

# *Quiénes y cómo lactan en Venezuela. Un análisis con base en la Encuesta Social 1993\**

María Di Brienza y  
Genny Zúñiga A\*\*

---

## *Resumen*

*En este artículo, utilizando como fuente a la Encuesta Social 1993, se revisa la situación de la práctica de la lactancia en el país: el inicio, la prevalencia y el tipo de lactancia que reciben los niños conforme a su edad, para luego evaluar en qué medida responde esta situación al patrón que se ha establecido como adecuado para influir positivamente en la salud y nutrición de este grupo poblacional. Asimismo, con el fin de aportar elementos para avanzar en la identificación de los factores que puedan estar influyendo en una práctica inadecuada de este tipo de alimentación, se analizan las diferencias de acuerdo a determinadas características demográficas y socioeconómicas de las madres y el tipo de atención que recibieron las mismas durante la etapa prenatal y el parto.*

---

\* Parte de los aspectos presentados en este artículo fueron tratados por las autoras en un informe realizado para la Comisión Nacional de Lactancia Materna (CONALAMA) denominado "Situación de la práctica de la lactancia materna en Venezuela y presentación de elementos que orienten la generación de información sobre tema". Noviembre, 1998.

Agradecemos a la Profesora Anitza Freitez y a los Profesores Mauricio Phelan y Carlos Noguera por sus comentarios y recomendaciones para la realización de este artículo

\*\* Investigadoras del Departamento de Estudios Demográficos IIES-UCAB.

## *Introducción*

Actualmente existe un renovado interés por rescatar la “cultura del amamantamiento”, basado en los beneficios de esta práctica de alimentación al proporcionar todas las sustancias nutrientes que los infantes necesitan para su desarrollo físico y mental y por la protección que ofrece contra enfermedades frecuentes en esta etapa de la vida, contribuyendo con ello a disminuir la morbilidad y mortalidad infantil. Así mismo se ha sostenido que esta práctica también beneficia a las madres al reducir el riesgo de contraer ciertas enfermedades, además de su efecto en el espaciamiento de los embarazos y en los niveles de fecundidad.

No obstante, si bien un gran porcentaje de madres ha amamantado a sus hijos, es la práctica de la lactancia en una forma óptima la que permite aprovechar al máximo sus beneficios. Es por ello que organismos internacionales vinculados a la salud y a la infancia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), vienen promoviendo a nivel mundial que todas las madres amamenten a sus hijos exclusivamente durante cuatro a seis meses y continúen la lactancia con adición de alimentos complementarios hasta el segundo año de vida (Declaración de Innocenti. OMS-UNICEF, 1990). En el país, las instituciones ejecutoras de programas dirigidos a la población materno-infantil y representadas en la Comisión Nacional de Lactancia Materna (CONALAMA) adoptan esta recomendación además de otras proposiciones para la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna a nivel nacional.

En este marco, con el presente artículo se pretende examinar cual es la situación de la lactancia en el país, su inicio, prevalencia y el tipo de lactancia que están recibiendo los niños conforme a su edad, y evaluar en qué medida responde esta situación al patrón que se ha establecido como adecuado para el aprovechamiento de los beneficios de este tipo de alimentación. Se analiza además si existen diferencias en la práctica de la lactancia materna de acuerdo a determinadas características demográficas de las madres, la jerarquía poblacional del lugar de residencia y en función de ciertos factores de orden socioeconómico que se asocian a la actitud de las madres frente a la alimentación de los hijos, como la educación, la participación en la actividad económica y la situación social. Igualmente se revisa si la práctica de la lactancia materna difiere de acuerdo a la relación con los servicios de salud considerando el tipo de atención recibida durante la etapa prenatal y el parto. Nuestro propósito final es contribuir a la identificación de los factores que pueden estar actuando en contra de una práctica universal de la lactancia en forma óptima y con ello aportar información que pueda ser útil para la formulación de estrategias convenientes de intervención.

Abordar el tema de la práctica de la lactancia materna en el país y su tendencia se ve limitado en razón de las pocas investigaciones que a escala nacional se han realizado<sup>1</sup>. Aunado a ello, no se dispone de información agregada cuya fuente sean los registros administrativos de los distintos centros de salud, la cual aportaría en todo caso referencias sólo concernientes a la población que ha asistido a tales dependencias. Ante tal restricción, el análisis efectuado se ha basado fundamentalmente en la Encuesta Social realizada por la Oficina Central de Estadística e Informática (OCEI) y el Ministerio de la Familia en el año 1993 (ENSO'93). Esta es una investigación que si bien es limitada en los aspectos que conciernen a la práctica de la lactancia materna<sup>2</sup>, es la única disponible hasta el momento que puede ofrecer una visión general de su situación y de las relaciones con otras variables de orden demográfico y socioeconómico.

## ***1. Importancia de la práctica de la lactancia materna***

### ***Beneficios de la lactancia materna***

Los beneficios de la lactancia materna en la supervivencia infantil, el sano crecimiento de los niños y la salud y bienestar de las madres, son hoy día ampliamente conocidos y difundidos por los distintos organismos nacionales e internacionales cuyas

- 1 Entre los estudios nacionales a gran escala que abordan aspectos relativos a la práctica de la lactancia materna se identifican:
  - La “Encuesta de Fecundidad de Venezuela” realizada 1977 en el marco del Programa Encuesta Mundial de Fecundidad (EMF), donde el estudio de la práctica de lactancia materna se centra en su influencia en los niveles de fecundidad (OCEI, 1982).
  - En la década de los 80, el Centro de Estudios sobre Crecimiento y Desarrollo de la Población Venezolana (FUNDACREDESA) estudió el tema mediante la “Encuesta de Hábitos y Consumo de Alimento” levantada durante 1981-1987 en el marco del Proyecto Venezuela (FUNDACREDESA, 1996). Este mismo organismo inicia a partir de 1990 una investigación anual y con cobertura nacional denominada “Estudio de Condiciones de Vida de la Población Venezolana” y que incluye el temas relativo a los hábitos nutricionales de los niños hasta el 1er año de edad; pero esta investigación sólo es dirigida a la población de estratos “populares” y a partir de 1995 restringe su cobertura al Area Metropolitana de Caracas.
  - El Programa de Encuesta Sociales realizadas en el marco del Programa de Desarrollo Social (PDS) a cargo del Ministerio de la Familia y de la Oficina Central de Estadística e Informática (OCEI), contempló en sus tres versiones, ENSO91, ENSO92 y ENSO93, el tema de la lactancia materna, pero fue en la última donde se investigó a partir de un módulo especial dirigido a indagar un conjunto de aspecto relacionados con el comportamiento reproductivo y la salud materno-infantil. (Freitez, Romero y Di Brienza, 1993).
- 2 En esta encuesta el tema de la lactancia se abordó sólo con tres preguntas destinadas a estudiar la prevalencia de la lactancia, lactancia y otros alimentos complementarios y frecuencia del amamantamiento.

acciones están vinculadas a propiciar el bienestar de estos grupos de población (INN, 1994; MSAS-DAMNA, 1998; UNICEF, 1988; UNICEF-OMS, 1993; Rodríguez-García y Schaefer, 1990).

Al niño, la lactancia natural le brinda todos los requerimientos nutricionales desde sus primeros seis meses de vida y le garantiza un adecuado crecimiento y desarrollo. Le proporciona además, entre otros beneficios: inmunización contra enfermedades frecuentes durante la niñez, como diarreas, infecciones gastrointestinales y de las vías respiratorias; reducción de los riesgos de diabetes, cáncer e infecciones del oído; prevención de alergias alimentarias y de la aparición de caries dentales tempranas y maloclusiones; igualmente le ayuda a crecer más estable y seguro emocionalmente, al fortalecerse mediante el acto del amamantamiento el vínculo entre madre e hijo.

Se ha evidenciado que los lactantes que se alimentan con fórmulas, en comparación con los lactantes que son exclusivamente amamantados, tienen un riesgo diez veces mayor de contraer infecciones bacterianas que requieren hospitalización, cuatro veces mayor de contraer meningitis y tres a cuatro veces mayor de desarrollar infecciones del oído medio y gastroenteritis. En lo relativo a las enfermedades crónicas, se reseña que entre los niños que no reciben lactancia se incrementan los niveles de asma, alergias, eczema, diabetes y colitis ulcerativa y tienen un riesgo de cinco a ocho veces mayor de contraer linfomas durante su infancia. También hay indicios de que los niños alimentados con fórmulas obtienen resultados más bajos en las pruebas de desarrollo mental y su visión es menos aguda (UNICEF, 1997:16).

Entre los beneficios que la lactancia natural ofrece para la salud y el bienestar de la mujer se señalan: la reducción del riesgo de hemorragia postparto; la protección que proporciona contra el cáncer de mama y de ovario; igualmente se le reconoce su efecto inhibitorio de la ovulación, de acuerdo a la duración, la frecuencia y la intensidad del amamantamiento, permitiendo con ello espaciar los embarazos y por esa vía contribuir tanto a la salud de las madres y de los hijos como a la reducción de los niveles de fecundidad. El amamantamiento exclusivo durante los primeros seis meses protege en un 98% de un nuevo embarazo a las madres lactantes (INN, 1994: 27; Rodríguez-García y Schaefer, 1990:129).

A su vez, la práctica de la lactancia materna representa para las familias un gran ahorro, al no incurrir en muchos de los gastos que ocasionan la manutención de los niños pequeños a base de sucedáneos, beneficiándose igualmente con ello el resto de sus miembros. Debido a esta práctica, los centros de salud disminuirían los gastos de alimentación de los recién nacidos y por su impacto se verían reducidas las partidas en los presupuestos de salud pública para la atención de ciertas enfermedades infantiles y de las madres.

A pesar de los múltiples beneficios que ofrece la lactancia natural, su práctica no es universal, ni en la forma óptima en cuanto a la duración y al momento en que se

introducen alimentos complementarios. Esta situación se ha atribuido a los cambios culturales y socioeconómicos asociados a los procesos de modernización y urbanización, los cuales han propiciado la masificación de los sucedáneos de la leche materna, favorecida por la desinformación acerca del valor nutricional de la lactancia materna por parte de la población así como por la práctica inadecuada del personal de salud y de las normas hospitalarias establecidas con respecto al parto y a la atención del recién nacido (OPS, 1981; Huffman, 1984; Rodríguez- García y Schaefer, 1990; INN, 1994; Ministerio de la Familia-CONALAMA, 1995; MSAS-DAMNA, 1998).

Sin embargo, en algunos países donde se han venido desarrollando estrategias para la protección, promoción y apoyo a la práctica de la lactancia, comienza a darse indicios de cambios favorables en las madres frente a este tipo de alimentación para sus hijos (Huffman, 1984; Trussell, Grummer-Strawn, Rodríguez y Valandingham, 1992; Schlaepfer e Infante, 1992).

### *El fomento de la práctica de la lactancia materna*

A medida que se han acumulado los conocimientos sobre las propiedades de la leche materna y sus beneficios, se ha acrecentado el interés en el resurgimiento de esta práctica y es a partir de la década de los setenta cuando los organismos internacionales concretan diversas acciones a fin de rescatar la “cultura del amamantamiento”.

En 1981, la Asamblea Mundial de la Salud adopta el “Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna”, con el fin de proteger y fomentar la práctica de la lactancia a través de la reglamentación de la distribución y comercialización de los sucedáneos de la leche materna<sup>3</sup>. En 1989, UNICEF y la OMS promulgan una “Declaración Conjunta para la Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Natural”, que expresa la responsabilidad que le corresponde a los servicios de salud materno infantil para el fomento de esta práctica y define los “Diez pasos hacia una feliz lactancia natural”, con lo que se pone en marcha el Proyecto “Iniciativa Hospital Amigo de los Niños” a nivel mundial.

En 1990 se aprueba la “Declaración de Innocenti sobre la Protección, el Fomento y el Apoyo de la Lactancia Materna”, formulando metas concretas a cumplir por los

---

3 Los sucedáneos de la leche materna incluyen: fórmulas infantiles, productos lácteos, cereales (papillas), jugos o mezclas de verduras, té y jugos para bebés y leches llamadas de seguimiento, y se aplica además a teteros y chupones.

4 “Declaración de Innocenti sobre la Protección, el Fomento y el Apoyo de la Lactancia Materna”. Elaborada y adoptada por los participantes en la reunión conjunta OMS/UNICEF, celebrada en Florencia Italia, del 30 de julio al 1 de Agosto de 1990.

gobiernos en esta materia<sup>4</sup>. En este mismo año se celebra la “Cumbre Mundial en Favor de la Infancia” que aprueba la “Declaración Mundial sobre Supervivencia, Protección y Desarrollo del Niño”, estableciendo entre las metas del Plan de Acción “lograr que todas las mujeres amamenten a sus hijos durante cuatro a seis meses y continúen la lactancia con adición de alimentos complementarios hasta bien entrado el segundo año de vida” (UNICEF, 1991:64).

En Venezuela, si bien organismos gubernamentales responsables de los programas dirigidos a la población materno infantil, como el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) y el Instituto Nacional de Nutrición (INN), venían emprendiendo iniciativas para fomentar la práctica de la lactancia materna (Ministerio de la Familia-CONALAMA, 1994), es a partir de la década de los noventa cuando comienzan a concretarse una serie de acciones en el marco de las actividades internacionales que se vienen desarrollando para proteger los derechos del niño y mejorar sus condiciones de vida.

El país suscribe en 1990 en la “Cumbre Mundial a Favor de la Infancia”, la “Declaración” y el “Plan de Acción”, y cumple con su compromiso al celebrar la “Conferencia Nacional de los Derechos del Niño” (1991) con el fin de formular el “Programa Nacional de Acción de la Infancia para la Década de los 90”, ratificando, entre otros aspectos, la promoción de la lactancia materna como una acción que asegure el derecho a la salud y la supervivencia de los niños. En ese mismo año el MSAS pone en marcha el Programa “Iniciativa Hospital Amigo de los Niños” a nivel nacional (Ministerio de la Familia-CONALAMA, 1994).

En el año 1992, el Estado, en consideración a la importancia de fomentar la lactancia materna como una de las prácticas que inciden en la protección de la vida y la salud infantil y para dar cumplimiento a los acuerdos internacionales, crea la Comisión Nacional de Lactancia Materna (CONALAMA), con carácter permanente y con la misión de asesorar al Ejecutivo en la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas y estrategias de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna y la alimentación complementaria adecuada y oportuna (CONALAMA, 1996)<sup>5</sup>.

Conforme a las recomendaciones formuladas en la Declaración de Innocenti<sup>6</sup> y confirmadas en la “Cumbre Mundial a Favor de la Infancia”, CONALAMA, el MSAS, el INN, así como otras instituciones vinculadas, el Ministerio de la Familia, el Ministerio de Educación, entre otros, promueven que *todas las madres amamenten a sus hijos exclusivamente los primeros seis meses de vida y continúen la lactancia con alimentación complementaria adecuada hasta los 2 años o más de edad.* (INN, 1994: 8; MSAS-

---

5 Esta Comisión está integrada por los organismos públicos cuyas acciones están vinculadas a la población materno infantil, sociedades científicas, organizaciones no gubernamentales y organismos internacionales, así como por representantes de la industria láctea y farmacéutica (Ministerio de la Familia-CONALAMA, 1994).

DAMNA, 1998: 92; Ministerio de la Familia-CONALAMA, 1994; Ministerio de la Familia-CONALAMA, 1995).

## *2. La práctica de la lactancia materna en Venezuela*

### *El inicio, prevalencia y duración*

Los resultados de la ENSO'93<sup>6</sup> reportan que en Venezuela un 88% de los niños menores de 2 años habría sido amamantado "alguna vez"<sup>7</sup>, pero sólo un 38% estaba recibiendo lactancia para el momento del estudio. Al clasificar estos niños que aún recibían lactancia materna según su edad en meses, se verifica cómo disminuye la prevalencia a medida que aumenta la edad. Entre los niños menores de 4 meses de edad, un 80% era amamantado, disminuyendo este porcentaje a 63% entre aquellos con 4 a 7 meses y a 40% en los niños entre los 8 y 11 meses; a partir del primer año de edad, entre los 12 y 15 meses, sólo el 29% de los niños continuaba recibiendo lactancia materna, para disminuir a un 9% entre aquellos con 20 a 23 meses de edad. De acuerdo a estos resultados, la duración promedio de la lactancia materna es de 7 meses, a esta edad el 55% de los niños ya no recibía lactancia materna como alimentación<sup>8</sup> (cuadro 1, gráfico 1).

Al comparar la situación de la práctica de la lactancia materna de acuerdo a los resultados arrojados por la ENSO'93, con la presentada para la década de los setenta por la Encuesta Nacional de Fecundidad, levantada en el año 1977 (ENF'77)<sup>9</sup>, se observa un leve aumento en la frecuencia relativa de niños menores de 2 años que fueron amamantados alguna vez, de 84% a 88%; sin embargo, en ambos estudios el porcentaje de niños en ese grupo de edad que recibían lactancia materna para el momento de referencia es muy similar, situándose alrededor de 40% (gráfico 2).

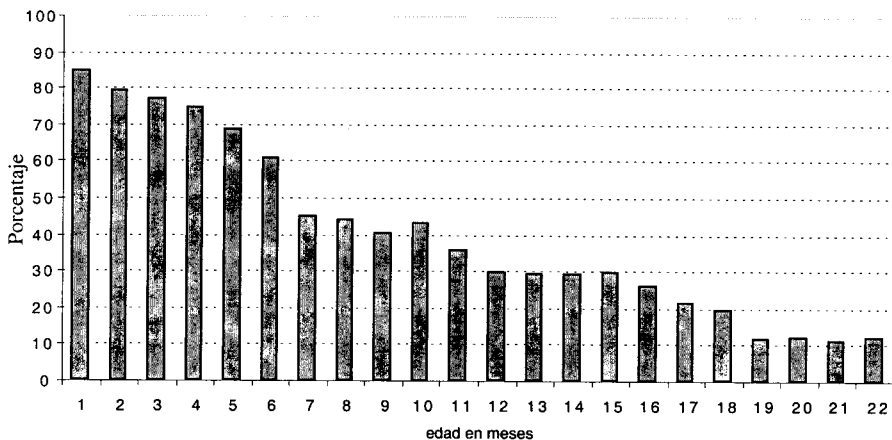
- 
- 6 En la ENSO'93 las madres fueron interrogadas sobre la práctica de la lactancia materna a cada hijo nacido vivo durante los 6 años anteriores a la encuesta. A fin de evaluar la práctica de la lactancia materna conforme a las recomendaciones, las estimaciones para el presente análisis se refieren a los niños sobrevivientes al momento de la encuesta y que no habían cumplido aún los dos años de edad.
  - 7 Incluye esta categoría tanto a los que estaban recibiendo lactancia para el momento de la encuesta como a los que les fue interrumpida.
  - 8 Para estimar la duración promedio de la lactancia materna se ha calculado la mediana, este valor representa el mes de edad cuando el 50% o más de los niños deja de recibir lactancia materna.
  - 9 En la ENF'77 las madres fueron interrogadas sobre la práctica de la lactancia materna en relación al último y penúltimo nacimiento. Para efectos comparativos se tomaron en ambos estudios los niños menores de 2 años sobrevivientes y correspondientes al último nacimiento.

**Cuadro 1**  
**Niños menores de 2 años que reciben lactancia materna**  
**según su edad en meses. 1993**

Edad en meses	Total de niños	% de niños que reciben lactancia
Menores de 23 meses	1045375	37.5
Menores de 12 meses	494665	58.1
0-3	144436	80.2
4-7	135790	63.3
8-11	214439	40.0
0-5	223920	78.2
6-11	270745	41.6
De 12 a 23 meses	550710	18.9
12-15	204767	29.3
16-19	170363	16.3
20-23	175580	9.2

Fuente: Encuesta Social 1993. Tabulados especiales.

**Gráfico 1**  
**Porcentaje de niños menores de 2 años que reciben lactancia**  
**según su edad en meses. 1993**

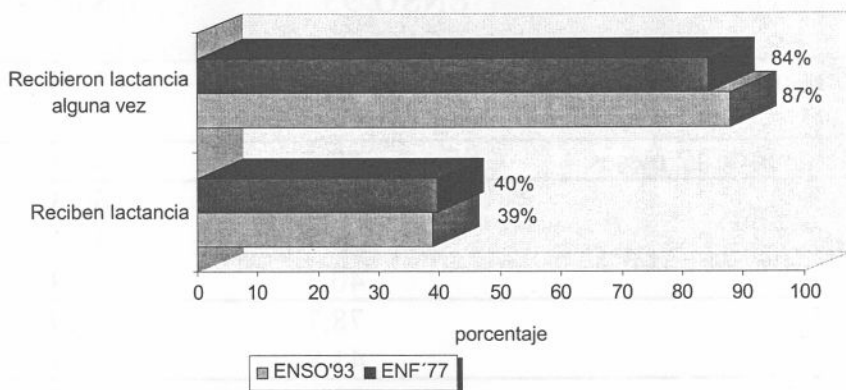


Fuente: Encuesta Social 1993. Tabulados especiales. (serie suavizada).



Gráfico 2

Porcentaje de niños menores de 2 años que recibieron lactancia alguna vez y porcentaje que recibe lactancia. ENF'77 y ENSO'93



Fuentes: Encuesta Social 1993 y Encuesta Nacional de Fecundidad 1977. Tabulados especiales.

Sin embargo entre 1977 y 1993 la prevalencia de la lactancia materna según la edad de los niños ha variado, observándose un aumento en la frecuencia relativa de niños menores de un año amamantados: entre los menores de 6 meses se eleva de 60% a 79% y en los niños de 6 a 11 meses de 35% a 42%; mientras que disminuye la prevalencia de la lactancia entre los niños a partir de su primer año de vida: entre los 12 y 15 meses de edad de 36% a 30% y entre los 20 y 23 meses de 25% y 11% (cuadro 2). La duración de la lactancia materna cambia entre los dos momentos considerados, de acuerdo a la ENF'77 los niños eran amamantados durante 4 meses, dieciséis años después, según la ENSO'93, los niños estarían recibiendo lactancia por más tiempo, al reportarse un incremento de 3 meses en la duración mediana de la lactancia.

Cuadro 2

Porcentaje de niños menores de 2 años que reciben lactancia materna según su edad en meses. ENF'77 y ENSO'93

Edad en meses	ENSO'93	ENF'77
Menores de 23 meses	38.8	39.6
Menores de 12 meses	58.5	47.3
0-3	80.6	66.3
4-7	63.9	42.1
8-11	40.3	33.9
0-5	78.7	60.0
6-11	41.8	34.9
De 12 a 23 meses	20.1	29.5
12-15	29.7	36.1
16-19	17.2	27.9
20-23	10.5	24.8

**Nota:** Corresponde a los últimos nacimientos

**Fuentes:** Encuesta Social 1993 y Encuesta Nacional de Fecundidad 1977. Tabulados especiales.

El cuadro 3 muestra el inicio y la prevalencia de la práctica de la lactancia materna en algunos países de la región latinoamericana, a partir de resultados obtenidos mediante el Programa de Encuestas de Demografía y Salud realizadas en lo que va de la presente década<sup>10</sup>. En este contexto la situación de la práctica de la lactancia en Venezuela guarda mucha más similitud con Brasil y República Dominicana, donde un porcentaje elevado de niños inician la lactancia, 9 de cada 10, para disminuir esta proporción a cerca de 6 de cada 10 entre los niños de 4 a 6 meses de edad, siendo la duración del orden de

10 El Programa de Encuestas Demográficas y de Salud (DHS) se viene desarrollando desde 1984 en muchos de los países de la región como seguimiento al Programa de Encuestas Mundiales de Fecundidad (EMF) y de las Encuestas de Prevalencia de Anticonceptivos (EPA) contemplando además un componente importante de aspectos relacionados con la salud materno-infantil.

7 meses en promedio. Otros países, como Bolivia, Guatemala y Perú muestran una situación muy distinta, ya que es elevada la prevalencia de la lactancia aún a partir del cuarto mes de edad y los niños de estos países lactan entre 10 a 12 meses más que los niños venezolanos.

**Cuadro 3**  
**Inicio y prevalencia de la lactancia materna en algunos países de América Latina (1992-1996)**

País	Año	% de niños que recibió lactancia alguna vez(1)	% de niños que reciben lactancia según la edad			Duración de la lactancia (mediana)
			0-3 meses	4-6 meses	7-9 meses	
Colombia	1995	94.5	95.3	80.4	63.3	11.3
Brasil	1996	92.5	85.4	63.7	43.1	7.0
Bolivia	1994	96.3	96.0	-	-	17.5
Guatemala	1995	95.6	98.3	93.0	92.1	19.8
Perú	1996	96.8	99.0	95.8	89.5	19.9
República Dominicana	1996	93.2	87.2	63.0	51.3	7.6
Nicaragua	1992-93	91.9	85.2	-	-	12.3
Venezuela	1993	89.2	80.6	71.8	45.1	7.0

(1) Esta estimación se basa en todos los nacidos en los cinco años que precedieron a la encuesta, independientemente de si estaban vivos o no al momento de la encuesta. En el caso de Bolivia, la estimación se basa en los tres años que precedieron a la encuesta.

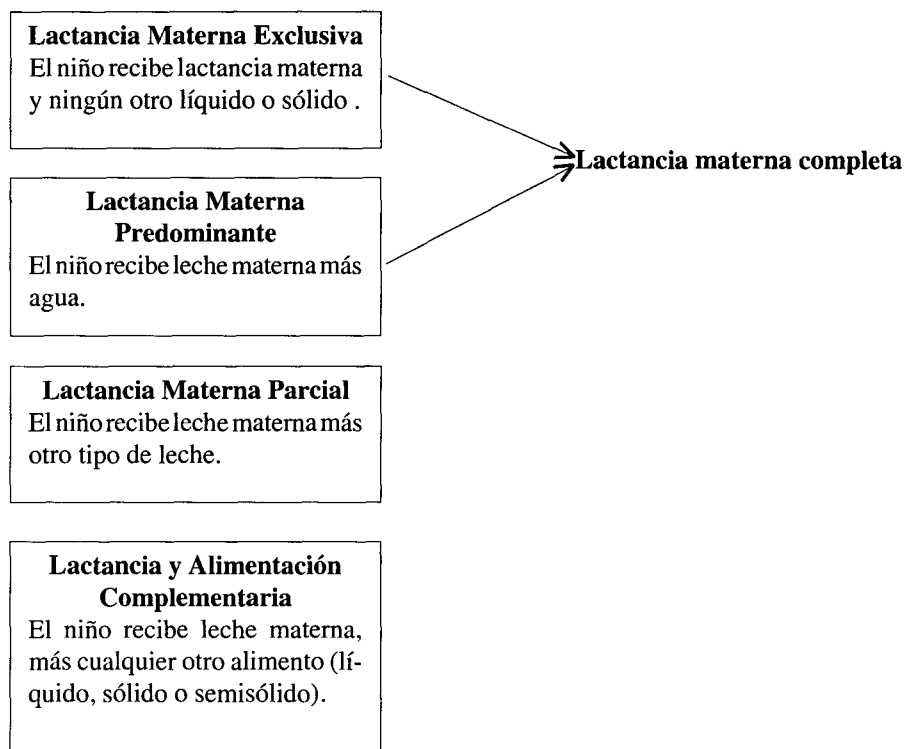
**Fuentes:** Informes de la Encuestas Demográficas y de Salud de Colombia, Brasil, Bolivia, Guatemala, Perú, y República Dominicana e Informe de la Encuesta de Salud Familiar de Nicaragua. Venezuela: Encuesta Social 1993. Tabulados especiales.

### *Tipo de Lactancia*

Es la práctica de la lactancia en una forma óptima la que permite aprovechar al máximo sus beneficios para la salud y la nutrición infantil. Siguiendo la recomendación, durante sus primeros 6 meses de vida la alimentación de los niños debe basarse exclusivamente en la leche materna y a partir de esa edad se debe garantizarle la alimentación complementaria apropiada para satisfacer sus necesidades de nutrición (INN, 1994: 8). Tomando en consideración las categorías de lactancia natural propuestas por la OPS/OMS (OPS-OMS, 1991:2-4) y sobre la base de las posibilidades de la

ENSO'93<sup>11</sup> (figura 1), a continuación se revisa en qué medida la práctica de la lactancia en el país se adecúa a esta recomendación.

**Figura 1. Tipo de lactancia**



**Fuente:** Adaptado de OPS-OMS. (1991). **Indicadores para Evaluar las Prácticas de Lactancia Materna.** División de Control de las Enfermedades Diarreicas e Infecciones Respiratorias Agudas. Ginebra, Suiza.

Los resultados presentados en el cuadro 4 indican que la "lactancia materna exclusiva" recomendada durante los primeros seis meses de vida es poco frecuente en el país, sólo un 7% de los niños en este grupo de edad recibe este tipo de alimentación; en los

11 La ENSO'93 se basó en el interrogatorio de la alimentación a los niños lactantes durante las últimas 24 horas. En la pregunta utilizada para indagar el tipo de alimentación recibida las categorías de respuesta agregan tipos de alimentos líquidos y sólidos, lo que limita la construcción de las categorías de lactancia tal cual se definen en el documento citado.

Cuadro 4

Distribución de los niños menores de 2 años por tipo de lactancia recibida en las 24 horas que precedieron a la encuesta según su edad en meses. 1993 (Porcentaje)

Edad en meses	No están recibiendo lactancia	niños que reciben:					
		Lactancia Exclusiva	Lactancia Predominante	Lactancia Completa	Lactancia Parcial	Lactancia alimentación complementaria	
Menores de 12 meses							
0-3	19.8	80.2	10.6	9.5	20.1	32.3	27.8
4-7	36.7	63.3	0.2	2.3	2.4	6.0	54.9
8-11	60.0	40.0	0.0	0.6	0.6	1.0	38.4
0-5	21.8	78.2	6.8	7.0	13.8	24.0	40.3
4-5	25.5	74.5	0.0	2.5	2.5	9.0	63.0
6-9	52.9	47.1	0.2	1.6	1.8	1.7	43.6
De 12 a 23 meses							
12-15	70.7	29.3	0.1	0.0	0.2	0.2	28.9
16-19	83.7	16.3	0.0	0.0	0.0	0.5	15.8
20-23	90.8	9.2	0.0	0.0	0.0	0.0	9.2

Fuente: Encuesta Social 1993. Tabulados especiales.

menores de 4 meses un 11% era alimentado sólo con leche materna mientras que entre los 4 y 5 meses de edad la encuesta no registró casos de niños que recibieran exclusivamente lactancia. La lactancia natural como “alimentación predominante” también resulta ser poco común, entre los niños menores de seis meses de edad sólo un 7% recibe este tipo de alimentación; 10% entre los niños menores de 4 meses, y un 3% entre aquéllos con 4 a 5 meses<sup>12</sup>.

Considerando tanto a los niños que reciben lactancia materna como “alimentación exclusiva” y aquéllos que reciben lactancia materna como “alimentación predominante”, cerca de sólo 1 de cada 7 niños que no han cumplido sus 6 meses de edad estaría recibiendo “lactancia materna completa”: 1 de cada 5 entre 0 y 3 meses de edad y 1 de cada 30 entre los 4 y 5 meses de edad.

Entre los niños menores de 6 meses, la lactancia complementada con otro tipo de leche, definida como “lactancia parcial”, constituye el tipo de alimentación del 24%, mientras que el 40% está recibiendo además otros alimentos: en los menores de 4 meses, 3 de cada 10 reciben lactancia parcial y similar proporción la recibe complementada; en el grupo de niños con 4 o 5 meses de edad, se reduce la lactancia parcial a 1 de cada 10, mientras que la lactancia y alimentación complementaria es el tipo de alimentación que reciben 6 de cada 10 de estos niños.

El cuadro 5 muestra el tipo de alimentos que se introduce desde temprana edad para complementar la lactancia materna. Entre los 0 y 3 meses de edad, del total de niños que reciben lactancia complementada, 4 de cada 10 niños fueron alimentados además con “compotas, sopas o cereales” y 3 de cada 10 recibieron “frutas o vegetales”; entre los 4 y 5 meses de edad aumentan estas proporciones a 5 de cada 10 y a casi 8 de cada 10 para las respectivas categorías de alimentos.

Al comparar nuevamente el comportamiento observado en Venezuela con otros países de la región latinoamericana, gráfico 3, se encuentra que la práctica de la lactancia materna exclusiva en los niños menores de 4 meses de edad resulta ser poco frecuente frente a la reportada por países como Brasil, Guatemala, Bolivia y Perú, donde el porcentaje de niños que reciben este tipo de lactancia se ubica entre el 40 y 60%; el orden de magnitud identificado entre los niños venezolanos se aproxima más al registrado entre los niños nicaragüenses y colombianos.

---

12 De acuerdo a la definición de este tipo de alimentación, además de agua los niños pueden recibir jugos de frutas y otras bebidas a base de agua. En la ENSO'93 en la pregunta correspondiente, se agregaron en la misma categoría los líquidos y sólidos a base de fruta o vegetales. A los fines, no se consideró esta categoría de alimentos, por lo tanto el porcentaje de niños que reciben este tipo de lactancia podría ser algo más elevado, y por consiguiente más bajo el porcentaje de niños que resultó en la categoría “lactancia y alimentación complementaria”.

Cuadro 5

Porcentaje de niños menores de 2 años que recibieron lactancia y alimentos específicos en las 24 horas que precedieron a la encuesta, según su edad en meses. 1993.

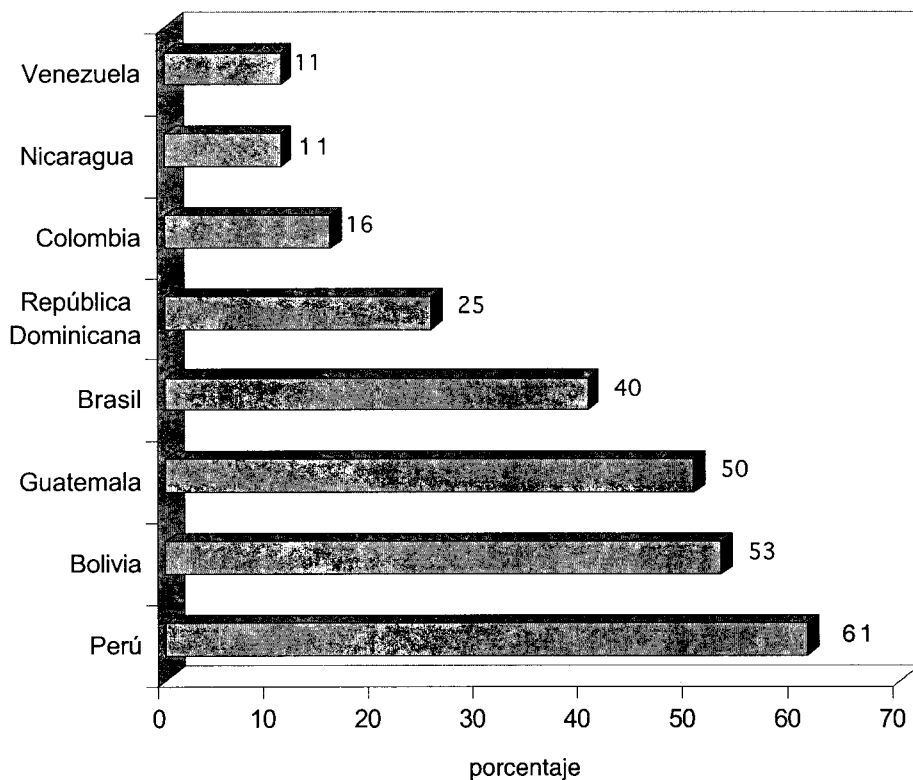
Edad en meses	Agua	Fruta o vegetales en jugos o sólidos	Leche en polvo o en envase	Refresco	Compota, sopas cereales u otros sólidos	Otros
Menores de 12 meses						
0-3	87.2	33.6	69.4	2.2	44.3	10.2
4-7	94.5	72.3	80.3	11.1	62.2	3.1
8-11	97.6	77.9	67.0	34.9	97.7	3.7
De 12 a 23 meses						
0-5	91.1	56.7	76.7	4.3	46.6	5.4
4-5	94.1	75.2	82.5	5.9	48.4	1.6
6-9	95.6	72.2	56.3	32.9	93.3	4.3
De 12 a 23 meses						
12-15	98.8	83.6	84.0	62.4	93.4	20.0
16-19	90.2	59.1	73.8	39.0	93.0	10.8
20-23	94.4	74.2	78.7	38.4	90.9	1.9

**Nota:** Los porcentajes pueden sumar más de 100% debido a que un niño pudo recibir más de un tipo de alimento.

**Fuente:** Encuesta Social 1993. Tabulados especiales.

Gráfico 3

Porcentaje de niños de 0 a 3 meses que reciben lactancia exclusiva en varios países de América Latina. (1992-1996).



**Fuentes:** Informes de las Encuestas Demográficas y de Salud de Colombia, Brasil, Bolivia, Guatemala, Perú, y República Dominicana e Informe de la Encuesta de Salud Familiar de Nicaragua.

**Venezuela:** Encuesta Social 1993. Tabulados especiales.

### *3. Diferencias en la práctica de la lactancia materna*

#### *Factores que influyen en la práctica de la lactancia materna*

Se sostiene que es muy reducida la proporción de mujeres que se ven imposibilitadas para amamantar a sus hijos. Si bien el estado de salud y nutrición de éstas pudiera ejercer



una influencia desfavorable en la lactancia materna, se ha demostrado que las madres con deficiencias nutricionales producen un volumen de leche sólo ligeramente inferior al promedio, y la composición de su leche no representa variaciones considerables respecto a la de las otras madres (OPS,1981:1).

Se reconoce más bien que el comportamiento de las madres frente a la alimentación de los niños y la práctica de la lactancia materna está determinado por una serie de factores socioeconómicos, culturales y educacionales, entre los cuales se mencionan: las transformaciones que trajeron consigo la modernización y la profundización de la urbanización, el cambio del papel de la mujer en la sociedad, la disponibilidad de los sucedáneos de la leche materna y los mecanismos utilizados para su comercialización, la información, preparación y apoyo que reciban las madres y la influencia de los servicios de salud (OPS,1981; Huffman,1984; Rodríguez- García y Schaefer, 1990; INN, 1994; Ministerio de la Familia-CONALAMA, 1995; Comité Nacional de Lactancia Materna,1995; MSAS-DAMNA, 1998).

### **La modernización y la urbanización**

Los procesos de industrialización y la acelerada urbanización transformaron las estructuras sociales y ocasionaron cambios rápidos en el estilo de vida y en los hábitos de consumo en la población con consecuencias en la valoración y fomento de la lactancia materna. Se implanta una “cultura del biberón” haciéndola sinónimo de modernidad, de mejor calidad de la alimentación de los recién nacidos y en un símbolo de posición social. De esta manera, la utilización de las fórmulas lácteas comienza a desplazar a la lactancia natural, primero entre las mujeres más “educadas” y con más alta posición económica para luego ser adoptadas a nivel de los sectores urbanos más pobres y en las áreas rurales, con lo cual se produce a escala nacional el mismo patrón de difusión de la práctica del biberón. Como es sabido ésta se generalizó primero entre los países más avanzados y posteriormente se extendió a los países subdesarrollados (Gómez, Garnica, Sepúlveda, Valdespino, Lam y Herrera: 1989: 727; Ministerio de la Familia-CONALAMA, 1995:6; Comité Nacional de Lactancia Materna,1995: 166; Rodríguez-García y Schaefer, 1990:123).

### **La incorporación de la mujer a la fuerza de trabajo**

La participación creciente de la mujer en la actividad económica tiene influencia en el patrón de alimentación de los niños. El tipo de empleo de las madres fuera del hogar supone una separación de los hijos en edad de lactar, lo cual puede ocasionar que muchas opten por alimentos sustitutos e introducidos frecuentemente a temprana edad. En este sentido, si bien se han aprobado leyes que protegen los derechos de amamantar que

tienen las madres trabajadoras<sup>13</sup>, el desconocimiento de éstas tanto por parte del empleador como de las propias mujeres y el poco conocimiento de ellas sobre la práctica de la lactancia materna en estas circunstancias<sup>14</sup>, ha hecho parecer que el trabajo fuera del hogar sea incompatible con la alimentación mediante la leche materna y se ha definido como una de las causas de su inadecuada práctica (CONALAMA, 1996).

### **El conocimiento de la mujer acerca de la lactancia y el apoyo familiar y social**

La lactancia no es solamente instintiva, también es una conducta adquirida, por lo que en la actitud hacia ésta influye la observación durante la niñez, el medio familiar y social (Comité Nacional de Lactancia Materna, 1995: 168), de lo que dependerá la información que finalmente adquiera la madre sobre el valor de la lactancia y las técnicas apropiadas para practicar este tipo de alimentación. A medida que se ha dado la ruptura de las familias extendidas, las madres comienzan a verse privadas del apoyo y conocimiento que sobre las técnicas de la lactancia podían transmitir otros miembros del grupo familiar y de la ayuda para atender a los niños y las tareas del hogar (Rodríguez- García y Schaefer, 1990: 123). Con estos cambios, mantener la motivación de las madres frente a la práctica requiere de sistemas alternativos de apoyo, tanto por la vía de los establecimientos de salud como de la comunidad.

### **El papel de los servicios de salud**

A los servicios de salud se les atribuye una influencia fundamental en la actitud de las madres frente a la lactancia materna. Se ha señalado que el personal de salud puede contribuir al abandono de esta práctica en la medida que no ofrezca a las madres la información, el apoyo y el estímulo necesario fin de propiciar que éstas amamenten a sus hijos y que lo hagan en la forma óptima. Aunado a ello, son los mismos centros de salud los que pueden, por implantar normas y procedimientos inadecuados, interferir con la iniciación y el establecimiento normal de la práctica (MSAS-DAMNA, 1998: 90). El sistema hospitalario afecta el inicio de la lactancia al mantener ciertas pautas en lo que se refiere a la asistencia madre-hijo: la separación de ambos inmediatamente

---

13 En la Ley Orgánica del Trabajo vigente en el país, se contemplan normas que contribuyen a la protección de la lactancia materna: un descanso postnatal de doce semanas, la obligación de los patrones a conceder dos descansos diarios a las trabajadoras para poder amamentar a sus hijos y la instalación de guarderías infantiles en empresas que ocupen más de veinte trabajadores.

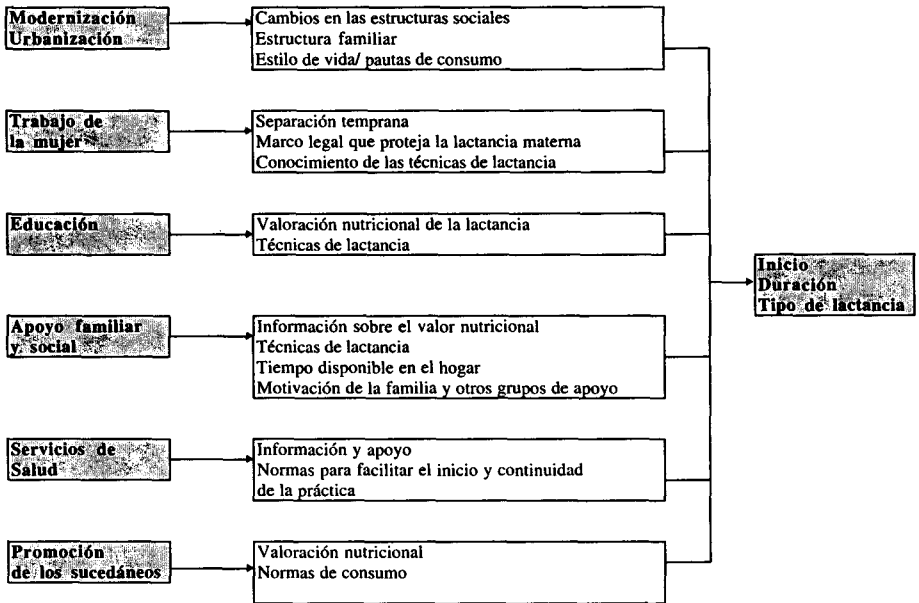
14 La instrucción que haya recibido la madre con relación a las técnicas de extracción manual de la leche y su conservación.

después del nacimiento, la existencia de retenes para recién nacidos, el suministro de teteros con fórmulas, suero glucosado e infusiones, el establecimiento de horarios estrictos para la alimentación de los lactantes y tiempo de estadía del binomio (INN, 1994: 19-20).

**La disponibilidad de los sucedáneos de la leche materna**

La disponibilidad y promoción poco ética de los sucedáneos de la leche materna tiene efectos en la inadecuada práctica de la lactancia materna y en el abandono temprano. Los fabricantes de leche de fórmulas y otros sustitutos de la leche materna han mantenido campañas publicitarias presentando sus opciones como la forma completa de alimentar a los recién nacidos, lo cual ha conducido a que muchas madres adopten estos productos con la creencia de “garantizarle” una mejor alimentación a sus hijos (Rodríguez- García y Schaefer, 1990:138). A ello contribuye también las prácticas de distribución de estas empresas manteniendo estrategias como la de ofrecer muestras gratuitas en los establecimientos de salud (IBFAN,1998).

**Figura 2. Factores que influyen en la práctica de la lactancia materna**



Fuente: Elaboración propia.

## ***Características de las madres, tipo de atención recibida en el período prenatal y parto y la práctica de la lactancia materna***

A fin de examinar la prevalencia y tipo de lactancia que reciben los niños en el país en función de los factores antes señalados, y con las posibilidades de la ENSO'93, se define una caracterización de las madres, de la asistencia recibida en la etapa prenatal y el parto y de la práctica de la lactancia materna a partir del siguiente conjunto de variables:

- *Con relación a las madres:* aquellas que dan cuenta de sus características demográficas, la *edad* y la *paridez*; la situación conyugal, para tener una aproximación a la *situación familiar* por lo que pudiera significar como apoyo a la práctica; la *jerarquía poblacional del lugar de residencia* como indicador del nivel de urbanización y por tanto de los modos de vida predominantes; la *educación* de las madres como referente tanto del nivel de información que puedan éstas manejar para el cuidado de los hijos como de situación social; la *participación* de las madres en la *actividad económica* y el *nivel de ingreso* del hogar de pertenencia, esta última variable como indicador de condiciones de vida y de posibilidades de mantener una alimentación para los niños con sucedáneos de leche materna.
- *Con relación a los servicios de salud:* se toma en cuenta el *tipo de personal* que atendió a la madre durante su período prenatal y el *tipo de establecimiento*, así como la atención recibida durante el parto de acuerdo al *tipo de personal* y *tipo de establecimiento de salud*; para tener una indicación de la direccionalidad de la relación entre el tipo de atención y la práctica de la lactancia.
- *Con relación a la práctica de la lactancia:* se examina el *inicio de la lactancia materna* y la *duración mediana* así como la práctica de la *lactancia completa* durante los primeros seis meses de vida<sup>15</sup>.

---

15 Dado el bajo número de niños que reciben "lactancia exclusiva" de acuerdo a esta fuente, se consideró la categoría de "lactancia completa" a fin de contar con un mayor número casos y poderlos clasificar de acuerdo a las características seleccionadas.

### Perfil de las madres

Con base en estas variables, el gráfico 4 muestra un perfil de las madres de los niños en edad de ser amamantados para el momento de la ENSO'93. De acuerdo a ello el 44% de los niños eran de madres menores de 25 años de edad, similar proporción de madres entre los 25 y 34 años y el 14% de aquéllas con mayor edad, entre 35 y 49 años. En cuanto a la paridez, de cada 10 de estos niños, 3 eran primogénitos, 4 eran de madres que habrían tenido entre 2 a 3 hijos y 3 de madres con 4 hijos o más. En lo relativo a la situación familiar, los datos indican que 2 de cada 10 niños pertenecen a familias de "núcleos incompletos"<sup>16</sup>, sus madres son solteras o que ya han disuelto una unión por divorcio, separación o por viudez.

En lo que se refiere a la educación, tomando en cuenta el último año aprobado por las madres en el sistema formal, la encuesta reporta que un poco menos de la mitad de los niños eran de madres de bajo nivel educativo: un 15% de madres sin logros educativos o con menos de 4 años de escolaridad y el 31% de madres que habrían acumulado entre 4 a 6 años; mientras que un 20 y 34 % eran de madres con 7 a 9 años o con 10 o más años de escolaridad, respectivamente.

Para el momento de la encuesta, el 27% de los niños eran de madres que se declararon económicamente "activas", esto es, estaban ejerciendo un trabajo o demandándolo y de acuerdo al nivel del ingreso del conjunto de miembros de su hogar, 4 de cada 5 niños pertenecían a hogares "pobres".<sup>17</sup>

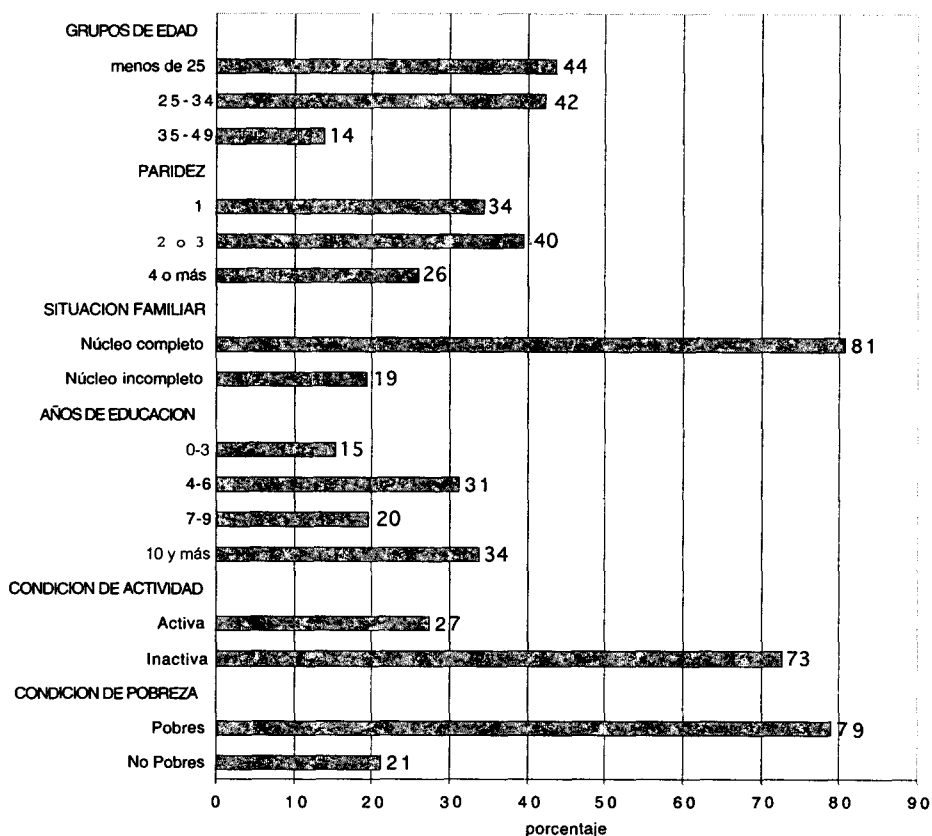
---

16 El núcleo familiar es "completo" si la madre se declara en unión, sea legal o consensual. De lo contrario se clasifica el núcleo familiar como "incompleto".

17 El método utilizado para hacer la aproximación a los niveles de pobreza es el de "Línea de la Pobreza". Para 1993, de acuerdo a la información reportada por la OCEI, el costo promedio de la "Canasta Básica de Consumo" se ubicaba en 44.553 Bs. Se clasificó como hogares "pobres" aquéllos con ingresos totales inferiores a la "Canasta Básica de Consumo" y como "no pobres" a aquéllos cuyos ingresos eran iguales o superaban este nivel.

Gráfico 4

**Porcentaje de niños menores de 2 años según características demográficas y socioeconómicas de las madres. 1993**



Fuente: Encuesta Social 1993. Tabulados especiales.

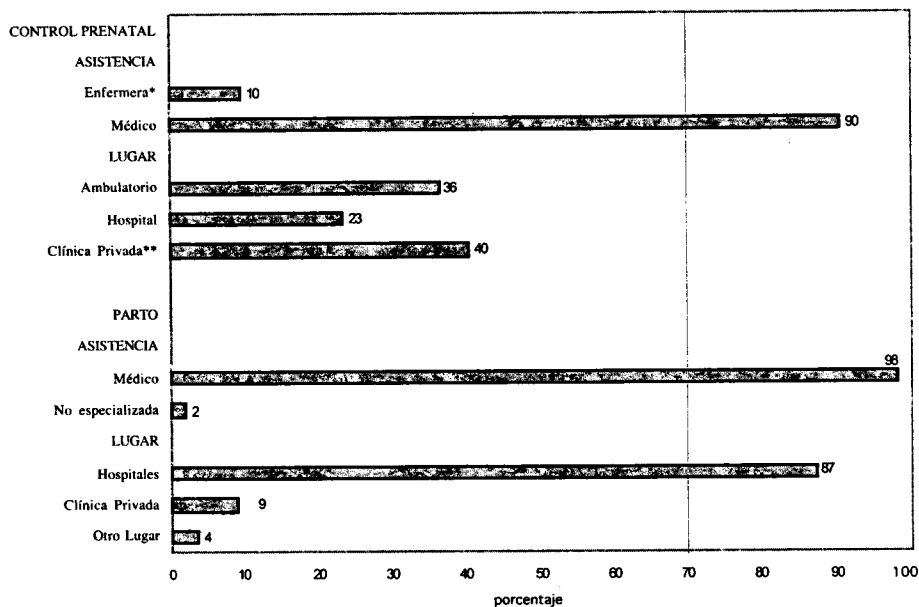
### Características del tipo de asistencia recibida

Con relación al tipo de asistencia recibida (gráfico 5) se ha encontrado un elevado porcentaje de niños cuyas madres acudieron a los centros de salud para controlar su embarazo (94 %) y en su mayoría la recibieron por parte del personal médico (90%), un 36% fue controlado en un ambulatorio, un 23% en hospitales públicos o del Seguro Social (IVSS) mientras que un 40% controló su embarazo en un establecimiento de salud privado.

En lo que se refiere al tipo de atención durante el parto, los datos de la encuesta coinciden con los arrojados por las estadísticas de nacimientos publicadas por la OCEI, al indicar que la gran mayoría de los niños en el país nacen en “instituciones de salud” sean públicas o privadas (96%) y son atendidos por personal médico (98%).

**Gráfico 5**

**Porcentaje de niños menores de 2 años según la atención recibida durante la etapa prenatal y el parto. 1993**



\* Incluye “otro”.

\*\* Incluye servicio médico del trabajo y “otro”.

**Fuente:** Encuesta Social 1993. Tabulados especiales.

**Características de las madres y la lactancia**

*Edad y paridez*

Según los resultados de la ENSO'93 el inicio de la lactancia tiende a ser ligeramente mayor en los hijos de madres más jóvenes, de 15 a 34 años, que en aquéllos cuyas madres

tienen de 35 a 49 años, 88% y 80%, respectivamente. En lo que concierne a la duración se ha encontrado que los hijos de las mujeres más jóvenes están recibiendo lactancia materna durante más tiempo, la duración promedio resultó ser de 9 meses, mientras que entre aquéllos cuyas madres tienen de 25 a 34 años o son de mayor edad, la duración es de 7 y 5 meses respectivamente. Igualmente son los hijos de las mujeres jóvenes los que en mayor proporción están recibiendo lactancia completa durante sus primeros 6 meses de vida, 17%, respecto a 11% y 7% en aquéllas cuyas edades exceden los 25 años.

Al analizar el inicio de la lactancia según la paridez, se encuentra que ésta disminuye mientras mayor es el número de hijos de las madres, particularmente a partir del cuarto orden, de 91% a 79%. Sin embargo, se debe señalar que esta distribución está altamente afectada por la edad de la madre, cuánto mayor es la paridez es más alta la representación de hijos de madres de mayor edad y, como se vio anteriormente, la edad está condicionando en este caso el inicio de la lactancia.

Esta observación es igualmente válida cuando se examina el tipo de lactancia y la duración, ya que también se observa que las primerizas están amamantando con una duración ligeramente mayor y en forma más adecuada, pero esas estimaciones no están controlando el efecto de la edad. Como se aprecia en el cuadro 6 entre los primerizos menores de 6 meses, 2 de cada 10 está recibiendo lactancia completa y la duración media es de 7 meses, mientras que entre los niños de madres no primerizas se reduce a 1 de cada 10 quienes reciben lactancia completa como alimentación.

### *Situación familiar*

De acuerdo a su situación familiar, vista en este caso según la característica del núcleo familiar al momento del estudio, el inicio de la lactancia materna resultó ser menos frecuente entre los niños de “núcleos incompletos”, 79% frente a un 90% entre los niños con ambos padres, sin embargo, no se observan diferencias en la duración promedio de la lactancia según esta variable. En cuanto al tipo de lactancia, en los “núcleos completos” es mayor la proporción de niños que reciben lactancia completa como alimentación.

### *Lugar de residencia*

Al revisar la práctica de la lactancia materna de acuerdo al lugar de residencia<sup>18</sup> no se observa una diferencia muy marcada en el inicio de la lactancia según se viva en grandes ciudades o en localidades más pequeñas, el porcentaje de niños que recibieron alguna vez lactancia apenas varía entre 86% y 91%. Sin embargo, ese no es el caso de la duración donde se aprecia una clara influencia de la residencia.

---

18 El lugar de residencia se define conforme a los dominios de estudio de la ENSO'93: Áreas Metropolitanas de Caracas, ciudades con más de 50.000 habitantes, ciudades con 25.000 a 50.000 habitantes y el resto (urbano y rural).



La lactancia es más prolongada cuanto menor es la jerarquía poblacional del lugar donde reside la madre. Así, los niños de madres residentes en las pequeñas localidades son amamantados, en promedio, durante casi 11 meses, mientras que la duración se reduce a 6 meses en el Area Metropolitana de Caracas. Igual situación se identifica con relación a la práctica de la lactancia completa, al registrarse una frecuencia más alta (16%) entre aquellos niños de madres que residen en localidades de menor tamaño, contrario a lo observado en el Area Metropolitana de Caracas (8%).

### *Educación*

En lo que concierne a la influencia de la educación en la práctica de la lactancia la información arrojada por la ENSO'93 no permite identificar una tendencia regular entre los años de educación formal acumulados por las madres y el inicio de la lactancia, pero entre las madres "más educadas" el porcentaje de niños que ha recibido lactancia materna alguna vez es algo mayor. Con relación a la práctica de la lactancia completa esta resultó algo más frecuente entre las madres con mayor educación, 16% de los niños reciben este tipo de alimentación, para bajar a un 13% entre aquéllos cuyas madres tienen el más bajo nivel o con 7 a 9 años de educación y a 11% entre las que han alcanzado de 4 a 6 años.

### *Participación en la actividad económica*

Al revisar la condición de las madres según su participación en la actividad económica al momento de la encuesta, se encuentra que el inicio es similar entre los niños de madres "activas" e "inactivas, 89% y 87% respectivamente y la duración mediana de la lactancia no registró diferencias según la condición de actividad económica de las madres. La frecuencia de la lactancia completa cuando la madre es "activa" resultó menor, en éstas, un 8% de los niños es alimentado "completamente" con leche materna, en tanto que entre las "inactivas" se eleva a 15%.

Se debe destacar que con base en estos resultados no es posible establecer claramente la influencia que existe entre el trabajo de la madre y la práctica de la lactancia materna, debido a que no se dispone de información que de cuenta de los cambios en la condición de actividad económica a lo largo del período en que ha transcurrido la lactancia y por otra parte se desconocen las características del empleo, por ejemplo, si es dentro o fuera del hogar, en el sector formal o informal y el tiempo de dedicación.

### *Condición de pobreza*

Conforme a la clasificación de los hogares de pertenencia de las madres según la condición de pobreza, no se observa una marcada diferencia en el inicio de la lactancia materna según sean sus hogares "pobres" o "no pobres"; 88% y 86% ni es distinta la duración promedio, pero, la lactancia completa como pauta de alimentación de los niños en los hogares "pobres" resultó menos frecuente; en éstos 1 de cada 10 niños

## Cuadro 6

Porcentaje de niños menores de 2 años que recibieron lactancia alguna vez, duración mediana y porcentaje de niños menores de 6 meses que reciben lactancia completa según características demográficas y socioeconómicas de las madres. 1993

Características	Menores de 2 años		Menores de 6 meses
	Recibieron lactancia alguna vez	Duración mediana	Reciben lactancia completa
<b>Total</b>	87.7	7	13.8
<b>Edad de la madre</b>			
menos de 25	89.3	9	17.1
25-34	88.5	7	10.6
35-49	80.3	5	7.4
<b>Paridez</b>			
1	90.9	7	20.7
2-3	90.6	8	8.7
4 o más	79.1	6	9.5
<b>Situación Familiar</b>			
Núcleo familiar completo	89.8	7	15.2
Núcleo familiar incompleto	78.5	7	6.0
<b>Lugar de Residencia</b>			
Area Metropolitana de Caracas	91.3	6	8.2
Ciudades Principales > 50.000	87.1	7	12.0
Ciudades Intermedias (25.000-50.000)	89.7	8	12.2
Resto < 25.000	86.3	11	16.6
<b>Años de Educación</b>			
0-3	89.4	8	12.7
4-6	82.0	8	10.9
7-9	85.8	6	12.9
10 y más	93.2	7	16.4
<b>Condición de actividad económica</b>	87.7	7	13.7
Activa	89.5	7	7.9
Inactiva	87.0	7	15.0
<b>Nivel de pobreza</b>	87.7	7	13.8
Pobres	88.1	7	8.6
No Pobres	86.3	7	31.4

Fuente: Encuesta Social 1993. Tabulados especiales.

recibe este tipo de alimentación, mientras que en los “no pobres” esta proporción se eleva a 3 de cada 10. Sin embargo, llama la atención este último resultado, por cuanto supera ampliamente los órdenes de magnitud estimados de acuerdo a otras características de las madres analizadas previamente.

### **Lugar de atención y lactancia<sup>19</sup>**

Los datos de la ENSO'93 acerca del lugar donde las madres asistieron regularmente al control prenatal arrojan que el inicio de la lactancia entre los niños cuyas madres controlaron su embarazo en una clínica privada o en un hospital (público o del Seguro Social) son similares, un poco más de 90%, mientras que es menos frecuente entre los hijos de madres que asistieron a un ambulatorio. Los niños de madres que recibieron atención prenatal privada son amamantados durante menos tiempo, 5 meses, mientras que entre los de madres que recibieron atención en un ambulatorio o en un hospital la duración es de 7 y 8 meses, respectivamente.

La práctica de la lactancia completa resultó menos común para aquéllos cuyas madres se controlaron en un hospital, llama la atención que sólo un 3% reciba este tipo de alimentación, para aumentar a 13% entre los de madres que asistieron a un ambulatorio para su control y a 20% entre los de aquéllas que recibieron atención privada.

Según el lugar de ocurrencia del parto, el inicio de la lactancia entre los hijos de mujeres que fueron atendidas en las clínicas no es muy diferente en comparación con lo observado entre aquéllos de madres que acudieron a un hospital. La duración promedio de la lactancia resultó ser menor entre los hijos de madres que dieron a luz en una clínica, 2 meses menos, pero la práctica de la lactancia completa en los niños menores de 6 se observa mayor en este grupo.

---

19 Debido a la baja frecuencia de niños cuyas madres no controlaron su embarazo o fueron atendidas por personal “no médico”, este análisis se limita al “lugar de atención”.

Cuadro 7

**Porcentaje de niños menores de 2 años que recibieron lactancia alguna vez, duración mediana y porcentaje de niños menores de 6 meses que reciben lactancia completa según lugar el control prenatal y parto. 1993**

Lugar del control prenatal y parto	Menores de 2 años		Menores de 6 meses reciben lactancia completa
	Recibieron lactancia alguna vez	Duración mediana	
<b>Total</b>	87.7	7	13.8
<b>Lugar del control prenatal</b>			
Ambulatorio	81.1	7	12.8
Hospital	91.2	8	2.7
Clínica Privada (1)	94.3	5	20.1
<b>Lugar del parto</b>			
Hospital	87.3	7	13.4
Clínica Privada	90.3	5	18.3

(1) Incluye servicio médico del trabajo y otro

**Fuente:** OCEI-MINFAM. Encuesta Social 1993. Tabulados especiales.

#### ***4. ¿Quiénes están amamantado en forma óptima? Un análisis multivariado***

Con la finalidad de complementar el análisis realizado en las secciones precedentes y de esa forma obtener mayor información acerca de las posibles relaciones entre las características socioeconómicas de las madres y el comportamiento frente a la práctica de la lactancia materna, se llevó a cabo un Análisis de Correspondencias Múltiples (ACM). Este se define como una técnica exploratoria multivariable que permite estudiar la relación entre un número cualquiera de variables, cada una de ellas con varias modalidades bien sean nominales u ordinales, reduciendo la cantidad de características por medio del cálculo de la distancia de Benzecri, el cual se basa en el  $\chi^2$  (Grangé y Lebart, 1993: 75).

Por tratarse de una técnica multivariable, facilita la observación y la descripción de una población o una muestra de ella que contenga un gran número de datos, proporcionando una caracterización de los mismos a partir de los aspectos sometidos al análisis.

Mediante el ACM se obtiene un peso factorial, es decir, la contribución o ponderación que posee cada una de las variables y, a su vez, cada una de sus modalidades en la formación de los ejes factoriales. En su representación gráfica el ACM permite visualizar las modalidades que más se asocian y por lo tanto es posible conformar diferentes grupos de individuos. La utilización de esta técnica hace factible, en principio, la conformación de diferentes grupos de niños según la proximidad de las modalidades relativas a las características de sus madres y a los patrones de lactancia, como se verá más adelante.

En la aplicación de la técnica se tomaron en consideración las variables presentadas en las sesiones precedentes para obtener un perfil socioeconómico de las madres: *situación familiar, educación, participación en la actividad económica, condición de pobreza y lugar de residencia*. Se agregaron además las siguientes: a) *presencia de la pareja en el hogar*,<sup>20</sup> a fin de reforzar la visión de la situación familiar; b) *tipo de vivienda y dotación de servicios básicos* (agua y sistemas de eliminación de excretas) como variables que ayudan a determinar las condiciones de vida y a dar una idea de las características del entorno físico-ambiental, el cual también influye en la salud de los niños.

Con relación a la práctica de la lactancia materna se definieron las siguientes variables: a) *duración de la lactancia*, calculada tanto para aquéllos niños que estaban lactando al momento de la encuesta como para aquéllos que habían dejado de recibir este tipo de alimentación; b) *tipo de lactancia*<sup>21</sup>, construida a partir de la evaluación del tipo de alimentación que estaban recibiendo los niños al momento de la encuesta de acuerdo a su edad.

En la aplicación del ACM las variables pueden ser consideradas “activas”, que son las que participan en el cálculo de los planos factoriales y construyen grupos en función de un determinado tema, e “ilustrativas”, que si bien no contribuyen a la formación los factores ayudan a caracterizar los distintos grupos de individuos a partir de las proximidades observadas (Grangé y Lebart, 1993: 137-140). A efecto de nuestro análisis se seleccionaron como variables activas aquéllas que dan cuenta de las características *socioeconómicas de las madres*, y como ilustrativas se escogieron aquéllas relativas a los patrones de lactancia: la *duración de la lactancia* y el *tipo de lactancia recibida* (ver anexo).

---

20 En la encuesta a las mujeres casadas o unidas se les solicitó adicionalmente información acerca de la condición de residencia de su pareja en el hogar.

21 En los niños menores de 6 meses, se clasificó como *lactancia adecuada* cuando reciben lactancia completa y como *lactancia inadecuada* cuando los niños reciben lactancia parcial o alimentación complementaria.

En los niños de 6 meses o más, se clasificó como *lactancia adecuada* cuando reciben lactancia y alimentación complementaria y como *lactancia inadecuada* si reciben lactancia completa o parcial.

### Análisis de los resultados

Para la interpretación de los resultados se tomaron en consideración los dos primeros ejes factoriales, los cuales explican el 26 % de las categorías de las variables activas escogidas. En el primer factor las variables que lo definen son las relacionadas con la *situación familiar y la condición de actividad* económica de las madres y en cuanto a las modalidades, las mayores contribuciones las aportan el “núcleo familiar incompleto” (23 %) y la condición de “activas” (8 %). Por su parte, en la conformación del segundo factor, aparecen las variables relacionadas con el *nivel educativo y el tipo de vivienda*, siendo las modalidades de mayor contribución “10 y más años de escolaridad” (7 %) y los “ranchos campesinos” (7 %) (Cuadro 8).

**CUADRO 8**  
**CONTRIBUCIONES DE LAS VARIABLES ACTIVAS Y DE SUS MODALIDADES**  
**DE RESPUESTA EN LA CONFORMACION DE LOS EJES 1 Y 2**

Variables activas y modalidades de respuesta	Contribución al eje	
	Eje-1	Eje-2
<b>Situación familiar</b>	29.3	11.1
Núcleo Completo	5.9	2.2
Núcleo Incompleto	23.4	8.9
<b>Presencia de la pareja</b>	29.3	11.9
Sí	6.2	1.7
No	0	1.3
Núcleo incompleto	23.1	8.9
<b>Años de escolaridad</b>	8.2	17.1
0 a 3 años	6.4	2.6
4 a 6 años	1.1	6.2
7 a 9 años	0.7	1.1
10 y más	0	7.2
<b>Condición de actividad</b>	11.3	2
Activa	8.1	1.4
Inactiva	3.2	0.6
<b>Lugar de residencia</b>	1.4	13.1
Area Metropolitana de Caracas	0.9	2.7
Ciudades principales	0.1	3.8
Ciudades intermedias	0.2	0.5
Resto	0.2	6.1
<b>Pobreza</b>	0.7	7.0
Pobres	0.1	1.5
No pobres	0.6	5.5
<b>Tipo de vivienda</b>	7.8	14.5
Quinta	3.1	0.4
Casa	0	0.2
Apartamento	0.2	6.6
Rancho	0.3	0
Rancho campesino	4.2	7.3
<b>Acceso a agua</b>	7.0	9.8
Acueducto	0.8	1.1
Otro	6.2	8.7
<b>Eliminación de excretas</b>	5.1	13.3
A cloaca/ pozo séptico	0.9	2.3
Otro	4.2	11

### **Grupo 1. Niños en condiciones de vida menos favorables, lactan más pero en forma “inadecuada”**

El primer grupo definido estaría constituido por niños que pertenecen a familias de núcleos incompletos. Sus madres son “menos educadas”, puesto que alcanzan a acumular sólo hasta 6 años de escolaridad y además no participan en la actividad económica. Residen en centros poblados con menos de 25.000 habitantes y pertenecen a hogares “pobres”; el tipo de vivienda asociado a este grupo es la casa y el rancho campesino con servicios básicos inadecuados, puesto que el sistema de eliminación de excretas es a “hoyo o letrina” o no poseen y se abastecen de agua por la “pila pública, por camión u otro medios”.

En cuanto a los patrones de la lactancia materna, este grupo se asocia a un menor inicio de esta práctica, pero quienes lactan lo hacen durante un tiempo más prologando, de 9 a 11 meses o de 12 meses o más. El tipo de lactancia que reciben estos niños es “inadecuada”, ya sea porque los menores de 6 meses están siendo amamantados y recibiendo además otro tipo de alimentos, o porque son mayores de esta edad y no se les está proporcionando alimentación complementaria en forma oportuna.

### **Grupo 2. Niños en condiciones de vida más favorables, lactan menos pero en forma “adecuada”**

Estaría conformado por niños que pertenecen a familias de núcleos completos. Son de madres “más educadas”, entre 7 a 9 años o 10 años o más y participan en la actividad económica. Residen en ciudades mayores de 25.000 habitantes o en el Area Metropolitana de Caracas y pertenecen a hogares “no pobres”, ocupando viviendas con servicios básicos adecuados, de eliminación de excretas a “cloaca o pozo séptico” y con servicio de abastecimiento de agua por acueducto. En cuanto al tipo de vivienda, con estas características se asocian tanto apartamentos y quintas como ranchos urbanos y casas de vecindad.

En lo que se refiere al patrón de lactancia materna, este grupo de niños está relacionado con una duración menor, de 0 a 3 meses o de 4 a 7 meses, no obstante se asocian a un tipo de lactancia “adecuada”, puesto que es más frecuente en los menores de 6 meses recibir lactancia exclusiva como alimentación o lactancia predominante, o porque son mayores de esta edad y están recibiendo oportunamente una alimentación complementaria.

En resumen es posible afirmar que de acuerdo al lugar de residencia y las condiciones de vida existen diferencias en los patrones de lactancia. En el primer grupo, que reside en centros poblados de menor jerarquía, con condiciones desfavorables (baja escolaridad, pobres, viviendas y servicios inadecuados) las madres mantienen la lactancia por más tiempo, lo cual resulta positivo para la salud y la nutrición de la

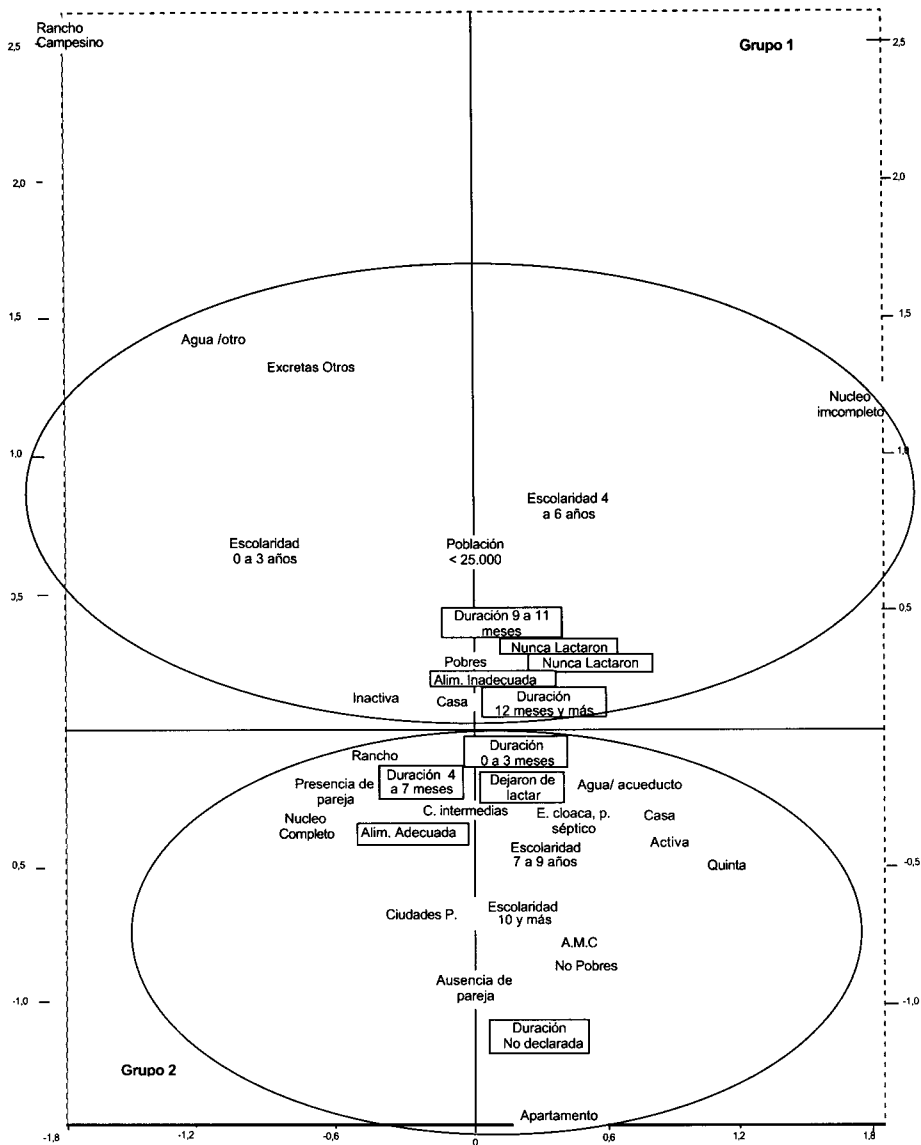
población infantil en los sectores de bajos recursos, sin embargo, la introducción de otros alimentos es temprana lo cual estaría limitando las ventajas que ofrece la práctica de la lactancia materna.

Por lo contrario, el segundo grupo en áreas urbanas y que refleja condiciones más favorables (mayor escolaridad, no pobres, y por lo menos servicios adecuados) se caracteriza por practicar la lactancia en forma “adecuada” en cuanto al tipo, sin embargo entre estos niños el destete es más temprano, lo que limita igualmente los beneficios de la lactancia para su desarrollo físico y mental.

Esta situación de la práctica de la lactancia materna conduce a afirmar que independientemente de sus características socioeconómicas, las madres en el país no están amamantando a sus hijos en forma óptima de acuerdo a las recomendaciones: “exclusivamente los primeros seis meses de vida y con alimentación complementaria adecuada hasta los 2 años o más de edad”.



**Gráfico 7**  
**Representación gráfica de los ejes factoriales 1 y 2**



## *Conclusión*

Los datos de la ENSO'93 muestran que un alto porcentaje de niños inicia la lactancia en el país (88%) pero al arribar a los 7 meses de edad un poco más de la mitad han dejado de recibir este tipo de alimentación. No obstante se observan cambios positivos cuando se compara esta situación con la presentada hace dieciséis años atrás por la ENF'77: un aumento importante de la prevalencia de la lactancia entre los niños menores de 6 meses, de 60% a 79%, con un incremento de 3 meses en la duración promedio de la lactancia al variar ésta de 3 a 4 meses.

En cuanto al tipo de lactancia, se evidencia en general una práctica inadecuada por la introducción temprana de otros alimentos. La lactancia "exclusiva" recomendada durante los primeros 6 meses de vida resulta poco común entre los niños venezolanos, sólo un 7% en este grupo de edad recibe este tipo de alimentación e igual proporción recibe "lactancia predominante"; mientras que el 24% recibe "lactancia parcial" y es más frecuente que reciban además frutas o vegetales, compota, sopas u otros alimentos (40%).

Al comparar la situación de la práctica de la lactancia con otros países de América Latina, se observa que si bien los niños venezolanos inician la lactancia en un orden de magnitud no muy diferente a otros niños de la región, resulta corta la duración si se compara, por ejemplo, con los niños de Colombia, Bolivia, Guatemala o Perú (quienes son amamantados entre 11 a 19 meses) y muy inferior la proporción de aquéllos que reciben lactancia materna exclusiva como alimentación en relación con los niños de estos últimos tres países y de Brasil (donde de 40 a 60% de los niños son exclusivamente amamantados).

El examen de la práctica de la lactancia materna según las características de las madres y el tipo de asistencia recibida durante el periodo prenatal y parto, ha arrojado que el comportamiento frente a este tipo de alimentación no es marcadamente diferente de acuerdo a las variables analizadas. No obstante se observa que el inicio de lactancia es menor entre los niños de madres de mayor "edad" y "paridez" y en aquéllos que pertenecen a familias de "núcleos incompletos" o cuando los cuidados prenatales tuvieron lugar en un "ambulatorio".

En cuanto a la duración promedio de la lactancia, están siendo amamantados por menos tiempo igualmente los hijos de madres de mayor edad o los que corresponden a un orden de nacimiento igual a 4 o más, los que residen en el Area Metropolitana de Caracas y aquéllos de madres que controlaron su embarazo en una clínica o nacieron en este tipo de establecimientos. Pero entre los que recibieron este tipo de atención en la etapa prenatal y el parto la proporción de los que están siendo amamantados en forma completa resultó algo mayor, al igual que entre aquéllos que son hijos de "madres jóvenes", o "primogénitos" o pertenecen a hogares "no pobres".

Al tratar de lograr una mayor aproximación entorno a la relación entre las características socioeconómicas de las madres y su actitud frente a la práctica de la lactancia materna se evidencia un patrón distinto según el nivel de urbanización y las condiciones de vida de la población. Aquellos niños que residen en centros poblados de menor tamaño y en condiciones menos favorables están siendo amamantados durante mayor tiempo en comparación con los niños que viven en centros urbanos y en mejores condiciones, pero entre estos últimos es más frecuente un tipo de lactancia acorde a su edad. Al evaluar estos resultados de acuerdo a las pautas recomendadas se podría decir que ni el patrón "rural" ni el patrón "urbano" de lactancia en el país son adecuados para aprovechar los beneficios de esta práctica.

Si bien las limitaciones de la información disponible no nos permiten ser concluyentes con respecto a cuáles son los factores que están contribuyendo en mayor medida a la definición de los patrones de lactancia materna en Venezuela, no es menos cierto que los elementos que arroja proporcionan una aproximación a la situación en esta materia y nos orientan sobre los aspectos que deberán profundizarse para un estudio más completo.

Será propicio entonces promover estudios orientados a profundizar los aspectos que condicionan de algún modo la práctica de la lactancia materna, tales como: aquellos concernientes al empleo femenino (tipo de ocupación, temporalidad, distancia entre el lugar de trabajo y residencia, legislación laboral); las normas y prácticas de los distintos servicios de salud (información a las madres, prescripción de otros alimentos o bebidas, la práctica de la cohabitación y el fomento de los grupos de apoyo); la orientación y el contenido de la información que reciben las madres (valor nutricional, técnicas de amamantamiento), así como ahondar en aquellos aspectos de tipo socio-cultural (mitos y creencias sobre el amamantamiento).

## ***Bibliografía***

- ABASCAL, Elena y GRANDE, Idelfonso (1989). *Métodos Multivariantes para la Investigación Comercial. Teoría, Aplicaciones y Programación Basic*. Editorial Ariel, Barcelona.
- Centro de Estudios sobre Crecimiento y Desarrollo de la Población Venezolana (FUNDACREDESA, 1996). *Estudio Nacional de Crecimiento y Desarrollo Humano de la República de Venezuela*, Caracas, tomo III.
- CISIA (1994) *SPAD.N. Sistema compatible para el Análisis de Datos. Manual de Referencia*. París.
- Comisión Nacional de Lactancia Materna (CONALAMA) (1996). *Taller Gerencial. Comisión Nacional de Lactancia Materna (CONALAMA.)*. Caracas. 13 a 19 de junio.

- Comité Nacional de Lactancia Materna-Secretaría de la Salud (1995). *Lactancia Materna en México. Comité Nacional de Lactancia Materna 1989-1994. México*
- Comisión Presidencial por los Derechos del Niño (1991). *Los Niños: El Compromiso de los Noventa: Programa Nacional de Acción*. Caracas.
- DINI GOLDING, Elizabeth; GARCÍA, Magda; FIAGRELLA, Marión y PUIG, Mirian (1995) “ Conducta ante la lactancia materna, destete y ablactación en 100 madres de un hospital privado de Caracas. *Anales Venezolanos de Nutrición*, Fundación Cavendes, Vol. 8. 15-20
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)(1997). *El Progreso de las Naciones 1997*. UNICEF. Nueva York
- : (1991). *Estado Mundial de la Infancia 1991. Plan de Acción para la Aplicación de la Declaración en el Decenio de 1990*. Nueva York
- : (1988). *Lactancia Materna. Como Proteger un recurso natural*. Nueva York
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1993). *Práctica y Promoción de la Lactancia Natural*. UNICEF, Nueva York.
- : (1993) *Práctica y Promoción de la Lactancia Natural. Curso de 18 horas para el Personal de Maternidad*. UNICEF, Nueva York.
- FREITEZ, Anitza; ROMERO, Dalia; DI BRIENZA, María. (1993). *Encuesta Social 1993, Diseño del Módulo Materno Infantil y Documentación de sus Etapas*, Caracas.
- Fundación para la Educación-FES (1992). *Lactancia Materna en Zonas Marginadas de Grandes Ciudades Colombianas. Resultados de la Encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas*, 1991. Bogotá
- Fundación para el Crecimiento y Desarrollo (FUNDACREDESA) (1996). *Estudio Nacional de Crecimiento y Desarrollo Humano de la República de Venezuela*. Caracas, Tomo III.
- GÓMEZ D., Héctor; GARNICA M., Elena; SEPÚLVEDA, Jaime; VALDESPINO, José Luis; LAM, Noemí y HERRERA, María del Carmen. (1989): “Patrones de Lactancia y Ablactación en México. Encuesta Nacional de Salud 1986”. *Salud Pública en México* Vol.31. No.6. Noviembre.725-735.
- GRANGÉ D. y LEBART L. (1993). *Traitements Satatistiques des Enquetes*. Dunod, París.

- HUFFMAN, Sandra (1984). "Determinants of Breastfeeding in Developing Countries: Overview and Policy Implications". *Studies in Family Planning*. Vol.15 No 4. 170-183
- Instituto Nacional de Nutrición (INN) (1981). *I. Seminario Nacional sobre Lactancia Materna*. Caracas.
- : (1994). *Lactancia Natural Alimento sin Igual*. Caracas.
- KENEDY, Kath (1991). La Lactancia Materna y el Dilema de la Doble Protección . Translation Series. No.25.
- LEBART, Ludovic; MORINEAU, Alain y FENALÓN, Jean-Pierre (1985) *Tratamiento Estadísticos de Datos. Métodos y Programas*. Marcombo, Barcelona.
- Ministerio de la Familia – Comisión Nacional de Lactancia Materna (CONALAMA) (1994 ). *Plan de Acción 1995*. Caracas.
- : (1995). *Lactancia Materna y Desarrollo Social: Dos Procesos Inseparables*. Caracas.
- Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) (1998). *Norma Oficial Venezolana para la Atención Integral en Salud Reproductiva*, Caracas.
- Ministerio de Salud Pública (Uruguay) - Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)(1996). *Encuesta Nacional sobre Prevalencia de Lactancia Materna. Resultados Preliminares*. Uruguay.
- Oficina Central de estadística e Informática (OCEI) (1982). *Venezuela: Informe Final de la Encuesta de Fecundidad, 1977*, Caracas.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1981). *Modalidades de la Lactancia Natural en la Actualidad*. OMS, Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) Organización Mundial de la Salud (OMS). (1991). *Indicadores para Evaluar las Prácticas de Lactancia Materna*. División de Control de las Enfermedades Diarreas e Infecciones Respiratorias Agudas. Ginebra, Suiza
- Red Internacional de Grupos de Acción pro Alimentación Infantil (IBFAN)(1998). *Violando las Reglas, Eludiendo las Reglas. Un Informe Mundial sobre las Violaciones del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna*. IBFAN, Argentina.
- RODRÍGUEZ-GARCÍA, Rosalía y SHAEFER, Lous(1990). "Promoción de la lactancia materna para la supervivencia infantil y el espaciamiento de los nacimientos: campo apropiado para la labor y liderazgo del personal de salud". En *Educación en Lactancia para los Profesionales de la Salud*. Universidad de Georgetown-AID-OPS/OMS. Washington. D.C. 123-169.

- SCHALAEFER L., Infante C. (1992). "La Alimentación Infantil en México y su relación con la Utilización de Servicios de Salud Materna". *Salud Pública en México*. Vol.34. No.6. 593-605
- TRUSSELL, J., GRUMMER-STRAWN, L.; RODRÍGUEZ, G. y VALANDINGHAM, M. (1992) "Trends and Differentials in Breastfeeding Behaviour: Evidence from the WFS and DHS". *Population Studies*, 46. 285-307.
- JAFFÉ, Werner; RIVAS, Omaira y MÉNDEZ CASTELLANO, Hernán (1997). "La Lactancia Materna en Venezuela entre 1981-1995". *Anales Venezolanos de Nutrición*, Fundación Cavendes, Vol. 10 No 2.

**Anexo: Variables activas e ilustrativas**

Situación familiar	Duración de la lactancia (meses)
· Núcleo Familiar Completo	· a 3 meses
· Núcleo Familiar Incompleto	· a 7 meses
	· a 11 meses
	· y más
	· Nunca lactaron
	· No declaró
Años de escolaridad	Tipo de Lactancia
· 0 a 3 años	· Adecuada
· 4 a 6 años	· Inadecuada
· 7 a 9 años	· Nunca lactaron
· 10 y más	· Dejaron de lactar
	· No declaró
Presencia de la pareja en el hogar	
· Si	
· No	
Tipo de vivienda	
· Quinta	
· Casa	
· Apartamento (en edf. y en qta.)	
· Rancho	
· Rancho rural	
· Casa de vecindad (incluye otro tipo )	
Acceso a agua	
· Acueducto	
· Otro (incluye pila pública y camión)	
Eliminación de excretas	
· Poceta a cloaca/pozo séptico	
· Otro (incluye letrina y no tiene)	
Lugar de residencia	
· Area metropolitana de Caracas	
· Ciudades principales	
· Ciudades intermedias	
· Resto	
Condición de pobreza	
· Pobres	
· No pobres	
Condición de actividad	
· Activa	
· Inactiva	