



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Aproximación desde los determinantes sociales a la Seguridad Alimentaria y Nutricional en hogares de mujeres con exceso de peso en Girardot

Geraldine Prada López

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina, Departamento de Nutrición Humana
Bogotá, Colombia

2021

Aproximación desde los determinantes sociales a la Seguridad Alimentaria y Nutricional en hogares de mujeres con exceso de peso en Girardot

Geraldine Prada López

Trabajo Final presentado como requisito parcial para optar al título de:

Magister en Seguridad Alimentaria y Nutricional

Directora:

ND. Msc. Elizabeth Valoyes Bejarano

Codirector:

Enf. Esp. Msc. Francisco Javier Laguna Polania

Asesor metodológico

Est.Msc. Andrés Fernando Suárez Molina

Línea de Investigación:

Seminario de Equidad, Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional

Proyecto de Investigación:

Mujeres, malnutrición y calidad de vida: un abordaje desde la participación comunitaria que contribuye al logro de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en los hogares de Girardot, Cundinamarca. Código Hermes. 39942

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina, Departamento de Nutrición Humana

Bogotá, Colombia

2021

A mis padres

Agradecimientos

Agradezco a todas las mujeres y sus familias del municipio de Girardot - Cundinamarca, que me permitieron entrar a sus hogares y aportaron valiosa información para el desarrollo de la investigación; a los profesores y estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cundinamarca, y al equipo de trabajo del proyecto de investigación *“Mujeres, malnutrición y calidad de vida: un abordaje desde la participación comunitaria que contribuye al logro de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en los hogares de Girardot, Cundinamarca”*.

A la Universidad Nacional de Colombia por la formación académica que me ha brindado desde el año 2008, a los profesores de la maestría y a mis compañeros de cohorte que apoyaron y guiaron el proceso fraternalmente.

A la profesora Elizabeth Valoyes Bejarano y al profesor Francisco Javier Laguna Polania por sus consejos, recomendaciones y sugerencias en el proceso de formación. Muy especialmente a Andrés Fernando Suarez Molina, asesor metodológico y amigo quién me brindó su apoyo, ayuda y aliento en el momento más difícil de la elaboración de este trabajo.

Resumen

El presente trabajo realiza el análisis de la situación de seguridad alimentaria y nutricional (SAN) en un grupo de hogares urbanos estrato 1 y 2 del municipio de Girardot - Cundinamarca, a partir del referencial de los determinantes sociales de la SAN y la equidad social.

Los resultados de la ENSIN de los últimos 15 años muestran que el exceso de peso en adultos va en marcado aumento. En 2015, el 59,6% de las mujeres entre 18 y 64 años presentó exceso de peso. Este panorama expone la necesidad de ahondar desde diferentes niveles el fenómeno de malnutrición por exceso y la relación con la Seguridad Alimentaria y Nutricional analizada desde los determinantes sociales.

El presente es un estudio cuantitativo transversal analítico. Se realizó recolección de 131 variables sobre condiciones sociodemográficas, inseguridad alimentaria en el hogar (INSAH), estrategias de afrontamiento de la INSAH y frecuencia de consumo de 31 alimentos, mediante 4 instrumentos tipo encuesta.

Entre los resultados, se encontró asociación estadísticamente significativa entre la decisión de uso de los ingresos económicos y la estrategia de afrontamiento número 2, clasificadas como determinantes intermedios y la INSAH. De igual manera, una asociación estadísticamente significativa entre la edad de la mujer clasificada como determinante estructural y la INSAH. Se identificó la composición del hogar, el nivel educativo del jefe de hogar, la decisión de uso del dinero del hogar, entre otros, como determinantes sociales que agudizan las inequidades en la situación alimentaria y nutricional de los hogares estudiados. Este análisis les permite a las autoridades del municipio orientar las estrategias de desarrollo económico y social dirigidas a la reducción de la inseguridad alimentaria en los hogares de bajos estratos con presencia de malnutrición por exceso a partir del enfoque de equidad.

X Aproximación desde los determinantes sociales a la Seguridad Alimentaria y Nutricional en hogares de mujeres con exceso de peso en Girardot

Palabras clave: exceso de peso, Seguridad Alimentaria y Nutricional, determinantes sociales, equidad.

Abstract

This writing is an analysis of the Food and Nutrition Security Situation (SAN) within urban households belonging to one or two social strata in Girardot - Cundinamarca, based on the social determinants of SAN and social equality.

According to the National Survey of the Nutritional Situation (ENSIN) results, obesity in adults has been sharply increasing for the last 15 years. In fact, 59,6% of women between 18 and 64 years old were overweight in 2015. Therefore, this scenario illustrates to us the different levels of need for a thorough examination into the malnutrition phenomenon due to excess and relation with the Food and Nutrition Security Situation analysis because of social determinants.

Among the results, a statistically significant association between the economic decision-making and coping strategy number 2, classified as INSAH and the intermediate determinants. Similarly, a statistically significant association between the woman's age is categorized as a structural determinant and the INSAH.

Moreover, the social determinants that intensify food and nutritional inequality situation within the studied households are of nuclear family composition, the head of the household educational level, the use of money decisions at home, and so on. This análisis allows the municipal authorities to guide the social and economical development strategies towards reducing food insecurity in low-income households with the presence of excess malnutrition based on the equity approach.

Keywords: Overweight, Food, and Nutritional Security, social determinants, equity

Contenido

	Pág.
Resumen	IX
Abstract	XI
Lista de figuras	XV
Lista de tablas	XVI
Introducción	1
1. Capítulo 1 Planteamiento del problema	5
1.1 Justificación.....	11
1.2 Pregunta de investigación	12
1.3 Estado del arte	12
1.4 Objetivos	16
1.4.1 Objetivo general.....	16
1.4.2 Objetivos específicos	16
1.5 Marco conceptual	16
1.5.1 Seguridad Alimentaria y Nutricional – SAN	16
1.5.2 Enfoque de determinantes sociales de la salud	20
1.5.3 La equidad en el enfoque de determinantes sociales de la salud	29
1.5.4 Enfoque de determinantes sociales de la Seguridad Alimentaria y Nutricional SAN	33
1.5.5 Exceso de peso	44
1.6 Marco referencial.....	49
1.6.1 Municipio de Girardot.....	49
2. Capítulo 2 Metodología	53
2.1 Tipo de estudio.....	53
2.2 Población sujeta de la investigación	53
2.3 Muestra de la investigación	53
2.4 Criterios de inclusión de los casos	54
2.5 Criterios de exclusión de los casos	54
2.6 Desarrollo metodológico.....	54
2.7 Instrumentos de captura de la información	57
2.8 Plan de análisis	67
2.8.1 Análisis univariado.....	67
2.8.2 Análisis bivariado.....	67
2.8.3 Análisis multivariado	67
2.9 Consideraciones éticas	68

3. Capítulo 3 Resultados	69
3.1 Situación de seguridad alimentaria y nutricional y magnitud de exceso de peso en mujeres de 20 hogares urbanos estrato 1 y 2.....	69
3.2 Determinantes sociales relacionados con la SAN	86
3.3 Relaciones entre los determinantes sociales y la SAN.....	98
4. Capítulo 4 Análisis de resultados	100
4.1 La inequidad social como determinante de la Inseguridad Alimentaria y Nutricional reflejada en el exceso de peso	100
4.2 Aproximación a los determinantes sociales de la Seguridad Alimentaria y Nutricional	110
5. Conclusiones y recomendaciones	118
5.1 Conclusiones	118
5.2 Recomendaciones	120

Lista de figuras

	Pág.
Ilustración 1. Niveles de los determinantes sociales de la salud	27
Ilustración 2. Modelo explicativo del paradigma determinantes sociales de la SAN	34
Ilustración 3. Modelo conceptual de los determinantes sociales de la SAN	43

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1. Clasificación antropométrica del estado nutricional para adultos de 18 a 64 años de edad, según el índice de Masa Corporal (IMC)	56
Tabla 2. Clasificación de la obesidad abdominal para adultos de 18 a 64 años, según la circunferencia de la cintura	56
Tabla 3. Puntos de corte para el procesamiento del indicador frecuencia relativa seguridad/inseguridad alimentaria en el hogar	58
Tabla 4. Variables clasificadas en orden de determinantes sociales estructurales, intermedios y singulares que caracterizan la situación alimentaria y nutricional de los hogares estudiados.....	61
Tabla 5. Características sociodemográficas de 20 mujeres urbanas de estrato 1 y 2 en Girardot.....	69
Tabla 6. Características socioeconómicas de 20 hogares urbanos de estrato 1 y 2 en Girardot.....	73
Tabla 7. Estrategias de afrontamiento de la seguridad alimentaria en 20 hogares urbanos de estrato 1 y 2 en Girardot.....	76
Tabla 8. Frecuencia relativa de uso o consumo usual de alimentos: cereales, tubérculos, raíces y plátanos.....	77
Tabla 9. Frecuencia relativa de uso o consumo usual de alimentos: verduras y frutas ...	78
Tabla 10. Frecuencia relativa de uso o consumo usual de alimentos: leche y productos lácteos	80
Tabla 11. Frecuencia relativa de uso o consumo usual de alimentos: carnes, huevos y leguminosas secas	81
Tabla 12. Frecuencia relativa de uso o consumo usual de alimentos: grasas.....	83
Tabla 13. Frecuencia relativa de uso o consumo usual de alimentos: azúcares	84
Tabla 14. Otro consumo no agrupados de interés para la nutrición pública	85
Tabla 15. Determinantes estructurales en relación con la Inseguridad Alimentaria en el Hogar (INSAH).....	87
Tabla 16. Determinantes intermedios en relación con la Inseguridad Alimentaria en el Hogar (INSAH).....	90
Tabla 17. Determinantes singulares en relación con la Inseguridad Alimentaria en el Hogar (INSAH).....	93
Tabla 18. Determinantes sociales relacionados con la inseguridad alimentaria en el hogar (INSAH)	99

Introducción

Cuando se alude a las causas de los problemas nutricionales en Latinoamérica, es la pobreza la causa subyacente más importante, expresada en las profundas desigualdades de la región que aún se manifiestan en la falta de una dieta adecuada, la ausencia de agua potable, de educación, de servicios adecuados y oportunos de salud, los muy bajos ingresos de las familias y la presencia del conflicto armado, con todas sus repercusiones, en varios países de la región (Del Castillo, 2012).

Colombia enfrenta problemas estructurales crecientes que afectan su desarrollo y causan inestabilidad económica, social y política, entre ellos se cuenta la inequidad y la pobreza. Resultado de tales problemas se presentan fenómenos como el desempleo, el hambre, la malnutrición, la inseguridad alimentaria y nutricional de su población (Bozón Martínez, 2014). La Encuesta Nacional de Situación Nutricional para Colombia – ENSIN, en los últimos 15 años, ha mostrado el aumento del exceso de peso en adultos. En 2015, el 59,6% de las mujeres entre 18 y 64 años presentó exceso de peso. Los indicadores del estado nutricional durante los últimos 15 años han mostrado el exceso de peso como evento nutricional emergente de interés en salud pública. Estas problemáticas emergentes que vulneran la seguridad alimentaria y nutricional ponen en consideración la integralidad de las intervenciones actuales. Atender a ellas de manera fragmentada, aislada y respondiendo a sus consecuencias y no a sus causas, solo genera una creciente complejidad y la prolongación de inequidades sociales (Del Castillo, 2012).

En el estudio de Arias & Galindo (2019) se identificaron 97 mujeres en edades entre 18 y 35 años con exceso de peso en Girardot, Cundinamarca. Dicho estudio realizó un ejercicio de georeferenciación para identificar la interacción de factores de riesgo con el ambiente. En las comunas urbanas caracterizadas del municipio se identificaron factores como el bajo nivel educativo, el número de hijos, el estado civil, hábitos en el consumo de alcohol, cigarrillo, consumo de alimentos a deshoras y falta de práctica de actividad física, con el

ambiente. Por su parte, un estudio cualitativo de Pataquiva Moreno (2019) donde se abordó el autoconcepto y autopercepción de las mujeres con exceso de peso frente a su estado de salud en el mismo territorio, identificó la preocupación de las mujeres por su salud y las posibles complicaciones por el exceso de peso que limitaban drásticamente sus actividades diarias. El rol de madres y cuidadoras encargadas de los oficios del hogar les impedía dedicar tiempo a su autocuidado, y, además, su condición de salud las exponía a discriminación laboral y social que deterioraba drásticamente su calidad de vida. Dicho escenario muestra un contexto de vulnerabilidad que justifica el presente trabajo.

Atendiendo a este panorama de orden internacional, nacional y local, se abre la discusión para ahondar con más detalles en este tema e involucrar los determinantes sociales de la salud y aquellos que, desde la Seguridad Alimentaria y Nutricional – SAN, en todas sus dimensiones, están relacionados con las desigualdades e inequidades que se reflejan en la situación alimentaria y nutricional de la población. El concepto de determinantes sociales de la SAN parte de la conceptualización que desde la Organización Mundial de la Salud – OMS se tiene de los determinantes sociales de la salud, que considera los aspectos nutricionales como parte de la situación de salud, y por lo tanto es afectada por los mismos determinantes (OSAN, n.d.).

El presente trabajo propone el análisis de la situación de seguridad alimentaria y nutricional en los hogares de un grupo de 20 mujeres urbanas con exceso de peso de estrato 1 y 2 del municipio de Girardot, a la luz del enfoque de determinantes sociales como una ruta importante para la identificación de inequidades, en el marco del proyecto de investigación “Mujeres, malnutrición y calidad de vida: un abordaje desde la participación comunitaria que contribuye al logro de la seguridad alimentaria y nutricional en los hogares de Girardot Cundinamarca” aprobado por el comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

Este ejercicio investigativo brinda elementos que se constituyen en herramientas para profundizar en el análisis e interpretación de la situación alimentaria y nutricional de una población. La aproximación al evento nutricional y la identificación de sus principales determinantes se convierte en una ventana de oportunidad que vislumbra mejores maneras de intervenir el problema en los territorios puesto que cada uno de los determinantes es una forma de visualizar de manera concreta la problemática y encontrar

una interacción entre ellos. Lo que se expone a continuación, tiene como objetivo brindar elementos de análisis de la situación alimentaria y nutricional de un grupo de hogares en Girardot, Cundinamarca, que contemplen aquellos aspectos incidentes en su aparición, permitan su intervención desde la integralidad y contribuyan al goce de los derechos humanos con equidad e igualdad de oportunidades.

Este documento presenta la siguiente estructura. El capítulo 1 desarrolla el planteamiento del problema, el cual aborda la justificación, la pregunta de investigación, el estado de arte, los objetivos y el marco conceptual y referencial que da sustento teórico al ejercicio presentado. El capítulo 2 aborda la metodología cuantitativa y presenta el paso a paso de la ejecución práctica del trabajo. El capítulo 3 presenta los resultados dando respuesta a cada uno de los objetivos específicos en su orden. El capítulo 4 realiza el análisis de los resultados a la luz del marco conceptual y, finalmente, se realizan conclusiones y recomendaciones a modo de sugerencias, proyecciones o alternativas para el estudio de la problemática en cuestión.

1. Capítulo 1 Planteamiento del problema

En las últimas décadas, las frecuencia relativas de sobrepeso y obesidad muestran una tendencia ascendente a nivel mundial, cuyo impacto económico y social supone un creciente problema de salud pública (L. González-Zapata, Carreño-Aguirre, Estrada, Monsalve-Alvarez, & Alvarez, 2017). Obesidad, enfermedades crónicas no transmisibles, malnutrición, carencia de micronutrientes y la alteración-destrucción de ambientes son escenarios reconocidos a nivel regional y mundial. Diversos autores han ligado estos fenómenos a la fuerte influencia del crecimiento económico desigual, las transformaciones sociales y económicas y la mercantilización, los cambios en el estilo de vida y prácticas culturales como determinantes de la situación alimentaria y nutricional de América Latina y el Caribe (De La Cruz Sánchez, 2016).

Se estima que, en los últimos 50 años, los países en vía de desarrollo han enfrentado cambios en términos sociales, económicos y políticos, influenciados por el fenómeno de la globalización, el cual ha dejado repercusiones graves de pobreza reflejada en problemas sociales y de la salud, especialmente para la mujer y los niños (Delisle, 2006). El alarmante incremento de exceso de peso ha sido reportado ampliamente en países como Chile, México, Brasil, Argentina, Perú, Colombia, Guatemala y Bolivia (Álvarez-Castaño, Goez-Rueda, & Carreño-Aguirre, 2012).

El sobrepeso y la obesidad son enfermedades de dimensiones pandémicas en el mundo y en especial en la región de América Latina y el Caribe. En promedio, el 23% de la población mayor de 20 años de la región es obesa, lo que significa que 1 de cada 4 habitantes se encuentra afectado por este fenómeno. En Centroamérica, México es el país con mayor frecuencia relativa de obesidad, ya que afecta al 32,8% de los adultos mientras que en Sudamérica los países que presentan mayor porcentaje de adultos obesos son la República Bolivariana de Venezuela (30,8%), Argentina (29,4%) y Chile (29,1%). Las cifras

de otros países de la región son: Panamá (25,8%), Nicaragua (24,2%), Ecuador (22,0%), República Dominicana (21,9%), Guatemala (20,7), Cuba (20,5), Brasil (19,5), Paraguay (19,2), Colombia (18,7%), Perú (16,5%) (De La Cruz Sánchez, 2016).

En Colombia, la tendencia de exceso de peso en población de 18 a 64 años ha mostrado aumento en la frecuencia relativa durante la última década. Según la ENSIN 2015, el promedio de aumento es de 1,1 puntos porcentuales (p.p.) por año. Por sexo, desde 2005, el exceso de peso en los adultos colombianos ha mostrado marcadas y sostenidas diferencias entre hombres y mujeres, siendo las últimas las que presentaron la mayor proporción. Desde la cifra de línea de base del 2010 (51,2%) con la cual se trazó una de las metas del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, de reducir en 1,2 p.p. la frecuencia relativa de exceso de peso, con la ENSIN del 2015 (56,5%) se comprobó, en oposición, el aumento en 5,3 p.p. A nivel de regiones, todas mostraron un incremento estadísticamente significativo y a nivel departamental, 28 de los 32 departamentos registraron tendencias al incremento. Para Cundinamarca, la evolución del exceso de peso para este grupo de edad, se registra en 52,6% en el año 2005, 55,4% para el año 2010 y 54,0% para el año 2015 (ICBF, 2015c).

Según el Plan de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2017 – 2027 del municipio de Girardot, para el año 2015 se obtuvieron 1587 datos de adultos entre 18 y 64 años, que corresponden al 3% de la población total, por cuanto los resultados no deben inferirse al resto de la población Girardoteña. Sin embargo, de la población valorada el 36,7% (583 adultos) presentó obesidad y el 35,7% (567 adultos) sobrepeso, siendo estas las únicas y más recientes cifras con que cuenta el municipio del evento nutricional de interés (Girardot, 2017).

Al indagar el origen de la obesidad y sus posibles causas, de la literatura emergen conceptos como el de transición alimentaria el cual, según Herrán et al, (2016) es definida por Popkin como el “conjunto de cambios alimentarios relacionados con las diversas fases de desarrollo socioeconómico de las sociedades”. Cambios que parecen haberse acelerado emergiendo en obesidad y nuevas causas de morbilidad como las enfermedades cardiovasculares y mortalidad (Pasca & Pasca, 2011). Según menciona Delisle (2006), este desarrollo socioeconómico reflejado en procesos de globalización incrementa la distancia entre los países con mayor y mejor recurso económico, tecnológico

y humano cualificado y los países en vía de desarrollo, reproduciendo desigualdad, marginación social, cultural y espacial.

Así como la globalización implica mejoramientos sustanciales en la calidad de vida y en la seguridad alimentaria y nutricional de los países del primer mundo, con frecuencia se incrementa la dependencia económica, política, cultural y comercial de los países, y también significa la ampliación de las inequidades en el estado nutricional y de salud de las personas, porque disminuye la capacidad de los países, en especial de los llamados del tercer mundo, para definir sus propias políticas, promueve el desempleo y la generación de empleo disfrazado, causa mayor concentración de la riqueza e impulsa un patrón de consumo universal. Dichas condiciones disminuyen la disponibilidad y el acceso de la población a una alimentación adecuada (Bozón Martínez, 2014).

Por mencionar, se identifican ciertas repercusiones en la producción agroalimentaria como transformación de los alimentos, procesos alimentarios, métodos de cultivo, de almacenamiento y de métodos culinarios, creando nuevas formas de inseguridad alimentaria. Todas estas transformaciones del sistema agroalimentario se reflejan en la adherencia a nuevos patrones alimentarios los cuales muestran, en general, "(...) la sustitución de una dieta "tradicional" rica en cereales, vegetales y tubérculos y baja en grasas y proteína animal, por una dieta "occidental" rica en grasas —en particular saturadas—, azúcares, alimentos procesados y proteínas de origen animal y baja en fibras y carbohidratos complejos" (Rosique Gracia, Javier. García, Andrés Felipe. Villada Gómez, 2012. p. 101), algunos de estos últimos, más disponibles y a costo asequible por su producción masiva. En apoyo a lo anterior, el estudio de Herrán et al. (2016) presentó una frecuencia relativa de exceso de peso inversa con el patrón de consumo tradicional —almidón (panela, pasta, arroz, granos secos, tubérculos, entre otros), considerándolo un factor protector (Ocampo T, Prada G, & Herrán F, 2014).

La transición económica que siguió a la industrialización vino asociada a otra serie de transiciones en la demografía, en la epidemiología y en la nutrición. Popkin (1993) citado por Gracia et al, (2012) afirma que el cambio de la estructura de la dieta, desde una tradicional a una más globalizada, ha sido entendido en varios estudios como una causa

de la transición nutricional¹. Un ejemplo de este efecto lo describe Álvarez-Dongo, Sánchez-Abanto, Gómez-Guizado, & Tarqui-Mamani (2012) asegurando que la obesidad es más frecuente en mujeres y en las zonas urbanas debido al incremento en el consumo de “comida rápida” y productos industrializados que supone alimentos con más calorías, grasas saturadas, colesterol y menos fibra que las comidas caseras. Según Popkin y col., citado por Lamus-Lemus, Días-Quijano, Rincón-Rodríguez, & Huertas-Moreno (2012), la industrialización es un patrón influyente en la transición nutricional, determinado por la adaptación a la vida urbana, generando la adopción de patrones alimentarios caracterizados por el aumento en el consumo de grasas y azúcares; y disminución de la actividad física, dando paso al aumento de exceso de peso y de las enfermedades crónicas.

Latinoamérica ha evolucionado hacia diferentes estadios de transición nutricional que muestran un incremento del exceso de peso en todos los grupos de edad, pero particularmente en las mujeres adultas, con aumentos importantes de la frecuencia relativa de sobrepeso, obesidad e hiperlipidemias; además, muestran una tendencia hacia la disminución de la frecuencia relativa de déficit de peso y estatura en todas las edades, sin eliminar del todo la presencia de desnutrición en la familia y en la comunidad (Rosique Gracia, Javier. García, Andrés Felipe. Villada Gómez, 2012). Dicho fenómeno es un ejemplo del efecto de la industrialización, donde los problemas de desnutrición y obesidad coexisten en un mismo hogar, a razón de las rápidas transformaciones económicas, tecnológicas y sociales cursadas en países en vía de desarrollo, como el caso de Colombia en poblaciones urbanas (Rosique Gracia, Javier. García, Andrés Felipe. Villada Gómez, 2012; Suárez-Herrera, O'Shanahan Juan, & Serra-Majem, 2009)

Lomaglio (2012), explica el proceso de transición nutricional con la interrelación de la disponibilidad y costo de los alimentos, los cambios demográficos y los estilos de vida, atravesados por un cuarto componente, el poder adquisitivo. Estudios del mismo autor

¹ El fenómeno que se conoce con el nombre de *Transición Nutricional*, no es más que la secuencia de características y cambios de estado nutricional, como consecuencia de la sustitución de la alimentación tradicional por una alimentación hipercalórica con exceso de grasas y azúcares en medio de cambios económicos, demográficos, sociales y de salud, considerados por algunos estudiosos como parte del riesgo cuando se transita el camino al desarrollo (De La Cruz Sánchez, 2016).

afirman que la transición se despliega en obesidad en poblaciones con bajos niveles de desarrollo humano, bajo estrato socioeconómico y escasa educación alimentaria. Ocampo T et al., (2014), refiere que la transición nutricional en países de ingresos bajos – medio como Colombia, ocurre a bajos niveles de crecimiento económico e independientemente del nivel de urbanización del mismo. Herrán et al. (2016), por su parte, refiere el aumento del exceso de peso en Colombia más acelerado en la población pobre y de zona urbana. Según Benjumea, Estrada, & Álvarez (2006), el hogar como unidad nutricional en la que se comparten hábitos alimentarios, condiciones sanitarias de la vivienda y características socioeconómicas y psicológicas que inciden en el estado nutricional de cada uno de sus integrantes, es el mejor escenario para encontrar situaciones relevantes que contribuyen a explicar por qué se ha llegado a la dualidad de la malnutrición². Identificar hogares donde la obesidad o el sobrepeso materno sea tan prevalente como la desnutrición infantil, indica que sus integrantes están expuestos a una connotación de riesgo diferente para enfermar o morir por factores de riesgo compartidos, que al considerar e intervenir oportunamente, podría significar mayor impacto en la superación de la malnutrición e incidencia en el perfil epidemiológico del hogar, la comunidad y el país (Benjumea et al., 2006).

La industrialización mencionada anteriormente como origen principal del exceso de peso es apenas el análisis económico de la problemática de salud pública donde se plantea el libre albedrío en la conducta alimentaria y la práctica de actividad física conforme preferencias, estatus social y precios relativos. A su vez, la descripción del proceso de transición en países de ingresos medios como Colombia, se refleja en importantes prevalencias de exceso de peso, desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles, manteniendo vigentes problemáticas nutricionales de larga data como el retraso en talla y las deficiencias nutricionales. Millones de adultos mueren prematuramente por enfermedades crónicas asociadas al exceso de peso y de no controlarse, se presentarán en las próximas décadas mayores frecuencia relativas con subsecuentes costos para la atención en salud. El bajo acceso económico que deja a los hogares ante una alimentación poco diversa, con consumo de alimentos altamente energéticos por menor costo y difícil acceso a alimentos densamente nutritivos por alto precio, ha sido un factor histórico

² Objetivamente se presenta hoy por la coexistencia de la desnutrición y las enfermedades infecciosas con la obesidad y las enfermedades crónicas (Benjumea et al., 2006).

determinante de la epidemia. La relación estrecha entre la pobreza, la inseguridad alimentaria y el hambre que se refleja en estados de malnutrición, hace repensar intervenciones en seguridad alimentaria y nutricional para el país; por ello, es importante avanzar en el análisis de esta situación, explorando los determinantes sociales relacionados para generar insumos que permitan orientar las acciones específicas para la atención de esta problemática (Z. Y. Fonseca, 2010).

A la fecha, Colombia ha realizado esfuerzos legislativos para promover hábitos alimentarios saludables intentando detener el avance de la malnutrición por exceso. La ley 1355 de 2009 define la obesidad y las enfermedades crónicas asociadas a esta como una prioridad de salud pública y propone acciones de prevención, atención y control individuales y aisladas. Por su parte, el Conpes 113 de 2008 y el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional del 2012, plantean acciones que buscan mejorar la situación alimentaria y nutricional de la población colombiana sin atender los determinantes estructurales del problema. Considerando el panorama alimentario y nutricional de un país de ingreso medio que está permeado por condiciones de pobreza, guerra, inseguridad alimentaria, malnutrición por déficit y exceso, se requiere necesariamente un abordaje integral de sus problemáticas desde los determinantes sociales con el fin de repensar las intervenciones en materia de seguridad alimentaria y nutricional.

Suárez-Herrera et al., (2009) propone la participación social como estrategia central de la nutrición comunitaria para afrontar los retos de los eventos nutricionales emergentes, abogando por un enfoque que integre perspectivas individuales y poblacionales con características emancipadoras y transformadoras a fin de controlar la amplia gama de determinantes relacionados con la incidencia de un problema de salud en la población y no bajo la mirada reduccionista de enfoque individual del riesgo. “La batalla contra la pobreza, la enfermedad y la malnutrición requiere la liberación, el desarrollo de la capacidad de actuar (empowerment), la autonomía, la participación comunitaria activa y la asociación conjunta (partnership); es decir, la emancipación económica, política y social de los pueblos de los países en vía de desarrollo” (Delisle, 2006. p. 813).

1.1 Justificación

La Seguridad Alimentaria y Nutricional debe ser entendida como un asunto de equidad, derechos y justicia social (Del Castillo, 2012); por tanto, es imperante evidenciar la complejidad de la situación alimentaria y nutricional abordando los problemas desde una visión que implique analizar la dinámica de los procesos económicos, políticos, ambientales y sociales propios del país en relación con un mundo globalizado, donde se privilegia el crecimiento económico y la acumulación de los recursos en manos de ciertos grupos económicos por encima del ejercicio pleno de los derechos humanos (Bozón Martínez, 2014).

En Colombia, la inseguridad alimentaria y nutricional está asociada con los problemas estructurales del país como la desigual distribución de los ingresos, las altas tasas de desempleo, el conflicto interno, la pobreza y los bajos ingresos que no alcanzan a cubrir el valor de la canasta familiar (Bozón Martínez, 2014). El exceso de peso está ampliamente documentado con cifras en considerable aumento desde ámbitos internacionales, regionales, nacionales y locales; sin embargo, no se han presentado análisis integrales del problema que trascienda de intervenciones clínicas, individuales y aisladas. Los problemas nutricionales registran un mosaico epidemiológico nutricional que demanda soluciones integrales alternas, que apunten a las causas estructurales de estas situaciones, muchas de ellas instaladas desde hace décadas en los perfiles alimentarios y nutricionales de los países, afectando la calidad de vida de los hogares, en particular, de los más pobres (Bozón Martínez, 2014).

La investigación tiene un alcance local para el municipio de Girardot, Cundinamarca, reconocido en diferentes investigaciones como un territorio donde habitan mujeres con malnutrición por exceso, bajo un contexto socioeconómico vulnerable (Arias & Galindo, 2019; Carvajal Garnica, Rodríguez Cubillos, & Rendón Rendón, 2019; Pataquiva Moreno, 2019). Su pertinencia obedece a la necesidad imperante de contar con información del fenómeno de malnutrición por exceso en relación con la situación de Seguridad Alimentaria y Nutricional en hogares de la población en mención, para de esta manera, proveer a la institucionalidad y actores tomadores de decisiones, de insumos para el fortalecimiento de los programas municipales y la implementación de acciones efectivas que contribuyan a la

seguridad alimentaria y nutricional del territorio. Una oportunidad de acción sobre la malnutrición por exceso y su intervención oportuna y efectiva desde los determinantes sociales, garantiza un adecuado desarrollo económico y social y de la situación de SAN de los hogares del municipio.

Analizar la situación de seguridad alimentaria y nutricional de los hogares estudiados desde el referencial de los determinantes sociales, permite visualizar las causas concretas de la inseguridad alimentaria y nutricional que se deben intervenir para abrir caminos hacia una real SAN en el territorio, con calidad de vida y equidad social para los habitantes.

1.2 Pregunta de investigación

¿Cuál es la situación de Seguridad Alimentaria y Nutricional en 20 hogares urbanos estrato 1 y 2 de mujeres con exceso de peso en Girardot, resultante de la interacción de sus principales determinantes sociales?

1.3 Estado del arte

Cortés Marina & Buñuel Álvarez (2006), tras un estudio de cohortes en Estados Unidos con periodo de seguimiento de 12 años a 102.400 mujeres de edades entre 24 y 44 años, concluyó que el sobrepeso y la obesidad en mujeres adolescentes se asocia a un incremento de la mortalidad prematura en la vida adulta, convirtiendo este incremento en la frecuencia relativa de malnutrición por exceso, observado en los últimos años, en un problema de salud pública a escala mundial con serias consecuencias para la salud de las personas y las organizaciones sanitarias. El grupo de investigadores consideró relevante confirmar esta relación para establecer estrategias preventivas en la población joven.

Jafri, Bour, Belhouari, Delpeuch, & Deouriche (2012), en un estudio con 160 mujeres adultas del noreste de Casablanca (Marruecos), evaluó la frecuencia relativa de sobrepeso y obesidad en las amas de casa y los marcadores de la desnutrición en sus hijos, encontrando mayores frecuencia relativas de obesidad en los grupos de mayor edad con una concomitante malnutrición entre los niños de retraso en talla y bajo peso, sugiriendo

la necesidad de sustituir la idea del exceso de peso como un criterio de belleza y fomentar comportamientos positivos de hábitos alimentarios y estilos de vida para la salud.

De otra parte, estudios realizados en Brasil, China y Rusia con resultados de dualidad de la malnutrición ocasionada por la inactividad y el consumo de una alimentación altamente energética carente de nutrientes, concluyeron la necesidad imperante de diseñar políticas públicas que incluya elevar el nivel educativo de la madre debido a la influencia que ejerce en el estilo de vida (y alimentario) de los integrantes del hogar (Benjumea et al., 2006).

Colombia cuenta con la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en su versión 2005, 2010 y 2015, las cuales presentan la trazabilidad de indicadores de interés para algunos grupos poblacionales. La última versión de la encuesta muestra un aumento sostenido del exceso de peso en las distintas etapas del curso de vida desde los 5 años con respecto a las mediciones anteriores, siendo la población del área resto³ donde la velocidad de crecimiento ha sido mayor en el transcurso del tiempo (ICBF, 2015c).

Para la población en edad escolar de 5 a 12 años se reporta una tendencia en aumento del exceso de peso durante los 15 años de trazabilidad con los siguientes datos a nivel nacional: 2005 14,4%, 2010 18,8% y 2015 24,4%; registrando un mayor aumento entre el 2010 y 2015. Al desagregar por sexo, se identifica un aumento progresivo tanto en niños como en niñas, registrando aumentos más acelerados en niñas entre el 2010 (17,3%) y el 2015 (23,5%) con respecto a los niños en el mismo periodo (20,2% en el 2010 y 25,3% en 2015). Para el mismo grupo de edad, al desagregar por región, superan el valor nacional (24,4%), Bogotá (27,7%), la región central (27,3%), pacífica (26,7%). La mayor frecuencia relativa la registra el cuartil alto según el índice de riqueza con un 34,9% (ICBF, 2015c).

En la población en edad adolescente de 13 a 17 años se indica de igual forma una tendencia en aumento del exceso de peso entre el 2005 y el 2015. El registro a nivel nacional presenta el 12,5% para el año 2005, 15,5% en el 2010 y 17,9% para el 2015.

³ Área resto municipal: delimitación geográfica definida por el DANE con fines estadísticos, comprendida entre el perímetro censal de las cabeceras municipales y de los centros poblados y el límite municipal. Se caracteriza por la disposición dispersa de viviendas y de explotaciones agropecuarias existentes en ella (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar et al., 2015. p. 38).

Similar al grupo etario anterior, los aumentos son aproximadamente en las mismas proporciones tanto en hombres como en mujeres, reportando para el año 2015 14,8% para los hombres frente a 21,1% para mujeres, superando el promedio nacional y marcando desde esta etapa del desarrollo una diferencia significativa por sexo. La desagregación por regiones registra valores superiores al nacional en la región Orinoquia y Amazonia (25,3%), Central (20,4%) y Pacífica (18,8%) para el año de estudio. Para este caso, el cuartil con mayor porcentaje según el índice de riqueza es el medio con un 21,4% superando también el dato nacional (ICBF, 2015c).

Respecto a los jóvenes y adultos entre los 18 y 64 años, la tendencia en el exceso de peso también presenta un marcado aumento; en el 2005 se registraron frecuencia relativas de 45,9%, en 2010 51,2% y en 2015 56,5%. La desagregación por sexo muestra una situación de particular interés, donde los hombres presentan valores menores durante las tres cohortes de medición con respecto a las mujeres. Aunque las frecuencia relativas son menores en los hombres, la velocidad de aumento de la frecuencia relativa en el último quinquenio es mayor que en las mujeres (7,2 p.p. vs. 4,4 p.p.). Al desagregar por regiones, superan el promedio nacional la región Pacífica (59,5%), la Orinoquia y Amazonia (58,8%) (ICBF, 2015b).

El estudio realizado por Benjumea et al, (2006), en 1.699 hogares antioqueños (Colombia), 56% ubicados en zona urbana y 44% en zona rural, encontró que la tipología de hogar de mayor prioridad para nutrición pública representó más de la quinta parte de los hogares malnutridos, y fue aquella en la que todos los menores estaban desnutridos y todos los adultos tenían exceso de peso, con frecuencia relativas un poco más altas en los hogares con jefatura femenina. Los hogares desnutridos duplicaron su frecuencia relativa en la zona rural, y por cada hogar con jefatura femenina, 3,3 tenían jefatura masculina; mientras que los hogares obesos, aunque con baja frecuencia relativa, sólo se encontraron en la zona urbana y en mayor frecuencia en los que tenían jefatura masculina. El hecho que casi uno de cada tres hogares antioqueños tenía adultos con obesidad y el 2,2% del total se clasificó como hogar con menores desnutridos, confirma la tendencia mundial hacia el aumento de la obesidad en los adultos y la estabilidad o disminución de la desnutrición infantil. Este estudio recomienda diseño de políticas públicas de nutrición y actividad física familiar con

estrategias diversas para intervenir zona rural y urbana, con prioridad en los hogares con jefatura femenina.

Un estudio realizado por Lamus-Lemus et al. (2012) con muestra representativa para Colombia confirma la correlación significativa con relación inversa entre el nivel educativo y la obesidad, la relación directa entre el bajo nivel socioeconómico de los hogares y el retraso en el crecimiento en menores de cinco años, entre otros. A su vez, menciona el aumento en la frecuencia relativa de exceso de peso en mujeres en edad fértil desde 1995 hasta el 2010 con incremento significativo en los últimos 10 años, el retraso en talla en los menores de 5 años, si bien disminuyó a lo largo de los 15 años observados, permanece elevado respecto a otros países. “Lo anterior destaca la característica de doble carga nutricional del caso colombiano, observable en la coexistencia de frecuencia relativas considerables de retraso en la talla en la infancia (12,7%) en contraste con altas frecuencia relativas de exceso de peso en la vida adulta en las mujeres en edad fértil (46,2%)” (Lamus-Lemus et al., 2012. p. 130). Un escenario similar plantea Díaz & Galgani (1999), refiriendo que la obesidad en Chile ha aumentado considerablemente en las últimas décadas, principalmente en mujeres de estratos socio-económicos medio-bajo y bajo, alcanzando frecuencia relativas de casi 40% en el último grupo.

Álvarez-Castaño et al., (2012) menciona el imperante interés de varios investigadores en la última década, en establecer los determinantes sociales, económicos y ambientales de la obesidad partiendo del concepto de estatus socioeconómico (SES), un índice multidimensional conformado por el nivel educativo, la situación laboral y el ingreso neto de los hogares, el cual se ha situado en relación inversa con el riesgo de obesidad. Un estudio de estos mismos autores desarrollado en la ciudad de Medellín (Colombia), encontró mayores frecuencia relativas de obesidad en mujeres, estratos socioeconómicos medios – bajos, nivel de escolaridad bajo y en familias con ingresos económicos menores a \$1.400.000 pesos; demostrando un gradiente social de la obesidad.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Analizar la situación de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) en un grupo de hogares urbanos estratos 1 y 2 del municipio de Girardot, identificando los principales determinantes sociales.

1.4.2 Objetivos específicos

- Caracterizar la situación de SAN y la magnitud de exceso de peso en mujeres de 20 hogares urbanos estrato 1 y 2 del municipio de Girardot, Cundinamarca.
- Identificar los determinantes sociales relacionados con la SAN, de los hogares estudiados del municipio de Girardot, Cundinamarca.
- Explorar las relaciones entre los determinantes sociales y la SAN, de los hogares estudiados del municipio de Girardot, Cundinamarca.

1.5 Marco conceptual

1.5.1 Seguridad Alimentaria y Nutricional – SAN

La seguridad alimentaria y nutricional tiene un papel fundamental en el desarrollo económico y social de una nación. Colombia a la fecha legitima la formulación de planes y programas en materia de seguridad alimentaria y nutricional a la luz de la política pública nacional CONPES 113 DE 2008, por medio de la cual, entre otras, prioriza recursos dirigidos a la población en condiciones críticas de malnutrición e inseguridad alimentaria; sin embargo, estos esfuerzos requieren de una reflexión integral para avanzar en la reducción sustancial de las inequidades (ICBF, 2015c).

La Seguridad Alimentaria y Nutricional – SAN, es un concepto que goza de múltiples versiones en virtud de su constante evolución. El Instituto de Nutrición para Centroamérica y Panamá – INCAP, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación – FAO, la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional CONPES 113 de 2008 y el Observatorio en Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional – OBBSAN – UN, han sido referentes en el proceso de construcción del concepto de SAN y que se presentan a continuación con el fin de brindar espacio a la reflexión desde distintos enfoques.

Según INCAP, “Seguridad Alimentaria Nutricional es un estado en el cual todas las personas gozan, en forma oportuna y permanente, de acceso físico, económico y social a los alimentos que necesitan, en cantidad y calidad, para su adecuado consumo y utilización biológica, garantizándoles un estado de bienestar general que coadyuve al logro de su desarrollo” (INCAP & OPS, 2002. p. 8).

Para la FAO, “Seguridad Alimentaria a nivel de individuo, hogar, nación y global, se consigue cuando todas las personas, en todo momento, tienen acceso físico y económico a suficiente alimento, seguro y nutritivo, para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias, con el objeto de llevar una vida activa y sana” (FAO, 2011. p. 2).

De acuerdo al CONPES Social 113 de marzo de 2008, que establece la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional para Colombia, “Seguridad alimentaria y nutricional es la disponibilidad suficiente y estable de alimentos, el acceso y el consumo oportuno y permanente de los mismos en cantidad, calidad e inocuidad por parte de todas las personas, bajo condiciones que permitan su adecuada utilización biológica, para llevar una vida saludable y activa” (Planeación, 2008. p. 3)

Según el OBSAN “La Seguridad Alimentaria y Nutricional es el derecho que tienen todas las personas a que el Estado les garantice en forma oportuna, digna y permanente, la disponibilidad y el acceso a los alimentos y al agua potable, de manera permanente y digna, en cantidad suficiente y en calidad adecuada, o las condiciones para lograrlos, asegurando su consumo y utilización biológica, para alcanzar un óptimo estado de nutrición, salud y bienestar que contribuya en su desarrollo humano y les permita ser felices” (OBSAN, 2016).

Para el ejercicio investigativo se adopta el referencial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (en adelante SAN) presentado por el Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Universidad Nacional de Colombia, el cual contempla la complejidad causal del problema alimentario – nutricional y sus determinantes de base que se manifiestan en forma de inseguridad alimentaria y nutricional, invitando a la reflexión holística del problema para aventurar posibles propuestas hacia el mejoramiento de la SAN y la calidad de vida de las poblaciones. El concepto de SAN que ha sufrido transformaciones desde su aparición en los años cincuenta, es presentado hoy por el Observatorio, gracias a la mirada reflexiva de la evolución en las esferas del desarrollo económico, social y humano, como un derecho. “El derecho a la SAN es la garantía que debe proporcionar el Estado y sus instituciones para tener acceso, de manera regular, permanente y libre –sea directamente o mediante la compra- a una alimentación que sea, tanto cuantitativa como cualitativamente, adecuada y suficiente, que considere las tradiciones culturales de la población a que pertenece el consumidor y que garantice una vida psíquica y física, tanto individual como colectiva, libre de angustias, satisfactoria y digna” (OBSAN, 2016. p. 17).

Con el ánimo de abarcar la mayor cantidad de elementos confluyentes de la SAN, el Observatorio propone un concepto integrador de la SAN desde 4 dimensiones estrechamente interrelacionadas que puedan dar explicación de los factores determinantes en su inmensa complejidad, estas son: nutricional, alimentaria, ambiental y humana. Desde la presente propuesta de investigación se estima fortalecer la perspectiva de la seguridad nutricional, que acude a ajustes económicos y políticos estructurales para definir deficiencias de nutrientes a nivel de individuos o colectivos humanos específicos, aspectos de utilización biológica, aprovechamiento metabólico y salud que conllevan a estados de malnutrición como la desnutrición o el exceso de peso (es decir, estados de inseguridad alimentaria y nutricional – INSAN), los cuales, inevitablemente están mediados por condiciones de vulnerabilidad e inequidad en relación con el desarrollo humano y social.

El derecho a la alimentación, que constituye el eje alrededor del cual se estructura la seguridad alimentaria y nutricional, se encuentra reconocido como un derecho humano en varios instrumentos internacionales ratificados por Colombia (OSAN, n.d.). La mirada de la

SAN desde el Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional parte de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), donde se suscribe el derecho a la alimentación como eje central del bienestar humano. El párrafo 1 (artículo 11) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “invita a los Estados a “reconocer el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación suficiente, (...) y a una mejora de las condiciones de existencia” (CNDH, 2012. p. 13), haciendo claridad en apartados posteriores sobre la garantía del derecho fundamental de toda persona a no padecer hambre. Al fijar la mirada en el concepto de la SAN planteado desde el OBSAN, se identifica el objetivo de perseguir la garantía de un estado de bienestar sostenible y la apuesta por el “buen vivir” trasladado desde la teoría de la determinación social, que según Breilh (2013), debe ligarse a los fundamentos de una ética integral de la salud. La SAN entrelaza este postulado desde la dimensión de seguridad humana, considerando el alimento como un bien alcanzable por la persona que debe ser garantizado por el Estado como parte de la garantía a todos los derechos humanos, y no un producto mercantil.

La dimensión de seguridad ambiental refuerza la premisa del “buen vivir” relacionando entre sus factores determinantes el medio ambiente y la sostenibilidad ambiental. El OBSAN establece el desarrollo de esta dimensión a partir de los problemas de la pobreza; “desde esta perspectiva, se definen problemas como el cambio del uso del suelo en agricultura hacia la agroindustria y la ganadería, sumado al reciente y grave problema de los agrocombustibles, factores estos que golpean en particular, y con más virulencia y extensión que otros factores, la economía de los pequeños agricultores y su calidad de vida en el campo” (Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional - Universidad Nacional de Colombia (OBSAN), 2010. p. 11).

Desde este escenario académico y técnico se llega a la reflexión, en la misma vía de los determinantes sociales, sobre “la necesidad de recurrir a ajustes económicos y políticos estructurales para explicar no solamente las deficiencias de nutrientes a nivel de individuos y colectivos humanos específicos, sino también la fragilidad alimentaria que afecta, en un tiempo corto, a grupos muy amplios de personas en un territorio definido” (Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional - Universidad Nacional de Colombia (OBSAN), 2010. p. 7).

Desde las cuatro dimensiones del concepto de SAN, se identifica la necesidad de arraigar una concepción de naturaleza y principios de sustentabilidad, indispensables para materializar el principio básico de la SAN: el alimento. Desde este y de los principios económico, social, político y cultural, el OBSAN permite identificar la premura en la defensa del derecho a la salud, de un trabajo digno y protegido que signifique sustento económico permanente, del consumo de alimentos y agua soberano y seguro, de la equidad y del derecho al disfrute de ambientes sanos, entre otros; para dignificar espacios para la vida y la salud que, a su vez, permitan el goce efectivo del derecho a la SAN.

Lo anterior permite suponer que, de no procurar una reflexión exhaustiva en el reconocimiento de la inequidad como categoría fundamental determinante de los modos de vida (o estilos de vida), será inalcanzable el goce efectivo del derecho a la SAN. Bien hace el OBSAN en asegurar que este derecho es “mucho más que la satisfacción de necesidades en torno a la comida, dado que esto sólo se constituye como una pequeña parte de la solución, pues son los problemas de carácter estructural los que deben vincularse a las decisiones y al trabajo en torno al derecho a la alimentación y la nutrición” (Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional - Universidad Nacional de Colombia (OBSAN), 2010. p. 17)

Por todo lo anterior, al igual que el modelo de los determinantes sociales de la salud, el concepto de la SAN debe continuar el proceso de construcción, bajo la continua reflexión de las relaciones histórico-sociales y procesos estructurales que en el espacio social se dinamizan constantemente, generando los efectos antes descritos. Se debe cuidar el no confundir la complejidad del mismo con la ampliación de una lógica de constructos lejanos a la realidad, o la adopción de un incipiente relativismo.

1.5.2 Enfoque de determinantes sociales de la salud

El análisis de los problemas de salud mediante el enfoque de determinantes sociales y económicos es un tema impulsado por la Organización Mundial de la Salud, el cual se sustenta en el recorrido histórico frente al surgimiento de la salud pública, la epidemiología y los modelos de análisis de la causalidad.

Desde las primeras décadas del siglo XIX, se evidenció la fuerte relación entre las inadecuadas condiciones económicas, sociales y ambientales de los trabajadores pobres de grandes fábricas urbanas europeas y las alteraciones en su estado de salud; de allí deviene el surgimiento de la salud pública y la epidemiología como medio para el control de la mortalidad en la clase obrera por enfermedades infecciosas de la época. En este mismo punto cronológico, se creó en Europa y Estados Unidos el modelo higienista que sustenta una visión unicausal biológica entre la enfermedad y la cura. Durante el siglo XX era el modelo en mención, el referencial de las políticas sanitarias en Latinoamérica. El efecto positivo del modelo se demostró en el control de enfermedades infecciosas de alta frecuencia relativa como la fiebre amarilla, el sarampión y la viruela (Álvarez Castaño, 2009).

Fue con la llegada de las enfermedades crónicas de origen multicausal que el higienismo quebró en su fundamentación biológica para explicar la génesis, prevención y tratamiento de nuevos problemas de salud. Sin embargo, el modelo unicausal se reforzó a finales del siglo XX, gracias a las reformas neoliberales en la prestación de los servicios de salud que privilegiaron la rentabilidad económica, antes que la solución de los problemas de la población. Con este giro en la historia, se pasa de un enfoque de causalidad a uno de aseguramiento individual relegado a poblaciones con las mejores condiciones económicas donde se desdibuja la prevención y promoción de la salud (Álvarez Castaño, 2009).

Sin embargo, en el transcurso del siglo XIX reconocidos pensadores de la salud pública insistían en la influencia significativa de las condiciones sociales y económicas sobre la salud, que implicaba necesariamente apostar a grandes transformaciones para superar las desigualdades sociales y mejorar la calidad de vida a las clases menos favorecidas. El debate ubicado en Europa, América Latina y Canadá, tomó fuerza en 1973 con el primer modelo canadiense explicativo de los determinantes sociales de la salud publicado en el Informe Lalonde de 1974 (ICBF, 2015c).

Mundialmente, 134 naciones tienen mayor acercamiento al paradigma de determinantes sociales en el Congreso Internacional de Atención Primaria en Salud, liderado por la Organización Mundial de la Salud y Unicef, celebrado en Alma Ata 1978. Desde entonces, a través de diferentes conferencias mundiales, la OMS ha reafirmado la influencia de

factores biológicos, políticos, económicos, sociales, culturales, conductuales y ambientales, sobre las condiciones de salud de la población. Así, la justicia social y la equidad se convierten en premisas fundamentales para el goce efectivo del derecho humano a la salud indispensable para el desarrollo social y económico de los países (ICBF, 2015c).

Surge entonces, en rechazo al modelo de factores de riesgo individual y de la medicina biologicista, el enfoque de determinantes sociales y económicos de la salud impulsado en el 2004 por la Organización Mundial de la Salud, que aboga por el rescate de la Atención Primaria en Salud desde la reflexión en conjunto entre el conocimiento científico y las causas últimas o estructurales de los problemas de salud. El enfoque de determinantes se centra en el estudio de los determinantes sociales de las inequidades⁴ en salud, entendido como los procesos que subyacen a la distribución inequitativa de los factores sociales entre grupos que ocupan posiciones desiguales en la sociedad (Álvarez Castaño, 2009). Según definen Solar & Irwin citado por Álvarez Castaño (2009), “lo que se busca es establecer aquellos elementos de la estructura social que condicionan la posición que las personas alcanzan en la sociedad y que tienen un efecto directo en la distribución de los problemas o de los factores protectores de la salud” (p. 72).

El modelo de determinantes se distancia de manera contundente del modelo de gestión de riesgo, porque marca el punto de partida en las diferencias entre grupos sociales. La perspectiva social es de suma importancia reconociendo que, en algunas ocasiones, lo que puede resultar en determinante de la salud de un grupo social puede silenciarse al buscar factores de riesgo en estudios a nivel individual.

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2005-2008) creada por la OMS para apoyar a las naciones en la lucha contra factores sociales que conducen a la mala salud y las inequidades, define los determinantes sociales de la salud como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el

⁴ Inequidades son todas aquellas diferencias en el estado de salud de las personas que son evitables y por lo tanto injustas (Álvarez Castaño, 2009. p. 72).

sistema de salud, resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas” (ICBF, 2015^a. p. 92). Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria (Fernández, Thielmann, & Bormey Quiñones, 2012). Dichas experiencias perjudiciales no son, en ningún caso, un fenómeno natural, sino consecuencias de una nefasta combinación de políticas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política (ICBF, 2015c). “La introducción de estos conceptos en la práctica social podría llegar a constituir un sustancial aporte al bienestar de la población y al logro de una salud pública más efectiva y económicamente sustentable” (Fernández et al., 2012).

El enfoque de determinantes sociales de la salud busca explicar, desde una perspectiva integral de la salud pública, la problemática presentando sus causas fuera de una lógica epidemiológica o biomédica. Por ejemplo, diferentes estudios reconocen en la exploración de los determinantes individuales y sociales de la salud, un papel importante en la prevención o manejo del desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles, entre ellas, la obesidad (Fernández et al., 2012). El estudio de Caro (2015), revela que variables asociadas a aspectos conductuales y sociales tienen un impacto significativo sobre factores de riesgo asociados a una mala nutrición como la obesidad, controlando por variables genéticas, demográficas y socioeconómicas. El estudio destaca el efecto de variables como la subestimación de las personas respecto a su estado nutricional, las redes de apoyo social y económico a nivel individual.

El paradigma precisa la importancia de estudiar los factores estructurales e intermedios que condicionan el estado de salud de una población, considerando que aquellos factores individuales que determinan el estado de salud en un caso específico, no necesariamente decretan el estado de salud de la población en general. Así, el objetivo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud es “esclarecer cómo se evidencian las desigualdades en la distribución de los bienes sociales, tales como: ingreso, riqueza, estabilidad laboral, alimentación, conductas saludables, acceso a servicios de salud, educación, entre otros, lo cual genera disparidades en el estado de salud de los grupos sociales” (Carmona-Meza & Parra-Padilla, 2015. p. 611). El modelo declara tres grandes acciones por parte de los gobiernos para intervenir sobre los determinantes de la salud:

“mejorar las condiciones de vida, luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos; y medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones” (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar et al., 2015. p. 92).

Este referencial, sugiere para el reconocimiento de los determinantes sociales en salud, el diseño de políticas públicas que generen mecanismos efectivos para la intervención de factores susceptibles de modificación. El medio para lograr la equidad en salud, depende necesariamente de un gobierno nacional responsable de la protección y promoción de los derechos humanos de sociedades que así, tendrán mayor posibilidad de alcanzar su potencial humano para la productividad y el ejercicio de sus libertades (Carmona-Meza & Parra-Padilla, 2015).

Según Carmona-Meza & Parra-Padilla (2015), los determinantes sociales de la salud son especialmente importantes en los países de América Latina, considerando que sus pobladores aún viven bajo notorias condiciones de injusticias sociales caracterizadas, entre otras, por enormes disparidades socioeconómicas e inequidades en salud. La condición actual, deviene de un complejo panorama político y económico internacional desde la década de los años sesenta que produjo, entre otras, un deficiente estado de los sistemas de salud difícil de subsanar. Con el actual modelo de desarrollo neoliberal, cada persona es responsable de garantizarse los medios y formas de obtener servicios médicos de salud, en la calidad que le permitan sus ingresos; por lo anterior, el postulado de determinantes sociales de la salud, expone una propuesta para alcanzar la equidad sanitaria del mundo, abogando por soluciones que aborden sus causas más profundas.

Según el informe de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), durante el año 2017 el 30,2% de la población (alrededor de 184 millones) vivía en condiciones de pobreza, y un 10,2% (62 millones) se encontraba en condiciones de pobreza extrema, el porcentaje más alto registrado desde el año 2008 (CEPAL, 2017). El panorama socioeconómico para Latinoamérica está permeado por importantes cifras de

pobreza, exclusión, inequidad y uno de los índices de desigualdad⁵ más altos en el mundo, el cual convierte un importante reto para la salud pública de la región, que entiende el concepto de salud como sinónimo de bienestar individual y colectivo.

Para Colombia, la política pública que le apuesta a la implementación de estrategias de intervención individual y colectiva para generar impacto positivo en los determinantes sociales y económicos de la salud, es la Ley 1438 de 2011 mediante el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 y su estrategia de Atención Primaria en Salud, basada en un enfoque de prevención y promoción que integra la acción conjunta del Estado, la sociedad y las instituciones para hacerle frente; además, acoge el principio de universalidad del derecho a la salud (Carmona-Meza & Parra-Padilla, 2015; MSPS, 2012).

Existen varios modelos que explican los vínculos entre los diferentes tipos de determinantes sociales y la salud los cuales permiten identificar los puntos estratégicos en los que deben actuar las políticas. Estos determinantes tienen una caracterización muy particular en cada país dependiendo del sistema social que rige, de la ideología que impera y de la cultura dominante. En la segunda reunión de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud se consideraron como modelos influyentes los propuestos por: Laframboise-Lalonde (1948), Evans y Stoddart (1990), Dahlgren y Whitehead (1991); Diderichsen y Hallqvist (1998 posteriormente adaptado en Diderichsen, Evans y Whitehead 2001), Hertzman (1999), Hertzman, Frank, y Evans (1994), Mackenbach (1994); Marmot y Wilkinson (1999), Najman (2001), conocidos por hacer visibles las maneras como los determinantes sociales de la salud contribuyen a generar desigualdades en salud entre los grupos de una sociedad (Caballero González, Moreno Gelis, & Sosa Cruz, 2012; MSPS, 2012).

A continuación se explican los aspectos fundamentales de los modelos citados.

- *Dahlgren y Whitehead: influencias en capas*

⁵ El índice de Gini es un indicador que mide la desigualdad de ingresos; mientras más alejado se encuentre del cero, mayor es la desigualdad que posee un país. Según el reporte “Perspectivas económicas de América Latina 2019”, la región posee un coeficiente de Gini de 46.2 y tiene 9.7 puntos por encima de los países de la OCDE (CEPAL, 2019).

Define los determinantes sociales de la salud como las condiciones que hacen parte del bienestar, calidad de vida, desarrollo humano influyentes en la salud de las personas y que, actuando e interactuando en diferentes niveles de organización, determinan el estado de salud de la población (MSPS, 2012). Relacionan individuos dotados de factores de riesgo como edad, sexo, genética que indudablemente influyen en su potencial para la salud final sumado a las conductas personales y los estilos de vida. También hacen mención a otros factores relacionados con el trabajo, los suministros de alimentos y el acceso a las instalaciones y servicios esenciales. La influencia de condiciones económicas, culturales y ambientales (Caballero González et al., 2012).

- *Mackenbach: selección y la relación de causalidad*

Infancia, medio ambiente y factores culturales y los factores psicológicos integran el modelo, reconociendo su contribución a las desigualdades en salud a través de la selección y la relación de causalidad (Caballero González et al., 2012).

- *Laframboise-Lalonde: el modelo holístico*

Clasifica los determinantes de la salud en cuatro campos: la biología humana (que incluye la dotación genética, el crecimiento, desarrollo y envejecimiento); el medio ambiente (contaminación, factores psicosociales y socioculturales nocivos); los hábitos o estilos de vida (alimentación, ejercicio físico, el consumo de tabaco y alcohol); y la organización de los servicios de salud (práctica de la medicina, enfermería, hospitales, medicamentos, servicios públicos comunitarios y otros servicios sanitarios) (Caballero González et al., 2012).

- *Marmot y Wilkinson: su aporte desde las políticas públicas*

Se centra en el papel que las políticas públicas pueden desempeñar en la configuración del entorno social para conducir a una mejor salud: la calidad de la crianza de los hijos, la nutrición, ejercicio del abuso, la adicción, el desempleo, la pobreza y la experiencia de trabajo (Caballero González et al., 2012).

- *Comisión de determinantes sociales*

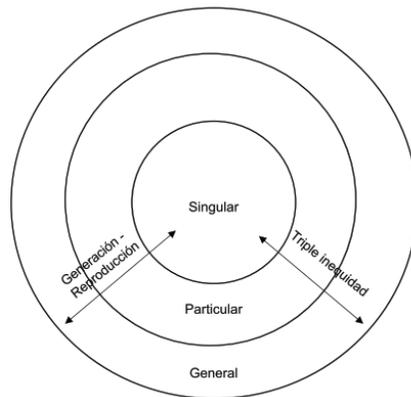
Hace referencia a determinantes estructurales e intermedios. Los primeros devienen de desigualdades socioeconómicas generadas por un contexto sociopolítico que reflejan una estratificación social en niveles de ingresos, educación, género, etnicidad y sexualidad. Según su posición social, las personas enfrentan una exposición y vulnerabilidad diferenciales ante factores que ponen en riesgo su salud, con efectos indirectos como las condiciones de vida, de trabajo, la disponibilidad de alimentos, barreras de acceso a los servicios de salud y barreras para la adopción de estilos de vida saludables, reconocidos como determinantes intermedios (Caballero González et al., 2012; MSPS, 2012).

- *Diderichsen y Hallqvist (adaptado en Diderichsen, Evans y Whitehead): la estratificación social y la enfermedad de la producción*

Plantean cuatro mecanismos para la generación de inequidades: 1) la estratificación social mediante los motores centrales de la sociedad que generan y distribuyen el poder, la riqueza y el riesgo (p. ej. Sistema educativo, políticas laborales, normas de género, instituciones políticas); 2) la exposición a condiciones perjudiciales para la salud engendrada por la estratificación social; 3) la susceptibilidad o vulnerabilidad diferencial y; 4) consecuencias diferenciales como la repercusión que un cierto suceso puede tener en una persona o en las circunstancias socioeconómicas de una familia. Abordar los problemas de salud bajo este modelo implica la integración de políticas públicas redistributivas, corresponsabilidad, participación social y la responsabilidad social del sector privado (Caballero González et al., 2012; ICBF, 2015c).

Este modelo es el que ha utilizado la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, agrupados en tres componentes: el contexto socioeconómico y político, la posición socioeconómica y los factores individuales como se muestra en la ilustración 1.

Ilustración 1. Niveles de los determinantes sociales de la salud



Nombre de la fuente: Documento general del análisis de la ENSIN 2015

Estos niveles de los determinantes sociales de la salud se interpretan de la siguiente forma:

- Determinantes estructurales (o del ámbito general): están definidos por el orden social, político y económico de una sociedad. Devienen del poder político y las políticas macroeconómicas y sociales.
- Determinantes intermedios (o del ámbito particular): están definidos por el mismo orden social, político y económico a nivel de conglomerados poblacionales como grupos, familias y comunidades. Son influenciados por el acceso a los servicios de salud o sociales y por los hábitos, prácticas, costumbres y relaciones de poder de los diferentes grupos poblacionales (ICBF, 2015c).
- Determinantes singulares: están relacionados directamente con el individuo. Incorporan lo definido en genotipo y fenotipo. Otros autores proponen los factores socioafectivos (la convivencia familiar, las amistades, los/as compañeros/as y las redes sociales), los factores sociolaborales (horarios de trabajo, comidas de negocios, congresos y reuniones, etc.), y los factores psicosociales (necesidades de seguridad, equilibrio y bienestar, necesidades de hospitalidad y de estima social, etc.). hábitos alimentarios y de consumo (Jiménez Benítez, Rodríguez Martín, & Jiménez Rodríguez, 2010).

1.5.3 La equidad en el enfoque de determinantes sociales de la salud

Para efectos del abordaje de los determinantes sociales de la salud (y posteriormente de la SAN) se hace necesario generar claridad conceptual frente a la equidad, definida en el Plan Decenal de Salud Pública como “la ausencia de diferencias injustas, evitables o remediables de salud entre las poblaciones o grupos definidos de manera social, económica, demográfica o geográfica” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012. p. 53). Por lo anterior, la reducción de las grandes inequidades sanitarias entre regiones, países y dentro de los países requiere la evaluación a la injusta distribución de poder, el dinero, los recursos y las condiciones de vida cotidiana.

Sin embargo, el concepto de equidad no suele resolverse con una sencilla definición. Margareth Whitehead define la equidad en salud como “la ausencia de desigualdades innecesarias, injustas y evitables”. Braveman y Guskin, por su parte, la entienden como “la ausencia de disparidades sistemáticas en salud (o sus determinantes) entre grupos sociales más o menos aventajados, en función de la riqueza, poder y prestigio” (Hernández-Álvarez, 2008. p. 3). Lo anterior invita a reflexionar que la equidad se relaciona con alguna manera de entender lo justo y la justicia dista mucho de ser un principio unívoco; y que dicha manera de entender lo justo tiene implicaciones en la acción individual y colectiva, es decir, tiene consecuencias políticas (Hernández-Álvarez, 2008).

Según Ferrelli (2015), el paradigma de la equidad, apunta a la intervención de los problemas sociales no desde el cumplimiento de objetivos de leyes subjetivas sino desde los resultados que se quieren alcanzar con las sociedades. La distribución desigual de los recursos, las relaciones de poder y las situaciones que se presentan en distintos grupos sociales, acentúan procesos inesperados en salud y nutrición, determinan los modos de vida de las poblaciones y condicionan el desarrollo humano; así, cuando las poblaciones no tienen manera de exponer sus inconformidades ni de mostrar los factores que determinan o afectan el acceso y la permanencia de determinado recurso en su círculo social, están condenadas a vivir en la pobreza y la inequidad social (Rativa Sánchez, 2018).

El concepto de justicia también ha tenido una evolución histórica. Para Aristóteles, la justicia se entendía en dos niveles, la justicia conmutativa en las relaciones entre iguales y la justicia distributiva en las relaciones jerárquicas (alguien con el poder para hacerlo, reparte algún bien entre otros). En este último caso, para Aristóteles, la distribución más justa consistía en dar a cada quien lo suyo, esto es, lo que le corresponde en función de su “lugar natural”. Para los griegos clásicos, la *Phycis*, como se conocía a la fuerza creadora natural, ubicaba a los seres de la naturaleza en jerarquías y rangos sociales atribuidos a una “proporcionalidad natural” y, para el caso, a la distribución más justa. Dicha idea de *Phycis*, fue reemplazada en la Edad Media gracias al cristianismo por la de la voluntad de un solo Dios verdadero, entendiendo que la distribución proporcional al lugar dado por Dios a los hombres en la tierra, era la más justa. Todos estos paradigmas han viajado por la historia desde el siglo XVII con autores como John Locke y la justicia como libertad contractual, Hayeck y Freedman en el neoliberalismo radical de los años 70 y Marx y el Manifiesto Comunista para intentar orientar el principio para la justa distribución como “a cada uno debe exigírsele según su capacidad, y debe dársele según sus necesidades” (Hernández-Álvarez, 2008).

Según el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, con su estrategia PASE a la equidad en Salud para Colombia, la Constitución Política de Colombia de 1991 en el marco del Estado Social de Derecho reconoce a la sociedad bajo condiciones de desigualdad real, lo cual permite reflejar la necesidad de apropiar valores relacionados con los derechos fundamentales: la equidad, entendida en su operatividad como darle a cada quien lo que necesita, en una relación íntima con la justicia para reducir inequidades basadas en las diferencias (MSPS, 2012). Breilh (2010) expone la inequidad como la categoría que define las relaciones y contrastes de poder que existen en una formación social. Es una característica importante de los sistemas de reproducción social que apropia y acumula condiciones de poder económicas, políticas y culturales donde imperan las tres fuentes primarias de inequidad en una sociedad: la clase social, el género, y la condición etnonacional.

Es importante diferenciar los conceptos de equidad e igualdad desde sus contrarios. La inequidad se considera una categoría de tipo analítico que da cuenta de la esencia del problema, mientras que, la desigualdad es una clara expresión de las consecuencias

particulares en determinada problemática y no de las causas que la podrían estar generando (Whitehead & Dahlgren, 2007). Analizar la equidad en una determinada problemática valora las desigualdades a la luz del concepto de justicia social; así, al hablar de desigualdades como diferencias innecesarias, injustas y evitables, se comprende que no toda desigualdad es una inequidad. La equidad se constituye como el valor fundamental en la lucha por los derechos, abogando por una población en igualdad de condiciones para recibir los aportes necesarios de acuerdo a sus necesidades (no solo económicas) sin ningún tipo de discriminación para la contribución al ejercicio de sus derechos (ICBF, 2015c); por lo tanto, toda manifestación de problemáticas nutricionales, ocasionadas por la inseguridad alimentaria y nutricional, se identifica hoy en día como uno de los elementos de transmisión intergeneracional de la pobreza y la inequidad social.

La lectura de las inequidades a partir de la teoría de la justicia social se propone desde dos dimensiones de la equidad: la dimensión económica refiriéndose a la distribución del ingreso y de la riqueza, estrato social y condiciones de vida (composición y tamaño del hogar) y la dimensión social, relacionando el acceso a educación, salud, SAN, vivienda, mecanismos de protección social, poblaciones diferenciales, curso de vida, sexo, género, ubicación geográfica.

Desde el enfoque de determinantes sociales de la SAN, se propone la lectura de necesidades y la definición de acciones de intervención desde la situación de las personas que habitan el territorio social y sus condiciones de calidad de vida con el fin de impactar también los determinantes intermedios y estructurales, sin olvidar la búsqueda activa de esas diferencias injustas y evitables, asociadas a la posición diferencial en la jerarquías de poder, prestigio y acceso a recursos (ICBF, 2015c).

Los planteamientos actuales, sostienen que la modificación de la forma de vida de las poblaciones, no debe atenderse en pro de la igualdad, sino que debe contemplarse aquellos determinantes que impiden la garantía de acceso a recursos como ingresos, vivienda, condiciones laborales dignas, educación, alimentación, servicios básicos, medioambiente, entre muchos otros, como elementos para llegar a la equidad y la justicia social (Breilh, 2010) (Ferrelli, 2015).

Equidad implica valorar las desigualdades desde una idea de justicia, pero dicho <<valorar>> tiene implicaciones políticas tanto en las decisiones cotidianas como en las políticas públicas y, además, el tipo de valoración predominante es el resultado histórico de cada sociedad; significa que, en medio de la correlación de fuerzas, se producen predominios de unas posiciones (o valoraciones) sobre otras, a veces de manera hegemónica e imperceptible (Hernández-Álvarez, 2008).

La equidad es el eje transversal de todo proceso social que aboga por la justicia social y la distribución adecuada de los medios para la satisfacción de las necesidades. Al igual que en la salud entendida desde el concepto integrador y holístico (más allá de la ausencia de enfermedad), hablar de la equidad en la seguridad alimentaria y nutricional implica pensar en el desarrollo de proyectos de vida y en el eje de la equidad desde las trayectorias y las condiciones de vida, que expone las situaciones de inseguridad alimentaria y nutricional de las poblaciones en relación directa con las inequidades, su generación y superación.

Son las condiciones en que transcurre la vida como la vivienda, el trabajo, la escuela, el espacio público, el sistema de transporte, el acceso a bienes y servicios esenciales (agua, saneamiento básico, alimentos), el acceso a los servicios de salud y asistencia social, los eslabones claves de intervención para lograr la equidad en salud y el desarrollo humano, de la mano con la transformación cognitiva de la sociedad, el fortalecimiento de la acción sectorial, la participación social, las alianzas público-privadas y el desarrollo de lo que Sen (2002) define como capacidades humanas (capital social) (MSPS, 2012).

Así, la importancia de leer realidades con los lentes de la equidad radica en que los elementos que la conforman van orientados a brindar a las comunidades los medios según sean sus necesidades para alcanzar el bienestar social; en este orden, los derechos, indistintamente de su nivel, se reconocen como la base de todas las poblaciones para defender y garantizar dichos medios. Reconocer e intervenir los determinantes que, por ejemplo, afectan el cumplimiento del derecho a la seguridad alimentaria y nutricional (y los que la influyen), permite agenciar el bienestar social por encima de las leyes o normas establecidas e involucra la protección de la vida y la integridad de individuos y sociedades. Los derechos humanos son los mismos para todos desde la concepción y la equidad juega

un papel importante en la garantía universal de los derechos, es un elemento esencial para defender la realización de las libertades de la sociedad.

Carmona-Meza & Parra-Padilla (2015) afirman que mejoras substanciales en la equidad en salud (extrapolable a la equidad en SAN) se logran cuando los gobiernos nacionales aceptan y asumen la responsabilidad de la protección y promoción de los derechos humanos, teniendo en cuenta brindar formas mediante las cuales el logro de un mejor estado de salud se traduzca en el aumento de la posibilidad de los individuos de alcanzar su mayor potencial humano posible en términos de productividad y ejercicio de sus libertades.

1.5.4 Enfoque de determinantes sociales de la Seguridad Alimentaria y Nutricional SAN

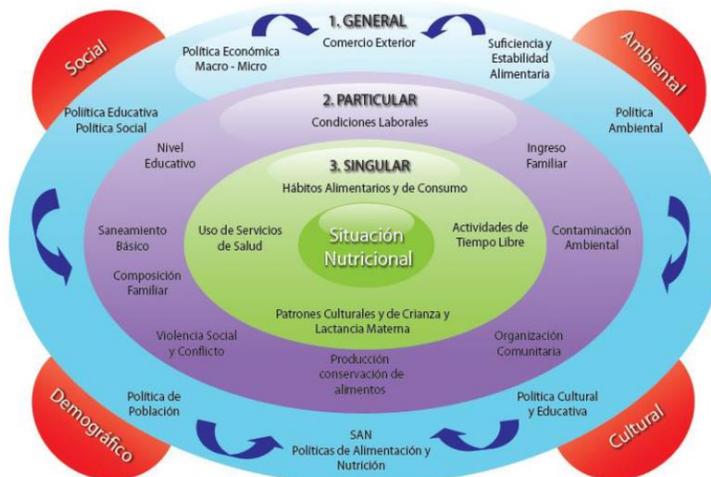
La seguridad alimentaria y nutricional es multidimensional y multisectorial y se relaciona con una serie compleja de determinantes sociales, económicos, demográficos y culturales que requieren de un análisis desde ámbitos mundiales, nacionales, locales, familiares e individuales (Z. Y. Fonseca, 2010). Es importante aclarar que, aunque hay sectores que han realizado propuestas frente a la definición y alcance de los determinantes de la SAN, como la Organización para la Alimentación y la Agricultura, hasta la fecha no existe un consenso.

El enfoque desborda el concepto de la seguridad alimentaria y nutricional entendida como un ciclo básico de producción, consumo y utilización biológica de alimentos, postulando factores ambientales y socioculturales como problemáticas estructurales que llevan a mejorar o empeorar la SAN de los grupos poblacionales e individuos. Su pilar de análisis plantea un abordaje centrado en minimizar las brechas de inequidad. Son entonces las condiciones sociales en las cuales las personas viven y trabajan, y que definen su posición diferencial en las jerarquías de poder, prestigio y recurso, son todas aquellas características específicas y vías mediante las cuales las condiciones sociales afectan la alimentación y la seguridad alimentaria y nutricional de las poblaciones (Jiménez Soto, 2018).

Este enfoque contribuye a explicar, desde una perspectiva global, las condiciones que influyen en la situación alimentaria y nutricional de los individuos y poblaciones más allá de una lógica biomédica, en donde se señalan las consecuencias adversas de la situación alimentaria y nutricional a las causas directas, limitando la mejora a nivel individual y general y perdiendo de vista el actuar sobre las inequidades. El enfoque de determinantes sociales de la SAN propone por su parte, aceptar que la situación alimentaria y nutricional está determinada, en gran medida, por los factores sociales en los cuales se vive y que definen enormes disparidades socioeconómicas e inequidades entre diferentes poblaciones y territorios (ICBF, 2015c).

A partir del análisis de los determinantes sociales de la salud, se ha logrado identificar relaciones de algunos de estos determinantes en la situación de seguridad alimentaria y nutricional de comunidades, gestando una necesidad de trabajar sobre problemáticas estructurales, medioambientales, socioculturales, entre otros, que continúan perpetuando inequidades sociales, contrario al imaginario de asociar problemas alimentarios y/o nutricionales limitado a la disponibilidad de alimentos. Este enfoque establece que el ciclo básico de la SAN (producción, consumo, y utilización biológica de los alimentos) no es la principal fuerza que determina la buena o mala condición nutricional de las personas sino que es un determinante más, cobrando relevancia los factores ambientales y socioculturales que permiten a los grupos poblacionales y a las personas mejorar o mantener su SAN (Jiménez Soto, 2018).

Ilustración 2. Modelo explicativo del paradigma determinantes sociales de la SAN



Nombre de la fuente: El enfoque de determinantes de la salud y la SAN (Jiménez Soto, 2018)

En este modelo explicativo, señalado en la ilustración 2, la situación nutricional es interpretada de una manera más amplia, ubicando como centro del análisis las condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas y que se expresan en efectos sobre la SAN. El modelo es dinámico y por tanto requiere un análisis sociohistórico, reconociendo la complejidad en las redes de relaciones no necesariamente lineales en varios niveles (individuos, grupos, sociedades). Propone que la distribución desigual de experiencias perjudiciales para la SAN no es, en ningún caso, un fenómeno “natural”, sino que los problemas de SAN que se observan en un momento dado en un grupo social, reflejan sus formas de vida cotidiana que son determinadas por sus maneras de acceder a los alimentos, enfermar y morir; significa que denota las características específicas y las vías mediante las cuales las condiciones sociales en que transcurre la vida, afectan la salud y la SAN de individuos y poblaciones (Jiménez Soto, 2018).

El análisis de la SAN enmarcado en el modelo de determinantes sociales requiere de tres premisas fundamentales: 1) centrar el punto de análisis desde las personas y no los eventos, reconociendo la diversidad; 2) el territorio como segundo ordenador, ubicando los espacios en los cuales viven las personas; y 3) la identificación de inequidades y brechas de equidad, entendida como la forma de explicitar desigualdades injustas y evitables (Jiménez Soto, 2018).

La utilidad de considerar los determinantes expresados en los procesos de salud – enfermedad e inseguridad alimentaria y nutricional, ayuda a comprender cómo la vida cotidiana es el espacio donde se expresan las relaciones que determinan estos fenómenos y, por tanto, identificarlo como el escenario ideal para abordar y delimitar el alcance de las acciones en salud pública. La mitad de los efectos en salud o nutrición de los individuos, se deben a determinantes sociales fuera del sector salud o bienestar social; sin embargo, muy pocos gobiernos del mundo han desarrollado políticas de salud o SAN coherentes a la resolución de condiciones de fondo que generan el déficit de alimentos, como por ejemplo, crédito a los campesinos, reformas laborales, redistribución de tierras, por mencionar algunas (Jiménez Soto, 2018). En la aplicación de los determinantes sociales de la salud al plano de la seguridad alimentaria y nutricional, se han señalado los siguientes aspectos en cada uno de los niveles:

- Determinantes estructurales de la SAN

Incluyen la posición socioeconómica, la estructura social y la clase social; además las relaciones de género y de etnia, influidas por un contexto sociopolítico con elementos centrales como el tipo de gobierno, políticas macroeconómicas, sociales, públicas, así como la cultura y los valores sociales (Z. Y. Fonseca, 2010). Otros determinantes estructurales inmersos son la situación geopolítica, demográfica, la historia, el desarrollo tecnológico, la gobernanza y el cambio climático (Jiménez Soto, 2018). Desde esta perspectiva, los factores estructurales están asociados a la dimensión de los medios económicos y en consecuencia a los ejes de disponibilidad y acceso de la SAN (FAO, 2014).

Se visibilizan mediante las condiciones habitacionales (materiales de la vivienda, acceso a servicios públicos, privados o comunales, suministro de agua, fuente de agua para beber), condiciones socioeconómicas (tenencia de bienes, pobreza percibida, actividad económica, ingresos, gastos), características y composición de los miembros del hogar (sexo, edad, parentesco, estado civil, autorreconocimiento étnico, migración), educación (asistencia a centros de cuidado y formación, asistencia alimentaria en centros de cuidado o educación, niveles educativos y grados alcanzados), salud y morbilidad (ICBF, 2015a). Definen el acceso a los alimentos mediante las políticas públicas y la normatividad, también se incluyen las políticas de seguridad alimentaria, de salud, de educación, sociales, económicas, agropecuarias y ambientales; los lineamientos de comercio exterior, leyes de distribución y explotación de la tierra, entre otras (ICBF, 2015c)

Dentro de los determinantes estructurales de la SAN es importante reconocer en primera instancia, el contexto socioeconómico del país (desigualdad) con sus principales transformaciones durante las últimas décadas para comprender su influencia en la situación alimentaria y nutricional de la población. En relación al crecimiento económico y la desigualdad en Colombia, se evidencia una mejora sostenida en términos sociales y económicos durante la última década. Por ejemplo, el Producto Interno Bruto (PIB) per cápita registra un crecimiento promedio anual de 2,9% con desaceleraciones importantes (crecimientos entre 0,4% y el 0,8%) en el año 2009 consecuencia de la crisis del sistema

financiero internacional, y en 2014 a la caída de los precios del petróleo. Por su parte, se registra una reducción sistemática de la pobreza monetaria y la pobreza multidimensional; sin embargo, a partir del 2016 el país enfrenta grandes brechas territoriales en sus condiciones sociales y económicas con fluctuaciones alarmantes entre los departamentos históricamente abandonados por el Estado como Vaupés, Chocó o La Guajira y Bogotá; lo cual se configura en diferencias socioeconómicas y diferencias en los determinantes estructurales de la situación de SAN por territorio (ICBF, 2015c).

Otro determinante estructural de la SAN identificado es la urbanización experimentada por el país desde mediados del siglo XX, cuando la concentración de la población dejó de ser predominantemente rural para convertirse en urbano, así, mientras en 1990 el 68,1% de la población residía en las cabeceras municipales, en el 2016 este porcentaje aumentaba a 76,6%. Dicha transformación también presenta importantes diferencias territoriales, con departamentos como el Atlántico y Bogotá con el 95,7% y 99,8% de su población en las cabeceras, respectivamente; en contraste con cifras de urbanización entre el 30 y 40% en departamentos como Guainía, Amazonas, Vaupés y Cauca (ICBF, 2015c).

El mercado laboral registra desde mediados del siglo XX, una relativa estabilidad entre el 2001 y 2016 con la Tasa Global de Participación (TGP) del 75% en los hombres y crecimientos de 46% a 55% en las mujeres. Aunque las mujeres siempre han presentado mayores tasas de desempleo frente a los hombres, este dinamismo laboral generó para el 2016 que más del 40% de población ocupada fueran mujeres. Frente a las características de ese empleo, para el 2016 el 47% de los ocupados eran informales, siendo mayor la informalidad en las mujeres (51%) que en los hombres (45%) (ICBF, 2015c).

En procesos educativos, a la fecha se registran aumentos significativos en la asistencia escolar con importantes avances en educación en las mujeres, actualmente con el reto en todos los niveles educativos por mejorar la cobertura y eficiencia interna del sistema. En el 2014 la Tasa Neta de Escolaridad (TNE) registra un 88% demostrando que aún no se logra una cobertura universal de la educación primaria. Mayores avances se presentan en la básica secundaria, sin embargo, la cobertura de la media sigue siendo muy rezagada con proporciones de 34,9%, desencadenando una muy baja cobertura en la educación superior, donde solo una cuarta parte de la población en edad de cursar estudios superiores lo logró en 2014. A pesar de ello, avances en la cobertura en educación

secundaria y superior favorecen a las mujeres, con TNE secundaria de 74% en las mujeres versus 70% en los hombres y TNE superior de 28,6% en las mujeres y 21% en los hombres; generando mayor aumento en la participación en el mercado laboral acompañado paralelamente de la reducción de la fecundidad (ICBF, 2015c).

El desplazamiento forzado y el conflicto armado con todas sus formas de violencia han abatido al país durante los últimos 50 años, condición que no puede escapar de un completo análisis estructural. Estimaciones indican que entre 1985 y 2013 aproximadamente 5,9 millones de personas se desplazaron de sus municipios de residencia para proteger sus vidas y la de sus familias. Este fenómeno de migración desde entornos rurales a entornos urbanos se ha caracterizado por una concentración de población desplazada en periferias urbanas y sectores marginados, con precarias condiciones de acceso a bienes y servicios y vulnerabilidad, altos porcentajes de hogares monoparentales con jefatura femenina y mayor concentración en población de origen afrocolombiano e indígena (ICBF, 2015c).

En relación a los procesos de transición que ha experimentado el país, la transición demográfica del siglo XXI registra descensos en la natalidad y mortalidad acompañados por cambios sociales y culturales de la modernización, la industrialización y la urbanización, iniciando en los grupos sociales más altos y en los territorios más desarrollados. La Tasa Global de Fecundidad (TGF) disminuyó de 3,1 hijos por mujer en el periodo de 1990 a 1995, a 2,4 hijos por mujer entre 2010 a 2015, paralelo a importantes disminuciones en las cifras de defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos (Tasa de Mortalidad Infantil TMI); sin embargo, estas cifras presentan amplias brechas entre los departamentos como Bogotá, Valle del Cauca, Risaralda, Caldas y Antioquia con descensos similares al comportamiento nacional, y los territorios como La Guajira, Chocó, Amazonía y Nariño que han presentado históricamente las peores situaciones nutricionales, con cifras muy superiores. Las diferencias en la etapa de transición demográfica en que se encuentran los territorios y los grupos socioeconómicos, tienen implicaciones en términos de las necesidades de bienes y servicios de salud, educación, cuidado y protección social que mejoren sus condiciones de vida y su situación alimentaria y nutricional (ICBF, 2015c).

- Determinantes intermedios de la SAN

Se definen en un conjunto de elementos categorizados en circunstancias materiales (condiciones de vida, de trabajo, sistema de salud, etc.), comportamientos, factores biológicos y psicosociales. Todos estos al ser distintos según la posición socioeconómica, generan un impacto en la equidad en salud, nutrición y bienestar (Z. Y. Fonseca, 2010). Desde esta perspectiva, los factores intermedios están asociados a las dimensiones de la calidad de vida de la SAN: consumo y aprovechamiento biológico (FAO, 2014).

Incluye el nivel socioeconómico, hábitos alimentarios, patrones culturales y de crianza, condiciones laborales, acceso al agua y a saneamiento básico, producción y conservación de alimentos, composición familiar, contaminación ambiental, condiciones de las viviendas, acceso a los servicios de salud, acceso a recreación, entre otros; condiciones referentes a grupos poblacionales y no a individuos (ICBF, 2015c). Contempla la producción y autoconsumo de alimentos, la percepción de seguridad alimentaria en el hogar y posibles estrategias de afrontamiento (ICBF, 2015a) (Jiménez Soto, 2018).

La Encuesta Nacional de Situación Nutricional para Colombia 2015 realizó importantes hallazgos frente a los determinantes intermedios de la SAN para el país como la desaparición paulatina de preparaciones tradicionales, el acceso a alimentos principalmente a través del dinero, la preferencia de productos “industrializados” (por razones de posición social, menor tiempo destinado a estar en los hogares, cambios en las dinámicas de preparación de los alimentos, entre otras), en contraste con las comidas caseras, las frutas o las verduras. A su vez, identificó la escasa reducción de la inseguridad alimentaria en los hogares en donde 1 de cada 2 hogares es inseguro y el 8,5% de ellos está en condiciones de inseguridad alimentaria severa (ICBF, 2015c).

La vivienda es un bien que debe satisfacer las necesidades humanas y para ello, requiere cumplir con unos estándares mínimos de calidad medidos en su estructura, conexión y acceso a servicios públicos y espacio. Según la ENSIN 2015, en Colombia el 6,7% de los hogares habita viviendas con algún déficit de estructura, de cohabitación o de hacinamiento, y el 21,1% lo hace en viviendas con déficit de un lugar adecuado para preparar alimentos o déficit de servicios públicos como acueducto o alcantarillado. Por ejemplo, más del 50% de la población colombiana afirma consumir agua del acueducto

público; sin embargo, se presentan grandes brechas territoriales entre el área resto y las cabeceras municipales del país. Estos déficits son factores que se asocian a peores condiciones de salud y a mayores tasas de mortalidad (ICBF, 2015c)

La estructura familiar de los hogares está determinada por la cultura y condiciones socioeconómicas y se relaciona con las condiciones de salud y nutrición de los miembros del hogar. En Colombia, los hogares están constituidos mayoritariamente (64,7%) por 2 a 4 personas, el 20,6% por 5 o más y el 14,7% son hogares unipersonales. Los primeros presentan las mayores proporciones en aquellos que residen en área cabecera, presentan un mayor índice de riqueza y en hogares donde el jefe de hogar reportó sin pertenencia étnica, reconociendo en estos reportes a los territorios y grupos sociales más favorecidos que han experimentado la avanzada transición demográfica (ICBF, 2015c).

La educación tiene implicaciones sobre la capacidad para generar seguridad alimentaria y nutricional en el hogar. Es un factor determinante en la salud para la adopción de hábitos saludables y de crianza, además de facilitar una mejor inserción al mercado laboral con consecuente mejoría en el nivel de ingresos económicos que aportan a la seguridad alimentaria del hogar. La importancia de dicha condición aumenta cuando se refiere a la madre de los niños, quién históricamente es la principal responsable de su crianza y alimentación. Según la ENSIN 2015, en Colombia solo el 7% de las madres de los niños y niñas menores de 5 años tiene un nivel de educación superior completa o más y cerca del 55% de los jefes de hogar tiene menos de secundaria completa; frecuencia relativas que presentan importantes brechas al desagregar por condiciones socio-territoriales, económicas y étnicas (ICBF, 2015c).

Como se ha mencionado reiteradamente, el empleo es un medio esencial para mejorar las condiciones de seguridad alimentaria, la nutrición y la salud de la población. La obtención de ingresos y recursos no monetarios que provee el acceso al mercado laboral, es un eslabón indiscutible para mejorar la calidad de vida de un hogar. Según la ENSIN 2015, el 69,2% de los jefes de hogar participan en el mercado laboral con brechas importantes por área y sexo. Frente al tipo de empleo al cual se accede, el 45,7% de los jefes de hogar ocupados están en el sector informal, mayor entre los jefes hombres que entre las mujeres jefas de hogar (ICBF, 2015c).

Según las cifras nacionales e internacionales, el país ha registrado descensos en los niveles de pobreza monetaria y multidimensional; sin embargo, los resultados de la ENSIN 2015 confirmaron altos niveles de desigualdad medida con el Índice de Riqueza⁶ como medida de pobreza estructural, con las más altas brechas relacionadas con la concentración de población y la etnia del jefe de hogar. Estas inequidades económicas se reflejan en los niveles de seguridad alimentaria y nutricional de los hogares (ICBF, 2015c).

El indicador trazador de seguridad alimentaria en el hogar medida desde el acceso, como la posesión de los recursos necesarios para la compra o el intercambio de una variedad de alimentos que permita una nutrición adecuada, se ubica dentro de los determinantes intermedios al incluir circunstancias materiales como condiciones de vida, de trabajo, sistema de salud y elementos conductuales que, al estar en condiciones de inequidad, impactan en la salud y bienestar del hogar y la población. “El acceso a los alimentos es considerado el principal problema de seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe, por parte de los grupos sociales más vulnerables, especialmente los niños, las mujeres y los indígenas, que habitan en áreas rurales o en áreas urbanas marginales” (Jiménez Benítez et al., 2010. p. 21).

La seguridad alimentaria en el hogar es el acceso seguro y permanente de los hogares a alimentos suficientes en calidad y cantidad, para una vida sana y activa (Maxwell's, 1992). El indicador de Seguridad Alimentaria en el Hogar (SAH) clasifica a los hogares de acuerdo con su vulnerabilidad o nivel de riesgo e identifica en qué grupos poblacionales estas condiciones son más extremas (ICBF, 2015c).

Según la ENSIN 2015, 1 de cada 2 hogares colombianos presenta Inseguridad Alimentaria en el Hogar (INSAH) (54,2%). El 31,9% de los hogares percibe restricciones en la calidad y diversidad de la dieta, de los cuales, el 16,3% expresó preocupación inicial al quedarse sin alimentos por falta de recursos (INSAH marginal). El 13,8% de los hogares con

⁶ El Índice de Riqueza se calcula a partir de información de los hogares sobre tenencia de activos, acceso de hogar a servicios básicos, condiciones de la vivienda, hacinamiento. Es más una medida estructural que coyuntural (no mide ingresos ni consumo) (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar et al., 2015. p. 130).

inseguridad alimentaria percibió afectación en la cantidad de alimentos obtenida y en el 8,5% de los hogares inseguros, los adultos redujeron la cantidad y calidad de alimentos, incluyendo los hogares con niños, niñas y adolescentes. Dichas cifras muestran notorias inequidades sociales al reportar incrementos entre hogares ubicados en áreas menos urbanizadas y más dispersas, hogares según índice de riqueza entre cuartiles más bajo y alto, y jefes de hogar mujer o autoreconocidos como indígenas o afrodescendientes; relacionando una vez más la pobreza, el territorio, el género y la raza con la situación de seguridad alimentaria y nutricional del país (ICBF, 2015c).

- Determinantes singulares de la SAN

Parten de los fenómenos relacionados directamente con los individuos con su bienestar, salud, enfermedad, discapacidad, etc. (Jiménez Soto, 2018). Hace referencia a la práctica de la lactancia materna, prácticas de consumo e ingesta de alimentos, uso del tiempo libre, práctica de actividad física, entre otros (ICBF, 2015c).

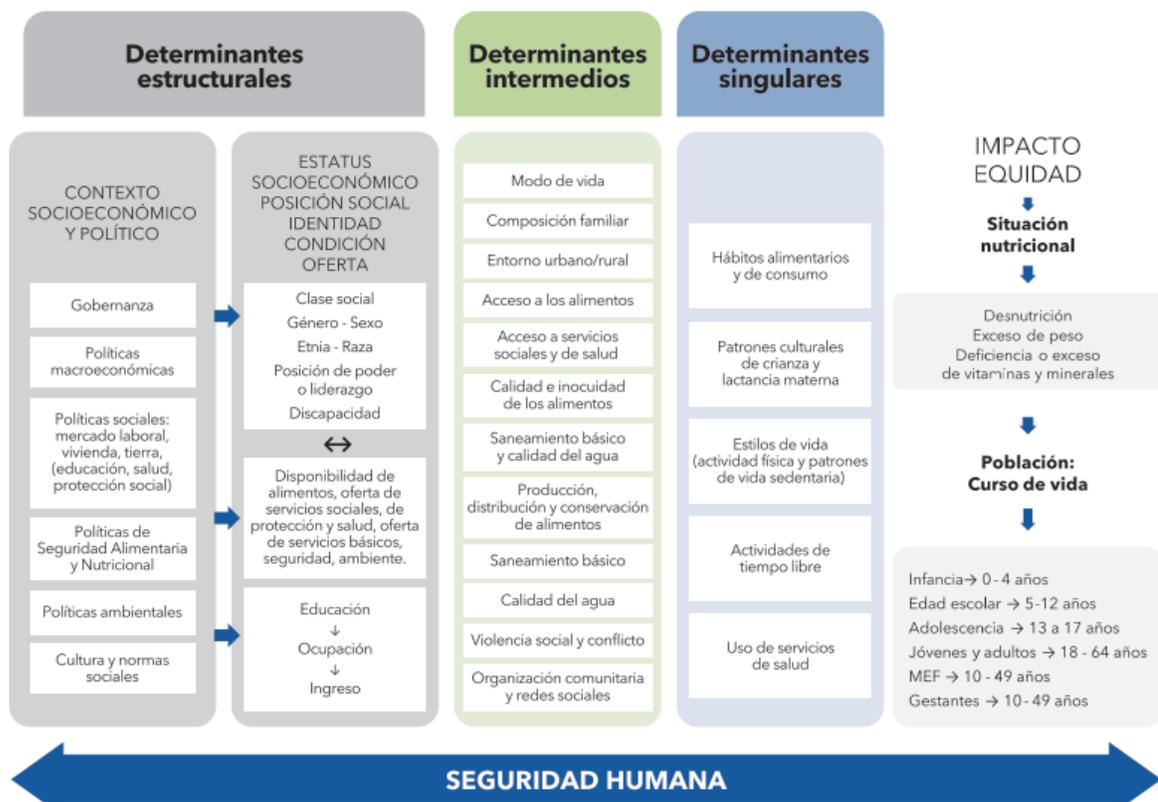
La Encuesta Nacional de Situación Nutricional para Colombia 2015, identificó una reducción sustancial de la práctica de la lactancia materna continua frente a la proporción de niños y niñas que recibieron lactancia materna al nacer, adicional a una incorporación prematura de alimentos antes de los seis meses de edad. Dicho análisis también reflejó bajo porcentaje de cumplimiento de recomendaciones de juego activo y actividad física, altas frecuencia relativas de tiempo excesivo frente a las pantallas y alto consumo de alimentos procesados como bebidas carbonatadas o saborizadas, dulces, chocolates, alimentos en paquete, entre otros (ICBF, 2015c).

En relación con la actividad física en el mundo, el 23% de los adultos no cumplen con la recomendación mundial, y solo uno de cada dos colombianos cumple con la misma, de acumular por lo menos 150 minutos de actividad física de intensidad moderada a la semana. La actividad física es considerada como una de las estrategias más efectivas en la prevención de enfermedades de tipo cardiovascular, cerebrovascular, el exceso de peso, ciertos tipos de cáncer y diabetes tipo 2, proporcionando beneficios a nivel fisiológico, psicológico y social. Desarrollos y avances en materia de urbanismo, transporte, tecnología y comunicaciones han propiciado entornos con menos posibilidades para que las personas

sean físicamente activas, implicando un menor gasto energético y conllevando a un aumento del riesgo de enfermedades no transmisibles asociadas a esta condición (OMS, 2004)

Los determinantes sociales de la seguridad alimentaria y nutricional se plasman en la ilustración 3, modelo conceptual de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional para Colombia – ENSIN 2015 (ICBF, 2015c).

Ilustración 3. Modelo conceptual de los determinantes sociales de la SAN



Nombre de la fuente: Documento general del análisis de la ENSIN 2015

El análisis de la SAN desde los determinantes sociales debe llevar a procesos que permitan construir conocimiento y reorientar al país hacia políticas que generen programas de atención integral con estrategias de desarrollo económico y social que redunden en la reducción del hambre y la malnutrición a partir de un enfoque de equidad (FAO, 2014). La lectura de los determinantes debe hacerse en los territorios con el fin de construir una narrativa de la realidad que ayude a una formulación comprensiva del desafío a ser

superado y de objetivos de intervención que conduzcan a alcanzar el estado deseado de evolución del problema con enfoque de equidad y de exigibilidad de derechos (Jiménez Soto, 2018).

Así, esta investigación propone aceptar que el correcto análisis de la situación de seguridad alimentaria y nutricional de poblaciones no escapa de este paradigma, entendiendo que la SAN está plenamente permeada por los factores sociales en que transcurre la vida y que definen enormes disparidades socioeconómicas e inequidades. El análisis de la SAN desde los determinantes sociales se considera un elemento conceptual esencial para explicar las inequidades sociales. Analizar la situación de seguridad alimentaria y nutricional bajo este modelo, implica explicar por qué la SAN no solo es el resultado de la disponibilidad, acceso, consumo y aprovechamiento biológico de los alimentos, sino que está íntimamente relacionada con factores sociales, culturales, ambientales y económicos. El ejercicio permite orientar el análisis desde una aproximación de la asociación de algunos de los determinantes sociales y la situación de SAN de un grupo de hogares de mujeres con exceso de peso como base para el desarrollo de ejercicios de mayor envergadura en materia de SAN.

1.5.5 Exceso de peso

La malnutrición por exceso de peso es la clasificación nutricional que relaciona el peso corporal con la estatura, la edad y el sexo de la persona. En la categoría se incluye el sobrepeso y la obesidad, las dos consideradas actualmente enfermedades de interés en salud pública. Según la Organización Mundial de la Salud, se han venido incrementando los casos a nivel mundial, triplicando las cifras de 1975 a 2016 con importantes diferencias en la frecuencia relativa por género de acuerdo a algunas regiones; entre ellas, países de Latinoamérica y el Caribe, donde la frecuencia relativa de exceso de peso en 35 de 37 países, es mayor en mujeres (Rojas Doncel, Triana Arias, & Rojas Varela, 2018).

Existe evidencia de la presencia de exceso de peso desde hace más de 25.000 años con más de cien esculturas similares a la obra más antigua de arte conocida: la Venus de Willendorf, una figura femenina con obesidad mórbida. A medida que las civilizaciones se expanden, gracias al arte pictórico se aprecia el vivo reflejo de una figura humana más

plena, muestra del abandono, adopción o modificaciones en sus costumbres que, junto a una base genética favorable, ha desencadenado el peligroso fenómeno de la malnutrición por exceso (Rodríguez Scull, 2003).

El exceso de peso es en su concepto, el resultado de un desbalance entre producción, acumulación y utilización de energía (González-Moreno, Juárez-López, & Rodríguez-Sánchez, 2013), definida como un aumento del peso corporal por la acumulación de triglicéridos en el tejido adiposo (Miguel Soca & Niño Peña, 2009) que requiere como condición un balance energético positivo, es decir, tal estado puede deberse a ingesta excesiva de alimentos, disminución del gasto energético o ambas, siendo esta última la condición que probablemente caracterice a los países de América Latina (Díaz & Galgani, 1999). EL sobrepeso y la obesidad son enfermedades complejas que han sido reconocidas como un importante problema sanitario y de salud pública nutricional (L. I. González-Zapata, Álvarez-Dardet Díaz, Clemente, Carmen Davo, & Ortiz-Moncada, 2008).

El sobrepeso y la obesidad son enfermedades y factores de riesgo de etiología multifactorial crónica de difícil tratamiento que, junto al exceso de grasa abdominal o visceral, se asocian a un conjunto de anormalidades metabólicas descritas como Síndrome Metabólico – SM, donde se presentan alteraciones en el metabolismo de grasa y glúcidos que pueden conducir al desarrollo de nuevas pandemias como la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial, entre otras. Globalmente se ha definido como parte de las causas del exceso de peso, un incremento en el consumo de alimentos altamente energéticos pero carentes de micronutrientes, junto al descenso de la práctica de actividad física motivado por ambientes sedentarios propios de nuevas formas de trabajo, modos de transporte y la creciente urbanización; causas que han sido frecuentemente asociadas al desarrollo y a la ausencia de políticas en apoyo a los sectores involucrados (salud, transporte, educación, industria alimentaria, etc.)

Padecer de exceso de peso durante la infancia y adolescencia supone un momento del ciclo de vida crítico donde se reafirman hábitos alimentarios y de actividad física, en tanto, un niño o adolescente que curse en esa etapa del desarrollo con esta enfermedad, es muy probable que permanezca durante su edad adulta, representando un alto riesgo de enfermedades crónicas, gastos en salud, entre otros (Liria Reyna, 2012). La mala alimentación durante la infancia puede dar lugar al exceso de peso en etapas posteriores

de la vida (Dixit, 2015), así, prácticas inadecuadas de lactancia materna, en especial exclusiva, introducción de alimentos antes de los 6 meses de edad, exposición ambiental a alimentos no saludables, ricos en grasa, azúcares y densamente energéticos, la elección de alimentos dulces entre comidas y el incremento de las porciones, se han considerado factores de riesgo para exceso de peso e incremento de la obesidad infantil. Duelo Marcos et al., (2009) reconocen la fuerte relación del sobrepeso y la obesidad de los padres con la de sus hijos, no solo por la carga genética sino por el escenario ambiental que comparten. La probabilidad que la obesidad infantil se mantenga en la edad adulta oscila entre el 20 y el 50% antes de la pubertad, llegando hasta un 70% después de esta; porcentajes que fácilmente se incrementan cuando coexiste la obesidad en los padres.

El exceso de peso corporal es el principal factor de riesgo de morbilidad y mortalidad en personas adultas en todo el mundo. “Las principales complicaciones médicas son: enfermedades pulmonares, síndrome metabólico, enfermedades del corazón, diabetes, cáncer, enfermedades del hígado, trastornos ginecológicos, así como enfermedad venosa y periodontal. Otras afecciones, como la gota, la hipertensión arterial (HTA), los problemas de la piel y la artrosis son también más frecuentes en personas con exceso de grasa” (Miguel Soca & Niño Peña, 2009. p. 85). Además, el exceso de peso “aumenta el riesgo para múltiples complicaciones médicas como muerte súbita, accidente cerebrovascular, enfermedades de arterias coronarias, hipertensión, cardiomiopatía, enfermedad tromboembólica, diabetes mellitus, dislipidemias, carcinomas (colon, vesícula biliar, ovario, endometrio, mama, cérvix), enfermedades dermatológicas (acantosis nigricans, gragilitas cutis inguinalis), gota, osteoartritis, enfermedades digestivas (colelitiasis, enfermedad por reflujo gastroesofágica (ERGE), hernia hiatal), deterioro de la función pulmonar, (apnea del sueño, hipertensión pulmonar, asma), desórdenes psicosociales (depresión, desórdenes del estado de ánimo y ansiedad), alteraciones endocrinas (desórdenes menstruales, infertilidad, síndrome de ovarios poliquísticos), entre otros” (González-Moreno et al., 2013. p. 272). “La resistencia insulínica (RI) es quizás su consecuencia más temible, ya que de ella se derivan una serie de alteraciones metabólicas y endoteliales relacionadas con el desarrollo de la enfermedad vascular coronaria: la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, las dislipidemias y la enfermedad cerebrovascular” (Rodríguez Scull, 2004. p. 1).

La obesidad, por ejemplo, está implicada en trastornos ginecológicos como anormalidades del ciclo menstrual, infertilidad y síndrome de ovario poliquístico. También se asocia fuertemente con el desarrollo de cáncer de seno, útero y cérvix. El síndrome de ovario poliquístico es más frecuente en mujeres en edad reproductiva y es asociado a una de las primeras causas de infertilidad afectando hasta al 28% de mujeres con exceso de peso. Se estima que una modesta pérdida de peso puede procurar un mejor balance reproductivo, endocrino y metabólico de las mujeres que los padecen (Miguel Soca & Niño Peña, 2009).

El componente que más se ha visto asociado con el exceso de peso en estudios epidemiológicos es una menor actividad física y alta frecuencia relativa de sedentarismo. A los factores mencionados, se suma la influencia de las condiciones sociales, económicas y medioambientales en los cambios del patrón alimentario y de la actividad física de la población (L. I. González-Zapata et al., 2008); así, al estudiar la malnutrición por exceso deben evaluarse todos los factores que contribuyen a este desbalance y el grado de influencia en la acumulación de tejido graso.

La Organización Mundial de la Salud (2000) definió el sobrepeso y la obesidad con base en la clasificación del Índice de Masa Corporal y la circunferencia de cintura, con la salvedad que su valor no puede interpretarse de manera absoluta como un “aumento de grasa corporal”, considerando que la masa corporal se constituye a partir de la sumatoria del componente muscular, óseo, graso y residual. Así, si bien no es considerado un método directo, si está universalizado como un método de guía aproximado, rápido, económico y sencillo (Rojas Doncel et al., 2018) (Mora Plazas, 2009).

El patrón de oro para diagnosticar el sobrepeso o la obesidad es a partir del porcentaje de grasa en relación con un valor de referencia según edad, sexo y talla; sin embargo, no se ha logrado consenso en la elección de dicho valor estándar aceptado como “correcto”. Los métodos directos son exclusivos del ámbito investigativo, mientras que los métodos indirectos son de uso predilecto en el ámbito de la práctica clínica o comunitaria, donde se evalúa la relación entre la edad y el sexo con medidas antropométricas como el peso, la talla, perímetros corporales y pliegues cutáneos con valores de referencia (Duelo Marcos et al., 2009).

Según mencionan González-Moreno, Juárez-López, & Rodríguez-Sánchez (2013), la forma ideal de medir el exceso de peso es a partir de la grasa corporal real; sin embargo, el Índice de Masa Corporal – IMC es un método sencillo, con múltiples ventajas y con respaldo internacional aún con las limitaciones que este tiene. Se considera ideal un IMC entre 20 y 25; sobrepeso entre 25 y 29,9; obesidad grado I de 30 a 34,9 de IMC; obesidad grado II de 35 a 39,9 de IMC y obesidad grado III, extrema o mórbida, con un IMC mayor de 40.15, coincidiendo con los patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica de adultos entre 18 y 64 años para Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Esta clasificación responde a múltiples estudios que concluyen el aumento de las probabilidades de sufrir eventos cardiovasculares, cerebrovasculares y alteraciones metabólicas, con un IMC por encima de 25 (Rodríguez Scull, 2003).

Otras maneras de determinar el exceso de peso y el contenido de grasa es la medición del espesor del pliegue cutáneo, impedancia, la circunferencia de cintura, entre otros. La circunferencia de cintura > 80cm en mujeres y >90cm en hombres es considerado diagnóstico de obesidad central o abdominal (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016) aun cuando el IMC no lo evidencie, resultando en un marcador importante para complicaciones y factores de riesgo como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y/o las alteraciones lipídicas (González-Moreno et al., 2013; Rodríguez Scull, 2003).

Rodríguez Scull (2004), aclara que desde el punto de vista práctico, la definición del exceso de peso con el IMC presenta una buena correlación con la grasa total siendo un método de diagnóstico rápido y útil; sin embargo, reconoce la vital importancia de estimar la distribución de la grasa en el organismo, asegurando que la obesidad central (grasa que predomina en la parte central del cuerpo), aumenta considerablemente la frecuencia de alteraciones metabólicas y sus complicaciones; por lo anterior, desde el punto de vista de evaluación de riesgos, la medida de la circunferencia de cintura reemplazaría al IMC.

Existen otros métodos directos y precisos que son la bioimpedancia, la medición de la densidad corporal por isótopo dilución, la conductividad eléctrica bajo el agua, la tomografía axial computarizada y la resonancia magnética nuclear; sin embargo, son complicados, poco prácticos y costosos, por lo que su uso es comúnmente relegado al

campo de la investigación (Alvero-Cruz, Correas-Gómez, Ronconi, & Fernandez-Vasquez, 2011).

Según la ENSIN 2015, el exceso de peso en adultos ha tenido un aumento de 5,3 p.p. del 2010 (51,2%) al 2015, cerrando con frecuencias relativas que involucran a alrededor de la mitad de los adultos entre los 18 a 64 años. Lamentablemente, las cifras por género demuestran que el exceso de peso en mujeres es un tema de trascendental interés para el país al comprobar que la frecuencia relativa supera el promedio nacional (59,5%) (ICBF, 2015b).

En consideración al panorama nutricional presentado, el Congreso de la República de Colombia hace uso de los indicadores de la ENSIN y justifica la aprobación de la Ley 1355 del 14 octubre de 2009 “por medio de la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención”, generando un amplio ámbito de aplicación a nivel nacional y territorial desde estrategias de comunicación, educación e información para la adopción de hábitos saludables como la alimentación saludable, la práctica de la actividad física, el transporte activo, entre otros. Dicha Ley declara el 24 de septiembre como el Día Nacional de Lucha contra la Obesidad y el Sobrepeso y su correspondiente semana como la semana de hábitos de vida saludable (Colombia, 2009).

1.6 Marco referencial

1.6.1 Municipio de Girardot

Girardot se encuentra ubicado al suroccidente del departamento de Cundinamarca en la región del Alto Magdalena, entre la cordillera oriental y central, cuya máxima anchura no sobrepasa los 40 kilómetros. Posee una extensión territorial de 40.569 kilómetros cuadrados. El área de extensión de la zona urbana corresponde a 2.046 hectáreas divididas en cinco comunas, las cuales reagrupan 148 barrios; la zona rural cuenta con 10.779 hectáreas como área de extensión distribuida en los corregimientos de San Lorenzo y Barzalosa con cinco y seis veredas respectivamente. Está ubicado en zona tropical hacia el centro de la República de Colombia, al sur del departamento de Cundinamarca en las

coordenadas 4,18,18 de latitud norte y 74,48,96 longitud oeste. Goza de temperatura constante de clima cálido seco con cortos periodos de sequía y humedad durante el año (ASIS, 2020).

El recurso hídrico lo obtiene en su mayoría de la cuenca alta del río Magdalena y la cuenca baja del río Bogotá. Adicional, se abastece de las nueve micro cuencas que proveen las aguas lluvias de la parte alta de la ciudad. Dichos espacios físicos han sido fuente de riesgo de inundación por el deterioro progresivo que la comunidad ha causado a las cuencas y cauces de ríos y quebradas con depósito de basuras, cierre de drenajes, entre otros. La temperatura promedio anual es de 33°C, alcanzando temperaturas de 38,3°C y en algunas zonas hasta 40°C lo cual ha generado riesgo de incendios forestales. Como vías de acceso cuenta con la vía aérea por el aeropuerto Santiago Vila ubicado en el municipio de Flandes (Tolima) a 3,1Km de Girardot y numerosas vías de acceso terrestre, entre ellas, la vía Sylvania y la vía La Mesa – Tocaima que lo comunican con la capital del país (ASIS, 2020).

El municipio utiliza solo el 35% de sus tierras aptas para ser cultivadas en procesos de agricultura de maíz, sorgo, ajonjolí, arroz, mango, limón y naranja; por su parte, hay desarrollo del sector ganadero con cría de bovinos, porcinos, ovinos, caprinos, asnales, entre otros, de donde obtienen leche y carne. El turismo es para el departamento su principal actividad económica (ASIS, 2020)

Según proyecciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), se estimó una densidad poblacional de aproximadamente 2,65 habitantes por Km² (107.324 habitantes para el año 2019), concentrada en la zona urbana (96,76%). En relación a la pertenencia étnica, el 60% no se reconoce en ningún grupo y el 36% se auto reconoce como negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente; el porcentaje restante se identifica como población indígena o raizal. El 56,7% de la población son mujeres y el 43,3% hombres. Para el 2019, el 29% de la población Girardoteña estaba en el grupo de edad entre 25 y 44 años (ASIS, 2020).

Según cifras documentadas en el Análisis de Situación de Salud ASIS 2019 Girardot, en cuanto a las condiciones de vida de los habitantes del municipio, se cuenta con una cobertura de acueducto del 68,8% en la zona urbana y 44,6% en la zona rural; cobertura

de alcantarillado y saneamiento básico de 66,35% en zona urbana y 0,03% en zona rural; cobertura de electricidad del 100% en la cabecera municipal y de 28,02% en zona rural. Girardot presenta una proporción de necesidades básicas insatisfechas del 19,20%.

Para el municipio la tasa de cobertura bruta de educación primaria es de 104,01%, 106,69% en educación secundaria y 94,44% en educación media, inferiores a las coberturas departamentales. El 13,53% de los hogares del municipio presentan analfabetismo. El porcentaje de hogares con empleo informal es de 87,56%. La incidencia de violencia intrafamiliar y violencia contra la mujer según estadísticas de Forensis 2018, es significativamente mayor a la reportada por el departamento (ASIS, 2020).

En relación con las dinámicas demográficas, la tasa bruta de natalidad registra una disminución desde el 2005 con 19,05 nacimientos por cada 1.000 habitantes a 15,86 nacimientos por cada 1.000 habitantes para el 2014. El 91,15% de los nacidos vivos contaron con cuatro o más consultas de control prenatal, la cobertura del parto institucional está en 99,93% y la de partos atendidos por personal calificado en 100% (ASIS, 2020).

Con relación a la morbilidad atendida, en los periodos 2009-2017, están las enfermedades no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, genitourinarias), transmisibles (enfermedades respiratorias, infecciosas y parasitarias) y nutricionales. No se refleja entre las causas de morbilidad, el exceso de peso en la población Girardoteña. El 8% de los hogares presentan barreras de acceso en salud en los servicios dirigidos a la primera infancia. El 100% del municipio cuenta con cobertura de afiliación al SGSSS (ASIS, 2020).

Por su parte, la tasa bruta de mortalidad se mantiene constante desde los últimos años con registros de 7,77 por cada 1.000 habitantes en 2014 en hombres y 6,59 por cada 1.000 habitantes en mujeres para el mismo año. Para el municipio, la mayor tasa de mortalidad está asociada a infecciones respiratorias agudas con especial aumento desde los años 2010-2013, seguida de la enfermedad por VIH-SIDA y tuberculosis. Para las mujeres, esta tasa de mortalidad se refleja mayoritariamente por tumores malignos de mama, la cual ha estado en considerable aumento durante los últimos años. Entre otras causas de mortalidad se encuentran las enfermedades circulatorias (enfermedades isquémicas del corazón, enfermedad cerebrovascular y cardiopulmonar) con su mayor pico registrado en el año 2012, neoplasias (tumor maligno de mama, cuello uterino, próstata, colon,

estómago), enfermedades transmisibles, causas externas (homicidios, accidentes de transporte terrestre y eventos de intención no determinada) y signos y síntomas mal definidos identificados en el periodo comprendido entre 2005 y 2017 (ASIS, 2020).

2. Capítulo 2 Metodología

2.1 Tipo de estudio

Cuantitativo de corte transversal de tipo descriptivo – analítico.

2.2 Población sujeta de la investigación

Mujeres entre los 18 y 37 años con exceso de peso, de hogares urbanos estrato 1 y 2 del municipio de Girardot Cundinamarca.

2.3 Muestra de la investigación

20 mujeres con exceso de peso identificado a partir del Índice de Masa Corporal – IMC, de hogares urbanos estrato 1 y 2 del municipio de Girardot Cundinamarca. La identificación de las 20 mujeres de estudio, se logró a partir de encuentros grupales durante el desarrollo de las primeras fases de la Investigación Acción Participativa (IAP) en el marco del proyecto de investigación “Mujeres, malnutrición y calidad de vida: un abordaje desde la participación comunitaria que contribuye al logro de la seguridad alimentaria y nutricional en los hogares de Girardot Cundinamarca”. Se realizó firma de consentimiento informado y compromiso de participación en la investigación con las 20 mujeres.

El grupo de mujeres inicial fue caracterizado gracias al trabajo de Carvajal Garnica, Rodríguez Cubillos, & Rendón Rendón (2019), cuyo ejercicio investigativo también hizo parte del proyecto de investigación macro. Partió con una muestra de 100 mujeres que

cumplían los criterios de inclusión entre los años 2018 y 2019. Sin embargo, al momento de ingresar al territorio, se realizaron encuentros con las mujeres que aceptaron participar y se encontraban disponibles luego de repetidas convocatorias voz a voz en la comunidad, lo cual define una muestra a conveniencia⁷ (Otzen & Manterola, 2017). Las mujeres participantes vivían en los barrios Corazón de Cundinamarca de la comuna urbana 4 y La Victoria de la comuna urbana 5. Por lo anterior, los resultados presentados únicamente representan la realidad y la situación de seguridad alimentaria y nutricional de los 20 hogares en mención y no permiten ningún tipo de inferencia con el barrio, municipio, departamento o nación.

2.4 Criterios de inclusión de los casos

Se realizó un proceso de caracterización inicial el cual tuvo por objetivo identificar a las mujeres y hogares que cumplieran con el criterio de inclusión de edad entre los 18 y 37 años, el exceso de peso clasificado por IMC y el estrato 1 y 2. Dichos criterios, al igual que el territorio (Girardot) y la zona urbana, se estimaron inicialmente en el proyecto de investigación macro, al identificar en el territorio que las mujeres de ese rango de edad presentaban aumento del peso corporal y mayor interés por cambiar su composición corporal con tratamientos o procedimientos quirúrgicos estéticos.

2.5 Criterios de exclusión de los casos

Esta investigación no tiene criterios de exclusión.

2.6 Desarrollo metodológico

⁷ La técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia permite seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos. Esto, fundamentado en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador (Otzen & Manterola, 2017).

Se realizó una caracterización inicial la cual consistió en verificar la clasificación nutricional por indicadores antropométricos. La toma de medidas antropométricas se realizó según la Resolución 2465 de 2016, “por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones” para Colombia, la cual establece el Índice de Masa Corporal (IMC) para clasificar el estado nutricional de los adultos entre 18 y 64 años de edad. Los puntos de corte adoptados son los propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1995, 1997). Además, incluye la medida de la circunferencia de la cintura para clasificar la obesidad abdominal y el riesgo de enfermedades cardiovasculares según el sexo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

La toma de medidas antropométricas se realizó por profesionales en nutrición y dietética de la Universidad Nacional de Colombia, procurando las condiciones óptimas y el uso de instrumentos recomendados con el correspondiente proceso de mantenimiento y calibración, para garantizar datos fidedignos.

- **Peso:** se adopta la técnica descrita para la toma de medidas antropométricas en la Resolución 2465 del 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social. El equipo es una balanza de pie con capacidad de 150Kg marca SECA digital (portátil) con baterías.
- **Talla:** se adopta la técnica descrita para la toma de medidas antropométricas en la Resolución 2465 del 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social. El equipo es un tallímetro desarmable portátil, capacidad de dos metros, sensibilidad de un milímetro, marca SECA.
- **Índice de Masa Corporal (IMC):** es un indicador que relaciona el peso con la talla del individuo. Su resultado varía en función de algunos parámetros como son la masa muscular, la estructura ósea y el sexo. En el caso de los adultos, el IMC se utiliza para evaluar el estado nutricional (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Tabla 1. Clasificación antropométrica del estado nutricional para adultos de 18 a 64 años de edad, según el índice de Masa Corporal (IMC)

CLASIFICACIÓN IMC Kg/m ²	
Delgadez	<18.5
Normal	≥ 18.5 a < 25
Sobrepeso	≥ 25 a < 30
Obesidad	≥ 30
Obesidad grado I	30 a 34.9
Obesidad grado II	35.0 a 39.9
Obesidad grado III	≥ 40
Obesidad grado III	≥ 40

Elaboración propia. Tomado de Resolución 2465 de 2016. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia.

- Circunferencia de cintura:** es la medición del perímetro medio del abdomen en su parte más estrecha o angosta. Es una metodología para determinar la presencia de obesidad abdominal. El consenso colombiano de síndrome metabólico, acogió los criterios de la Federación Internacional de Diabetes (FID), clasificando la obesidad abdominal en Colombia de acuerdo a los puntos de corte establecidos para surasiáticos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). El instrumento utilizado para la medición es una cinta métrica en material flexible, inextensible e impermeable con divisiones cada un milímetro.

Tabla 2. Clasificación de la obesidad abdominal para adultos de 18 a 64 años, según la circunferencia de la cintura

SEXO	CIRCUNFERENCIA DE LA CINTURA* (cm)
Hombres	≥ 90
Mujeres	≥ 80

* Como medida de la obesidad central

Elaboración propia. Tomado de Resolución 2465 de 2016. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia.

Independiente de edad y sexo, la combinación de IMC y circunferencia de cintura explican una mayor variación en grasa no abdominal, abdominal, subcutánea y visceral que el IMC o la circunferencia de cintura como mediciones separadas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016. p. 16).

2.7 Instrumentos de captura de la información

Posterior y con el fin de capturar la información necesaria para dar cumplimiento a los objetivos del estudio, se realizó la adaptación de cuatro instrumentos de captura con variables previamente relacionadas con los determinantes sociales de la SAN.

Durante el diseño de los instrumentos se tomó como referencia el documento metodológico de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional – ENSIN 2015, la cual basa su investigación en recolección de información de los determinantes estructurales, intermedios y singulares que en su interacción definen la situación nutricional de la población colombiana. Para el estudio se aplicaron cuatro instrumentos de recolección de datos que permitió la lectura de la situación de Seguridad Alimentaria y Nutricional de los hogares estudio, como resultante de la interacción de los determinantes sociales.

- **Formulario 1. Caracterización – condiciones sociodemográficas de interés en nutrición y salud pública.**

El diseño del formulario 1 se realizó a partir del componente temático de población, territorio, condiciones socioeconómicas, salud y oferta social – PTO y el componente temático de situación nutricional por antropometría de la ENSIN 2015. Siguiendo el modelo de análisis de la encuesta ENSIN 2015, los determinantes estructurales e intermedios serán recolectados en principal medida por este instrumento (ICBF, 2015a).

- **Formulario 2. Experiencia de inseguridad alimentaria en el hogar últimos 30 días y Formulario 3. Estrategias de afrontamiento de la inseguridad alimentaria.**

El diseño de los formularios en mención se realizó a partir del subcomponente temático de seguridad alimentaria de la ENSIN 2015. Siguiendo el modelo de análisis de la encuesta ENSIN 2015, los determinantes intermedios se analizan por medio de estos instrumentos.

La evaluación de la experiencia de inseguridad alimentaria en el hogar se realizó por medio de la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria – ELCSA armonizada, basada en la experiencia de los hogares frente a la incertidumbre y preocupación sobre el acceso a los alimentos en los últimos 30 días. Consta de 15 preguntas, 8 de ellas referidas a diversas situaciones que conllevan a la inseguridad alimentaria percibida por los hogares y los adultos que lo componen, y las 7 restantes referidas a condiciones que afectan a los niños, niñas y adolescentes de ese hogar (FAO, 2012).

La escala clasifica los hogares con inseguridad alimentaria en tres niveles. La frecuencia relativa de inseguridad alimentaria se determina bajo la metodología descrita en el Manual de Uso y Aplicación de la FAO. Se asigna un (1) punto por cada respuesta afirmativa y cero (0) por cada negativa. En cada hogar se sumaron todas las respuestas afirmativas a las preguntas de la escala (se calcularon por separado los puntajes para los hogares con niños, niñas y adolescentes menores de 18 años y los hogares sin estos). Con esta sumatoria se realizó la clasificación en los niveles de inseguridad alimentaria utilizando los puntos de corte relacionados en la tabla 3 (FAO, 2012).

Tabla 3. Puntos de corte para el procesamiento del indicador frecuencia relativa seguridad/inseguridad alimentaria en el hogar

INDICADOR FRECUENCIA RELATIVA SEGURIDAD/INSEGURIDAD ALIMENTARIA EN EL HOGAR				
TIPO DE HOGAR	SEGUROS	HOGARES INSEGUROS		
		LEVE	MODERADA	SEVERA
Hogares integrados solo por personas adultas	0	1 a 3	4 a 6	7 a 8
Hogares integrados por personas adultas y niños	0	1 a 5	6 a 10	11 a 15

Elaboración propia. Tomado de Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria ELCSA. Manual de uso y aplicación (FAO, 2012).

La interpretación de cada categoría de clasificación se entiende de la siguiente manera (FAO, 2012):

- **Hogares seguros.** No reportan problemas relacionados con el acceso a los alimentos.
- **Hogares inseguros.** Se clasifican en tres niveles de inseguridad: leve, moderada o severa.
- **Inseguridad leve:** se evidencia la preocupación de los miembros del hogar por el abastecimiento suficiente de alimentos y los ajustes alimentarios, como la disminución de la calidad de los alimentos y se reporta poco o ninguna reducción en la cantidad de alimentos que usualmente realiza el hogar.
- **Inseguridad moderada:** en este grado de inseguridad alimentaria la ingesta de alimentos por los adultos ha sido reducida de tal modo que implica una experiencia psicológica constante de sensación de hambre.
- **Inseguridad severa:** los adultos del hogar han reducido la calidad y cantidades de alimentos, al igual que en los hogares con niños, niñas y adolescentes.

Por su parte, la evaluación de las estrategias de afrontamiento se realiza a partir de la herramienta Coping Strategies Index (CSI), la cual considera actividades destinadas a mejorar el acceso y disponibilidad de alimentos cuando los medios de vida habituales de un hogar se ven interrumpidos o cuando se presentan dificultades para satisfacer sus necesidades básicas. Estas estrategias mitigan la consecuencia de inseguridad alimentaria en los hogares en un corto plazo, es decir, reduce el riesgo de estar en inseguridad alimentaria o de aumentar su severidad cuando se presenta una disminución inmediata e inhabitual del acceso a los alimentos. Mide el comportamiento de los hogares cuando no pueden acceder a los alimentos suficientes o para manejar la escasez de alimentos en el hogar, y se implementan comportamientos irregulares. Consta de las siguientes 8 estrategias (Maxwell & Caldwell, 2008):

1. ¿En los últimos días su hogar tuvo que consumir alimentos de menos calidad y/o más baratos?
2. ¿En los últimos 7 días su hogar tuvo que pedir prestado para comprar alimentos o dependió de un familiar, amigo o conocido para adquirir alimentos?
3. ¿En los últimos 7 días su hogar tuvo que disminuir las porciones de las comidas para que pudiera alcanzar la comida en el hogar?
4. ¿En los últimos 7 días su hogar tuvo que vender o empeñar algunos bienes o pertenencias de la familia para adquirir alimentos para el consumo del hogar?
5. Se verifica si el hogar cuenta con espacio para cultivar. “sí”, continúe, “no” pasar a la 6. ¿En los últimos días su hogar tuvo que vender o empeñar herramientas, semillas de la próxima cosecha, animales o elementos de trabajo para adquirir alimento para el consumo del hogar?
6. Se verifica si el hogar cuenta con espacio para cría de animales. “sí”, continúe, “no” pasar a la 7. ¿En los últimos 7 días su hogar tuvo que vender algunos animales para comprar o adquirir alimentos para el consumo del hogar?
7. Se verifica si el hogar cuenta con lugar para producir alimentos o criar animales para consumo. “sí”, continúe, “no” pasar a la 8. ¿En los últimos 7 días su hogar tuvo que consumir las semillas de la próxima cosecha o algún animal de cría porque no había otros o ningún alimento en el hogar?
8. Se verifica si en el hogar habitan personas menores de 18 años. “sí”, continúe, “no” finalice. ¿En los últimos 7 días por falta de alimentos, en su hogar contó con ayuda de vecinos o familiares para la alimentación de los niños o niñas de su hogar?

▪ **Formulario 4. Prácticas de alimentación de interés en nutrición y salud pública – Frecuencia de consumo.**

El diseño del formulario se realizó a partir del subcomponente temático de ingesta dietética de la ENSIN 2015; siguiendo el modelo de análisis de la encuesta ENSIN 2015, los determinantes singulares se analizan por medio de este instrumento (ICBF, 2015a).

El uso de esta metodología se considera rápida, sencilla y costeable que permite una aproximación al patrón de consumo de alimentos. Este formulario evalúa la frecuencia

relativa de uso o consumo usual en un mes de 29 alimentos o grupos de alimentos y su frecuencia “veces/día” en relación a tiempo de consumo de alimentos. Considerando el acercamiento previo en campo con las mujeres participantes y su territorio, no se identificó un patrón alimentario específico, por tal razón, no se estimó relevante adaptar el formulario con alimentos típicos de la región. Para mayor comprensión los resultados se presentaron por grupos de alimentos predefinidos en las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABAS) para la población colombiana mayor de 2 años (ICBF, 2015d). El análisis de resultados se realizó con el cálculo de dos indicadores así: 1) frecuencia relativa (%) de uso o consumo usual de algunos alimentos y 2) frecuencia de consumo media/día: categoría de tiempo. La frecuencia relativa y frecuencia son considerados índices complementarios (ICBF, 2015c).

La tabla 4 expone la descripción de las variables empleadas para la caracterización de la seguridad alimentaria y nutricional de los hogares estudiados. Las variables son los determinantes sociales de la SAN.

Tabla 4. Variables clasificadas en orden de determinantes sociales estructurales, intermedios y singulares que caracterizan la situación alimentaria y nutricional de los hogares estudiados

DESCRIPCIÓN DE VARIABLES					
No	Nombre	Descripción	Naturaleza	Medición	Categorías
DETERMINANTES ESTRUCTURALES					
1.	Edad	Tiempo en años que ha vivido la mujer contando desde su nacimiento.	Cuantitativa	Discreta	1. de 18 a 25 años 2. de 26 a 30 años 3. de 31 a 37 años
2.	Número de hijos	Número de hijos de la mujer participante.	Cuantitativa	Discreta	0. Sin hijos 1. de 1 a 2 hijos 2. 3 o más hijos
3.	Estrato	Estratificación socioeconómica del inmueble en el que reside el hogar.	Cualitativa	Ordinal	1. Estrato 1 2. Estrato 2
4.	Estado civil	Clase o condición de una persona en el orden social.	Cualitativa	Nominal	1. Unión libre 2. Casada 3. Soltera
DETERMINANTES INTERMEDIOS					
5.	Composición del hogar	Total de personas que conforman el hogar.	Cuantitativa	Discreta	1. De 2 a 4 personas 2. 5 o más personas
6.	Tipo de vivienda	Tipo de vivienda que ocupa el hogar.	Cualitativa	Nominal	1. Casa 2. Apartamento

DESCRIPCIÓN DE VARIABLES					
No	Nombre	Descripción	Naturaleza	Medición	Categorías
7.	Material de paredes	Material predominante de las paredes exteriores de la vivienda ocupada por el hogar.	Cualitativa	Nominal	1. Madera burda, tabla, tablón 2. Bloque, ladrillo, piedra, madera pulida
8.	Material de pisos	Material predominante de los pisos de la vivienda ocupada por el hogar.	Cualitativa	Nominal	1. Baldosas, vinilo, tableta o ladrillo, caucho, otros materiales sintéticos 2. Cemento o gravilla
9.	Energía – Gas Natural – Acueducto – Alcantarillado – Recolección de basuras	Indaga con cuales de los servicios públicos, privados o comunales cuenta la vivienda: energía eléctrica, gas natural conectado a red pública, acueducto, alcantarillado, recolección de basuras.	Cualitativa	Nominal	0. No 1. Sí
10.	Servicio sanitario	Indaga el sistema usado para acumulación y eliminación de excretas.	Cualitativa	Nominal	1. Inodoro conectado a alcantarillado 2. Inodoro conectado a río
11.	Cuartos para dormir	Indaga números de cuartos con los que cuenta la vivienda para dormir.	Cuantitativa	Discreta	1. de 1 a 2 cuartos 2. de 3 o más cuartos
12.	Combustible para cocinar	Indaga tipo de energía o combustible utilizado principalmente para cocinar.	Cualitativo	Nominal	1. Gas natural conectado a red pública 2. Gas propano en cilindro o pipeta
13.	Fuente de agua	Indaga la fuente principal de agua para lavar, cocinar y beber.	Cualitativo	Nominal	1. Acueducto público
14.	Tratamiento al agua para cocinar	Indaga el principal tratamiento que realizan al agua para cocinar.	Cualitativo	Nominal	0. Ninguno 1. Filtros
15.	Tratamiento al agua para beber	Indaga el principal tratamiento que realizan al agua para beber.	Cualitativo	Nominal	0. Ninguno 1. Hervido 2. Filtros 3. Ozono
16.	Ocupación de la vivienda	Indaga el carácter de ocupación de la vivienda que ocupa el hogar.	Cualitativo	Nominal	1. Propia, totalmente pagada 2. En arriendo o subarriendo 3. Posesión sin título (ocupante de hecho)
17.	Decisión uso de ingresos	Indaga quién es la/las personas que tiene poder de decisión frente al uso de los ingresos del hogar.	Cualitativa	Ordinal	1. Usted (informante mujer) 2. Su esposo / compañero 3. Usted y su esposo (juntos)

DESCRIPCIÓN DE VARIABLES					
No	Nombre	Descripción	Naturaleza	Medición	Categorías
					4. Otro integrante del hogar
18.	Percepción de suficiencia de ingresos	Indaga la percepción de suficiencia económica del hogar.	Cualitativa	Ordinal	1. No alcanzan para cubrir los gastos mínimos 2. Solo alcanzan para cubrir los gastos mínimos 3. Cubren más que los gastos mínimos
19.	Nivel educativo mujer	Último grado de escolaridad formal culminado satisfactoriamente por parte de la mujer participante.	Cualitativa	Ordinal	1. Algunos años de primaria 2. Toda la primaria 3. Algunos años de secundaria 4. Toda la secundaria 5. Uno o más años de técnica o tecnológica 6. Técnica o tecnológica completa 7. Uno o más años de universidad
20.	Deserción escolar mujer	Indaga a la mujer participante la principal razón para no estudiar o haber estudiado.	Cualitativa	Nominal	1. Considera que ya terminó o no le gusta o no le interesa el estudio 2. Falta de dinero o costos educativos elevados 3. Necesita trabajar o debe encargarse de los oficios del hogar o cuidado de otras personas del hogar 4. Por embarazo 5. El establecimiento asignado es muy lejos o percibe inseguridad en el entorno del centro educativo 6. Actualmente estudia 7. Otra
21.	Ocupación mujer	Indaga la ocupación principal de la mujer participante.	Cualitativa	Nominal	1. Obrero o empleado de empresa particular 2. Empleado doméstico 3. Trabajador por cuenta propia 4. Trabajador familiar sin remuneración 5. Estudiante
22.	Jefe de hogar	Indaga quién asume el rol de jefe de hogar dentro de la familia.	Cualitativa	Ordinal	1. Usted (informante mujer) 2. Su esposo / compañero 3. Otro integrante del hogar

DESCRIPCIÓN DE VARIABLES					
No	Nombre	Descripción	Naturaleza	Medición	Categorías
23.	Nivel educativo del jefe de hogar	Último grado de escolaridad formal culminado satisfactoriamente por parte del jefe de hogar.	Cualitativa	Ordinal	1. Algunos años de primaria 2. Toda la primaria 3. Algunos años de secundaria 4. Toda la secundaria 5. Uno o más años de técnica o tecnológica 6. Técnica o tecnológica completa 7. Uno o más años de universidad
24.	Tipo de empleo del jefe de hogar	Indaga la categoría de empleo del jefe de hogar.	Cualitativa	Nominal	1. Formal 2. Informal
25.	Afiliación a SGSSS	Indaga estado de afiliación al SGSSS de la mujer participante.	Cualitativa	Nominal	0. No 1. Sí
26.	Régimen de SGSSS	Indaga el régimen de afiliación al SGSSS de la mujer participante.	Cualitativa	Nominal	0. No aplica / No asegurado 1. Contributivo 2. Subsidiado
27.	Beneficiaria de programas de alimentación	Indaga si la mujer o alguno de los integrantes del hogar es actualmente beneficiaria/o de algún programa de alimentación que opere en el municipio.	Cualitativa	Nominal	0. No 1. Sí
28.	INSAH_UNIV	Percepción de inseguridad alimentaria del hogar según la ELCSA armonizada.*	Cualitativa	Ordinal	1. Hogar seguro 2. Hogar inseguro leve 3. Hogar inseguro moderado 4. Hogar inseguro severo
29.	INSAH_DIC	Clasificación de la inseguridad alimentaria del hogar en dos categorías. **	Cualitativa	Nominal	0. Hogar seguro 1. Hogar inseguro
30.	Estrategia de afrontamiento 1	1. ¿En los últimos días su hogar tuvo que consumir alimentos de menos calidad y/o más baratos?	Cualitativa	Nominal	0. No 1. Sí
31.	Estrategia de afrontamiento 2	2. ¿En los últimos 7 días su hogar tuvo que pedir prestado para comprar alimentos o dependió de un familiar, amigo o conocido para adquirir alimentos?	Cualitativa	Nominal	0. No 1. Sí
32.	Estrategia de afrontamiento 3	3. ¿En los últimos 7 días su hogar tuvo que disminuir las porciones de las comidas para que pudiera alcanzar la comida en el hogar?	Cualitativa	Nominal	0. No 1. Sí

DESCRIPCIÓN DE VARIABLES					
No	Nombre	Descripción	Naturaleza	Medición	Categorías
33.	Estrategia de afrontamiento 4	4. ¿En los últimos 7 días su hogar tuvo que vender o empeñar algunos bienes o pertenencias de la familia para adquirir alimentos para el consumo del hogar?	Cualitativa	Nominal	0. No 1. Sí
34.	Estrategia de afrontamiento 5	5. Se verifica si el hogar cuenta con espacio para cultivar. "sí", continúe, "no" pasar a la 6. ¿En los últimos días su hogar tuvo que vender o empeñar herramientas, semillas de la próxima cosecha, animales o elementos de trabajo para adquirir alimento para el consumo del hogar?	Cualitativa	Nominal	0. No 1. Sí 99. Salta a la siguiente pregunta
35.	Estrategia de afrontamiento 6	6. Se verifica si el hogar cuenta con espacio para cría de animales. "sí", continúe, "no" pasar a la 7. ¿En los últimos 7 días su hogar tuvo que vender algunos animales para comprar o adquirir alimentos para el consumo del hogar?	Cualitativa	Nominal	0. No 1. Sí 99. Salta a la siguiente pregunta
36.	Estrategia de afrontamiento 7	7. Se verifica si el hogar cuenta con lugar para producir alimentos o criar animales para consumo. "sí", continúe, "no" pasar a la 8. ¿En los últimos 7 días su hogar tuvo que consumir las semillas de la próxima cosecha o algún animal de cría porque no había otros o ningún alimento en el hogar?	Cualitativa	Nominal	0. No 1. Sí 99. Salta a la siguiente pregunta
37.	Estrategia de afrontamiento 8	8. Se verifica si en el hogar habitan personas menores de 18 años. "sí", continúe, "no" finalice. ¿En los últimos 7 días por falta de alimentos, en su hogar contó con ayuda de vecinos o familiares para la alimentación de los niños o niñas de su hogar?	Cualitativa	Nominal	0. No 1. Sí 99. Salta a la siguiente pregunta

DESCRIPCIÓN DE VARIABLES					
No	Nombre	Descripción	Naturaleza	Medición	Categorías
DETERMINANTES SINGULARES					
38.	Enfermedad actual	Indaga si ha sido diagnosticada con alguna enfermedad en el último año.	Cualitativa	Nominal	0. Ninguna 1. Trastornos ginecológicos 2. Enfermedades digestivas 3. Otra
39.	Diagnóstico nutricional en el último año	Indaga si ha sido diagnosticada con algún estado nutricional en el último año	Cualitativa	Ordinal	0. Ninguno 1. Bajo peso 2. Adecuado 3. Sobrepeso 4. Obesidad
40.	¿Cumple recomendación de actividad física?	Refiere el cumplimiento de las recomendaciones de A.F: realizar al menos 150 minutos semanales de AF aeróbica de intensidad moderada.	Cualitativa	Nominal	0. No cumple 1. Cumple
41.	Obesidad abdominal	Determinar la presencia de obesidad abdominal bajo el punto de corte según Resolución 2465/2016 (≥ 80 cm).	Cualitativa	Nominal	0. No presenta obesidad abdominal 1. Presenta obesidad abdominal
42.	Clasificación nutricional por IMC	Responde a la clasificación nutricional según IMC con los puntos de corte de la Resolución 2465/2016.	Cualitativa	Ordinal	1. Sobrepeso 2. Obesidad grado I 3. Obesidad grado II 4. Obesidad grado III
43.	ESTNUTR_DOS	Clasificación del estado nutricional según IMC en dos categorías. ***	Cualitativa	Ordinal	1. Sobrepeso 2. Obesidad
44.	Frecuencia de consumo	Indaga el consumo usual de 29 alimentos del instrumento de recolección de datos, en el último mes.	Cualitativa	Nominal	0. No 1. Sí
45.	Frecuencia de consumo	Frecuencia de consumo (veces/día).	Cualitativa	Ordinal	0. No aplica 1. Menos de una vez al mes 2. Una vez al mes 3. Dos a tres veces al mes 4. Una vez a la semana 5. Dos veces a la semana 6. Tres a cuatro a la semana 7. Cinco a seis veces a la semana 8. Una vez al día 9. Dos veces al día 10. Tres veces o más veces al día

Elaboración propia.

*Es la variable para el análisis univariado o caracterización.

**Es la variable dependiente recategorizada en respuesta dicotómica para el análisis bivariado y multivariado.

***Es la variable recategorizada para el análisis bivariado y multivariado.

2.8 Plan de análisis

2.8.1 Análisis univariado

Se realizó análisis univariado con fines descriptivos de las variables evaluadas de forma independiente. Se aplicaron distribuciones de frecuencia y porcentajes para las variables categóricas.

2.8.2 Análisis bivariado

El análisis bivariado se realizó con el objetivo de relacionar las variables independientes con la presencia de la variable dependiente entendida como la Inseguridad Alimentaria en el Hogar (INSAH). Con el fin de eliminar sesgos en las variables a analizar, se aplicó el método de diferenciación de estadísticos Chi cuadrado o prueba exacta de Fisher para las variables categóricas, cuando se observó que el valor esperado de las celdas era <5 en más del 20% de las celdas⁸ (Young Kim, 2017).

2.8.3 Análisis multivariado

Se realizó una regresión logística y se estimaron OR ajustados con sus intervalos de confianza de 95%. Se emplearon las variables que tuvieron una significancia menor a 25%

⁸ La prueba exacta de Fisher se aplica prácticamente solo en el análisis de muestras pequeñas, pero en realidad es válida para todos los tamaños de muestra. Mientras que la prueba de chi-cuadrado se basa en una aproximación, la prueba exacta de Fisher es una de las pruebas exactas. Especialmente cuando más del 20% de las celdas tienen frecuencias esperadas <5 , necesitamos usar la prueba exacta de Fisher porque la aplicación del método de aproximación es inadecuada (Young Kim, 2017).

en el análisis bivariado, para seguir el criterio de Hosmer y Lemeshow (David W. Hosmer Jr., Stanley Lemeshow, 2013).

Para el procesamiento de datos se utilizó STATA versión 14.0. Los datos recolectados se tabularon en hojas de cálculo de Excel.

2.9 Consideraciones éticas

Contemplando la Resolución 8430 de 1993, esta investigación aporta al conocimiento de procesos biológicos de los seres humanos, así como sus posibles vínculos entre las causas de la enfermedad y la estructura social, con el objetivo de prevenir y controlar los eventos en salud y nutrición existentes que impiden el desarrollo de las poblaciones.

La investigación a desarrollar cuenta con una base conceptual y abordajes previos, que sirven de plataforma y argumentos para su desarrollo. En ese orden de ideas, el desarrollo de la misma genera un riesgo mínimo para la población sujeto de estudio. Con el fin de garantizar la transparencia entre los investigadores y la población de estudio y su seguridad durante la investigación, previo a cualquier intervención, se obtuvo el consentimiento informado de cada individuo para su realización. De acuerdo con la categorización que tienen las investigaciones con poblaciones, en esta investigación el riesgo se considera mínimo, debido a la necesidad de realizar toma de medidas antropométricas (peso, talla y perímetros corporales), las cuales permitirán clasificar y determinar el estado nutricional de la población objeto, considerando estándares internacionales y nacionales.

Todos los insumos obtenidos en esta investigación servirán para la caracterización de la situación en seguridad alimentaria y nutricional de la población estudiada y adicionalmente para la identificación de alternativas que contribuyan a mejorar su condición actual.

Esta investigación declara que sus investigadores no presentan ningún conflicto de intereses.

3. Capítulo 3 Resultados

3.1 Situación de seguridad alimentaria y nutricional y magnitud de exceso de peso en mujeres de 20 hogares urbanos estrato 1 y 2

A continuación se presenta la caracterización de la situación de SAN y la magnitud de exceso de peso en mujeres de 20 hogares urbanos estrato 1 y 2, en cuatro segmentos: las características sociodemográficas de las 20 mujeres participantes, las características sociodemográficas de sus hogares, las posibles estrategias de afrontamiento de los 20 hogares frente a la INSAH y prácticas asociadas a la alimentación, de interés para la salud pública de las 20 mujeres participantes en relación al uso o consumo usual de alimentos.

Características sociodemográficas de las mujeres participantes

De las 20 mujeres con exceso de peso estudiadas, el 70% son mayores de 26 años y el 30% (n=6) tienen entre 18 y 25 años. Cerca de la mitad de las mujeres tienen entre uno y dos hijos y el 20% (n=4) no tienen hijos (Tabla 5).

Del nivel educativo de las mujeres encuestadas, n=6 (30%) alcanzaron los estudios secundarios completos y una proporción igual, estudios técnicos o tecnológicos completos y n=4 (20%) cursó algunos años de secundaria. Al indagar el motivo de deserción escolar, el 25% (n=5) de las mujeres refirió suspender sus estudios por embarazo. La segunda razón referida fue la falta de dinero (n=4) y en menor proporción consideraron que ya terminó su proceso de formación formal o por necesidad de trabajo o labores de cuidado. Solo 2 mujeres (10%) se encuentran estudiando actualmente. Cerca de la mitad de las mujeres (n=11) tiene por ocupación el trabajo familiar sin remuneración y el 30% (n=6) se define como trabajador por cuenta propia o independiente (Tabla 5).

La mayoría de las mujeres encuestadas está afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, 10 de ellas en régimen contributivo y 9 en régimen subsidiado. Al indagar sobre el estado de salud en el último año, 12 mujeres (60%) no refirieron tener alguna enfermedad al momento de la encuesta, 4 mujeres (20%) declararon alguna enfermedad digestiva y 3 mujeres (15%) otro tipo de enfermedades no específicas. De igual manera, al indagar frente a un posible diagnóstico nutricional en el último año, el 45% (n=9) refieren haber sido diagnosticadas con sobrepeso y el 20% (n=4) con obesidad. El 30% (n=6) mencionó no haber sido informada de su estado nutricional en el último año por parte de su médico tratante. Al realizar la clasificación nutricional según la Resolución 2465/2016, 10 mujeres presentaron obesidad grado I y 7 mujeres presentaron sobrepeso. Dos mujeres presentan obesidad grado II y una obesidad grado III. Al realizar la toma de perímetro de cintura, el 100% (n=20) de las mujeres presentó obesidad central según dicho indicador (Tabla 5).

Al indagar frente al cumplimiento de la recomendación de actividad física, entendida como la práctica de al menos 150 minutos semanales de actividad física aeróbica de intensidad moderada, el 95% (n=19) refirió no cumplirla. Finalmente, solo dos mujeres (10%) son beneficiarias de algún programa alimentario con operación en el municipio (Tabla 5).

Tabla 5. Características sociodemográficas de 20 mujeres urbanas de estrato 1 y 2 en Girardot

Variable	Categoría	n	%
Total		20	100
Edad	de 18 a 25 años	6	30
	de 26 a 30 años	7	35
	de 31 a 37 años	7	35
Número de hijos	Sin hijos	4	20
	de 1 a 2 hijos	13	65
	3 o más hijos	3	15
Estado civil	Unión libre	13	65
	Casada	2	10
	Soltera	5	25
Nivel educativo	Algunos años de primaria	1	5
	Toda la primaria	1	5
	Algunos años de secundaria	4	20
	Toda la secundaria	6	30
	Uno o más años de técnica o tecnológica	1	5
	Técnica o tecnológica completa	6	30
	Uno o más años de universidad	1	5
Deserción escolar	Considera que ya terminó o no le gusta o no le interesa el estudio	3	15
	Falta de dinero o costos educativos elevados	4	20
	Necesita trabajar o debe encargarse de los oficios del hogar o cuidado de otras personas del hogar	2	10
	Por embarazo	5	25
	El establecimiento asignado es muy lejos o percibe inseguridad en el entorno del centro educativo	2	10
	Actualmente estudia	2	10
	Otra	2	10
Ocupación	Obrero o empleado de empresa particular	1	5
	Empleado doméstico	1	5
	Trabajador por cuenta propia	6	30
	Trabajador familiar sin remuneración	11	55
	Estudiante	1	5
Régimen de SGSSS	No afiliada	1	5
	Contributivo	10	50
	Subsidiado	9	45
Beneficiaria de programas de alimentación	No	18	90
	Si	2	10
Enfermedad actual	Ninguna	12	60
	Trastornos ginecológicos	1	5
	Enfermedades digestivas	4	20
	Otra	3	15
Diagnóstico nutricional en el último año	Ninguno	6	30
	Adecuado	1	5
	Sobrepeso	9	45
	Obesidad	4	20
Clasificación nutricional por IMC	Sobrepeso	7	35
	Obesidad grado I	10	50
	Obesidad grado II	2	10
	Obesidad grado III	1	5
Obesidad abdominal	Presenta obesidad abdominal	20	100
¿Cumple recomendación de Actividad Física?	No	19	95
	Si	1	5

Características sociodemográficas de los hogares

El 80% (n=16) de los hogares estudiados corresponde al estrato 1 y el 20% (n=4) al estrato 2. El 60% (n=12) de los hogares se componen de 2 a 4 integrantes y el 40% (n=8) restante de los hogares son de 5 o más integrantes. El 95% (n=19) de las viviendas están construidas con paredes en bloque, ladrillo, piedra o madera pulida y el 55% (n=11) tienen pisos de cemento o gravilla. El 85% (n=17) de las viviendas cuentan con uno o dos cuartos destinados para dormir (Tabla 6).

El 100% (n=20) de los hogares cuenta con energía eléctrica y servicio de recolección de basuras. El 85% (n=17) de los hogares cuenta con servicio sanitario conectado a alcantarillado y el 15% (n=3) con inodoro conectado a río. En el 85% (n=17) de las viviendas hay gas natural conectado a red pública y el 15% (n=3) de los hogares restantes usan gas propano en cilindro o pipeta como combustible para cocinar. El 100% de los hogares cuenta con acueducto como fuente principal de agua para cocinar, 19 hogares no realizan ningún tratamiento al agua para cocinar y solo 1 utiliza filtros como tratamiento de limpieza y purificación. En relación al agua para consumo, la mayoría de los hogares (n=13) no realiza ningún tratamiento, el 25% (n=5) prefieren hervirla antes del consumo y en resto de los hogares prefieren el uso de filtros u ozono (Tabla 6).

En el 60% (n=12) de los hogares, el jefe de hogar es el esposo o compañero de la mujer participante y en el 25% (n=5) de los hogares lo es otro integrante del hogar diferente a la mujer participante. El nivel educativo del jefe de hogar es secundaria completa en 35% (n=7) de los hogares estudiados; le sigue algunos años de secundaria con un 25% (n=5) y algunos años de primaria con un 20% (n=4). Con relación al tipo de empleo que ejecuta el jefe de hogar, el 50% cuenta con un empleo formal y el 50% realiza actividades laborales de tipo informal (Tabla 6).

Al indagar quién administra los ingresos económicos del hogar, en 9 (45%) hogares, la decisión es compartida entre la mujer participante y su esposo o compañero. En el 50% (n=10) de los hogares, la decisión es únicamente del esposo o compañero u otro integrante del hogar diferente a la mujer participante. Frente a la percepción de suficiencia de los

ingresos económicos del hogar, el 65% (n=13) de los hogares afirman que solo alcanzan para cubrir los gastos mínimos y el 30% (n=6) de los hogares refieren que no alcanzan para cubrir los gastos mínimos. Al valorar la percepción de seguridad alimentaria de los hogares, el 75% (n=15) de los hogares se perciben en inseguridad alimentaria, 9 hogares con inseguridad alimentaria leve, 4 hogares con inseguridad alimentaria moderada y 2 hogares con inseguridad alimentaria severa. El 25% (n=5) de los hogares estudiados se perciben en seguridad alimentaria (Tabla 6).

Tabla 6. Características socioeconómicas de 20 hogares urbanos de estrato 1 y 2 en Girardot

Variable	Categoría	n	%
Total		20	100
Estrato	1	16	80
	2	4	20
Composición del hogar	2 a 4 personas	12	60
	5 o más personas	8	40
Tipo de vivienda	Casa	17	85
	Apartamento	3	15
Ocupación de la vivienda	Propia, totalmente pagada	12	60
	En arriendo o subarriendo	7	35
	Posesión sin título (ocupante de hecho)	1	5
Material de paredes	Madera burda, tabla, tablón	1	5
	Bloque, ladrillo, piedra, madera pulida	19	95
Material de pisos	Baldosas, vinilo, tableta o ladrillo, caucho, otros materiales sintéticos	9	45
	Cemento o gravilla	11	55
Cuartos para dormir	de 1 a 2 cuartos	17	85
	de 3 a 4 cuartos	3	15
Servicio sanitario	Inodoro conectado a alcantarillado	17	85
	Inodoro conectado a río	3	15
Combustible para cocinar	Gas natural conectado a red pública	17	85
	Gas propano en cilindro o pipeta	3	15
Tratamiento al agua para cocinar	Ninguno	19	95
	Filtros	1	5
Tratamiento al agua para beber	Ninguno	13	65
	Hervido	5	25
	Filtros	1	5
	Ozono	1	5
Jefe de hogar	Usted (informante mujer)	3	15
	Su esposo / compañero	12	60
	Otro integrante del hogar	5	25
Nivel educativo del jefe de hogar	Algunos años de primaria	4	20
	Toda la primaria	2	10
	Algunos años de secundaria	5	25
	Toda la secundaria	7	35
	Uno o más años de técnica o tecnológica	1	5
	Técnica o tecnológica completa	1	5
Tipo de empleo del jefe de hogar	Formal	10	50
	Informal	10	50
Decisión uso de ingresos	Usted (informante mujer)	1	5
	Su esposo / compañero	5	25
	Usted y su esposo (juntos)	9	45
	Otro integrante del hogar	5	25
Percepción suficiencia de ingresos	No alcanzan para cubrir los gastos mínimo	6	30
	Solo alcanzan para cubrir los gastos mínimo	13	65
	Cubren más que los gastos mínimos	1	5
INSAH	Hogar seguro	5	25
	Hogar inseguro leve	9	45
	Hogar inseguro moderado	4	20
	Hogar inseguro severo	2	10

Estrategias de afrontamiento de los hogares frente a la INSAH

Entre las estrategias de afrontamiento de la inseguridad alimentaria adoptadas por los hogares en los últimos 7 días previos a la encuesta, 10 (50%) hogares tuvieron que pedir prestado para comprar alimentos o dependieron de un familiar, amigo o conocido para adquirir alimentos; 7 (35%) hogares tuvieron que consumir alimentos de menos calidad y/o más baratos; 7 (35%) hogares tuvieron que disminuir las porciones de las comidas para que pudiera alcanzar la comida en el hogar; 6 (30%) hogares contaron con ayuda de vecinos o familiares para la alimentación de los niños o niñas de su hogar y 2 (10%) hogares tuvieron que vender o empeñar algunos bienes o pertenencias de la familia para adquirir alimentos para el consumo del hogar (Tabla 7).

La medición de las 8 estrategias de afrontamiento revela que el 45% (n=9) de los 20 hogares no realizaron ninguna estrategia de afrontamiento, de los cuales 4 hogares se perciben en inseguridad alimentaria leve y 5 hogares se perciben en seguridad alimentaria. Los 11 hogares restantes que realizaron alguna estrategia de afrontamiento se perciben en inseguridad alimentaria, 5 en leve, 4 en moderada y 2 en severa.

Tabla 7. Estrategias de afrontamiento de la seguridad alimentaria en 20 hogares urbanos de estrato 1 y 2 en Girardot

Variable	Categoría	n	%
Total		20	100
EST1. ¿En los últimos días su hogar tuvo que consumir alimentos de menos calidad y/o más baratos?	No	13	65
	Si	7	35
EST2. ¿En los últimos 7 días su hogar tuvo que pedir prestado para comprar alimentos o dependió de un familiar, amigo o conocido para adquirir alimentos?	No	10	50
	Si	10	50
EST3. ¿En los últimos 7 días su hogar tuvo que disminuir las porciones de las comidas para que pudiera alcanzar la comida en el hogar?	No	13	65
	Si	7	35
EST4. ¿En los últimos 7 días su hogar tuvo que vender o empeñar algunos bienes o pertenencias de la familia para adquirir alimentos para el consumo del hogar?	No	18	90
	Si	2	10
EST5. ¿En los últimos días su hogar tuvo que vender o empeñar herramientas, semillas de la próxima cosecha, animales o elementos de trabajo para adquirir alimento para el consumo del hogar?	No	1	5
	No aplica	19	95
EST6. ¿En los últimos 7 días su hogar tuvo que vender algunos animales para comprar o adquirir alimentos para el consumo del hogar?	No	2	10
	No aplica	18	90
EST7. ¿En los últimos 7 días su hogar tuvo que consumir las semillas de la próxima cosecha o algún animal de cría porque no había otros o ningún alimento en el hogar?	No	2	10
	No aplica	18	90
EST8. ¿En los últimos 7 días por falta de alimentos, en su hogar contó con ayuda de vecinos o familiares para la alimentación de los niños o niñas de su hogar?	No	11	55
	Si	6	30
	No aplica	3	15

Prácticas asociadas a la alimentación, de interés para la salud pública de 20 mujeres urbanas de estrato 1 y 2 en Girardot

En las mujeres encuestadas, la frecuencia relativa de consumo de arroz o pasta fue de 95% (n=19) con una frecuencia predominante (50%) de dos veces al día. La Girardoteña promedio del grupo estudiado consume arroz o pasta 1,4 veces al día. La frecuencia relativa de consumo de pan, arepa o galletas es de 85% (n=17) con una media de 0,80 veces por día; la frecuencia predominante es de una vez al día (n=9) y la menor (n=1) de dos veces a la semana. La frecuencia relativa de consumo de tubérculos o plátanos fue de 100% con una frecuencia predominante entre una y dos veces al día y una media de 1,29 veces por día. La frecuencia relativa en el consumo de alimentos integrales es de 25% (n=5) con una frecuencia predominante de dos veces a la semana (n=2) y una media de 0,16 veces en el día (Tabla 8).

Tabla 8. Frecuencia relativa de uso o consumo usual de alimentos: cereales, tubérculos, raíces y plátanos

Variable	Categoría	n	%
Total		20	100
Consumo de arroz o pasta	No	1	5
	Si	19	95
Frecuencia arroz o pasta	No consume	1	5
	Una vez a la semana	1	5
	Tres a cuatro a la semana	1	5
	Cinco a seis veces a la semana	2	10
	Una vez al día	5	25
	Dos veces al día	10	50
	Frecuencia / día	1,4	NA
Consumo de pan, arepa o galletas	No	3	15
	Si	17	85
Frecuencia pan, arepa o galletas	No consume	3	15
	Una vez a la semana	2	10
	Dos veces a la semana	1	5
	Cinco a seis veces a la semana	3	15
	Una vez al día	9	45
	Dos veces al día	2	10
	Frecuencia / día	0,8	NA
Consumo tubérculos o plátanos	Si	20	100
Frecuencia tubérculos o plátanos	Dos a tres veces al mes	1	5
	Una vez a la semana	1	5
	Cinco a seis veces a la semana	2	10
	Una vez al día	8	40
	Dos veces al día	8	40
	Frecuencia / día	1,29	NA
Consumo alimentos integrales	No	15	75
	Si	5	25
Frecuencia alimentos integrales	No consume	15	75
	Una vez a la semana	1	5
	Dos veces a la semana	2	10
	Tres a cuatro a la semana	1	5
	Dos veces al día	1	5
	Frecuencia / día	0,16	NA

En las mujeres encuestadas, la frecuencia relativa de consumo de verduras crudas fue de 80% (n=16); 6 de ellas (30%) lo hacen una vez al día. Para este alimento se registró una media de 0,57 veces al día. El 20% (n=4) de las mujeres refirió no consumir verduras crudas en su alimentación usual del último mes. La frecuencia relativa de consumo de verduras cocidas fue del 70% (n=14), con una frecuencia predominante de dos veces a la semana (n=5) y la media de 0,26 veces/día. En relación al consumo de frutas, el 50% de las mujeres encuestadas refirió el consumo de fruta entera; el 30% (n=6) lo hace tres a cuatro veces a la semana y el 50% (n=10) no incluyó la fruta entera en su alimentación usual del último mes. La Girardoteña promedio del grupo estudiado consume 0,27 veces al día fruta entera. La frecuencia relativa del consumo de frutas en jugo es del 80% (n=16) con una frecuencia predominante (n=6) de una vez al día y una media de 0,62 veces/día. En general, todas las mujeres encuestadas consumían al menos un alimento de este grupo de alimentos (Tabla 9).

Tabla 9. Frecuencia relativa de uso o consumo usual de alimentos: verduras y frutas

Variable	Categoría	n	%
Total		20	100
Consumo verduras crudas	No	4	20
	Si	16	80
Frecuencia verduras crudas	No consume	4	20
	Dos a tres veces al mes	1	5
	Una vez a la semana	1	5
	Dos veces a la semana	3	15
	Tres a cuatro a la semana	3	15
	Cinco a seis veces a la semana	1	5
	Una vez al día	6	30
	Dos veces al día	1	5
	Frecuencia / día	0,57	NA
	Consumo verduras cocidas	No	6
Si		14	70
Frecuencia verduras cocidas	No consume	6	30
	Menos de una vez al mes	1	5
	Una vez al mes	1	5
	Dos a tres veces al mes	2	10
	Una vez a la semana	1	5
	Dos veces a la semana	5	25
	Tres a cuatro a la semana	3	15
	Dos veces al día	1	5
	Frecuencia / día	0,26	NA
	Consumo fruta entera	No	10
Si		10	50
Frecuencia fruta entera	No consume	10	50
	Una vez a la semana	1	5
	Dos veces a la semana	1	5
	Tres a cuatro a la semana	6	30
	Una vez al día	2	10
	Frecuencia / día	0,27	NA
Consumo fruta en jugo	No	4	20
	Si	16	80
Frecuencia fruta en jugo	No consume	4	20
	Menos de una vez al mes	4	20
	Una vez al mes	1	5
	Dos a tres veces al mes	1	5
	Una vez a la semana	1	5
	Una vez al día	6	30
	Dos veces al día	3	15
	Frecuencia / día	0,62	NA

En las mujeres encuestadas, la frecuencia relativa de consumo de leche fue de 85% (n=17) con una frecuencia predominante de una vez al día (n=7) y una menor frecuencia de dos a tres veces al mes (n=1). La Girardoteña promedio del grupo estudiado consume leche 0,83 veces al día. La frecuencia relativa de consumo de quesos y otros derivados lácteos fue de 55% (n=11) con una frecuencia predominante de tres a cuatro veces a la semana (n=4) y una menor frecuencia de dos veces a la semana (n=1). La Girardoteña promedio del grupo estudiado consume derivados lácteos 0,15 veces al día. El 15% (n=3) refirió no haber incluido leche y el 45% (n=9) refirió no haber incluido derivados lácteos en su

alimentación usual correspondiente al último mes. 18 de las 20 mujeres encuestadas consumían algún lácteo o sus derivados y se identificaron dos mujeres (10%) que no consumían ningún alimento de este grupo de alimentos (Tabla 10).

Tabla 10. Frecuencia relativa de uso o consumo usual de alimentos: leche y productos lácteos

Variable	Categoría	n	%
Total		20	100
Consumo de leche	No	3	15
	Si	17	85
Frecuencia leche	No consume	3	15
	Dos a tres veces al mes	1	5
	Tres a cuatro a la semana	4	20
	Cinco a seis veces a la semana	2	10
	Una vez al día	7	35
	Dos veces al día	3	15
	Frecuencia / día		0,83
Consumo derivados lácteos	No	9	45
	Si	11	55
Frecuencia derivados lácteos	No consume	9	45
	Dos a tres veces al mes	3	15
	Una vez a la semana	3	15
	Dos veces a la semana	1	5
	Tres a cuatro a la semana	4	20
	Frecuencia / día		0,15

En las mujeres encuestadas, la frecuencia relativa del consumo de carnes fue de 95% (n=19) con una frecuencia predominante de tres a cuatro veces a la semana (n=5) y una media de 0,55 veces al día. La frecuencia relativa de consumo de pollo o gallina fue de 95%, la mayor parte de las mujeres (n=8) afirmaron consumir pollo o gallina tres a cuatro veces a la semana y la menor parte de ellas (n=1) cinco a seis veces a la semana. La media para este alimento fue de 0,49 veces al día. La frecuencia relativa de consumo de huevo fue de 100% con una frecuencia predominante (n=7) de una vez al día, una menor frecuencia (n=1) de dos veces al día, y una media de 0,70 veces al día. La frecuencia relativa de consumo de pescados o mariscos fue de 55% (n=11) con una frecuencia predominante (n=6) de dos a tres veces al mes, una menor frecuencia (n=1) de una vez a la semana y una media de 0,04 veces al día. En relación a los alimentos fuente de proteína vegetal, la frecuencia relativa de consumo de granos secos fue de 95% donde la girardoteña promedio del grupo estudiado los consume 0,35 veces al día. La frecuencia relativa de morcilla o vísceras fue de 20% (n=4) con una media de consumo de 0,02 veces

al día y la de menudencias de pollo de 45% (n=9) con una media de 0,14 veces al día (Tabla 11).

Tabla 11. Frecuencia relativa de uso o consumo usual de alimentos: carnes, huevos y leguminosas secas

Variable	Categoría	n	%
Total		20	100
Consumo carnes	No	1	5
	Si	19	95
Frecuencia carnes	No consume	1	5
	Una vez al mes	1	5
	Dos a tres veces al mes	1	5
	Una vez a la semana	4	20
	Dos veces a la semana	3	15
	Tres a cuatro a la semana	5	25
	Una vez al día	3	15
	Dos veces al día	2	10
	Frecuencia / día	0,55	NA
	Consumo pollo o gallina	No	1
Si		19	95
Frecuencia pollo o gallina	No consume	1	5
	Dos veces a la semana	7	35
	Tres a cuatro a la semana	8	40
	Cinco a seis veces a la semana	1	5
	Una vez al día	3	15
	Frecuencia / día	0,49	NA
Consumo huevo	Si	20	100
Frecuencia huevo	Dos a tres veces al mes	2	10
	Dos veces a la semana	3	15
	Tres a cuatro a la semana	5	25
	Cinco a seis veces a la semana	2	10
	Una vez al día	7	35
	Dos veces al día	1	5
	Frecuencia / día	0,7	NA
Consumo pescados o mariscos	No	9	45
	Si	11	55
Frecuencia pescados o mariscos	No consume	9	45
	Una vez al mes	4	20
	Dos a tres veces al mes	6	30
	Una vez a la semana	1	5
	Frecuencia / día	0,04	NA
Consumo granos secos	No	1	5
	Si	19	95
Frecuencia granos secos	No consume	1	5
	Dos a tres veces al mes	3	15
	Una vez a la semana	6	30
	Dos veces a la semana	3	15
	Tres a cuatro a la semana	6	30
	Dos veces al día	1	5
	Frecuencia / día	0,35	NA
Consumo morcilla o vísceras de res	No	16	80
	Si	4	20
Frecuencia morcilla o vísceras	No consume	16	80
	Una vez al mes	1	5
	Dos a tres veces al mes	2	10
	Dos veces a la semana	1	5
	Frecuencia / día	0,02	NA
Consumo menudencias de pollo	No	11	55
	Si	9	45
Frecuencia menudencias de pollo	No consume	11	55
	Una vez al mes	1	5
	Dos a tres veces al mes	2	10
	Una vez a la semana	1	5
	Dos veces a la semana	2	10
	Tres a cuatro a la semana	2	10
	Cinco a seis veces a la semana	1	5
Frecuencia / día	0,14	NA	

En las mujeres encuestadas, la frecuencia relativa de consumo de mantequilla, crema de leche o manteca de cerdo fue de 25% (n=5) con una frecuencia predominante (n=2) de tres a cuatro veces a la semana y una media de 0,17 veces al día (Tabla 12).

Tabla 12. Frecuencia relativa de uso o consumo usual de alimentos: grasas

Variable	Categoría	n	%
Total		20	100
Consumo mantequilla, crema de leche, manteca de cerdo	No	15	75
	Si	5	25
Frecuencia mantequilla, crema de leche, manteca de cerdo	No consume	15	75
	Menos de una vez al mes	1	5
	Dos veces a la semana	1	5
	Tres a cuatro a la semana	2	10
	Dos veces al día	1	5
	Frecuencia / día		0,17

En las mujeres encuestadas, la frecuencia relativa de consumo de panela, azúcar o miel fue de 100% con una frecuencia predominante (n=7) de una vez al día, una menor frecuencia (n=1) de dos a tres veces al mes y una media de 0,84 veces al día; la frecuencia relativa de consumo de golosinas o dulces fue de 20% (n=4) con una frecuencia predominante (n=2) de una vez a la semana y una media de 0,02 veces al día. La frecuencia relativa de consumo de gaseosas o refrescos fue de 70% (n=14) con una frecuencia predominante de tres a cuatro veces a la semana y menos de una vez al mes; la Girardoteña promedio del grupo estudiado consume dichas bebidas 0,36 veces al día. El 30% (n=6) afirmó no haber incluido estas bebidas en su alimentación usual del último mes (Tabla 13).

Tabla 13. Frecuencia relativa de uso o consumo usual de alimentos: azúcares

Variable	Categoría	n	%
Total		20	100
Consumo panela, azúcar, miel	Si	20	100
Frecuencia panela, azúcar, miel	Menos de una vez al mes	6	30
	Dos a tres veces al mes	1	5
	Cinco a seis veces a la semana	2	10
	Una vez al día	7	35
	Dos veces al día	4	20
	Frecuencia / día	0,84	NA
Consumo golosinas o dulces	No	16	80
	Si	4	20
Frecuencia golosinas o dulces	No consume	16	80
	Menos de una vez al mes	1	5
	Dos a tres veces al mes	1	5
	Una vez a la semana	2	10
	Frecuencia / día	0,02	NA
Consumo gaseosas	No	6	30
	Si	14	70
Frecuencia gaseosas	No consume	6	30
	Menos de una vez al mes	3	15
	Una vez a la semana	2	10
	Dos veces a la semana	2	10
	Tres a cuatro a la semana	3	15
	Cinco a seis veces a la semana	1	5
	Una vez al día	2	10
	Dos veces al día	1	5
	Frecuencia / día	0,36	NA

La frecuencia relativa de uso del salero en la mesa fue del 10% (n=2) del cual, una mujer afirma usarlo una vez al día y otra menos de una vez al mes; la de consumo de alimentos en la calle de 60% (n=12), con una frecuencia predominante (n=8) de una vez a la semana y una media de 0,08 veces al día. La frecuencia relativa de consumo de alimentos de paquete fue de 40% (n=8), del cual la mitad (20%) lo hace una vez a la semana; la de alimentos de comida rápida de 60% (n=12) del cual la mayoría (n=5) lo hace dos a tres veces al mes y la menor proporción (n=1) dos veces a la semana, registrando una media de 0,06 veces al día. La frecuencia relativa de consumo de alimentos fritos fue de 75% (n=15) con una frecuencia predominante (n=5) de tres a cuatro veces a la semana y una media de 0,50 veces al día; la de productos enlatados fue de 45% (n=9) con una frecuencia predominante (n=4) de dos a tres veces al mes, una frecuencia menor (n=1) de una vez al mes y una media de 0,08 veces al día; la de productos embutidos fue de 60% (n=12) con una frecuencia predominante (n=3) de dos veces a la semana, una frecuencia menor (n=1) de una vez al día y una media de 0,17 veces al día. La frecuencia relativa de consumo de

bebidas estimulantes como café o té fue de 60% (n=12) donde la Girardoteña promedio del grupo estudiado consume café o té 0,53 veces al día (Tabla 14).

Tabla 14. Otro consumo no agrupados de interés para la nutrición pública

Variable	Categoría	n	%
Total		20	100
Uso salero en la mesa	No	18	90
	Si	2	10
Frecuencia uso salero	No usa	18	90
	Menos de una vez al mes	1	5
	Una vez al día	1	5
	Frecuencia / día	0,05	NA
Consumo alimentos en la calle	No	8	40
	Si	12	60
Frecuencia alimentos en la calle	No consume	8	40
	Menos de una vez al mes	1	5
	Una vez al mes	1	5
	Dos a tres veces al mes	1	5
	Una vez a la semana	8	40
	Dos veces a la semana	1	5
	Frecuencia / día	0,08	NA
Consumo alimentos de paquete	No	12	60
	Si	8	40
Frecuencia alimentos de paquete	No consume	12	60
	Menos de una vez al mes	1	5
	Una vez al mes	1	5
	Una vez a la semana	4	20
	Dos veces a la semana	1	5
	Tres a cuatro a la semana	1	5
	Frecuencia / día	0,07	NA
Consumo comida rápida	No	8	40
	Si	12	60
Frecuencia comida rápida	No consume	8	40
	Una vez al mes	3	15
	Dos a tres veces al mes	5	25
	Una vez a la semana	3	15
	Dos veces a la semana	1	5
	Frecuencia / día	0,06	NA

Variable	Categoría	n	%
Consumo alimentos fritos	No	5	25
	Si	15	75
Frecuencia alimentos fritos	No consume	5	25
	Una vez a la semana	2	10
	Dos veces a la semana	4	20
	Tres a cuatro a la semana	5	25
	Una vez al día	2	10
	Dos veces al día	2	10
	Frecuencia/día	0,5	NA
Consumo enlatados	No	11	55
	Si	9	45
Frecuencia enlatados	No consume	11	55
	Una vez al mes	1	5
	Dos a tres veces al mes	4	20
	Una vez a la semana	2	10
	Tres a cuatro a la semana	2	10
	Frecuencia/día	0,08	NA
	Consumo embutidos	No	8
Si		12	60
Frecuencia embutidos	No consume	8	40
	Una vez al mes	2	10
	Dos a tres veces al mes	2	10
	Una vez a la semana	2	10
	Dos veces a la semana	3	15
	Tres a cuatro a la semana	2	10
	Una vez al día	1	5
	Frecuencia / día	0,17	NA
	Consumo café o té	No	8
Si		12	60
Frecuencia café o té	No consume	8	40
	Menos de una vez al mes	1	5
	Tres a cuatro a la semana	2	10
	Cinco a seis veces a la semana	2	10
	Una vez al día	6	30
	Dos veces al día	1	5
	Frecuencia / día	0,53	NA

3.2 Determinantes sociales relacionados con la SAN

A continuación se presentan las variables o determinantes que se relacionan con la variable dependiente inseguridad alimentaria en los 20 hogares estudiados (INSAH),

conforme a la clasificación de variables como determinantes estructurales, intermedios o singulares.

La mayor inseguridad alimentaria fue para las mujeres de 26 a 37 años (85,71%) y las que tienen hijos (81,25%), ninguna de las variables presentó asociación significativa. Otras variables como el estrato y el estado civil no presentaron diferencias en cuanto a la inseguridad alimentaria desde el punto de vista descriptivo. Consultar los resultados en la tabla 15.

Tabla 15. Determinantes estructurales en relación con la Inseguridad Alimentaria en el Hogar (INSAH)

Variable	Categoría	Seguro n (%)	Inseguro n (%)	Valor p*
Edad de la mujer	18 a 25 años	3 (50%)	3 (50%)	0.131
	26 a 37 años	2 (14,26%)	12 (85,71%)	
Número de hijos	Sin hijos	2 (50%)	2 (50%)	0,249
	Con hijos	3 (18,75%)	13 (81,25%)	
Estrato	1	4 (25%)	12 (75%)	1.000
	2	1 (25%)	3 (75%)	
Estado civil	Con pareja	3 (20%)	12 (80%)	0.560
	Sin pareja	2 (40%)	3 (60%)	

* Valor p, prueba exacta de Fisher

La frecuencia relativa de INSAH fue mayor en los hogares con 5 o más integrantes (87,50%) respecto a los hogares con 4 o menos integrantes (66,67%). Al estudiar las características físicas de la vivienda, entre los hogares que conviven en vivienda tipo casa, la INSAH fue de 82,35%, cifra menor entre los hogares que conviven en vivienda tipo apartamento con frecuencia relativa de 33,33%. En estas viviendas, aquellas que estuvieron construidas con paredes de madera burda, tabla, tablón presentaron INSAH (100%) y dicha frecuencia relativa fue de 81,82% entre las viviendas construidas con pisos de cemento o gravilla. Dichas relaciones entre las variables independientes y la INSAH no presentaron asociaciones estadísticamente significativas según valor p (Tabla 16).

En relación a las características cualitativas de los hogares estudiados, el 100% de los hogares que cocinan con gas propano en cilindro o pipeta presentaron INSAH, al igual que los hogares que no cuentan con servicio de alcantarillado (inodoro conectado a río). Entre los hogares que cuentan con conexión a gas natural conectado a red pública y servicio de alcantarillado, el 70,59% presentó INSAH. El 100% de los hogares cuentan con servicio de acueducto, sin embargo, aquellos hogares que aplican algún tratamiento al agua para beber presentaron una frecuencia relativa de 85,71% de INSAH, mayor que entre los hogares que no realizan ningún tratamiento al agua para beber (69,23%). Un comportamiento similar se evidencia entre los hogares que aplican algún tratamiento al agua para cocinar con una frecuencia relativa del 100% de INSAH y entre los hogares que no realizan ningún tratamiento al agua para cocinar con frecuencia relativas de 73,68% de INSAH. Dichas relaciones entre las variables independientes y la INSAH no presentaron asociaciones estadísticamente significativas según valor p (Tabla 16).

Entre los hogares estudiados en los cuales la decisión del uso del dinero del hogar está en cabeza de la mujer o la mujer y su pareja, la frecuencia relativa de INSAH fue del 100%, mientras que entre los hogares en los cuales la decisión está en cabeza únicamente de la pareja de la mujer u otro integrante del hogar, la frecuencia relativa de INSAH fue del 50%. Dicha relación presenta una asociación estadísticamente significativa (valor $p=0,033$). El 100% de los hogares estudiados que consideran que los ingresos de su hogar no alcanzan para cubrir los gastos mínimos presentaron inseguridad alimentaria y entre aquellos que consideran que los ingresos de su hogar alcanzan para cubrir los gastos mínimos o más, presentaron una frecuencia relativa de 64,29% de INSAH. A pesar de estas diferencias en la muestra, no se identificó una asociación estadísticamente significativa entre la percepción de suficiencia de ingresos y la inseguridad alimentaria en el hogar (valor $p=0,260$) (Tabla 16).

De las mujeres estudiadas, entre aquellas que cursaron algunos años de primaria o primaria completa, el 50% de sus hogares presentaron INSAH, entre aquellas que cursaron algunos años de secundaria o secundaria completa, el 70% de sus hogares presentaron INSAH y entre aquellas que cursaron una carrera técnica, tecnológica o universitaria, se registró una frecuencia relativa de 87,50% de INSAH. A pesar de estas diferencias en la

muestra, no se identificó una asociación estadísticamente significativa entre el nivel educativo de la mujer y la inseguridad alimentaria en el hogar (valor $p=0,458$) (Tabla 16).

En relación a la ocupación de las mujeres estudiadas, entre aquellas que refirieron desempeñar un trabajo por cuenta propia, presentaron una frecuencia relativa de 83,3% de INSAH y entre aquellas que refirieron desempeñar oficios del hogar sin remuneración, la frecuencia relativa de INSAH fue de 72,73%. A pesar de estas diferencias en la muestra, no se identificó una asociación estadísticamente significativa entre la ocupación de la mujer y la inseguridad alimentaria en el hogar (valor $p=1,000$) (Tabla 16).

Al indagar por el jefe de los hogares estudiados, de las mujeres que afirmaron ser las jefes de hogar presentaron una frecuencia relativa de 100% de INSAH. Entre los hogares donde el jefe de hogar es la pareja de la mujer, la frecuencia relativa de INSAH fue de 83,33%; y entre los hogares donde el jefe de hogar es otro integrante, la frecuencia relativa de INSAH fue de 40%. Con relación al nivel educativo del jefe de hogar, entre aquellos que cursaron algunos años de primaria o primaria completa, el 83,33% de sus hogares presentaron INSAH, entre aquellos que cursaron algunos años de secundaria o secundaria completa, el 66,67% de sus hogares presentaron INSAH y entre aquellos que cursaron una carrera técnica, tecnológica o universitaria, se registró una frecuencia relativa del 100% de INSAH. A pesar de estas diferencias en la muestra, no se identificó una asociación estadísticamente significativa entre el integrante del hogar que desempeñaba el rol de jefe de hogar y su nivel educativo y la inseguridad alimentaria en el hogar (Tabla 16).

Al indagar aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el 100% de los hogares que no se encuentran asegurados presentaron INSAH. Por su parte, entre los hogares que afirmaron estar cubiertos por protección social en salud, la frecuencia relativa de INSAH fue de 73,68%. De los 10 hogares que refirieron afiliación al régimen contributivo, el 60% presentó INSAH y de los 9 hogares que refirieron afiliación al régimen subsidiado, el 88,89% presentó INSAH. A pesar de estas diferencias en la muestra, no se identificó una asociación estadísticamente significativa entre el aseguramiento al SGSSS y el régimen de afiliación y la inseguridad alimentaria en el hogar (Tabla 16).

Al relacionar el ser beneficiario de un programa de alimentación y la INSAH, se identificó que el 100% de los hogares con dicho beneficio presentan INSAH. Entre aquellos que no son beneficiarios, la frecuencia relativa de INSAH fue de 72,22% (Tabla 16).

En relación a las estrategias de afrontamiento de la inseguridad alimentaria, la estrategia número 2 que indaga al hogar si en los últimos 7 días tuvo que pedir prestado para comprar alimentos o dependió de un familiar, amigo o conocido para adquirir alimentos, el 100% de los hogares que respondieron afirmativo, eran inseguros. De los hogares que respondieron negativo, presentaron una frecuencia relativa de 50% de INSAH; identificando una asociación estadísticamente significativa entre la implementación de dicha estrategia de afrontamiento y la inseguridad alimentaria en el hogar (valor $p=0,033$). En general, todos los hogares que adoptaron en los últimos 7 días anteriores a la aplicación de la encuesta, alguna de las 8 estrategias de afrontamiento de la inseguridad alimentaria, eran inseguros (Tabla 16).

Otras variables como la cantidad de cuartos para dormir en la vivienda, ocupación de la vivienda, la deserción escolar de la mujer y el tipo de empleo del jefe de hogar (formal o informal) no presentaron diferencias en cuanto a la inseguridad alimentaria desde el punto de vista descriptivo. Consultar los resultados en la tabla 16.

Tabla 16. Determinantes intermedios en relación con la Inseguridad Alimentaria en el Hogar (INSAH)

Variable	Categoría	Seguro n (%)	Inseguro n (%)	Valor p*
Composición del hogar	2 a 4 personas	4 (33,33%)	8 (66,67%)	0.603
	5 o más personas	1 (12,50%)	7 (87,50%)	
Tipo de vivienda	Casa	3 (17,65%)	14 (82,35%)	0.140
	Apartamento	2 (66,67%)	1 (33,33%)	
Material paredes vivienda	Madera burda, tabla, tablón	0 (0%)	1 (100%)	1.000
	Bloque, ladrillo, piedra, madera pulida	5 (26,32%)	14 (73,68)	
Material pisos vivienda	Baldosas, vinilo, tableta o ladrillo, caucho, otros materiales sintéticos	3 (33,33%)	6 (66,67%)	0.617
	Cemento o gravilla	2 (18,18%)	9 (81,82%)	
Combustible para cocinar	Gas natural conectado a red pública	5 (29,41%)	12 (70,59%)	0.539
	Gas propano en cilindro o pipeta	0 (0%)	3 (100%)	
Servicio sanitario	Inodoro conectado a alcantarillado	5 (29,41%)	12 (70,59%)	0.539
	Inodoro conectado a río	0 (0%)	3 (100%)	
Cuartos para dormir	1 a 2 cuartos	4 (23,53%)	13 (76,47%)	1.000
	3 o más cuartos	1 (33,33%)	2 (66,67%)	
Tratamiento al agua cocinar	Ninguno	5 (26,32%)	14 (73,68%)	1.000
	Algún tratamiento	0 (0%)	1 (100%)	
Tratamiento al agua beber	Ninguno	4 (30,77%)	9 (69,23%)	0.613
	Algún tratamiento	1 (14,29%)	6 (85,71%)	
Ocupación de la vivienda	Propia	3 (25,00%)	9 (75,00%)	1.000
	Arriendo o posesión sin título	2 (25,00%)	6 (75,00%)	
Decisión uso de ingresos	Mujer o mujer y pareja	0 (0,00%)	10 (100%)	0.033
	Pareja u otro integrante	5 (50%)	5 (50%)	
Suficiencia de ingresos	No alcanzan para cubrir los gastos mínimos	0 (0,00%)	6 (100%)	0.260
	Alcanzan para cubrir los gastos mínimos o más	5 (35,71%)	9 (64,29%)	
Nivel educativo mujer	Algunos años de primaria o primaria completa	1 (50,00%)	1 (50,00%)	0.458
	Algunos años de secundaria o secundaria completa	3 (30,00%)	7 (70,00%)	
	Técnica, tecnológica o universidad	1 (12,50%)	7 (87,50%)	
Deserción escolar	Falta de interés, dinero, establecimiento lejano o inseguro	3 (27,27%)	8 (72,73%)	0.777
	Embarazo, trabajo, oficios del hogar o cuidado de otras personas	1 (14,29%)	6 (85,71%)	
	Actualmente estudia	1 (50,00%)	1 (50,00%)	
Ocupación de la mujer	Empleada de empresa o doméstica	1 (33,33%)	2 (66,67%)	1.000
	Trabajadora por cuenta propia	1 (16,67%)	5 (83,33%)	
	Trabajadora familiar sin remuneración	3 (27,27%)	8 (72,73%)	

Variable	Categoría	Seguro n (%)	Inseguro n (%)	Valor p*
Jefe de hogar	Mujer informante	0 (0,00%)	3 (100%)	0.147
	Su esposo / compañero	2 (16,67%)	10 (83,33%)	
	Otro integrante del hogar	3 (60,00%)	2 (40,00%)	
Nivel educativo jefe de hogar	Algunos años de primaria o primaria completa	1 (16,67%)	5 (83,33%)	0.787
	Algunos años de secundaria o secundaria completa	4 (33,33%)	8 (66,67%)	
	Técnica, tecnológica o universidad	0 (0,00%)	2 (100%)	
Empleo jefe de hogar	Formal	2 (20,00%)	8 (80,00%)	1.000
	Informal	3 (30,00%)	7 (70,00%)	
Aseguramiento SGSSS	No	0 (0,00%)	1 (100%)	1.000
	Si	5 (26,32%)	14 (73,68%)	
Régimen de aseguramiento	No aplica / no asegurado	0 (0,00%)	1 (100%)	0.478
	Contributivo	4 (40,00%)	6 (60,00%)	
	Subsidiado	1 (11,11%)	8 (88,89%)	
Beneficiaria programa de alimentación	No	5 (27,78%)	13 (72,22%)	1.000
	Si	0 (0,00%)	2 (100%)	
EST1. ¿En los últimos días su hogar tuvo que consumir alimentos de menos calidad y/o más baratos?	No	5 (38,46%)	8 (61,54%)	0.114
	Si	0 (0,00%)	7 (100%)	
EST2. ¿En los últimos 7 días su hogar tuvo que pedir prestado para comprar alimentos o dependió de un familiar, amigo o conocido para adquirir alimentos?	No	5 (50,00%)	5 (50,00%)	0.033
	Si	0 (0,00%)	10 (100%)	
EST3. ¿En los últimos 7 días su hogar tuvo que disminuir las porciones de las comidas para que pudiera alcanzar la comida en el hogar?	No	5 (38,46%)	8 (61,54%)	0.114
	Si	0 (0,00%)	7 (100%)	
EST4. ¿En los últimos 7 días su hogar tuvo que vender o empeñar algunos bienes o pertenencias de la familia para adquirir alimentos para el consumo del hogar?	No	5 (27,78%)	13 (72,22%)	1.000
	Si	0 (0,00%)	2 (100%)	
EST5. ¿En los últimos días su hogar tuvo que vender o empeñar herramientas, semillas de la próxima cosecha, animales o elementos de trabajo para adquirir alimento para el consumo del hogar?	No	0 (0,00%)	1 (100%)	1.000
EST6. ¿En los últimos 7 días su hogar tuvo que vender algunos animales para comprar o adquirir alimentos para el consumo del hogar?	No	0 (0,00%)	2 (100%)	1.000
EST7. ¿En los últimos 7 días su hogar tuvo que consumir las semillas de la próxima cosecha o algún animal de cría porque no había otros o ningún alimento en el hogar?	No	0 (0,00%)	2 (100%)	1.000
EST8. ¿En los últimos 7 días por falta de alimentos, en su hogar contó con ayuda de vecinos o familiares para la alimentación de los niños o niñas de su hogar?	No	4 (36,36%)	7 (63,64%)	0.291
	Si	0 (0,00%)	6 (100%)	

* Valor p, prueba exacta de Fisher

Entre las mujeres estudiadas, las que tuvieron algún diagnóstico médico de trastornos ginecológicos, enfermedades digestivas u otros en el último año, presentaron una frecuencia relativa de 62,50% de INSAH. Entre aquellas que no tuvieron ningún diagnóstico médico en el último año, la frecuencia relativa de INSAH fue de 83,33%. El hogar de la única mujer que cumple con la recomendación mundial de actividad física presentó INSAH. No se presentan asociaciones estadísticamente significativas entre haber sido diagnosticada con alguna enfermedad relacionada al exceso de peso en el último año y la práctica de actividad física con la inseguridad alimentaria en el hogar (Tabla 17).

Al indagar a la mujer participante si ha sido diagnosticada con algún estado nutricional en el último año, entre las que negaron haber recibido algún diagnóstico en relación, la frecuencia relativa de INSAH fue de 66,67%. Aquella que afirmó haber sido diagnosticada con un estado nutricional adecuado, su hogar presentó inseguridad alimentaria; entre aquellas que refirieron haber sido diagnosticadas con sobrepeso, la frecuencia relativa de INSAH fue de 88,89% y entre aquellas que refirieron haber sido diagnosticadas con obesidad, la frecuencia relativa de INSAH fue de 50%. A pesar de estas diferencias en la muestra, no se identificó una asociación estadísticamente significativa entre haber sido diagnosticada con algún estado nutricional en el último año y la inseguridad alimentaria en el hogar (valor $p=0,510$) (Tabla 17).

Al analizar la clasificación nutricional por antropometría de las mujeres estudiadas y la INSAH, se identificó que, entre las mujeres clasificadas con sobrepeso, la frecuencia relativa de INSAH fue de 71,43% y entre las mujeres clasificadas con obesidad, la frecuencia relativa aumentó a 79,92% sin asociaciones estadísticamente significativas (valor $p=1,000$) (Tabla 17).

En relación con el consumo usual de alimentos, entre las mujeres que consumen cereales, la frecuencia relativa de INSAH fue de 73,68% y entre las que no consumen, la frecuencia relativa de INSAH fue mayor (100%). Cifras similares se presentaron entre las mujeres que consumen derivados de cereales con frecuencia relativa de INSAH de 70,59% y de 100% entre las que no consumen. En el consumo de alimentos integrales, entre las mujeres que los consumen la frecuencia relativa del INSAH fue de 60% y entre las que no lo hacen, la frecuencia relativa de INSAH aumentó a un 80%. No se presentó una asociación

estadísticamente significativa entre el consumo de algún alimento del grupo cereales, raíces, tubérculos y plátanos y la inseguridad alimentaria (Tabla 17).

Frente al consumo de frutas y verduras, entre las mujeres que consumen verduras crudas, la frecuencia relativa de INSAH fue de 68,75%, la cual aumentó entre las que no consumen (100%). Entre las que consumen verduras cocidas, la frecuencia relativa de INSAH fue de 64,29% y de 100% entre las que no consumen. Por su parte, entre las mujeres que consumen fruta entera, la frecuencia relativa de INSAH fue de 70% frente a un 80% de frecuencia relativa de INSAH entre las que no la consumen. Finalmente, entre las mujeres que consumen fruta en jugo, la frecuencia relativa de INSAH fue de 81,25% disminuyendo entre las mujeres que no consumen la fruta en esa preparación (50%). No se presentó una asociación estadísticamente significativa entre el consumo de algún alimento del grupo de frutas y verduras y la inseguridad alimentaria (Tabla 17).

En el consumo de lácteos, entre las mujeres que consumen leche, la frecuencia relativa de INSAH fue de 76,47%, la cual disminuyó a 66,67% entre las que no la consumen, presentando ese mismo valor entre las que no consumen derivados lácteos. La frecuencia relativa de INSAH entre las mujeres que consumen derivados lácteos fue de 81,82%. No se presentó una asociación estadísticamente significativa entre el consumo de algún alimento del grupo de leche y derivados lácteos y la inseguridad alimentaria (Tabla 17).

Entre las mujeres que consumen carnes y aves, la frecuencia relativa de INSAH fue de 73,68%, la cual aumentó a 100% entre las que no consumen ninguno de estos dos alimentos. Entre las mujeres que consumen pescados, la frecuencia relativa de INSAH fue de 72,73% la cual aumentó a 77,78% entre las que no consumen. Entre las mujeres que consumen y no consumen morcilla y vísceras, la frecuencia relativa de INSAH fue de 75%. Entre las mujeres que consumen menudencias de pollo, la frecuencia relativa de INSAH fue de 88,89% la cual disminuyó a 63,64% entre las que no las consumen. Finalmente, entre las mujeres que consumen leguminosas secas, la frecuencia relativa de INSAH fue de 78,95%. La única mujer que no consume granos presentó un hogar seguro. No se presentó una asociación estadísticamente significativa entre el consumo de algún alimento del grupo de carnes, huevos y leguminosas secas y la inseguridad alimentaria (Tabla 17).

Frente al consumo de grasas, entre las mujeres que consumen mantequilla, la frecuencia relativa de INSAH fue de 80%, la cual disminuyó a 73,33% entre las mujeres que no la consumen, sin encontrarse una asociación estadísticamente significativa entre el consumo de algún alimento del grupo de grasas y la inseguridad alimentaria (Tabla 17).

En relación al consumo de azúcares, entre las mujeres que consumen dulces o golosinas, la frecuencia relativa de INSAH fue de 50%, la cual aumentó a 81,25% entre las que no consumen estos productos. Por su parte, entre las mujeres que consumen gaseosas, la frecuencia relativa de INSAH fue de 78,57% la cual disminuyó a 66,67% entre las que no consumen estas bebidas azucaradas. No se presentó una asociación estadísticamente significativa entre el consumo de algún alimento del grupo de azúcares y la inseguridad alimentaria (Tabla 17).

Finalmente, con relación al consumo de otros alimentos de interés en nutrición y salud pública, entre las mujeres que hacen uso del salero en la mesa, la frecuencia relativa de INSAH fue de 50% la cual aumentó a 77,78% entre las que no tienen este hábito. Entre las mujeres que consumen alimentos de paquete, la frecuencia relativa de INSAH fue de 62,50% la cual aumentó a 83,33% entre las que no consumen estos productos. Por su parte, entre las mujeres que consumen comidas rápidas, la frecuencia relativa de INSAH fue del 83,33% la cual disminuyó a 62,50% entre las que no lo hacen. Entre las mujeres que consumen alimentos fritos, la frecuencia relativa de INSAH fue de 73,33% la cual aumentó a 80% entre las que no los consumen. Entre las mujeres que consumen enlatados, la frecuencia relativa de INSAH fue de 55,56% la cual aumentó a 90,91% entre las que no los consumen. Entre las mujeres que consumen bebidas estimulantes como té o café, la frecuencia relativa de INSAH fue de 83,33% la cual disminuyó a 62,50% entre las que no las consumen. La frecuencia relativa de INSAH entre las que consumen y no consumen alimentos en la calle y entre las que consumen y no consumen embutidos fue de 75%. No se presentó una asociación estadísticamente significativa entre el consumo de algún alimento de este grupo y la inseguridad alimentaria (Tabla 17).

Tabla 17. Determinantes singulares en relación con la Inseguridad Alimentaria en el Hogar (INSAH)

Variable	Categoría	Seguro n (%)	Inseguro n (%)	Valor p*
Diagnóstico de enfermedad	Ninguna	2 (16,67%)	10 (83,33%)	0.347
	Trastornos ginecológicos, enfermedades digestivas, otros	3 (37,50%)	5 (62,50%)	
Diagnóstico nutricional en el último año	Ninguno	2 (33,33%)	4 (66,67%)	0.510
	Adecuado	0 (0,00%)	1 (100%)	
	Sobrepeso	1 (11,11%)	8 (88,89%)	
	Obesidad	2 (50,00%)	2 (50,00%)	
¿Cumple recomendación de AF?	No	5 (26,32%)	14 (73,68%)	1.000
	Si	0 (0,00%)	1 (100%)	
Clasificación nutricional por antropometría	Sobrepeso	2 (28,57%)	5 (71,43%)	1.000
	Obesidad	3 (23,08%)	10 (76,92%)	
Consumo de leche	No	1 (33,33%)	2 (66,67%)	1.000
	Si	4 (23,53%)	13 (76,47%)	
Consumo de derivados lácteos	No	3 (33,33%)	6 (66,67%)	0.617
	Si	2 (18,18%)	9 (81,82%)	
Consumo de carnes	No	0 (0,00%)	1 (100%)	1.000
	Si	5 (26,32%)	14 (73,68%)	
Consumo de aves	No	0 (0,00%)	1 (100%)	1.000
	Si	5 (26,32%)	14 (73,68%)	
Consumo de productos enlatados	No	1 (9,09%)	10 (90,91%)	0.127
	Si	4 (44,44%)	5 (55,56%)	
Consumo de pescado	No	2 (22,22%)	7 (77,78%)	1.000
	Si	3 (27,27%)	8 (72,73%)	
Consumo de embutidos	No	2 (25,00%)	6 (75,00%)	1.000
	Si	3 (25,00%)	9 (75,00%)	
Consumo de vísceras	No	4 (25,00%)	12 (75,00%)	1.000
	Si	1 (25,00%)	3 (75,00%)	
Consumo de menudencias	No	4 (36,36%)	7 (63,64%)	0.319
	Si	1 (11,11%)	8 (88,89%)	
Consumo de granos	No	1 (100%)	0 (0,00%)	0.250
	Si	4 (21,05%)	15 (78,95%)	
Consumo de cereales	No	0 (0,00%)	1 (100%)	1.000
	Si	5 (26,32%)	14 (73,68%)	
Consumo de derivados de cereales	No	0 (0,00%)	3 (100%)	0.539
	Si	5 (29,41%)	12 (70,59%)	

Variable	Categoría	Seguro n (%)	Inseguro n (%)	Valor p*
Consumo de verduras cocidas	No	0 (0,00%)	6 (100%)	0.260
	Si	5 (35,71%)	9 (64,29%)	
Consumo de verduras crudas	No	0 (0,00%)	4 (100%)	0.530
	Si	5 (31,25%)	11 (68,75%)	
Consumo de fruta en jugo	No	2 (50,00%)	2 (50,00%)	0.249
	Si	3 (18,75%)	13 (81,25%)	
Consumo de fruta entera	No	2 (20,00%)	8 (80,00%)	1.000
	Si	3 (30,00%)	7 (70,00%)	
Consumo comida rápida	No	3 (37,50%)	5 (62,50%)	0.347
	Si	2 (16,67%)	10 (83,33%)	
Consumo de mantequilla	No	4 (26,67%)	11 (73,33%)	1.000
	Si	1 (20,00%)	4 (80,00%)	
Consumo de café o té	No	3 (37,50%)	5 (62,50%)	0.347
	Si	2 (16,67%)	10 (83,33%)	
Consumo de gaseosas	No	2 (33,33%)	4 (66,67%)	0.613
	Si	3 (21,43%)	11 (78,57%)	
Consumo de alimentos de paquete	No	2 (16,67%)	10 (83,33%)	0.347
	Si	3 (37,50%)	5 (62,50%)	
Consumo de alimentos fritos	No	1 (20,00%)	4 (80,00%)	1.000
	Si	4 (26,67%)	11 (73,33%)	
Consumo de dulces	No	3 (18,75%)	13 (81,25%)	0.249
	Si	2 (50,00%)	2 (50,00%)	
Consumo de alimentos integrales	No	3 (20,00%)	12 (80,00%)	0.560
	Si	2 (40,00%)	3 (60,00%)	
Consumo de alimentos en la calle	No	2 (25,00%)	6 (75,00%)	1.000
	Si	3 (25,00%)	9 (75,00%)	
Uso de salero en la mesa	No	4 (22,22%)	14 (77,78%)	0.447
	Si	1 (50,00%)	1 (50,00%)	

* Valor p, prueba exacta de Fisher

3.3 Relaciones entre los determinantes sociales y la SAN

Considerando el objetivo de explorar las relaciones entre los determinantes sociales y la inseguridad alimentaria en los 20 hogares estudiados (INSAH) hallados en el análisis bivariado (variables que se asociaron con una significancia $<0,25$), se presentan los resultados conforme a la clasificación de variables como determinantes estructurales, intermedios o singulares.

En relación a los determinantes estructurales, el análisis bivariado encontró relación entre la edad de la mujer y la fecundidad con la INSAH en el grupo de mujeres estudiado. En lo que respecta a la edad, las mujeres de 26 a 37 años presentaron 6 veces la oportunidad de tener INSAH respecto a las mujeres de 18 a 25 años; sin embargo, dicha medida de asociación no fue estadísticamente significativa (valor $p=0,109$). En el modelo multivariado, al realizar la regresión logística de manera conjunta con todas las variables y luego de ajustar la edad de las mujeres con el número de hijos, el tipo de vivienda, el consumo de enlatados, frutas en jugo y dulces, mostró que las mujeres de mayor edad (entre 26 y 37 años para el grupo de mujeres estudiadas) presentaron una oportunidad 2,92 (IC 95%: 1,63 - 133,3) veces mayor de clasificar en INSAH respecto a las mujeres más jóvenes (entre 18 y 25 años para el grupo de mujeres estudiadas) siendo esta una asociación estadísticamente significativa (valor $p=0,000$). La baja precisión encontrada en la estimación de la fuerza de asociación entre la edad de las mujeres y la INSAH, se debe al bajo tamaño de la muestra. (Tabla 18).

Siguiendo las variables o determinantes estructurales relacionados con la INSAH, el análisis bivariado mostró la fecundidad en este grupo de mujeres estudiadas. La oportunidad de INSAH de las mujeres con hijos se multiplicó por 4,33 con la oportunidad de las mujeres sin hijos, sin embargo, no se trató de una asociación estadísticamente significativa (valor $p=0,217$) (Tabla 18).

En relación a los determinantes intermedios, el análisis bivariado encontró relación entre el tipo de vivienda donde habitaba el hogar y la INSAH en el grupo de hogares estudiado. Los hogares que habitaban en vivienda tipo casa presentaron 9,33 veces la oportunidad de INSAH en relación a los que habitaban en vivienda tipo apartamento, sin asociación estadísticamente significativa (valor $p=0,106$) (Tabla 18).

En relación a los determinantes singulares, el análisis bivariado encontró relación entre el consumo de enlatados, frutas en jugo y dulces y la INSAH en el grupo de mujeres estudiadas. El consumo de enlatados en las mujeres estudiadas redujo en un 87,5% la oportunidad de INSAH respecto a las mujeres que no los consumen. Igualmente, el consumo de dulces en las mujeres estudiadas redujo en un 76,9% la oportunidad de INSAH respecto a las mujeres que no los consumen, considerándose en este grupo de mujeres, el consumo de enlatados y dulces como un factor protector ante la inseguridad alimentaria en el hogar. Sin embargo, ninguna de las dos asociaciones presentó significancia estadística (Tabla 18). Por su parte, el chance de ser un hogar inseguro en hogares de mujeres que consumen frutas en jugo se incrementa 4,33 veces con respecto a las mujeres que no las consumen en dicha preparación, sin embargo, no es una asociación estadísticamente significativa (valor $p=0,217$) (Tabla 18).

Tabla 18. Determinantes sociales relacionados con la inseguridad alimentaria en el hogar (INSAH)

Variable	Categoría	Estimación cruda		Estimación ajustada	
		OR (IC 95%)	Valor p	OR (IC 95%)	Valor p
Edad	18 a 25 años	1	NA	1	NA
	26 a 37 años	6 (0,67 - 53,68)	0,109	2,92 (1,63 - 133,3)	0
Número de hijos	Sin hijos	1	NA	1	NA
	Con hijos	4,33 (0,42 - 44,42)	0,217	1,69 (0,03 - 77,47)	0,787
Tipo de vivienda	Apartamento	1	NA	1	NA
	Casa	9,33 (0,62 - 139,57)	0,106	1,71 (NC*)	0,997
Consumo de enlatados	No	1	NA	1	NA
	Si	0,125 (0,01 - 1,43)	0,095	9,94 (NC)	0,997
Consumo de fruta en jugo	No	1	NA	1	NA
	Si	4,33 (0,42 - 44,42)	0,217	1,72 (NC)	NC
Consumo de dulces	No	1	NA	1	NA
	Si	0,231 (0,02 - 2,36)	0,217	2,42 (NC)	0,998

*No Calculado

4. Capítulo 4 Análisis de resultados

El referente teórico del OBSAN de la SAN, los determinantes sociales de la SAN y la equidad como eje transversal de los paradigmas planteados, permiten alcanzar un análisis holístico de la situación de SAN de un grupo de 20 hogares urbanos estrato 1 y 2 del municipio de Girardot como se mostrará a continuación.

Considerando las problemáticas emergentes en relación a la Seguridad Alimentaria y Nutricional en Colombia y los esfuerzos realizados por los entes nacionales y territoriales del país para identificar los determinantes que inciden en el estado alimentario y nutricional de las poblaciones, el primer objetivo específico de este trabajo fue caracterizar la situación de SAN y la magnitud de exceso de peso en mujeres de 20 hogares urbanos estrato 1 y 2 del municipio de Girardot, Cundinamarca.

4.1 La inequidad social como determinante de la Inseguridad Alimentaria y Nutricional reflejada en el exceso de peso

El estado nutricional es el resultado del balance entre las necesidades y el gasto de energía alimentaria y otros nutrientes esenciales, y secundariamente, el resultado de una gran cantidad de determinantes en un espacio dado representado por factores físicos, genéticos, biológicos, culturales, psico-socio-económicos y ambientales. Estos factores pueden dar lugar a una ingestión insuficiente o excesiva de nutrientes, o impedir la utilización óptima de los alimentos ingeridos (Pedraza, 2004). El estado nutricional de individuos y colectivos humanos refleja la dimensión nutricional de la Seguridad Alimentaria y Nutricional que emerge en las reflexiones frente al quehacer en salud y refleja la deuda instalada por parte del Estado en poblaciones pobres del planeta. Cabe resaltar que, para

la comprensión de la SAN, los factores específicos de nutrición (utilización biológica, aprovechamiento metabólico y salud), deben entenderse permanentemente articulados a los factores más estructurales del aspecto alimentario (Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional - Universidad Nacional de Colombia (OBSAN), 2010).

Los indicadores nutricionales más adecuados en los estudios de seguridad alimentaria y nutricional, son los de tendencias históricas (Pedraza, 2004). Para el caso, estudiar el exceso de peso en este grupo de mujeres, ha demostrado tal como sucede en el país, que la situación alimentaria y nutricional en los hogares continúa requiriendo intervenciones que incidan en las problemáticas estructurales que la determinan. La situación de exceso de peso en Colombia, Latinoamérica y el mundo, no presenta en los últimos 15 años mejorías ni el país refiere estrategias claras para lograr su superación; muy al contrario, las cifras continúan en considerable aumento.

Según la FAO a nivel regional, en todos los países se incrementaron las tasas de obesidad entre los años 1980 y 2014, siendo un fenómeno más extendido en las mujeres (FAO, 2017), lo cual se refleja en Colombia al comparar por sexo, evidenciando la alta frecuencia relativa que presentan las mujeres con respecto a los hombres, la cual se mantiene desde la edad escolar y se identifica en los resultados presentados durante las diferentes versiones de la ENSIN y reportes de la OMS sobre exceso de peso. En el grupo de 20 mujeres estudiadas, la frecuencia relativa de sobrepeso fue del 35% y la frecuencia relativa de obesidad fue del 65% distribuida en obesidad grado I (n=10), obesidad grado II (n=2) y obesidad grado III (n=1). Esta condición nutricional expone a estas mujeres a una limitación en la formación eficiente de sus posibilidades humanas y la distribución equitativa de los bienes sociales para alcanzar una vida sana y justa (Sen, 1989).

Adicional a este indicador del estado nutricional, se identificó que el 100% de las mujeres del estudio presentaron obesidad abdominal, la cual favorece múltiples comorbilidades y se convierte en un factor preponderante para la ocurrencia de un primer Infarto Agudo de Miocardio (IAM) o de un primer Accidente Cerebro Vascular (ACV) isquémico o hemorrágico. En Colombia, la obesidad abdominal en mujeres de 18 a 64 años se encontró en el 59,6% de la población con mayores frecuencia relativas en mujeres residentes en el área resto y quienes conviven en hogares de cuartiles de riqueza más bajo (ICBF, 2015c),

condición que también se presenta en las mujeres del estudio que se ubican en los estratos socio-económicos más bajos. Este contexto nutricional señala que las mujeres más vulnerables están expuestas no solo a un mayor riesgo de enfermar y morir, sino a la reducción de sus potencialidades físicas y cognitivas que implicarían condiciones más precarias de calidad de vida, perpetuando una y otra vez inequidades, morbilidades evitables y muertes prematuras. Además, esta información antropométrica señala en estas mujeres, una condición de inseguridad alimentaria ya existente (Pedraza, 2004) sin mencionar la demanda de un costo social y humano extremadamente elevado que requiere con urgencia la articulación de soluciones estructurales y trans-sectoriales.

Los países considerados de bajos y medianos ingresos como Colombia, están empezando a evidenciar un aumento en la frecuencia relativa de enfermedades no transmisibles, entre ellas el exceso de peso, ocasionando que los sistemas de salud asuman los elevados gastos que generan el tratamiento de estas patologías (OPS, 2006). A nivel mundial, se estima que la inactividad física tiene un costo de 54000 millones de dólares en costos directos en salud (ICBF, 2015c); además, la inactividad física es uno de los principales factores de riesgo para mortalidad en el mundo. En este caso de estudio, la mayoría de las mujeres no cumplen con las recomendaciones agravando el riesgo de mortalidad por todas las causas comparado con quienes las cumplen ($n=1$). A nivel global, el cumplimiento de las recomendaciones de actividad física en tiempo libre en adultos presenta porcentajes que varían de 2,4% a 48%. En Colombia para el año 2015, en la población de adultos de 18 a 64 años solo el 51,3% cumplía con las recomendaciones de actividad física (ICBF, 2015c). Está comprobado que con una población más activa se reducirán los costos de atención en salud, contribuyendo así a una economía más fuerte que facilitará el aumento de la productividad y una reducción de la pobreza (OPS, 2006).

La SAN como parte de la política social debe considerar el derecho a la SAN como la “garantía que debe proporcionar el Estado y sus instituciones para tener acceso, de manera regular, permanente y libre a una alimentación que sea tanto cuantitativa como cualitativamente adecuada y suficiente, que reencaje con las tradiciones culturales de la población a la que pertenece el consumidor y que garantice una vida psíquica y física, tanto individual como colectiva, libre de angustias, satisfactoria y digna” (Palma, 2005). Sin

embargo, a la fecha no se vislumbra una directriz en este sentido para el país, considerando que desde 2005, la ENSIN viene documentando estadísticas de malnutrición e inseguridad alimentaria en los hogares que se reflejan en escenarios locales con porcentajes preocupantes sin resolución como los presentados en este trabajo.

La condición nutricional de estas mujeres influye en su funcionamiento integral, considerando el rendimiento físico, la capacidad intelectual, la resistencia a enfermedades, el estado psíquico y, por ende, en su desempeño social y desarrollo humano como se mostrará más adelante. Esta situación, además, tiene un impacto en el desarrollo económico del país, reduciendo la expectativa de vida y la resistencia a enfermedades e incrementando la ausencia en el trabajo limitando la productividad. Es así como la descripción de esta situación nutricional, exponen la deuda del Estado y sus instituciones frente a la vulneración persistente del derecho humano básico a la SAN de este grupo de mujeres y la población, considerando que los principios fundamentales indispensables para el éxito de las políticas encaminadas al mejoramiento del bienestar nutricional radican en la formulación de políticas dirigidas a un desarrollo económico y social sostenible que haga hincapié en un crecimiento con equidad (Pedraza, 2004).

Para una cabal comprensión de los problemas de seguridad alimentaria y nutricional de estas mujeres y sus hogares, además de indicadores nutricionales se requieren datos sobre las condiciones de vida con el fin de abarcar la situación alimentario-nutricional y los factores que influyen sobre ésta (Pedraza, 2004). Las características de los hogares pobres y de sus integrantes relacionadas más fuertemente con la seguridad alimentaria y nutricional son: el ingreso familiar, el tamaño, la composición y tipo de hogar (es decir, si el hogar tiene un hombre-jefe o una mujer-jefe), y el nivel educacional de la mujer, además de su condición de trabajo (Dehollain, 1995). Esta amplia gama de factores agudiza las inequidades en el estado alimenticio y nutricional de la población (Bozón Martínez, 2014) como se desarrolla a continuación.

La mujer desempeña un papel clave y primordial en la seguridad alimentaria tanto a nivel del hogar y de la comunidad, como a nivel nacional. Las mujeres en los países en desarrollo juegan un papel clave y predominante en todos los componentes de la seguridad alimentaria y nutricional; sin embargo, se enfrentan con restricciones y actitudes que

tienden a invisibilizar su trabajo, menospreciar sus responsabilidades, reducir su productividad, aumentar excesivamente su carga de trabajo, discriminarlas y reducir su participación en la toma de decisiones. La eliminación de estas restricciones permite que las mujeres puedan aportar todo su potencial a la reducción de la inseguridad alimentaria y nutricional en el mundo (Carmen La Hoz, 2006).

Entre las grandes barreras que presentan las mujeres del estudio para poder desempeñarse eficazmente está el acceso al empleo como factor clave para la superación de la pobreza y para mejorar la situación de SAN. Al conocer que 11 de las 20 mujeres estudiadas dedicaban su tiempo en oficios familiares sin remuneración se evidencia un limitado acceso y control sobre los recursos (créditos, insumos, etc.) y servicios (educación, salud, etc.). La enorme carga de trabajo doméstico que tienen estas mujeres, que se acentúa en el caso de las 3 mujeres que, además, desempeñan el rol de jefe de familia del estudio, les impide dedicar más tiempo a actividades generadoras de ingreso. Según Carmen La Hoz (2006), las mujeres destinan una parte importante de sus ingresos a la alimentación de la familia y en cubrir otros gastos que influyen favorablemente en la SAN, como son la salud y la educación, lo que significa mayor riesgo de inseguridad alimentaria y nutricional y menores recursos o medios para la satisfacción de las necesidades de estas familias. Estudios indican que las mujeres dedican alrededor de 13 horas al día al cuidado de sus familias (preparación de alimentos, limpieza, cuidado de los hijos e hijas, etc.) generando la sobrecarga de trabajo, que es el principal motivo por el que las mujeres no pueden beneficiarse de programas de capacitación técnica ni acceder a trabajos mejor remunerados. El factor tiempo es reconocido como una dimensión clave de la pobreza y de la SAN que se debería tener mucho más en cuenta en el diseño de las intervenciones (Carmen La Hoz, 2006).

En otros casos, las mujeres frecuentemente trabajan en el sector informal debido a su bajo nivel educativo y a la necesidad de disponer de un horario flexible para poder realizar las tareas domésticas y cuidar a su familia. En este sector los ingresos son menores, pero más frecuentes, y se utilizan con más facilidad en la subsistencia diaria. En las zonas urbanas, muchas mujeres de los segmentos más desfavorecidos, encuentran en el trabajo por cuenta propia o en el autoempleo (microempresa) una alternativa de supervivencia, sin

embargo, están permanentemente expuestas a ejercer actividades económicas mal remuneradas, ocasionales e inestables con fuertes barreras socioculturales que aún se enfrentan en el mercado laboral (Carmen La Hoz, 2006). Es así como 6 de las 20 mujeres estudiadas que se reconocen como “trabajadoras por cuenta propia” están en latente riesgo de inseguridad alimentaria desde el eje de acceso a una alimentación segura y nutricionalmente adecuada a escala familiar, considerada una de las principales causas en los cuadros de inseguridad alimentaria y nutricional de la mayoría de países en desarrollo relacionada a la pobreza determinada por el desempleo, subempleo o bajos salarios (Pedraza, 2005a). Es imperante reconocer que no solo es importante el nivel de ingreso sino también la estabilidad y el «control» sobre el mismo (Dehollain, 1995).

Otras de las grandes barreras a las cuales se enfrentan las mujeres es el no tener ninguna influencia ni participación en la toma de decisiones de temas que afectan a sus vidas. La causa de la exclusión de las mujeres de los procesos de toma de decisiones está íntimamente relacionada con los roles que la sociedad asigna a los hombres y a las mujeres. Las mujeres son responsables de las tareas reproductivas y comunitarias mientras que los hombres ocupan los espacios públicos y toman las decisiones (Carmen La Hoz, 2006). Este escenario se evidencia en el grupo de mujeres estudiadas donde la mitad de ellas refirió no tener poder de decisión frente al uso del dinero ganado en su hogar. Este hallazgo es sumamente relevante al considerar el reconocimiento de las contribuciones de las mujeres a la reducción de la inseguridad alimentaria y nutricional en países en vía de desarrollo y a la erradicación del hambre en el mundo (Carmen La Hoz, 2006).

Estudios realizados durante las últimas décadas en África, Asia y América Latina, revelaron que las mejoras nutricionales de la familia están directamente relacionadas con los ingresos de las mujeres y con el papel que desempeñan en las decisiones que se toman en el hogar sobre el reparto de los gastos (Carmen La Hoz, 2006). Se ha comprobado que a niveles similares del ingreso entre hombres y mujeres, hogares con una mayor proporción del ingreso manejados por la mujer, tienen una probabilidad más alta de tener mayor seguridad alimentaria y nutricional (Dehollain, 1995). De igual forma, se afirma que la participación plena y equitativa de las mujeres y los hombres en las actividades productivas, reproductivas, y en la elaboración de políticas y procesos de toma de

decisiones es una condición absolutamente esencial para erradicar la inseguridad alimentaria en los países en desarrollo (Carmen La Hoz, 2006).

La educación de la madre, el tiempo dedicado a la preparación de la comida, los gastos en alimentación y la ocupación de la madre (es decir, si ella genera ingreso o no) se relacionan positivamente con la calidad de la dieta. 8 de las 20 mujeres estudiadas que alcanzaron un estudio técnico, tecnológico o universitario parcial o completo pueden tener no solo una mayor capacidad de contrarrestar los efectos negativos de una familia grande, sino también una mejor capacidad de usar más eficientemente los recursos asignados a la alimentación (Dehollain, 1995). En relación, es ampliamente conocido que las oportunidades educacionales, en especial para las mujeres, es un determinante del acceso de los hogares a los alimentos y por lo tanto participa en la definición de la seguridad alimentaria y nutricional en los hogares (Dehollain, 1995).

En 2003, las dos terceras partes de los 860 millones de analfabetos en el mundo eran mujeres y el 57% de los 104 millones de niños y niñas que no iban a la escuela eran niñas (Carmen La Hoz, 2006). Dicha premisa se logra materializar de alguna manera en la situación de 7 mujeres del estudio que refirieron como la principal razón para no estudiar o no haber continuado sus estudios “embarazo, trabajo, oficios del hogar o cuidado de otras personas”. Esta situación es similar a la encontrada en otros estudios, donde se afirma que las familias de bajos recursos priorizan los estudios de los hijos varones, existiendo además un mayor abandono escolar por parte de las niñas para ayudar a sus madres en las tareas domésticas o por embarazos tempranos (Carmen La Hoz, 2006). Este panorama social muestra condiciones de vulnerabilidad e inequidad que limitan el pleno desarrollo de las capacidades y potencialidades de estas mujeres.

Por otra parte, 11 de las 20 mujeres estudiadas refirieron como principal razón “falta de interés o dinero, establecimiento lejano o inseguro” donde su derecho a la educación está limitado por recursos económicos, reflejando un panorama crítico de desigualdades injustas y evitables en el acceso de las mujeres a recursos humanos, económicos y sociales, que redundan como se ha afirmado reiteradamente, en la consecución de otros derechos como el derecho a la SAN. Bien mencionan algunos autores que entre mayor

sea la cobertura de la educación básica, incluso las personas potencialmente pobres, tienen más oportunidad de vencer la miseria (Sen, 2000).

Esta situación de inequidad social conlleva a estas familias estudiadas a grandes pérdidas de productividad y crecimiento económico debido a la insuficiencia en el desarrollo físico e intelectual del capital humano de sus integrantes, disminución del rendimiento laboral, de los ingresos obtenidos, de la capacidad cognitiva y de los resultados escolares de los niños y niñas que las integran; además de problemas nutricionales de uno o más miembros de la familia y el incremento de la morbilidad y la mortalidad (Pedraza, 2005b). Además de afectar al individuo, estos problemas repercuten en el desarrollo de una sociedad pues las necesidades de servicios de salud aumentan, la productividad de la población disminuye y los conflictos sociales y sentimientos de exclusión se intensifican (Mundo-Rosas, Méndez-Gómez, & Shamah-Levy, 2014).

El derecho a la SAN es afectado entre otras, por la dimensión alimentaria la cual se ha entendido como el acceso seguro y permanente a nivel de individuo, hogar, nación y global a alimentos suficientes en cantidad y calidad para una vida sana y activa (Carmen La Hoz, 2006; Dehollain, 1995); significa que existe inseguridad alimentaria cuando la disponibilidad de alimentos nutricionalmente adecuados o la capacidad para adquirirlos, personalmente deseables con medios socialmente aceptables, se encuentran limitados o son inestables (Dehollain, 1995; Pelletier, Olso, & E, 2003). Entre los hogares estudiados, 9 experimentan preocupación por el abastecimiento suficiente de alimentos y los ajustes alimentarios, como la disminución de la calidad de los alimentos; en 4 hogares los adultos se han visto forzados a reducir la ingesta de alimentos implicando una experiencia psicológica constante de sensación de hambre, y en 2 hogares todos los miembros han reducido la ingesta de alimentos hasta el extremo en que los niños experimentan hambre.

Esta situación puede deberse, como se ha reconocido en la literatura, a la pobreza como causa fundamental que se origina por la falta de acceso a la educación, la morbilidad evitable, el desempleo o ingresos insuficientes que no permiten adquirir los alimentos necesarios de forma suficiente (Pedraza, 2005b)

Sin embargo, existen condiciones estructurales que sobrepasan la barrera de lo territorial las cuales pueden llegar a enmarcar el contexto social de estos hogares. Según Dehollain (1995), es común en países en desarrollo contar con un 20-30% de la población consumiendo menos del 80% de sus necesidades calóricas aun cuando el suministro per cápita en el país provee el 100% o más de sus necesidades. Es decir que, el acceso a los alimentos en estos hogares está determinado por la adecuada distribución entre hogares, reconociendo que existe suficiencia alimentaria al nivel de naciones, regiones o comunidades. El hambre que padecen estos hogares no es entonces, consecuencia de la carencia de alimentos sino de desigualdades en los mecanismos de distribución de alimentos y su condición de pobreza no solo es la consecuencia de la concentración del ingreso, sino también de la falta de libertades y capacidades de sus integrantes para acceder a mejores condiciones de vida (Sen, 2000).

En relación, en este grupo de hogares, al indagar por los ingresos económicos del hogar, 6 de los 20 refirieron que no alcanzaban para cubrir los gastos mínimos y los 14 restantes refirieron que alcanzaban a cubrir los gastos mínimos; condición que se caracteriza igualmente en muchos hogares pobres donde la mayor parte o la totalidad de su trabajo y de sus ingresos apenas alcanza para cubrir sus necesidades en circunstancias normales (Pedraza, 2005b). La pobreza subjetiva que perciben estos hogares revela justamente lo que sucede con las percepciones de las personas en cuanto a su condición de ingresos, variable que es considerada como el elemento central en la posibilidad de alcanzar o mejorar su bienestar económico, entendiendo por bienestar económico a aquella parte del bienestar que está ligada a los ingresos monetarios, como es el bienestar nutricional (Álvarez Uribe, Estrada Restrepo, & Fonseca Centeno, 2010).

Por otra parte es importante recordar que, los problemas recurrentes de ingesta de una dieta cualitativamente inadecuada son tan graves como aquellos relacionados a la inaccesibilidad a los alimentos (Pedraza Figueroa, 2004). Por lo anterior, es relevante identificar la dinámica de estos hogares frente a la selección y consumo de alimentos, entendiéndolo como un proceso complejo que se relaciona con un conjunto de estímulos físicos, emocionales, cognoscitivos, fisiológicos y ambientales. Sin embargo, más allá de los estímulos orgánicos, es imperante reconocer que un bajo o limitado ingreso económico

en estos hogares los puede obligar a adquirir alimentos menos costosos que suelen ser alimentos ricos en energía, pero con limitaciones considerables en los aportes de proteína, vitaminas y minerales que consecuentemente conllevan a sus integrantes a estados de malnutrición como se ha documentado. Es decir que en este grupo de hogares, similar a la condición de países de bajos y medianos ingresos como Colombia, el incremento desmedido del sobrepeso y la obesidad tiene que ver con un deterioro en la calidad nutricional de los consumos alimentarios (Del Castillo, 2012)

Muestra de ello se presenta en la frecuencia de consumo de alimentos de las mujeres participantes de este estudio, quienes no cumplen con la recomendación nacional frente al consumo de 5 porciones al día entre frutas y verduras, la cual está ampliamente documentada por sus beneficios a la salud y mantenimiento de un peso saludable. 2 de las 20 mujeres encuestadas refirieron no consumir ningún alimento del grupo de leche y derivados lácteos, del cual se recomienda su consumo en 2 porciones diarias para prevenir la osteoporosis, común en mujeres adultas. Solo el 20% (n=4) de las mujeres consume vísceras dos a tres veces al mes cuya recomendación para prevenir la anemia (también con mayor riesgo de presentarse en mujeres adultas), es de una vez por semana. Por su parte, se registra consumo de azúcar (n=20), gaseosas (n=14), comida rápidas (n=12) y embutidos (n=12) con frecuencia relativas entre el 60% y 70% de las mujeres participantes; productos que favorecen la aparición de diabetes, hipertensión y enfermedades del corazón, el sobrepeso y la obesidad, la caries dental y la desmineralización ósea, además, de interferir en la absorción de otros nutrientes (ICBF, 2015d).

Es probable que en estos casos, la selección de alimentos no se haya realizado bajo un criterio de calidad nutricional (aunque se tenga conocimiento de ello) sino de satisfacción momentánea o saciedad como necesidad primitiva. Aquí se reafirman las relaciones importantes entre el ingreso económico y la calidad de la dieta, con la presencia de sobrepeso y obesidad (Z. Fonseca, Ayala, & Castaño, 2014). Si la calidad de vida está directamente relacionada con la calidad alimentaria, el escenario que emerge en los hogares estudiados es desalentador (Vizcarra Bordi, 2008). Esta mala alimentación al perpetuarse de generación en generación en estas familias, mermará y debilitará las estructuras sociales de la población, principalmente porque pondrá a las poblaciones

malnutridas desiguales para obtener capacidades y libertades orientadas a mejorar sus vidas.

4.2 Aproximación a los determinantes sociales de la Seguridad Alimentaria y Nutricional

La compleja causalidad de los problemas nutricionales y su estrecha vinculación con los factores políticos, socioeconómicos y medioambientales, así como con la gestión de los recursos, obligan a ir más allá del enfoque biomédico clásico y de las soluciones aisladas, que han puesto de manifiesto sus límites a la hora de luchar contra la malnutrición (Pedraza, 2004). Aproximarse al concepto de los determinantes sociales de la SAN desde los planteamientos de los determinantes sociales de la salud ayuda a adquirir elementos de análisis para realizar un abordaje integral de la SAN. Desde mitad del siglo XIX, pensadores han estudiado la relación entre la medicina y las ciencias sociales, buscando una explicación para la distribución de la enfermedad en la población, asociando las condiciones de vida (Barradas, 2005). Las características sociales dentro de las cuales la vida de las mujeres estudiadas y sus hogares tiene lugar, define contundentemente su estado de salud y su situación de SAN.

Existe una relación estrecha entre la pobreza, inseguridad alimentaria y hambre que puede verse reflejada en un estado de malnutrición (Z. Fonseca, Ayala, & Castaño, 2014), por tanto, es imperativo iniciar el análisis de la situación de seguridad alimentaria y nutricional de grupos y colectivos a partir de paradigmas que permitan la lectura holística de la realidad. A continuación, se identifican los determinantes sociales relacionados con la inseguridad alimentaria, de los hogares estudiados del municipio de Girardot, Cundinamarca, dando respuesta al segundo objetivo específico de este trabajo.

- Determinantes estructurales

En relación a los determinantes estructurales, el análisis bivariado no mostró asociación estadísticamente significativa entre las variables independientes clasificadas como

determinantes estructurales y la INSAH. Sin embargo, se encontraron resultados con valor descriptivo que se desarrollan a continuación.

Entre los hogares de las mujeres sin hijos, el 50% presentó inseguridad alimentaria en el hogar, cuya frecuencia relativa aumentó a 81,25% entre los hogares de las mujeres con hijos. Un resultado similar muestran los Estudios del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) en México, los cuales han logrado definir el perfil de la población con mayor carencia por acceso a la alimentación, donde resaltan que los hogares que presentan una composición familiar de más de cuatro integrantes son los más vulnerables a presentar inseguridad alimentaria (Villagómez et al., 2013). Lo anterior permite relacionar el número de integrantes en el hogar con la inseguridad alimentaria.

- Determinantes intermedios

En relación a los determinantes intermedios, el análisis bivariado mostró asociación estadísticamente significativa entre la decisión de uso de los ingresos económicos y la estrategia de afrontamiento número dos, y la INSAH. Adicional, se encontraron resultados con valor descriptivo que se desarrollan en este apartado.

En los hogares donde la mujer tenía poder de decisión o participación para decidir el uso del recurso económico de la familia la frecuencia relativa de INSAH fue del 100%; mientras que cuando la decisión recaía sobre su pareja u otro integrante del hogar, la frecuencia relativa de INSAH fue del 50%, lo cual resultó ser un determinante social intermedio de la INSAH con asociación estadísticamente significativa ($p=0,033$) en este grupo de hogares. Lo anterior, al considerarse un resultado controversial, se puede entender en la medida en que las mujeres del estudio están expuestas a restricciones como el acceso al empleo digno, acceso a la educación o cargas y responsabilidades atribuidas por preconcepciones de roles de género (como se mencionó anteriormente), que están inmersas en un entorno social de desigualdad y pobreza como causa estructural fundamental de la INSAH, donde inevitablemente se coartan libertades y capacidades. Según Carmen La Hoz (2006), la eliminación de estas restricciones permitiría que estas mujeres puedan aportar todo su potencial a la reducción de la inseguridad alimentaria y nutricional de sus hogares. Aunque

el estudio transversal no permite inferir causalidad, el análisis realizado a la luz de la literatura, abre el camino a una convincente justificación de dicho resultado.

En consideración a lo anterior, históricamente en casi todas las culturas del mundo, es reconocido que una responsabilidad social atribuida a las mujeres por su género, es la alimentación de la familia. Aún con el deterioro de la tierra por el abuso de agroquímicos, el cambio climático, la liberación de precios e introducción de alimentos importados al mercado doméstico de dudosa calidad nutricional y sanitaria y, con las consecuencias sociales derivadas de conflictos políticos, bélicos y raciales, las mujeres tienen un gran desafío para garantizar alimentos de calidad a sus hijos, nietos, esposos, y padres (Vizcarra Bordi, 2008). Es probable que, para no abandonar su responsabilidad, las mujeres del estudio hayan optado por dar de comer lo que dispusieron sin pensar en la cantidad y calidad de los alimentos ni en el daño en la salud humana y en el ambiente inmediato que les rodeaba.

El acceso a una alimentación de calidad, está determinado por el empleo, la inclusión social, y la diversificación de ingresos (Bozón Martínez, 2014). Según el concepto de seguridad alimentaria, la disponibilidad es alcanzada solo si los alimentos adecuados son accesibles para toda la gente, el acceso es asegurado a todos los hogares y todos sus miembros obtienen los alimentos apropiados para satisfacer sus necesidades nutricionales. Las estrategias de afrontamiento se consideran como actividades destinadas a lograr un acceso y la disponibilidad de alimentos cuando los medios de vida habituales de un hogar se ven interrumpidos o cuando se presentan dificultades para satisfacer sus necesidades básicas (Andoque, 2014). La medición de las 8 estrategias de afrontamiento en los 20 hogares estudiados reveló que el 100% de los hogares que practicaban la estrategia número 2 que indaga al hogar si en los últimos 7 días tuvo que pedir prestado para comprar alimentos o dependió de un familiar, amigo o conocido para adquirir alimentos, presentaban inseguridad alimentaria. En los hogares que respondieron negativo, se presentó una frecuencia relativa de 50% de INSAH; lo cual resultó ser un determinante social intermedio de la INSAH con asociación estadísticamente significativa ($p=0,033$) en este grupo de hogares.

Entre otras estrategias de afrontamiento se identificó el consumo de alimentos de menor calidad, disminuir el tamaño de las porciones, requerir ayuda de vecinos o familiares para la alimentación de los niños y niñas del hogar y vender o empeñar pertenencias para obtener recursos económicos para la compra de alimentos. Estas estrategias de afrontamiento mitigan la consecuencia de inseguridad alimentaria en los hogares en un corto plazo, reduciendo el riesgo de estar en inseguridad alimentaria o de aumentar su severidad cuando se presenta una disminución inmediata e inhabitual del acceso a los alimentos. Son las estrategias socialmente aceptables y por tanto son a las que más recurren los hogares estudiados, al igual que los hogares encuestados en la ENSIN 2015 (ICBF, 2015c). Este panorama refleja problemas estructurales de base que indican la importancia de mejorar las condiciones sociales y económicas de los hogares estudiados. La resolución de las desigualdades debe pasar por una decisión de los Estados y sus gobiernos de apostarle a una justicia redistributiva que permita la igualdad y garantice todos los derechos del ciudadano, en particular aquellos que corresponden a la garantía de la equidad social y económica de las poblaciones.

Por su parte, uno de los hallazgos más reveladores con valor descriptivo fue que los 3 hogares estudiados donde la mujer informante ejercía el rol de jefe de hogar, presentaron una frecuencia relativa del 100% de INSAH; mientras que en los hogares donde el rol de jefe de hogar fue ejercido por su esposo o compañero, la frecuencia relativa de INSAH fue del 83,33%. Un resultado similar revela el estudio de Álvarez Uribe et al. (2010) donde los hogares encabezados por mujeres, presentaron una proporción de INSAH mayor que en aquellos encabezados por hombres ($p=0,000$). El mismo estudio afirma que esta situación se puede explicar en parte porque el bajo capital humano de las mujeres de los hogares en INSAH, limita la inserción laboral, y la responsabilidad con los hijos se convierte en una barrera para entrar en el mercado de trabajo (Álvarez Uribe et al., 2010). A su vez, desigualdades de género en la determinación de los salarios ha generado que las mujeres perciban menores ingresos salariales que los varones, aunque tengan igual nivel de escolaridad y experiencia laboral (Godoy, 2004). Según Mundo-Rosas et al. (2014), la razón de que la inseguridad alimentaria se agudice cuando las mujeres encabezan los hogares puede deberse a que los empleos de éstas suelen ser de menor duración, más precarios y menos seguros que los de los hombres, máxime en los estratos de población más pobres. En las áreas urbanas la falta de horarios flexibles, la discriminación en materia

de salario y ocupación para las mujeres y la escasa representación de las mismas en las organizaciones de trabajadores impiden combinar las actividades familiares con el trabajo, lo que se traduce en un deterioro en la calidad de vida de los integrantes.

El nivel educativo de los jefes de hogar constituye una de las principales dotaciones de la familia para lograr mejores ingresos económicos e incrementar el acceso de los alimentos en el hogar. El bajo nivel de escolaridad del (la) jefe(a) de familia se relaciona con mayores frecuencia relativas de inseguridad alimentaria (Mundo-Rosas et al., 2014). Un estudio con 13.602 hogares de Colombia demostró que a menor nivel educativo del jefe de hogar, se presenta mayor frecuencia relativa de inseguridad alimentaria (Álvarez Uribe et al., 2010), lo cual sucedió en los hogares estudiados, donde la frecuencia relativa de INSAH fue del 66,67% en los hogares con jefes de hogar que cursaron algunos años de secundaria o secundaria completa, la cual aumentó al 83,33% en los hogares con jefes de hogar que cursaron algunos años de primaria o primaria completa. De igual forma, la inseguridad alimentaria en Colombia para el año 2015 fue menor a mayor nivel educativo, presentándose en el 67,3 % en hogares con jefe de hogar con menos de primaria completa vs., el 25,6 % en hogares donde el jefe de hogar contaba con educación superior completa o más (ICBF, 2015c). En América Latina, la educación explica en promedio el 38 % de las variaciones en los salarios urbanos y el 52 % en Colombia, es decir, es el factor que más contribuye a la desigualdad salarial en los países de la región (CEPAL, 2007). Este escenario expresa la necesidad de continuar con los esfuerzos llevados a cabo por las políticas públicas intersectoriales para la intervención de los determinantes, en especial de los intermedios y estructurales.

- Determinantes singulares

En relación a los determinantes singulares, el análisis bivariado no mostró asociación estadísticamente significativa entre las variables independientes clasificadas como determinantes singulares y la INSAH. Sin embargo, se encontraron resultados con valor descriptivo que se desarrollan en seguida.

Al analizar la clasificación nutricional por antropometría de las mujeres estudiadas y la INSAH, se identificó la frecuencia relativa de ISAH del 71,43% en hogares de mujeres con sobrepeso, aumentando a 79,92% entre los hogares de mujeres con obesidad, sin asociaciones estadísticamente significativas. Varios estudios muestran una elevada frecuencia relativa de exceso de peso en las madres con hijos menores de 5 años en estado de desnutrición (Z. Fonseca et al., 2014), y sin embargo su consumo diario de kilocalorías está por debajo de lo recomendado (Conzuelo, 2008). Existe la hipótesis que este comportamiento se debe a que las poblaciones que sufrían hambre crónica, desarrollaron un genotipo ahorrador, el cual con los cambios de estilo de vida y con el fácil consumo de hidratos de carbono de absorción rápida, alimentos con elevado índice glucémico, grasas saturadas, dejó de costar esfuerzo para conseguir alimentos. En estas condiciones, el genotipo ahorrador, se convirtió en promotor de la obesidad y con ello a las enfermedades crónico-degenerativas (Campillo, 2004). Aunque no existen investigaciones que demuestren esta hipótesis, podemos encontrar evidencia de que la obesidad se relaciona cada vez más con la pobreza y la inseguridad alimentaria, afectando más a las mujeres y a los niños y niñas (Z. Fonseca et al., 2014; Vizcarra Bordi, 2008).

Al cruzar el consumo de alimentos con la inseguridad alimentaria, como es de esperarse considerando la definición de INSAH desde la categoría de acceso, los hogares donde la mujer tenía consumo de los alimentos indagados presentaban menor frecuencia relativa de inseguridad alimentaria respecto a los hogares donde las mujeres no los consumían. Para mencionar, en los hogares donde las mujeres consumían verduras (crudas o cocidas), la frecuencia relativa de INSAH fue de 68, 75% y 64,29% respectivamente, mientras que las mujeres que refirieron no consumirlas, la frecuencia relativa de sus hogares fue del 100%. En los hogares donde las mujeres consumían fruta entera, la frecuencia relativa de INSAH fue de 70%, mientras que en los hogares donde las mujeres no la consumían, la frecuencia relativa aumentó 10 puntos porcentuales (80%). De igual forma, y sin considerar la calidad de los alimentos, las mujeres que consumían dulces, productos de paquete, alimentos fritos o enlatados, presentaron frecuencias relativas de INSAH de 50%, 62,50%, 73,33% y 55,56% respectivamente; mientras que en los hogares donde las mujeres reportaron su no consumo, estas frecuencias relativas aumentaron en todos los casos. Sin embargo, los hogares donde la mujer reportó consumo de fruta en jugo o leche, la frecuencia relativa de INSAH fue de 81,25% y 76,47% respectivamente,

mientras que en los hogares donde la mujer refirió no consumir estos alimentos, la frecuencia relativa de INSAH disminuyó a 50% y 66,67%, respectivamente, de lo cual, no se cuenta con soporte en la literatura técnica para entender dicho comportamiento de los datos.

Finalmente, luego de los hallazgos producto del análisis bivariado expuesto anteriormente, el tercer objetivo específico del trabajo determina la magnitud de la relación entre los determinantes sociales estructurales, intermedios y singulares previamente identificados y la inseguridad alimentaria de los hogares estudiados.

- Determinantes estructurales

En relación a los determinantes estructurales, el análisis multivariado mostró una asociación estadísticamente significativa entre la variable edad de la mujer clasificada como determinante estructural y la INSAH. Tal como se mencionó anteriormente, el modelo multivariado realizado a partir de la regresión logística, mostró que las mujeres de mayor edad (entre 26 y 37 años para el grupo de mujeres estudiadas) presentaron una posibilidad 2,92 veces mayor de clasificar en INSAH respecto a las mujeres más jóvenes (entre 18 y 25 años para el grupo de mujeres estudiadas) (valor $p=0,000$). No se encontraron resultados similares en estudios previos.

- Determinantes intermedios

En relación a los determinantes intermedios, el análisis multivariado no mostró asociación estadísticamente significativa entre las variables independientes clasificadas como determinantes intermedios y la INSAH.

- Determinantes singulares

En relación a los determinantes singulares, el análisis multivariado no mostró asociación estadísticamente significativa entre las variables independientes clasificadas como

determinantes singulares y la INSAH. Sin embargo, se encontraron resultados con valor descriptivo que se desarrollan en seguida.

Entre los resultados más sorprendentes del análisis multivariado del presente trabajo, se encontró que el consumo de enlatados disminuyó en un 87,5% la oportunidad de padecer INSAH respecto a las mujeres que no los consumían y el consumo de dulces disminuyó en un 76,9% la oportunidad de padecer INSAH respecto a las mujeres que no los consumían. En contraste, el consumo de frutas en jugo multiplicó 4,33 veces la posibilidad de padecer INSAH respecto a las mujeres que no las consumían. Aunque son resultados controversiales frente a la base teórica y técnica de la alimentación saludable y una sana nutrición, es de considerar que el mecanismo de medición empleado en el trabajo define la INSAH en términos de acceso a alimentos, por tanto, se sospecha que bajo este precepto el acceso a alimentos, independientemente de su calidad nutricional, es positivo para definir un hogar con seguridad alimentaria.

Frente a este panorama, se hace evidente la importancia de una mirada amplia e interdisciplinar y desarrollar estrategias de profundo impacto con iniciativas creativas. Los tomadores de decisiones deben asumir la superación de la pobreza y las desigualdades como su primordial acción, para garantizar el éxito de una solución definitiva a los problemas nutricionales en Latinoamérica. La meta real debe ser eliminar la pobreza, causa subyacente de todas las problemáticas nutricionales, lo demás, el suministro de una alimentación adecuada y suficiente, la educación nutricional, el acceso al agua potable, la atención oportuna en salud, etc., son importantes acciones que se deben llevar a cabo, pero solo si se garantizan junto a la superación de las desigualdades (Del Castillo, 2012).

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1 Conclusiones

Este ejercicio responde a los objetivos del proyecto de investigación macro y le aporta a las mujeres participantes de la Investigación Acción Participativa, en la comprensión de sus realidades desde la ciencia. Sin embargo, entre las limitaciones del estudio se identifican que la muestra no fue probabilística. Además, el tamaño de muestra no permitió que se estimaran medidas de la fuerza de asociación de una forma precisa, lo cual se representó en la amplitud de los intervalos de confianza.

La equidad debe ser el eje transversal de todo proceso social en busca de la seguridad alimentaria y nutricional de estos hogares, desde el desarrollo de sus proyectos de vida que impliquen la justicia social y la distribución adecuada de los medios para la satisfacción de las necesidades y la superación de inequidades.

Dentro del exceso de peso en las mujeres estudiadas, se encontró mayor proporción de obesidad que de sobrepeso, lo que representa más riesgos no solo en la afección a la salud de estas mujeres, sino a la reducción de sus potencialidades físicas que implicarían condiciones más precarias de calidad de vida. Este contexto nutricional expone la vulneración del derecho humano básico a la SAN de este grupo de mujeres y la relación entre el exceso de peso, la pobreza y la inseguridad alimentaria y nutricional. Es por esto que, el abordaje de la problemática nutricional del exceso de peso debe hacerse desde el reconocimiento de los derechos humanos como base para alcanzar la equidad y los determinantes sociales que influyen en el logro de la SAN, centrando la atención en las condiciones sociales, económicas, de poder y políticas como causantes de la malnutrición y su distribución desigual.

Realizar el estudio en la unidad social económica de las mujeres reconocido como el hogar, permitió encontrar situaciones relevantes que explicaron la malnutrición y la inseguridad alimentaria y nutricional en este grupo de familias. Los resultados reflejan un limitado acceso y control sobre recursos y servicios, exposición a actividades económicas mal remuneradas, ocasionales e inestables y limitaciones justificadas por los roles que la sociedad asigna a los hombres y a las mujeres, lo cual refleja un riesgo latente de no poder acceder a una alimentación segura y nutricionalmente adecuada a escala familiar, además de condiciones de vulnerabilidad e inequidad coartando el pleno desarrollo de sus capacidades y potencialidades. Esta amplia gama de factores agudiza las inequidades en el estado alimentario y nutricional de este grupo de hogares.

La inseguridad alimentaria encontrada en 15 hogares revela una situación de inequidad social donde el hogar no cuenta con medios (o son limitados o inestables) para acceder a alimentos nutricionalmente adecuados, demostrando que la pobreza es la causa fundamental de la inseguridad alimentaria. Haber identificado algunos determinantes sociales de la SAN en estos hogares, las interrelaciones entre ellos y los mecanismos o procesos básicos que explican el comportamiento de estos hogares, son conocimientos claves para el diseño de alternativas más eficientes y más efectivas que busquen la SAN en los hogares pobres.

En relación a los determinantes intermedios, el análisis bivariado mostró asociación estadísticamente significativa entre la decisión de uso de los ingresos económicos y la estrategia de afrontamiento número dos, y la INSAH. Este panorama refleja problemas estructurales de base que indican la importancia de mejorar las condiciones sociales y económicas de las mujeres y los hogares estudiados. La resolución de las desigualdades requiere de justicia redistributiva que permita la igualdad y garantice todos los derechos humanos, en particular aquellos que corresponden a la garantía de la equidad social.

Hacer la lectura de la situación de seguridad alimentaria y nutricional de estos hogares a la luz de los determinantes sociales y en el territorio, permitió construir una narrativa de la realidad que aportó a una formulación comprensiva del desafío a ser superado; además de guiar la creación de objetivos de intervención que conduzcan a alcanzar el estado

deseado de evolución del problema social con enfoque de equidad y de exigibilidad de derechos.

Realizar este ejercicio me permitió poner a prueba mi conocimiento y comprensión de los determinantes sociales aplicados a una situación de seguridad alimentaria y nutricional fortaleciendo mis habilidades para desempeñarme en escenarios y contextos de mayor envergadura.

5.2 Recomendaciones

Considerando los resultados revelados en el presente estudio, se recomienda a las autoridades y/o tomadores de decisiones locales, municipales, realizar el ejercicio investigativo a mayor escala con una muestra representativa con el fin de comprobar si se obtiene el mismo comportamiento y, en caso tal, emprender acciones intencionadas de política pública para transformar estas precarias condiciones de vida de la población y restituir su derecho a la SAN.

Este panorama demuestra que se debe avanzar en la definición de las acciones de mayor impacto ante los problemas nutricionales persistentes y emergentes en este territorio, orientando las acciones hacia la disminución de la inequidad e interviniendo en todos los niveles de los determinantes sociales para generar decisiones y trabajo en torno al derecho a la seguridad alimentaria y nutricional. La intervención y solución dirigida a erradicar la inseguridad alimentaria y nutricional del territorio requiere garantizar el desarrollo de las capacidades y potencialidades para la realización de los diferentes proyectos de vida de sus habitantes.

Estos resultados presentados permiten fijar prioridades de intervención en el territorio que serán de utilidad para los programas de seguridad alimentaria y nutricional. Se recomienda evaluar los fundamentos teóricos y prácticos de numerosas políticas e intervenciones actuales dirigidas a este territorio considerando que los problemas nutricionales emergentes evolucionan rápidamente y sus causas están determinadas desde el orden

social. Un enfoque global para resolver los problemas nutricionales implica valorar las cuestiones de la alimentación y la nutrición desde el punto de vista del derecho humano.

Se recomienda asegurar que la equidad de género se convierta en un aspecto central en las acciones de seguridad alimentaria y nutricional dirigidas a estos hogares. La integración sistemática de la perspectiva de género en todas las estrategias, programas y políticas de seguridad alimentaria y nutricional debe ir de la mano con la eliminación de las barreras que limitan las oportunidades y el ejercicio pleno de los derechos de las mujeres.

Se debe propender por reducir las brechas históricas de desigualdad entre hombres y mujeres e implementar estrategias, programas y políticas que aumenten el capital físico, humano y social de estas mujeres se verá reflejado en mejores cifras de seguridad alimentaria y nutricional de sus hogares y aumento de calidad de vida con equidad.

Bibliografía

- Álvarez-Castaño, L. S., Goez-Rueda, J. D., & Carreño-Aguirre, C. (2012). Factores sociales y económicos asociados a la obesidad : los efectos de la inequidad y de la pobreza. *Gerenc. Polit. Salud, Bogotá.*, 11(23), 98–110.
- Álvarez-Dongo, D., Sánchez-Abanto, J., Gómez-Guizado, G., & Tarqui-Mamani, C. (2012). Sobrepeso y obesidad: frecuencia relativa y determinantes sociales del exceso de peso en la población peruana (2009-2010). *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 29(3), 303–313.
- Álvarez Castaño, L. S. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(17), 69–79.
- Álvarez Uribe, M., Estrada Restrepo, A., & Fonseca Centeno, Z. (2010). Caracterización de los hogares colombianos en inseguridad alimentaria según calidad de vida. *Escuela de Nutrición y Dietética. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia Subdirección de Investigación. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Bogotá, Colombia.*
- Alvero-Cruz, J. ., Correas-Gómez, L., Ronconi, M., & Fernandez-Vasquez, R. (2011). La bioimpedancia eléctrica como método de estimación de la composición corporal: normas prácticas de utilización. *Revista Andaluza de Medicina Del Deporte*, 4(4), 167–174.
- Andoque, I. (2014). Técnica de siembra tradicional de la chagra con enfoque en seguridad alimentaria. *Fund Tropenbos Colomb*, 1–18.
- Arias, Y., & Galindo, P. (2019). Georreferenciación de mujeres con obesidad entre los 18-35 años seleccionadas en la caracterización por comunas del municipio de Girardot -Cundinamarca. *UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD PROGRAMA DE ENFERMERÍA*, 1–53.

- ASIS. (2020). Análisis de Situación de Salud con el modelo de los determinantes sociales de salud ASIS 2019 Girardot. *Secretaría de Salud de Cundinamarca. Bogotá, D.C., Enero 30 de 2020*, 1–133.
- Barradas, R. (2005). Epidemiología social. *Rev Bras Epidemiol*, 7–17.
- Benjumea, M. V., Estrada, A., & Álvarez, M. C. (2006). Dualidad de malnutrición en el hogar antioqueño (Colombia): bajo peso en los menores de 19 años y exceso de peso en los adultos. *Revista Chilena de Nutrición*, 33(1), 1–18.
- Bozón Martínez, E. (2014). La seguridad alimentaria y nutricional de Colombia, una prioridad. *Cuadernos Latinoamericanos de Administración. Universidad El Bosque Bogotá, Colombia*, X(18).
- Breilh, J. (2010). *Las tres “S” de la determinación de la Vida 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*.
<https://doi.org/http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3412/1/Breilh,%20J-CON-117-Las%20tres%20S.pdf>
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 31(1), 13–27. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Caballero González, E., Moreno Gelis, M., & Sosa Cruz, M. E. (2012). Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos. *Infodir (Revista de Información Para La Dirección En Salud)*, 8(15).
- Campillo, E. (2004). El mono obeso. *Crítica, Barcelona*.
- Carmen La Hoz. (2006). Seguridad alimentaria y políticas de lucha contra el hambre. El papel clave de las mujeres en la seguridad alimentaria. *Oficina de Cooperación Internacional de Desarrollo. Diputación de Córdoba Servicio de Publicaciones de La Universidad de Córdoba*, 117–130.
- Carmona-Meza, Z., & Parra-Padilla, D. (2015). Determinantes sociales de la salud: Un análisis desde el contexto colombiano. *Salud Uninorte*, 31(3), 608–620.
<https://doi.org/10.14482/sun.31.3.7685>
- Caro, J. C. (2015). Determinantes sociales y conductuales en salud nutricional: evidencia para Chile. *Revista Chilena de Nutrición*, 42(1), 23–29.
<https://doi.org/10.4067/S0717-75182015000100002>
- Carvajal Garnica, N., Rodríguez Cubillos, N. M., & Rendón Rendón, C. A. (2019).

Caracterización de mujeres entre los 18 y 37 años, de los estratos 1 y 2 de las comunas de la ciudad de Girardot con sobrepeso y obesidad identificando los factores de riesgo que conllevan a esta condición. *UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD PROGRAMA ENFERMERIA*, 1–64.

CEPAL. (2007). Panorama social de América Latina 2006. *Santiago de Chile*.

CEPAL. (2017). Crece la pobreza extrema en América Latina. *Informe. Comisión Económica Para América Latina y El Caribe Noticias ONU*
<https://News.Un.Org/Es/Story/2019/01/1449412>.

CNDH. (2012). Pacto Internacional de Derecho Económicos, Sociales y Culturales, y su protocolo facultativo, 1–28.

Colombia, C. de la R. de. (2009). Ley 1355 del 14 de octubre de 2009 Por medio de la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención.

Conzuelo, V. V. (2008). Variables siconutricionales de hogares mazahuas integrados por preescolares desnutridos con madres con obesidad y sin obesidad. *Universidad Autónoma Del Estado de México*.

Cortés Marina, R. B., & Buñuel Álvarez, J. C. (2006). La obesidad en mujeres adolescentes se asocia a un aumento de la mortalidad temprana en los primeros años de la vida adulta. *Evidencias En Pediatría*, 2, 75.

David W. Hosmer Jr., Stanley Lemeshow, R. X. S. (2013). *Applied Logistic Regression. 3rd Edition* (3rd Editio).

De La Cruz Sánchez, E. E. (2016). La transición nutricional. Abordaje desde de las políticas públicas en América Latina. *Universidad Pedagógica Experimental Libertador*, 32(Special Is), 379–402.

Dehollain, P. L. (1995). Concepto y factores condicionantes de la seguridad alimentaria en hogares. *Profesora Titular de Nutrición, Universidad Simón Bolívar, Caracas Venezuela*.

Del Castillo, S. E. (2012). La situación nutricional de la niñez en Latinoamérica: entre la deficiencia y el exceso, de brecha nutricional a deuda social. *Biomédica Instituto Nacional de Salud*, 32(4).

- Delisle, J. C. S. H. y H. (2006). Globalización, transición nutricional y desarrollo social de los países en vías de desarrollo. In *Nutrición y Salud Pública* (pp. 801–815).
- Díaz, E., & Galgani, J. (1999). Aspectos metabólicos y dietarios involucrados en la etiología de la obesidad en mujeres chilenas. *Revista Médica de Chile*, 127, 1–13.
- Dixit, A. (2015). Alimentarse mejor: la labor de Guatemala para controlar la doble carga de la malnutrición. *Salud*, 8–9.
- Duelo Marcos, M., Escribano Ceruelo, E., & Muñoz Velasco, F. (2009). Obesidad. *Pediatría Atención Primaria*, 11(16), 239–257. Retrieved from http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_704.pdf
- FAO. (2011). Programa Especial para la Seguridad Alimentaria - PESA - Centroamérica. *Food and Agriculture Organization of the United Nations*, 3(4), 2–8. Retrieved from <http://www.fao.org/3/a-at772s.pdf>
- FAO. (2012). Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA). *Manual de Uso y Aplicación*, 1–78.
- FAO. (2014). Situación alimentaria y nutricional en Colombia bajo el enfoque de determinantes sociales. *Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional (OSAN)*, (001), 1–13. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/boletin-01-2014-Situacion-alimentaria-colombia-enfoque-determinantes-sociales.pdf>
- FAO. (2017). Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe. *Santiago de Chile*.
- Fernández, R. M., Thielmann, K., & Bormey Quiñones, M. B. (2012). Determinantes individuales y sociales de salud en la medicina familiar. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(3), 484–490. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxp007>
- Ferrelli, R. M. (2015). Equidad en salud desde un enfoque de determinantes sociales. Contribuciones del encuentro regional “La toma de decisiones para la equidad en salud.”
- Fonseca, Z., Ayala, D., & Castaño, T. (2014). Aproximación a los Determinantes de la Doble Carga Nutricional en Colombia. *Ministerio de Salud y Protección Social FAO OSAN*, Mayo, 1–51.
- Fonseca, Z. Y. (2010). Aproximación a los factores asociados a la doble carga nutricional en escolares de 5 a 17 años en Colombia, 2010. *Universidad CES Medellín*, 1–66.

<https://doi.org/10.4067/S0717-75182006000100004>

Girardot. (2017). Plan de Seguridad Alimentaria y Nutricional MANGO - Girardot 2017 - 2027. *Comité Seguridad Alimentaria y Nutricional*.

Godoy, L. (2004). Entender la pobreza desde la perspectiva de género. *Santiago: Naciones Unidas*, 23–25.

González-Moreno, J., Juárez-López, J. S., & Rodríguez-Sánchez, J. L. (2013). Obesidad y embarazo. *Revista Médica MD*, 4(04), 269–275. Retrieved from www.revistamedicamd.com

González-Zapata, L., Carreño-Aguirre, C., Estrada, A., Monsalve-Alvarez, J., & Alvarez, L. S. (2017). Exceso de peso corporal en estudiantes universitarios según variables sociodemográficas y estilos de vida. *Revista Chilena de Nutrición*, 44(3).

González-Zapata, L. I., Álvarez-Dardet Díaz, C., Clemente, V., Carmen Davo, M., & Ortiz-Moncada, R. (2008). Criterios de valoración de políticas públicas para la obesidad en España según sus actores principales. *Gaceta Sanitaria*, 22(4), 309–320. <https://doi.org/10.1157/13125352>

Hernández-Álvarez, M. (2008). El concepto de equidad y el debate sobre lo justo en salud. *Revista de Salud Pública*, 10(SUPPL. 1), 72–82. <https://doi.org/10.1590/s0124-00642008000600007>

Herrán, O. F., Patiño, G. A., & Del Castillo, S. E. (2016). La transición alimentaria y el exceso de peso en adultos evaluados con base en la Encuesta de la Situación Nutricional en Colombia, 2010. *Biomédica*, 36(1), 109–120. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v36i1.2579>

ICBF. (2015a). Encuesta Nacional de la Situación Nutricional - ENSIN 2015 (Documento metodológico). *Ministerio de Salud y Protección Social*, 0, 1–114. <https://doi.org/10.1145/3132847.3132886>

ICBF. (2015b). Encuesta Nacional de la Situación Nutricional ENSIN 2015. NOTA DE POLÍTICA.

ICBF. (2015c). Encuesta Nacional de Situación Nutricional ENSIN 2015. *Documento General Del Análisis de La ENSIN 2015*, 2, 1–678.

ICBF. (2015d). Guías alimentarias para la población colombiana mayor de 2 años. *Gobierno de Colombia, Infografía*.

INCAP, & OPS. (2002). Seguridad Alimentaria y Nutricional SAN como elemento

- estratégico en el desarrollo de la participación juvenil local, 1–50.
- Jafri, A., Bour, A., Belhouari, A., Delpuech, F., & Deouriche, A. (2012). Malnutrición en las mujeres y sus niños en el nordeste de Casablanca, Marruecos. *Nutricion Clinica y Dietetica Hospitalaria*, 32(SUPPL.2), 65–69.
- Jiménez Benítez, D., Rodríguez Martín, A., & Jiménez Rodríguez, R. (2010). Análisis de determinantes sociales de la desnutrición en Latinoamérica. *Nutricion Hospitalaria*, 25(3), 18–25. <https://doi.org/10.3305/nh.2010.25.sup3.4992>
- Jiménez Soto, A. Z. (2018). El enfoque de determinantes de la salud y de la SAN. *Clase Magistral*.
- Lamus-Lemus, F., Días-Quijano, D. M., Rincón-Rodríguez, C. J., & Huertas-Moreno, M. L. (2012). Avances en la comprensión de la transición nutricional colombiana. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 11(23), 121–133. Retrieved from <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84874167443&partnerID=40&md5=b9f7bdca412093aa21d1d29c0c375ec>
- Liria Reyna. (2012). Consecuencias de la obesidad en el niño y el adolescente: Un problema que requiere atención. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(3), 357–361. <https://doi.org/10.1590/S1726-46342012000300010>
- Lomaglio, D. B. (2012). Transición nutricional y el impacto sobre el crecimiento y la composición corporal en el noroeste argentino (NOA). *Nutricion Clinica y Dietetica Hospitalaria*, 32(3), 30–35.
- Maxwell's, F. (1992). Seguridad alimentaria en el hogar, 66, 158.
- Maxwell, D., & Caldwell, R. (2008). THE COPING STRATEGIES INDEX. Field Methods Manual. *Second Edi*, (Available from: http://home.wfp.org/stellent/groups/public/documents/manual_guide_proced/wfp211058.pdf), 1–52.
- Miguel Soca, P. E., & Niño Peña, A. (2009). Consecuencias de la obesidad. *ACIMED*, 20(4), 84–92. <https://doi.org/10.1007/s12311-015-0705-5>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Resolución número 00002465 del 14 de junio de 2016. Colombia. *República de Colombia*, 1–47.
- Mora Plazas, M. (2009). Cineantropometría del deportista. *Universidad Nacional de Colombia*.
- MSPS. (2012). Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012 - 2021. La salud en Colombia la construyes tú, 1–452.
- Mundo-Rosas, V., Méndez-Gómez, I., & Shamah-Levy, T. (2014). Caracterización de los

hogares mexicanos en inseguridad alimentaria. *Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.*

- OBSAN. (2016). *Construyendo caminos hacia la garantía de la seguridad alimentaria y nutricional en Colombia. 10 años Obsan*. Retrieved from <https://drive.google.com/file/d/0B5GPcuyRrtTCdVg4eIEyeEdlQTQ/view>
- Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional - Universidad Nacional de Colombia (OBSAN). (2010). OBSAN UN - 5 años de trayectoria. Reflexiones 2005-2010. *Universidad Nacional de Colombia.*, 9.
- Ocampo T, P. R., Prada G, G. E., & Herrán F, O. F. (2014). Patrones de consumo alimentario y exceso de peso infantil; encuesta de la situación nutricional en Colombia, 2010. *Revista Chilena de Nutrición*, 41(4), 351–359. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182014000400002>
- OMS. (2004). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. 57 *Asamblea Mundial de La Salud*.
- OPS. (2006). Estrategia mundial sobre alimentación saludable, actividad física y salud. *Plan de Implementación En América Latina y El Caribe 2006 - 2007*.
- OSAN. (n.d.). Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional- OSAN Colombia Guía Metodológica Serie Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales en Salud ROSS Colombia. *Gobierno de Colombia MinSalud Dirección de Epidemiología y Demografía Dirección de Promoción y Prevención Subdirección de Salud Nutricional Alimentos y Bebidas*, 1–53.
- Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *Int. J. Morphol*, 35(1), 227–232.
- Palma, P. (2005). El enfoque de la seguridad alimentaria y nutrición desde el INCAP-OPS/OMS. *Conferencia Lanzamiento, OBSAN-UN*.
- Pasca, A. J., & Pasca, L. (2011). Transición nutricional, demográfica y epidemiológica determinantes subyacentes de las enfermedades cardiovasculares. *Insuficiencia Cardíaca*, 6(1), 27–29.
- Pataquiva Moreno, A. V. (2019). Autoconcepto y autopercepción de las mujeres con obesidad y sobrepeso entre 18 y 37 años de los estratos 1 y 2 de las comunas de la ciudad de Girardot. *UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD PROGRAMA ENFERMERIA*, 1–81.

- Pedraza, D. F. (2004). Estado nutricional como factor y resultado de la seguridad alimentaria y nutricional y sus representaciones en Brasil. *Universidade Federal de Pernambuco*, (Revista de salud pública.).
- Pedraza, D. F. (2005a). Acceso a los alimentos como factor determinante de la seguridad alimentaria y nutricional y sus representaciones en Brasil. *Print Version ISSN 1409-1429. Rev. Costarric. Salud Pública*, vol.14 n.2.
- Pedraza, D. F. (2005b). Seguridad alimentaria y nutricional. Determinantes y vías para su mejora. *Universidad Federal de Pernambuco. Revista Salus Pública y Nutrición*, Vol 6 No.
- Pedraza Figueroa, D. (2004). Consumo de alimentos como resultante de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en Brasil. *Perspectivas En Nutrición Humana . Universidad Federal de Pernambuco.*, 11, 69–86.
- Pelletier, D., Olso, C., & E, F. (2003). Inseguridad alimentaria hambre y desnutrición. En: Bowman BA, Russel RM. Conceptos Actuales sobre Nutrición. *Octava Edición Ed. Washington; Publicación Científica de La OPS/OMS*.
- Planeación, D. N. de. (2008). CONPES 113 Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PSAN). *Documento CONPES Social 113*.
- Rativa Sánchez, A. Y. (2018). Aproximación al Programa de Alimentación Escolar como determinante de la doble carga nutricional en escolares del municipio de Sopó, Cundinamarca. *Universidad Nacional de Colombia*, 1–143.
- Rodríguez Scull, L. E. (2003). Obesidad : fisiología , etiopatogenia y fisiopatología. *Revista Cubana De Endocrinología*, 14(2), 1–12.
- Rodríguez Scull, L. E. (2004). La obesidad y sus consecuencias clinicometabólicas. *Rvista Cubana de Endocrinología*, 15(3), 1–15. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532004000300008
- Rojas Doncel, L. M., Triana Arias, S. G., & Rojas Varela, L. A. (2018). Revisión sistemática en el sobrepeso y obesidad en mujeres en edad adulta del contexto nacional e internacional en el periodo comprendido entre 2012 y 2018. *Univerdidad de Cundinamarca*, 1–189.
- Rosique Gracia, Javier. García, Andrés Felipe. Villada Gómez, B. A. (2012). Estado nutricional, patrón alimentario y transición nutricional en escolares de Donmatías (Antioquia). *Revista Colombiana de Antropología*, 48, 97–124.
- Sen, A. (1989). *¿Equality for what?* Cambridge University Press, (Cambridge).

- Sen, A. (2000). La pobreza como privación de capacidades. *Desarrollo y Libertades. Santa Fe de Bogotá, Planeta Co.*
- Suárez-Herrera, J. C., O'Shanahan Juan, J. J., & Serra-Majem, L. (2009). La participación social como estrategia central de la nutrición comunitaria para afrontar los retos asociados a la transición nutricional. *Revista Española de Salud Pública*, 83(6), 791–803.
- Villagómez, P., Hernández, P., Carrasco, B., Barrios, K., Romero, M., & Aparicio, R. (2013). Estado del acceso a los alimentos. *Organización de Las Naciones Unidas Para La Alimentación y La Agricultura. Panorama de La Seguridad Alimentaria y Nutricional En México 2012.*
- Vizcarra Bordi, I. (2008). Entre las desigualdades de género: un lugar para las mujeres pobres en la seguridad alimentaria y el combate al hambre. *Centro de Investigación En Ciencias Agropecuarias de La Universidad Autónoma Del Estado de México*, 21(57).
- Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2007). Concepts and principles for tackling social inequities in health : Levelling up Part 1. *World Health Organization*, (2), 2–5.
Retrieved from
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf
- Young Kim, H. (2017). Statistical notes for clinical researchers: Chi-squared test and Fisher's exact test. *Restorative Dentistry & Endodontics*, 152–155.