

# Caracterización de la población materno infantil atendida por la Fundación Éxito en Lloró, Chocó



UNIVERSIDAD CES  
Un compromiso con la excelencia

Benjumea, María Victoria

Caracterización de la población materno infantil atendida por la Fundación Éxito en Lloró, Chocó / María Victoria Benjumea. Medellín : Universidad CES. Editorial CES, 2018.

ISBN: 978-958-8674-89-6

104 páginas

1. Atención materno infantil 2. Salud materno infantil 3. Sistemas de salud 4. Pueblos indígenas 5. Lloró (Chocó) 7. Fundación Éxito

CDD : 614.07

## **Caracterización de la población materno infantil atendida por la Fundación Éxito en Lloró, Chocó.**

ISBN 978-958-8674-89-6

ISBNe 978-958-8674-91-9

Primera edición, diciembre de 2018

© María Victoria Benjumea Rincón

© Fundación Éxito

© Universidad CES © Editorial CES

Calle 10 A No 22-04, teléfono 4440555, ext. 1154-1641

<http://www.ces.edu.co/editorial>

[editorial@ces.edu.co](mailto:editorial@ces.edu.co)

Medellín Colombia

### **Dirección editorial**

**Roger David Sánchez Bravo**

Coordinador

**Catalina Ramírez**

Corrección de estilo

**Gretel Álvarez**

Diseño y diagramación

**Francisco Vélez Litografía**

Impresión

Impreso y hecho en Colombia

Este libro cumple con lo dispuesto por la normativa colombiana que regula el depósito legal, con el fin de “garantizar su conservación e incrementar la memoria cultural del país”

Las ideas expresadas en esta publicación por los autores, no comprometen a la Universidad CES o a su Editorial, frente a terceros. Está prohibido el uso total o parcial de esta obra sin autorización escrita de la Universidad CES, salvo las excepciones legales vigentes.

### **Fundación Éxito**

Coordinación del Proyecto

**Germán Jaramillo Villegas**

Director hasta julio de 2017

**Paula Escobar Gutiérrez**

Directora desde julio de 2017

**Diana María Pineda Ruiz**

Líder de Inversión Social y Gestión del Conocimiento

**Manuela Dumit Mejía**

Analista de Inversión Social y Gestión del Conocimiento

**Juan Carlos Burgos Castro**

Nutricionista de Inversión Social y Gestión del Conocimiento

**Joan Sebastián Arbeláez**

Asistente de Inversión Social y Gestión del Conocimiento

### **Equipo de investigación Universidad CES**

**María Victoria Benjumea Rincón**

Coordinadora proyecto

**Piedad Roldán Jaramillo**

Decana Facultad de Ciencias de la Nutrición y los Alimentos

**María Alejandra Agudelo Martínez**

Coordinadora de Investigación e Innovación Facultad de Ciencias de la Nutrición y los Alimentos

**Natalia Zuluaga Arroyave**

Docente. ND, Mg.

**Angélica Muñoz C.**

Docente. ND, Ph.D

### **Equipo de investigación Fundación Éxito**

**Diana María Pineda Ruiz**

Líder de Inversión Social y Gestión del Conocimiento

**Manuela Dumit Mejía**

Analista de Inversión Social y Gestión del Conocimiento

**Juan Carlos Burgos Castro**

Nutricionista de Inversión Social y Gestión del Conocimiento

**Joan Sebastián Arbeláez**

Asistente de Inversión Social y Gestión del Conocimiento

### **Equipo de Apoyo Administrativo y Operativo Universidad CES**

**Juan Diego Ruíz Roldán**

**Ana Carolina Pérez Duque**

**Juliana Andrea Bermúdez Carmona**

Nutricionista de campo

**Juliana Andrea Giraldo Beltrán**

Nutricionista de campo

**Laura Arango Restrepo**

Nutricionista de campo

**Oscar Mauricio Quintana Albarracín**

Bacteriólogo de campo

**Favio Alonso Vislan Utría**

Bacteriólogo de campo

**Marlon Antonio Carmona Parra**

Bacteriólogo de campo

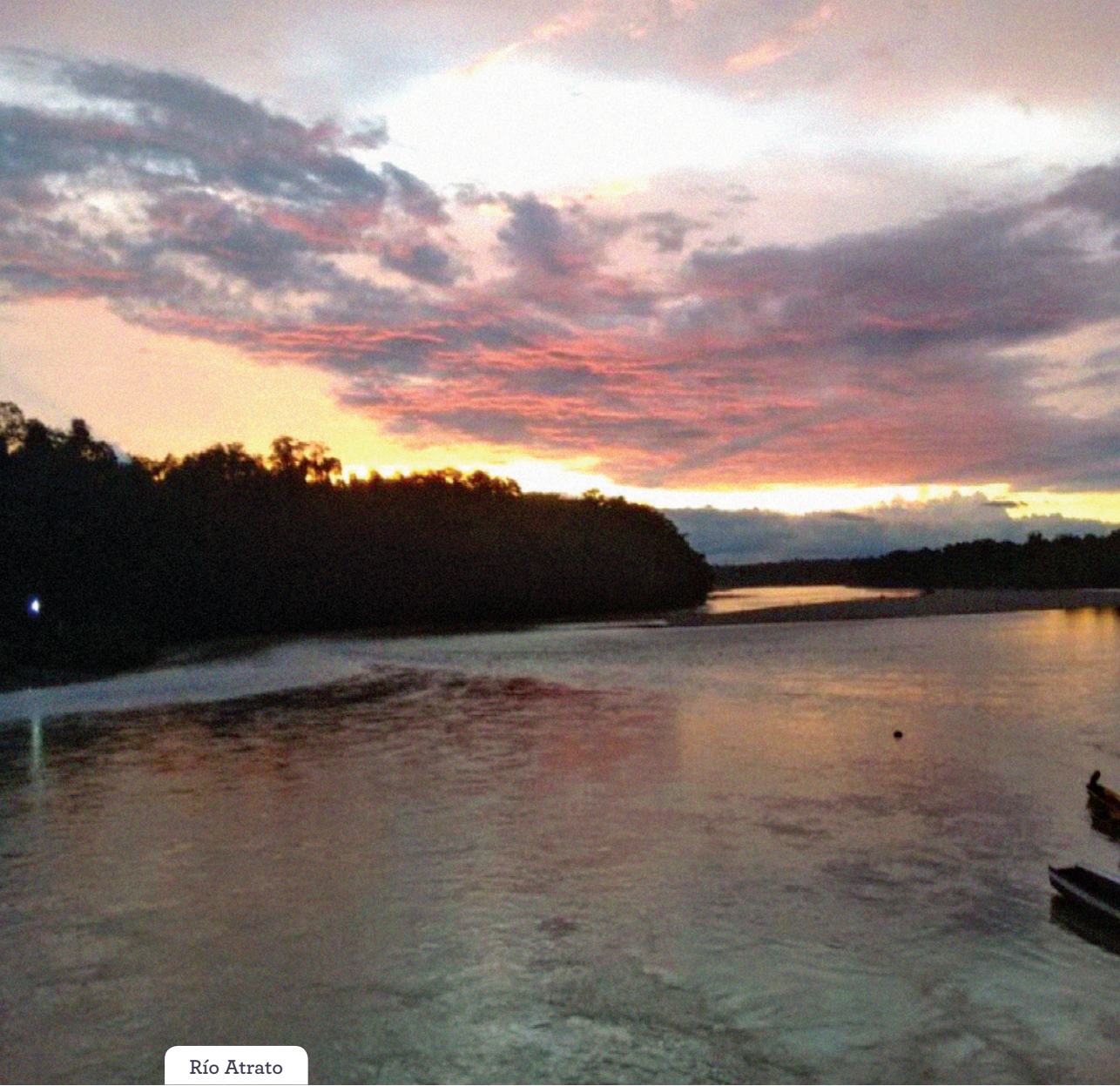
**Marta Lucía Cuéllar Cárdenas**

Coordinadora Operativa de Campo en Lloró



# Contenido

1.	Introducción	4
2.	Contexto del municipio de Lloró en Chocó	8
3.	Objetivos	14
4.	Materiales y métodos	16
5.	Resultados y discusión	24
	5.1. Menores de 2 años	25
	5.2. Las Gestantes	65
6.	Conclusiones y recomendaciones	90
7.	Bibliografía	93



Río Atrato

# 1. Introducción





**A**unque no se cuenta con cifras muy claras, se estima que el perfil de mortalidad y morbilidad de los pueblos indígenas y afrodescendientes es similar al de los grupos socioeconómicos más desfavorecidos de los países. Estos índices, no obstante, se ven agravados

por la discriminación y desigualdad dentro del sistema de salud: es evidente la inequidad en la salud, en las condiciones de vida y en la cobertura de los servicios básicos en las zonas donde habitan los pueblos indígenas y afrodescendientes<sup>(1)</sup>.

Colombia ha mejorado sustancialmente entre 1990 y 2015 en el control de la desnutrición crónica o retraso del crecimiento (26,1 % a 10,8 %)<sup>(2,3)</sup>, aunque sin lograr la meta de los “Objetivos de Desarrollo del Milenio” que era llegar al 8 %<sup>(4)</sup>. En el caso del departamento del Chocó la cifra de desnutrición crónica supera a la del país (15,7 % con respecto al del 13,2 % nacional)<sup>(2)</sup>. El retraso del crecimiento o la desnutrición crónica (baja estatura para la edad) indica un fracaso en el logro del potencial genético con el que nacemos para poder crecer<sup>(5)</sup>. Lo anterior también es causado por infecciones frecuentes y tempranas en la vida como diarreas, bronquitis, infecciones respiratorias, entre otras, por destete temprano antes de los 6 meses de vida, y por alimentación inadecuada para soportar el rápido crecimiento y desarrollo de los bebés y de los niños pequeños durante los críticos mil días de vida que transcurren entre el embarazo y el segundo cumpleaños del hijo<sup>(6)</sup>.

La manifestación física del retraso del crecimiento de los niños contrasta con el verdadero, nefasto e irreversible, impacto de la privación nutricional crónica temprana en la vida que se manifiesta en: alteraciones del desarrollo neurológico, deterioro cognitivo permanente, un

sistema inmunitario debilitado, y una susceptibilidad a enfermedades crónicas como a diabetes, enfermedades del corazón y a ciertos tipos de cáncer en la edad adulta<sup>(7)</sup>. Las investigaciones muestran que el daño causado por el retraso del crecimiento en el desarrollo del niño puede resultar en un bajo coeficiente intelectual<sup>(8)</sup>, bajas tasas de finalización de la escuela y bajo rendimiento educativo y laboral<sup>(9)</sup>. A nivel macroeconómico, el retraso en el crecimiento temprano en menores de 5 años les puede costar a los países hasta un 11 % de su PIB en términos de salarios más bajos y de pérdida de productividad por la afectación del desarrollo cognitivo de los niños<sup>(10)</sup>.

El retraso del crecimiento en una pareja genera hijos con desnutrición crónica, perpetuando así la pobreza intergeneracional. Los niños nacidos de mujeres con retraso del crecimiento tienen mayores probabilidades de tener un crecimiento atrofiado. De esta manera, este tipo de desnutrición refleja los efectos persistentes y acumulativos de la mala nutrición y de otros déficits que se extienden a través de varias generaciones<sup>(11-13)</sup>.



## A nivel macroeconómico, el retraso en el crecimiento temprano en menores de 5 años les puede costar a los países hasta un 11 % de su PIB

El retraso del crecimiento es tan omnipresente como persistente. A nivel mundial, 1 de cada 4 niños menores de 5 años atrofia su crecimiento<sup>(14)</sup>. Sin embargo, la mayoría (70 %) de 165 millones de niños con retraso del crecimiento en el mundo vive en países de ingresos medios<sup>(15)</sup>. Como tal, el retraso del crecimiento o desnutrición

crónica, como un indicador de desarrollo, puede proporcionar una fuerte medida del nivel de desigualdad presente en una sociedad en relación con los más vulnerables y marginados, en formas en que la medición tradicional de la pobreza por ingresos o por el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM), tal como se realiza en Colombia, no lo detecta<sup>(7,16)</sup>.

El uso del retraso del crecimiento como una forma de medir la pobreza es particularmente eficaz porque abordar este problema nutricional requiere acciones intersectoriales, un enfoque de sistemas (sistemas de seguridad alimentaria y nutricional, por ejemplo, de salud, agua y saneamiento y de protección social) y de la situación general de la mujer en la sociedad<sup>(17)</sup>. Por esta razón, el retraso del crecimiento ganó aceptación como un indicador de la agenda mundial de desarrollo pos 2015 y en las nuevas Metas Globales de Desarrollo<sup>(18)</sup>. Este tipo de desnutrición es el resultado de muchos factores, algunos directos como la mala alimentación, pero muchos indirectos como la mala salud, la educación de la madre (razón que contribuye a la mala alimentación de la familia, los bajos ingresos y la mala salud), el acceso al agua potable y al saneamiento (que contribuye a dejar problemas de salud), el corto espaciamiento de los nacimientos y la alta paridad, y de la pobreza en general<sup>(18)</sup>. Por lo tanto, para reducir el retraso del crecimiento se requiere una respuesta multisectorial dirigida a los más pobres y vulnerables y planeada en lo posible localmente y de largo plazo, además de controlar las otras formas de desnutrición como la aguda o emaciación en todas sus formas<sup>(19-21)</sup>.

Intervenir la desnutrición en la población indígena y afrodescendiente materno infantil de Lloró, Chocó, amerita considerar todos los determinantes de esta para lograr que el impacto de la Fundación Éxito con su estrategia “Gen Cero” sea de largo plazo en la población intervenida. Por todo lo planteado, el grupo de investigadores se propuso como objetivo general de este estudio describir a la población materno infantil atendida por la Fundación Éxito en Lloró, Chocó, mediante características sociodemográficas, culturales, alimentarias, nutricionales y de salud durante el mes de julio de 2017, para diseñar una intervención integral efectiva con los sectores involucrados.





Desembocadura del río Atrato

## 2. Contexto del municipio de Lloró en Chocó



**D**e acuerdo con lo publicado por Acosta-Ordoñez en 2015<sup>(22)</sup>, hace más de medio siglo el geógrafo Robert West decidió iniciar una investigación y viaje por el Pacífico colombiano. De su exploración resultó un concienzudo estudio en el que se definía al Pacífico como tierras olvidadas moldeadas por sus bosques y

clima tropical y húmedo, habitadas por un número relativamente pequeño de habitantes en el que predominaba la composición racial negra e indígena, producto de un proceso histórico colonial. De acuerdo con West (1957), pese a las riquezas mineras que se han extraído de estas tierras, en especial el oro y el platino, las condiciones de vida de esta población eran de subsistencia. El Pacífico entonces se resumía en una tierra con un atraso económico evidente, fundamentalmente, según West, por la ausencia de infraestructura de transporte, el aislamiento geográfico, la falta de tierras fértiles para explotación agrícola y posiblemente por una herencia cultural ancestral. Más de medio siglo después, la situación encontrada sigue siendo similar y deplorable y muestra con profunda preocupación el abandono del Estado en todas sus expresiones.

El municipio de Lloró está situado en la zona occidental del departamento del Chocó, parte alta del río Atrato, a 12 km del municipio de Atrato con una extensión total de 905 km<sup>2</sup>. Los asentamientos de sus pobladores se distribuyen a lo largo de cuatro ríos que lo rodean: Atrato, Andágueda, Capa y Tumutumbudó<sup>(23)</sup>.

El territorio se encuentra conformado por la cabecera municipal y nueve corregimientos: El Llano, Villa Nueva, Nipurdú, La Playa, La Vuelta, Villa Claret, Guaitadó, Las Hamacas y Boraudo. El municipio de Lloró cuenta con una población total de 11.284, distribuidos en 3.406 habitantes residentes en la zona urbana y 7.791 habitantes en la zona rural. Su temperatura promedio es de 26°C y es uno de los municipios con mayor nivel de pluviosidad en Colombia<sup>(23)</sup>.

Según las cifras presentadas por el DANE del Censo 2005, el 73,8 % de la población residente en este municipio se autoreconoce como negra, mulata o afrodescendiente y 25,9 % como indígena<sup>(23)</sup>.

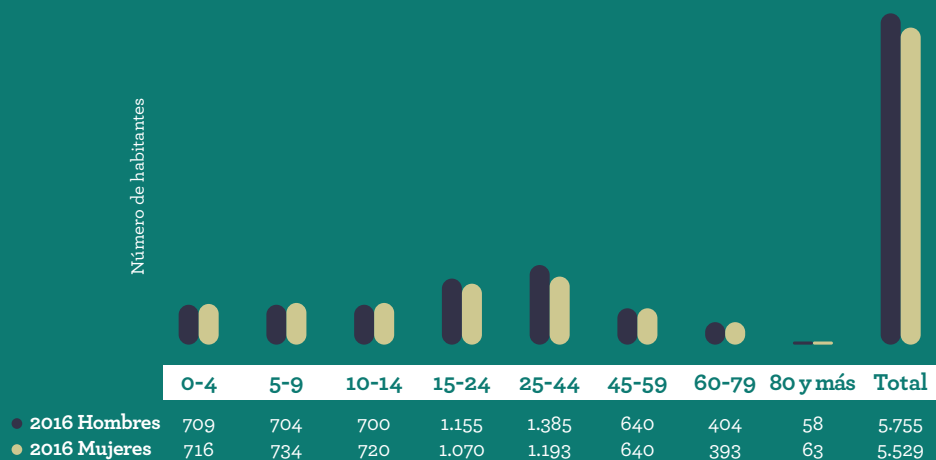
La población menor de 9 años en mayor proporción es de sexo femenino, y en los grupos de mayor edad, prevalecen los de sexo masculino, tal como se puede observar en la **figura 1**<sup>(23)</sup>.

El municipio de Lloró tiene particularidades poblacionales y de contexto territorial que se resumen así: población mayoritariamente joven, densidad poblacional de 12,3 personas por km<sup>2</sup>, 30,4 % de la población habita en el área urbana, 69,6 % de la población habita en el área rural, la esperanza de vida general es de 65 años. Para el 2015 se reportaron 1.818 personas en situación de desplazamiento, el territorio del municipio es primordialmente selvático, cuenta con limitadas vías de acceso terrestre y las principales amenazas son deslizamientos, inundaciones y sismos<sup>(23)</sup>.





## Ríos de Lloró para acceder a las comunidades indígenas y afrodescendientes



Fuente: ASIS 2016. Secretaría de Salud de Lloró. Agosto 2017

**Figura 1.** Población por sexo y grupo de edad en el Municipio de Lloró, 2016

En las tasas de mortalidad ajustadas por edad para enfermedades infecciosas en hombres se encontró que las enfermedades infecciosas intestinales ocuparon el primer lugar seguido de tuberculosis y de ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia. En las mujeres, la evidencia muestra que signos, síntomas y afecciones mal definidas ocuparon el primer lugar, seguido de tuberculosis y de las enfermedades infecciosas intestinales<sup>(23)</sup>.

En el grupo de edad de menores de cuatro años de ambos sexos, las enfermedades infecciosas y parasitarias ocuparon el primer lugar como causa específica de mortalidad<sup>(23)</sup>.

La tasa de mortalidad materna es de 181,6, la de mortalidad para menores de cinco años por IRA es de 42,48 muertes por cada 100.000<sup>(23)</sup>. La mortalidad materna se ha relacionado con la calidad de la atención durante el control prenatal y el parto, condiciones que en Lloró dejan mucho que desear, no solo por la calidad, sino porque la población indígena no asiste a consultas médicas, y cuando lo hace, no lo hace a tiempo, y por tanto los signos de alarma no pueden ser detectados oportunamente.

De acuerdo con las estadísticas del DANE (2017), el bajo peso al nacer en el municipio de Lloró es de 15,3 %, más de seis puntos porcentuales por encima que el de Colombia (9 %). Este indicador se relaciona con el estado nutricional de la embarazada y con variables como anemia, fumar, infecciones urinarias a repetición y baja asistencia al control prenatal<sup>(24)</sup>.

Con respecto a lo publicado en ASIS del Ministerio de Salud y Protección Social de 2016<sup>(25)</sup>, dos de las causas de mortalidad infantil en el departamento del Chocó descritas en la población indígena no están presentes en la población de otras etnias, es decir, las infecciones respiratorias agudas que representan el 5,54 % de todas las muertes y las deficiencias y anemias nutricionales que representan el 4,14 %<sup>(26)</sup>.







Niños indígenas de una de las comunidades visitadas





Equipo afrontando dificultades en el río

### 3. Objetivos





## General

**D**escribir a la población materno infantil atendida por la Fundación Éxito en Lloró, Chocó, mediante características sociodemográficas, culturales, alimentarias, nutricionales y de salud durante el mes de julio de 2017.

## Específicos

- Caracterizar sociodemográficamente a la población de estudio de Lloró y a su familia.
- Describir los antecedentes de consumo alimentario y de lactancia materna de la población objeto de estudio mediante frecuencia de consumo habitual de grupos de alimentos, tiempos de comida y preparaciones típicas.
- Evaluar el estado nutricional y de salud de la población de estudio mediante variables antropométricas y bioquímicas.



Dificultades en el desplazamiento

## 4. Materiales y métodos





## Tipo de estudio

**S**e llevó a cabo un estudio descriptivo de corte transversal en 160 menores de 2 años y en 32 gestantes, usuarios del programa de Mis Primeros Pasos (MPP) atendidos por la Corporación Infancia y Desarrollo (CID), en Alianza con la Fundación Génesis (FG) y con la Fundación Éxito (FE), que residían en 26 comunidades indígenas y afrodescendientes del municipio de Lloró, Chocó.

La selección de la población se orientó en los siguientes criterios de inclusión, los cuales fueron aplicados a la base de datos de Excel suministrada por la FG:

### ***Menores de 2 años usuarios de MPP:***

- Niños hasta 18 meses con riesgo de desnutrición aguda y desnutrición aguda sin signos clínicos de desnutrición.
- Niños hasta 18 meses con riesgo de talla baja y retraso en talla sin signos clínicos de desnutrición.

### ***Gestantes usuarias de MPP:***

Mujeres embarazadas con bajo peso hasta el segundo trimestre del embarazo.

***Las variables*** estudiadas fueron socioeconómicas, culturales y demográficas (sexo, edad, nivel educativo, etnia, ocupación, violencia, tipo de familia, tamaño del hogar, ingresos familiares, características de la vivienda y acceso a agua y a servicio sanitario), antropométricas (peso, longitud y talla, índice de masa corporal gestacional, desnutrición aguda, crónica y global), bioquímicas (hemoglobina, ferritina, PCR, anemia, anemia ferropénica), alimentarias (frecuencia de consumo de grupos de alimentos y tiempos de comida), percepción de felicidad de la gestante y asistencia al control prenatal.

## Técnicas y procedimientos

Después de que el Comité de Ética de la Universidad CES aprobó los dos consentimientos informados del proyecto, se invitó a los gobernadores de los cabildos indígenas y a los consejeros comunitarios representantes de las comunidades afrodescendientes a una reunión en el municipio de Lloró para presentarles el proyecto y el equipo de trabajo y así para obtener su consentimiento para la recolección de los datos en la población materno infantil de sus comunidades. Con el consentimiento firmado por los gobernadores y consejeros, se procedió a elaborar, con la coordinadora de campo y los coordinadores de la CID, los mapas de cada recorrido por los tres ríos correspondientes para acceder a las comunidades.

### *Medidas antropométricas de menores de 2 años y de las gestantes*

La calidad de la información que aquí se presenta, hace parte de un proceso continuo de capacitación, entrenamiento y estandarización de las nutricionistas de campo, previo al inicio del operativo en campo abierto y durante su desarrollo. En la ejecución operativa, además de las mediciones antropométricas, se evaluó el registro de los datos en el formulario como estrategia de control de calidad y medida de protección de la información al finalizar cada día de trabajo. Para complementar esta acción, después del operativo de campo, se llevó a cabo un proceso de depuración en la base de datos a partir de los límites teóricos aceptables para cada medida antropométrica, sexo, grupo de edad e indicador<sup>(27)</sup>.

Para la toma de las medidas antropométricas se consideraron las técnicas propuestas por Lohman y col<sup>(28)</sup> y el uso de equipos antropométricos marca SECA de gran precisión y calidad, acordes con la demanda operativa de la investigación. Los niños menores de 2 años fueron evaluados con los indicadores antropométricos que respondieron a los objetivos del estudio, y con el uso de los patrones de crecimiento de la Organización Mundial





Obtención de la talla a una gestante indígena

de la Salud (OMS)<sup>(29)</sup>: longitud para la edad, que permitió identificar el retraso del crecimiento o la desnutrición crónica y peso para la longitud el cual aportó información sobre la desnutrición aguda.

Las gestantes fueron evaluadas con el índice de masa corporal gestacional (IMC/G) de la gráfica de Atalah y col, validada y adoptada en Colombia por la Resolución 2465 de 2016<sup>(30)</sup>, por su mayor capacidad para identificar posible riesgo de nacimientos de bebés con peso menor de 3.000 g o peso insuficiente<sup>(31)</sup>.

Los puntos de corte para clasificar cada categoría del estado nutricional fueron los adoptados en la Resolución 2465 previamente referida<sup>(30)</sup>.

El análisis de los datos antropométricos para estimar el puntaje Z de los indicadores antropométricos de los niños se llevó a cabo con el software libre de la OMS Anthro<sup>(32)</sup>. Para la captura de los datos se elaboró una base de datos en Excel la cual se exportó luego al software SPSS v 21 en español.

### ***Muestras de sangre para obtener los analitos de hemoglobina, ferritina y PCR de menores de 2 años y de gestantes***

La estandarización de los bacteriólogos de campo, el análisis de las muestras de sangre y su control de calidad estuvieron a cargo del Instituto Nacional de Salud. Después de la firma del consentimiento informado, de la autorización del representante legal para el uso de información personal del menor del Tablero de Gestión

de la Fundación Éxito (*Habeas data*) y de la toma de las medidas antropométricas, se procedió a analizar a la población materno infantil sujeto de evaluación, a la que se le extrajo una muestra individual de 2 cc de sangre venosa.

### ***Determinación de hemoglobina***

La concentración de hemoglobina se determinó por el método colorimétrico utilizando el sistema *HemoCue*, el cual permitió evaluar la concentración de hemoglobina por el método de azidametahemoglobina, donde el desoxicolato de sodio hemolizó los glóbulos rojos y liberó la hemoglobina. El sistema *HemoCue* es un método de diagnóstico inicial rápido, útil y económico, manejado con un equipo portátil que lo hace idóneo para su uso en campo y que consta de un fotómetro para la lectura y micro cubetas plásticas desechables que contienen el reactivo químico necesario para obtener resultados de hemoglobina. Durante el trabajo de recolección de muestras se utilizaron calibradores y controles para hacer las curvas de control de calidad en los tres niveles de medición y garantizar la confiabilidad de los resultados. La Organización Panamericana de la Salud recomendó que para estudios poblacionales en la medición de la concentración de hemoglobina se utilice la determinación por el sistema *HemoCue* con el respaldo de los calibradores y controles de calidad apropiados<sup>(33)</sup>. La clasificación de anemia se realizó con una Hemoglobina <11 mg/dl<sup>(33)</sup>.

### ***Determinación de ferritina***

Para las mediciones de las concentraciones de ferritina plasmática, se utilizó el método de referencia por quimio-luminiscencia natural directa, que es un inmunoensayo tipo sándwich y se llevó a cabo en el ADVIA Centauro. Durante el procesamiento de las muestras se utilizaron calibradores específicos y un pool de material de referencia para hacer las curvas de control de calidad en los dos niveles de medición y garantizar la confiabilidad de los resultados. La clasificación de deficiencia de hierro se llevó a cabo cuando la ferritina fue <12 mcg/ml<sup>(33)</sup>.



## Los tres bacteriólogos del proyecto enviaron diariamente al Instituto Nacional de Salud las curvas de calibración que realizaban en la mañana antes de salir a campo

### ***Determinación de proteína C reactiva ultrasensible***

La determinación cuantitativa de PCR en suero se realizó por turbidimetría en el Dimension. Cuando la PCR reacciona con un anticuerpo específico, en presencia de polietilenglicol, se forman inmunocomplejos precipitantes que se determinan por turbidez de forma directamente proporcional a la muestra a una longitud de onda de 340 nm utilizando una curva de calibración. Durante el procesamiento de muestras, se utilizaron calibradores específicos y pool de material de referencia para hacer las curvas de control de calidad en los dos niveles de medición y garantizar la confiabilidad de los resultados. Se realizaron mediciones de proteína C reactiva para descartar falsos negativos en la determinación de ferropenia. Por lo tanto, individuos con valores  $>0,5$  mg/dL de proteína C reactiva fueron excluidos de la clasificación de ferropenia<sup>(33)</sup>.

Para el control de calidad (gráfica de Levey Jennings) de la hemoglobina con el Hemocue, los tres bacteriólogos del proyecto enviaron diariamente al Instituto Nacional de Salud las curvas de calibración que realizaban en la mañana antes de salir a campo.



Obtención de la muestra de sangre a un niño afrodescendiente



Entrevista a la madre sobre la alimentación del niño, responde el padre





### **Consumo de grupos de alimentos de menores de 2 años**

La evaluación del consumo de alimentos del menor de 2 años y de la gestante tuvo en cuenta los referentes existentes sobre el tema<sup>(34)</sup> y la experiencia publicada en el Estudio Nacional de la Situación Alimentaria y Nutricional de los Pueblos Indígenas de Colombia (ENSANI) 2012-2014<sup>(35)</sup> y en la ENSIN 2015<sup>(3)</sup>.

### **Información sobre condiciones socioeconómicas, demográficas y de salud**

Los referentes para la selección de estas variables fueron la ficha de caracterización socioeconómica del SISBEN III<sup>(36)</sup>, la ENSIN 2015<sup>(3)</sup> en su componente de población y territorio y algunos formularios de investigaciones previas de la Fundación Éxito. En el mismo momento de contacto con el cuidador del menor de 2 años, y con la gestante y en presencia del traductor de la comunidad, se procedió a realizar la entrevista con el formulario que se había diseñado para tal fin. El proceso de diligenciamiento duró alrededor de 2 horas por persona debido a la presencia requerida del traductor y de la familia de la gestante y del niño en el caso de las comunidades indígenas.

## **Análisis de los datos obtenidos y software**

Después de seleccionar a los niños en la base de datos de la FG, se diseñó una base en Excel para digitar los datos correspondientes a las variables del estudio.

Las variables cualitativas fueron descritas mediante frecuencias absolutas y relativas y las cuantitativas, con promedio, desviación estándar, mediana, mínimo y máximo. El análisis de los datos se llevó a cabo con el software SPSS v 21 en español.

Los resultados se presentaron en tablas y figuras y se acompañaron con registros fotográficos de los distintos momentos vividos con las comunidades afrodescendientes e indígenas de Lloró.





Adolescente gestante indígena con su hijo

## 5. Resultados y discusión



## 5.1. Menores de 2 años

### 5.1.1. Características socioeconómicas y demográficas de los menores de 2 años y de sus hogares

**L**a población de estudio estuvo conformada por 160 menores de 2 años, con edad promedio de  $10,2 \pm 6$  meses entre los niños afrodescendientes y de  $12,8 \pm 7$  meses entre los indígenas. La distribución por sexo mostró que menos de la mitad (48 %) eran niñas, tal como se observa en la [figura 2](#). De otro lado, un poco más de la quinta parte (24,4 %,  $n= 39$ ) de los niños tenía menos de 6 meses al momento de la obtención de los datos ([tabla 1](#)).





Niña indígena evaluada por el equipo de la Universidad CES





**Tabla 1.** Distribución porcentual de los niños según sexo y edad

Niños en el primer semestre de su vida			Niños mayores de 6 meses		
Sexo	n	%	Sexo	n	%
Hombre	20	51,3	Hombre	63	52,1
Mujer	19	48,7	Mujer	58	47,9
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>100</b>



**Figura 2.** Distribución porcentual de los niños evaluados por sexo. Municipio de Lloró, 2017

En la tabla 2 se describen las 26 comunidades donde habitaban los niños según su edad. Para ambos grupos de edad, la zona urbana de Lloró fue la más representativa. Al preguntarle a la madre de los niños sobre su etnia, 45,5 % refirió que era indígena y 54,5 %, afrodescendiente.

**Tabla 2. Distribución porcentual de los niños según edad y comunidad de residencia**

Niños en el primer semestre de su vida			Niños mayores de 6 meses		
Comunidad de residencia	n	%	Comunidad de residencia	n	%
Bora udo	8	20,5	Antolino	3	2,5
Canchidó	1	2,6	Boraudo	1	0,8
Chimburru	1	2,6	Chagaramia	3	2,5
Jiguado	2	5,1	Chirriquí	3	2,5
Kipara	1	2,6	Cumá	6	5
<b>Lloró</b>	<b>12</b>	<b>30,7</b>	Currupe	3	2,5
Mindo	3	7,7	Gerbacio	2	1,7
Murando	2	5,1	Hurtadó	1	0,8
Nipurdú	2	5,1	Jiguado	5	4,1
Nuevo Lloró	1	2,6	Kipara	3	2,5
Parruguera	3	7,7	Lana	6	5
Playa	1	2,6	<b>Lloró</b>	<b>29</b>	<b>23</b>
Tiravenado	2	5,1	Mindo	4	3,3
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100</b>	Mumbú	3	2,5
			Murando	3	2,5
			Nipurdú	2	1,7
			<b>Nuevo Lloró</b>	<b>16</b>	<b>13,2</b>
			Parruguera	1	0,8
			Peñaloza	3	2,5
			Playa	3	2,5
			Playón	6	5
			Tegavera	4	3,3
			Tiravenado	7	5,8
			Toco Lloró	4	3,3
			<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>100</b>

En lo que respecta al estado civil, el nivel educativo y la ocupación de las madres de los niños, en las tablas 3 a la 5, se pueden observar las diferencias entre ellas según la etnia (afrodescendiente con respecto a indígenas). En el caso del estado civil, en ambos grupos de madres, se destacó la unión libre (tabla 3); en el nivel educativo alcanzado, llamó la atención el alto porcentaje de madres indígenas sin ningún tipo de educación y el de madres afrodescendientes con un nivel educativo superior (técnico, tecnológico, universitario), comparado con las madres indígenas (tabla 4); en lo concerniente a la ocupación de las madres, la mayoría era ama de casa (tabla 5) y fue notorio que las madres indígenas no tenían ningún empleo remunerado en comparación con las madres afrodescendientes.

**Tabla 3. Distribución porcentual del estado civil de las madres de los niños según etnia**

Estado civil de la madre	Afrodescendiente		Indígena	
	n	%	n	%
Casada	3	3,5	1	1,4
Soltera	14	16,5	0	0
Unión libre	68	80	71	97,2
Viuda	0	0	1	1,4
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>100</b>	<b>73</b>	<b>100</b>



**Madre afrodescendiente alimentando su hijo**

**Tabla 4. Distribución porcentual del nivel educativo de las madres de los niños según etnia**

Nivel educativo de la madre	Afrodescendiente		Indígena	
	n	%	n	%
<i>Ninguno</i>	5	5,9	56	76,7
Primaria completa	6	7,1	0	0
Primaria incompleta	16	18,8	11	15,1
Secundaria completa	16	18,8	1	1,4
Secundaria incompleta	33	38,8	2	2,7
Técnica completa	2	2,4	0	0
Tecnológico incompleto	1	1,2	2	2,7
Universidad completa	3	3,5	0	0
Universidad incompleta	3	3,5	1	1,4
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>100</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

**Tabla 5. Distribución porcentual de la ocupación de las madres de los niños según etnia**

Ocupación materna	Afrodescendiente		Indígena	
	n	%	n	%
Ama de casa	72	84,6	67	91,8
Desempleada	2	2,4	0	0
Empleada	6	7,1	0	0
Estudiante	4	4,7	1	1,4
Minería	1	1,2	0	0
Agricultura	0	0	5	6,8
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>100</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

Al comparar el nivel educativo de los padres de los niños con el de sus madres, se encontró mayor cualificación académica entre los hombres, en especial, entre los afrodescendientes. El nivel educativo de las madres indígenas, tal como puede verse en la tabla 4, fue muy inferior al de los padres de la misma etnia (tabla 6).

**Tabla 6. Nivel educativo del padre**

Nivel educativo del padre	Afrodescendiente		Indígena	
	n	%	n	%
Ninguno	8	9,4	21	28,7
No sabe	6	7,1	0	0,0
Primaria completa	8	9,4	4	5,5
Primaria incompleta	17	20,0	13	17,8
Secundaria completa	20	23,5	14	19,2
Secundaria incompleta	21	24,7	18	24,7
Técnica completa	1	1,2	0	0,0
Técnica incompleta	1	1,2	0	0,0
Tecnológico incompleto	0	0,0	1	1,4
Universidad completa	2	2,4	1	1,4
Universidad incompleta	1	1,2	1	1,4
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>100</b>	<b>73</b>	<b>100</b>



**Al comparar el nivel educativo de los padres de los niños con el de sus madres, se encontró mayor cualificación académica entre los hombres, en especial, entre los afrodescendientes**

El tamaño del hogar de los niños afrodescendientes fue de 4,5 personas (mediana) y de 6,5 personas entre los hogares indígenas. En los hogares afrodescendientes, la edad mínima materna fue de 16 años y la máxima de 41 y en los indígenas, fue de 17 años la mínima y de 57 la máxima.

La mediana de la edad de los padres fue de 28,5 años entre los afrodescendientes y de 30 años entre los indígenas. En la [tabla 7](#) se presenta la distribución de la población según el tipo de familia que primaba en las comunidades visitadas. Como puede observarse, entre los indígenas la familia nuclear prevaleció, mientras que entre los afrodescendientes fueron la nuclear y la extensa en similares proporciones.

**Tabla 7. Distribución porcentual del tipo de familia de los niños según etnia**

Tipo de familia	Afrodescendiente		Indígena	
	n	%	n	%
Extensa	40	47,1	24	32,9
Nuclear	41	48,2	49	67,1
Reconstituida	4	4,7	0	0
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>100</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

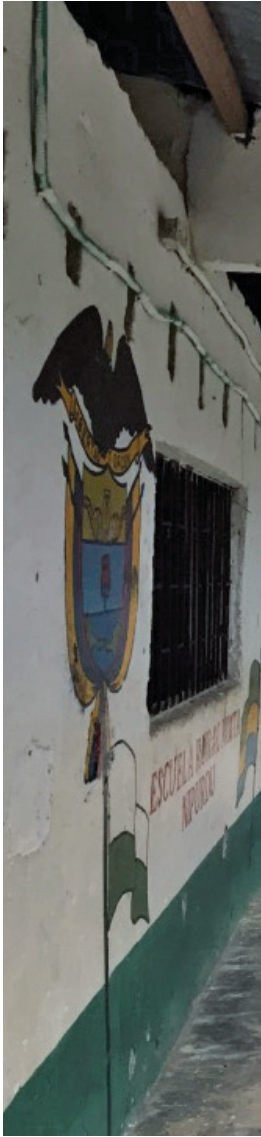
Los ingresos familiares referidos por las madres de los niños fueron muy bajos en los hogares de ambas etnias, como puede verse en la [tabla 8](#).

**Tabla 8. Distribución porcentual de los ingresos familiares de los hogares de los niños según etnia**

Ingresos del hogar del niño	Afrodescendiente		Indígenas	
	n	%	n	%
Ninguno	5	5,9	15	20,5
< 1 SMLV (menos de \$ 737 717)	62	72,9	44	60,3
1 SMLV (igual a \$ 737 717)	14	16,5	3	4,1
Entre 2 y 3 SMLV (Entre \$ 1 475 434 y \$ 2 213 151)	1	1,2	5	6,8
No sabe	3	3,5	6	8,2
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>100</b>	<b>73</b>	<b>99,9</b>

# Características de las viviendas y acceso a los servicios públicos

Las viviendas de los niños afrodescendientes e indígenas fueron diferentes en tamaño, estilo de diseño, distribución comunitaria, dotación, materiales de construcción, condiciones higiénicas y distribución de los espacios. Por ejemplo, en el caso de las habitaciones para dormir, los hogares de los niños indígenas solo contaban con una







Comunidad afrodescendiente

habitación grande como espacio acondicionado para cocinar y dormir, sin menaje ni dotación para dormir, mientras que las viviendas de los hogares de los niños afrodescendientes tenían entre dos y tres habitaciones para dormir, estaban dotadas con camas, tenían un espacio separado para cocinar y otro para departir y comer (ver registros fotográficos).





Vivienda indígena con emisión de humo

El material de construcción de las viviendas de los hogares afrodescendientes fue básicamente madera y el de los indígenas palma y madera. Fue común en los hogares de ambas etnias observar el uso de la leña como combustible para cocinar, material altamente contaminante y que presenta riesgo para la salud por su relación con problemas respiratorios<sup>(37)</sup>. La combustión de biomasa en los hogares, expone considerablemente a la población a contaminantes importantes. Esta exposición es probablemente mayor que la causada por el uso mundial de combustibles fósiles y alcanza su mayor intensidad entre las mujeres y los niños pobres de los países en desarrollo, tanto en las zonas rurales como en las urbanas, ya que



estos sectores de la población son los que más suelen estar presentes mientras se cocinan los alimentos con leña<sup>(37)</sup>. De igual manera, existe también evidencia creciente de que la inhalación del humo de combustibles de biomasa, especialmente de leña, es una causa relevante de EPOC en los países en vía de desarrollo<sup>(38)</sup>.

Al indagar sobre el tipo de iluminación usada en las viviendas, las madres indígenas refirieron que se hacía a base de vela y las afrodescendientes con luz eléctrica y lámparas de petróleo. La distribución de las viviendas en las comunidades indígenas era separada una de la otra, mientras que en las comunidades de los afrodescendientes era contigua, como se muestra en los registros fotográficos.



Cocina de hogar indígena



Cocina de hogar afrodescendiente



Espacio para dormir en hogar indígena

Las condiciones higiénicas de las viviendas y de las personas fueron muy diferentes y aunque ambos grupos étnicos usaban el río para bañarse y hacer sus necesidades fisiológicas (pues no contaban con agua potable para el consumo y uso humano ni con inodoro), entre otras actividades cotidianas de las personas, las viviendas y su entorno (manejo de basuras, aseo personal, aseo de la vivienda y manejo de animales domésticos), se diferenciaron notablemente entre los afrodescendientes y los indígenas. Los primeros estaban más preocupados por el aseo de su entorno, de sus viviendas y por su presentación y aseo personal en comparación con los indígenas (registros fotográficos).

La higiene oral y el estado de la dentadura de la población indígena generaron muchas preocupaciones entre los investigadores, pues no sobra recordar la relación existente entre la enfermedad periodontal y el bajo peso al nacer, ya descrita por muchos investigadores previamente<sup>(39-41)</sup>. No está claro si existe una causalidad verdadera o solo una asociación entre la enfermedad periodontal y otras afecciones sistémicas, incluida la enfermedad vascular aterosclerótica, la enfermedad pulmonar, la diabetes, las complicaciones relacionadas con el embarazo, la osteoporosis y la enfermedad renal. La diabetes tiene una relación bidireccional con la enfermedad periodontal y hay una fuerte evidencia de que el tratamiento de una afección tiene un impacto positivo en la otra. Un rasgo compartido de la enfermedad periodontal y estas afecciones médicas es que son afecciones crónicas que tardan mucho tiempo en desarrollarse y llegar a ser clínicamente significativas. La prevención primaria (tratar al paciente antes del inicio de los síntomas, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, complicaciones diabéticas o enfermedad periodontal significativa) es el desafío. Las complicaciones asociadas con estas afecciones causan una morbilidad y mortalidad significativas y son increíblemente costosas para el sistema de salud. Desafortunadamente, la falta de acceso a la atención médica u odontológica primaria impide que algunos pacientes acudan al sistema de salud hasta que se produce un evento negativo<sup>(42)</sup>.







Cocina de vivienda en comunidad afrodescendiente



Cocina de vivienda en comunidad indígena



Condiciones externas de vivienda indígena





Manejo de basura y deshechos  
en comunidad indígena

Desafortunadamente, el acceso a los servicios de salud en estos dos grupos de población es muy difícil dadas las dificultades para acceder al transporte fluvial y por sus costos.

En lo pertinente a la dotación de electrodomésticos, las diferencias entre los grupos étnicos fueron sustanciales, pues los indígenas en algunos casos solo contaban con radio y los hogares afrodescendientes con casi todo lo necesario para realizar las tareas domésticas, tal como se puede ver en las fotos adjuntas.

La presencia de animales domésticos y para el consumo en las viviendas de los niños fue ligeramente diferente entre ambos grupos étnicos, pues los indígenas contaban con gallinas, cerdos y perros y los afrodescendientes, tenían gallinas, perros y gatos en sus viviendas.

La violencia contra la mujer, en especial contra la indígena, fue muy evidente en todos los aspectos de la vida. Por ejemplo, mientras que las mujeres afrodescendientes podían responder a la entrevista solas y sin la presencia del compañero permanente, las indígenas debían hacerlo en presencia de un traductor hombre, o de su compañero permanente o de su suegro. De otro lado, al preguntar sobre la percepción de violencia, refirieron las que pudieron contestar, que la forma más común de violencia era física, seguida de la verbal. Además, comentaron también que, por motivos de consumo de alcohol, se presentaban riñas entre los vecinos y maltrato físico para ellas.



Madre afrodescendiente  
lavando la ropa y los enseres  
de la cocina en el río





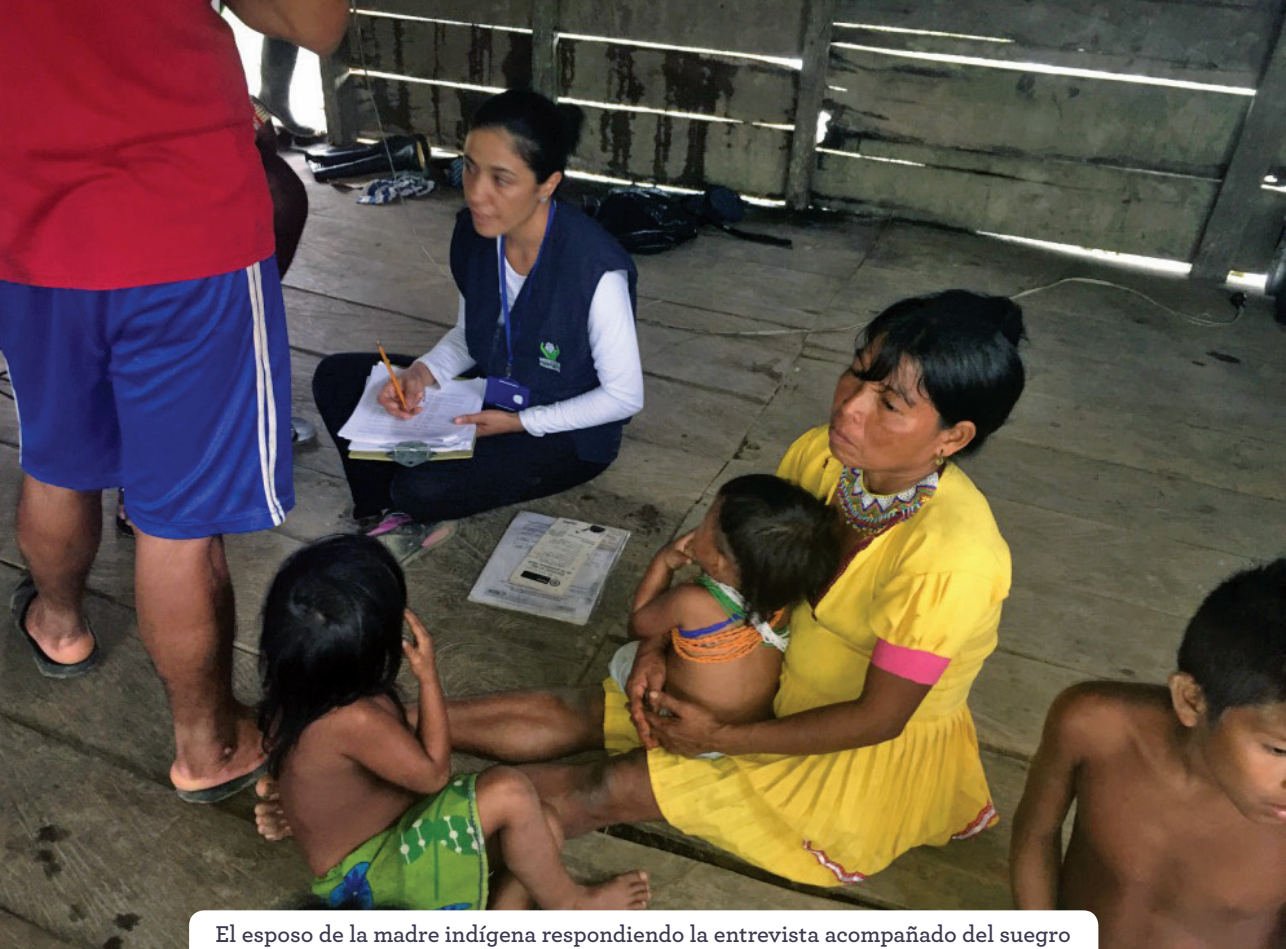
Convivencia con animales domésticos comunidad afrodescendiente



La violencia contra la mujer indígena fue muy evidente en todos los aspectos de la vida. Por ejemplo, debían responder la entrevista en presencia de un traductor hombre, o de su compañero permanente o de su suegro



Convivencia con animales domésticos comunidad indígena



El esposo de la madre indígena respondiendo la entrevista acompañado del suegro

## 5.1.2. Antecedentes alimentarios de los menores de 2 años de Lloró

### *Lactancia materna*

La lactancia materna exclusiva (LME) se encontró entre la población afrodescendiente en 54,2 % (n=13), con una mediana de 2,5 meses de duración, mientras que entre los indígenas fue de 100 % (n=16) con una mediana de duración de 3,5 meses al momento de la entrevista. En ambos casos, esta prevalencia fue muy superior a la reportada por la ENSIN 2010<sup>(2)</sup> para los menores de seis meses, la cual fue de 1,8 meses totales, de 0,8 meses en la población autoreconocida como afrodescendiente y de 2,1 meses entre los indígenas colombianos.

La lactancia materna total al momento de la entrevista fue de 16,5 % entre los niños afrodescendientes y de 20,5 % entre los niños indígenas.





Madre afrodescendiente amamantando a su hijo



Madre indígena amamantando a su hijo

Los argumentos de las madres para justificar el destete precoz fueron diferentes por etnia. Las gestantes afrodescendientes concordaron en que la abuela era quien les recomendaba darle otros alimentos y además ellas percibían que “el niño quedaba con hambre”, mientras que las madres indígenas lo hicieron en su mayoría para “poder salir al monte a trabajar”.

Estos hallazgos en las gestantes afrodescendientes no son muy diferentes de los encontrados en otros grupos poblacionales, tal como lo muestra el Ministerio de Salud y Protección Social en el estudio realizado en el año 2016, sobre la evaluación del Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020<sup>(43)</sup>. En el anexo sobre “Factores que obstaculizan la lactancia materna”, publicó en los culturales: “Se tiene la creencia de que el bebé siente sed y la leche materna no es suficiente para suplir esa necesidad o que el niño queda con hambre, por lo que le proporcionan algún otro alimento; se cree que al introducir otros alimentos antes de los 6 meses, se va creando la costumbre en

el niño para el momento en que ya no se produzca la leche materna y Predominio de la cultura del biberón sobre la cultura de la lactancia materna.

Los argumentos para el destete precoz de las madres de etnia afrodescendiente:

- “A veces cogía la teta y a veces no y para ir adaptándolo para cuando la mamá volviera al trabajo”.
- “Costumbre para sacarles el sereno (diarrea verde) o estreñimiento”.
- “Costumbre que es de acá darle otras cosas porque a veces la mamá consigue empleo, entonces para que cuando la mamá se va no pasen hambre”.
- “Costumbre, la abuela paterna le empezó a dar comida”.
- “Desde el hospital le dieron leche de tarro y la mamá refiere que casi no le baja leche”.
- “Desde que nació tomó S26 por orden del pediatra y tomaba combinada leche materna...”.
- “Devolvía la leche y el médico le dijo que le diera leche normal y colada. También le da colada de plátano”.
- “El niño no recibió lactancia materna porque no vivió con la mamá”.
- “El médico le dijo que lo tenía que alimentar con otra comida y porque tenía que salir y no tenía con quien dejarlo”.
- “El padre refiere que el niño no quería más”.
- “La abuela empezó a dar comida para acostumbrarlo”.
- “La mamá sentía que la niña no quedaba llena”.
- “La niña no se pegaba”.
- “Le dio leche Nestógeno”.
- “Le empezó a dar de otros alimentos”.
- “Le gusta darle comida a su hija”.
- “No le bajaba la leche”.
- “Para que aguante y no tenga hambre”.
- “Para que aprendiera a comer”.
- “Para que el niño se acostumbre a comer”.
- “Pensaba que quedaba con hambre”.
- “Por costumbre”.
- “Por costumbre y trabajo de la madre”.
- “Por creencia y tradición”.
- “Por cultura para curar el estómago”.

- “Por cultura, para que se enseñe a alimentarse con comida de sal”.
- “Por recomendación de la abuela para curar el estómago”.
- “Porque a veces no tenía tiempo entonces le daba tetero”.
- “Porque en ocasiones rechazaba el seno entonces la mamá empezó a ensayar la comida”.
- “Porque la niña velaba los alimentos de la mamá, entonces empezaron a darle de estos”.
- “Porque le dijeron que darle comida rápido era muy bueno”.
- “Porque no se llena solo con teta y porque uno se pone todo feo”.
- “Porque tenía que empezar a estudiar”.

Los argumentos para el destete precoz fueron: madres de etnia indígena:

- “Como nació prematuro le dieron biberón en el hospital”.
- “Cree que fue de 6 meses para delante”.
- “El niño quedaba con hambre”.
- “Empezaron a ir al monte y le empezó a dar tetero”.
- “Le daba leche en polvo porque la mama se va a trabajar al monte”.
- “Para poder salir la mamá al monte, le dan leche en polvo en el tetero”.
- “Porque a la mamá le tocaba ir al monte y no puede llevar al niño, entonces le toca darle otra leche”.
- “Porque la mamá tiene que salir al monte y deja al niño con la abuela y le dan leche en polvo”.
- “Porque la teta no alcanza a darle todo”.
- “Porque Laurita se enfermaba mucho y es tradición en la comunidad recuperarlas con sopas”.
- “Porque no le bajó lo suficiente y le dio leche en polvo”.
- “Por su cuenta empieza a darle otros alimentos”.
- “Porque no cogió la teta”.

Aunque la práctica de la lactancia materna entre los grupos étnicos de indígenas y afrodescendientes colombianos superó la prevalencia del resto de la población<sup>(2,3)</sup>, el amamantamiento entre la población indígena y afrodescendiente ha venido transformándose con una tendencia en declive, en especial en la lactancia materna exclusiva (LME)<sup>(2,3,44)</sup>.



Diversos estudios realizados en indígenas colombianos y de otras latitudes lo confirman. Por ejemplo, el estudio de Becerra F y col publicó que la lactancia materna exclusiva en los Emberá del Cauca duraba hasta los cinco o seis meses, ya que en esta edad el niño empieza a participar en la alimentación familiar con el ofrecimiento de sopas de pescado o carne de animales del monte y coladas de plátano machacado, arroz o maíz,

el efecto de la lactancia materna en la mortalidad infantil en América Latina, concluyó que el 50 % de las muertes infantiles por diarrea eran prevenibles por LME entre cero y tres meses y por lactancia parcial hasta el año de vida. Además, planteó que 66 % de las muertes de niños entre cero y tres meses, por infección respiratoria aguda (IRA) y por diarrea, eran prevenibles por LME<sup>(47)</sup>. En América Latina existe un buen conocimiento



## El 50 % de las muertes infantiles por diarrea eran prevenibles por LME entre cero y tres meses y por lactancia parcial hasta el año de vida

así como de las frutas que estén en cosecha “hasta que ya coma igual que los grandes”<sup>(45)</sup>.

En otro estudio realizado con indígenas mexicanos también se reportó una disminución de la LME entre 1999 y 2006 (prevalencia 49,5 % en 1999 y 35,4 % en 2006). Los cambios significativos de la población indígena en 2006 fueron una menor escolaridad y un mejor acceso a los servicios de salud; no obstante, todavía quedan dudas sobre las causas del declive en la LME entre los indígenas<sup>(46)</sup>.

Un estudio ecológico llevado a cabo por Beltrán y col en 2001, sobre

local acerca de la lactancia materna y su práctica es común, a pesar de que esta varía de una cultura a otra. Se reportan cifras de iniciación natural de la lactancia materna superiores a 90 % y prevalencias sobre 50 % de LME hasta los cuatro meses, en el Estado Plurinacional de Bolivia, en Guatemala y en Perú. Cualquier obstáculo que se interponga a la lactancia materna es una violación a los derechos de los niños y de las madres. Aun así, en la mayoría de los países hay muchos bebés que no son amamantados o lo son por muy poco tiempo<sup>(48)</sup>.

Si bien hay un interés creciente por la lactancia materna, sobre todo por la controversia del reemplazo de esta por la alimentación con biberón y la agresiva promoción de los sucedáneos de la leche materna por las empresas multinacionales, el uso de biberones continua aumentando en muchos países no industrializados, principalmente en las familias pobres de América Latina<sup>(48)</sup>. Los pueblos indígenas han fomentado y valorado la lactancia materna. Es cierto que no hay estudios sistemáticos pero los datos disponibles muestran que en la amazonía ecuatoriana el 66 % de los niños recibía lactancia materna. Una situación un tanto diferente es la reportada por Amigo y col en 2001 en menores mapuches<sup>(49)</sup>, donde, si bien 96 % de las madres inició la lactancia, solo se presentó LME en promedio hasta los tres meses, sin diferencias con los menores no indígenas de las zonas estudiadas<sup>(48)</sup>.

## Características de la alimentación de los niños y tiempos de comida

En Colombia se han evidenciado cambios en el comportamiento, prácticas y hábitos alimentarios, así como la disminución en el consumo de alimentos autóctonos de cada región donde habitan los grupos étnicos, al ser sustituidos estos cultivos por otros de mayor comercialización<sup>(50)</sup>. Las comunidades indígenas han

reemplazado algunos de sus alimentos autóctonos por otros que, para ellos, son de mayor prestigio social y que pueden resultar de menor aporte nutricional, como el caso de las gaseosas, los dulces y otros sin aporte nutricional importante y solo calórico. Hay que tener en cuenta que en el consumo de alimentos autóctonos influyen especialmente la disponibilidad, el poder adquisitivo y la decisión de consumir, además de la selección y la preparación de los alimentos<sup>(51)</sup>. La frecuencia de consumo de los distintos grupos de alimentos en las comunidades estudiadas en Lloró fue muy diferente entre los niños afrodescendientes e indígenas (tablas 9 y 10); por ejemplo, mientras que los niños afrodescendientes comían huevo 3 o 4 veces a la semana, los indígenas lo hacían 1 sola vez a la semana. Con respecto a la Bienestaraina, esta fue consumida por los niños de ambas etnias solo 2 o 3 veces al mes, coincidiendo con la entrega de los paquetes alimentarios del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

El consumo de frutas también fue diferente entre los niños por etnia, en especial, el de las frutas enteras, pues mientras que los niños afrodescendientes las consumían 1 vez a la semana, los de etnia indígena lo hacían 3 o 4 veces a la semana. De acuerdo con los resultados del estudio de Rivas y col<sup>(51)</sup>, en las comunidades indígenas el consumo de frutas es limitado ya que depende de las épocas de cosecha. Los informantes explicaron que eran muy pocas las frutas cuya

cosecha era constante durante todo el año y por ende la ingesta de estas no se convierte en consumo para sustento diario de las familias indígenas. De otro lado, Ariza y col.<sup>(52)</sup> publicaron que las diversas épocas del año marcan la aparición de ciertos frutos, en especial de los frutos de palmas, preparados y utilizados de varias maneras por las poblaciones indígenas y afrodescendientes, entre ellas, el cumare, el moriche, el cucurito y variedades de la palma de seje<sup>(51)</sup>.

El grupo de alimentos de golosinas y dulces también se consumió con frecuencias diferentes entre los niños por etnia: los indígenas, afortunadamente, los comían solo 2 o 3 veces al mes y los niños afrodescendientes 1 vez al día. El consumo de gaseosas y de refrescos con azúcar fue distinto también entre los niños; los afrodescendientes los consumían 1 vez al día y los indígenas 2 o 3 veces al mes. Llamó la atención en las comunidades visitadas que entre los afrodescendientes existían tiendas para ventas de gaseosas y bebidas, entre otros productos comestibles, mientras que en las indígenas no existían, lo cual podría servir para limitar el consumo de estos alimentos a los niños. El consumo frecuente de productos azucarados sumado a la inactividad física se relaciona con exceso de peso y desplazamiento de

otros alimentos con valor nutricional importante como lácteos y frutas<sup>(53)</sup>.

*Las carnes rojas o blancas fueron consumidas por los niños en frecuencias diferentes: los afrodescendientes las comieron dos veces a la semana, mientras que los niños indígenas lo hicieron menos de una vez al mes.* Esto muestra la gran deficiencia en el consumo de proteínas de alto valor biológico en estos grupos de población y concuerda con los hallazgos de estudios previos sobre la alimentación de los grupos étnicos<sup>(35, 54)</sup>.

Los grupos de alimentos de menor consumo referido por las madres de los niños indígenas fueron: los derivados de la leche, los embutidos, la morcilla o vísceras de res, la arepa, la mantequilla, crema de leche y manteca de cerdo, el café, los alimentos integrales y bajos en calorías. Entre los niños afrodescendientes los grupos de alimentos de menor frecuencia en su consumo fueron: la morcilla y vísceras de res, otras mezclas vegetales, la arepa, la mantequilla, crema de leche y la manteca de cerdo, el café, los alimentos integrales y bajos en calorías. La diferencia entre ambos grupos fue con los derivados de la leche y los embutidos y aunque el consumo de lácteos y sus derivados no hacen parte de la cultura alimentaria de los indígenas, preocupa el aporte de calcio para la formación ósea de los niños<sup>(55)</sup>.



**Tabla 9. Distribución porcentual de los grupos de alimentos consumidos por los niños según etnia en el último mes (n=160)**

Consumo de grupos de alimentos por niños (último mes)			
Grupo de alimento		Afrodescendientes	Indígenas
		%	%
	Leches	76,8	78,6
	Derivados de la leche	86,4	15,8
	Huevo	80,3	68,4
	Pollo o gallina	77,3	57,9
	Carnes de res, cerdo, ternera, chigüiro, conejo, cabro, curí	68,2	42,1
	Pescados	59,1	78,9
	Atún o sardina en lata	57,6	52,6
	Menudencias de pollo	45,5	52,6
	Embutidos	57,6	5,6
	Morcilla o vísceras de res	15,2	5,6
	Bienestarina	71,2	94,7
	Otras mezclas vegetales	13,6	21,1
	Alimentos de paquete	69,7	21,1
	Arroz o pastas	83,3	89,5
	Arepa	27,3	10,5
	Galletas saladas	72,7	47,4
	Tubérculos y plátanos	69,7	78,9
	Verduras cocidas	42,4	10,5
	Verduras crudas	62,1	10,5
	Frutas en jugo	90,9	26,3
	Frutas enteras	56,1	52,6
	Mantequilla, crema de leche, manteca de cerdo	13,6	5,3
	Café	16,7	5,3
	Panela, azúcar, miel	84,9	68,4
	Golosinas o dulces	57,6	31,6
	Gaseosa, té, refrescos con azúcar	68,2	21,1
	Alimentos integrales	4,5	0
	Alimentos fritos	53	73,7
	Suplementos o complementos nutricionales	62,1	68,4
	Alimentos sin azúcar o bajos en calorías	1,5	0
	Alimentos preparados a la parrilla con carbón o leña	22,7	79

**Tabla 10. Distribución porcentual de los grupos de alimentos consumidos por los niños según la mayor frecuencia en el último mes y etnia (n=160)**

Frecuencia de consumo de grupos de alimentos por niños (último mes)		
Grupo de alimento	Afrodescendientes	Indígenas
	mayor %	mayor %
Leches	3 o más veces al día	3 o más veces al día
Derivados de la leche	3 o 4 veces a la semana	2 veces a la semana
Huevo	3 o 4 veces a la semana	1 vez a la semana
Pollo o gallina	2 veces a la semana	menos de 1 vez al mes
Carnes de res, cerdo, ternera, chigüiro, conejo, cabro, curí	2 veces a la semana	menos de 1 vez al mes
Pescados	1 vez a la semana	2 o 3 veces al mes
Atún o sardina en lata	1 vez a la semana	2 o 3 veces al mes
Menudencias de pollo	1 vez a la semana	menos de 1 vez al mes
Embutidos	3 o 4 veces a la semana	menos de 1 vez al mes
Morcilla o vísceras de res	1 vez a la semana	2 o 3 veces al mes
Bienestarina	2 o 3 veces al mes	2 o 3 veces al mes
Otras mezclas vegetales	1 vez a la semana	2 o 3 veces al mes
Alimentos de paquete	1 vez a la semana	2 o 3 veces al mes
Arroz o pastas	3 o más veces al día	2 o 3 veces a la semana
Arepa	1 vez a la semana	2 o 3 veces al mes
Galletas saladas	1 vez a la semana	2 o 3 veces al mes
Tubérculos y plátanos	2 veces al día	3 o más veces al día
Verduras cocidas	1 vez al día	3 o 4 veces a la semana
Verduras crudas	1 vez al día	1 vez al día
Frutas en jugo	1 vez al día	2 veces a la semana
Frutas enteras	1 vez a la semana	3 o 4 veces a la semana
Mantequilla, crema de leche, manteca de cerdo	1 vez al día	3 o 4 veces a la semana
Café	1 vez al día	2 o 3 veces al mes
Panela, azúcar, miel	1 vez al día	1 vez al día
Golosinas o dulces	1 vez al día	2 o 3 veces al mes
Gaseosa, té, refrescos con azúcar	1 vez a la semana	1 vez al mes
Alimentos integrales	1 vez a la semana	2 veces a la semana

Frecuencia de consumo de grupos de alimentos por niños (último mes)		
Grupo de alimento	Afrodescendientes	Indígenas
	mayor %	mayor %
Alimentos fritos	1 vez a la semana	
Suplementos o complementos nutricionales	1 vez al día	1 vez al día*
Alimentos sin azúcar o bajos en calorías	1 vez al mes	
Alimentos preparados a la parrilla con carbón o leña	2 o 3 veces al mes	3 o más veces al día

\*cuando hay



Madre de niña afrodescendiente con Vitamix 15



### Varios participantes tenían suplementos para el tratamiento de la anemia

Al indagar por la disponibilidad de los suplementos y de los alimentos entregados por la FE a las familias, se encontró que solo el Vitamix 15 y en otros casos el Kipower fueron mencionados o encontrados en las comunidades y despensas de las viviendas visitadas.

De otro lado, en las visitas domiciliarias se observó que varios participantes tenían suplementos para el tratamiento de la anemia en sus despensas, como el sulfato ferroso en jarabe y la vitamina C; algunos niños habían iniciado el tratamiento para la anemia, pero no lo terminaron por razones tales como “sabe muy maluco” o “al niño no le gusta”.





Kipower



Bolsa de leche entera



Vitamix 15 sin usar en el piso

**Tabla 11.** Distribución porcentual de los tiempos de comida de los niños en la última semana por etnia (n=160)

Tiempos de comida usuales de niños (última semana)		
Tiempo	Afrodescendientes	Indígenas
	%	%
Antes del desayuno	51,6	20,8
Desayuno	100	95,8
Media mañana	85,9	37,5
Almuerzo	100	95,8
“Algo”	85,9	37,5
Comida	89,1	83,3
Después de comida	39,1	8,3
Otra comida adicional	9,4	8,3

Sobre los hallazgos relacionados con los tiempos usuales de comida de los niños atendidos por la FE, se encontraron diferencias por etnia. Los niños indígenas desayunaban, almorzaban y comían casi en su totalidad y muy pocos consumían alimentos antes y después del desayuno, después del almuerzo y de la comida, como puede verificarse en la [tabla 11](#). No obstante, los niños afrodescendientes sí consumían alimentos entre las comidas principales, en especial, en la media mañana y en el algo.



Madre de niño afrodescendiente alimentándolo durante la visita del equipo de la Universidad CES

# Alimentos, preparaciones típicas de los hogares, caza, producción y disponibilidad de alimentos

## Comunidades indígenas

Las preparaciones más comunes en las comunidades indígenas al desayuno fueron: banano cocido con guagua (cuando la cazan), banano cocido con huevo, banano cocido con chicha y primitivo con carne de monte (guagua, conejo, iguana). Los ingredientes más usados en las preparaciones del desayuno fueron: sal, cebolla de rama sembrada en las huertas, ají, banano, guagua y cualquier carne de monte que se haya cazado.

En el almuerzo, las preparaciones más comunes en las comunidades indígenas fueron: arroz, banano y primitivo (cuando lo hay), chicha, guagua cuando se puede cazar y sardina cuando se puede pescar. Los ingredientes más usados en las preparaciones del almuerzo fueron: arroz, agua y sal, maíz, guagua asada con sal y ají, sardina asada con sal y ají.

Con respecto a las preparaciones más comunes en las comunidades indígenas en la comida las comunidades plantearon que “en el día solo se preparan dos comidas, cuando queda se realiza la repartición de esta del almuerzo y por lo general se toma chicha en la noche y cuando la cosa está mala, se consume todo el día chicha”.

El estudio de Rivas y col realizado en comunidades indígenas y afrodescendientes confirmó los hallazgos de este estudio. En cuanto a raíces de plantas, se reportó el achín (*Colocasia esculenta*) en Chocó, con el que se preparan sopas y en animales silvestres el guatín<sup>(51)</sup>. La cacería es un renglón muy importante de la economía Emberá, una actividad masculina, pero que día a día ha dejado de practicarse por la falta de territorios para este fin, sobre todo en las zonas de montaña. Los hombres centran su atención en los venados, tatabros, pecarís, guaguas, armadillos y ñeques, desplazándose individualmente o con más hombres. Las armas más utilizadas son las escopetas y los perros. La dieta de carne se complementa con algunos animales domésticos como patos, gallinas y cerdos,



los cuales son cuidados por mujeres. Aunque es muy raro, algunas familias pueden llegar a tener alguna cabeza de ganado vacuno. La carne de las presas obtenidas se consume fresca y la que sobra se sala o ahúma. Cuando hay abundancia se comparte con los parientes y amigos.

La pesca es la tercera actividad de importancia en la economía Emberá chocoana, puesto que en las zonas de montaña está en vías de extinción. Es un oficio cotidiano desempeñado por hombres, mujeres y niños, pero con especialidades específicas para cada uno de ellos.

Los hombres la realizan con atarrayas, arpones, anzuelos, chuzos y barbascos, extrayendo gran variedad de peces como bocachico, dentón, sabaleta, doncella, kicharo, bagre, barbudo, wakuko, sardina y mojarra.

### **Comunidades afrodescendientes**

Las preparaciones más comunes en las comunidades afrodescendientes al desayuno fueron: banano cocido con guagua (cuando la cazan), banano cocido con tortilla de huevo, banano cocido o primitivo con carne de monte (guagua, conejo, iguana), banano cocido o primitivo con queso frito rallado o en trozos. Los ingredientes más usados en las preparaciones del desayuno fueron: sal, cebolla de rama, banano, primitivo, queso, guagua y cualquier carne de monte que se haya cazado. Otra de las preparaciones frecuentes es el enyucado y las masas fritas de harina de trigo, las cual son consumidas en forma de tortillas. Es usual que al desayuno se haga una colada de popocho (tipo de plátano) preparada con o sin leche. Esta bebida es ofrecida a los niños pequeños.

En el almuerzo las preparaciones más comunes en las comunidades afrodescendientes fueron: arroz, banano y primitivo (llamado también como la mancha), guarapo de caña sin fermentar, jugo de borojó, jugo de piña y carambolo; en cuanto a las sopas las más frecuentes fueron frijoles y lentejas con queso, sopa de pacó (fruto del árbol de pacó); guagua cuando se puede cazar y sardina cuando se puede pescar. Los ingredientes más usados en las preparaciones del almuerzo fueron: arroz, agua y sal, plantas como albahaca, cilantro y para el color de las sopas utilizan semillas de vija o achiote sembrado en las huertas, guagua o pescado asado con sal y sardina asada con sal.

Cuando se puede comprar consumen carne ahumada o salada.

Con respecto a las preparaciones más comunes en las comunidades afrodescendientes en la comida

las comunidades plantearon que “en el día solo se preparan dos comidas, cuando queda, se realiza la repartición de la misma del almuerzo o del desayuno”.



Alimentos del paquete sin usar



Wakuko (Guacuco)





Sopa de Pacó



Maíz



Primitivo





Preparación de chicha



Sopa de achín



Vale la pena mencionar que en algunas de las comunidades visitadas se encontraron huertas con vegetales, hierbas y especias, promovidas por el Departamento de la Prosperidad Social como parte de su programa de seguridad alimentaria y nutricional (RESA). Ahora bien, al observar las cocinas y la dinámica comunitaria de las comunidades indígenas se encontró un importante cultivo de maíz y de plátano que podría ser objeto de propuestas de emprendimiento para su transformación y comercialización para la generación de recursos familiares y comunitarios.



Huerta casera



### 5.1.3. Estado nutricional y de salud de los menores de 2 años de Lloró

El estado nutricional de los niños, evaluado por antropometría, mostró prevalencias de desnutrición superiores a las encontradas en la ENSIN 2015<sup>(3)</sup> para la población mestiza y para los grupos étnicos (afrodescendientes respecto a indígenas).

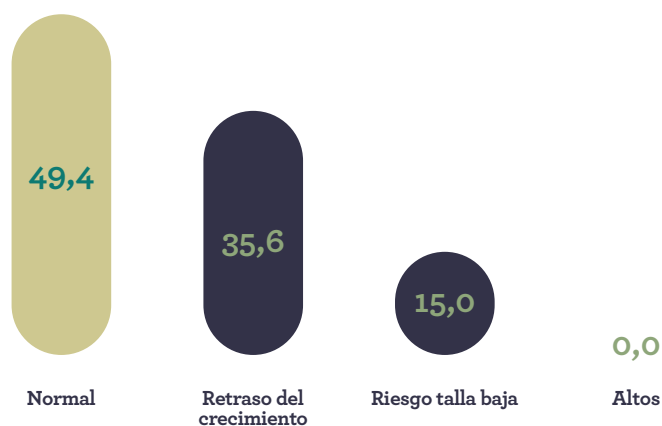
El retraso de crecimiento en los menores de dos años, sin discriminarlos por etnia, exhibió una prevalencia de 35,6 % al no incluir el riesgo (ENSIN 2015: Colombia 10,8 %; indígenas: 29,6 %; afrodescendientes: 7,2 %; región Pacífica: 9,9 %)<sup>(3)</sup> y de 50,6 % al sumarle los niños clasificados con puntaje  $z < -1$  o con riesgo (figura 3). Si se separa la prevalencia por grupo étnico, los menores indígenas de dos años casi triplicaron la de los niños afrodescendientes, tal como se presenta en la figura 4.

Aunque la prevalencia de retraso de crecimiento en los niños afrodescendientes fue inferior a la de los indígenas, duplicó la de Colombia (10,8 %) (figura 4), mostrando también las inequidades y desigualdades a las que está expuesta esta población en el municipio de Lloró.

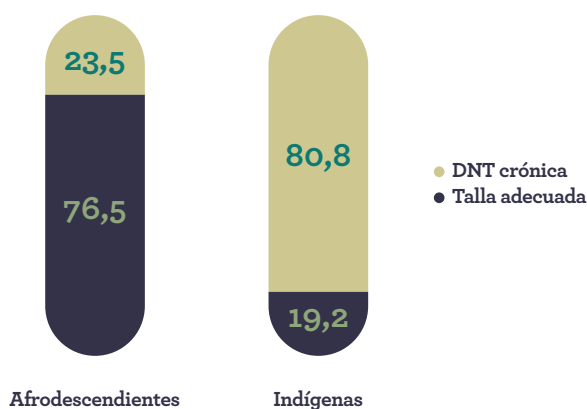
Madre de niño indígena evaluado por el equipo de la Universidad CES







**Figura 3.** Distribución porcentual de la longitud para la edad de los niños evaluados. Municipio de Lloró, 2017



**Figura 4.** Retraso del crecimiento en niños de Lloró, Chocó según etnia. Municipio de Lloró, 2017

Después de describir los determinantes socioeconómicos, culturales, ambientales, demográficos y las condiciones alimentarias de la población estudiada, es razonable encontrar una situación tan preocupante como esta, la cual concuerda con los hallazgos de investigadores que trabajaron con

poblaciones indígenas y afrodescendientes en distintos contextos de gran pobreza, desigualdades e inequidades sociales.

Rosique y col en 2010 llevaron a cabo un estudio en población Emberá residente en Antioquia. Los resultados, en menores de 10 años, fueron

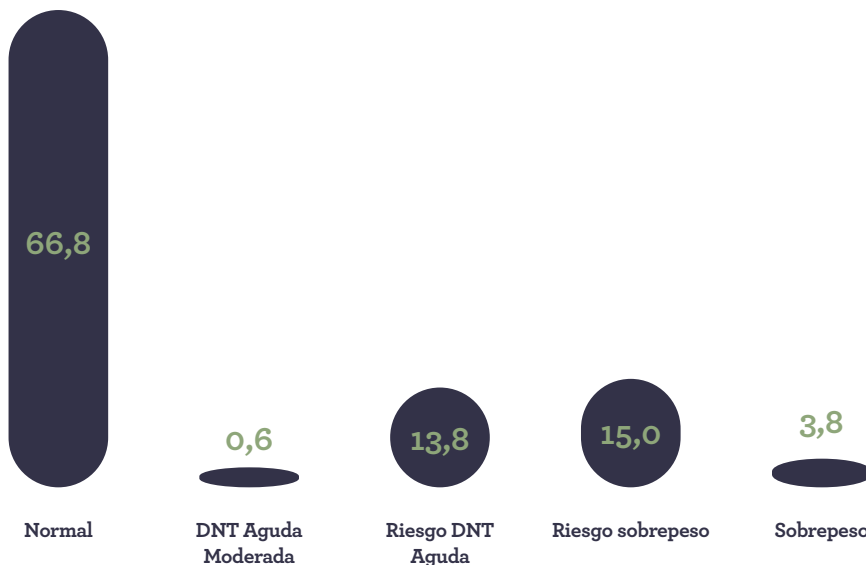
tan alarmantes como los de Lloró, con una prevalencia de retraso del crecimiento de 68,9 % al incluir niños con mayor edad y más acumulación de problemas nutricionales, de salud y de alimentación. La conclusión a la que arribaron los autores fue que los actuales hábitos alimentarios no cubrían los requerimientos nutricionales e influían en la desnutrición crónica encontrada, junto con otros factores que incrementaron la inseguridad alimentaria en los indígenas Emberá en relación con la población general colombiana<sup>(54)</sup>.

En otra investigación desarrollada en la Amazonía peruana en 986 familias y 1.372 niños, Díaz y col<sup>(56)</sup> reportaron que la prevalencia de desnutrición crónica fue mayor en la población indígena respecto a la no indígena (56,2 % frente a 21,9 %), al igual que la anemia (51,3 % respecto a 40,9 %). Los determinantes de la desnutrición crónica fueron diferentes en ambas poblaciones. En los indígenas prevaleció la edad mayor de 36 meses (OR 2,21; IC 95 % 1,61-3,04) y la vivienda inadecuada (OR 2,9; IC 95 % 1,19-7,11), mientras que en los no indígenas, la pobreza extrema (OR 2,31; IC 95 % 1,50 - 3,55) y el parto institucional (OR 3,1; IC 95 % 2,0-4,83) fueron los determinantes significativos. Los autores concluyeron que existen marcadas brechas entre la población indígena y la población no indígena respecto a las condiciones de vida, acceso a servicios de salud y estado nutricional de los menores de 5 años.

En otro estudio realizado en Tierra Alta, Córdoba, con niños indígenas menores de 6 años<sup>(57)</sup>, los investigadores encontraron también una alta prevalencia de desnutrición crónica moderada y severa (63,6 %) y de desnutrición aguda leve y moderada (8,8 %). La desnutrición crónica se asoció con el incremento de la edad ( $p < 0,005$ ) y fue significativamente mayor en hombres que en mujeres (89,9 frente a 80,4 %,  $p = 0,028$ ). Observaron también mayor prevalencia de desnutrición crónica en los niños con infección respiratoria aguda, con enfermedad diarreica aguda y en hogares con más de tres niños menores de cinco años. En 74 % de los niños, el perímetro cefálico fue inferior al percentil 5. La alimentación de los niños después del destete fue básicamente arroz y maíz en 92,8 % y plátano en 80,9 %. Solo 28,9 % consumió carne, 4,6 % huevos y 4,1 % leche. La prevalencia de parasitosis intestinal fue de 78,1 %.

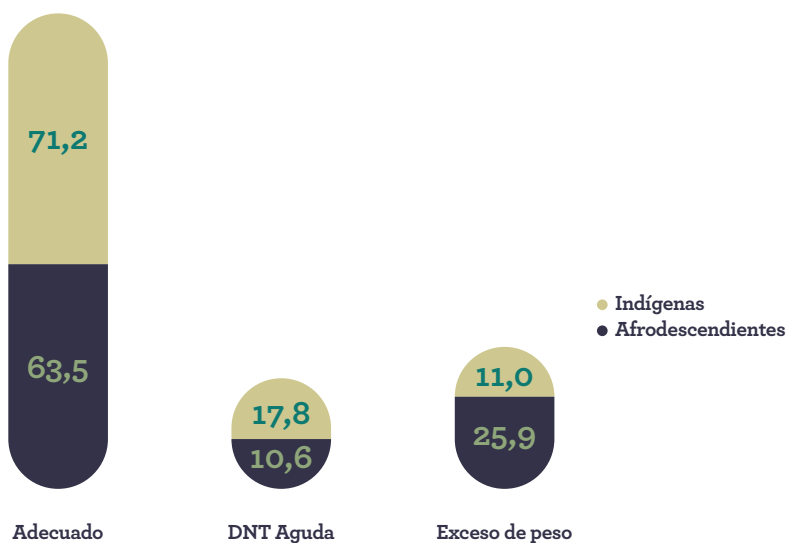
La desnutrición aguda o emaciación (<-1 puntaje Z) en los niños de Lloró (14,4 %) (figura 5) superó con creces las cifras de Colombia en la última ENSIN 2015 (1,6 %) <sup>(53)</sup>; de igual manera, al desagregar la prevalencia considerando la etnia de los niños (figura 6), las cifras en ambos grupos siguieron siendo muy altas, incluso superiores a las de países tan pobres como Haití (5,2 %) <sup>(58)</sup>.

Entre los determinantes de la desnutrición aguda se encuentran las enfermedades infecciosas y las condiciones medioambientales desfavorables <sup>(56, 57)</sup>. La falta de agua potable en los hogares de Lloró, la inexistencia de sanitario en las viviendas, el uso del río para obtener el agua para cocinar, bañarse y hacer sus necesidades fisiológicas, sumado a las carencias alimentarias y nutricionales y a las condiciones ambientales de las comunidades, ya descritas previamente, permiten explicar este comportamiento en los niños evaluados en Lloró. No obstante, la prevalencia tan alta de desnutrición aguda es muy preocupante y trae a la mente las altas cifras de mortalidad infantil del municipio de Lloró, las cuales motivaron a instituciones como la Fundación Éxito y a la Universidad CES a buscar estrategias para su control y disminución.



**Figura 5. Distribución porcentual del peso para la longitud de los niños evaluados. Municipio de Lloró, 2017**





**Figura 6. Distribución porcentual del peso para la longitud de los niños evaluados por etnia. Municipio de Lloró, 2017**

**La anemia** complementa el panorama de malnutrición de los niños de Lloró (76,9 %) (figura 8). Más de la tercera parte de los niños lactantes (71,8 %) y de los mayores de 6 meses (78,5 %) presentó anemia (tabla 12). Vale la pena recordar que además de la parasitosis y de las infecciones descritas en la literatura científica como determinantes de la anemia<sup>(59, 6)</sup>, la baja frecuencia identificada previamente de consumo de carnes rojas, referida por las madres de los niños, podría explicar esta prevalencia de anemia tan alta. Colombia en la ENSIN 2010<sup>(2)</sup> reportó 33,7 % de anemia para población afrodescendiente y 32,6 % para población autoreconocida como indígena. En ambos casos las

prevalencias de los niños de Lloró las superaron (figura 9).

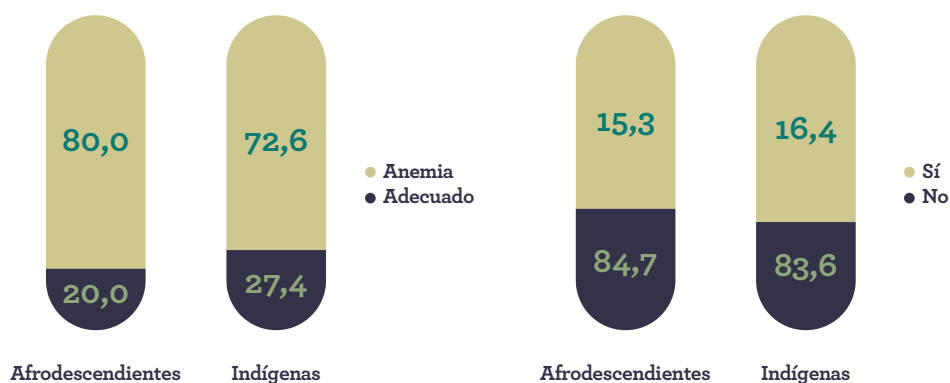
Hay que considerar la anemia de células falciformes que se presenta en la población afrodescendiente por causas genéticas<sup>(61, 62)</sup>, lo cual pudo haber incrementado la prevalencia (figura 9). Sin embargo, al controlar por PCR y por Ferritina<sup>(33)</sup> y por el consumo de alimentos fuente de hierro, la prevalencia de anemia por deficiencia de hierro en los niños de ambos grupos étnicos, fue similar a la de Colombia en la ENSIN 2010 para los afrodescendientes (15,3 % frente a ENSIN 2010: 15,5 %) y ligeramente superior para los niños indígenas (16,4 % respecto a ENSIN 2010: 15,5 %)<sup>(2)</sup>. (Figura 10).

**Tabla 12.** Distribución porcentual de los niños según edad y presencia de anemia

Niños en primer semestre de vida			Niños mayores de 6 meses		
Anemia	n	%	Anemia	n	%
Anemia	28	71,8	Anemia	95	78,5
Sin anemia	11	28,2	Sin anemia	26	21,5
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>100</b>



**Figura 7.** Distribución porcentual de la anemia en los niños evaluados. Municipio de Lloró, 2017



**Figura 8.** Distribución porcentual de la anemia en los niños evaluados por etnia. Municipio de Lloró, 2017

**Figura 9.** Distribución porcentual de la anemia ferropénica en los niños evaluados por etnia. Municipio de Lloró, 2017



Gestante indígena evaluada por el equipo de la Universidad CES



## 5.2. Las Gestantes

### 5.2.1. Características socioeconómicas y demográficas de las Gestantes de Lloró

Se evaluaron 32 gestantes residentes en su mayoría en el área rural del municipio de Lloró, en 13 comunidades indígenas (37,5 %, n = 20) y afrodescendientes (62,5 %, n = 12) (figura 10).

Casi todas las gestantes (93,8 %, n = 30) tenían pareja estable (figura 11); del total de ellas, 29 (90,6 %) estaban embarazadas de su pareja actual y 75 % (n = 24) convivía con su compañero.

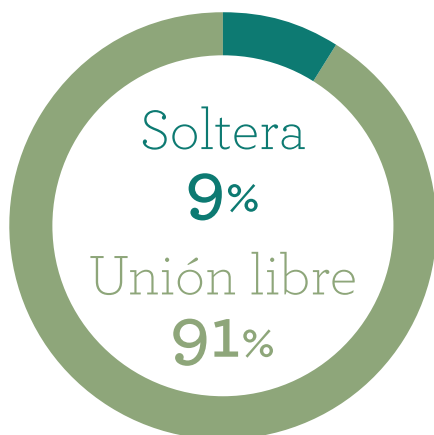
La mayoría era ama de casa (figura 12) y más de la mitad tenía muy bajo nivel educativo (figura 13).

**Figura 10.**  
Distribución  
porcentual de las  
gestantes según su  
etnia. Municipio de  
Lloró (n = 32), 2017



niños indígenas en recreación con el equipo de la Universidad CES

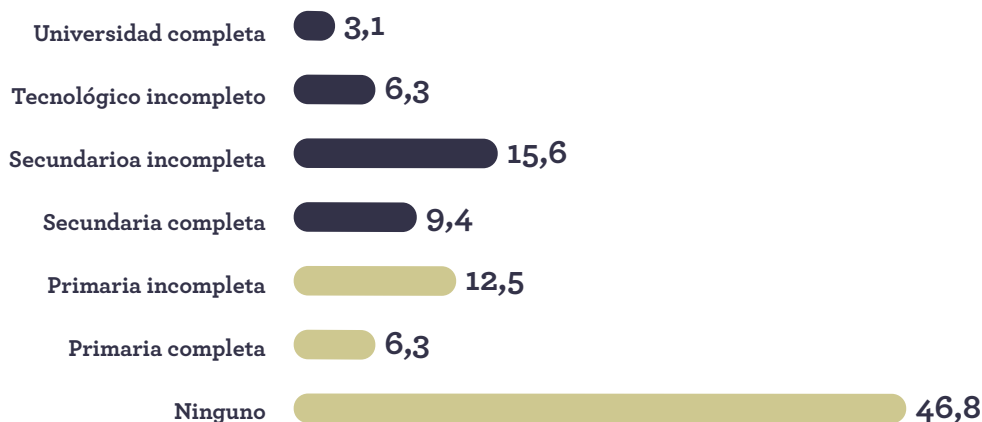




*Figura 11.* Distribución porcentual de las gestantes según su estado civil. Municipio de Lloró (n = 32), 2017

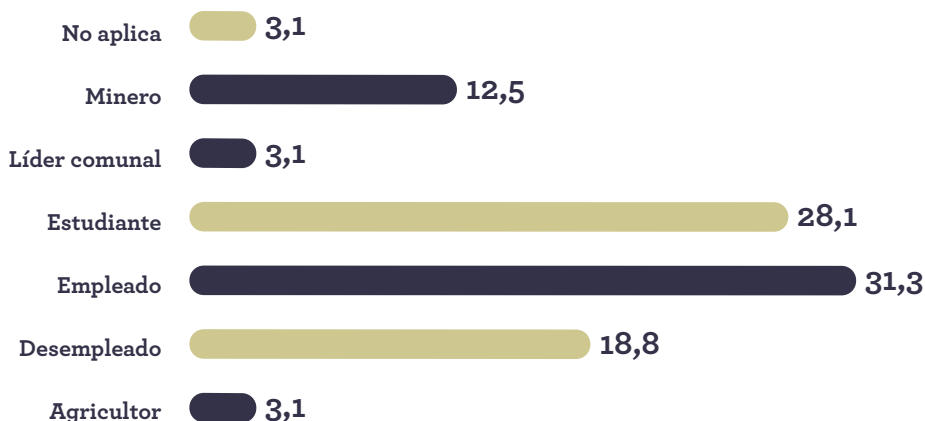


*Figura 12.* Distribución porcentual de las gestantes según su ocupación. Municipio de Lloró (n = 32), 2017



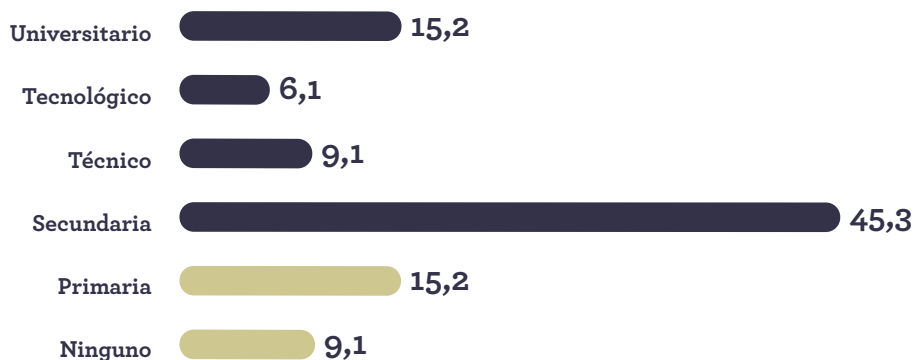
*Figura 13. Distribución porcentual de las gestantes según su nivel educativo. Municipio de Lloró (n = 32), 2017*

Con respecto a las parejas de las gestantes, un poco menos de la tercera parte (31,3 %) estaba empleado y casi uno de cada cinco estaba sin empleo, tal como se puede observar en la figura 14. De otro lado, el nivel educativo máximo alcanzado de las parejas permanentes fue superior al de sus compañeras, en especial, en la categoría de Ninguno (figura 15).

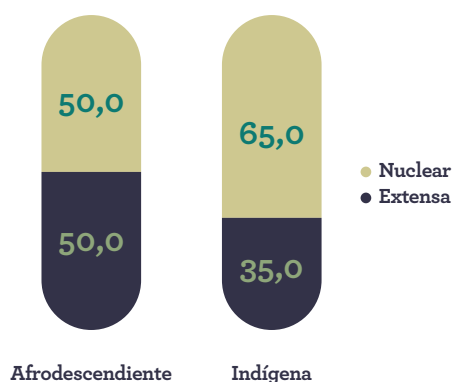


*Figura 14. Distribución porcentual de la ocupación de la pareja de la gestante. Municipio de Lloró (n = 32), 2017*





*Figura 15. Distribución porcentual del nivel educativo de la pareja de la gestante. Municipio de Lloró (n = 32), 2017*



*Figura 16. Distribución porcentual de las gestantes según el tipo de familia por etnia. Municipio de Lloró (n = 32), 2017*

En lo que respecta al tipo de familia, se encontró que entre las indígenas prevaleció la nuclear y entre las gestantes afrodescendientes, la mitad era nuclear y la otra mitad extensa (figura 16). Frente a los ingresos familiares en ambos grupos étnicos el mayor porcentaje refirió percibir menos de un salario mínimo legal vigente al mes (tabla 13).

**Tabla 13. Distribución porcentual de las gestantes según los ingresos del hogar por etnia**

Afrodescendiente	n	%
< 1 SMLV (menos de \$ 737 717)	9	75
1 SMLV (igual a \$ 737 717)	1	8,3
Entre 2 y 3 SMLV (Entre \$ 1 475 434 y \$ 2 213 151)	2	16,7
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

Indígena	n	%
< 1 SMLV (menos de \$ 737 717)	19	95
1 SMLV (igual a \$ 737 717)	1	5
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

## 5.2.2. Antecedentes alimentarios de las Gestantes de Lloró

La evaluación del consumo usual de alimentos en el último mes mostró marcadas diferencias entre las gestantes por su etnia (tabla 14). Por ejemplo, el consumo de arroz o pasta, de tubérculos y plátanos, de verduras crudas y de frutas en jugo, fue referido por la totalidad de las gestantes afrodescendientes, mientras que entre las indígenas, no (tabla 14).

Otros alimentos o bebidas que llamaron la atención por su frecuencia de consumo en las gestantes fueron las bebidas alcohólicas, el café, las comidas rápidas y los suplementos de vitaminas y minerales. En el último caso, fue muy preocupante pues todas ellas deberían estar consumiendo diariamente al menos

ácido fólico, hierro y calcio, tal como lo establece el Plan de Beneficios en Salud de Colombia<sup>(63)</sup>. Además, el consumo de alimentos fuente de proteínas de alto valor biológico y a su vez de hierro y los que aportan calcio, se consumieron en menos de la mitad por las gestantes indígenas. (tabla 14).

El consumo de frutas tanto en jugo como enteras por parte de las gestantes indígenas fue mucho más bajo que en las afrodescendientes. De manera similar se comportó el consumo referido de verduras crudas y cocidas (tabla 14).

Otra diferencia en el consumo referido entre las gestantes fue en los alimentos fuente de azúcar como panela, azúcar refinada, miel, golosinas, dulces y gasesosas. En general, fue inferior entre las gestantes indígenas (tabla 14).

Tabla 14. Distribución porcentual del consumo usual

Leche líquida o en polvo sola o en preparaciones			
Etnia de la gestante		n	%
Afrodescendiente	No	1	8,3
	Sí	11	91,7
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Indígena	No	13	65
	Sí	7	35
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>
Queso, kumis, yoguty, queso crema			
Etnia de la gestante		n	%
Afrodescendiente	No	1	8,3
	Sí	11	91,7
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Indígena	No	16	?
	Sí	4	?
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>
Huevos			
Etnia de la gestante		n	%
Afrodescendiente	No	2	16,7
	Sí	10	83,3
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Indígena	No	13	65
	Sí	7	35
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>
Pollo o gallina			
Etnia de la gestante		n	%
Afrodescendiente	No	2	16,6
	Sí	10	83,3
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Indígena	No	16	80
	Sí	4	20
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>



de alimentos de las gestantes en el último mes

Carne de res, cerdo, chigüiro, conejo, cabro, curí, otras			
Etnia de la gestante		n	%
Afrodescendiente	No	1	8,3
	Sí	11	91,7
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Indígena	No	13	65
	Sí	7	35
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>
Pescados, mariscos			
Etnia de la gestante		n	%
Afrodescendiente	No	1	8,3
	Sí	11	91,7
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Indígena	No	13	65
	Sí	7	35
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>
Atún o sardinas			
Etnia de la gestante		n	%
Afrodescendiente	No	6	50
	Sí	6	50
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Indígena	No	15	75
	Sí	5	25
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>
Menudencias de pollo			
Etnia de la gestante		n	%
Afrodescendiente	No	8	66,7
	Sí	4	33,3
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Indígena	No	14	70
	Sí	6	30
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

### Embutidos (salchicha, salchichón, jamón, butifarra)

Etnia de la gestante		n	%
Afrodescendiente	No	3	25
	Sí	9	75
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Indígena	No	19	95
	Sí	1	5
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

### Morcilla o vísceras de res (hígado, pajarilla, pulmón, riñón)

Etnia de la gestante		n	%
Afrodescendiente	No	9	75
	Sí	3	25
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Indígena	No	13	65
	Sí	7	35
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

### Bienestarina en coladas u otras preparaciones

Etnia de la gestante		n	%
Afrodescendiente	No	2	16,7
	Sí	10	83,3
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Indígena	No	14	70
	Sí	6	30
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

### Mezclas vegetales como colombiharina

Etnia de la gestante		n	%
Afrodescendiente	No	10	83,3
	Sí	2	16,7
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Indígena	No	18	90
	Sí	2	10
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

Alimentos de paquetes (papas, chitos, patacones, tocinetas, etc.)			
Etnia de la gestante		n	%
Afrodescendiente	No	3	25
	Sí	9	75
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Indígena	No	15	75
	Sí	5	25
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>
Arroz o pasta			
Etnia de la gestante		n	%
Afrodescendiente	No	0	0
	Sí	12	100
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Indígena	No	13	65
	Sí	7	35
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>
Arepa			
Etnia de la gestante		n	%
Afrodescendiente	No	4	33,3
	Sí	8	66,7
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Indígena	No	16	80
	Sí	4	20
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>
Galletas saladas			
Etnia de la gestante		n	%
Afrodescendiente	No	4	33,3
	Sí	8	66,7
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Indígena	No	15	75
	Sí	5	25
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>



Tubérculos y plátanos (papa, yuca, ñame, arracacha)			
Etnia de la gestante		n	%
Afrodescendiente	No	0	0
	Sí	12	100
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Indígena	No	13	65
	Sí	7	35
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>
Verduras cocidas (ahuyama, acelga, zanahoria, espinaca, habichuela, brócoli, coliflor)			
Etnia de la gestante		n	%
Afrodescendiente	No	6	50
	Sí	6	50
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Indígena	No	18	90
	Sí	2	10
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>
Verduras crudas (tomate, zanahoria, repollo)			
Etnia de la gestante		n	%
Afrodescendiente	No	0	0
	Sí	12	100
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Indígena	No	16	80
	Sí	4	20
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>
Frutas en jugo			
Etnia de la gestante		n	%
Afrodescendiente	No	0	0
	Sí	12	100
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Indígena	No	19	95
	Sí	1	5
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

Frutas enteras			
Etnia de la gestante		n	%
Afrodescendiente	No	4	33,3
	Sí	8	66,7
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Indígena	No	15	75
	Sí	5	25
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>
Mantequilla, crema de leche, manteca de cerdo			
Etnia de la gestante		n	%
Afrodescendiente	No	9	75
	Sí	3	25
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Indígena	No	20	100
	Sí	0	0
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>
Café			
Etnia de la gestante		n	%
Afrodescendiente	No	6	50
	Sí	6	50
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Indígena	No	16	80
	Sí	4	20
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>
Paneta, azúcar o miel			
Etnia de la gestante		n	%
Afrodescendiente	No	1	8,3
	Sí	11	91,7
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Indígena	No	14	70
	Sí	6	30
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

Golosinas o dulces			
Etnia de la gestante		n	%
Afrodescendiente	No	2	16,7
	Sí	10	83,3
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Indígena	No	15	75
	Sí	5	25
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>
Gaseosa, té, refrescos en caja o en polvo			
Etnia de la gestante		n	%
Afrodescendiente	No	1	8,3
	Sí	11	91,7
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Indígena	No	14	70
	Sí	6	30
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>
Alimentos integrales (pan, arroz)			
Etnia de la gestante		n	%
Afrodescendiente	No	12	100
	Sí	0	0
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Indígena	No	20	100
	Sí	0	0
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>
Bebidas alcohólicas cualquier tipo y presentación, solas o mezcladas			
Etnia de la gestante		n	%
Afrodescendiente	No	9	75
	Sí	3	25
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Indígena	No	18	90
	Sí	2	10
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>



Bebidas energizantes (Red Bull, Vive 100)			
Etnia de la gestante		n	%
Afrodescendiente	No	11	91,7
	Sí	1	8,3
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Indígena	No	20	100
	Sí	0	0
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>
Alimentos de comidas rápidas (hamburguesas, perros, pizza, tacos)			
Etnia de la gestante		n	%
Afrodescendiente	No	10	83,3
	Sí	2	16,7
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Indígena	No	20	100
	Sí	0	0
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>
Alimentos bajos en calorías o light			
Etnia de la gestante		n	%
Afrodescendiente	No	12	100
	Sí	0	0
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Indígena	No	20	100
	Sí	0	0
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>
Alimentos fritos (papas fritas, carne frita, plátano frito, etc.)			
Etnia de la gestante		n	%
Afrodescendiente	No	2	16,7
	Sí	10	83,3
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Indígena	No	14	70
	Sí	6	30
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

Alimentos preparados a la parrilla o con carbón			
Etnia de la gestante		n	%
Afrodescendiente	No	6	50
	Sí	6	50
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Indígena	No	0	0
	Sí	20	100
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>
Suplementos de vitaminas o minerales			
Etnia de la gestante		n	%
Afrodescendiente	No	2	16,7
	Sí	10	83,3
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Indígena	No	17	85
	Sí	3	15
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

En lo que respecta a la frecuencia de consumo de alimentos en el último mes (tabla 15), de nuevo las gestantes indígenas se diferenciaron de las afrodescendientes por su menor frecuencia de consumo, aunque en ninguno de los grupos de alimentos, se encontró una frecuencia de consumo adecuada a las necesidades calóricas y nutricionales del embarazo en todas las gestantes<sup>(64)</sup>. La frecuencia de consumo de alimentos fuente de calcio debió haber sido de 3 o más porciones al día; la de proteínas de alto valor biológico al menos de 3 por día, incluyendo una fuente de hierro hemínico; las frutas y verduras, fuente de vitaminas, minerales y fibra, debieron ser consumidas al menos 5 veces entre los dos grupos de alimentos (tres porciones de frutas y dos porciones de verduras); y finalmente, las bebidas alcohólicas no debieron estar presentes en la alimentación durante el embarazo<sup>(65)</sup>.



Gestantes indígenas evaluadas por el equipo de la Universidad CES



**Tabla 15. Distribución porcentual de la frecuencia de consumo usual de alimentos de las gestantes en el último mes**

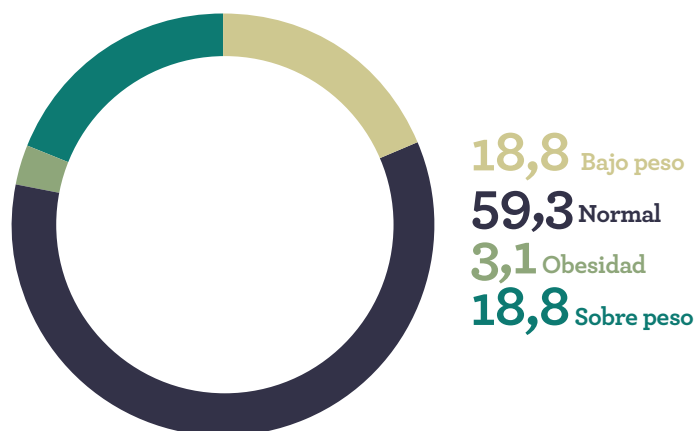
Frecuencia de consumo de grupos de alimentos por gestantes (último mes)		
Grupo de alimento	Afrodescendientes	Indígenas
	mayor %	mayor %
Leches	1/día	1/día
Derivados de la leche	2/día	2/semana
Huevo	3 o 4 veces a la semana	2/semana
Pollo o gallina	2/semana	2/semana
Carnes de res, cerdo, ternera, chigüiro, conejo, cabro, curí	1/semana	menos de 1 vez al mes
Pescados	3 o 4/ semana	1/semana
Atún o sardina en lata	2/semana	2 o 3 veces al mes
Menudencias de pollo	1/mes	1/semana
Embutidos	1/semana	menos de 1 vez al mes
Morcilla o vísceras de res	menos de 1 vez al mes	menos de 1 vez al mes
Bienestarina	2 o 3 veces al mes	2 o 3 veces al mes
Otras mezclas vegetales	menos de 1 vez al mes	nunca
Alimentos de paquete	1/semana	2 o 3 veces al mes
Arroz o pastas	3 o más veces al día	3 o más veces al día
Arepa	2/semana	1/semana
Galletas saladas	1/día	1/semana
Tubérculos y plátanos	1/día	3 o más veces al día
Verduras cocidas	1 vez al día	2 o 3/día
Verduras crudas	2/semana	1/día
Frutas en jugo	3 o 4 veces al día	1/semana
Frutas enteras	1 o 2 veces al día	1/semana
Mantequilla, crema de leche, manteca de cerdo	1/semana	-
Café	1/día	2 o 3 veces al mes
Panela, azúcar, miel	1/día	2 o 3 veces al mes
Golosinas o dulces	1/semana	2 o 3 veces al mes

Frecuencia de consumo de grupos de alimentos por gestantes (último mes)		
Grupo de alimento	Afrodescendientes	Indígenas
	mayor %	mayor %
Bebidas alcohólicas	1/mes	2/semana
Comidas rápidas	1/semana	-
Bebidas energizantes	1/día	-
Alimentos fritos	1/día	3 o 4/semana
Suplementos o complementos nutricionales	1/día	2 o 3 veces al mes
Alimentos sin azúcar o bajos en calorías	1 vez al mes	-
Alimentos preparados a la parrilla con carbón o leña	1/mes	2 o más veces al día

### 5.2.3. Estado nutricional y de salud de las Gestantes de Lloró

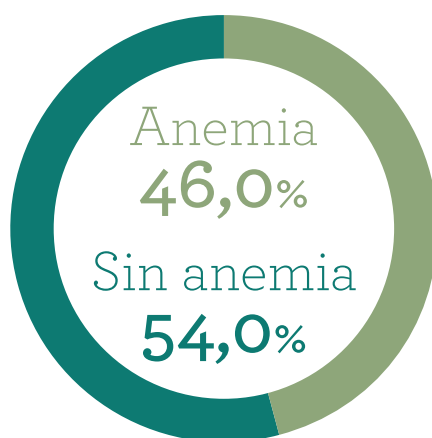
De acuerdo con el IMC gestacional, casi una de cada cinco gestantes de Lloró tenía bajo peso y más de una de cada cinco, presentó exceso de peso (sobrepeso y obesidad). Ver [figura 17](#).

Los resultados de la ENSIN 2015<sup>(3)</sup>, muestran que la prevalencia de bajo peso en las gestantes de todas las etnias, evaluadas en Colombia (14,4 %), estuvo por debajo de las de Lloró en 4,4 puntos porcentuales. Frente a la prevalencia de exceso de peso, en las gestantes de Lloró la prevalencia fue muy inferior a la reportada por la ENSIN 2015<sup>(3)</sup> para mujeres embarazadas de todas las etnias (39,9 %). Ver [figura 17](#). Entre los pocos estudios publicados sobre el estado nutricional de embarazadas indígenas, uno, realizado en Paraguay<sup>(66)</sup>, mostró que las mujeres indígenas presentaron sobrepeso de 30,8 % y obesidad de 21 %, mientras que solo 1,2 % presentó desnutrición. Esta última cifra fue muy inferior a la encontrada en las gestantes de Lloró, pero muestra que el exceso de peso supera las cifras de bajo peso, probablemente por el instrumento de clasificación usado en las gestantes o por la desnutrición crónica que prevalece en ellas y sobre estima el exceso de peso.



*Figura 17. Distribución porcentual del IMC gestacional de las embarazadas evaluadas. Municipio de Lloró, 2017*

Casi la mitad de las gestantes evaluadas (46 %, n = 13) se encontró con anemia (figura 18); de ellas, alrededor de la quinta parte tenía bajo peso para la edad gestacional (figura 19).



*Figura 18. Distribución porcentual de las embarazadas con anemia. Municipio de Lloró, 2017*



**Figura 19. Distribución porcentual del IMC gestacional entre las embarazadas evaluadas con Anemia. Municipio de Lloró, 2017**

Del total de gestantes con anemia ( $n = 13$ ), 20 % (4 afrodescendientes y 3 indígenas), tenía anemia por deficiencia de hierro (figura 20), las demás debido a otras causas como procesos infecciosos, parasitismo, o anemia falciforme entre las afrodescendientes. Estos resultados son coherentes con los descritos previamente en el patrón de consumo de alimentos fuente de hierro en el último mes de las gestantes, en el cual los alimentos ricos en hierro estuvieron ausentes y los que aportan vitamina C para favorecer la absorción del hierro de baja biodisponibilidad como algunas frutas y verduras también (tabla 15).

Un adecuado estado nutricional previo al embarazo, la ganancia de peso óptima durante el mismo y la ausencia de anemia son algunos de los factores protectores del peso al nacer y de la mortalidad durante el embarazo, el parto y el puerperio<sup>(67, 68)</sup>. En un análisis comparativo en Colombia sobre las causas de mortalidad en población indígena y no indígena en el grupo de edad de 15 a 44 años, para el año 2009, se encontró que eventos relacionados con el embarazo, el parto y el puerperio representaron la cuarta causa de muerte en la población indígena (6,15 %); mientras que la proporción de muertes en la población no indígena, atribuidas a esta misma causa, fue de 1,23 %<sup>(69-71)</sup>.

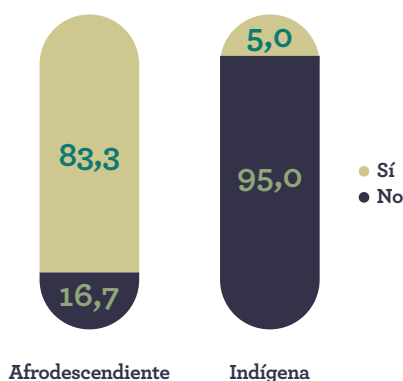




**Figura 20. Distribución porcentual de las embarazadas con anemia ferropénica. Municipio de Lloró, 2017**

La asistencia al control prenatal (CP) por parte de las gestantes beneficiarias estudiadas fue muy diferente por etnia, tal como se puede observar en la [figura 21](#). Casi la totalidad de las gestantes indígenas respondió que no asistía al control prenatal aduciendo diversas razones, las cuales se describen en la tabla 16. De las madres

afrodescendientes que asistieron a CP, lo hicieron 4 veces (mediana) y de las 6 madres indígenas que asistieron, 1 fue 9 veces y 2 madres fueron 4 veces. La “pereza” fue la razón que prevaleció entre las madres afrodescendientes ([tabla 16](#)) y la “costumbre de la comunidad” fue la razón más común entre las gestantes indígenas ([tabla 16](#)).



**Figura 21. Distribución porcentual de las embarazadas según asistencia al control prenatal. Municipio de Lloró, 2017**

**Tabla 16. Distribución porcentual de las razones para no asistir al control prenatal según etnia**

Motivos de no asistencia a control prenatal			
Afrodescendiente		n	%
Dificultad con la afiliación		1	8,3
Por pereza		11	91,7
<b>Total</b>		<b>12</b>	<b>100</b>
Indígena		n	%
Costumbre de la comunidad		10	45,5
Cree estar bien		3	13,6
Desconocimiento del marido, difícil acceso		1	5,0
El centro de salud es muy lejos		1	5,0
El marido no la lleva		1	5,0
Por su cultura, si no se enferma, no va		1	5,0
Porque ella quiere tener más hijos		1	5,0
Porque no le gusta ir a los controles		4	18,3
<b>Total</b>		<b>22</b>	<b>110</b>

Algunos estudios han indagado sobre las razones y los factores que determinan la asistencia al control prenatal en diversas etnias. En la Amazonía brasileña, Guimarães AS y col, en 2016, describieron en su publicación que los indicadores de atención prenatal y parto en población indígena fueron inferiores al promedio nacional, lo que demuestra que el aislamiento geográfico aún afecta la atención de salud de las mujeres en la Amazonía, a pesar de la construcción de carreteras y de los protocolos gubernamentales de salud adoptados durante este período<sup>(72)</sup>. Situación similar a la de las comunidades de Lloró que no cuentan con transporte fluvial o con recursos económicos para pagarlo y

acceder al control prenatal en la cabecera municipal de Lloró. Sin embargo, en el mismo estudio de Guimarães AS y col<sup>(72)</sup> también encontraron que el incremento de la escolaridad entre las gestantes aumentó el número de consultas al control prenatal.

De otro lado, el aspecto cultural también debe ser considerado en este análisis. El antropólogo estadounidense Clifford Geertz concibe a la cultura como “estructuras de significación socialmente establecidas, en virtud de las cuales los individuos hacemos cosas, percibimos cosas y reaccionamos a ellas[...]. Reconocer que la cultura no es una realidad exclusiva y excluyente de las sociedades denominadas occidentales, presupone

no solo el reconocimiento de otras culturas, sino también verlas en igualdad de condiciones”<sup>(70)</sup>. Desde la medicina tradicional el embarazo y el parto, son acontecimientos naturales que no solo atañen a la madre; su cuidado está relacionado con conservar o restablecer el equilibrio de la madre y el niño con su familia, la comunidad y el territorio. Por su parte, para la medicina occidental estos acontecimientos representan un riesgo para la madre, por lo que su cuidado demanda valoración oportuna y el manejo de los riesgos obstétricos que se puedan presentar. Las diferencias en estos conceptos han sido puestas de manifiesto por otros estudios realizados con pueblos indígenas en Colombia y en otros países de Latinoamérica, tal es el caso del estudio realizado con madres Emberá de Antioquia que revela cómo la maternidad trasciende la reproducción biológica<sup>(73)</sup>.

Finalmente, los sistemas de atención en salud para poblaciones indígenas y afrodescendientes deben considerar sus particularidades, diversidad cultural y el diálogo de saberes entre los dos tipos de medicina para lograr su pertinencia y adopción comunitaria<sup>(74,75)</sup>. Colombia no logró cumplir el Objetivo de Desarrollo del Milenio No. 5, sobre la reducción de la mortalidad materna, que para el año 2013 estaba en 55,25 por 100 000 nacidos vivos, en promedio nacional, frente a la meta definida en el ODM para el 2015 de 45 por 100 000 nacidos vivos. Existen grandes inequidades en los resultados en salud materna por territorio: es así como El Chocó y La Guajira tienen las mayores tasas de muertes maternas en el país, 255 y 199 respectivamente, que en comparación con el promedio nacional demuestran una preocupante desigualdad en salud e inequidades en la población. En cuanto a la pertenencia étnica, las mujeres indígenas tienen entre tres y cinco veces más riesgo de morir por razones relacionadas con la gestación, el parto y el puerperio comparadas con las mujeres no indígenas; en las afrodescendientes este riesgo de muerte es dos veces mayor. Para las mujeres que no tienen escolaridad o que cursaron primaria, este riesgo es cinco veces mayor comparado con las que alcanzaron secundaria o un nivel superior<sup>(76)</sup>. Lo anterior pone en evidencia cómo las desigualdades socioeconómicas<sup>(77)</sup>, unidas a la dispersión geográfica (que en muchos casos implica hasta 14 horas de recorrido en lancha



## El Chocó y La Guajira tienen las mayores tasas de muertes maternas en el país. En comparación con el promedio nacional demuestran una preocupante desigualdad en salud e inequidades en la población

para acceder a la cabecera municipal), la presencia de grupos armados, la falta de oferta articulada, oportuna y de calidad de los servicios de salud y de educación y promoción de la salud con enfoque diferencial, propios de las zonas rurales de Lloró, constituyen las principales barreras de acceso para esta población.

“La reproducción y su condición necesaria, el ejercicio de la sexualidad, deberían ser siempre actos deseados y planeados. Lamentablemente, no es así. Prueba de ello son los embarazos no deseados, definidos como aquellos que ocurren en un momento poco favorable, inoportuno, o que se dan en una persona que ya no quiere reproducirse. ¿Por qué, en una época en la que, al menos en teoría, existen los medios para regular la fecundidad, las mujeres aún siguen teniendo este problema?”<sup>(78)</sup>. En estas condiciones pueden producirse estados de ánimo

que llevan a la mujer a depresión por encontrarse en una condición o estado fisiológico que trastorna por completo su vida<sup>(79)</sup>.

La sobrevaloración de los saberes masculinos, las condiciones de marginalidad observadas, la expectativa de formar una unión como mandato social y como estrategia de sobrevivencia, así como la violencia que sufren las mujeres de las minorías indígenas y afrodescendientes a lo largo de su ciclo de vida, condicionan en muchas ocasiones su aceptación de relaciones sexuales con escasa protección anticonceptiva. Para identificar situaciones parecidas entre las gestantes atendidas por la Fundación Éxito, se les preguntó si se sentían felices con el embarazo actual y si se sentían felices y tranquilas con su vida. Para la primera pregunta, la mitad de las gestantes indígenas respondió que sí en presencia de su compañero



permanente y la cuarta parte de las gestantes afrodescendientes lo confirmó (figura 22 y tabla 17). Entre las razones aducidas por las indígenas sobre su actual condición, solo cuatro contestaron, de ellas tres refirieron razones relacionadas con el parto: miedo y dolor (ellas tienen a sus hijos solas en sus viviendas o con la ayuda de la partera de la comunidad o de su suegra). Las razones de las afrodescendientes fueron que hubiera querido seguir estudiando ( $n = 2$ ) y porque no lo quería.

Cuando una mujer queda embarazada sin desearlo sus alternativas son intentar interrumpir el embarazo mediante un aborto inducido, entregarlo en adopción o continuar con el mismo y dar a luz a un hijo que, probablemente, tampoco será deseado. En las condiciones en las cuales viven las gestantes beneficiarias de la Fundación Éxito es casi imposible pensar en las dos primeras posibilidades. Por tanto, nacerán hijos no deseados en ambientes probablemente hostiles y con carencias afectivas a los que se les sumarán las desigualdades e inequidades socioeconómicas ya descritas en estas comunidades<sup>(80)</sup>. De hecho, en la publicación de Nazar A y col, en 2008, sobre este tema concluyeron que el embarazo no deseado en la población indígena de Chiapas era un problema de salud pública.

Las respuestas a la segunda pregunta muestran también en las gestantes indígenas la vulneración de los derechos de las mujeres y el control de los maridos sobre ellas; solo cuatro gestantes de las once que contestaron que no se sentían felices pudieron hablar (tabla 18). Del total de gestantes de ambas etnias ( $n = 15$ ), dos querían estudiar, dos se mostraron preocupadas por el riesgo que conlleva un embarazo, otras dos dieron muestra de inconformidad con su situación actual, una no pudo planificar y otra refirió preocupación por las condiciones de inseguridad alimentaria para sus hijos. Todo lo anterior confirmó la importancia de contar en estas comunidades con programas de control prenatal diseñados con enfoque diferencial y con sentido y pertinencia para aproximarse a las mujeres e identificar sus motivos, aspiraciones y expectativas frente a su proyecto de vida y salud sexual y reproductiva.



¿Por qué no se siente feliz con su embarazo?		
Afrodescendiente	n	%
No aplica	9	75,0
Ella quería seguir estudiando	2	16,7
Porque no lo quería	1	8,3
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Indígena	n	%
A veces sí a veces no	1	5,0
Le da miedo el parto	1	5,0
Porque le duele mucho el parto	2	10,0
No contestó	6	30,0
No aplica	10	50,0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>



Fotografía tomada de Shutterstock

## 6. Conclusiones y recomendaciones





**E**l estado nutricional de la población beneficiaria de la Fundación Éxito, además de estar relacionado con las enfermedades que se presentaron tales como la anemia, entre otras, está determinado estructuralmente por la ausencia Estatal y de manera intermedia por la inseguridad alimentaria comunitaria y familiar,

influenciada esta por factores que inciden principalmente en el acceso a los alimentos: inexistencia de tierras adecuadas para la producción, condiciones atrasadas en lo concerniente a tecnología productiva, bajos niveles de escolaridad de los jefes de hogar, poca variedad de alimentos disponibles, condiciones insalubres en la vivienda y en la comunidad y, por supuesto, por determinantes singulares como la etnia, los hábitos y las creencias relacionados con la alimentación y con el cuidado de los niños.

Pese a los avances normativos existentes, la vulneración de los derechos de los pueblos indígenas y afrodescendientes es una situación crítica, especialmente en regiones como en Chocó en donde el conflicto armado, el reclutamiento, la violencia sexual y el desplazamiento forzado, condicionan la supervivencia física y de sus culturas. De este modo, las condiciones sociales y económicas desfavorables, reflejadas en la falta de acceso al agua potable, el saneamiento básico inadecuado, el bajo nivel educativo, la contaminación de las fuentes hídricas, entre otras, redundan de manera negativa en la salud y la nutrición de esta población, configurando un círculo vicioso de pobreza, abandono y malnutrición.

La protección social que venía asumiendo la Fundación Éxito en estas comunidades de Lloró mediante la complementación alimentaria pretendía que los hogares aumentaran y diversificaran su consumo de alimentos, vitaminas y minerales y



contribuyera con el incremento de la seguridad alimentaria y nutricional familiar. Los efectos positivos sobre el bienestar de la infancia y de las madres se amplían cuando los programas tienen en cuenta los aspectos de género o van dirigidos a las mujeres. Esto es especialmente importante porque la desnutrición materna e infantil perpetúa la pobreza de una generación a otra. Un mayor consumo de alimentos y una mayor diversidad de la dieta no conducen automáticamente a mejores resultados nutricionales. La situación nutricional depende de una serie de otros factores, como el acceso a agua potable, el saneamiento y atención en salud, así como de decisiones adecuadas sobre cuidado y alimentación de los niños y de las embarazadas.

Por tanto, para que los programas de asistencia social de la Fundación Éxito mejoren los resultados nutricionales en el municipio de Lloró, deben combinarse con intervenciones complementarias multisectoriales e integrales que impacten a corto (anemia) y a mediano plazo (desnutrición aguda leve y moderada) la malnutrición materno infantil.

La protección social, como, por ejemplo, la complementación o la suplementación alimentarias, puede influir positivamente en las decisiones de inversión de los hogares pobres y los ayuda a gestionar los riesgos con ayuda del Estado. En este caso, si se busca una alianza con Entidades estatales que hagan presencia en estas Comunidades como es el caso del Departamento para la Prosperidad Social (RESA), la protección social de la Fundación Éxito podría impulsar una mayor efectividad de la seguridad alimentaria familiar, con repercusiones positivas para la productividad en las comunidades (maíz, plátano, entre otros).

La asistencia social es un instrumento importante para mejorar los resultados nutricionales entre las poblaciones pobres, pero no puede eliminar de forma sostenible la pobreza y la desnutrición por sí sola: se precisan medidas integradas, cooperadas e intervenciones complementarias en otros sectores del desarrollo (saneamiento medioambiental, educación y salud), así como en ámbitos más amplios de políticas públicas para lograrlo.

## 7. Bibliografía

1. FAO, Ministerio de Salud y Protección Social. Comida, territorio y memoria. Situación alimentaria de los pueblos indígenas colombianos [Internet]: 2015. [Consultado septiembre 2 de 2017] Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-i4467s.pdf>.
2. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, PROFAMILIA, Instituto Nacional de Salud, Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010 -ENSIN 2010-. Bogotá: DA Vinci Editores & CIA SNC; 2011.
3. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Organización Panamericana de la Salud, Instituto Nacional de Salud, Ministerio de la Protección Social, Departamento para la Prosperidad Social. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2015 -ENSIN 2015-. Resumen Ejecutivo con primeros resultados; 2017.
4. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Objetivo 2: Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible[Internet]. 2015. [Consultado septiembre 3 de 2017] Disponible en: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/hunger/>
5. Prendergast A, Humphrey J. *The stunting syndrome in developing countries. Paediatr Int Child Health*. 2014; 34:250-65.
6. World Health Organization. Childhood stunting: challenges and opportunities. Report of a colloquium[Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014. [Consultado octubre 23 de 2015] Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107026/1/WHO\\_NMH\\_NHD\\_GRS\\_14.1\\_en.g.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107026/1/WHO_NMH_NHD_GRS_14.1_en.g.pdf?ua=1)

7. Benjumea MV, Parra JH, Jaramillo JF. *¿Cómo intervenir y prevenir el retraso del crecimiento en niños caldenses de hogares del SISBEN?* [Internet]. Biomédica. 2017;37(4). Disponible en: <https://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/3307/3431>.
8. Universidad de los Andes. Fundación Éxito. *Encuesta Longitudinal Colombiana de la Universidad de Los Andes -ELCA. Dinámicas de desarrollo infantil en Colombia 2010-2016*. 2017. p.70
9. Hoddinott J1, Maluccio JA, Behrman JR, Flores R, Martorell R. *Effect of a nutrition intervention during early childhood on economic productivity in Guatemalan adults*. Lancet. 2008;371(9610):411-6.
10. Martorell R, Zongrone A. *Intergenerational influences on child growth and undernutrition*. Paediatr Perinat Epidemiol. 2012;26(Suppl. 1):302-14.
11. Delisle HF. *Poverty: the double burden of malnutrition in mothers and the intergenerational impact*. Ann NY Acad Sci. 2008; 1136:172-84.
12. Han Z, Lutsiv O, Mulla S, McDonald SD. *Maternal height and the risk of preterm birth and low birth weight: a systematic review and meta-analyses*. J Obstet Gynaecol Can. 2012; 34:721-46.
13. Shah PS, Shah V, Knowledge Synthesis Group on determinants of preterm/LBW births. *Influence of the maternal birth status on offspring: a systematic review and meta-analysis*. Acta Obstet Gynecol Scand. 2009; 88:1307-18.
14. World Health Organization. *Global nutrition targets 2025: stunting policy brief (WHO/NMH/NHD/14.3)*. Geneva: World Health Organization; 2014.
15. World Health Organization. *Childhood stunting: challenges and opportunities. Report of a colloquium*. Geneva: World Health Organization [Internet]; 2014. [Consultado octubre 23 de 2015] Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107026/1/WHO\\_NMH\\_NHD\\_GRS\\_14.1\\_en\\_g.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107026/1/WHO_NMH_NHD_GRS_14.1_en_g.pdf?ua=1)
16. DANE. Colombia: Índice de Pobreza Multidimensional [Internet]. [Consultado febrero 12 de 2016] Disponible en: [http://formularios.dane.gov.co/Anda\\_4\\_1/index.php/catalog/254](http://formularios.dane.gov.co/Anda_4_1/index.php/catalog/254).

17. Hoddinott J, Rosegrant M, Torero M. Hunger and malnutrition. Investments to reduce hunger and undernutrition [Internet]. Copenhagen: Copenhagen Consensus Center; 2012. [Consultado febrero 12 de 2016] Disponible en: <http://www.copenhagenconsensus.com/sites/default/files/hungerandmalnutrition.pdf>.
18. World Health Organization. Global targets 2025. To improve maternal, infant and young child Nutrition [Internet]. [Consultado Agosto 4 de 2017] Disponible en: [www.who.int/nutrition/topics/nutrition\\_globaltargets2025/en/](http://www.who.int/nutrition/topics/nutrition_globaltargets2025/en/).
19. Martorell R, Horta B, Adair L, Stein A, Richter L, Fall C, et al. *Weight gain in the first two years of life is an Important of schooling outcomes in pooled analysis from 5 birth cohorts from low- and middle-income countries*. Journal of Nutrition. 2010;140:348-54.
20. WHO/UNICEF/WFP. Global nutrition targets 2025: wasting policy brief (WHO/NMH/NHD/14.8). Geneva: World Health Organization; 2014.
21. Instituto Nacional de Salud. Vigilancia y análisis del riesgo en salud pública. Protocolo de vigilancia en Salud Pública. Desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años [Internet]. 2016 [Consultado noviembre 2 de 2017] Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20Desnutricion%20en%20menores%20de%20cinco%20años.pdf>.
22. Acosta-Ordoñez K. Nutrición y desarrollo en el Pacífico colombiano. Serie Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional No. 221 [Internet]. Cartagena: CEER. 2015. Disponible en: [http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura\\_finanzas/pdf/dtser\\_221.pdf](http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_221.pdf).
23. Alcaldía de Lloró. Secretaría de Salud. ASIS en Lloró. 2016. Agosto de 2017.
24. Instituto Nacional de Salud. Informe del evento bajo peso al nacer a término, hasta el periodo epidemiológico VI, Colombia [Internet]; 2017. [Consultado septiembre 24 de 2017]. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Informe%20de%20Evento%20Epidemiolgico/BAJO%20PESO%20AL%20NACER%20A%20TÉRMINO%20PERIODO%20VI%202017.pdf>.



25. Instituto Nacional de Salud. Observatorio Nacional de Salud. Una mirada al ASIS y análisis en profundidad. Informe Técnico ONS / 2016-I / Séptima Edición [Internet]. [Consultado noviembre 2 de 2017] Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/SiteAssets/Paginas/publicaciones/Informe%20FINAL%20-%207.pdf>.
26. Ministerio de Salud y Protección Social. ASIS en Colombia 2016.
27. World Health Organization. WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development [Internet]; 2006. [Consultado julio 2 de 2017] Disponible en: [http://www.who.int/childgrowth/standards/Technical\\_report.pdf?ua=1](http://www.who.int/childgrowth/standards/Technical_report.pdf?ua=1).
28. Lohman TG, Roche AF, Martorell R, editors. Anthropometric standardization reference manual. Campaign: Human Kinetics Books, 1991:44-5.
29. de Onís M, Garza C, Vitoria C, Onyango A, Frongillo E, Martinez J. *El Estudio Multi-centro de la OMS de las Referencias del Crecimiento: Planificación, diseño y metodología*. Food and Nutrition Bulletin, 2004;25(1): S15-S26.
30. Ministerio de la Protección Social. Resolución 2465 de 2016. [en internet] Acceso septiembre 26 de 2017. Disponible en: <https://ids.gov.co/web/2016/resoluciones/2465.pdf>
31. Benjumea MV. Exactitud diagnóstica de cinco referencias gestacionales para predecir el peso insuficiente al nacer. Biomédica 2007; 27:42-55.
32. WHO Anthro for personal computers, version 3.2.2, 2011: Software for assessing growth and development of the world's children. Geneva: WHO, 2010. [en internet] Acceso septiembre 26 de 2017. Disponible en: <http://www.who.int/childgrowth/software/es/>.
33. WHO. Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity. Vitamin and Mineral Nutrition Information System. Geneva, World Health Organization, 2011 (WHO/NMH/NHD/MNM/11.1). [Acceso julio 2 de 2017] Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85839/3/WHO\\_NMH\\_NHD\\_MNM\\_11.1\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85839/3/WHO_NMH_NHD_MNM_11.1_eng.pdf?ua=1).

34. Correa I, Benjumea MV. Editoras ¿Cómo evaluar el estado nutricional? Manizales: Centro Editorial de la Universidad de Caldas. 2005. P.514
35. Instituto Colombiano de Bienstar Familiar, Universidad Externado de Colombia. Estudio Nacional de la Situación Alimentaria y Nutricional de los Pueblos Indígenas de Colombia (ENSANI) 2012-2014. [acceso noviembre 4 de 2017] Disponible en: <http://www.fcsheexternado.com/ensani/#>.
36. Departamento Nacional de Planeación. SISBEN III. Ficha de caracterización socioeconómica. [Acceso en junio 2 de 2017] Disponible en: <https://www.sisben.gov.co/Documents/Documentos%20metodológicos/Dmetodologicos/Ficha%20Sisbén%20III.pdf>
37. Smith KR. El uso doméstico de leña en los países en desarrollo y sus repercusiones en la salud [Internet]. Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/009/a0789s/a0789s09.htm>
38. Junemann A, Legarreta G. *Inhalación de humo de leña: una causa relevante pero poco reconocida de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica*. Revista Argentina de medicina Respiratoria 2007;(2):51-57.
39. Rosado A, Pérez RM, Criado L, Duque N, Hernández C, Hernández M, et al. *Enfermedades periodontales durante el embarazo y su asociación con parto prematuro y bajo peso al nacimiento. Evidencias y controversias*. Avances en Periodoncia 2010;22(2):85-89.
40. Bobetsis YA, Barros SP, Offenbacher S. *Exploring the relationship between periodontal disease and pregnancy complications*. J Am Dent Assoc 2006;2(137):7S-13S;
41. Xiong X, Buekens P, Fraser WD, Beck J, Offenbacher S. *Periodontal disease and adverse pregnancy outcomes: a systematic review*. BJOG 2006;113(2):135-43.
42. Kane SF. The effects of oral health on systemic health. Gen Dent. 2017;65(6):30-34.
43. Fundación Salutia. Evaluación del Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020 [Internet]. Disponible en: <http://www.salutia.org/politicaeconomia/index.php/equipo-humano/26-noticias-de-interes/171-evaluacion-del-plan-decenal-de-lactancia-materna-2010-2020-2>

44. CEPAL. Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: aportes para una relectura desde el derecho a la integridad cultural. Santiago de Chile: Naciones Unidas. 2010
45. Becerra F, Peña DC, Vanesa Puentes V, Rodríguez DE. *Lactancia materna: Una revisión de la evaluación de esta práctica a través del tiempo. El caso de algunas comunidades indígenas en Colombia*. Rev.Fac.Med. 2009;57(3):246-57
46. Martínez-Tapia B, González-Cosío T, Pelcastre-Villafuerte B, Hernández-Prado B. Cambio en la prevalencia de lactancia materna exclusiva en población indígena mexicana durante los primeros seis meses de edad y sus factores asociados. Datos de dos encuestas nacionales de nutrición 1999 y 2006 [Internet]. Disponible en: <http://catalogoinsp.mx/files/tes/051302.pdf>.
47. Betrán A, de Onis M, Lauer J, Villar J. *Ecological study of effect of breastfeeding on infant mortality in Latin America*. BMJ Journal. 2001;323: 303-307.
48. CEPAL. Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: aportes para una relectura desde el derecho a la integridad cultural. Santiago de Chile: Naciones Unidas. 2010.
49. Amigo H, Bustos P, Erazo M. (Editores) Niños mapuches, crecimiento, nutrición y salud. Santiago de Chile: Universidad de Chile. 2001. p.115.
50. Tobar LF, Chinchilla M. Aspectos nutricionales y alimentarias de las comunidades indígenas colombianas. Bogotá (Colombia): Pontificia Universidad Javeriana; 1996.
51. Rivas X, Carolina S, Castillo S, Pachón H. *Alimentos autóctonos de las comunidades indígenas y afrodescendientes de Colombia* [Internet]. ALAN 2010;60(3). Disponible en: [http://www.scielo.org/ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-06222010000300001](http://www.scielo.org/ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222010000300001).
52. Ariza E, Polanco R, Yepes A, Suárez Á. Territorio, cultura y paisajes Sikuani, Piaroa, Piapoco, Curripaco, Puinave. Cumaribo (Colombia): Instituto Colombiano de Antropología e Historia; 2006.
53. Stanhope KL. *Sugar consumption, metabolic disease and obesity: The state of the controversy*. Crit Rev Clin Lab Sci. 2016;53(1):52-67

54. Rosique G Javier, Restrepo C María Teresa, Manjarrés C Luz Mariela, Gálvez A Aida, Santa M Johana. *Estado nutricional y hábitos alimentarios en indígenas Emberá de Colombia* [Internet]. Rev. Chil. Nutr. [Internet]. 2010 Sep [Consultado 2017 Nov 18] ; 37( 3 ): 270-280. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=So717-75182010000300002&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So717-75182010000300002&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/So717-75182010000300002>.
55. Food Empowerment Project. La colonización, los alimentos y el hábito de comer [Internet]; 2017. Disponible en: <http://www.foodispower.org/es/colonialismo-en-la-alimentacion/>
56. Díaz A, Arana A, Vargas-Machuca R, Antiporta D. *Situación de salud y nutrición de niños indígenas y niños no indígenas de la Amazonia peruana*. Rev Panam Salud Publica. 2015;38(1):49-56.
57. Restrepo BN, Restrepo MT, Beltrán JC, Rodríguez M, Ramírez RE. *Estado nutricional de niños y niñas indígenas de hasta seis años de edad en el resguardo Emberá-Katío, Tierralta, Córdoba, Colombia*. Biomédica 2006; 26:517-27.
58. International Food Policy Research Institute. 2016. Global Nutrition Report 2016: From Promise to Impact: Ending Malnutrition by 2030. Washington, DC [Internet]. [Consultado julio 5 de 2017] Disponible en: <http://ebrary.ifpri.org/utils/getfile/collection/p15738coll2/id/130354/file-name/130565.pdf>.
59. Leite MS, Cardoso AM, Coimbra CE, Welch JR, Gugelmin SA, Lira PC, et al. *Prevalence of anemia and associated factors among indigenous children in Brazil: results from the First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition*. Nutr J. 2013;12:69.
60. Anticona C, San Sebastian M. *Anemia and malnutrition in indigenous children and adolescents of the Peruvian Amazon in a context of lead exposure: a cross-sectional study*. GHA. 2014; 7:22888.
61. Castillo M, Oliveros AL. *Caracterización de alteraciones en la molécula de hemoglobina en afrodescendientes colombianos*. NOVA. 2014; 12 (21): 151-156.
62. Quintero M, Jiménez A. Anemia de células falciformes. Revista Gastrohnp 2012;14(2 Suplemento 1): S27-S35.



63. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan de Beneficios en Salud [Internet]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/plan-obligatorio-de-salud-pos.aspx>.
64. Ministry of Health. Food and Nutrition Guidelines for Healthy Pregnant and Breastfeeding Women: A background paper. Wellington: Ministry of Health. New Zealand. 2006.
65. Lange S, Probst C, Gmel G, Rehm J, Burd L, Popova S. *Global Prevalence of Fetal Alcohol Spectrum Disorder Among Children and Youth: A Systematic Review and Meta-analysis*. JAMA Pediatr. 2017;171(10):948-956.
66. Echague G, Díaz V, Mendoza L, Mongelo P, Giménez G, Paez M, et al. *Estado nutricional y aspectos alimentarios de mujeres indígenas del departamento de presidente Hayes, Paraguay*. Rev Univ Ind Santander Salud. 2015;47(3):271-280.
67. Minjarez-Corral M, Rincón-Gómez I, Morales-Chomina Y, Espinosa-Velasco M, Zárate A, Hernández-Valencia M. *Ganancia de peso gestacional como factor de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas*. Perinatol Reprod Hum 2014; 28 (3): 159-166.
68. Rasmussen KM, Yaktine AL. editors. Institute of Medicine (US), National Research Council (US) Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines. Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines [Internet]. Washington (DC): National Academies Press (US); 2009. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20669500>.
69. Ministerio de Salud y de Protección Social. Perfil Epidemiológico de Pueblos Indígenas de Colombia [Internet]. Organización Panamericana de la Salud, 2010. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/perfil-epidemiologico-indigenas-parte2.pdf>
70. Observatorio Nacional de Salud. Instituto Nacional de Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Salud materna indígena en mujeres Nasa y Misak del departamento del Cauca [Internet]; 2015. 101p. Disponibe en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/SiteAssets/Paginas/documentos-de-interes/Salud%20materna%20indigena.pdf>.

71. Cordero L, Luna A, Vattuone ME. Salud de la mujer indígena: intervenciones para reducir la muerte materna [Internet]; 2010. Disponible en: <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/246/Salud%20de%20la%20mujer%20ind%C3%ADgena.pdf>.
72. Guimarães AS, Mantovani SAS, Oliart-Guzmán H, Martins AC, Filgueira-Júnior JA, Santos AP. *Prenatal care and childbirth assistance in Amazonian women before and after the Pacific Highway Construction (2003-2011): a cross-sectional study*. BMC Womens Health. 2016 Jul 13;16:37.
73. Castillo-Santana P, Vallejo-Rodríguez E, Cotes-Cantillo K, Castañeda-Orjuela C. *Salud materna indígena en mujeres Nasa y Misak del Cauca, Colombia: tensiones, subordinación y diálogo intercultural entre dos sistemas médicos* Saúde. Soc. São Paulo, 2017;26(1):61-74
74. CEPAL, UNFPA, OPS. Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: aportes para una relectura desde el derecho a la integridad cultural [Internet]; 2010. Disponible en: <http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3797/lcw347.pdf;jsessionid=C-18226BF4C727586092D839E911DF9ED?sequence=1>.
75. Ministerio de Salud y Protección Social. Perfil de Salud de la Población Indígena, y medición de desigualdades en salud. Colombia 2016 [Internet]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Perfil-salud-pueblos-indigenas-colombia-2016.pdf>.
76. PNUD. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Colombia [Internet]; 2014. <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/MDG/english/MDG%20Country%20Reports/Colombia/informeanualodm2014.pdf>.
77. UNFPA – OMS/OPS – UNICEF – PMA. Estrategia de cooperación interagencial 2015 – 2019. Reducción de la mortalidad materna y neonatal con enfoque intercultural y de género [Internet]; 2015. Disponible en: <http://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/BOLETIN%20N%201%20DEL%20PROYECTO%20INTERAGENCIAL.pdf>
78. Langer A. *El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe*. Rev Panam Salud Publica 2002;11(3):192-205.

79. Frautschi S, Cerulli A, Maine D. *Suicide during pregnancy and its neglect as a component of maternal mortality*. Int J Gynaecol Obstet 1994;47:275-284.
80. Nazar A, Salvatierra B. *Embarazo no deseado en población indígena y mestiza de asentamientos urbanos marginales de Chiapas* [Internet]. Población y Salud en Mesoamérica, 2008;5(2). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/446/44650201.pdf>.

Caracterización de la población materno  
infantil atendida por la Fundación Éxito en Lloró, Chocó.

Se terminó de imprimir en diciembre de 2018.  
Para su elaboración se utilizó  
papel propalcote de 280 g,  
en portada y propalmate 115 g, en páginas interiores.

Impresión  
Francisco Vélez Litografía  
PBX: (4) 218 14 94  
Calle 47 N° 43-118  
Medellín - Colombia







Colombia ha mejorado sustancialmente entre 1990 y 2015 en el control de la desnutrición crónica o retraso del crecimiento (26,1 % a 10,8 %), aunque sin lograr la meta de los “Objetivos de Desarrollo del Milenio” que era llegar al 8 %. En el caso del departamento del Chocó la cifra de desnutrición crónica supera a la del país 15,7 % con respecto al del 13,2 % nacional.

El retraso del crecimiento o la desnutrición crónica (baja estatura para la edad) indica un fracaso en el logro del potencial genético con el que nacemos para poder crecer.