfuerzos para reducir las causas evitables de la mortalidad materna y perinatal, pero se tuvo mayor conciencia de su evitabilidad a partir de la década de los noventa. Para mejorar las condiciones de salud de las mujeres, se formularon políticas públicas y planes nacionales como: salud, mujer y desarrollo; política de salud para las mujeres; mujeres para la salud; plan nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal; plan nacional de apoyo a la lactancia materna. Pero no fue suficiente y era necesario trabajar en el contexto de los derechos humanos con perspectiva de género, es así como las acciones se orientan a la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, promoción de una alimentación sana, suficiente y adecuada; además, se da la reforma del Sistema Nacional de Salud y, a través de la Ley 100/93, que crea el Sistema General de Seguridad Social Integral, que da prioridad a la atención materno infantil y a las afecciones relacionadas con la lactancia.

En esta nueva década se viene reforzando con la reciente Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2003; el plan nacional de alimentación y nutrición 1996 - 2005; el plan decenal para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna 1998 - 2008, entre otros; sumados a la aplicación de las acciones definidas en el modelo biopsicosocial para la reducción de la mortalidad materna que el país ha trabajado desde hace varios años para mejorar la identificación, manejo y referencia de los casos en las instancias correspondientes, acciones que están incluidas en el POS y son de obligatorio cumplimiento por todas las instituciones de salud.

Estas políticas y planes recogen los compromisos internacionales que ha ratificado el Estado colombiano en diferentes instancias internacionales y que propenden por mejorar las condiciones de vida de la población colombiana, especialmente la más pobre y vulnerable, como son las gestantes, madres en lactancia y menores de 2 años. Sin embargo, falta mucho por hacer para que los derechos sexuales y reproductivos y a una alimentación sana, suficiente y adecuada sea hagan efectivos para las mujeres, las familias y la niñez colombiana. Las acciones del Estado se minimizan frente a este gran reto que cada día se torna más difícil por la crisis que atraviesa el país.

Mortalidad infantil

En Colombia, la tasa de mortalidad infantil es uno de los indicadores de salud que ha logrado mayor descenso y transformación en su estructura durante los últimos años, pasando de 123,2 defunciones de menores de un año por mil nacidos vivos en 1950, a 37 en 1990, 28.1 en el año 2000 y 25.6 en el 2002 por mil nacidos vivos³⁵. Según la ENDS/2000, la tasa de mortalidad infantil para el quinquenio 1995 - 2000 se calculó en 21.4 x 1000 n.v., siendo la tasa de mortalidad neonatal de 15 y la postneonatal de 7 x 1000 n.v, siendo mayor en la zona rural. La tasa de mortalidad perinatal, según la encuesta, es de 24 defunciones por mil embarazos de 7o más meses de duración.

«En todas las regiones la tasa de Mortalidad Infantil descendió en la segunda parte de la década de los noventa, excepto en la oriental. La mayor dis-

³⁴ DANE. Registro de defunciones. 1996.

³⁵ Situación de Salud en Colombia. Indicadores Básicos 2002. Ministerio de Salud, INS, OPS/OMS

minución fue en la Pacífica al pasar de 39 a 29 x mil nacimientos. Las regiones con menor mortalidad infantil son Bogotá con una tasa del 17 y la Región Central con 20 x 1000 n.v.»³⁶

Por nivel educativo de la madre, la Mortalidad Infantil aumenta 3 veces más en las mujeres sin educación que en las que tienen un nivel superior. De igual manera, cuando la madre ha tenido acceso a los servicios de salud durante la gestación, el parto y el posparto, la tasa se reduce a 15 y se triplica en las que no han tenido cuidados profesionales. Otro factor que incrementa la MI es la edad: en las mujeres mayores de 40 es el doble que en las de 20 a 29 y en las menores de 20. Cuando el intervalo entre un hijo y otro es menor a 2 años y cuando es el cuarto o quinto hijo el riesgo de morir es mayor³⁷.

En la Encuesta sobre la Situación de Salud de las Mujeres Desplazadas, realizada por Profamilia con el apoyo financiero de USAID, a finales del año 2000, se evidencia que del total de las gestantes desplazadas, el 47% no ha acudido a consultas de control prenatal. Esta cifra se relaciona directamente con el hecho de que la cuarta parte de este grupo sufrió una pérdida fetal o el nacimiento de un hijo muerto³⁸.

Son varios los factores que inciden en la reducción de la tasa de mortalidad infantil que, en parte, se relacionan con el mejoramiento de las condiciones de vida de la población y el desarrollo de la infraestructura de saneamiento básico, mayores coberturas de las redes de alcantarillado y agua potable, mayor nivel educativo de la mujer y el acceso de los servicios básicos de salud. Especialmente en lo que respecta a la atención primaria, mayores coberturas de aseguramiento, que inclusive con el incre-

mento de los índices de pobreza, se han podido acceder al mejoramiento de las condiciones generales de vida de la población y a reducir las diferencias de género, en muchos casos.

Pero a pesar de los avances logrados en la reducción de la mortalidad infantil promedio, persisten grandes diferencias por regiones en todo el territorio nacional. En departamentos desarrollados la mortalidad infantil es de 20 por 1000, mientras que otros registran cifras hasta 100 muertos por 1000 n.v. Estas diferencias territoriales internas son manifestación y consecuencia al tiempo, de las inequidades regionales y sociales que caracterizan al país.

La disminución de la mortalidad infantil continúa asociándose a una mayor cobertura de mujeres a través de los programas de atención prenatal. Se ha comprobado que estas madres aprenden a consultar más tempranamente los servicios de atención infantil, pero el ideal es que todas estén informadas de la importancia de acudir en el primer trimestre de la gestación, para reducir los riesgos de las complicaciones por consulta tardía. Es fundamental focalizar los esfuerzos en las poblaciones más vulnerables y mejorar las condiciones de salud y educación de las mujeres y la cobertura de los servicios de salud para la mujer y la infancia.

A continuación, se relacionan algunos de los indicadores básicos de la situación de salud en Co-

³⁶ Profamilia. ENDS/2000. Resumen.

³⁷ Ídem. Pág. 16

³⁸ Profamilia: *Salud sexual y reproductiva en zonas marginadas Situación de las mujeres desplazadas*. 2001.

³⁹ Situación de Salud en Colombia. Indicadores Básicos 2002. Minsalud, INS. OPS/OMS.

Estructura de causas de la mortalidad infantil³⁹

PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN COLOMBIA 1999 (TASA POR 100.000 HB)						
MORTALIDAD DE MENORES DE 1 AÑO EN HOMBRES Y MUJERES	MUERTES		TASA		PORCENTAJE	
	H	M	H	M	H	M
Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	2770	2013	519.6	392.3	33.5	31.7
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	1158	964	217.2	187.9	14	15.2
Otras afecciones originadas en el período perinatal	678	504	127.2	98.2	8.2	7.9
Infecciones respiratorias agudas	604	491	113.3	95.7	7.3	7.7
Fetos y recién nacidos afectados por complicaciones obstétricas y traumatismos del nacimiento	532	380	99.8	74.1	6.4	6.0

Fte 1ria. DANE: Estadísticas vitales, registro de nacimientos y defunciones, 1999.

lombia, por departamento y total nacional, como son: las complicaciones del embarazo, parto y puerperio; las afecciones del período perinatal, y la mortalidad infantil. Los dos primeros se estiman por tasas por cien mil y la última por mil nacimientos*:

DEPARTAMENTO	MORTALIDAD POR CAUSAS X 100.000 N.V - 1999				INDICADORES DEMOGRÁFICOS 2002		
	Complicaciones del embarazo, parto puerperio		Afecciones del período perinatal		Tasa de Mortalidad Infantil x 1000 n.v		
	Muertes	Tasa	Muertes	Tasa	Hombres	Mujeres	Sobremortalidad masculina
Amazonas	2	2.9	23	33.5	48.60	38.09	1.28
Antioquia	73	1.4	984	18.6	24.77	18.18	1.36
Arauca	1	0.4	38	16.4	61.19	48.29	1.27
Atlántico	31	1.5	523	25.1	25.68	19.24	1.33
Bogotá	109	1.7	1.303	20.8	31.05	22.54	1.38
Bolívar	38	1.9	574	29.4	49.88	38.43	1.30
Boyacá	20	1.5	232	17.1	38.70	29.19	1.33
Caldas	12	1.1	161	14.7	27.86	21.01	1.33
Caquetá	14	3.4	133	32.4	70.92	56.58	1.25
Casanare	6	2.2	68	24.5	43.53	33.92	1.28
Cauca	34	2.8	276	22.4	64.18	50.65	1.27
Cesar	10	1.1	167	17.7	49.86	39.32	1.27
Chocó	19	4.7	82	20.2	98.82	81.26	1.22
Córdoba	29	2.2	311	23.8	41.92	32.16	1.30
Cundinamarca	22	1.0	342	16.3	33.12	24.39	1.36
Guanía	2	5.6	7	19.5	61.19	48.29	1.27
Guaviare	4	3.5	16	14.0	48.60	38.09	1.28
Huila	23	2.5	291	31.9	37.63	28.71	1.31
La Guajira	9	1.9	121	25.5	45.62	35.70	1.28
Magdalena	20	1.6	226	17.9	39.55	30.45	1.30
Meta	10	1.5	108	15.7	45.30	35.42	1.28
Nariño	27	1.7	221	13.8	59.78	46.98	1.27
Norte de Santander	15	1.1	212	16.1	30.49	22.88	1.33
Putumayo	10	3.1	52	16.1	48.60	38.09	1.28
Quindío	3	0.5	99	17.9	34.98	26.60	1.32
Risaralda	4	0.4	134	14.4	35.40	26.69	1.33
San Andrés	1	1.4	12	16.8	24.14	17.92	1.35
Santander	17	0.9	248	12.8	26.36	19.32	1.36
Sucre	21	2.2	156	20.0	31.68	23.76	1.33
Tolima	69	1.6	233	18.0	29.85	22.78	1.31
Valle	1	1.7	511	12.4	22.09	16.44	1.34
Vaupés	0	3.4	2	6.8	48.60	38.09	1.28
Vichada	0	0.0	14	17.4	61.19	48.29	1.27
Exterior			4				
Sin Información	4		169				
Colombia	677	1.6	8.053	19.4	30.10	22.51	1.34

*Situación de Salud en Colombia. Indicadores Básicos 2002. Minsaluc, INS. OPS/OMS.

Afecciones relacionadas con la lactancia

La práctica de la lactancia materna es determinante en el proceso de crecimiento y desarrollo los niños y las niñas, y ejerce una influencia sustancial en su estado de salud y nutrición, así como en la salud de la madre. Sin embargo, algunos aspectos desestimulan la lactancia materna y llevan al abandono precoz del amamantamiento, como son la escasa información que dan los profesionales de la salud a las madres, así como la presión social y comercial que se ejerce sobre la madre y las malas prácticas de la lactancia.

De allí que sea necesario que el personal de salud se capacite no solo en lactancia materna y las ventajas que el amamantamiento tiene, sino en técnicas de consejería en lactancia que les permita resolver de manera adecuada los problemas tempranos que se presentan durante la lactancia y que no sea la suspensión del amamantamiento.

A continuación se relacionan algunos de los problemas más frecuentes durante la lactancia, en qué consisten y cómo abordarlos. Dado que en la formación profesional es muy poco lo que se dedica a la lactancia materna, aquí solo se pretende orientar la acción, para evitar la alta frecuencia de errores que se comenten y que generan inseguridad a la madre en su capacidad de amamantar. Las recomendaciones inapropiadas de los profesionales de la salud, la presión social que se ejerce sobre la mujer para imponer la cultura del biberón y la presión comercial de los sucedáneos de la leche materna son, por lo general, las causas más frecuentes del abandono de la lactancia materna.

Está perfectamente demostrado que los problemas de la lactancia surgen por falta de información de las madres sobre las ventajas del amamantamiento y cómo ponerlo en práctica. Para lograr una lactancia exitosa, es necesario que la madre, desde el inicio de la gestación, tome la decisión de amamantar, y tanto ella como su pareja y la familia se informen bien. El apoyo familiar es decisivo para lograr una lactancia materna exitosa.

La lactancia es un proceso fisiológico normal, una consecuencia natural de dar a luz y, en muchos casos, la única forma de asegurar la supervivencia y el crecimiento sano de un recién nacido. Los problemas se dan por alteración de este proceso fisiológico,

o por una inadecuada posición del bebé y de la madre para amamantar, o porque se le ha recomendado a la madre hacer limpieza antes de cada mamada, lo que afecta la piel, lo mismo que el uso de cremas y jabones. Esto se debe a la desinformación y falta de actualización de las personas que atienden a la madre y al niño. No existe ninguna evidencia científica en que la madre tenga que preparar el pezón en el período prenatal, solo se necesita de información veraz, adecuada y oportuna.

Pezones planos, invertidos y largos

Los pechos tienen diferentes formas y tamaños y todos tienen la capacidad para producir la leche que el bebé necesita. Creer que del tamaño depende la cantidad de leche que necesita el bebé para ser alimentado es erróneo, pues el mecanismo de producción de la leche se da por la succión del bebé y un buen agarre y no por la cantidad de grasa que determina el tamaño de los pechos.

Pezones planos o invertidos

Son pezones que se contraen dentro del seno en vez de sobresalir al apretar la areola cuando el bebé succiona. Estos son los que realmente presentan más dificultad para su manejo, pero, por lo general, son falsos invertidos que se hacen protractiles con la succión. Estos casos son realmente escasos. Las madres que tienen los pezones invertidos o planos pueden amamantar a sus bebés, informándose bien desde el inicio de la gestación y con apoyo adecuado y oportuno.

Durante la gestación mejora la protractilidad, y en la primera semana de posparto, probando que es fácil estirar los tejidos que quedan por debajo del pezón, el bebé lo estira y forma la tetilla. Esto es un apoyo efectivo para la madre y para el bebé, porque puede agarrar el pecho sin dificultad.

En estos casos se debe reforzar la confianza de la madre en su capacidad de amamantar, apoyarla para colocar el bebé correctamente al pecho de manera tal que succione del pecho y no del pezón, dejar que el bebé explore el pecho y que la madre con la mano destaque el pezón y lo coloque en diferentes posiciones hasta que ella y el bebé se sientan verdaderamente cómodos.

Si en las primeras semanas no hay una buena succión, se le recomienda a la madre extraerse la leche y suministrarla en taza, pero se continúa persistiendo hasta lograr un buen agarre y una buena succión.

Personas diestras pueden utilizar la jeringa para extraer el pezón y pueden enseñar a la madre a hacerlo.

Pezones largos

Es la prominencia central de la mama situada en la parte media de la areola y que mide más de 1 cm.⁴⁰ Este problema es más común que los pezones invertidos. El problema radica en el agarre, debido a que el bebé solo se lleva a la boca el pezón, la lengua del bebé no puede presionar los senos lactíferos contra el paladar y no obtiene suficiente leche porque no coge la areola, lo que le impide una succión correcta y puede generarle el reflejo nauseoso.

Se recomienda colocar al niño/a en posición prona y a la madre en decúbito dorsal. Se debe ayudar a la madre a poner la areola y el pezón al mismo tiempo dentro de la boca del bebé y se debe enseñar a la madre la técnica de retiro del niño. Si hay dificultad en la deglución, se le pide a la madre que se ordeñe un poco antes de darle de mamar al niño, para que tenga menos dificultad de pasar un volumen menor de leche⁴¹.

Pezones adoloridos y con fisuras

El dolor y las fisuras o grietas que se hacen alrededor de la base del pezón, se forman secundarias al trauma, por mal agarre del niño, por resequedad de la piel circundante del pezón y la areola o por confusión de pezón por el uso de chupos y biberones⁴². En este último caso se recomienda lactancia materna exclusiva y eliminar la alimentación mixta.

Los pezones inflamados o adoloridos pueden producir grandes molestias e inducir a las madres a abandonar la lactancia. Ocurre siempre por una posición incorrecta tanto de la madre como del bebé al colocarlo al seno, también se produce porque la madre se hace limpieza de los senos antes de cada mamada, lo que le lleva a irritar la piel y a producir fisuras. De allí que en estos casos lo que se recomienda es corregir la posición del bebé al seno y la posición de la madre. No se recomienda la utilización de cremas

ni pomadas. Dado que la leche materna tiene un factor de crecimiento epidérmico, se aconseja masajear el seno y dejar húmedo el pezón y la areola con su propia leche para que cicatrice rápidamente y, en lo posible, dejarlos al aire para facilitar la ventilación y el secado.

Se recomienda, además, colocar al bebé primero en el seno que no está afectado, para estimular la producción y, así, cuando lo coloque en el seno adolorido, hará menor presión para extraer la leche. Aunque la madre tenga el pezón con fisuras y aun esté sangrado, la leche siempre es buena y, por el contrario, ayuda a sanar la afección.

Si la madre siente demasiado dolor, se aconseja hacer extracción manual y suministrar la leche con taza y cucharita por poco tiempo mientras se recupera.

Ingurgitación mamaria, congestión mamaria o plétora

Se presenta congestión en los senos cuando la madre tiene la sensación de que están calientes, pesados y duros, la leche no fluye, pero no se presenta fiebre. Los pechos ingurgitados o plétora presentan dolor, edema, se ponen tensos especialmente el pezón, la piel está brillante y, en muchos casos, se torna roja, la leche no fluye y se presenta fiebre.

Esta situación se evita con el inicio temprano de la lactancia en la media hora siguiente al parto, la libre demanda, amamantar sin restricciones, colocando correctamente el niño al seno y observando un buen agarre⁴³.

Las principales causas de estas afecciones se producen por una producción alta de leche, no inicio temprano de la lactancia, agarre deficiente, extracción infrecuente de la leche, restricción en las mamadas, no amamantar de día y de noche y por colocar horarios al bebé.

⁴⁰ Lactancia materna. Guía de manejo. Comité de lactancia materna de Bogotá. Secretaría Distrital de Salud. 1996.

⁴¹ Jairo Osorno. *Hacia una feliz lactancia materna*. Texto práctico para profesionales de la salud. Minsalud/UNICEF/ICBF. 1992.

⁴² Lactancia materna. Guía de manejo. Comité de lactancia de Bogotá. Secretaría Distrital de Salud. 1996. Pág. 27.

⁴³ Manual de consejería en lactancia materna. Guía del capacitador. OMS/UNICEF. Pág 202.

Lo primero que se recomienda es hacer extracción de la leche para evitar la mastitis, la formación de un absceso y disminuir la producción de la leche. Es necesario buscar que el bebé succione con frecuencia; hacer extracción manual; antes de amamantar, estimular el reflejo de oxitocina de la madre, colocando una compresa tibia en los senos. También se le recomienda tomar una ducha de agua tibia, hacer masajes en el cuello y la espalda, así como en los senos de manera suave, estimular la piel del pecho y el pezón y ayudar a reducir los niveles de estrés⁴⁴. Después de cada mamada, colocar una compresa fría en los pechos para reducir el edema y reforzar la confianza de la madre; escuchar y comprender lo que ella manifiesta.

Conductos obstruidos y mastitis

La mastitis es una afección inflamatoria del pecho, la cual puede acompañarse o no de infección. Habitualmente se asocia con la lactación. Ocasionalmente, puede ser mortal si se trata inadecuadamente. El absceso mamario, una colección localizada de pus dentro de la mama, es una complicación grave de la mastitis⁴⁵.

Las principales causas de la mastitis son la estasis de la leche y la infección. La mastitis puede desarrollarse en un pecho pletórico o a partir de un conducto obstruido. La estasis de leche se presenta cuando la leche permanece detenida en una parte del pecho, a causa de un conducto obstruido, o a causa de una plétora.

El conducto obstruido se presenta cuando no se retira la leche de parte de un pecho, a veces ocurre porque esa parte de pecho se tapa con leche espesa. Consiste en una masa pequeña, sensible al tacto, hay enrojecimiento localizado, no hay fiebre y la madre se siente bien; en la medida que va evolucionando, la masa se hace dura, hay dolor severo, el área se torna roja, hay fiebre y la madre se siente realmente enferma.

Si no se retira la leche, puede haber inflamación del tejido mamario, conocida como mastitis sin infección. Cuando hay presencia de bacterias e infectan el pecho, se conoce como mastitis infecciosa. El problema es del tejido mamario, no de la leche.

Las causas de estas afecciones durante la lactancia se relacionan con⁴⁶:

- Mamadas cortas o infrecuentes, debido a que la madre está muy ocupada, el bebé duerme de noche y no se le despierta para amamantar, cambios de rutina, madres con alto nivel de estrés o que no cuentan con apoyo familiar.
- Drenaje insuficiente de una parte o de todo el pecho, debido a succión ineficaz, presión causada por la ropa, presión en los dedos al dar de mamar, pecho grande con drenaje inadecuado.
- Tejido mamario dañado, debido a trauma de los pechos.
- Entrada de bacterias, debido a fisura de los pezones.

La recomendación para el manejo de estos casos es, primero, remitir para manejo médico de acuerdo con la severidad, pero debe tenerse en cuenta:

- Primero, mejorar el manejo del drenaje del pecho.
- Buscar la causa y corregir el agarre, quitar la presión de la ropa y los dedos, aconsejar mamadas frecuentes, hacer masaje cuidadoso hacia el pezón y cambiar de posición.
- Aplicar calor húmedo en el seno afectado durante 3 a 5 minutos, antes de dar de comer al niño.
- Incrementar el consumo de líquidos para satisfacer la sed que la madre pueda sentir por el proceso febril y por el aumento de las necesidades metabólicas.
- Si en 24 horas no hay mejoría, el médico debe prescribir antibióticos, indicar reposo absoluto y aplicar analgésicos.

La mastitis infecciosa es causada por absceso mamario, la bacteria más común es el estafilococo dorado y es de manejo médico.

⁴⁴ Ídem. Pág. 200.

⁴⁵ Mastitis, causas y manejo. Departamento de Salud y Desarrollo del niño y del adolescente. OMS. 2000.

⁴⁶ Manual de Consejería en lactancia materna. Guía del capacitador. OMS/UNICEF. Pág 202.

Un **absceso mamario** se presenta cuando se forma una colección de pus en alguna parte del pecho. El pecho desarrolla una inflamación dolorosa, que se siente llena de líquido. Se requiere para su tratamiento incisión quirúrgica y drenaje. Se puede continuar amamantando, pero si la madre no desea hacerlo se recomienda la extracción manual y se reinicia cuando disminuye el dolor, usualmente después de 2 ó 3 días; sin embargo, se debe dar apoyo efectivo para que continúe amamantando del pecho que se encuentra sano. El adecuado manejo de la mastitis debería prevenir la formación de los abscesos.

Cuando la madre tiene los pezones muy irritados y con picazón, la piel del área del pezón y la areola están rojas y brillantes, se debe sospechar la presencia de una **infección por candida o moniliasis**, que crea inflamación y plurito. Se presenta, generalmente, por el uso de antibióticos para el manejo de la mastitis u otras infecciones. Se debe revisar la boca del bebé para identificar si hay placas blanquecinas en las mucosas de las paredes laterales de la boca, o en la lengua o quizás tenga salpullido en el área de las nalgas.

El manejo remite a valoración médica y se le aconseja a la madre que abandone el uso de biberones y chupos, se haga extracción manual de la leche, no use pezoneras que frecuentemente producen estas infecciones, utilice la leche materna para la cicatrización y coloque correctamente el niño al seno. No se recomienda abandonar la lactancia, en casos extremos hacer extracción y suministrar con taza o cucharita, reforzar la capacidad de la madre en amamantar y explicar que esta situación es transitoria.

Quistes lácteos de retención

El tejido glandular del pecho está distribuido en secciones o segmentos similares a los de un limón. De cada segmento sale un ducto. Este, en ocasiones, se obstruye, porque la leche no fluye permanentemente a través de él; generalmente, se debe a que el bebé no succiona con la frecuencia requerida, porque le imponen horarios, se suprime el amamantamiento de noche, al no salir la leche de esa parte del pecho se acumula, formando una masa dolorosa y la piel que está encima del quiste se torna roja.

Al palpar los quistes, es posible palpar el sitio donde la leche parece formar un molde dentro del

ducto obstruido. Si son varios quistes, generalmente se palpan diversas masas situadas en la parte superior del pecho, cerca de la axila.

Se debe continuar con la lactancia y se dice a la madre que amamante con mayor frecuencia. En la medida que la madre lo tolere se hacen masajes circulares sobre los quistes en dirección al pezón, tratando de disolver con el calor y la presión la leche impactada. Si por laguna razón no es posible, se recomienda hacer extracción manual. El quiste de retención no se puede confundir con un absceso, dado que la incisión de un quiste puede generar una fístula de leche. En el caso del absceso los métodos varían desde el espontáneo hasta el quirúrgico⁴⁷.

En cualquier caso no se puede abandonar a la madre, ella requiere mucho apoyo, para que no abandone la lactancia, especialmente de la familia y de los profesionales de la salud, para fortalecer la confianza y para aumentar la producción.

Cirugía de mamas

Las mujeres que han sido sometidas a una mastectomía unilateral siempre que el otro pecho esté funcionalmente normal, y las mujeres con implante de silicona o que han tenido una reducción por mamoplastia pueden amamantar satisfactoriamente, por cuanto el sistema nervioso del pezón y el sistema de los conductos lactíferos necesarios para la lactancia se han dejado intactos. Si se ha cambiado de posición el pezón, sí hay dificultad para la lactancia, porque se puede haber afectado el sistema⁴⁸.

ACCESO A SERVICIOS

Control prenatal

El cuidado prenatal incide en la salud de la madre y su bebé; por tanto, la cobertura y calidad del control que se realiza a las gestantes son importantes dentro de la situación de salud del país.

⁴⁷ Jairo Osorno / UNICEF. *Hacia una feliz lactancia natural*. Texto práctico para profesionales de la salud. 1992.

⁴⁸ Royal College of Midwives. *Lactancia materna*. Manual para profesionales. 2ª. Edición. Comisión de las comunidades europeas. UNICEF, Londres 1991. Pág. 75.

La proporción de nacimientos que reciben control prenatal por parte de profesional médico ha aumentado, pasando del 67% en 1986 a un 90.8% en el 2000 (86.9% por médico, 3.9% por enfermera); 93.5% en la zona urbana y 84.2% en la zona rural; para el año 2000 se encontró que un 9% de las mujeres no recibieron atención⁴⁹. En la zona rural, el 77.4% de las mujeres recibe atención por médico, un 6.8% por enfermera y un 15.5% no recibe. En la zona urbana, el 90.8% es atención por médico, un 2,7% por enfermera y un 6.3% no recibe.

Un 85% de las mujeres asiste a la primera consulta durante los primeros 6 meses de gestación y un 6% después; el 50% tiene el primer control dentro de los tres primeros meses. El promedio de consultas de control prenatal es de 6.

Entre más alto el nivel de educación mayor la proporción de mujeres que reciben completo el control prenatal. La mejor atención se da en la región Central y Bogotá. Un 76.8% de las gestantes tomó suplemento de hierro, 80% en la zona urbana y 68.2% zona rural.

Un 87.3% de las adolescentes entre 15 y 19 años recibe atención prenatal, 86.3% en la zona urbana y 89.4% en la zona rural; un 33.7% recibió 7 ó más controles, el 61.9% entre 2 y 6 y un solo control el 4.5%. En promedio son 6.1 controles prenatales.

Tres de cada cuatro adolescentes se realizaron el primer control antes del quinto mes de gestación (75.9%), la mediana es de 3.7 meses y el 94.2% de las mujeres fueron atendidas en la primera consulta por médico (96.9% zona urbana, 88.6% zona rural). Sólo un 4% de las mujeres asistieron al último control durante el segundo trimestre, el 4.7% en el séptimo mes, el 36.5% durante el octavo mes y el 54.5% durante el noveno.

El 75.9% de las adolescentes que asistió al control prenatal recibió suplemento de hierro⁵⁰.

Parto

El 87.5% de las mujeres tiene acceso a parto institucional, en el área urbana es del 94.4% y en el área rural es del 70.6%. El 99.4% de las mujeres con nivel educativo universitario accede al parto institucional, mientras que solo el 61.8% de las mu-

eres sin educación accede a este servicio, indicador que ha mejorado respecto a la información de 1995, en la cual el 56% de la población rural sin educación accedía⁵¹.

En adolescentes (15 a 19 años) la atención del parto en institución de salud es del 85.4% (91.2% zona urbana y 73.3% zona rural) y el 14.6% ocurre en la casa; por nivel de educación el 100% de universitarias tiene parto institucional frente a un 52.4% de las mujeres sin educación.

A mayor educación de la madre, mayor atención del parto por personal de salud. El 36.9% de los partos de las mujeres sin educación son domiciliarios, comparados con solo el 3.9% de aquellas con educación secundaria.

La variación regional de la atención institucional del parto oscila entre 97.2% de la región de Bogotá y 80.4% de la pacífica, información que contrasta al realizar el análisis por subregiones, encontrando que el litoral pacífico alcanza solo un 54.8%, frente a Medellín con un 99.2% y Bogotá con 97.2%. En adolescentes, el parto institucional en la región Bogotá ocurre en el 97.4% de los casos comparado con un 72.7% de la Pacífica.

La atención del parto por médico es del 82.7%, con un 91.4% en la zona urbana y 63.6% en la rural; al revisar la información, se encuentra que el 3.7% recibe atención por enfermera, 2.6% en la zona urbana y 6.2% en la rural. Si se tiene en cuenta el nivel educativo, el 99.1% de las mujeres con educación universitaria recibió durante el parto asistencia de médico, frente a un 59.4% de las mujeres sin educación.

En la población adolescente, el 81.2% de los partos es atendido por médico (86.3% zona urbana, 70.6% zona rural), el 4.7% por enfermera (4.5% zona urbana, 5.1% zona rural) y un 10.9% por comadrona o partera.

El promedio nacional de cesáreas aumentó de 16.9% en 1995 a 23.6% para el año 2000; existen dife-

⁴⁹ Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Profamilia 2000.

⁵⁰ La Salud Reproductiva de las Adolescentes de 15 a 19 años en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Profamilia 2000.

⁵¹ Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Profamilia 1995 y 2000.

rencias notorias entre el área urbana (28.7%) y el área rural (12.5%). Por nivel educativo, la práctica de cesárea es mayor en las mujeres universitarias (51.4%) que en las mujeres sin educación (7.5%). Dentro del grupo de adolescentes, al 77.5% se le realizó esta operación.

Consejería lactancia materna

La consulta de consejería en lactancia materna, aunque es una prioridad para que las madres lactantes puedan recibir apoyo efectivo durante su período de amamantamiento y resolver los problemas tempranos que se generan cuando no hay una adecuada información y educación en la manera como se debe alimentar al bebé, ha establecido límites para el acceso a los servicios; sin embargo, es importante que el personal de salud conozca cómo se puede brindar este servicio, para poder lograr el éxito de la lactancia. El estudio ICBF-NUTRIR-

de 1997, mostró que del 83% de las madres que asistió a control prenatal en todo el país, solo el 63% recibió orientación o apoyo para la lactancia.

A pesar del reconocimiento mundial a la importancia de la lactancia materna, tanto el personal de salud como las madres, con una alta frecuencia, comienzan a suministrar a sus hijos e hijas alimentos complementarios antes de los 6 meses de edad o simplemente dejan de amamantar luego de las primeras semanas después del parto. Esta situación incide en las recomendaciones erradas del personal de salud cuando la madre manifiesta que su leche no es suficiente, sugiriendo enseguida el suministro de sucedáneos de la leche materna y olvidando que su deber es mantener la lactancia. Para contrarrestar esta situación, las instituciones tienen la obligación de capacitar a su personal en lactancia y educar a las madres en cómo lograr una feliz lactancia natural.



NUTRICIÓN



SITUACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

La práctica de la lactancia materna está generalizada en todo el territorio nacional, de 93.4% niños y niñas que alguna vez lactó en 1990, pasó a 94.5% en 1995 y al 95.5% en el 2000⁵², lo que evidencia impacto de las diferentes acciones desarrolladas; sin embargo, el problema radica en la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes.

Aunque los indicadores muestran un incremento importante en el tiempo de duración de la lactancia exclusiva en meses, al pasar de 0.6 meses en 1990 a 1.7 meses en el 2000, la duración de la lactancia exclusiva a los 6 meses bajó significativamente, pasando del 16% en el 90, al 15% en el 95 y a un 11% en 2000⁵³; para los Hogares FAMI del ICBF fue del 39%⁵⁴, identificando que las madres que lactan exclusivamente son las usuarias que viven en las ciudades medianas, las que son cabeza de familia, las que vivieron en el campo antes de los 12 años, en comparación con las que menos lactan exclusivamente que son las de menor nivel educativo y las que realizan actividades en el hogar.

Lo anterior implica que las acciones desarrolladas para informar a las madres y a su grupo familiar sobre la importancia del amamantamiento son insuficientes para alcanzar las metas nacionales; en tanto que la industria de alimentos y los laboratorios productores de leches de fórmula desarrollan fuertes estrategias de mercadeo, para que las mamás elijan sucedáneos de la leche materna y el personal de salud recomiende alimentación artificial. Prueba de ello son los resultados del tercer monitoreo mundial al cumpli-

⁵² Encuestas Demografía y Salud 90, 95 y 2000 – Profamilia.

⁵³ Ídem.

⁵⁴ Estudio sobre prácticas de la lactancia materna en Hogares. ICBF/ Fundación Nutrir, 1997.

miento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna y productos conexos, y el tercero nacional al Decreto 1397/9⁵⁵.

El inicio temprano de la lactancia materna dentro de la hora siguiente al parto era de 34.1% en 1990; el indicador viene mejorando en la medida que se ha implementado en Colombia la estrategia de Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia, para 1995 se llegó a un 50.5%, en tanto que para el año 2000 pasó a 61.3%⁵⁶. Para las madres comunitarias, la tasa de inicio en la primera hora después del nacimiento es del 16%⁵⁷. Dentro de las 24 horas siguientes al nacimiento también ha habido un progreso: en 1990, solo a un poco más de la mitad de los bebés (53.4%) se le iniciaba el amamantamiento, mientras que para 1995 el 81.3% estaba siendo colocado al seno y para 2000 el 86.6%.

La duración de la lactancia materna y la intensidad con que se amamante, determinan la producción de la glándula mamaria y la duración de la amenorrea posparto⁵⁸, de ahí la regla de oro de la lactancia: “A mayor succión mayor producción”. Igualmente, la duración de la lactancia y la producción de la leche se afecta negativamente por la introducción temprana de agua y otros alimentos, así como por el uso de chupos y biberones. En Colombia, dos de cada tres bebés reciben biberón, en tanto que la situación en los Hogares del ICBF no es mejor, el uso del biberón es del 54%. La duración promedio de la lactancia materna es de 16 meses y la edad media de la lactancia materna para el 2000 es de 13 meses, para el total nacional, lo que implica que aún es necesario promoverla para alcanzar los 24 meses promedio.

Una de las causas para la reducción de las tasas de lactancia materna exclusiva es la poca información que las madres tienen sobre cuándo y cómo iniciar la alimentación complementaria. Todavía es muy frecuente la introducción precoz de alimentos en el primer trimestre de vida; antes de cumplir los 2 meses, en el año 1995 el 68% de los bebés recibían otros alimentos, pasando a un 50% en el 2000, cifra que continúa siendo muy alta, pues el porcentaje de niños que requiere alimentos diferentes a la leche materna antes de los 6 meses es muy bajo.

BAJO PESO AL NACER

El peso al nacer sirve de indicador del estado nutricional de la madre; el Bajo Peso al Nacer –BPN– es

considerado un índice de malnutrición materna; la proporción de niños con bajo peso al nacer (menos de 2500 gr.) es de 7%⁵⁹.

El Bajo Peso al Nacer es responsable de la mayoría de las muertes neonatales en las primeras semanas de vida, de los trastornos del crecimiento y desarrollo y de las secuelas neurológicas.

Además de factores ambientales, socioeconómicos y educacionales, que inciden en el período reproductivo, las siguientes pueden ser causas de nacimientos con bajo peso: desnutrición (materno-fetal), infección (ovular, fetal y neonatal), ruptura prematura de membranas (con o sin infección ovular), prematuridad, parto espontáneo asociado a patología, hipertensión crónica o inducida por el embarazo, toxemia (con o sin desprendimiento prematuro de la placenta o infartos placentarios), hipoxia feto-neonatal y las anomalías congénitas.

Los datos internacionales muestran que el 90% de los recién nacidos con BPN ocurren en los países en vía de desarrollo, con una mortalidad neonatal para América Latina 35 veces más elevada que cuando las niñas y niños nacen con peso mayor a 2.500 gramos. Estudios del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP)⁶⁰, con base en 400.000 nacimientos, muestran una incidencia del BPN del 9% (entre 4.3 y 14.8%) y de Muy Bajo Peso al Nacer –MBPN– (menor o igual a 1.500 gr.) del 1.2% (entre 0.6 y 2.6%), frecuencias que doblan las de los países desarrollados. En los centros materno infantiles latinoamericanos, el 80% de las muertes neonatales precoces (primera semana de vida), se asocian con el BPN y el 50% con el MBPN, situación que ha permanecido sin cambios.

En Colombia, al 8.7% de los recién nacidos vivos se les diagnostica BPN, con una variación del 5.3 al 11%, según las zonas del país y el nivel de complejidad institucional, lo que significa un problema de salud pública.

⁵⁵ Red IBFAN – Resultados Tercer Monitoreo al CIC y al Decreto 1397, Colombia 2000.

⁵⁶ Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Profamilia. 2000.

⁵⁷ Estudio sobre prácticas de la lactancia materna en Hogares. ICBF/ Fundación Nutrir, 1997.

⁵⁸ ENDS/2000, Profamilia.

⁵⁹ Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Profamilia 2000.

⁶⁰ Acciones en salud materno-infantil a nivel local, OPS 1996.

A nivel nacional, no se tienen datos de la tasa de niños y niñas pretérmino -PT- con peso inferior de 2.001 gr. Las referencias que se tienen son reportadas por el Instituto Materno Infantil de Bogotá⁶¹, donde alcanza un 25% para BPN y un 10% para menor de 2.001 gr.; la Clínica San Pedro Claver del Seguro Social de Bogotá, entre septiembre de 1998 y febrero de 1999, registró un 8.5% de recién nacidos con menos de 2.000 gr., y una mortalidad del 46.5% para menores de 1.000 gr., y de 19% para niñas y niños entre 1.001 a 1.500 gr.

ESTADONUTRICIONAL

El estado nutricional de la población ha sido utilizado como indicador socioeconómico en cuanto refleja la disponibilidad, el acceso y el aprovechamiento biológico de los alimentos, así como la accesibilidad a los servicios de salud. A su vez, el estado nutricional se convierte en factor de riesgo de enfermedades, tanto por déficit como por exceso alimentario.

El estado nutricional es el resultado de un proceso continuo que se inicia en la infancia; en la mujer está condicionado, a su vez, por el balance energético, el estado de salud, el número de hijos, el tiempo transcurrido desde el último nacimiento así como por la condición socioeconómica, conocimientos y hábitos alimentarios. La situación nutricional antes y durante la gestación y la ganancia de peso durante esta, es determinante de los riesgos de mortalidad materna intrauterina, de la duración de la gestación, de las complicaciones del parto, de la mortalidad perinatal e infantil y del peso del recién nacido.

Se ha encontrado relación entre la talla materna y el peso al nacimiento, la supervivencia infantil, la mortalidad materna, las complicaciones de la gestación y el parto. La estatura promedio de mujeres colombianas no embarazadas, que ha tenido hijos nacidos vivos en los últimos 5 años, es de 154.7 cms. Se considera que una talla por debajo de 145 cms. determina el grupo de riesgo; se encontró que un 5% de las mujeres estudiadas se ubica en esta categoría, siendo mayor en mujeres sin educación (7.4%) que en las de nivel superior (0.9%)⁶².

La baja estatura en Colombia es más frecuente entre mujeres mayores de 45 años, de escasa educación, de la zona rural y de regiones geográficas del interior del país como Cauca, Nariño, Tolima, Huila

y Caquetá; la mayor estatura de la mujer se reporta en el litoral pacífico y la costa Atlántica.

Teniendo en cuenta el peso y la estatura de las mujeres se puede calcular el Índice de Masa Corporal –IMC–, con el cual se determina el déficit o exceso de peso respecto a la talla. Durante la gestación, la ganancia de peso es un buen indicador del grado de desarrollo del niño, para lo cual es importante conocer el peso de base, por cuanto las mujeres delgadas necesitan aumentar más peso que aquellas con peso normal o en exceso.

El IMC promedio de la mujer colombiana no embarazada, con hijos menores de 5 años, es de 24.7, el cual se encuentra dentro del rango de normalidad, el 3.1% tiene un IMC menor a 18.5; por tanto, está a riesgo por déficit, y un 40.9% a riesgo por exceso, de estas, un 10.6% se clasifica en obesidad. A mayor edad mayor IMC, las mujeres jóvenes entre 15 y 19 años tienen un IMC en promedio de 22.8 y las de 40 a 44 años de 26.5.

Al realizar esta encuesta⁶³ se encontró un 4.7% de las mujeres en gestación, de las cuales el 36.5% tiene clasificación nutricional normal de acuerdo con la gráfica Rosso-Mardones, el 24.8% presenta bajo peso para la edad gestacional y talla y el 38.7% en exceso; de estas el 18.2% se clasifica en obesidad.

El 21% de gestantes son adolescentes entre 15 y 19 años; de estas el 41% tiene un peso normal; sin embargo, preocupa que el 36% presenta bajo peso.

Estudios sobre el estado nutricional de las gestantes que asisten a los hospitales de I y II niveles de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá en Ciudad Bolívar, Bosa, Engativá, La Perseverancia, Chapinero, Suba, Tunjuelito y Kennedy, mostraron que en estas localidades se presentó un alto porcentaje de mujeres adultas que iniciaron la gestación con estado nutricional clasificado con el IMC como normal y terminaron la gestación con sobrepeso y obesidad. El mismo estudio mostró que la mayoría de las adolescentes (12 a 18 años) inició la gestación con bajo

⁶¹ Problemas y Soluciones para la Implementación de la Técnica Madre Canguro (TMC) de acuerdo con el nivel de desarrollo del país, Instituto Materno Infantil de Santa Fe de Bogotá, 1998.

⁶² Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Profamilia 2000.

⁶³ Ídem.

peso y este se mantuvo hasta el nacimiento de sus hijos⁶⁴.

DEFICIENCIA DE MICRONUTRIENTES

Dentro de los factores biológicos que afectan la salud materna, la deficiencia de micronutrientes tales como hierro, calcio, yodo, vitamina A y ácido fólico representan un serio problema de salud pública. Por otra parte, en las mujeres más pobres o con hábitos nutricionales y dietas no saludables, existe deficiente ingesta de calcio, ácido fólico y vitamina A, lo cual incide en la morbilidad materna y del niño, por cuanto es factor de riesgo para el retardo en el crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, la prematurez y las anomalías congénitas.

La prevalencia de anemia en mujeres con hijos de 12 a 59 meses fue de 22.5%, siendo el grupo más afectado el de 35 a 49 años. Una de cada 4 mujeres padece algún grado de anemia, solo el 0.4% anemia severa. La prevalencia más alta se encuentra en la región Atlántica (35.1%) y la más baja la región Bogotá (6.1%)⁶⁵.

La deficiencia de hierro como depósitos de este mineral a través de la ferritina es 48%, siendo de nuevo la Atlántica la región más afectada.

Las deficiencias de otros micronutrientes no están estudiadas en el país para mujeres en edad fértil ni para gestantes o lactantes; sin embargo, a nivel mundial se tiene información de déficit de zinc y calcio.

CONSUMO DE ALIMENTOS

Colombia no ha realizado encuestas de consumo de alimentos con representatividad nacional en los últimos 20 años, durante los cuales pueden haber cambiado los hábitos de consumo como consecuencia de la acelerada migración de la población, la creciente participación de la mujer en el mercado de trabajo y la introducción de alimentos importados y manufacturados.

La Encuesta Nacional de Alimentación, Nutrición y Vivienda en 1981⁶⁶ muestra algunos rasgos distintivos del modelo de consumo alimentario. Los grupos de cereales, raíces, tubérculos y leguminosas aportan algo más del 50% de la energía diaria, con variaciones en el grupo de raíces y tubérculos cuyo

consumo es un poco mayor en el área rural y menor en la región de Bogotá. Los endulzantes (azúcar y panela) aportan cerca del 20% de la energía y los aceites y grasas del 9 al 13%, lo que permite concluir que en 1981 la dieta de los colombianos se caracterizaba por un alto consumo de carbohidratos complejos, bajo consumo de leguminosas, alto consumo de endulzantes y relativo bajo consumo de grasas. Se estima que el consumo de energía por persona es de 2223 kcal / día.

En la composición de la dieta en 1981, de acuerdo con el nivel de ingresos, se observan las diferencias esperadas: los cereales son fundamentales en todos los niveles socioeconómicos, las raíces y tubérculos son más importantes en los niveles de bajos ingresos y la carne y la leche, básicos en los hogares de mayores ingresos.

Para monitorear los cambios en las preferencias alimentarias de la población, se estudió la estructura del gasto en alimentos en 1985, a través de un módulo de alimentos en la encuesta de hogares en 15 ciudades, el cual se repitió en 1995 en 21 ciudades. Se deduce que en 10 años las variaciones en esta estructura son pequeñas: los cereales, incluyendo el pan, así como la carne y sus productos, muestran un ligero aumento en el gasto, lo mismo ocurrió con los lácteos, el huevo, los aceites y las mantecas. Se redujo el presupuesto en verduras y leguminosas y las comidas fuera de casa. Preocupa por las implicaciones nutricionales el aumento del gasto en bebidas alcohólicas y gaseosas; no varió en endulzantes (azúcar, panela) en el período analizado.

Creencias sobre la alimentación durante la gestación y la lactancia

Al no encontrar estudios sobre hábitos, creencias y mitos relacionados con la alimentación durante el período de gestación y lactancia, la Fundación Nutrir, con el apoyo del entonces Ministerio de Salud hoy de la Protección Social, realizó en 1999 una encuesta

⁶⁴ I. Quintana, *Conocimientos actuales sobre la mujer gestante por indicadores antropométricos*. Universidad Javeriana. Bogotá, 1997.

⁶⁵ Deficiencia de hierro, vitamina A y prevalencia de parasitismo intestinal en la población infantil y anemia nutricional en mujeres en edad fértil, Colombia 1995-96.

⁶⁶ FAO. *Perfiles nutricionales por países*. Colombia, junio, 2001.

sobre creencias y prácticas alimentarias relacionadas con estos temas. Se utilizó la metodología de grupo focal para indagar las creencias y la entrevista con un formulario para conocer las prácticas de consumo. La información se obtuvo en 600 gestantes y madres en lactancia que asisten a los centros de salud de diferentes regiones del país, encontrando los siguientes resultados:

- *Prácticas que ayudan a tener una gestación saludable:* buena alimentación, control prenatal, hacer ejercicio y tener tranquilidad.
- *Situaciones perjudiciales durante la gestación:* tomar bebidas alcohólicas, fumar, falta de apoyo de la familia y mala alimentación.
- *Alimentos considerados saludables durante la gestación:* frutas, verduras, carnes y leche.
- *Alimentos considerados perjudiciales durante la gestación:* exceso de grasa, de sal y de harinas, tomar licor.
- *Otras sustancias que se consumen durante la gestación:* ninguna, suplementos de hierro y de otros nutrientes.
- *Situaciones que las madres consideran que les ayuda a tener una lactancia exitosa:* buena alimentación de la madre, tomar abundantes líquidos, deseo de lactar y dar seno de día y de noche.
- *Alimentos considerados saludables durante la lactancia:* leche y derivados, sopa de verduras, carnes y frutas.
- *Creencias consideradas perjudiciales para la lactancia:* mala alimentación de la madre, mala posición para lactar, tomar licor y tomar anticonceptivos.
- *Alimentos considerados perjudiciales durante la lactancia:* comidas trasnochadas, bebidas alcohólicas y exceso de sal.
- *Alimentos que deben evitarse durante la menstruación:* los ácidos porque cortan la sangre,

Frecuencia de consumo de alimentos en gestantes y madres en lactancia

ALIMENTOS	FRECUENCIA DE CONSUMO %			
	Diario	Semanal	Esporádico	Nunca
Arroz	97.0	2.0	1.0	-
Otros cereales y derivados	79.0	18.0	3.0	-
Raíces, tubérculos y plátanos	87.0	13.0	-	-
Hortalizas, verduras y leguminosas verdes	55.0	30.0	15.0	-
Frutas y jugos de frutas	66.0	24.0	10.0	-
Carnes y huevos	50.0	35.0	15.0	-
Visceras	4.0	35.0	31.0	30.0
Pescados, mariscos, atún y sardinas	10.0	44.0	40.0	6.0
Leguminosas secas	27.0	25.0	40.0	8.0
Leche	76.0	24.0	-	-
Queso, cuajada, kumis y yogur	3.0	3.0	94.0	-
Aceite vegetal	72.0	20.0	8.0	-
Manteca o margarina	48.0	43.0	9.0	-
Azúcar	85.0	15.0	-	-
Panela	45.0	55.0	-	-

la leche porque produce cólicos, el aguacate porque da mal olor, el tinto y las bebidas oscuras porque aumentan el sangrado.

El siguiente cuadro presenta la frecuencia de consumo de algunos alimentos por parte de las mujeres gestantes o en período de lactancia:

Al realizar el análisis de los resultados de la encuesta se puede concluir:

- Comparando las creencias con las prácticas, se observa un buen nivel de conocimiento relacionado con las creencias que benefician y las que perjudican el embarazo y la lactancia, pero difieren substancialmente en lo que hacen.
- Las gestantes y madres en lactancia conocen el valor nutricional de los lácteos, las vísceras, los pescados y las hortalizas pero su consumo es muy bajo; por tanto, se necesita buscar estrategias para conseguir que este aumente y la alimentación sea más variada.
- Otro aspecto que preocupa es la creencia que tienen de que algunos alimentos son perjudiciales durante la menstruación, especialmente las frutas ácidas, el aguacate y la leche; se requiere aclarar estas convicciones a través de acciones educativas.

DISPONIBILIDAD DE ALIMENTOS

La disponibilidad de la mayoría de los grupos de alimentos ha ido en aumento en el período de 1964 - 66 a 1996 - 98, siendo más marcado el aumento para las raíces, tubérculos y cereales. Los lácteos y huevos experimentaron alto crecimiento en disponibilidad después de 1978 - 81. Hay una alta disponibilidad de frutas y verduras y baja disponibilidad de leguminosas, aceites vegetales, grasas animales, pescados y frutos del mar.

Como fuente de energía tienen el mayor peso los cereales (30%) y el azúcar y la panela (20%). Le siguen las grasas que pasaron de 5 a 10%, las frutas y hortalizas 10%, en el período comprendido entre 1964 y 1995. La energía proveniente de las carnes aumentó, aun cuando su aporte porcentual disminuyó, de-

bido al aumento en la disponibilidad de energía total. Las leguminosas representan un poco menos que la energía proveniente de la carne, con un ligero aumento en la disponibilidad.

El porcentaje de suministro de energía alimentaria proveniente de las importaciones de alimentos es cada vez mayor, entre 1996 - 98 hay un aumento en la importación; cerca del 30% está compuesto por cereales, grasas y leguminosas. En la década del 90 se redujo en 30%, la producción de cereales, especialmente maíz, que fue compensada con un aumento en las importaciones. El principal rubro de importaciones son los cereales (28.7% en 1996 - 98), especialmente trigo y últimamente el maíz. La importación de aceites vegetales y grasas animales han llegado a representar el 3.9% y 1.4% respectivamente del suministro de energía y las leguminosas secas el 3.1%.

Entre 1990 y 1996 el cultivo de tierra ha disminuido en 700.000ha, aumentando considerablemente las importaciones de alimentos y productos agropecuarios como consecuencia de las políticas de apertura.

Un estudio sobre el consumo habitual de alimentos en un grupo de gestantes mayores de 18 años que acudía a servicios de salud de Cundinamarca, que se encontraba en el tercer trimestre de gestación⁶⁸, encontró que el 49% de las gestantes presentó consumo deficiente (menos del 79% de adecuación). La mayoría (35.9%) de las gestantes tuvo consumo deficiente de proteínas y grasas (64%); consumo adecuado de carbohidratos solo el 38.5% y el 35.9% mostró sobrealimentación en este nutriente.

Respecto al hierro, el 100% de las gestantes estudiadas tuvo consumo deficiente y el 92%, menos del 50% de la cantidad recomendada. El 89% presentó un consumo deficiente de calcio. Los investigadores concluyeron que los resultados reflejan la situación real de las poblaciones con características similares a las estudiadas.

⁶⁷ FAO. *Perfiles nutricionales por países*. Colombia, junio, 2001.

⁶⁸ Noralba Cárdenas. et al. *Determinación de los parámetros antropométricos para la valoración nutricional de la gestante*. Revista Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, 1998, Vol. 46, No. 1.

FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO EN GESTANTES Y MADRES EN LACTANCIA

FACTORES PROTECTORES

Son los agentes internos o externos que disminuyen o eliminan las posibilidades de que se produzca una enfermedad, o que sé de un evento negativo para el individuo, la pareja, la familia o en el entorno social y el medio ambiente. Entre los factores protectores que disminuyen o eliminan la posibilidad de que aparezcan complicaciones durante la gestación y la lactancia y favorezcan la culminación de una gestación y lactancia exitosas se destacan:

Cuidado prenatal

El control en el primer trimestre de la gestación o antes de la semana 14 de gestación, tiene como propósito identificar oportunamente los riesgos para la madre y el bebé, para reducir su acción y minimizar los efectos negativos que puedan tener en el binomio madre-hijo/a. Por otra parte, se espera que la madre, su pareja y su familia accedan a la información y educación necesarias para proporcionar condiciones óptimas para la gestación, el parto, el puerperio y la lactancia. Es fundamental fomentar acciones de demanda inducida para aumentar la captación precoz y sus coberturas para garantizar el cubrimiento de la totalidad de este grupo de población.

Estilos de vida

Dieta saludable

Una alimentación variada, equilibrada y suficiente es la que satisface todas las necesidades nutricionales de una persona para el sostenimiento, la reparación de los tejidos, el crecimiento y el desarrollo.

Incluye todos los nutrientes en cantidades adecuadas y en la proporción necesaria para cada edad y estado fisiológico. En la gestación y en la lactancia estas necesidades están aumentadas, por lo que la ausencia de un nutriente esencial puede afectar la salud de la mujer o de su hijo.

La dieta saludable, debe ser apoyada con información, educación y comunicación que orienten las creencias alimentarias de la gestante y de la madre en lactancia.

Actividad física

El ejercicio de intensidad moderada y practicado en forma regular, puede ayudar a aliviar algunas molestias y dolores asociados con la menstruación y la gestación; sin embargo, su prescripción requiere de un adecuado conocimiento de la fisiología del mismo y el reconocimiento de los factores de riesgo asociados a la gestación. Para las gestantes, la moderación es la clave para maximizar sus beneficios y evitar sus efectos adversos.

En todas las sociedades de hoy el entrenamiento físico y la actividad recreativa son partes integrales de los estilos de vida de muchas mujeres. La gestación, por tanto, no debería producir un estado de aislamiento, sino por el contrario, se espera que las gestantes que tienen un nivel moderado de actividad física puedan alcanzar o mantener un óptimo nivel cardiorrespiratorio y muscular durante toda la gestación y el posparto.

El papel de los profesionales de la salud que interactúan con la gestante, consiste en advertirle acerca de los beneficios del ejercicio físico, así como de las contraindicaciones, riesgos potenciales, signos de alerta y cuidados especiales.

Durante la gestación y la lactancia, con frecuencia, existe una conciencia creciente de autocuidado, de mantenimiento de la imagen corporal y una necesidad percibida de establecer o mantener hábitos saludables de una forma mucho más importante. Si no hay contraindicaciones médicas u obstétricas, las gestantes o madres en lactancia previamente sedentarias, pueden entrar en programas de ejercicio modificados para reducir riesgos de enfermedad.

No es claro el límite ni la intensidad del ejercicio conveniente durante la gestación. El Colegio Ameri-

cano de Obstetricia y Ginecología (CAOG) recomienda que la frecuencia cardíaca máxima (FCM) durante la gestación no debe exceder los 140 latidos por minuto.

Beneficios de la lactancia materna para la madre

La lactancia materna no solo es el factor protector por excelencia para el desarrollo integral de los niños y las niñas, sino también para la familia, el medio ambiente, la economía y el desarrollo sostenible. Sin embargo, en esta ocasión se hará referencia solo a los beneficios que el amamantamiento y la lactancia tienen para la madre:

- El contacto piel a piel favorece el apego y vínculo afectivo entre la madre y su bebé.
- El inicio temprano de la lactancia dentro de la media hora siguiente al parto reduce el riesgo de hemorragia posparto, segunda causa de mortalidad materna.
- El amamantamiento ayuda a la madre a reducir el exceso de peso después del parto.
- Amamantar genera seguridad a la madre, desarrolla su capacidad de criar y aumenta su autoestima.
- La lactancia materna exclusiva reduce el riesgo de un nuevo embarazo, siempre que se amamante de forma exclusiva, es decir, que no se le proporcione al bebé sino leche materna, a libre demanda (sin horarios), de día y de noche, y no haya llegado la menstruación.
- Dado que los niños y las niñas amamantados se enferman menos, se reduce el ausentismo laboral en la mujer trabajadora.
- Cuando se tiene el apoyo del padre durante el amamantamiento, se mejoran las relaciones de pareja y se estrechan los lazos afectivos.
- Una madre bien informada sobre la lactancia materna y cómo ponerla en práctica, con lazos familiares que la apoyen en su proceso de amamantamiento, reduce la probabilidad de presentar mastitis, fisuras, congestión mamaria, quistes de retención y molestias durante la lactancia.

Esta información se la deben suministrar en la EPS/ARS o en la institución de salud donde la madre acuda al control de embarazo, de manera tal que ella, el padre y la familia conozcan y exijan prácticas favorables a la lactancia en el parto y posparto, así como en la consulta de crecimiento y desarrollo.

Apoyo psicoafectivo durante la gestación y la lactancia

La familia es el soporte psicoafectivo más importante que debe tener toda gestante y toda madre durante su período de lactancia, las actitudes y la colaboración que ella reciba inciden en todo el proceso de gestación y de amamantamiento, y son determinantes en la reducción del riesgo de enfermar y morir por causas relacionadas con la gestación y en el éxito de una feliz lactancia natural.

A la familia siempre se le ha considerado como el centro de desarrollo del individuo, en particular, como de la sociedad, en general, no solo por su papel biológico en la reproducción humana, sino también como eje del desarrollo económico, social y cultural de la sociedad.

A través de la interacción entre los miembros de la familia, se constituye el sistema familiar en donde el individuo crece y se desarrolla. Para lograr un desarrollo positivo de la familia y los individuos y por ende de la sociedad, es necesario afianzar los lazos familiares entre el padre, la madre y los hijos y las hijas. Sin embargo, no todos los hogares se constituyen por lazos consanguíneos, pero quienes lo conforman se deben constituir en soporte para la gestante y la madre en lactancia, en cuanto se generen sentimientos de amor, cariño, comprensión, y se le dé protección y seguridad.

En este medio se reconocen las relaciones de autoridad y se organizan las competencias y responsabilidades de cada uno de sus miembros, surgen, entonces, la identidad, las características de la familia, su interacción y recursos de adaptación que le son propios⁶⁹.

De allí que cuando la madre queda en gestación o se propone amamantar a su bebé, este hecho se constituya en un acontecimiento familiar. En el Seguro Social se ha establecido una cultura por la Familia Gestante y la Familia Lactante, con el fin de involucrar a todos los miembros del hogar en torno a

la gestación y la lactancia y en los procesos de cambio que esta nueva situación genera, de manera tal que ayuden a la madre a tener sus propios espacios y establecer otros nuevos para su cuidado y el del bebé y la adaptación de la familia.

El papel que el padre desempeña es determinante en las relaciones familiares y en los riesgos psicosociales, como el estrés que se presenta en la madre. El apoyo emocional y el estado de ánimo inciden en la gestación, la crianza y el amamantamiento. La comunicación y el diálogo que se establece entre la pareja y los demás miembros de la familia son determinantes en las buenas relaciones y en las condiciones de una maternidad saludable y una feliz lactancia natural.

La voz amorosa que le indica a ese hijo el amor; la caricia al vientre que anticipa la calidad del contacto afectivo, y las relaciones armoniosas, íntimas y deseables entre papá y mamá, deben darle significado a ese nuevo ser que aprende, aun antes de nacer, que las relaciones entre los hombres y las mujeres pueden plantearse desde el punto de vista de amor y de placer. Una formación masculina desde la ternura permitirá el desarrollo de hombres comprometidos con sociedades facilitadoras de la tolerancia y la convivencia pacífica.

Cuando faltan estas condiciones, se incrementa el riesgo para la madre y su hijo de enfermar y morir, o de rechazar la gestación con las consecuencias psicosociales que tienen para ella y el bebé.

En el modelo biopsicosocial para la reducción de la mortalidad materna y perinatal, Delcy Cáceres da las pautas para trabajar los temores y creencias sobre el embarazo y el parto, tales como el miedo, la angustia, la ansiedad, el temor por ella misma, temor por el hijo por nacer, al dolor, a su capacidad reproductora, al contexto familiar, a que el hijo sea normal, al riesgo mismo de enfermar y morir ella o su hijo/a, al parto, a las malformaciones, a los procedimientos clínicos como la anestesia, a la relación de pareja, entre otros. De allí que se recomiende al personal de las instituciones de salud revisar siempre el modelo para reducir estos factores que afectan a la madre, a su pareja, a la familia y al niño o niña por nacer.

⁶⁹ Julián Herrera, Delcy Cáceres. *Aplicación de un modelo biopsicosocial para la reducción de la mortalidad materna y perinatal en Colombia*. Ministerio de Salud. Bogotá, 1997. Pág. 136.

FACTORES DE RIESGO

Son aquellos agentes internos o externos que aumentan o crean la posibilidad de desarrollar una enfermedad o una lesión⁷⁰.

Los factores de riesgo son circunstancias que aumentan o favorecen la posibilidad de enfermar o morir durante la gestación y el período de la lactancia. De estos eventos los más relevantes son: la malnutrición, las complicaciones hipertensivas, la diabetes, el parto prematuro, las infecciones urinarias, el parasitismo, así como las condiciones socioeconómicas y culturales, la violencia, el consumo de alcohol, tabaco y cigarrillo. Estas condiciones se agravan aproximadamente en el 20% de las mujeres que carece hoy de atención prenatal oportuna y adecuada.

Edad de la madre al nacimiento del primer hijo

La edad en la cual se inicia la vida reproductiva es factor determinante en la fecundidad de la población, en tanto que incide en la mortalidad materna, en la perinatal, en la infantil y en la tasa de abortos, además, que es un aspecto importante en la salud de la madre y del niño o niña. Según la ENDS/2000, la edad mediana al primer nacimiento es de 22.1 años, proporción que no ha tenido ninguna variación en los últimos 25 años. Entre la zona rural y la zona urbana se encuentra una diferencia de casi 2 años, 20.7 años en la zona rural y 23 en la urbana. El litoral Pacífico, La Guajira, Cesar y Magdalena es donde se inicia a más temprana edad, 20.1 y 20.5, respectivamente. La edad de la madre al primer nacimiento aumenta con el nivel educativo, las mujeres sin educación inician la procreación 3 años antes (19.4 años) que las que tienen secundaria (22.5 años).

Para el año 2000 la proporción de niñas de 15, 16 y 19 años que ya son madres disminuye con relación a 1995, en tanto que se incrementó la proporción de las que ya son madres entre los 17 y los 18 años. La edad al primer embarazo, para las que han tenido hijos nacidos vivos, es de 16.3 años; de estas, el 18% se embarazó antes de los 15 años, el 72% entre los 15 y los 17 años y el 10% después de los 17. Al incluir a las que están en embarazo por primera vez y las que han tenido pérdida, el promedio es de 16.6 años.

Consecuencias sociales y económicas de la procreación temprana: las mujeres que tienen el primer hijo antes de los 20 años tienen más probabilidades de recibir menos educación, tener menos posibilidades de empleo y menores ingresos, divorciarse o separarse de su compañero, tener deficientes condiciones de salud y nutrición y, en consecuencia, mayor riesgo de vivir en la pobreza. Si una joven se siente abrumada ante la perspectiva de sanciones sociales o familiares, puede escaparse o intentar suicidarse.

Gestaciones en edad extrema

La inmadurez biológica y emocional, frente a los cambios gestacionales y el aumento de la actividad metabólica y hormonal, son causas predisponentes de la toxemia en las mujeres jóvenes⁷¹. La edad y las enfermedades hipertensivas en la gestación se asocian a factores biológicos, culturales y socioeconómicos. Las madres muy jóvenes no están preparadas para asumir la responsabilidad que implica la crianza. Factores emocionales, tales como la inadaptabilidad psicológica frente a la gravidez, afecta el curso de la gestación y aumenta el riesgo para toxemia. Además, en estas edades es más frecuente encontrar madres solteras que enfrentan el rechazo y el abandono social y económico tanto de su familia como del padre del niño. Todo esto puede redundar en malnutrición, ausencia de atención en salud, problemas afectivos y, en muchos casos, en la necesidad de trabajar en condiciones adversas.

Hay un período en que la mujer está emocionalmente madura y biológicamente desarrollada para procrear; «a medida que avanza la edad, se hacen más aparentes complicaciones tales como la hipertensión esencial, la diabetes y la mola. Esto explica la predisposición a la toxemia sobreesangrada en pacientes gestantes de edad mayor» (ídem. Gómez Palacino. Pág. 34). Pasado el rango de edad apropiada para la gestación, comienzan a presentarse las enfermedades crónicas y el organismo se ve afectado por el deterioro natural, disminuyendo las condiciones óptimas para la reproducción. En este caso, el mayor ries-

⁷⁰ José Posada, Mayden Cardona y otros. *Lineamientos de Promoción de la Salud. Educación para el comportamiento humano*. Ministerio de Salud. Bogotá, 1995.

⁷¹ Falch, D., *Acta Méd. Scand.*, 205:91; 1979. Citado por J.A. Gómez Palacino. *Enfermedad hipertensiva del embarazo. Toxemia gravídica, gestosis*. Salvat. 1983.

go no es necesariamente la muerte del niño o la niña sino la presencia de enfermedades como por ejemplo el síndrome de Down, o el fallecimiento de la madre, hecho que a su vez afectará el bienestar del niño, o discapacidades que se hacen silenciosas porque la madre las oculta y, en la mayoría de los casos, no tienen atención médica adecuada ni oportuna.

Espacio intergenésico

El espacio intergenésico (espaciamiento de los hijos) hace referencia al tiempo transcurrido entre un nacimiento y otro. A mayor espacio entre el nacimiento de un hijo y el otro, menor es el riesgo para bajo peso al nacer, la desnutrición y la mortalidad infantil; así como para la mortalidad en los primeros años de vida. El espacio intergenésico se recomienda que sea mayor de dos años, porque es el tiempo que se requiere para la involución del útero.

Después del nacimiento, la madre debe recuperar su estado físico, nutricional y de salud antes de iniciar otra gestación, más aún si está amamantando. Cuando las gestaciones suceden a intervalos muy cortos, el siguiente niño o niña tiene mayor probabilidad de no encontrar condiciones óptimas para su formación, naciendo con bajo peso y deficiencias nutricionales que ponen en riesgo su vida.

La desnutrición y la mortalidad infantil se incrementan cuando hay nacimientos seguidos, la posible explicación es la interrupción de la lactancia. Si la madre está en gestación cuando el niño tiene apenas un año, el riesgo de muerte de este es mayor que si no lo está o no ha habido nacimientos posteriores cercanos.

En Colombia el promedio entre nacimientos según la ENDS/2000 de Profamilia, es de 37 meses, mayor al obtenido en 1995 que fue de 34 meses. El intervalo aumenta con la edad de las mujeres y con la sobrevivencia del nacimiento anterior y disminuye con el orden del nacimiento.

Con relación a la Encuesta de 1995, el intervalo aumenta en todos los grupos de mujeres, con excepción de las adolescentes (15 - 19) entre quienes permanece constante, con casi 20 meses, mientras que en mujeres con educación superior bajó de 48 meses a 45; en Bogotá de 43 a 41 y en el Valle de 48 a 42.

En las mujeres sin educación, el intervalo es de 34 meses y las que tienen educación universitaria es de 46. En la zona urbana el intervalo es de 40 meses, en tanto que en la rural es de 33, según la Encuesta/2000.

Multiparidad

La toxemia es más frecuente en la primigestantes. Al igual que en la edad, según Gómez Palcino⁷², se piensa que la incapacidad psíquica como física para establecer el equilibrio fetomaterno predispone a la toxemia. En las múltiparas la toxemia frecuentemente está asociada a factores vasculares, renales y hormonales. El mayor riesgo aumenta también por factores de herencia, raza, o biotipo.

El segundo y el tercer nacimientos acusan menor riesgo porque se ha modificado la mayoría de los problemas; a partir del cuarto o del quinto nacimiento, los tejidos están distendidos y son más frecuentes las rupturas uterinas, la mala presentación del feto, la placenta previa, y otras complicaciones de la gestación y del parto se presentan con mayor frecuencia.

También aumenta la probabilidad de gestaciones múltiples; por otra parte, está la competencia de los hijos por los cuidados de la madre y por los recursos de que dispone el grupo familiar.

Depresión posparto

Es el desajuste emocional que presenta la madre como consecuencia de los cambios fisiológicos, relacionados con la sensación de pérdida después del parto, además de la adaptación a su nuevo papel como madre.

Es un período transitorio que se presenta en el puerperio, tanto por factores de adaptación del ego como por cambios hormonales, fatiga, malestar, sobrecarga estimuladora o privación de estímulos afectivos. Cuando estas manifestaciones se presentan, se debe brindar un ambiente cálido y comprensivo o apoyo psicológico.

⁷² Ídem. Pág. 32.

Malnutrición

La malnutrición es una alteración orgánica ocasionada por un desequilibrio entre la ingesta de nutrientes y las necesidades nutricionales de la persona; puede deberse a un déficit o exceso en la ingesta de nutrientes, al no aprovechamiento biológico o al aumento de las necesidades metabólicas.

Dentro de la malnutrición debida a carencias de micronutrientes revisten interés para la salud pública: la deficiencia de yodo, de vitamina A y de hierro.

La deficiencia de micronutrientes provoca retraso del crecimiento, disminuye la actividad física, la productividad, la capacidad de trabajo, la resistencia a la fatiga y puede causar discapacidad y muerte. Los micronutrientes se denominan así porque el organismo solo necesita pequeñas cantidades que deben estar presentes en la alimentación o ingerirse como suplementos, dado que no los puede sintetizar.

La malnutrición por deficiencia de micronutrientes es también conocida como el hambre oculta, no guarda directa relación con las condiciones socioeconómicas, pues aunque exista un mayor consumo de energía y se disponga de mejores ingresos, las personas no seleccionan los alimentos por el contenido de vitamina A, hierro o yodo. Algunos micronutrientes están concentrados en muy pocos alimentos, de manera que una dieta más abundante o variada no necesariamente aumenta la ingesta de esos micronutrientes.

Inseguridad alimentaria

En cuanto a la disponibilidad de alimentos en el país, hay suficientes alimentos para toda la población, pero una gran proporción tiene limitado acceso a ellos por su condición socioeconómica.

El tema ha sido planteado desde tiempos atrás por organismos internacionales como la FAO. Debe reconocerse que el avance en materia práctica ha afrontado toda suerte de debates y episodios críticos, de tal forma que el resultado ha sido adecuar los criterios que definieron una situación de inseguridad alimentaria como base para resolver los problemas relacionados con la desnutrición y las enfermedades carenciales como: deficiente capacidad visual, mal

desarrollo óseo, anemia y deficiente desarrollo intelectual, entre otros. Si bien en los últimos años se ha producido un mejoramiento en los indicadores de calidad de vida en el país, persisten otros factores, fundamentalmente de naturaleza económica (tipo de ocupación e ingresos) que están afectando las condiciones de alimentación de la población más pobre, entre el 25 y el 40%.

Existe una relación directa entre los niveles de ingreso de los hogares y su capacidad para atender adecuadamente sus requerimientos en alimentación. De hecho, el principal componente de ingreso total de los hogares lo constituye el laboral; por tanto, si los ingresos laborales son bajos obligan al mantenimiento de una dieta de mínimo costo que al menos satisfaga el punto de saciedad de los individuos, independientemente de su aporte o balance energético.

Las gestantes y madres en lactancia son dos de los grupos más afectados, puesto que sus necesidades nutricionales están aumentadas y una situación de inseguridad alimentaria pone en riesgo de enfermar o morir tanto a la madre como al hijo.

Consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas

El tabaco, el alcohol o cualquier otra sustancia psicoactiva no deben consumirse durante la gestación ni la lactancia, porque se incrementan los riesgos tanto para la mujer como para su hijo o hija. Los riesgos para los hijos de madres bebedoras o consumidoras son mayores que en madres que no consumen ninguna de estas sustancias. En el caso del alcohol, este pasa a través de la circulación y la placenta, así como a través de la leche materna al bebé, siendo sus efectos de mayor intensidad para el niño que para la madre. El síndrome de fetopatía alcohólica en hijos de madres bebedoras se encuentra documentado⁷³.

El elevado consumo de alcohol en las mujeres gestantes se relaciona con teratogenicidad, donde se ha identificado un patrón de malformaciones denominado «síndrome de alcoholismo fetal». Las características relacionadas con este síndrome incluyen falta

⁷³ Hugo Gensini. IDI. *Pautas del desarrollo infantil intrauterino. Instrumento Educativo para la vigilancia y control del niño y la gestación en la madre*. Fundación Restrepo Barco. Bogotá. 1996.

de crecimiento prenatal y postnatal, retraso en el crecimiento, microcefalia, alteraciones oculares que incluyen pliegue epicántico, anomalías faciales y de las articulaciones esqueléticas. Estas mujeres también tienen un índice más elevado de abortos espontáneos, desprendimiento prematuro de placenta y niños con bajo peso al nacer.

El consumo de cigarrillo disminuye las defensas y aumenta el riesgo de enfermedades pulmonares, así como el bajo peso al nacer. Hugo Gensini, en este mismo estudio, afirma que numerosos estudios sugieren que el consumo de tabaco o cigarrillo se asocia al «incremento de los casos de aborto, retraso en el crecimiento intrauterino, mortalidad perinatal, placenta previa y desprendimiento precoz de la placenta, placenta previa, normalmente insertada debido a alteraciones de la función placentaria provocadas por la vasoconstricción que produce la nicotina, que repercute en el feto, aumentando la frecuencia cardíaca y disminuyendo los movimientos activos como consecuencia de la hipoxia transitoria»⁷⁴.

De igual manera, plantea Gensini, los riesgos biológicos, psicológicos y medioambientales se multiplican por diez en madres consumidoras o adictas a psicofarmacos.

Violencia intrafamiliar

La violencia generalizada que vive el país lo ha llevado a ocupar una de los primeros puestos entre los países más violentos del mundo. Esta violencia en la que crecen los colombianos se manifiesta no solo en el plano de lo político sino también en el interior de la familia como célula básica de la sociedad y en ella las principales víctimas son las mujeres y los niños que ven vulnerados de diferentes formas sus derechos.

Se define la violencia intrafamiliar como toda acción u omisión cometida por un miembro de la familia, mediante relaciones de poder, como el maltrato intencional, físico, psicológico, moral o sexual, agravio u ofensa. Constituye un deterioro en la calidad de las relaciones, en donde cada manifestación presenta una dinámica y un proceso particular, afectando la integridad y el bienestar de todo el grupo familiar.

La violencia se ha legitimado en la sociedad y en la familia colombianas como forma de relación

generalizada para la resolución de conflictos. Se ubica en el marco de la historia, en un cotidiano que se ha construido sobre la base de la no tolerancia, el no respeto por el otro, el maltrato y la negación del otro, como supuesto para garantizar la supervivencia individual. Aquí las mujeres gestantes y en lactancia se hacen en mayor medida más vulnerables y, por lo general, se convierten en las principales víctimas junto con el hijo por nacer o el lactante y el niño pequeño.

En este tipo de relación, el reconocimiento del otro se manifiesta a través de la fuerza, el miedo y el temor, como consecuencia de una ausencia de valores que legitiman el no-reconocimiento del otro, en un contexto donde se vulneran los derechos humanos y, entre ellos, los derechos sexuales y reproductivos y los derechos de los niños y las niñas.

La diversidad y complejidad de la violencia, sus diferentes dinámicas, actores y ámbitos coexisten en procesos de producción y reproducción, constituyendo redes que abarcan todas las instancias de la organización social: la familia, el trabajo, la calle, el vecindario, la escuela, y demás espacios que desde lo económico, lo jurídico, lo político, lo ideológico y lo cultural constituyen el llamado tejido social de la sociedad.

La alta prevalencia y gravedad de la violencia intrafamiliar queda demostrada por las consecuencias en la salud física y emocional de quienes la experimentan. Según Medicina Legal: “Dentro de los efectos fatales se encuentran en riesgo de homicidio, suicidio o mortalidad materna, y en los no fatales, pero de gran impacto y larga duración, se encuentran los ocurridos en la salud mental que involucran depresión, ansiedad, problemas sexuales, insomnio y desórdenes relacionados con la experiencia traumática, entre otros”.

En 1999, en Colombia fueron asesinadas por sus parejas 76 mujeres y 35 hombres. La tasa de violencia intrafamiliar fue de 149 x 100.000 hb. De los 62.123 casos registrados para este año por Medicina Legal, el 67% corresponde a violencia conyugal, el 17% a violencia ejercida por otros familiares y el 16% a maltrato a menores de edad.

Al compararlo con otros registros, el comportamiento es similar al de los años anteriores, aunque sí se reporta un mayor número de registros que pue-

⁷⁴ Ídem. Pág. 20.

den equivaler a una mayor sensibilidad frente al problema, a que la gente denuncia más o al mejoramiento de los mismos; sin embargo, el subregistro sigue siendo muy alto y estas estadísticas solo corresponden a las allegadas a Medicina Legal, la mayoría no se reporta por diferentes causas.

En el informe de Medicina Legal para 1999, se han incrementado las denuncias de los hombres; sin embargo, la tasa de mujeres maltratadas fue de 237 x 100.00 hb, lo que significa que fue 4 veces mayor que la de los hombres (58 x 100.000). Del total de los casos registrados por violencia conyugal, el 91% fueron mujeres, lo que significa que por cada hombre lesionado por su cónyuge se valoran 11 mujeres por la misma causa. Esta proporción tiene una tenencia a la baja de acuerdo con el análisis comparativo con años anteriores; por ejemplo, para 1996 fue 1 hombre por cada 14 mujeres, en 1997, 1 por cada 12 y en el 98, 1 por cada 11, igual que en el 99⁷⁵.

Por género, la tasa de violencia en el femenino fue 10 veces mayor que en el masculino. Por edad, la mayor proporción de mujeres lesionadas está entre las de 25 y 34 años de edad con un 43%, con una tasa de 253 x 100.000 hb, seguido de las de 15 a 24 años, con un 28% y una tasa de 174 x 100.000 hb. El grupo de 25 a 34 años fue el que mayor proporción de casos con lesiones físicas presentó, en este grupo se registraron 37.966 mujeres lesionadas físicamente por su cónyuge, que equivale al 44% del total⁷⁶. Las mujeres maltratadas aumentan la carga de la enfermedad, en tanto ellas consultan dos veces más que las mujeres no maltratadas.

Durante el 99, Medicina Legal realizó 12.485 reconocimientos médicos por delitos sexuales, lo que equivale a una tasa de 30 casos x 100.000 hb, con un incremento del 3%, 694 casos más que en el 98. Con relación al género, la violencia sexual fue mayor en las mujeres que en los hombres con un incremento del 6% más que el año inmediatamente anterior, en tanto que en los hombres fue del 1%. Respecto al número de casos en ambos géneros, el más afectado fue el grupo de 5 a 14 años en una proporción del 59%. Se resalta en el informe de Forensis que la población femenina en edad reproductiva fue un 20% mayor que en 1998, con un registro de 1.139 casos, lo que hace más vulnerable a las mujeres gestantes y en período de lactancia.

En la ENDS/2000 de Profamilia⁷⁷ se estableció que la violencia conyugal es muy frecuente en las

mujeres casadas o en unión, donde el compañero o el esposo ejerce control sobre ellas. El 65% manifestó que sus esposos tenían reacciones negativas contra ellas y ejercían control sobre ellas, especialmente en el Litoral Pacífico y en con un 78 y 76%, respectivamente. Las acciones más frecuentes son insistir en dónde se encuentran, les impiden tener amigos o amigas, las acusan de infidelidad, vigilan la manera como se gastan el dinero, y las menos frecuentes son limitar el contacto con la familia y desconocerlas en la toma de decisiones.

El 26% expresó el uso de términos desobligantes por parte de sus esposos o compañeros, y un 14% lo hace en público; el 34% ha experimentado amenazas tales como el abandono, quitarle los hijos, o quitarle el apoyo económico. La violencia física se calcula en el 41% de los hogares y se expresa mediante empujones, abofeteadas, golpes (en el 9% de los casos con un objeto duro o amenazan con armas), patadas, o han sido arrastradas o violadas por el esposo o compañero o heridas por una persona diferente a este. Estas proporciones no difieren significativamente a las encontradas en el grupo de 30 a 49 años, participantes en el estudio (ENDS/2000).

Según la encuesta «como consecuencia de los golpes recibidos por el esposo o compañero, el 54% de las mujeres afectadas informó que había quedado con moretones y dolores fuertes y el 10% con heridas profundas o huesos rotos. El 3% mencionó que estaba en gestación en el momento de la golpiza y el resultado fue un aborto o pérdida fetal y, finalmente el 2% tuvo pérdida parcial o total de un órgano»⁷⁸.

La violencia sexual es el resultado de los equívocos en que se han fundado las relaciones entre los sexos. Existe un gran subregistro de la violencia y el abuso sexual en el país; las cifras conocidas solo representan el 5% de los casos ocurridos. El 80% de los casos sucede al interior del hogar y el agresor es un familiar o conocido. Las víctimas no denuncian porque les da vergüenza, no tienen apoyo, no les creen y falta respuesta adecuada.

⁷⁵ Forensis. *Datos para la vida*. Medicina Legal. Cooperación Alemana para el Desarrollo, GTZ. 1999.

⁷⁶ Ídem.

⁷⁷ ENDS 2000.

⁷⁸ Ídem. Pág. 175.

Inequidad de género

La inequidad de género es una causa importante de violencia intrafamiliar que se manifiesta, entre otros, en la división sexual del trabajo, en menores oportunidades de educación y empleo, en la doble responsabilidad de jornadas de trabajo y en el aumento de hogares con jefatura femenina; según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Profamilia 1995, el 24% de los hogares está bajo la responsabilidad exclusiva de la mujer.

Se espera con la difusión de las Guías Alimentarias para las gestantes y madres en lactancia, que no solo se establezcan pautas para un mejor manejo de la situación alimentaria y nutricional de este grupo poblacional, sino que, además, se sensibilicen frente a las diferentes problemáticas que las hacen más vulnerables, como son las condiciones de pobreza, inequidad de género, desplazamiento por el conflicto armado, nivel educativo, acceso a los servicios, lugar de residencia, entre otros.

LINEAMIENTOS EN CASO DE DESPLAZAMIENTO FORZADO O DESASTRES NATURALES

A continuación se presentan los lineamientos dados por la Red de Grupos Pro Alimentación Infantil de América Latina, para orientar la acción en torno a la atención de las poblaciones en condiciones de desplazamiento forzado y en desastres naturales, donde las mujeres gestantes y en periodo de lactancia, así como los lactantes y niños pequeños (menores de 2 años), se constituyen en los grupos de mayor vulnerabilidad y, por tanto, deben ser sujetos de atención prioritaria.

- Apoyar primero a las gestantes y a las madres que se encuentran en período de lactancia, así como a los niños y a las niñas menores de 2 años de edad.
- Promover, proteger y apoyar la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida y con alimentación complementaria, como mínimo hasta los 2 años de edad.
- Contribuir a garantizar la seguridad alimentaria mediante la inocuidad de los alimentos, asegurando un adecuado transporte, distribución y canalización de los alimentos procedentes

de ayuda alimentaria destinada a la población infantil, gestantes y madres en lactancia.

- Prevenir y controlar la malnutrición en la infancia, en gestantes y madres lactantes, coordinando acciones y programas de apoyo humanitario, que den prioridad a estos grupos poblacionales.
- Garantizar el derecho a que se mantenga la unidad familiar, especialmente cuando se trata de lactantes y niños pequeños, para que permanezcan con sus padres.
- Aliviar los problemas ambientales y sanitarios, y prevenir las enfermedades infecciosas y parasitarias a que se ven expuestos por su condición de desplazamiento, emergencia o desastre y que afectan particularmente a las gestantes, las madres en lactancia y a los lactantes y niños pequeños.
- Prevenir y controlar las enfermedades prevalentes de la infancia, tales como las infecciones, las enfermedades transmisibles, la desnutrición y el maltrato a que se ven sometidos, especialmente la población infantil, abocada a esta situación.
- Por último, recomienda vigilar la vulnerabilidad alimentaria. Evaluar los problemas nutricionales identificando las necesidades alimentarias y la inseguridad alimentaria de esta población en condición de desplazamiento forzado y víctimas de desastres naturales.

BIBLIOGRAFÍA

ARTAL, R. BUCHENMEYER, P., *Exercise during pregnancy and post-partum*. *Contemporary, Ob/Gyn*, May, 1995.

BANCO MUNDIAL, *Lucha contra la malnutrición por deficiencia de vitaminas y minerales en los países en desarrollo*, Washington, 1996.

BARRERA, María del Pilar et al., *Determinación de parámetros antropométricos para la valoración nutricional de la gestante*, Revista Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, 1998.

CÁRDENAS, Noralba. et al., *Determinación de los parámetros antropométricos para la valoración nutricional de la gestante*, Revista Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia 1998, Vol. 46, No. 1.

CIFUENTES, ORTIZ y MARTÍNEZ, Aspectos perinatales del bajo peso al nacer en Cali, Colombia, Rev. Latinoamericana de Perinatol, 1987.

CORREA, François, *Proyecto Atención Integral a la Familia Indígena*, ICBF, ICAN, Bogotá, 1993.

DANE, *Boletín de estadística especial: Encuesta Nacional de Calidad de Vida 1997*, Bogotá, junio, 1998.

DANE, Dirección Técnica de Censos, *Dinámica y perspectivas demográficas nacionales, 1950-2000*, Bogotá, agosto, 1997.

DANE, *Proyecciones anuales de población por sexo y edad, Colombia 1985-2015*, Bogotá, D.C.

DANE, *Registro de defunciones, Ministerio de Salud, Programa de Desarrollo Humano*, 1996.

DNP, Programa Nacional de Desarrollo Humano, PNUD, ACCI, *10 años de Desarrollo Humano en Colombia*, Bogotá, D.C., enero, 2003.

DNP, ICBF, Misión Social, PNUD, *Familias colombianas: estrategias frente al riesgo*, Bogotá, D.C., noviembre, 2002.

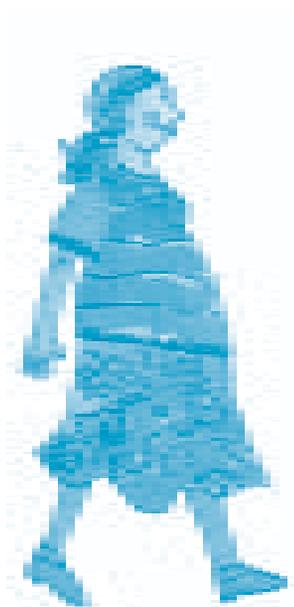
DNP, *Mercados Laborales en Colombia, 1982-1997*, Bogotá, 1997.

DNP, *Plan Nacional de Alimentación y Nutrición 1996-2005*, Bogotá, 1996.

ERICKSON y BJERKENDAL, *Mortalidad fetal e infantil en Noruega y Estados Unidos*, JAMA, 1982.

FAO, *Perfiles nutricionales por países, Colombia*, junio 2001.

FAO/OMS. *Conferencia Internacional sobre nutrición*. Roma, 1992.



GIRALDO, M. et al., *Estado nutricional de gestantes atendidas en hospitales de I y II Nivel de la Secretaría Distrital de Salud*, Tesis Universidad Javeriana. Bogotá, 1997 - 1998.

HERRERA, JA., *Epidemiología de la preeclampsia*, Colombia, Med, 1994.

INSTITUTO COLOMBIANO DE ANTROPOLOGÍA. *Informes Antropológicos N°6*, Bogotá, 1993.

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES, GTZ, Cooperación Alemana al Desarrollo, *Foresis, datos para la vida. Herramienta para la interpretación, intervención y prevención del hecho violento en Colombia*, Bogotá, D.C., 1999.

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIA FORENSES, *Comportamiento de las lesiones de causa externa en Colombia*, 1996.

KALHAN, S. et al., *Glucose production in pregnant women at term gestation*, Journal of Clinical Investigation, 1979.

MARTÍN LÓPEZ, Enrique, *Texto de Sociología de la Familia*, Instituto de Ciencia para la Familia, Universidad de Navarra, Madrid: Rialp, S.A., 1993.

MINISTERIO DE AGRICULTURA. DANE. PAN. DRI. *Encuesta Nacional de Alimentación, Nutrición y Vivienda*, Bogotá, 1981.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*, Bogotá, D.C. 2003.

MINISTERIO DE SALUD. Herrera J.A. *Aplicación de un modelo biopsicosocial*. Universidad del Valle, Colombia, 1997.

MINISTERIO DE SALUD, *Carga de la enfermedad*, Bogotá 1995.

MINISTERIO DE SALUD, INS. Castro et al., *Deficiencia de hierro, vitamina A y prevalencia de parasitismo intestinal en la población infantil y anemia nutricional en edad fértil*, Colombia, 1995-1996.

MINISTERIO DE SALUD y otros, *Plan decenal para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna 1998 – 2008*, Bogotá, D.C.

MINISTERIO DE SALUD, *La mortalidad materna en Colombia*, Bogotá, agosto, 1996.

MINISTERIO DE SALUD, Instituto Nacional de Salud, OPS Colombia, *Situación de Salud*, Indicadores Básicos 2002.

MINISTERIO DE SALUD, *Vida, salud y paz. El sector salud frente a la violencia en Colombia*, diciembre, 1996.

MOTERROSA, Álvaro, *Embarazo en la Adolescencia, implicaciones sociales y médicas*, Estetoscopio. Vol. 4, No. 1, 1997.

NADER, L., *El apoyo psicoafectivo durante la gestación*, Johnson, febrero 1999.

ORDOÑEZ GÓMEZ, Myriam, *La salud reproductiva de las adolescentes de 15 -19 años en Colombia*, PROFAMILIA - UNFPA. 2000. Bogotá, D.C.; nov/2002. Pág. 20.

Organización Mundial de la Salud, ONUSIDA., VIH y Alimentación Infantil. 1999.

PINEDO, Aldo, *Antropometría y hábitos alimentarios de grupos étnicos de Río Caquetá*, Boletín de Noticias de la Expedición Humana, N°11, Universidad Javeriana, Bogotá, 1991.

Population Reference Bureau. *Un sufrimiento oculto: discapacidades causadas por el embarazo y el parto en los países menos desarrollados*. Boletín Normativo 2002.

QUINTANA, I., *Conocimientos actuales sobre la mujer gestante por indicadores antropométricos*, Universidad Javeriana, Bogotá, 1997.

RANGEL, et al., *Vigilancia alimentaria y nutricional y factores de riesgo en el programa de atención prenatal Hospital San Juan de Dios*, Pamplona, Norte de Santander, PUJ, 1997.

PROFAMILIA, Asociación Probienestar de la Familia Colombiana, *Salud Sexual y Reproductiva en zonas marginales: situación de las mujeres desplazadas 2002*, Bogotá.

PROFAMILIA, Asociación Probienestar de la Familia Colombiana, UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Salud Sexual y Reproductiva 2000*, Bogotá.

PROFAMILIA, Asociación Probienestar de la Familia Colombiana, UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas. *La salud reproductiva de las adolescentes de 15 a 19 años en Colombia*. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000.

PROFAMILIA, Asociación Probienestar de la Familia Colombiana, UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1995*, Bogotá, octubre, 1995.

SEPE, SJ; CONELL, FA; GEISS, LS. et al., *Gestacional diabetes incidence, maternal characteristics and perinatal outcome*, Diabetes, 1985.

STREISSGUTH, A. et al., *Teratogenic effects of alcohol in humans and laboratory animals*, Science, 1980.

UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA, *La incidencia del aborto en Colombia*, Bogotá, 1992.

WATKINS, WE. POLLIT, *Stupidity or worms: Do intestinal worms impair mental performance*, Psychological Bulletin, No. 12, 1997.

