



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
INSTITUTO DE POSGRADOS



1

**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA – MENCIÓN ENFERMERÍA
FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**TEMA: DESNUTRICIÓN INFANTIL, INEQUIDAD Y ACCESO A LA SALUD EN LA
PARROQUIA EUGENIO ESPEJO - 2021**

**Trabajo de Investigación previo a la obtención del Título de
Magister en Salud Pública – Mención Enfermería Familiar y
Comunitaria**

Autor: Leonel G. Ruano

Director: Msc. Ivonne Alexandra Perugachi Benalcázar

Asesor: Dr. Enrique Eduardo Terán Torres

IBARRA- ECUADOR

2021

Dedicatoria

A ti Dios por enseñarme a superar los obstáculos de la vida, por darme la valentía, sabiduría para enfrentar cada reto emprendido.

A mis queridos padres Julia y Leonel, por enseñarme a enfrentar las adversidades con la entrega y el servicio por los demás, sin desfallecer en el intento de realizarlo, gracias por el apoyo incondicional, por creer en mí en cada sueño de mi realización profesional en esta larga travesía.

A mis hermanas y hermano por su comprensión y paciencia por estar conmigo y apoyarme en los momentos difíciles, siempre con una palabra que te inspira a seguir adelante.

Gracias a todos ustedes, por todo el cariño, por creer en mí, porque juntos vivimos la materialización de este sueño de una manera inolvidable, y a Dios por su infinita bondad al permitirme compartir con ustedes un triunfo más de la vida.

Leonel Ruano

Agradecimiento

Mi sincero y eterno agradecimiento a todas las personas que estuvieron de cerca durante mi formación posgradual.

A ti Dios que me diste la fuerza necesaria para salir victorioso de cada tropiezo. A mis queridos padres por enseñarme con humildad la base del éxito, gracias por no dejarme caer, por haber inculcado en mí un sentido de seriedad y responsabilidad por haberme enseñado a valorar el sacrificio de cada logro.

A mis hermanas y hermano por haber vivido y disfrutado cada instante de las experiencias vividas durante este tiempo de perfeccionamiento profesional.

Mis sinceros agradecimientos a mi directora de tesis, Msc. Ivonne Perugachi y a mi asesor de Tesis Dr. Enrique Terán por haber compartido sus conocimientos y forma desinteresada de trabajar, gracias por su confianza, su apoyo y por sus sabios consejos que ha marcado mi vida y me ha enseñado a mirar el mundo desde un nuevo horizonte.

Leonel Ruano



Instituto de
Posgrado

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Resolución No. 001-073 CEAACES-2013-13
INSTITUTO DE POSGRADO

Ibarra, 11 de octubre del 2021

Dra. Lucía Yépez V

Directora



Instituto de Postgrado

ASUNTO: Conformidad con el documento final

Señora directora:

Nos permitimos informar a usted que hemos revisado la tesis titulada: Desnutrición infantil, inequidad y acceso a la salud en la Parroquia Eugenio Espejo - 2021, del maestrante Leonel Gerardo Ruano Yarpaz de la Maestría en Salud Pública Mención en Enfermería Familiar y Comunitaria, certificamos que han sido acogidas y satisfechas todas las observaciones realizadas.

Atentamente,

	Nombres y Apellidos	Firma
Tutor	Msc. Ivonne Alexandra Perugachi Benalcázar	
Asesor	Dr. Enrique Eduardo Terán Torres	



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA**

**AUTORIZACIÓN DE USO DE PUBLICACIÓN
A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo de la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CEDULA DE IDENTIDAD:	0401765524		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Ruano Yarpaz Leonel Gerardo		
DIRECCIÓN:	Ibarra, Caranqui – Av. El Retorno		
EMAIL:	lgruanoy@utn.edu.ec / ruanoleonel@yahoo.es		
TELÉFONO FIJO:	062514795	TELÉFONO MÓVIL:	0960719671

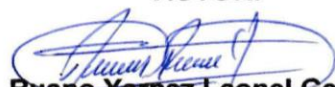
DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	Desnutrición infantil, inequidad y acceso a la salud en la Parroquia Eugenio Espejo - 2021
AUTOR:	Ruano Yarpaz Leonel Gerardo
FECHA:	11/10/2021
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	<input type="checkbox"/> PREGRADO <input checked="" type="checkbox"/> POSGRADO
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Magister en Salud Pública – Mención Enfermería Familiar y Comunitaria
ASESOR/DIRECTOR:	Lic. Ivonne Alexandra Perugachi Benalcazar Msc.

2. CONSTANCIAS

El autor (es) manifiesta (n) que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume (n) la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 11 días del mes de octubre del 2021.

AUTOR:


Ruano Yarpaz Leonel Gerardo
 0401765524

Índice de Contenidos

Dedicatoria.....	2
Agradecimiento	3
Resumen	11
Abstract.....	12
Capítulo I El Problema	13
Planteamiento del problema	13
Formulación del problema.....	16
Antecedentes.....	16
Objetivos.....	23
General.....	23
Específicos.....	23
Justificación	23
Capítulo II Marco Teórico.....	26
Marco Teórico	26
Nutrición en niños/as	26
La desnutrición en el contexto internacional.....	27
Situación de la desnutrición en Ecuador	30
Tipos de desnutrición	31
Los factores medioambientales	38
Malnutrición una triple carga	39
Factores que inciden en la desnutrición.....	41
Indicadores de evaluación nutricional de la OMS.....	43
Curva de crecimiento.....	44
Longitud/ talla para la edad	44
Peso para la Edad.....	44
Peso para la longitud/talla.....	45
IMC para la edad	45
Perímetro medio del brazo.....	45
Perímetro cefálico.....	46
Fomento de la lactancia materna exclusiva	46
Alimentación en niños/as menores de 5 años.....	50
Alimentación complementaria.....	51
Alimentación en el Lactante	52

Alimentación en los preescolares	53
Inequidad	56
Inequidad en la prestación de servicios de salud.....	56
Factores socioeconómicos	59
Factores culturales	59
Inequidades un clamor social	61
Inequidad y el sistema de salud	62
La salud un derecho.....	65
Promoción de la salud	66
Acceso universal.....	67
Acceso a la salud	68
Accesibilidad y salud como un derecho	70
Debate teórico de la accesibilidad al sistema de salud	71
Clasificación de la accesibilidad.....	73
Barreras de acceso	75
Marco Legal.....	77
Capítulo III Marco Metodológico.....	82
Descripción del área de estudio.....	82
Enfoque y tipo de investigación	82
Población de estudio.....	83
Universo	83
Muestra	83
Fuentes, Técnicas e Instrumentos.....	83
Técnicas	84
<i>Encuesta:</i>	84
<i>Observación directa:</i>	84
Instrumentos	84
Procedimientos	84
Procesamiento de la información	87
Consideraciones bioéticas	88
Capítulo IV Resultados y Discusión.....	92
Discusión	103
Conclusiones y Recomendaciones	114
Capítulo V Propuesta.....	117

Referencias	128
Apéndice.....	137

Índice de tablas

Tabla 1	36
Tabla 2	53
Tabla 3	55
Tabla 4	85
Tabla 5	87
Tabla 6	92
Tabla 7	93
Tabla 8	94
Tabla 9	95
Tabla 10	96
Tabla 11	97
Tabla 12	98
Tabla 13	98
Tabla 14	99
Tabla 15	101
Tabla 16	102

Índice de ilustraciones

Ilustración 1	94
Ilustración 2	95
Ilustración 3	96
Ilustración 4	97
Ilustración 5	100
Ilustración 6	100
Ilustración 7	101

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
INSTITUTO DE POSGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA- MENCION ENFERMERIA
FAMILIAR Y COMUNITARIA

**DESNUTRICIÓN INFANTIL, INEQUIDAD Y ACCESO A LA SALUD EN LA
PARROQUIA EUGENIO ESPEJO
2021**

Autor: Leonel G. Ruano
Tutor: Msc. Ivonne Perugachi

Año: 2021

Resumen

La desnutrición es un problema a nivel de América Latina y a nivel nacional que no se ha podido solucionar, así como dimensiones significativas en cuanto la privación del acceso a la salud; así como se considera que también Latinoamérica es una de las regiones más desiguales del mundo. El presente estudio tuvo como objetivo, analizar la desnutrición infantil, inequidad y acceso a la salud en la Parroquia Eugenio Espejo 2021. Fue una investigación descriptiva, cuantitativa, correlacional, de corte transversal; la población en estudio fueron 508 niños de 0 a 60 meses, la muestra se eligió de manera no probabilística a 81 niños; se utilizaron tres instrumentos para el levantamiento de la información: un registro de datos antropométricos, que se analizó en el programa WHO Anthro de la OMS (patrones de crecimiento); un instrumento de inequidad adaptado del INEGI (ENSANUT) México 2019, que incluía preguntas sociodemográficas del niño y cuidador; y un instrumento que evaluó la percepción del acceso a la salud, también adaptado del INEGI. Como resultados más importantes: el 47% de los cuidadores son padres jóvenes y con ingresos mensuales inferiores al salario mínimo, 68% con educación primaria, los niños están bajo el cuidado de su madre (75,31%), el 59% de los niños son mujeres. Al evaluar el estado nutricional de los niños se halló desnutrición aguda (1,23%); 34,57% con desnutrición crónica o retardo del crecimiento y 6,17% de bajo peso para la edad. Sobre la inequidad se evidencia problemas económicos y desconocimiento, no tienen un consumo frecuente de alimentos proteicos y fuentes de micronutrientes, no realizan los 5 tiempos de comida recomendados; hay indicadores protectores como: lactancia, no aumento de sal y azúcar a preparaciones ya servidas y suplementación indicada por el MSP. En cuanto al acceso oportuno a la salud, se halló insatisfacción en la atención de la Unidad de la Salud, satisfacción en las necesidades cubiertas por el Sistema Sanitario, y la mayoría consideran tener una atención oportuna en salud. **Como conclusión:** Se halló un porcentaje significativo de desnutrición, no se evidencia inequidad y si existe acceso a la salud en esta población.

Palabras clave: Desnutrición, Inequidad, Acceso, Salud.

TECNICA DEL NORTE UNIVERSITY
POST-GRADUATE INSTITUTE
PUBLIC HEALTH MASTER`S DEGREE PROGRAM – FAMILY AND COMMUNITY
NURSING MAJOR

**CHILDISH MALNUTRITION, INEQUITY AND ACCESS TO HEALTHCARE IN
EUGENIO ESPEJO**

2021

Author: Leonel G. Ruano

Tutor: Msc. Ivonne Perugachi

Year: 2021

Abstract

Malnutrition is a problem at the level of Latin America and at the national level that has not been able to be solved, as well as significant dimensions in terms of the deprivation of access to health; just as it is also considered that Latin America is one of the most unequal regions in the world. The objective of this study was to analyze child malnutrition, inequity, and access to health in the Eugenio Espejo Parish 2021. It was a descriptive, quantitative, correlational, cross-sectional investigation; the study population was 508 children from 0 to 60 months, the sample was chosen non-probabilistically to 81 children; three instruments were used to collect the information: a record of anthropometric data, which was analyzed in the WHO Anthro program of the WHO (growth patterns); an inequity instrument adapted from INEGI (ENSANUT) Mexico 2019, which included sociodemographic questions of the child and caregiver; and an instrument that evaluated the perception of access to health, also adapted from INEGI. As more important results: 47% of the caregivers are young parents and with monthly income below the minimum wage, 68% with primary education, the children are under the care of their mother (75.31%), 59% of the children are women. When evaluating the nutritional status of the children, acute malnutrition was found (1.23%); 34.57% with chronic malnutrition or growth retardation, and 6.17% underweight for age. Regarding inequity, economic problems and ignorance are evident, they do not have a frequent consumption of protein foods and food sources of micronutrients, they do not carry out the 5 recommended meal times; there are protective indicators such as breastfeeding, no increase in salt and sugar to preparations already served and supplementation indicated by the MSP. Regarding timely access to health, dissatisfaction was found in the care of the Health Unit, a satisfaction of the needs covered by the Health System, and most people consider having timely health care. **In conclusion:** A significant percentage of malnutrition was found, there is no evidence of inequity, and there is access to health in this population.

Keywords: Malnutrition, Inequality, Access, Health.

Capítulo I El Problema

Planteamiento del problema

Durante los últimos decenios, el mundo ha hecho avances modestos en la reducción de la desnutrición. Sin embargo, estos avances han sido desiguales entre regiones, grupos de población y sexos. Además, los índices de prevalencia y las cifras absolutas correspondientes al sobrepeso y la obesidad han aumentado enormemente. Hoy en día, concurren múltiples formas de malnutrición en un mismo país, una misma comunidad, una misma familia e incluso en una misma persona. Estas situaciones complicadas se producen en contextos cada vez más difíciles.

En tal virtud, en Análisis situacional integral de salud (ASIS) elaborado por el personal del Centro de Salud Eugenio Espejo, en donde se describe los tipos de desnutrición en niños menores de 5 años en el 2020, esta se presentó de la siguiente manera: desnutrición crónica con el 69%, desnutrición aguda con el 0,04% y la desnutrición global con el 5%, datos similares a los obtenidos en el año 2019 (Albán, Altamirano, Ruano, & Quinapanta, 2020).

Dentro de la revisión bibliográfica es preciso indicar que no fue posible encontrar datos específicos de los tipos de desnutrición infantil por sexo o edad que se presentaron con mayor frecuencia. Pero en el Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial de la Parroquia Rural Eugenio Espejo 2020-2023 , de los 748 niños menores de 5 años proyectados, al menos 7 niños presentaron algún tipo de desnutrición, en donde se menciona que estos pueden estar relacionados con los sistemas alimentarios y las dietas inadecuadas de los que disponen, asiendo así la necesidad de que al menos dispongan de

huertos familiares para proveerse de alimentos saludables y disponibles, además de mejorar los ingresos familiares (Parroquia Eugenio Espejo, 2020).

La desnutrición como enfermedad de origen social es la expresión última de la situación de inseguridad alimentaria y nutricional de una población y afecta principalmente a los niños y a las niñas. Se caracteriza por el deterioro de la composición corporal y la alteración sistémica de las funciones orgánicas y psicosociales. Dichas alteraciones dependen de la edad de iniciación del déficit y de la calidad de la dieta consumida, que puede ser insuficiente en energía y nutrientes, o aportar mayor cantidad de energía, pero ser deficiente en proteína y demás nutrientes.

La desnutrición es uno de los principales problemas de salud dentro del país y en otros en vías de desarrollo, esto influye directamente en la mortalidad y morbilidad infantil, en el retardo del crecimiento físico y en el desarrollo cognitivo. Por lo tanto, limita las oportunidades de los niños. (Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, 2013).

En el Ecuador la desnutrición crónica en niños menores de cinco años pasó de 23,9% a 23,0% entre 2014 y 2018, esta variación no es estadísticamente significativa. En el área rural el indicador pasó de 31,9% a 28,7% en el mismo periodo, esta variación sí es significativa.

En cuanto a la desnutrición crónica en niños menores de dos años, en el mismo período, a nivel nacional pasó de 24,8% a 27,2%. Ninguna de las variaciones observadas en este indicador es estadísticamente significativa. (Freire, y otros, 2014)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), las políticas sociales y económicas pueden determinar las posibilidades de desarrollo de todo el potencial de un ser humano; siendo esto fundamental para el progreso y crecimiento de un país. Sin embargo, en el mundo persisten inequidades, las cuales generan cada vez más desigualdad entre las

poblaciones, esta afecta la calidad de vida de las comunidades y, por ende, su estado de salud, lo que afecta el crecimiento económico y social de las naciones. (De Le Ossa, 2019)

Asimismo, es importante determinar cómo todos estos factores de desigualdad y estatus socioeconómico que influyen en la infancia (especialmente desde los cero hasta los cinco años, incluido el periodo prenatal), tienen consecuencias en la edad adulta. En el año 2003, UNICEF analizó un enfoque de la pobreza infantil basado en los derechos humanos, que agrupó en siete dimensiones: nutrición adecuada, agua potable, servicios sanitarios decentes, salud, vivienda, educación e información, básicos para el adecuado crecimiento y desarrollo para la población infantil en el mundo. (Alegria , 2014)

La exclusión social y la inequidad a pesar de varios esfuerzos aún persisten en la distribución de riqueza y acceso a la salud, estos factores siguen siendo las principales limitantes en el desarrollo humano en todas las regiones del mundo y dan como resultado la obstaculización de estrategias en lucha frente a la pobreza, todo esto da lugar a el agravamiento de la inclusión social y la disminución de la inequidad.

En varios estudios a nivel internacional se han utilizado tres medidas principales para describir las inequidades, siendo estas las desventajas en materia de salud dadas por diferencias entre los sectores de la población, sociedad, brechas de salud, que se forman entre las personas que se encuentran en situación de extrema pobreza y por otro lado los gradientes de salud, que se relacionan con las diferencias encontradas a lo largo de todo el espectro de la población.

La presente investigación persigue indagar como la falta de ingresos económicos suficientes, habito, costumbre, condiciones de hacinamiento, la pobreza, la geografía, afectan a este grupo de la población haciendo que se presente patologías a temprana edad como es la deficiencia de nutrientes, que están relacionados en gran medida a la falta de

acceso a unidades de salud para recibir asesoría nutricional, suplementación con micronutrientes y también conocer antecedentes de desnutrición, desigualdades en salud temas preocupantes que afectan a la gran parte de la población no solo en nuestro país sino también en el mundo.

Como también es indispensable disminuir la brecha en relación con el acceso a los servicios de salud los cuales deben ser de calidad, eficientes y eficaces en el mejoramiento de las condiciones de vida de las familias y por ende de los infantes con la provisión de un completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Formulación del problema

¿Cuál es la prevalencia de desnutrición infantil y los principales factores determinantes de inequidad y acceso a la salud en la Parroquia Eugenio Espejo – 2021?

Antecedentes

El 1 de abril de 2016, la Asamblea General de las Naciones Unidas proclamó el Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición 2016-2025. El Decenio ofrece la oportunidad sin precedente de luchar contra todas las formas de malnutrición.

El Decenio fija un calendario concreto de aplicación de los compromisos formulados en la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición de cumplir un conjunto de metas mundiales relativas a la nutrición y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación fijadas para 2025, así como de cumplir las metas pertinentes de la Agenda 2030 para el Desarrollo sostenible en particular el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 2 (poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la

mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible) y el ODS 3 (garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades) (Organización Mundial de la Salud, 2020)

Entre el año 2000 y el 2018, América Latina redujo del 16,7% al 9% la prevalencia de la desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años. A pesar de estos avances, todavía existen 4,8 millones de niños menores de 5 años que presentan baja talla para la edad, a la vez que alcanzar las metas globales de nutrición al 2025 pareciera a estas alturas un objetivo irrealizable.

Igualmente, es importante tener presente que los promedios regionales esconden serias inequidades que pueden conducir a la definición de políticas equívocas. Mientras Chile presenta una prevalencia de desnutrición crónica en niños de hasta 5 años del 1,8%, en Guatemala es del 46%. Además, las asimetrías dentro de poblaciones y subregiones de un mismo país también son marcadas, siguiendo patrones de desigualdad del continente más inequitativo del planeta. (Suárez, 2020)

En el estudio realizado por Naranjo y otros, titulado: Desnutrición infantil kwashiorkor, considera que en Ecuador ha disminuido la desnutrición infantil en los niños menores de 5 años, pero no así en los niños menores de 2 años. Esto quiere decir que los diagnósticos realizados a los niños de 1000 días de nacido han permitido el cambio en la perspectiva familiar y social de la población. Por supuesto han existido políticas gubernamentales en pro de ayudar a las familias más desfavorecidas y con ello a disminuir este flagelo mas no es suficiente, se requiere de un cambio de mentalidad y hasta de paradigmas sociales, sobre todo en las zonas rurales ecuatorianas. (Naranjo Castillo, Alcivar Cruz, Rodriguez Villamar, & Betancourt Bohórquez, 2019)

La desnutrición infantil es el tema central que abordaremos en la investigación, ya que es un precedente que enfrentan todos los países del mundo y en especial aquellos en vías de desarrollo, con limitantes socioeconómicas. En el estudio realizado en 2017 por Navarro y Marrondán, titulado La desnutrición infantil en el mundo: herramienta para su diagnóstico estima que 795 millones de personas están mal nutridos, de ellos 90 millones corresponden a menores de 5 años. (Díez Navarro & Marrodán, 2017)

Por otra parte, en un estudio similar realizado por Blessing J. Akombi en 2017, titulado: Retraso en el crecimiento, emaciación y bajo peso en el África subsahariana: una revisión sistemática Los factores asociados con la desnutrición son multifactoriales e interdependientes. Por lo tanto, existe la necesidad de adoptar un enfoque comunitario de estrategias múltiples que se centre en los determinantes inmediatos, subyacentes y básicos de la desnutrición infantil. Dicho enfoque debe incluir sesiones de asesoramiento para madres con el objetivo de mejorar las prácticas de lactancia y nutrición maternas, campañas de salud pública para aumentar la conciencia sobre la importancia de las prácticas adecuadas de saneamiento e higiene. Otras intervenciones para mejorar la desnutrición infantil también deberían centrarse en las iniciativas de transferencia de efectivo para abordar la pobreza y aumentar el acceso a los alimentos. Estas estrategias producirán una mejora más sostenible en la nutrición infantil dentro de los países de la SSA, lo que establecerá a la región en el camino hacia el logro de la meta global de nutrición de la OMS para 2025. (Blessing , y otros, 2017)

En el 2016 Omar Ali Juma et al en su investigación titulada, Prevalencia y evaluación de la desnutrición entre los niños que asisten a la clínica de Salud Reproductiva e Infantil en el Hospital del Distrito de Bagamoyo, Tanzania, se describe que la

desnutrición está asociada por mucho tiempo con la pobreza, la mala alimentación y acceso inadecuado la atención médica, y esta sigue siendo un problema de salud pública global, dando como resultado el 50% de las muertes infantiles debido a la desnutrición subyacente. En su estudio realizado en un hospital y tres centros de salud rurales se encontró retraso en el crecimiento, bajo peso y emaciación que fue de 8.37,5.74,1.4% respectivamente. El mismo que concluyo que los programas de desnutrición general se centran en las intervenciones comunitarias y domésticas, que son necesarias ya que la población general tiene una desnutrición aún mayor que la población que se presenta en el hospital. Sin embargo, en áreas de alta desnutrición, las intervenciones hospitalarias también deben considerarse como lugares centralizados para llegar a miles de niños desnutridos menores de cinco años. (Juma, y otros, 2016)

La situación nutricional de la cuenca constituye una importantísima variable que refleja las condiciones generales de vida de la población. Uno de los indicadores más evidentes del nivel de seguridad alimentaria que alcanza una sociedad están dadas por la satisfacción alimentaria que se manifiesta a nivel del desarrollo y crecimiento de los niños, Con base a un estudio realizado por Suarez y López 1998 en 602 niños menores de 5 años en las distintas comunidades de la Cuenca del Lago San Pablo, se encontró una prevalencia de desnutrición global del 16% y de desnutrición crónica del 51.8%. Resulta sorprendente que en los momentos actuales uno de cada dos niños estudiados presentase desnutrición crónica, siendo esta prevalencia mayor entre los grupos indígenas de los Cayarnbis 56% y, en contraste con los mestizos que únicamente presentan el 43% .El análisis comparativo entre las parroquias que conforman la Cuenca del Lago se identificó que parte de San Rafael muestra índices más altos de desnutrición crónica, seguidos de González Suarez,

San Pablo, Eugenio Espejo y el Jordán Suarez y López. La comparación del promedio de tallas de los niños estudiados con los promedios de la sierra ecuatoriana indica que los niños de la Cuenca son significativamente más bajos. Esta situación coincide con el análisis comparativo de la prevalencia de desnutrición en donde la de la Cuenca del lago San Pablo es más alta que los promedios de la Sierra ecuatoriana (Lopez Paredes, 2002).

Los sistemas de salud juegan un papel preponderante causal de inequidad y un rol importante en combatir la desigualdad en salud con la prestación de servicios, que pueden estar limitados en gran medida por el financiamiento, la distribución de los servicios y asignación de recursos, como también la formación continua del talento humano, es así como:

En el 2015 Jaime Llambías Wolff, en su libro titulado: La enfermedad de los sistemas de salud: miradas críticas y alternativas, expresa que la inequidad en salud desde varios años y en todos los países del mundo y en especial en aquellos en vías de desarrollo y con políticas públicas sin horizontes claros sobre la problemática sostiene que un determinante fundamental de la equidad en salud es tener mayor justicia. Para ello hace falta aumentar la igualdad social con un reparto equitativo de la riqueza y una redistribución igualitaria de los beneficios que favorezca a quienes menos tienen. No es posible reducir las desigualdades en salud sin transformar la organización, la estructura sociopolítica y las desigualdades de poder que atenazan al planeta. (Llambías Wolff, 2015)

En 2016, Armijos Bravo & Camino Mogro en su investigación sobre Inequidades socioeconómicas en el uso de servicios sanitarios de atención primaria en Ecuador concluyeron que en el estudio no se ha encontrado evidencia de inequidad horizontal en el uso de servicios preventivos y curativos dentro del nivel primario de atención del sistema

sanitario público de Ecuador. Sin embargo, se encontró que factores ajenos a la necesidad, tales como la etnia, el tipo de seguro de salud, la región de residencia y el nivel educativo, estarían asociados a una menor probabilidad de uso de los mencionados servicios. En este sentido, existe posibilidad de mejorar el sistema por medio de la inclusión de los mencionados grupos que usualmente son considerados como vulnerables. (Armijos Bravo & Camino Mogro)

América Latina y el Caribe presenta dimensiones significativas en cuanto la privación del acceso a la salud. Más de 150 millones de personas en el subcontinente no pueden acceder al sistema de salud por diversas razones, donde sobresalen la pobreza, el desempleo, la informalidad laboral y empresarial, entre otras. A su vez, América Latina es la región más desigual del mundo y como consecuencia presenta accesos diferenciados a servicios de salud. La condición social, económica, biológica y de “los estilos de vida colectivos” de los pobres en Latinoamérica determinan condicionamientos de la transmisión epidemiológica altamente vulnerable tanto de enfermedades agudas (asociadas a la pobreza) como de las crónicas (ligadas al proceso de envejecimiento). Las “enfermedades de la pobreza” como la anemia, ceguera, malnutrición, deterioro del crecimiento, daño de órganos internos, discapacidad física permanente y muerte prematura, se le suman ahora la diabetes, enfermedades cardíacas o del hígado, trastornos mentales y lesiones. Este es el nuevo perfil que reta los sistemas de salud de la región. (Martínez M. F., 2017)

En Ecuador el acceso a la salud está consagrado en la constitución la cual cita que en el: Art. “358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral,

tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional”.

Por tal razón el ministerio de salud como ente rector del sistema de salud y su red complementaria han trabajado en búsqueda de estrategias, con la finalidad de disminuir las brechas existente en la provisión de servicios de salud, en el manejo adecuado de la desnutrición infantil y la inequidad con los grupos históricamente olvidadas, es por esto que en la carta magna expresa en su “Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional” (La Salud en la nueva Constitución-Ecuador, 2008)

Objetivos

General

Analizar la desnutrición infantil, inequidad y acceso a la salud en la Parroquia Eugenio Espejo 2021.

Específicos

- Evaluar el estado nutricional de niños de 0 a 5 años en el periodo enero - abril 2021
- Caracterizar el tipo de desnutrición según indicadores propuestos por la OMS.
- Determinar la inequidad en salud en la población objeto de estudio
- Identificar el acceso oportuno a las unidades de salud.
- Analizar la relación entre la desnutrición, inequidad y acceso a la salud.
- Diseñar una propuesta de educación nutricional de acuerdo a los resultados encontrados.

Justificación

El país tiene una deuda histórica traducida en el reto de la desnutrición crónica, la cual ha estado vinculada a la profunda desigualdad social y a los problemas económicos que generalmente afectan a la población con mayor pobreza y condiciones de vida adversas, comprometiendo severamente el potencial de desarrollo de las personas y el conglomerado social (Ministerio de Salud Pública, 2018)

Es importante la determinación de los factores que inciden directamente en la desnutrición infantil, debido a que cada uno de estos se podrán resolverse de una manera mucho más efectiva, estudios revelan que el ingreso del hogar es uno de los factores que determina o influyen directamente en la desnutrición, “El empleo es otro determinante social

para una buena nutrición, ya que asegura un regularizado nivel de ingresos y además puede suponer un factor de equilibrio personal y de satisfacción muy importante” (Jiménez Benítez, Rodríguez Martín, & Jiménez Rodríguez, 2010).

Por tanto la investigación persigue caracterizar la desnutrición infantil, debido a que varios estudios realizados se ha puesto en evidencia que los niños presentan desnutrición de cualquier tipo y su relación con la inequidad, como también la accesibilidad a los servicios de salud, de ahí la importancia en el desarrollo del trabajo de investigación la con finalidad de estimar un número de casos de desnutrición infantil que se presentan con mayor frecuencia en dicha parroquia, en donde se pretenderá establecer estrategias para reducir la prevalencia del tema en estudio y desde la enfermería comunitaria desarrollar mecanismos de intervención con el objetivo de disminuir la afección en un grupo etario que dentro del modelo de atención (MAIS-FCI) está considerado como grupo prioritario en la prestación y mantenimiento de la salud.

Hoy más que nunca la salud ocupa un lugar prioritario en la agenda de desarrollo internacional, y las inequidades en materia de salud surgidas dentro de cada país y entre las naciones constituyen la principal preocupación de la comunidad mundial. Se presenta una oportunidad sin precedentes para mejorar la salud en algunas de las poblaciones más pobres del mundo si se opta por enfoques que aborden las causas reales de los problemas de salud. La causa más poderosa reside en las condiciones sociales en las que viven y trabajan las personas, conocida como factores sociales determinantes de la salud o determinantes sociales de la salud (Berenguer Gouarnaluses, Pérez Rodríguez, Dávila Fernández, & Sánchez Jacas, 2017).

Al respecto, los determinantes sociales reflejan la situación de la gente en la escala socioeconómica y de poder. Y en diversos estudios se ha comprobado que la mayor parte

de la morbilidad y las inequidades en materia de salud se deben a los determinantes sociales.

Dado esto se busca generar conocimiento científico con miradas de reflexión y debate académico sobre un problema potencial como es la desnutrición infantil, que afecta a la mayor parte de niños menores de 5 años tanto en el sector rural y urbano marginal de nuestro país, así como también su estrecha relación con la inequidad existente frente a recursos, sean estos de índole socioeconómicos y que de una u otra manera han conllevado a limitar el acceso a los servicios de salud.

Su ejecución se realizará mediante la recopilación sistemática de información relevante, que sustente su aplicación y viabilidad, mediante instrumentos que recojan datos estadísticos fiables con el objetivo de mejorar la problemática central y los factores intervinientes, que mantienen una estrecha relación.

Por tanto, el estudio pretende indagar sobre la problemática en contexto, para así contribuir con el manejo y seguimiento de esta patología con herramientas y estrategias dirigidas a disminuir su ocurrencia y que esto propicie la toma de decisiones tendientes a mejorar la problemática desde una perspectiva de gestión pública en el sector salud, propiciando generar espacios que estrechen el compromiso en materia de salud de la población infantil para reducir la brecha de desnutrición infantil, la desigualdad social y el acceso a los servicios de salud con el propósito de mejorar su abordaje en los distintos escenarios en los cuales se presenta y con los resultados obtenidos, mostrar la realidad en materia de salud y nutrición, dando lugar a bases orientadoras para los profesionales de la salud.

Capítulo II Marco Teórico

Marco Teórico

Nutrición en niños/as

Una nutrición adecuada contribuye de manera fundamental a la realización del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental de niños. Pero, más allá de eso, la malnutrición en todas sus formas afecta al desarrollo humano, teniendo entre sus efectos un impacto en el progreso social y económico de los países, así como en el ejercicio de los derechos humanos en sus múltiples dimensiones. La carga sostenida de malnutrición en las mujeres y los niños de la región afecta la capacidad de los países para lograr por lo menos ocho de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (Standing Committee on Nutrition - United Nations System , 2015).

Esta dimensión es de gran importancia en todo el mundo debido a que la desnutrición en todas sus formas afecta a sectores de mayor vulnerabilidad social, económica y política, y a tofo esto sumado los factores de determinantes de salud, es imprescindible que se realice el trabajo articulado con todas las instituciones, para mejorar los condicionantes de salud que hacen que se presente la desnutrición en niños menores de 5 años , un grupo de atención prioritaria y que representa el futuro de la sociedad, es también claro que se debe redireccionar al sistema de salud con políticas claras que aseguren el adecuado crecimiento y nutrición de este grupo etario.

La malnutrición, que incluye la desnutrición aguda, global y crónica y el sobrepeso y la obesidad, tiene diversas causas y consecuencias. Para entender la malnutrición y sus causas debieran considerarse, al menos, tres dimensiones de análisis. Primero, la seguridad

alimentaria, que alude al hecho que toda la población tenga acceso físico, económico y social a alimentos seguros y nutritivos y la vulnerabilidad, que se refiere a la probabilidad de una disminución del consumo o acceso a los alimentos y que depende también del riesgo existente según las condiciones de la población y su capacidad de respuesta.

En segundo lugar, la transición demográfica, epidemiológica y nutricional que ha modificado la incidencia de los problemas nutricionales; hoy en día, los cambios en la composición etaria, las decisiones de consumo, los estilos de vida y actividad y la relación entre estos han modificado las necesidades nutricionales de las personas. Por último, el ciclo de vida es clave, ya que los problemas nutricionales y sus efectos se presentan a lo largo de toda la vida de las personas, desde el momento de nacer (Fernández & Martínez, 2006).

Una nutrición adecuada contribuye de manera fundamental a la realización del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental de niños y niñas. es por esto que el estado debe establecer políticas claras en materia de salud , destinadas al fortalecimiento del primer nivel de atención los cuales están de cerca con la población, y que el enfoque curativo utilizado actualmente debe ser direccionando a la promoción y prevención en los grupos prioritarios descritos en el modelo de atención integral en salud.

La desnutrición en el contexto internacional

A nivel mundial, la desnutrición es más común en los hogares pobres, pero las familias más ricas también sufren este problema. Los ingresos son uno de los factores determinantes del retraso en el crecimiento, pero no el único. La inseguridad alimentaria, las dietas poco variadas, las elevadas tasas de enfermedades infecciosas, el cuidado y la

alimentación infantil inadecuados y las malas prácticas de saneamiento e higiene también contribuyen a que el retraso en el crecimiento perdure a lo largo del tiempo. En muchas regiones, las crisis alimentarias y financieras, además de los conflictos y los desastres naturales, han empeorado la desnutrición (Banco Mundial, 2018).

La comisión europea en su informe sobre responder a la desnutrición en situación de emergencia pone en evidencia la necesidad de establecer acciones intersectoriales comunitarias para cubrir las brechas de inequidad y acceso de salud que existe en todos los países del mundo y más aún los en vías de desarrollo, que mantienen un sistema de salud netamente curativo.

Puede que sea necesario intervenir específicamente en la gestión de la desnutrición aguda moderada y severa de los colectivos más vulnerables (en general, niños menores de cinco años, así como mujeres embarazadas y lactantes), en los casos en los que esté indicado por una evaluación de necesidades y a su vez no cubiertas por el sistema de salud. Las estrategias para la gestión de la desnutrición aguda en los contextos de crisis deben estar estrechamente vinculadas a los esfuerzos de promoción de la seguridad nutricional para toda la población afectada por una situación de emergencia. La elección de la intervención depende de la prevalencia de la desnutrición aguda (moderada y severa) de los factores agravantes, del contexto local y de la dinámica de la crisis (en especial, desde el punto de vista de capacidades para poder acceder a los grupos afectados). La Comisión pone de relieve la importancia de:

- La detección temprana de la desnutrición aguda a nivel comunitario y búsqueda intensiva de casos a través de la movilización de la comunidad;

- La prestación de tratamiento ambulatorio para los individuos que padecen desnutrición aguda severa sin complicaciones médicas. El número de casos de sin complicaciones se estima en un 80-90% del número total de casos (Comison Europea, 2013).

A pesar de que se han registrado algunos descensos en las cifras, la desnutrición sigue afectando a decenas de millones de niños. Su presencia es visible en los cuerpos atrofiados de los niños que no reciben una nutrición adecuada durante los primeros 1.000 días desde la concepción hasta el segundo cumpleaños del niño y a menudo después. Estos niños tendrán que soportar la carga del retraso en el crecimiento durante el resto de sus vidas y es posible que nunca alcancen su pleno potencial físico e intelectual. La desnutrición también es evidente en los cuerpos de los niños en cualquier etapa de sus vidas, cuando circunstancias como la escasez de alimentos, las malas prácticas de alimentación y las infecciones, a menudo agravadas por la pobreza, las crisis humanitarias y los conflictos, los privan de una nutrición adecuada y, en demasiados casos, provocan su muerte (Oficina de Perspectivas y Políticas Mundiales de UNICEF , 2019).

El tema de la desnutrición desde varios años se ha considerado durante múltiples reuniones internacionales y ha incitado a los gobiernos a invertir en salud , con la finalidad de lograr la disminución de los índices de desnutrición infantil que afectan a cada región, sabiendo que el reto es inmenso, pero que con políticas estratégicas, y el empoderamiento de la colectividad y los equipos multidisciplinarios de salud, todo lo propuesto puede salir a flote, por ende es indispensable que la desnutrición y su asociacion con los determinantes sociales, biológicos, conductuales y ambientales, no sean tocados como dimensiones aisladas a la desnutrición y que cada actor inmerso en el mantenimiento de la salud debe

trabajar con la finalidad de garantizar una infancia segura, con calidad de vida y nutrición adecuada en su crecimiento y desarrollo. Que garantice el aporte social, económico de todas las regiones del mundo.

Situación de la desnutrición en Ecuador

Conocer el estado nutricional de la población y las tendencias en la evolución de los principales problemas nutricionales, como el retardo en talla o desnutrición crónica, así como el sobrepeso y la obesidad es de extrema importancia para la definición de intervenciones prioritarias y políticas públicas en el área de la alimentación y nutrición (Freire, y otros, 2014).

En Ecuador, a pesar de los esfuerzos recientes y de los recursos orientados hacia la superación de este flagelo, fue poco lo alcanzado. Si bien hubo resultados importantes en el índice de la desnutrición crónica infantil, en particular cuando se revisan algunos datos provinciales como los de Chimborazo, Imbabura, Cotopaxi, Napo, provincias que lograron importantes reducciones en la comparación 2006-2014; la cifra nacional y la desagregación para el resto de las provincias es poco alentadora (Gutiérrez , Ciuffardi, Rokx, Brousset, & Gachet, 2018)

Es por ello, que en diversos informes nacionales e internacionales para Ecuador, Haití y Guatemala este tema sigue siendo un grave problema, mientras que para el resto de los países de América Latina es un tema superado. Por esta razón se planteó el plan nacional de desarrollo 2017-2021 “toda una vida”, en donde se atiende las necesidades de atender este problema prioritario.

Los logros sociales alcanzados como la reducción de los índices de pobreza y desigualdad, no significa una mejoría en la prevalencia de la desnutrición y se evidencia que esta se presenta en determinadas provincias, en donde el factor asociado está dado por pobreza de consumo. Esto también se enlaza estrechamente con la equidad y acceso a la salud, que en muchos lugares están mediado por factores socioculturales, demográficos y económicos.

En el Ecuador hubo un posicionamiento claro de la meta para reducir la DCI, pero con el paso de los años fue difícil sostener su cumplimiento. Como se dijo anteriormente, no fue por falta de compromiso político sino por otros factores como la escasa descentralización a través de mesas de participación como ocurrió en el exitoso caso del Perú, o la falta de monitoreo al momento de aplicar las intervenciones. Tomando en cuenta la experiencia positiva de Perú hay otro factor clave, según algunos expertos, para conseguir que no se diluyan los esfuerzos en la reducción de la DCI: el presupuesto por resultados y la incorporación de evidencias para la gestión de las intervenciones. Esto consiste en la asignación de incentivos financieros a manera de recompensa cuando se ejecuta el presupuesto de manera oportuna y eficientemente (MarcadorDePosición2).

Tipos de desnutrición

El índice de desnutrición se determina mediante la observación directa, que permite identificar niños demasiado delgados o con las piernas hinchadas; y midiendo la talla, el peso, el perímetro del brazo y conociendo la edad del niño, que se comparan con unos estándares de referencia. La desnutrición se manifiesta en el niño de diversas formas:

- Es más pequeño de lo que le corresponde para su edad.

- Pesa poco para su altura.
- Pesa menos de lo que le corresponde para su edad

Cada una de estas manifestaciones está relacionada con un tipo específico de carencias. La altura refleja carencias nutricionales durante un tiempo prolongado, mientras que el peso es un indicador de carencias agudas. De ahí las distintas categorías de desnutrición.

La desnutrición proteica calórica es un estado clínico patológico que se presenta cuando una dieta no es capaz de satisfacer las necesidades corporales de proteínas y energía o ambas, que incluye una variedad amplia de manifestaciones clínicas, condicionadas por la intensidad relativa de la deficiencia de proteínas o de energía, la severidad y duración de las deficiencias, edad del paciente, causas de la deficiencia y asociación con otras enfermedades nutricionales o infecciosas. La severidad de la desnutrición va desde la pérdida de peso o retardo del crecimiento hasta distintos síndromes clínicos frecuentemente asociados con deficiencias de vitaminas. (Gómez, 2003)

Desnutrición global

Deficiencia de peso para la edad. Insuficiencia ponderal. Es un índice compuesto por los dos anteriores ($P/A \times A/E = P/E$) adecuado para seguir la evolución nutricional de niños (Ministerio de Salud y Protección Social – UNICEF, 2017).

La insuficiencia de peso respecto de la talla se denomina emaciación. Suele indicar una pérdida de peso reciente y grave, debida a que la persona no ha comido lo suficiente y/o a que tiene una enfermedad infecciosa, como la diarrea, que le ha provocado la pérdida de

peso. Un niño pequeño que presente una emaciación moderada o grave tiene un riesgo más alto de morir, pero es posible proporcionarle tratamiento.

Vulnerabilidad: Presencia de factores por lo que las personas corren el riesgo de sufrir inseguridad alimentaria o malnutrición.

Emaciación: bajo peso para la estatura, que por lo general es el resultado de la una disminución del peso debido a un período reciente de inanición o una enfermedad grave.

Insuficiencia ponderal: bajo peso para la edad, que refleja un estado resultante de una insuficiente alimentación, casos anteriores de desnutrición o salud delicada (Ministerio de Salud y Protección Social – UNICEF, 2017).

Desnutrición aguda

Se manifiesta por bajo peso en relación con la talla del niño/a, el cual se suscita por una situación reciente de falta de alimentos o una enfermedad que haya producido una pérdida rápida de peso. Este tipo de desnutrición es recuperable, sin embargo, de no ser atendida oportunamente pone en alto riesgo la vida del individuo (Ministerio de Salud y Protección Social – UNICEF, 2017).

La desnutrición aguda se clasifica de acuerdo con la intensidad de pérdida de peso para la talla en:

Desnutrición aguda moderada

Cuando el puntaje Z del indicador P/T está entre -2 y -3 DE. Puede acompañarse de algún grado de emaciación o delgadez debida a la pérdida reciente de peso. Este tipo de desnutrición debe detectarse y manejarse oportunamente, dado que en poco tiempo el niño

o niña puede pasar a desnutrición aguda severa y/o complicarse con enfermedades infecciosas. Según la evidencia, hay mayor número de niños y niñas con desnutrición aguda moderada que fallecen por infecciones asociadas. Es una etapa en la historia natural de la desnutrición que puede pasar inadvertida en los registros y enmascararse en la enfermedad que acompaña la desnutrición (Ministerio de Salud y Protección Social – UNICEF, 2017).

Desnutrición aguda severa

Cuando el puntaje Z del indicador P/T está por debajo de 3DE. Puede presentarse con edema bilateral hasta anasarca, diferentes grados de emaciación hasta el marasmo y otros signos clínicos como la adinamia y la falta de interés por el medio.

Manifestaciones clínicas de la desnutrición aguda severa:

Marasmo

se caracteriza por atrofia de la masa grasa y muscular, que el cuerpo ha utilizado como fuente de energía, dejando “los huesos forrados en la piel”.

Kwashiorkor

se caracteriza por edema bilateral que inicia en pies y manos y puede estar acompañado de signos clínicos de deficiencias nutricionales específicas como lesiones en la piel, cambios en el color del pelo, alopecia difusa, atrofia de las papilas gustativas y queilosis, entre otros.

Marasmo – kwashiorkor: caracterizado por combinación de emaciación y edema bilateral.

Esta es una forma muy severa de desnutrición aguda. En algunos niños, predominan los signos del marasmo y en otros los signos del kwashiorkor (Ministerio de Salud y Protección Social – UNICEF, 2017).

Desnutrición crónica

La desnutrición crónica se debe, principalmente, a la falta de nutrientes como la vitamina A, ácido fólico, yodo, proteínas o hierro; pero también inciden otros factores, como por ejemplo la falta de acceso al agua potable: esto provoca diarreas constantes que impiden una asimilación correcta de los nutrientes, dificultando todavía más la nutrición de los niños. Este tipo de desnutrición afecta a más de 160 millones de niños en el mundo, de los cuales la inmensa mayoría alrededor del 90% viven en África y Asia.

Un niño que sufre desnutrición crónica presenta un retraso en su crecimiento. Se mide comparando la talla del niño con el estándar recomendado para su edad. Indica una carencia de los nutrientes necesarios durante un tiempo prolongado, por lo que aumenta el riesgo de que contraiga enfermedades y afecta al desarrollo físico e intelectual del niño. La desnutrición crónica, siendo un problema de mayor magnitud en cuanto al número de niños afectados, es a veces invisible y recibe menor atención.

El retraso en el crecimiento puede comenzar antes de nacer, cuando el niño aún está en el útero de su madre. Si no se actúa durante el embarazo y antes de que el niño cumpla los 2 años de edad, las consecuencias son irreversibles y se harán sentir durante el resto su vida (Horacio Márquez-González, 2012).

Tabla 1*Puntos de corte para evaluar el estado nutricional*

Grupo de edad	Indicador	Puntos de corte (desviación estándar)	Denominación
0 a 59 meses	Peso/Talla (P/T)	<-3	Desnutrición aguda severa
		≥ -3 a <-2	Desnutrición aguda moderada
		≥ -2 a <-1	Riesgo de desnutrición aguda
		≥ -1 a ≤ 1	Peso adecuado para la talla
		>1 a ≤ 2	Riesgo de sobrepeso
		>2 a ≤ 3	Sobrepeso
		>3	Obesidad
0 a 59 meses	Talla/Edad (T/E)	<-2	Retraso en talla
		≥ -2 a <-1	Riesgo de talla baja para la edad
		≥ -1	Talla adecuada para la edad
6 a 59 meses	Perímetro braquial (PB)	<11.5 cm	Riesgo de muerte por desnutrición

Nota: Ministerio de protección social.

Causas de desnutrición

La desnutrición infantil es el resultado de la ingesta insuficiente de alimentos (en cantidad y calidad), la falta de una atención adecuada y la aparición de enfermedades infecciosas. Detrás de estas causas inmediatas, hay otras subyacentes como son la falta de acceso a los alimentos, la falta de atención sanitaria, la utilización de sistemas de agua y saneamiento insalubres, y las prácticas deficientes de cuidado y alimentación. En el origen de todo ello están las causas básicas que incluyen factores sociales, económicos y políticos

como la pobreza, la desigualdad o una escasa educación de las madres. (Ministerio de inclusión económica y social , 2014)

Causas inmediatas

- Alimentación insuficiente
- Atención inadecuada
- Enfermedades

Causas subyacentes

- Falta de acceso a alimentos
- Falta de atención sanitaria
- Agua y saneamiento insalubres

Causas básicas

- Pobreza
- Desigualdad
- Escasa educación de las madres

Características de la desnutrición

La desnutrición se caracteriza principalmente por una disminución excesiva de peso que puede afectar tanto a infantes como a adultos.

Actualmente es una de las afecciones más extendidas. Según datos de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, la Unión Europea y el Programa Mundial de Alimentos, en 2018 más de 100 millones de personas tuvieron muy poco acceso a alimentación balanceada.

Factores medioambientales

Los factores medioambientales

Definen el entorno en que vive el niño y su familia, incluyendo los peligros propios del medio ambiente natural y sus ciclos (como las inundaciones, sequías, heladas, terremotos y otros) y los producidos por el mismo ser humano, o entrópicos (como la contaminación de las aguas, el aire y los alimentos, expansión de la frontera agrícola, etc.). El factor medioambiental está estrechamente relacionado con la desnutrición de los niños, ya que depende de este factor la buena producción de alimentos y que no surjan las conocidas epidemias que perturban de forma considerable a todos los infantes menores de cinco años por no contar con buenas defensas (Martínez & Fernández , 2007).

Factores ambientales de la vivienda

El factor ambiental de la vivienda representa una dificultad especial para los infantes ya que el déficit de los recursos de agua potable, drenajes, eliminación de basura, desechos humanos y acceso a la electricidad son producto de acciones humanas que ocasionan la contaminación en su entorno. Los más afectados son los pobladores de la zona rural y mayoritariamente indígenas que no cuentan con el acceso de agua ni a la electricidad (Coronado Escobar, 2014).

Factores económicos

El bajo ingreso económico familiar acompaña casi siempre a la desnutrición, esto lleva a la baja disponibilidad y acceso a los alimentos, falta de medios para producirlos o comprarlos, malas condiciones sanitarias, mal cuidado de los infantes, falta de acceso a la

educación, malas prácticas alimenticias, caprichos alimenticios y factores emocionales (Chamorro Velastegui , Espin Garzon , & Sanchez Vasquez , 2012).

Factores socioculturales

Es importante el papel que desempeña la familia, hacia el cuidado y apoyo de la alimentación infantil, así lo menciona (Coronado Escobar, 2014). ya que existen evidencias en el que el padre, la madre e incluso la suegra tienen papel importante en el desarrollo del niño, que incluyen el tiempo de cuidado y además de las condiciones socioculturales, disminuyendo de esta manera la desnutrición de los infantes (Chamorro Velastegui , Espin Garzon , & Sanchez Vasquez , 2012).

Factores biológicos

Los factores biológicos consideran a aquellos que residen en el plano de la susceptibilidad individual a adquirir desnutrición, en la medida que la insuficiencia de ciertos elementos limita la capacidad de utilización biológica de los alimentos que consume independientemente de su cantidad y calidad (Ortega, 2019).

Malnutrición una triple carga

Los niños que no están creciendo bien son víctimas de las tres vertientes de la triple carga de la malnutrición que está avanzando rápidamente en las comunidades de todo el mundo, incluso en algunos de los países más pobres del mundo. La primera vertiente es la desnutrición. A pesar de que se han registrado algunos descensos en las cifras, la desnutrición sigue afectando a decenas de millones de niños. Su presencia es visible en el retraso en el crecimiento de niños que no reciben una nutrición adecuada durante los primeros 1.000 días desde la concepción hasta el segundo cumpleaños del niño y a menudo

después. Estos niños tendrán que soportar la carga del retraso en el crecimiento durante el resto de sus vidas y es posible que nunca alcancen su pleno potencial físico e intelectual.

Es notable que en nuestro país la baja talla mediada por múltiples factores es evidente , a pesar de los enormes esfuerzos por las entidades de salud , pero es indispensable buscar mecanismo en donde se logre disminuir progresivamente este grave problema , que afecta en su gran mayoría a comunidades con baja disponibilidad o accesibilidad a alimentos que garanticen los requerimientos nutricionales y que por otro lado se ha adoptado el consumo de alimentos procesados de bajo costo, ligada a la situación económica de cada familia, en un contexto con falta de empleo, pobreza y vulnerabilidad social (Oficina de Perspectivas y Políticas Mundiales de UNICEF, 2019).

La desnutrición también es evidente en la emaciación de los niños en cualquier etapa de sus vidas, cuando circunstancias como la escasez de alimentos, las malas prácticas de alimentación y las infecciones, a menudo agravadas por la pobreza, las crisis humanitarias y los conflictos, los privan de una nutrición adecuada y, en demasiados casos, provocan su muerte. En 2018, 149 millones de niños menores de 5 años sufrían de retraso en el crecimiento y 49 millones tenían emaciación.

Otro de los factores insidiosos en este tema de la desnutrición es la emaciación, que se presenta en cualquier estadio del ciclo vital de los menores de 5 años, debido a malas prácticas en la alimentación y agravadas por la pobreza, crisis humanitaria, conflictos sociales, políticos y esto se traduce en la mortalidad infantil con antecedentes subyacentes de la desnutrición infantil (Oficina de Perspectivas y Políticas Mundiales de UNICEF, 2019).

La segunda vertiente de la malnutrición es el hambre oculta. Las carencias de vitaminas y minerales esenciales a menudo denominados micronutrientes privan a los niños

de su vitalidad en todas las etapas de la vida y socavan la salud y el bienestar de los niños, los jóvenes y las mujeres. Esta pesada carga es aún más insidiosa por el hecho de que el hambre oculta rara vez se nota hasta que ya es demasiado tarde para actuar. El número de niños afectados por el hambre oculta es alarmante. Por ejemplo, la carencia de vitamina A una de las principales causas de ceguera infantil– afectó a uno de cada tres menores de cinco años en 2013 (Oficina de Perspectivas y Políticas Mundiales de UNICEF, 2019).

La tercera vertiente que afecta a la malnutrición es el sobrepeso y en su forma más grave la obesidad, esto trae consigo enfermedades no contagiosas, como diabetes tipo II y enfermedades coronarias y se establece que las practicas alimentarias que carecen de una nutrición adecuada son la causa principal de muerte en el mundo.

Prevención y reducción de la desnutrición infantil

Mejoramiento de la dieta: promoción de la lactancia materna, alimentación complementaria adecuada y alimentación durante la enfermedad y convalecencia.

Suplementación con micronutrientes: Suplementación con vitamina A, suplementación con hierro y suplementación con zinc. Acciones de salud pública: promoción y monitoreo del crecimiento, oferta de servicios básicos de salud y uso de agua segura (Vargas & Hernández, 2020).

Factores que inciden en la desnutrición

La salud junto con la educación, son parte de los componentes clave del bienestar humano, y es por esto por lo que se crea la necesidad de impactar en los determinantes sociales que mantienen estables estos componentes. Según la Comisión de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se indica que los determinantes sociales son todas aquellas

circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Estos factores se encuentran en diferente proporción en cada región o país, dependiendo de las circunstancias sociopolíticas, económicas y culturales de cada uno de ellos (Vargas & Hernández, 2020).

Es por ello que los múltiples factores que intervienen en el desarrollo de cualquier tipo de desnutrición está estrechamente asociados y estos son puesto de manifiesta en múltiples investigaciones, que dan cuenta de una deuda histórica en los países en vías de desarrollo, por tal motivo los gobiernos deben fortalecer sus intervenciones en materia de salud y nutrición, es así que el modelo de atención integral en salud Familiar, comunitario e intercultural ecuatoriano, garantizar la prestación de la salud desde su parte integral que es el individuo en todos su ciclos de vida, y como dato específicos en el grupo prioritario de niños menores de 5 años, con el manejo de distintos programas y estrategias para el mantenimiento y recuperación de la salud.

Esta patología es el resultado del consumo insuficiente de alimentos y de la aparición repetida de enfermedades infecciosas. Se clasifica según el tiempo de aparición en aguda y crónica, es causada por falta de ingesta de alimentos denominándose primaria o por un impacto biológico por otras patologías como secundaria, otra forma de clasificar dicha enfermedad es por su gravedad siendo estas: leve, moderada y severa y finalmente por su mecanismo fisiopatológico: marasmo, kwashiorkor o mixta. Estar peligrosamente delgado o presentar carencia de vitaminas y minerales es una malnutrición por carencia de micronutrientes o mejor conocida como hambre oculta.

Los factores de riesgo de esta enfermedad son principalmente sociales, el tener una estructura tanto política como económica deficiente en el país es un factor asociado al 60%

de la mortalidad global del niño menor de 5 años. Las migraciones, la falta de acceso a la educación, no contar en una vivienda con los servicios básicos y no tener recursos económicos para la compra de alimentos son factores que ponen en riesgo la vida de un niño.

Es importante tomar en cuenta como valor agregado para combatir esta patología son las creencias culturales arraigadas en las comunidades indígenas y también ser conocedores de los recursos, aprovisionamiento, cultivo de alimentos locales, a los cuales puedan acceder, con la meta clara de cubrir las necesidades nutricionales de la familia y por ende del niños menor de 5 años, hecho que solventa un factor asociado a la desnutrición infantil como es la limitación de recurso económicos, que es considerado un problema grave en la obtención de alimentos y que pueden poner en riesgo la salud de este grupo etario.

Indicadores de evaluación nutricional de la OMS

Conocer el estado nutricional en los grupos etéreos y la tendencia de evolución que se relacionan con los problemas nutricionales como son: desnutrición global, desnutrición aguda y el retardo en la talla o desnutrición crónica, sabiendo su extremada importancia para establecer intervenciones prioritarias y políticas direccionadas en el ámbito de la salud y nutrición.

El problema principal de nutrición en Ecuador es el retardo en talla, esto es la altura con relación a la edad (HAZ, por sus siglas en inglés). La manera estándar de calcular es, basado en el “puntaje z”; es decir, se establece el estado nutricional de un niño menor a cinco años sobre la base del número de desviaciones estándar en una curva normal. Esta

curva es fijada mundialmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Gutiérrez , Ciuffardi, Rokx, Brousset, & Gachet, 2018).

Curva de crecimiento

Es una herramienta desarrollada por la OMS con la finalidad de conocer el crecimiento del niño a partir del primer al quinto año de vida. Estas curvas muestran patrones para detectar, prevenir problemas nutricionales, y un correcto crecimiento del niño. Utiliza como base antropométrica el peso y la talla relacionada con la edad para obtener percentiles de los indicadores P/T, T/E, P/E, IMC/E (Ortiz & Cuyul, 2012).

Longitud/ talla para la edad

La longitud/talla para la edad refleja el crecimiento alcanzado en longitud o talla para la edad del niño en una visita determinada. Este indicador permite identificar niños con retardo en el crecimiento (longitud o talla baja) debido un prolongado aporte insuficiente de nutrientes o enfermedades recurrentes. También puede identificarse a los niños que son altos para su edad, sin embargo, la longitud o talla alta en raras ocasiones es un problema, a menos que este aumento sea excesivo y pueda estar reflejando desordenes endocrinos no comunes (Organización Mundial de la Salud., 2008).

Peso para la Edad

El peso para la edad refleja el peso corporal en relación con la edad del niño en un día determinado. Este indicador se usa para evaluar si un niño presenta bajo peso y bajo peso severo; pero no se usa para clasificar a un niño con sobrepeso u obesidad. Debido a que el peso es relativamente fácil de medir, comúnmente se usa este indicador, pero no es confiable en los casos en los que la edad del niño no puede determinarse con exactitud,

como en las situaciones de refugiados. Es importante señalar también que un niño puede estar desnutrido debido a que tiene longitud/talla pequeña (talla baja) o está muy delgado o tiene ambos problemas (Organización Mundial de la Salud., 2008).

Peso para la longitud/talla

El peso para la longitud/talla refleja el peso corporal en proporción al crecimiento alcanzado en longitud o talla. Este indicador es especialmente útil en situaciones en las que la edad de los niños es desconocida (por ejemplo, en situaciones de refugiados). La curva de peso para la longitud/talla ayuda a identificar niños con bajo peso para la talla que pueden estar emaciados o severamente emaciados. Usualmente, la emaciación es causada por una enfermedad reciente o falta de alimentos que resulta en una pérdida aguda y severa de peso, si bien la desnutrición o enfermedades crónicas pueden también causar emaciación (Organización Mundial de la Salud., 2008).

IMC para la edad

El IMC para la edad es un indicador que es especialmente útil cuando se examina por sobrepeso u obesidad. La curva de IMC para la edad y la curva de peso para la longitud/talla tienden a mostrar resultados similares (Organización Mundial de la Salud., 2008).

Perímetro medio del brazo

Es un indicador antropométrico, útil en la detección de malnutrición severa ya que determina las reservas calóricas y masa magra de una persona. Es una medida fácil de obtener, rápida, de bajo costo y con menor probabilidad de error si es bien tomado. Aunque se utiliza principalmente en la detección de desnutrición también sirve en el seguimiento

del sobrepeso y la obesidad. Es más utilizado en poblaciones preescolares al evaluar estado nutricional por lo que los resultados pueden ser variables si no se toma en cuenta este dato (Corvos Hidalgo, 2011).

Perímetro cefálico

Determina el crecimiento de la cabeza y de forma indirecta del encéfalo, es de gran importancia en los primeros 2 años, momento del mayor crecimiento del cerebro, Y poco afectado por cambios nutricionales agudos, pero sí por afectaciones nutricionales crónicas (Cárdenas López, Haua Navarro, Suverza Fernández, & Perichart Perera, 2005).

Fomento de la lactancia materna exclusiva

La mala nutrición durante las primeras etapas del ciclo de vida puede conducir a daños extensos e irreversibles en el crecimiento físico y el desarrollo del cerebro. En cambio, la buena nutrición tiene un efecto positivo. La lactancia materna es la forma óptima de alimentar a los bebés, ofreciéndoles los nutrientes que necesitan en el equilibrio adecuado, así como ofreciendo protección contra las enfermedades.

Apoyar la lactancia materna para un planeta más saludable" ha sido seleccionado por la Alianza Mundial para la Lactancia Materna (WABA) como el tema de este año para la Semana Mundial de la Lactancia Materna 2020. El tema se centra en el impacto de la alimentación infantil en el medio ambiente/cambio climático y el imperativo de proteger, promover y apoyar la lactancia materna para salud del planeta y su gente.

Invertir en la lactancia materna puede salvar vidas infantiles y mejorar la salud, el desarrollo social y económico de individuos y naciones. Por lo tanto, debe crearse un entorno propicio para la lactancia materna, así como otras facetas de la alimentación de

lactantes y niños pequeños. La protección, promoción y apoyo de la lactancia materna requieren acciones coordinadas durante los tiempos normales y quizás aún más durante las emergencias. La pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto la necesidad de abogar por la lactancia materna como una intervención de salud pública que salva vidas y previene infecciones y enfermedades en la población en general (Organización Mundial de la Salud, 2020).

La alimentación artificial puede contribuir de dos maneras importantes a la malnutrición proteico-energética (MPE), incluyendo el marasmo nutricional. Primero, como ya se mencionó, los niños alimentados con una fórmula láctea tienen más probabilidad de sufrir infecciones, incluyendo la diarrea, que contribuyen a deficiencias en el crecimiento y a la MPE en la infancia y en la edad preescolar. Segundo, las madres de familias pobres a menudo diluyen excesivamente la fórmula. Debido al alto costo de los sustitutos de leche materna, la familia compra muy poca cantidad y trata de estirarlos usando menos cantidad de fórmula en polvo, que la recomendada para cada comida. El niño quizá recibe el número correcto de comidas y el volumen de líquido recomendado, pero cada comida se encuentra tan diluida que puede ser muy bajo su contenido de energía y otros nutrientes para lograr el crecimiento óptimo. El resultado es: falta de crecimiento y tal vez desarrollo lento de marasmo nutricional (Latham, 2002).

Beneficios de la lactancia

En cada país del mundo, la lactancia materna produce una multitud de beneficios para las mujeres y los niños: salva vidas, mejora la salud de los niños y protege a las madres contra la muerte a causa del cáncer de mama o de ovario. Si bien las madres han amamantado durante siglos, ha sido de manera muy reciente que hemos empezado a

entender cabalmente la función vital de la lactancia materna para la salud y el desarrollo. Con la difusión de nuevas investigaciones en *The Lancet*, se cuenta ahora con datos más contundentes que demuestran los beneficios sustanciales para los niños y las mujeres que resultan de amamantar en los países tanto de ingresos altos como bajos. Sin embargo, a pesar de este cúmulo cada vez mayor de pruebas científicas, las tasas mundiales de lactancia materna no han aumentado considerablemente en los dos últimos decenios. Las tasas de lactancia materna exclusiva en menores de seis meses en la mayoría de los países son bastante inferiores al 50%, la actual meta de la Asamblea Mundial de la Salud para el 2025. La mayoría de los países ricos y pobres por igual no han avanzado mucho hacia el logro de la meta mundial.

En los países más pobres, los retos principales son el inicio tardío y las tasas bajas de la lactancia materna exclusiva, ya que menos de 40% de los menores de seis meses son exclusivamente amamantados. La duración breve de la lactancia materna plantea otro reto, en particular en países de ingresos medianos y altos, donde menos de uno de cada cinco niños es amamantado durante los 12 primeros meses. Además, la mayoría de los países de ingresos altos cuentan con datos de la lactancia materna discordantes o limitados, lo cual dificulta llevar a cabo un seguimiento del progreso y las tendencias (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de Salud, 2016).

El trabajo realizado en el fomento de la lactancia materno ha sido exhaustivo por diversas instituciones articulas, en búsqueda de mecanismos que propicien la lactancia materna exclusiva, y entre los tantos implementados se puede mencionar la creación de los lactarios en las unidades en donde las madres de los lactantes laboran, garantizando así el

desarrollo, crecimiento y aporte nutricional adecuado, como también los múltiples beneficios que su práctica beneficia tanto a la madre, el niño y el medio ambiente.

Para la madre:

- Disminuye el riesgo de hemorragia después del nacimiento del bebé.
- Previene a largo plazo osteoporosis, cáncer de mama y de ovario.
- Mejora los niveles de colesterol y triglicéridos.
- Disminuye el riesgo de depresión postparto.
- Ayuda a que recupere su peso previo al embarazo.
- Le permite desempeñarse laboralmente libre de preocupaciones.

Para los hijos e hijas:

Disminuye el riesgo de enfermedades más comunes en la infancia (respiratorias, alérgicas y diarreicas).

- Es de fácil digestión, lo que disminuye los cólicos.
- Favorece el desarrollo emocional e intelectual.
- Previene el sobrepeso y la obesidad.
- Favorece el desarrollo integral y una vida saludable.
- Reduce el riesgo de muerte de cuna

Para la familia:

- Favorece el vínculo familiar.
- Reduce en el gasto familiar (no se gasta en fórmulas, menor frecuencia en las consultas médicas, entre otros).

Para el país:

- Disminuyen los gastos en salud.
- Disminuye la contaminación ambiental.
- Favorece una población más saludable en el presente y futuro.

Alimentación en niños/as menores de 5 años

No existe ninguna duda sobre la importancia que la alimentación en los primeros años de vida, junto al establecimiento de hábitos de vida saludables, tienen en la posibilidad de prevenir el desarrollo de enfermedades a lo largo de la vida, en especial, la enfermedad cardiovascular, la diabetes, la obesidad o el cáncer. Además, los hábitos alimentarios se establecen en esos primeros años y permanecen en el tiempo.

Para adecuar la ingesta de energía y nutrientes a las necesidades de cada niño, es preciso conocer las características fisiológicas y del desarrollo en cada etapa, y tener en cuenta, además, las diferencias personales, condicionadas en parte por su grado de actividad, así como sus circunstancias sociales (Moreno Villares & Galiano Segovia, 2015).

Hemos cambiado el lugar donde vivimos: cada vez es mayor el número de familias que han abandonado la granja y el campo y se han trasladado a las ciudades, un cambio a escala mundial que seguirá aumentando en los años venideros. Hemos cambiado nuestras funciones. En las sociedades de todo el mundo las mujeres se han incorporado cada vez más a la fuerza laboral estructurada, conciliando las responsabilidades laborales con su función de cuidadoras primarias en el hogar y, a menudo, con escaso apoyo de las familias, los empleadores o la sociedad en general. Las condiciones de vida en nuestro planeta han

cambiado. La crisis del cambio climático, la pérdida de biodiversidad y los daños causados al agua, el aire y el suelo suscitan ahora la preocupación de si será posible alimentar de manera sostenible a esta generación de niños, por no hablar de las generaciones venideras.

Finalmente, hemos cambiado lo que comemos. Estamos dejando atrás los tipos de alimentación tradicionales y autóctonos y adoptamos prácticas de alimentación modernas que con frecuencia son ricas en azúcares y grasas, bajas en nutrientes esenciales y fibra, y están a menudo altamente procesadas (Oficina de Perspectivas y Políticas Mundiales de UNICEF, 2019).

Alimentación complementaria

Cuando la leche materna deja de ser suficiente, para atender las necesidades nutricionales del lactante, hay que añadir alimentos complementarios a esta. La transición de la lactancia materna exclusiva a la alimentación complementaria más leche materna toma un periodo que va de los 6 a los 18 o 24 meses de edad. Este es un periodo de alta vulnerabilidad en la que muchos niños inician o agravan los cuadros de desnutrición, que contribuyen a las altas tasas de desnutrición de los menores de 6 años (Freire, y otros, 2014).

La comunidad científica coincide en afirmar que las necesidades nutricionales de los niños nacidos a término y con peso adecuado pueden ser satisfechas con la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. Por lo tanto, la alimentación complementaria a la leche materna debe iniciarse cuando está sola ya no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del niño. Por ello, es necesario introducir otros alimentos y líquidos a partir de los 6 meses (Dewey & Brown , 2003).

Alimentación en el Lactante

Para asegurar que la introducción de alimentos se lleve a cabo adecuadamente, es necesario que el niño(a) continúe recibiendo leche materna como alimento principal. Los nuevos alimentos servirán para complementar la dieta en cantidad y calidad y no para sustituir la alimentación al pecho. Esta alimentación complementaria debe ser oportuna, o sea no introducir alimentos diferentes a la leche materna, antes de los seis meses de edad, ni muy tarde a esa edad. Debe ser gradual, o sea introducir poco a poco cantidades, sabores y texturas de alimentos de acuerdo al crecimiento del niño (a).

- Al empezar se debe ofrecer un solo tipo de alimento y hasta después de tres o cuatro días se podrá ofrecer otro alimento (siempre solo). Más adelante, se pueden ir mezclando los alimentos.
- Las cantidades deben ser muy pequeñas (una o dos cucharaditas). Se aumentan a medida que pasa el tiempo y que el niño (a) acepte mayores cantidades.
- Dar preparaciones muy suaves como purés colados, luego purés más espesos. Posteriormente alimentos machacados; luego comidas blandas en pedacitos finos. Finalmente, preparaciones de comidas como las de los adultos.
- Dar a conocer al niño (a) poco a poco los diferentes sabores: Dulce-salado-ácido-amargo, primero solos y después mezclados. Cuidar de no condimentar mucho con sal, azúcar o cubitos de caldo artificial, dejar solo los sabores naturales de los alimentos
- Características de la alimentación de acuerdo al desarrollo y capacidad del niño o niña (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la alimentación , 2007).

Tabla 2*Alimentación según edad del niño o niña*

Edad	Capacidad de ingerir
0-6 meses	Chupa y toma líquidos. Sólo debe tomar leche materna
6- 9 meses	Empieza a adquirir capacidad para deglutir, masticar, tragar y digerir alimentos un poco más enteros
9- 12 meses	Mastica y adquiere destrezas para comenzar a comer.
12-23 meses	Se integra más al grupo familiar y puede comer los mismos alimentos; sin embargo, su alimentación debe prepararse de manera muy higiénica con alimentos disponibles en el hogar y de alto valor nutritivo

Nota: Guía metodológica para la enseñanza de la alimentación y nutrición

Alimentación en los preescolares

La alimentación en los preescolares constituye el principal factor y primordial para la actividad vital fisiológicos del cuerpo, particularmente por el ritmo intenso de los procesos que ocurren en él. Esta etapa se incrementan las necesidades nutricionales las cuales deben incluir una planificación dietética, es indispensables tomar en consideración el consumo (hábitos y costumbres, nivel socioeconómico, salud y educación).

Los niños en edades de 3 a 4 años empiezan a realizar algún tipo de actividad física y la alimentación se va adaptando progresivamente, por esta razón el reconoce y elige sus alimentos de mayor preferencia, tendiendo a comer lo que consumen sus padres y familiares, en promedio un el preescolar debe ingerir 1600 calorías repartidas entre 50% de carbohidratos. 31% de lípidos y 18% de proteínas. Es recomendable que el niño consuma verduras, legumbres, pasta, arroz, pescado, carnes magras, huevo, ensaladas, frutas leche, derivados lácteos y como bebida de preferencia agua.

La alimentación para los niños de 2 a 5 años debe tener la misma variedad que la de los adultos.

Para esta edad se recomiendan:

- 6 porciones de cereales
- 3 porciones de vegetales
- 2 porciones de frutas
- 2 de leche
- 2 de carne (Cuenca Choca , 2011)

Para niños de 2 a 3 años

- Lácteos: leche 2/3 de taza o un trozo de queso
- fruta picada: 1/3 de taza
- Vegetales cocidos: 1/3 de taza
- Cereales cocidos: quinua, arroz o fideo cocido 1/3 de taza
- Carnes, pollo, pescado: la porción es de 1,5 a 2 onzas
- Leguminosas cocinadas: 1/3 de taza
- Añadir aceite a las comidas. (Cuenca Choca , 2011)

Para los niños de 4 a 6 años el tamaño de las porciones es igual a la de los adultos:

- Una porción de cereales podría ser una rodaja de pan o ½ pan común o ½ taza de cereal cocinado (quinua, cebada, maíz, trigo, avena, fideo).
- Una porción de frutas y vegetales: ½ taza de vegetales cocinados, 1 taza de vegetales crudos tipo hoja, ½ taza de frutas cortadas en trozos (orito),
- mandarina, naranja, guineo, chontaduro).

- Fruta seca: ½ de taza de pasas, ciruela pasa, nueces, tocte, semillas de zambo, zapallo, maní.
- Una porción de lácteos equivale a 1 taza de leche o 1,5 oz. de queso natural (del tamaño de una caja de fósforos)
- Carne, pescado o pollo: 2 a 3 onzas (del tamaño de la palma de la mano).
- Dos o tres huevos diarios
- Leguminosas cocinadas: ½ taza (soya, chochos, frejol, arveja, lenteja, habas, garbanzo)
- Añadir aceite vegetal a las comidas de preferencia de maíz, soya y girasol (Cuenca Choca , 2011).

Tabla 3

Recomendaciones de consumo diarias de calorías (Kcal) para niños.

Recomendación diaria de energía	Escala	valores
	Kcal/día en Niño de 1 – 2 años	948
	Kcal/día en Niño de 2 –3 años	1129
	Kcal/día en Niño de 3 – 4 años	1252
	Kcal/día en Niño de 4 – 5 años	1360
	Kcal/día en Niña de 1 – 2 años	865
	Kcal/día en Niña de 2 –3 años	1047
	Kcal/día en Niña de 3 – 4 años	1156
	Kcal/día en Niña de 4 – 5 años	1241

Nota: (FAO/OMS 2001. Tomado del Libro Nutrición Pediátrica)

Inequidad

La inequidad en salud se presenta cuando existen desigualdades injustas, evitables o remediables entre grupos sociales. La literatura científica muestra que la condición étnico racial desempeña un papel fundamental en las diversas manifestaciones de inequidad que afectan a la salud. También existe consenso en que la posición socioeconómica y el tipo de seguro sanitario son determinantes sociales de la salud que influyen en el acceso a esos servicios y su calidad en algunos grupos étnico.

Muchos modelos son implementados en América Latina con el objetivo de acabar con la inequidad existente en el área de la salud, sin embargo, no han resultado grandes cambios. Autores como Cristina Barboza-Solís y Gilberto Bastidas, afirman en sus respectivos textos que la razón de esto se debe al manejo erróneo de la problemática, el cual se centra en soluciones desacertadas para cada país (Lagies, 2020).

De ahí que la demanda de salud clama contra los tiempos de espera y la atención poco oportuna, por el trato indigno recibido en los establecimientos de salud, por los costos de la salud y de los medicamentos, por las inequidades que genera la existencia de dos subsistemas. La demanda de salud viene del clamor de una sociedad con altas tasas de obesidad, desnutrición, aumento en las tasas de suicidio y en la prevalencia de varias enfermedades crónicas durante los últimos años.

Inequidad en la prestación de servicios de salud

Desde varios años en especial durante la última década, se ha demostrado que existen importantes diferencias en el estado de salud de la población, en donde se encuentran inmersos las situación socioeconómica , sociodemográfica, geográfica, étnicos o

de género, la segmentación del sistema ha contribuido a que no se asegure la equidad en la prestación de los servicios de salud , es así que esto implica una transformación urgente traducida en el trabajo que esto implica para los gobiernos y organismos internacionales , en donde es de conocimiento que se ha llegado a consensos en torno a la importancia de establecer equidad en salud en beneficio de la población con mayores necesidades de esta prestación.

La desigualdad en salud constituye un tema de justicia social urgente. Estas desigualdades en salud son el resultado de las diferencias en las condiciones de vida, el entorno en el que nace, crece, vive, trabaja, envejece y muere una persona. Inequidad no es sinónimo de desigualdades en salud, porque algunas diferencias, por ejemplo, las brechas en expectativa de vida entre mujeres y hombres no son necesariamente injustas o evitables.

Inequidad, en cambio, lleva implícita la idea de desigualdad injusta, o sea, de no haber actuado para evitar diferencias prevenibles. Se puede definir como, la ausencia de diferencias injustas y evitables o remediables en salud entre grupos o poblaciones definidos social, económica, demográfica o geográficamente.

Otro de los factores que media es el sistema de salud de cualquier país, pues en dependencia de sus principios y diseño se condiciona el acceso a los servicios y programas de los diferentes grupos sociales y cumple (o deja de cumplir) varias funciones como: la prevención de las enfermedades o la curación y rehabilitación en casos en que la enfermedad se presenta. Este papel hace que cualquier sistema de salud sea un determinante del lugar que las personas alcanzan en la estructura social. Es importante precisar que la dimensión de equidad generalmente se centra en el acceso, financiamiento y/o la distribución equitativa de servicios de salud según necesidad. Estudiar el rol de factor

intermediario de los servicios de salud impone a su vez la necesidad de abordar atributos de los servicios de salud como: el acceso, la cobertura, la fragmentación de la atención, entre otros (Garriga, y otros, 2012).

El sistema de salud y el sistema de atención que lo compone tienen como finalidad fundamental, producir salud de la mejor manera posible en cada situación específica. Pero si bien la eficacia social del sistema en su conjunto es un indicador principal de su desempeño, el sistema debe hacerlo generando satisfacción individual y, sobre todo, social.

La satisfacción es un valor esencial para alcanzar una calidad de vida plena y con una gran importancia política para la legitimación del sistema político. Por tanto, el nivel de satisfacción constituye el segundo indicador del desempeño global de los sistemas de salud y de atención de salud si se evalúa conjuntamente la calidad de la atención o sea capacidad de solución de problemas y formas de prestación.

Es así que el sistema de salud actual conformado por las entidades de salud ya sean públicas o privadas debe trabajar en garantizar la equidad en materia de salud , con componentes de igual oportunidades en su prestación y brindando cobertura universal como un derecho consagrado en la constitución ecuatoriana, dan un mayor énfasis en los grupos prioritarios , que por su múltiples factores presentan afecciones de todo tipo, pero en específico es necesario referirnos a los niños menores de 5 años en pleno crecimiento y desarrollo , estableciendo estrategias que empoderen a la población para responder a las carencias nutricionales de cualquier etiología existentes y su articulación en el manejo con las casas de salud de primer nivel en territorio.

Factores socioeconómicos

Dentro de la sociedad los factores socioeconómicos son considerados como parte sustancial e indispensable, actualmente, debido a la falta de capacidad económica en ciertos grupos sociales las dificultades incrementan día a día, los seres humanos con bajo nivel económico pueden tener muchos más problemas en diferentes ámbitos de su vida, como, por ejemplo: la salud, el empleo, la educación, un techo donde vivir, etc., esto ocurre por los escasos recursos que los individuos con bajo nivel socioeconómico ofrecen a los suyos (Rodríguez Ochoa, 2015).

Los factores socioeconómicos influyen en gran medida en la salud y bienestar de los sujetos ya que la deficiente provisión de recursos, materiales, económicos y alimentario , se asocian a la presencia de los tipos de desnutrición infantil, dato que por falta de adquisición de alimentos o falta de acceso a los mismos , la población infantil consumo de alimentos poco saludables, que contiene calorías vacías, procesados, y que en gran medida por el costo las familias optan por el consumo desmedido en su dieta de carbohidratos traducido en su menor costo y rendimiento a la hora de alimentarse.

Factores culturales

La cultura es un elemento constitutivo del fenómeno salud-enfermedad que ha sido entendida de diferentes maneras en el campo de la salud pública.

En la práctica cotidiana de la salud pública es común entender los conocimientos, las prácticas y los valores culturales como una realidad propia de las comunidades y, de manera negativa, como factores de riesgo que se deben erradicar o cambiar. Esta mirada excluyente no considera que la cultura se refiere a la experiencia humana compartida; por

lo tanto, es un elemento constitutivo de nuestra propia humanidad. En este sentido, la dimensión cultural del fenómeno salud-enfermedad se encuentra en los diversos conocimientos, prácticas e instituciones para promover la salud y prevenir, curar y rehabilitar a las personas enfermas. Esta diversidad se constituye en campos simbólicamente mediados que las personas reproducen, construyen y transforman a través de relaciones de poder situadas socialmente, espacial e históricamente (Duque Páramo, 2007).

La historia natural de la enfermedad (HNE), atención primaria en salud (APS) y promoción de la salud (PS). Llamamos a utilizar la cultura como una herramienta para comprender no sólo la diversidad de los sistemas de salud, sino las relaciones de poder que determinan diferencias e inequidades en el perfil epidemiológico en relación con la clase social, la etnia, el género, la edad y la procedencia rural o urbana.

En una cultura, se pueden mover diferentes criterios, dentro del contexto social, pueden ser importante unos valores más que otros. La adaptación a la cultura, y a los valores de una determinada sociedad, dependerá de las circunstancias socioeconómicas y personales de cada individuo o grupo social. Lo anterior, nos lleva a afirmar que la cultura es un constructo social, y por tanto, también cambian los hábitos que se constituyen como pautas culturales, y socialmente aceptadas, de este modo, los comportamientos más o menos saludables adquieren diferente dimensión, en función de la trascendencia social que tengan en un momento determinado. En cuanto a salud y cultura, es importante mencionar que la enfermedad y la salud son dos conceptos internos de cada cultura y para tener un mayor conocimiento de la prevalencia y la distribución de la salud y la enfermedad en una sociedad, hace falta un enfoque integral que combine cuestiones sociológicas y

antropológicas, además, de las biológicas y de conocimientos médicos sobre salud y enfermedad (González Fernández, y otros, 2017).

Inequidades un clamor social

De que la salud es una de las demandas sociales más sentidas de la población en este estallido social, no hay ninguna duda. Las muestras son muchas. La demanda de salud clama contra los tiempos de espera y la atención poco oportuna, por el trato indigno recibido en los establecimientos de salud, por los costos de la salud y de los medicamentos, por las inequidades que genera la existencia de dos subsistemas, y en la prevalencia de varias enfermedades crónicas durante los últimos años.

Existe suficiente evidencia en salud pública para afirmar que mientras más inequitativa es una sociedad, peores son sus niveles de salud general. Las sociedades inequitativas, al debilitar el funcionamiento y sentido de sus instituciones, provocan efectos concretos sobre la vida y salud de las personas, haciendo desigual el acceso a los recursos para la protección y cuidado de la salud. Haciendo de la salud un privilegio, más que un derecho (Fuentes García, 2019).

El análisis de las inequidades sociales en salud (ISS) tiene dos particularidades que ubican la medición de la posición socioeconómica (PSE) en el centro del problema. La primera, es que la posición socioeconómica (o estratificación social) integra diferentes dimensiones, relacionadas entre ellas, que poseen una influencia propia sobre los resultados de salud: la educación, las condiciones materiales, la ocupación, el prestigio social, la deprivación relativa, el lugar de residencia, entre otras. Cada una afecta la salud a lo largo

de la vida, a través de las condiciones materiales, las psicosociales y los comportamientos del individuo (Fantin , Gómez Duarte, Sáenz Bonilla , & Barboza Solís, 2019).

En 2012, la Asamblea General de las Naciones Unidas se instó a todos los gobiernos a intensificar los esfuerzos para acelerar la transición hacia el acceso universal a servicios asistenciales accesibles y de calidad bajo principios de equidad y justicia social¹. Esto para asegurar que todos los miembros de una sociedad puedan acceder a los servicios de salud necesarios sin incurrir en dificultades financieras. Los esfuerzos de los sistemas de salud en América Latina se han dirigido a reducir la inequidad mediante el aumento de la cobertura, sin embargo, todavía existen disparidades en la distribución de los recursos tanto físicos como humanos. Por lo anterior, se tendría que cuestionar sí, a la par de aumentar la cobertura, se están generando acciones para incrementar la disponibilidad de los recursos tecnológicos y humanos que puedan responder a las necesidades de cada población (Lucio García , Recaman, & Arredondo, 2018).

Inequidad y el sistema de salud

Cuando se habla de equidad en la salud se refiere a las desigualdades evitables en salud asociadas a ventajas o desventajas sociales atribuibles a diferencias en la condición o posición social de los individuos. La inequidad también puede ser entendida como la ausencia de desigualdades en salud (y en sus determinantes sociales claves) que están sistemáticamente asociadas con las ventajas o desventajas sociales.

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. Son definidos como "aquellas características

específicas del contexto social que afectan la salud y las formas en que las condiciones sociales se traducen en impactos en la salud (Martínez M.).

La desigualdad en los países de América Latina se mantiene entre las más altas del mundo. Sus efectos sociales se manifiestan en cada uno de los órdenes sociales y económicos entre los distintos países del continente. Las políticas públicas y sociales aplicadas en los últimos años acompañadas de unos favorables precios de las materias primas, permitió reducir las brechas, disminuir el desempleo, la informalidad y la pobreza. Sin embargo, las desigualdades e inequidades en la prestación de servicios de salud, así como en la financiación de los sistemas sanitarios aún persisten en muchos de estos países.

Los organismos internacionales, la Organización Mundial de Salud, premios nobel y reconocidos investigadores, han alertado sobre los efectos de las desigualdades en los sistemas de salud. En este sentido, la Organización Panamericana de Salud, plantea que “medir las desigualdades, es decir obtener pruebas objetivas de las diferencias en las condiciones de vida y salud, es el primer paso para identificar las inequidades en salud”. Para el reconocido premio nobel de economía, Amartya Sen, la equidad en salud tiene que ser vista como una disciplina amplia y no como un criterio estrecho y formalista. Ésta debe encargarse a su vez de la desigualdad en la salud o en la atención sanitaria, y así mismo como esta relaciona la salud con otras características por medio de la asignación de recursos y de acuerdos sociales.

Las inequidades en la salud son consecuencia de los sistemas de salud. Es decir, es posible que en países con elevadas concentraciones de riqueza tengan sistemas de salud que amortigüen las desigualdades en la prestación del servicio. Sin embargo, este no es un patrón de organización en los sistemas de salud en América Latina. De hecho, la

fragmentación en los sistemas de salud de América Latina y el Caribe constituye un reflejo de las brechas en la distribución del ingreso existentes entre países, y tienen su correlato a su interior entre centros urbanos y rurales, y entre poblaciones de disímil situación económica. Estas brechas regionales se asocian con diferencias en la capacidad de gasto de los Estados, como también en la organización de sus sistemas de salud, que condicionan la gestión efectiva de los recursos disponibles (Martínez M.).

La equidad en salud es un principio rector de la acción en salud pública cuyo noble propósito es construir sociedades más saludables y sostenibles y, al mismo tiempo, más justas e inclusivas. Ello se refleja en el compromiso mundial por ‘no dejar a nadie atrás’ que preside la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible, aunque en ninguna de sus 169 metas se establezca ni conceptual ni cuantitativamente la reducción de desigualdades en salud. Reconociendo la urgencia de trascender la retórica y avanzar consecuentemente en la formulación y puesta en marcha de políticas sociales y de salud proequitativas de lo local a lo global (Mújica & Moreno, 2019)

Los determinantes estructurales o factores de predisposición para el acceso a los servicios de salud utilizados fueron el sexo, la edad (años cumplidos) y el estado civil (en unión conyugal sea formal o consensual, o sin unión conyugal). Entre los factores demográficos que habilitan al acceso a los servicios de salud se incluyeron la zona de residencia (cabecera municipal: el centro urbano donde está la alcaldía; centro poblado: un corregimiento, inspección de policía, caserío, vereda o campo) y la región en que reside. La posición socioeconómica, que cubre diferentes aspectos de la estratificación social, se estimó mediante las variables años de educación (años escolares completados), tipo de

empleo (formal o informal) e ingresos laborales, cuantificados en salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Las carencias socioeconómicas constituyen la principal barrera para un adecuado aseguramiento sanitario y un acceso pleno a los servicios de salud. Sin embargo, no se ha encontrado suficiente bibliografía que analice la inequidad debida a la condición étnico-racial, a partir de la posición socioeconómica y la afiliación a diferentes regímenes de aseguramiento de salud. Son incluso más escasos los estudios que se enmarcan en el mejoramiento de los sistemas de bienestar en América Latina y el consecuente aseguramiento de una parte importante de la población en situación de vulnerabilidad (Viáfara López, Palacios Quejada, & Banguera Obregón, 2021).

La salud un derecho

La OMS considera que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. Esto incluye el acceso a servicios de salud de calidad, y por eso, se debe promover una cobertura sanitaria universal. Hoy en día, sin embargo, las zonas más desfavorecidas del mundo no cuentan con los servicios mínimos de atención sanitaria y más de 100 millones de personas viven bajo el umbral de la pobreza, y con grave riesgo de sufrir todo tipo de enfermedades

La salud es el resultado de la confluencia de diversos factores individuales, económicos, sociales y culturales que confluyen y determinan los perfiles de salud/enfermedad. Con frecuencia los estudios sobre salud han enfatizado los factores biológicos y en menor medida los sociales.

La idea de lo que se entiende por salud depende de la interacción de múltiples factores sociales, políticos, económicos, culturales y científicos. Como apunta Briceño-León (2000), “la salud es una síntesis; es la síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional” (Alcántara Moreno, 2008).

Promoción de la salud

La promoción de la salud es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud". Este concepto se pone en práctica usando enfoques participativos; los individuos, las organizaciones, las comunidades y las instituciones colaboran para crear condiciones que garanticen la salud y el bienestar para todos.

En términos más sencillos, la promoción de la salud fomenta cambios en el entorno que ayudan a promover y proteger salud. Estos cambios incluyen modificaciones en las comunidades y los sistemas, por ejemplo, programas que garanticen el acceso a los servicios de salud o políticas que establezcan parques públicos para la actividad física de las personas y su convivencia. La promoción de la salud implica una manera particular de colaborar: se basa en la población, es participativa, es intersectorial, es sensible al contexto y opera en múltiples niveles (Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2019).

La OMS como organismo mundial, realiza campañas, conferencias y programas dirigidos a promocionar la salud mediante la educación, la información y la prevención. Es

esencial conocer qué hábitos cotidianos son nocivos para la salud y cuáles pueden ayudarnos a reducir o eliminar el riesgo de sufrir ciertas enfermedades.

En los países menos desarrollados, por ejemplo, se realizan numerosas campañas para reducir la muerte de niños menores de 5 años, que todavía hoy ronda los 3 millones, por causas prevenibles y tratables, como desnutrición, neumonías o diarreas.

Acceso universal

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad. El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud requieren la definición e implementación de políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar.

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud son el fundamento de un sistema de salud equitativo. La cobertura universal se construye a partir del acceso universal, oportuno, y efectivo, a los servicios. Sin acceso universal, oportuno y efectivo, la cobertura universal se convierte en una meta inalcanzable. Ambos constituyen condiciones necesarias para lograr la salud y el bienestar (Bástolo, Houghton, & Del Riego, 2020)

Acceso a la salud

La Declaración de Alma-Ata asumió a la salud como un derecho humano fundamental y propuso un modelo de atención en salud integral basado en la atención primaria de salud (APS), que involucra la promoción de la salud, la participación social y la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud.

Esta declaración fue impulsada por las diferentes agencias de las Naciones Unidas, gobiernos nacionales y una variedad de organizaciones de la sociedad civil, quienes reconocieron el acceso universal a los servicios de salud como un derecho humano fundamental.

En los últimos años la declaración de Alma-Ata en varios países a experimentado modificaciones orientadas a mejorar el acceso a la salud, dando como resultado el incremento, eficiencia de los servicios de salud y reducir las inequidades.

Los valores de equidad, tales como alcanzar la salud para todos y especialmente la población en niveles de mayor pobreza, y la introducción de la APS, han sido pilares fundamentales de los procesos de transformación de los sistemas de salud de la región de las Américas en las últimas décadas. En efecto, los principales mensajes de la Declaración de Alma-Ata estuvieron presentes en las políticas de transformación de los sistemas de salud de los países estudiados. Sin embargo, la caracterización de los procesos de transformación de estos países permite reconocer dos lógicas de transformación, con diferentes tipos de intervenciones asumidas como motores de los procesos de cambio de los sistemas de salud y con potenciales resultados en términos de acceso y cobertura (WHO).

La cobertura en atención de salud tiene como objetivo fundamental el fortalecimiento del sistema de atención para promover el acceso a la atención y mejorar los resultados de salud, en especial para la población más vulnerable, esto incluye el financiamiento del sistema de salud, asegurando así la disponibilidad de servicios integrales y de buena calidad, estoy en marcado en la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, con acceso equitativo, independientemente de las circunstancias sociales, y riesgos o dificultades financieras.

A pesar de que se evidencia avances en muchos países de América Latina, su implementación ha generado la adopción de modelos financieros para la cobertura universal de salud, el acceso equitativo en salud y el fortalecimiento de la atención primaria esencial que sigue siendo difícil de alcanzar para millones de personas en la región. Por otra parte, hay necesidades urgentes de mejorar en relación con el acceso en las comunidades rurales, en donde se debe mejorar los resultados de salud relacionados con mortalidad infantil, ligadas a la cobertura y la situación sociodemográfica o socioeconómica.

La cobertura universal de salud depende de la financiación adecuada, que es difícil de lograr en todos los países, pero especialmente aquellos con ingresos bajos y medios, debido al aumento de los costos de salud. En América Latina y el Caribe, la insuficiente financiación de la cobertura universal de salud en algunos países ha contribuido a una mezcla de planes públicos y privados de seguros, altos gastos de bolsillo y el acceso no equitativo a la atención oportuna y de alta calidad para los desempleados, pobres y poblaciones vulnerables (Atun, y otros, 2015).

Accesibilidad y salud como un derecho

Acceso a la salud como derecho humano en políticas internacionales intergubernamentales. Inicialmente se discute el tema de la salud al interior de la ONU, destacando el concepto de salud global; posteriormente, se discute el concepto de salud global considerando la salud como un derecho humano; luego, se presenta el debate cobertura versus acceso a la salud como un derecho humano, abordando algunas de sus implicaciones éticas; a partir de entonces, se discuten la cobertura versus el acceso a la salud, tomando como marco de referencia las teorías constructivista y crítica de las Relaciones Internacionales. Finalmente, se concluye que, frente a la persistencia de una fuerte inequidad global, la OMS comenzó a remodelarse dejando la noción de la salud como derecho humano de lado, imponiendo el desafío de disminuir la larga distancia que separa la realidad de las leyes y políticas internacionales intergubernamentales (Manchola Castillo, Garrafa, Cunha, & Hellmann, 2017)

El logro de la Cobertura Universal en Salud (CUS) es un reto central para los sistemas de salud alrededor del mundo, en particular para países de ingresos bajos y medios. Para incidir en asegurar la protección a la salud, la respuesta a este reto implica contribuir a la equidad social. La Agenda 2030 sobre el Desarrollo Sostenible que la Organización de las Naciones Unidas (ONU) aprobó en 2015 para lograr la equidad en el mundo explicita el compromiso de “lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos” (Meta 3.8). Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) enfatiza la necesidad en la reducción de inequidades de salud, mismas que reflejan las inequidades sociales y repercuten

en la vida de las poblaciones. Para alcanzar estos objetivos, el acceso efectivo a los servicios de salud es un elemento central e implica tanto eliminar las barreras financieras como una oferta adecuada de servicios de calidad acorde con las características de la población (Gutiérrez, y otros, 2019).

Lo anterior hace necesario la realización de un análisis para identificar la capacidad de la población para recibir servicios de salud y se ponga sobre la mesa su relevancia dentro de las características individuales y contextuales que intervienen en la accesibilidad en la atención de la población las cuales están contempladas, las condiciones demográficas y el financiamiento y pueden influir en la capacidad de obtener la atención ante una necesidad de salud y en donde el individuo evaluara la satisfacción del mismo. Otra gran limitante son las barreras que en gran medida afectan la prestación de servicios de salud efectivos y eficientes, es por ello que el sistema de salud actual tiene el reto de la reingeniería de la salud pública en todos sus niveles de atención.

Debate teórico de la accesibilidad al sistema de salud

La importancia que tiene la salud en las personas y en su estado de bienestar no puede ser cuestionable. Desde hace tiempo, por ejemplo, en México se ha trabajado por colocar al sistema de salud en un status de universalidad. El modelo de atención abre la posibilidad para la atención y las condiciones para otorgar los servicios de salud a la población en general, dejando de lado la exclusión y/o inequidad.

En ese sentido, se habla de que exista la condición para que las personas, sin distinción, puedan satisfacer su necesidad de atención médica, lo que hace pensar, en que la preocupación por sí misma es la de cumplir con la disponibilidad, es decir, contar con

centros de atención médica, servicios de salud y personal que atiendan las necesidades de la población.

Si bien es cierto que la disponibilidad es importante, hay otros elementos que se deben considerar para que sea efectiva. Aunado a ello, se debe clarificar que el ofrecer un servicio no es sinónimo de que la persona realmente pueda hacer uso de él. En la accesibilidad a los servicios de atención médica interactúan condiciones como la distancia, los horarios de atención, las dotaciones y cualidades individuales para demandar servicios.

Las necesidades de atención de una persona que vive en la costa a la que vive en la sierra son diferentes mediados por la geografía y determina así el estado de salud de sus poblaciones, así como los problemas de accesibilidad. La geografía influye de manera importante sobre las transiciones epidemiológica, demográfica y nutricional. La geografía ha limitado la integración política y económica, por lo que las inequidades y la exclusión social continúan.

Ahora bien, la propuesta de tener un servicio de salud universal va en función de satisfacer esa necesidad, pero también de cumplir con los derechos de las personas, además de cumplir con una política pública integral. Se considera que la salud se ve afectada por las políticas e instituciones imperantes, el nivel de capital humano (educación, principal promotor de la salud), el nivel de tecnología de la sociedad, especialmente en el sector salud, y el propio crecimiento de los ingresos y la reducción de la pobreza, lo cual genera una mejor salud (Sánchez-Torres, 2015)

Clasificación de la accesibilidad

La accesibilidad se puede abordar bajo tres vertientes:

- Como parte del proceso de implementación de la política pública
- Como un componente de la política pública integral de salud propuesta por la OMS
- Como el eslabón que une los procesos de oferta y demanda.

Como parte del proceso en la implementación de la política pública

En la búsqueda de una mejora en el bienestar de la sociedad, se enfrentan una serie de retos que en ocasiones frenan el éxito de un programa, tales como: problemas de contexto, seguridad, problemas culturales, usos y costumbres, problemas financieros, de inseguridad, de burocracia y accesibilidad.

En los procesos de la política pública, un elemento importante para que se cumplan los objetivos planteados inicialmente es la accesibilidad. El no contar con la accesibilidad permite que se amplíe la brecha de implementación como lo señala Maerilee Grindle entre lo que se anuncia como política y lo que en realidad se ejecuta.

En relación a la política de salud, la definición que se adecua es la de Bardach, al establecer el proceso de implementación como un ensamblaje de elementos requeridos para producir un resultado programático particular y el agotamiento de un número de juegos vagamente interrelacionados en donde estos elementos son contenidos o entregados al proceso de ensamblaje en términos particulares.

Como un pilar de la política pública integral propuesto por la OMS

De acuerdo con la OMS, el derecho a la salud abarca cuatro elementos, con los cuales garantiza que la política pública sea integral y su impacto sea completo en la atención de las necesidades sanitarias de la población. La accesibilidad es uno de los cuatro pilares que componen una política pública en salud:

Disponibilidad: Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud.

Accesibilidad: Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a toda la población. Evitando ser discriminatoria, deben existir las condiciones para el acceso físico, accesible económicamente y se debe proporcionar toda la información necesaria para que la persona comprenda y pueda lograr una atención efectiva.

Aceptabilidad: Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par de sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida.

Calidad: Deberán proporcionar una atención apropiada y con una condición adecuada a la necesidad de la población. Se rescata el concepto como el medio oportuno para que se haga realidad el cumplimiento de la satisfacción de la persona por recibir la atención que requiere.

El eslabón que permite que la oferta se una con la demanda

Es decir, no basta la existencia de clínicas o programas de salud si no existen las condiciones para que la persona pueda demandar el servicio. En ese sentido, el debate teórico es interesante, intenso y se ha profundizado sobre las causas que inhiben o detonan

que las personas tengan o no acceso a los servicios de atención, en otras palabras, que cuenten con la accesibilidad.

Si se analiza el concepto de accesibilidad en otros ámbitos, es posible encontrarlo como el vínculo que hace posible que las personas puedan tener ese medio que requieren. Por ejemplo: para las mujeres trabajadoras que son madres de familia, el hecho que tengan un derecho a guardería para sus hijos, les permite hacer accesible poder trabajar.

En cuestión de educación, se puede hacer una analogía con la salud. También existe una política en educación, se cumple con la disponibilidad de planteles educativos, profesores y material didáctico (por el lado de la oferta). Por parte de la población (por el lado de la demanda), hay personas que cumplen con los requisitos para asistir a la escuela, pero por sí mismas, es posible que presenten condiciones no aptas para dedicar tiempo al estudio.

Para ello, se han creado las becas, con ello, aparte de permitir que el joven dedique su tiempo al estudio, también le da la posibilidad de poder pagar el transporte o comprar sus libros. En síntesis, la beca es el canal o medio para hacer accesible (Sánchez-Torres, 2015).

Barreras de acceso

Cómo se ha visto, hay barreras que se deben rebasar antes de recibir la atención médica (tiempo de viaje, de espera, pago de servicios, entre otros) y hay otras relacionadas con las características de los servicios una vez se ha conseguido entrar en el sistema, como el proceso de referencia y contrarreferencia. Como señala Frenk, la importancia relativa de cada obstáculo variará de acuerdo con el modo de organización del sistema de atención a la

salud: en una situación de libre mercado los obstáculos financieros pueden ser muy importantes; en un sistema con cobertura universal pueden ocupar un lugar secundario.

Otra forma de abordar la accesibilidad es diferenciando dimensiones como:

Geográfica: relacionada con la distancia entre beneficiarios y servicios, y la posibilidad de cubrir ese recorrido a partir de las vías de comunicación existentes y los transportes disponibles.

Económica: relacionada con la capacidad financiera de las personas en relación con los costos asociados a atención y otros aspectos relacionados con esta.

Administrativa: referida a trabas burocráticas relacionadas con el acceso a los servicios.

Simbólico-cultural: hábitos y costumbres de la población, y las diferencias existentes a nivel cultural entre beneficiarios y prestadores de los servicios (Fuentes Reverón, 2017).

A partir de lo antes expuesto es preciso comprender que el acceso es un proceso mediante el cual se puede lograr que una necesidad de atención se satisfaga completamente, esto incluye múltiples momentos claves, que tiene como objetivo la búsqueda de servicios adecuados, oportunos y con atención continua, que resuelvan las necesidades e intervenga en varios escenarios de la salud, en donde están inmersos los usuarios, personal de salud y los actores sociales.

Marco Legal

Dentro de las leyes y reglamentos que rigen en el territorio nacional, es importante mencionar que la salud, nutrición y el acceso a la salud están consagrados en los siguientes artículos:

El Art. 3 de la Constitución, en los numerales 1 y 5, establece que son deberes primordiales del Estado:

Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes.

Planificar el desarrollo nacional, erradicar la pobreza, promover el desarrollo sustentable y la redistribución equitativa de los recursos y la riqueza, para acceder al Buen Vivir.

Adicionalmente, en el Art. 32 de la Carta Magna se estipula que la salud es un derecho que se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos, el derecho al agua, la alimentación, los ambientes sanos, entre otros. Para el ejercicio del derecho a la salud, prevé la implementación de políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; así como, el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral, salud sexual y salud reproductiva.

También, los Art. 358 y 359 establecen que el sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, la protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y abarcará todas las

dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles (Constitución de la república del Ecuador, 2008).

“Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud y, normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las actividades del sector.”

La salud como derecho está consagrado en la constitución ecuatoriana, para ello los distintos sectores que realizan actividades de salud y nutrición, deben desplegar estrategias, actividades encaminadas a la prevención, promoción de la salud como base fundamental, teniendo en cuenta de estas que deberán estar dirigidas a los grupos vulnerables y que necesitan de políticas específicas de salud.

Art. 281.La soberanía alimentaria constituye un objetivo estratégico y una obligación del Estado para garantizar que las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades alcancen la autosuficiencia de alimentos sanos y culturalmente apropiado de forma permanente.

El Gobierno Ecuatoriano, a través del Ministerio de Salud Pública, en cumplimiento del artículo 16 de la Ley Orgánica de Salud (2006), que reza “le corresponde al Estado establecer una política intersectorial de seguridad alimentaria y nutricional que propenda a eliminar los malos hábitos alimenticios, respete y fomente los conocimientos y prácticas alimentarias tradicionales, así como el uso y consumo de alimentos propios de cada región y garantice a las personas el acceso permanente a alimentos sanos, variados, nutritivos,

inocuos y suficientes”, presenta el Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador 2018-2025 (Ministerio de Salud Pública, 2018)

La ley orgánica de salud y el ministerio de salud establecen que la nutrición, salud y seguridad alimentaria nutricional serán garantizadas mediante la ejecución de los artículos contenidos en ellos, en los cuales es evidente el compromiso del estado por generar políticas centradas en la promoción, prevención y mantenimiento de la salud de un grupo etario de gran importancia para la sociedad y que esto no implique un costo a futuro.

Art. 16. El Estado establecerá una política intersectorial de seguridad alimentaria y nutricional, que propenda a eliminar los malos hábitos alimenticios, respete y fomente los conocimientos y prácticas alimentarias tradicionales, así como el uso y consumo de productos y alimentos propios de cada región y garantizará a las personas, el acceso permanente a alimentos sanos, variados, nutritivos, inocuos y suficientes.

Esta política estará especialmente orientada a prevenir trastornos ocasionados por deficiencias de micronutrientes o alteraciones provocadas por desórdenes alimentarios.

Art. 17. La autoridad sanitaria nacional conjuntamente con los integrantes del Sistema Nacional de Salud, fomentarán y promoverán la lactancia materna durante los primeros seis meses de vida del niño o la niña, procurando su prolongación hasta los dos años de edad.

Art. 18. La autoridad sanitaria nacional, en coordinación con los gobiernos seccionales, las cámaras de la producción y centros universitarios desarrollará actividades de información, educación, comunicación y participación comunitaria dirigidas al conocimiento del valor nutricional de los alimentos, su calidad, suficiencia e inocuidad, de

conformidad con las normas técnicas que dicte para el efecto el organismo competente y de la presente Ley (Ley organica de salud, 2015).

Por otra parte, la ley orgánica de salud y mediante la política intersectorial de seguridad alimentaria y nutricional, que propenden la eliminación de malos hábitos alimentarios y el fomento del consumo de alimentos tradicionales, que se producen en cada región, garantizando así el acceso periódico de alimentos sanos y nutritivos.

Como también la articulación intersectorial en la cual está dirigida al fomento de la lactancia materna exclusiva, un medio de protección esencial de los niños y niñas en pleno crecimiento y desarrollo. Que brinda beneficios mutuos relacionados con la salud, bienestar y economía familiar.

En la ley orgánica de salud en su Art. 7. Se cita que toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos: a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud; b) Acceso gratuito a los programas y acciones de salud pública, dando atención preferente en los servicios de salud públicos y privados, a los grupos vulnerables determinados en la Constitución Política de la República.[...] k) Participar de manera individual o colectiva en las actividades de salud y vigilar el cumplimiento de las acciones en salud y la calidad de los servicios, mediante la conformación de veedurías ciudadanas u otros mecanismos de participación social; y, ser informado sobre las medidas de prevención y mitigación de las amenazas y situaciones de vulnerabilidad que pongan en riesgo su vida (Ley organica de salud, 2015).

Un pilar fundamental es el acceso oportuno a los servicios de salud sin discriminación alguna, brindando cobertura de salud con calidad, calidad y eficiencia, independiente de la situación demográfica en la que se encuentren los individuos, como también es importante el empoderamiento de los actores sociales en la generación de espacios del mejoramiento de las condiciones actuales de la salud individual, familiar y comunitaria tal como se promulga en el modelo de atención integral en salud familiar, comunitario e intercultural.

Capítulo III Marco Metodológico

Descripción del área de estudio

La investigación fue realizada con población infantil perteneciente a la Parroquia Eugenio Espejo, esta se encuentra ubicada geográficamente en el cantón Otavalo, en la provincia de Imbabura a 2 km al este de la parroquia de Otavalo y 30km de la capital provincial Ibarra. Posee una extensión de 23.5km², una altitud desde los 2600 a 4080 msnm.

La parroquia se creó el 26 de abril de 1909. La población de acuerdo con el último censo del año 2010 es de 7357 habitantes y representa el 6,35% de la población total del cantón de Otavalo. Es una de las cuatro parroquias que está dentro de la cuenca hidrográfica del lago San Pablo, Imbakucha. Está rodeada de tres volcanes como son el Imbabura, Mojanda y Cusín, así como por montañas y lomas pequeñas como el Cubilche, Curi Tola y Reyloma que son los que encierran y limitan a la cuenca hidrográfica (Cevallos Suarez, 2015).

Enfoque y tipo de investigación

El tipo de investigación fue descriptivo, correlacional de corte transversal con enfoque cuantitativo, se analizaron PZ y DE en los indicadores antropométricos de evaluación nutricional, se analizaron preguntas de acceso e inequidad; se buscó relacionar la desnutrición con los indicadores de acceso e inequidad.

Población de estudio

Universo

El universo estuvo conformado por todos los niños pertenecientes a la parroquia Eugenio Espejo del cantón Otavalo con un total de 748 infantes según el Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial de la Parroquia.

Muestra

Se identificó una muestra de 81 niños de 0 a 5 años, se aplicó un muestreo no probabilístico, con la estrategia bola de nieve, hasta cubrir el total planificado. Para identificar el número de participantes de la muestra se hizo un cálculo de la muestra con el 95% de confianza y 10% de error; obteniéndose una muestra de 86 niños; se identificaron los 86 niños con la estrategia bola de nieve, posteriormente 5 niños se retiraron de la investigación; quedando la muestra en 81.

Criterios de exclusión

Niños/as prematuros

Niños/as extranjeros

Madres que desistan en la participación

Fuentes, Técnicas e Instrumentos

La recolección de la información para este estudio se obtuvo a través de fuente primaria directamente de los padres, cuidadores y niños menores de 5 años pertenecientes a la parroquia Eugenio Espejo del cantón Otavalo.

Técnicas

Encuesta: técnica que se llevó a cabo mediante la aplicación de un cuestionario a una muestra de personas. Las encuestas proporcionan información sobre la equidad y el acceso a la salud.

Observación directa: es cuando el investigador se pone en contacto con el hecho o fenómeno que va a investigar.

Técnica antropométrica: para identificar el estado nutricional de acuerdo a los puntajes Z de los indicadores P/T, T/E, P/T, IMC/E

Instrumentos

- Registro de evaluación nutricional antropométrica
- Cuestionario de Inequidad
- Cuestionario acceso

Procedimientos

Para la evaluación antropométrica se utilizó: un registro impreso de recolección de datos (apéndice E), en donde se registró sexo, etnia, fecha de nacimiento, edad, el peso, talla, perímetro cefálico y perímetro braquial e IMC. Se levantó la información antropométrica de la siguiente manera: para la toma de la longitud en menores de 24 meses de edad se utilizó un infantómetro marca SECA 417 con un rango de medición de 0 a 10 cm y con tallímetro portátil marca SECA 213 con un rango de medición de 20 a 205 cm en niños mayores de 24 mes de edad.

La toma del peso se realizó con una balanza mecánica de piso 750 marca Seca con una capacidad de 150 kg/330 lbs, sin embargo, y en el caso de los niños menores de 2 años una balanza pediátrica marca Seca 354. Además, se realizó la toma del perímetro cefálico y perímetro braquial según edad que corresponde su medición, con el uso de cinta antropométrica y técnica correcta para obtener datos reales.

Para la evaluación de la inequidad se empleó una encuesta sociodemográfica adaptado del INEGI. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) México 2019, se incluyeron preguntas de frecuencia de consumo de alimentos de preescolares (1 a 4 años (apéndice F) que contiene 32 reactivos, clasificados en 4 dimensiones, como datos de identificación del padre o cuidador del niño (8 reactivos), datos del niño (4 reactivos), consumo de alimentos (5 reactivos) y hábitos alimentarios del niño (15 reactivos). La cual estuvo dirigido a los padres o cuidadores de los niños. Esta encuesta fue validada por 2 profesionales de enfermería, expertos en el área. Para la identificación de inequidad, se analizó cada uno de los indicadores y los parámetros que se asociaban con inequidad en cada uno de ellos, (Tabla 4), se asignó un punto a cada uno de los parámetros considerados para inequidad; se sumó el total y se hizo una ponderación al 100%; identificándose que quienes reunían más del 50% de esa ponderación calificaban como inequidad.

Tabla 4

Parámetros que se consideraron para cualificar Inequidad

N°	Indicador	Parámetro para considerar inequidad
1	Rango edad del cuidador	Adolescente y adulto mayor
2	Estado civil padres	Soltero o viudo
3	Rol del cuidador	tía, niñera
4	escolaridad	Primaria, ninguna
5	Número de hijos	3 a 5 5 o mas
6	Tipo de empleo	desempleado
7	Ingreso económico	100 a 300

8	El cuidador del niño trabaja	Si
9	Controles médicos	1 vez al año
10	Con quien viven los niños	abuelos
11	Quien cuida al niño	abuelos, otros
12	A qué edad inicio la alimentación complementaria	Antes de los 6 meses
13	El niño aun lacta	Si (después de los 24 meses) No (de 0 a 24 meses)
14	Consumo de Verduras, vegetales y tubérculos	Nunca, rara vez, algunas veces
15	Consumo de Cereales, arroz, trigo, quinua, cebada	Nunca, rara vez, algunas veces
16	Consumo de proteínas, carnes rojas, carnes blancas	Nunca, rara vez, algunas veces
17	Consumo de Carbohidratos, papas, yuca	Nunca, rara vez, algunas veces
18	Consumo de Frutos, manzana, naranja, papaya, piña, peras	Nunca, rara vez, algunas veces
19	Número de comidas	<3 al día
20	Consumo de desayuno	Nunca, rara vez, algunas veces, casi siempre
21	Consumo de media mañana	Nunca, rara vez, algunas veces, casi siempre
22	Consumo de almuerzo	Nunca, rara vez, algunas veces, casi siempre
23	Consumo de media tarde	Nunca, rara vez, algunas veces, casi siempre
24	Consumo de merienda	Nunca, rara vez, algunas veces, casi siempre
25	En su hogar comparten todos los mismo tipos de Alimentos	No
26	Aumenta azúcar a las preparaciones ya servidas del niño	Si
27	A más de los suplementos que Brinda el MSP, usted le da otros suplementos como vitaminas o leches a su niño	No
28	Aumenta sal a las preparaciones ya servidas del niño	Si
29	¿Cuántos vasos de agua toma su niño al día?	3, 4
30	¿Cuántos platos de sopa consume su niño al día?	ninguno
31	¿El almuerzo está constituido por?	Sopa +jugo Plato fuerte +jugo
32	¿cuántos días a la semana el niño consume comida poco saludable (dulces, golosinas de sal, helados, hamburguesas, salchipapas, gaseosas)	1 día - semana 2 días - semana 3 días - semana

Finalmente se empleó una encuesta para conocer la accesibilidad al sistema sanitario adaptado del INEGI. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) México 2019. Cuestionario de Utilizadores de Servicios de Salud (apéndice G) el cual estuvo compuesto por 7 reactivos realizada a los padres o cuidadores de los niños, clasificados de la siguiente

manera, (A) grado de satisfacción de los servicios de salud, (B) tipo de cobertura de salud, (C) sistema de salud cubre necesidades en materia de salud, (D) financiamiento del sistema de salud, (E) trato en atención médica, (F) barreras de cuidado, (G) sistema de salud satisface necesidades de la familia. Esta encuesta fue validada por 2 profesionales de enfermería, expertos en el área. Para la identificación de acceso a la salud, se analizó cada uno de los indicadores y los parámetros que se asociaban con acceso en cada uno de ellos, (Tabla 5), se asignó un punto a cada uno de los parámetros considerados para acceso; se sumó el total y se hizo una ponderación al 100%; identificándose que quienes reunían menos del 50% de esa ponderación, califican como sin acceso a la salud.

Tabla 5

Parámetros que se consideraron para cualificar no Acceso a la salud.

N°	Indicador	Parámetro para considerar no acceso
1	¿Cuál es su grado de satisfacción con los servicios de salud que usted y su familia han utilizado en el último año?	Algo insatisfecho Muy insatisfecho.
2	¿Qué tipo de cobertura de salud existe en su parroquia?	Privada Otra
3	Pensando únicamente en sus problemas y necesidades de salud, ¿piensa que el sistema sanitario público cubre todas sus necesidades en materia de salud?	Algo insatisfecho Muy insatisfecho.
4	¿Cómo cree usted que debería pagarse en el futuro la asistencia sanitaria?	Una parte financiada por el Estado Cada persona pagaría su asistencia médica
5	¿Con qué frecuencia ha sido tratado injustamente al recibir atención médica durante toda su vida (se les pregunta a las personas mayores de 18 años)?	A veces A menudo
6	Barreras de atención/En los últimos 12 meses fue	No pudo obtener una cita No pudo programar una cita
7	El sistema de salud actual está satisfaciendo las necesidades de su familia.	parcialmente de acuerdo muy en desacuerdo

Procesamiento de la información

Luego de la aplicación de los métodos de recolección de datos, se procedió a la elaboración de una base de datos mediante el programa Microsoft Office Excel de las

características sociodemográficas de los encuestados, también se utilizó el software nutricional WHO Anthro en donde se ingresó todos los datos antropométricos de los niños menores de 5 años que cumplieron los criterios de inclusión, el cual proporcionó una base de datos con resultados en donde se puede clasificar según los puntajes Z en desnutrición global, desnutrición aguda, desnutrición crónica/retardo de crecimiento , bajo peso y exceso de peso.

Para su análisis y procesamiento de la información se utilizó el programa SPSS (Producto de Estadística y Solución de Servicio), a través de tablas mediante la aplicación de estadística descriptiva básica mediante medidas de tendencia central, mismas que permitieron detallar los resultados para su posterior análisis y así compartir los datos más relevantes de la investigación mediante tablas que permiten su análisis.

Consideraciones bioéticas

Pautas

La justificación ética para realizar investigaciones relacionadas con la salud en que participen seres humanos radica en su valor social y científico: la perspectiva de generar el conocimiento y los medios necesarios para proteger y promover la salud de las personas. Los pacientes, profesionales de la salud, investigadores, formuladores de políticas, funcionarios de salud pública, empresas farmacéuticas y otros confían en los resultados de las investigaciones para llevar a cabo actividades y tomar decisiones que repercutirán sobre la salud individual y pública, así como sobre el bienestar social y el uso de recursos limitados. Por consiguiente, los investigadores, patrocinadores, comités de ética de la investigación y autoridades de salud deben asegurarse de que los estudios propuestos

tengan solidez científica, tengan de base un conocimiento previo adecuado y puedan generar información valiosa. (Organización Panamericana de la Salud, 2016)

Aunque el valor social y científico es la justificación fundamental para realizar una investigación, los investigadores, patrocinadores, comités de ética de la investigación y autoridades de salud tienen la obligación moral de asegurar que toda investigación se realice de tal manera que preserve los derechos humanos y respete, proteja y sea justa con los participantes en el estudio y las comunidades donde se realiza la investigación. El valor social y científico no puede legitimar que los participantes en el estudio o las comunidades anfitrionas sean sometidos a maltratos o injusticias.

Pauta Valor social y científico, y respeto de los derechos

Para ser éticamente aceptable, la investigación relacionada con la salud con seres humanos, incluida la investigación con muestras de tejidos o datos humanos, debe tener un valor social. El valor social y científico de una investigación puede ser difícil de cuantificar, pero generalmente se sustenta en tres factores: la calidad de la información que ha de producirse, su pertinencia para abordar problemas de salud importantes, y su contribución a la formulación o evaluación de intervenciones, políticas o prácticas que promuevan la salud de la persona o la salud pública. Para que una investigación relacionada con la salud tenga valor social, es esencial que su diseño sea científicamente sólido y que ofrezca un medio para generar información que de otra manera no podría obtenerse (Organización Panamericana de la Salud, 2016).

Para el desarrollo de la investigación una vez aprobado el anteproyecto por el Honorable consejo universitario y mediante resolución (Nro. UTN-PISGRADOS-2020-

0166), Se procedió con el envío de un oficio (122-D) al Técnico Administrativo de la Unidad Operativa Eugenio Espejo, en el cual se mencionaba que se solicita de la manera más comedida se brinde las facilidades y acceso a la información requerida.

La población sujeta de investigación estuvo conformada por niños y niñas menores de 5 años que viven en la parroquia, ya que este grupo prioritario en nuestra sociedad presenta graves problemas nutricionales, los criterios de selección fueron: lactante menor (< de 1 año), lactante mayor (de 1 año y 11 meses), preescolar (de 2 años a 4 años 11 meses) y los criterios de exclusión los cuales fueron: niños/as prematuros, niños/as con enfermedades autoinmunitarias, niños/as extranjeros.

Para ello la investigación se desarrolló en la parroquia Eugenio Espejo perteneciente al cantón Otavalo, el número de participantes del estudio estuvo constituida por 81 niños y niñas en los rangos de edades antes mencionados.

Para el desarrollo y recolección de información y antes de la aplicación de los instrumentos para evaluar el estado nutricional, inequidad y acceso a la salud, se pone en conocimiento un documento de consentimiento informado, en el cual se describe los objetivos de la investigación, propósito y fin, el mismo que fue presentado y leído por cada padre de familia o cuidador, quienes lo firman y aceptan ser parte del estudio en desarrollo. En caso de requerir el documento modelo del consentimiento informado puede remitirse al apéndice D. Todos los datos ingresados en los distintos instrumentos, mantendrá garantías de privacidad y confidencialidad respecto a los datos personales de los sujetos participantes.

Con los resultados obtenidos de la investigación se presentó la información más relevante y el diseño de una propuesta, la misma que beneficiará a los padres o cuidadores y a los niños sujetos de estudio.

Capítulo IV Resultados y Discusión

Tabla 6

Características sociodemográficas de los niños menores de 5 años de la parroquia Eugenio Espejo

Sexo	N°	%
Hombre	33	40,74%
Mujer	48	59,26%
Etnia	N°	%
Indígena	42	51,85
Mestiza	39	48,15
Rango de edad	N°	%
infancia temprana	53	65,43%
Preescolar	28	34,57%
Persona con la que vive el niño	N°	%
Mamá	12	14,81%
Los dos	14	17,28%
Abuelos	55	67,90%

Sexo	Infancia temprana		Preescolar		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Hombre	26	49,06	7	25,00	33	40,74
Mujer	27	50,94	21	75,00	48	59,26
Total	53	65,43	28	34,57	81	100,00

Sexo	Indígena		Mestizo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Hombre	15	35,71	18	46,15	33	40,74
Mujer	27	64,29	21	53,85	48	59,26
Total	42	51,85	39	48,15	81	100,00

Con respecto a la información sociodemográfica de los niños menores de 5 años, se puede apreciar que el rol del cuidador en su mayoría es realizado por los abuelos (68%). La mayoría de los niños menores de 5 años de la muestra estudiada pertenece al sexo femenino (59,26%) y se encuentra en la edad de 1 a 3 años (infancia temprana) (65,43%), al ser una población de zona de mayoría étnica indígena, se encontró que más de la mitad de la población se autoidentifica como indígena.

Tabla 7

Características sociodemográficas de los cuidadores de los niños menores de 5 años de la parroquia Eugenio Espejo

Rango de edad n=81	N°	%
Adolescente	12	14,81%
Adulto joven	38	46,91%
Adulto maduro	31	38,27%
Escolaridad n=81	N°	%
Primaria	55	67,90%
Secundaria	10	12,35%
Superior	2	2,47%
Ninguna	14	17,28%
Estado civil	N°	%
Soltera/o	13	16,05
Casada/o	68	83,95
Rol del cuidador	N°	%
Padre	8	9,88%
Madre	61	75,31%
Tía	10	12,35%
Niñera	2	2,47%
Número de hijos	N°	%
1 a 3	15	18,52%
3 a 5	29	35,80%
5 o más	37	45,68%
Tipo de empleo	N°	%
Jornalero	28	34,57%
Comerciante	31	38,27%
Desempleado	22	27,16%
Cuidador trabaja	N°	%
Si	57	71,25%
No	23	28,75%
Ingreso económico	N°	%
100 a 300	65	80,25%
301 a 600	11	13,58%
601 o mas	5	6,17%

En la presente tabla se detalla información referida sobre algunas características socioeconómicas y demográficas de la población estudiada, como puede observarse, los niños de la muestra provienen en una alta proporción de familias con padres jóvenes (46,91%) y con ingresos mensuales inferiores a un salario mínimo, frente a esto es importante mencionar que la mayoría de los cuidadores / padres de los niños cuentan con

educación primaria (68%) , factor importante que incide en el estado de salud y nutrición de los niños, y estos están bajo el cuidado en su gran mayoría por la madre (75,31%), con respecto al número de hijos por familias se encontró que el 46% tiene 5 hijos o más, condición que en gran parte influye en la adecuada alimentación , mediada por la disponibilidad de la misma. A esto se suma si uno de los miembros del hogar cuenta con empleo (71,25%) cuenta con una actividad económica que sustenta a sus familias.

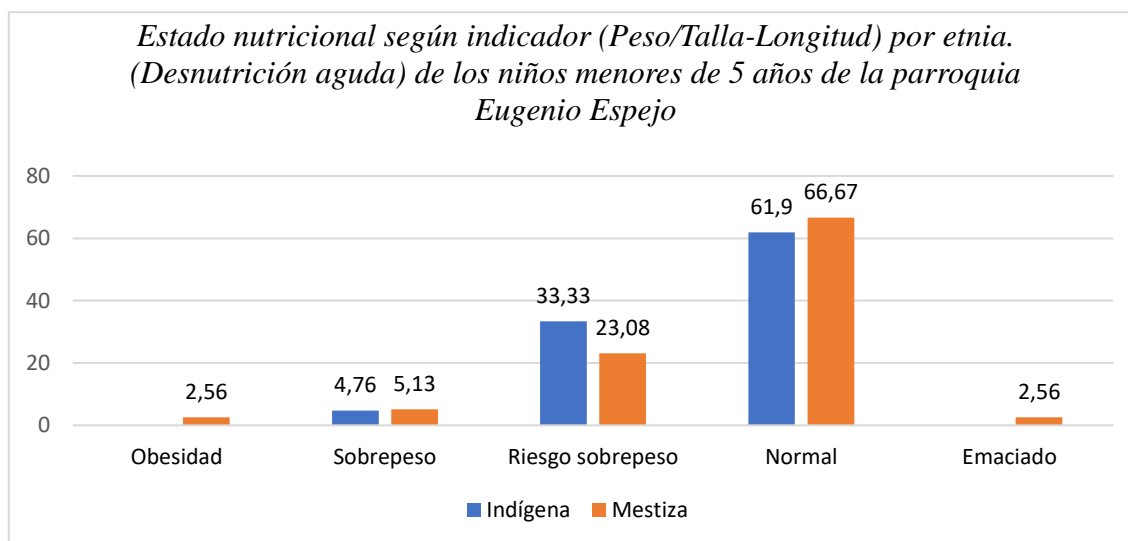
Evaluación nutricional de los niños menores de 5 años

Tabla 8

Estado nutricional según indicador (Peso/Talla-Longitud) por sexo. (Desnutrición aguda) de los niños menores de 5 años de la parroquia Eugenio Espejo

Sexo p= 0,494	Obesidad		Sobrepeso		Riesgo sobrepeso		Normal		Emaciado		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Hombre	1	3,03	2	6,06	8	24,24	21	63,64	1	3,03	33	40,74
Mujer	0	0,00	2	4,17	15	31,25	31	64,58	0	0,00	48	59,26
Total	1	1,23	4	4,94	23	28,40	52	64,20	1	1,23	81	100,00

Ilustración 1



En la tabla se muestra la distribución de la desnutrición aguda (P/T-L) según el sexo de los niños/as de la parroquia Eugenio Espejo. Tanto en hombres como en mujeres, se puede apreciar mayoría en estado nutricional normal, a expensas de un peso adecuado para su

talla. En el sexo masculino, se encuentra solo el 3% de emaciación; a diferencia del sexo femenino, donde no se encuentra ningún niño con emaciación. Finalmente, se puede concluir que, en la población de niños menores de 5 años estudiada, no hay una prevalencia significativa de desnutrición aguda; misma que suele presentarse cuando los niños han cursado por cuadros de EDA, IRA recurrentes.

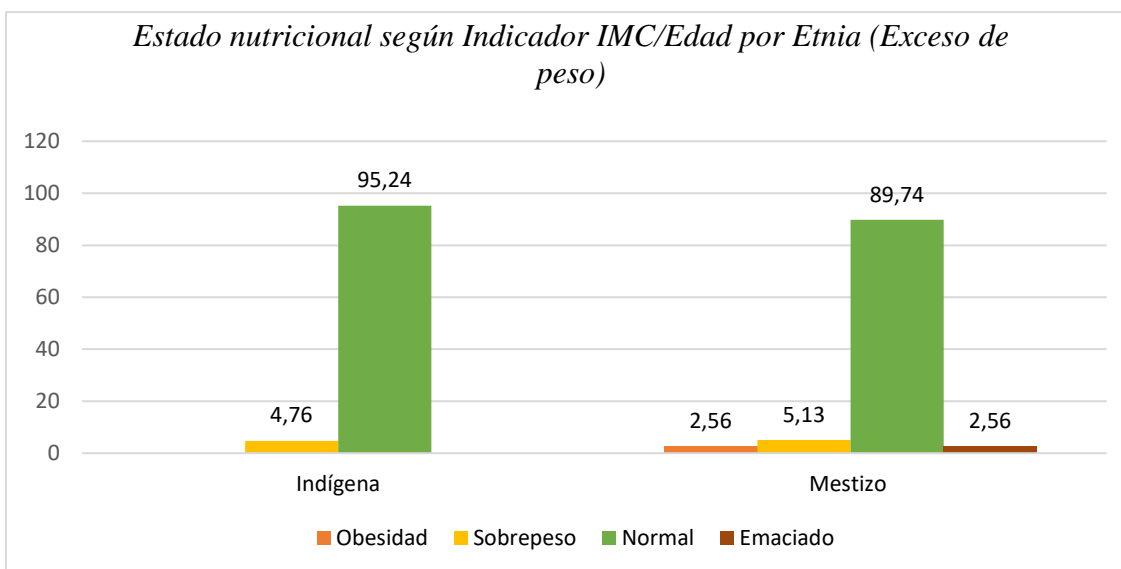
En la ilustración se muestra la distribución de la desnutrición aguda según la etnia, evidenciándose que, tanto en la etnia mestiza, como en la indígena se hallan la mayoría de niños en estado nutricional normal, seguido del riesgo de sobrepeso.

Tabla 9

Estado nutricional según Indicador IMC/Edad por sexo (Exceso de peso)

Sexo p= 0,364	Obesidad		Sobrepeso		Normal		Emaciado		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Hombre	1	3,03	2	6,06	29	87,88	1	3,03	33	40,74%
Mujer	0,00	0,00	2	4,17	61,33	61,33	0,00	0,00	48	59,26
Total	1	1,23	4	4,94	75	92,59	1	1,23	81	100%

Ilustración 2



Al analizar el estado nutricional según IMC/Edad se encontró el predominio del grupo de niños/niñas normales representados por el 88% y el 61%, respectivamente y seguido para ambos sexos, del sobrepeso y obesidad, con una prevalencia combinada de 6,17%. En los niños, el sobrepeso alcanzó el 6,06% y en las niñas el 4,17%, pero llama la atención que en

el sexo masculino se presenta obesidad con el 3,03% y en este mismo grupo se encontró que el 3,03% presenta emaciación, es importante mencionar que existe una pequeña muestra con desnutrición y que el sobrepeso, la obesidad, son mediados por factores de malnutrición y déficit de nutrientes.

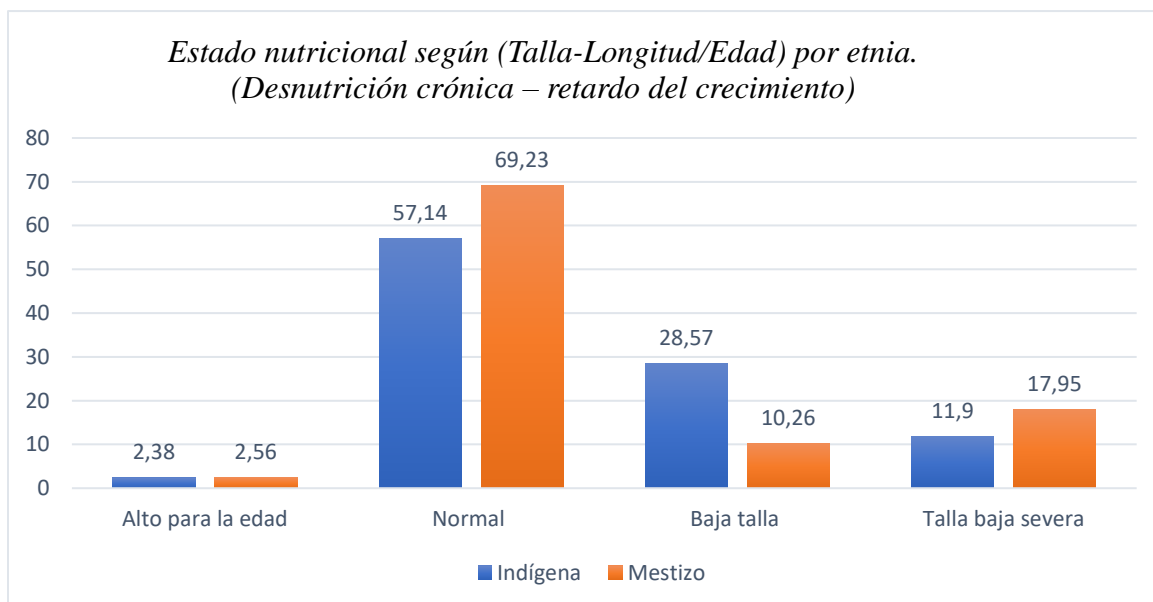
Cuando se analiza el estado nutricional por IMC/edad en relación a la etnia se halla que en la etnia mestiza se encuentran niños con normalidad, obesidad y emaciación a diferencia de la etnia indígena donde se halla normalidad y sobrepeso.

Tabla 10

Estado nutricional según (Talla-Longitud/Edad) por sexo. (Desnutrición crónica – retardo del crecimiento)

Sexo p= 0,3867	Alto para la edad		Normal		Baja talla		Talla baja severa		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Hombre	0	0,00	20	60,61	6	18,18	7	21,21	33	40,74
Mujer	2	4,17	31	64,58	10	20,83	5	10,42	48	59,26
Total	2	2,47	51	62,96	16	19,75	12	14,81	81	100

Ilustración 3



En referencia a la desnutrición crónica o retardo del crecimiento, identificada por el Indicador Talla-Longitud/Edad, se encuentra que el 62,96% de los sujetos de investigación

tienen una longitud o talla adecuada para la edad; además se halla una importante prevalencia de retardo del crecimiento en esta población (34,56%), entre talla baja y talla baja severa, siendo la más prevalente la baja talla. Cuando se discrimina por sexo, se observa que en la prevalencia de baja talla es el sexo femenino el más afectado, mientras que, en la prevalencia de baja talla severa, es el masculino.

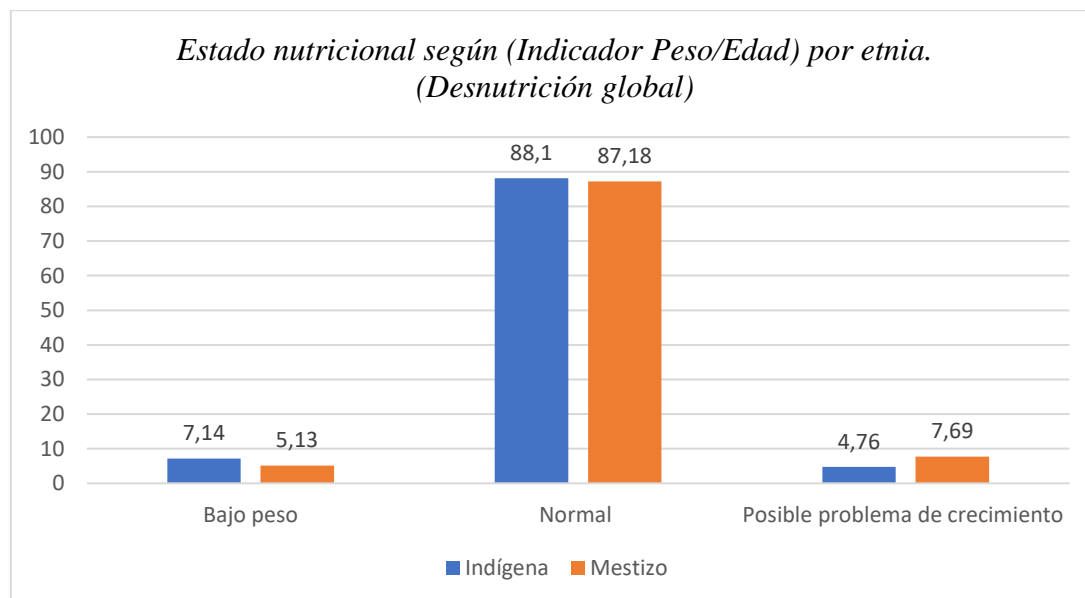
Se evidencia que en la etnia indígena hay mayor prevalencia del retardo del crecimiento, con una superioridad numérica de 12,26pp sobre la etnia mestiza.

Tabla 11

Estado nutricional según (Indicador Peso/Edad) por sexo. (Desnutrición global)

Sexo p= 0,3664	Bajo peso		Normal		Posible problema de crecimiento		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Hombre	1	3,03	30	90,91	2	6,06	33	40,74
Mujer	4	8,33	41	85,42	3	6,25	48	59,26
Total	5	6,17	71	87,65	5	6,17	81	100

Ilustración 4



Al analizar el estado nutricional según el indicador (P/E) que determina la desnutrición global, se encontró que, tanto en niños y niñas el estado nutricional

normal prevalece, 91% y 85%, respectivamente. Al discriminar por sexo, se encuentra que, hay más bajo peso en mujeres que en hombres, aunque la prevalencia es solo del 6%, este tipo de desnutrición está íntimamente ligada al subdesarrollo económico, a la injusticia social y al analfabetismo.

Tabla 12

Presencia de Desnutrición según Indicador perímetro medio del brazo /edad, por sexo

Sexo INTC= 95%	Desnutrición		Normal		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Hombre	1	3,03	32	96,97	33	40,74
Mujer	3	6,25	45	93,75	48	59,26
Total	4	4,94	77	95,06	81	100

Considerando que el perímetro del brazo es un indicador sensible y específico que detecta cambios nutricionales en la composición corporal, específicamente en los niños y niñas, que además en forma rápida detecta el problema de déficit nutricional que en estas edades tiene repercusiones en el crecimiento y desarrollo de los mismo, los resultados de su aplicación establecieron que el 97 % de hombres y el 94% de mujeres, se encuentran en un estado nutricional adecuado. Se halla una disminución en la reserva magra corporal en el 5% de la población, siendo el sexo femenino el más afectado.

Tabla 13

Caracterización de la Desnutrición en niños menores de 5 años

Tipo de desnutrición	Indicador antropométrico	Niño		Niña		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
Desnutrición aguda	P/T	1	100,00	0	0,00	1	1,23
Desnutrición global	P/E	1	20,00	4	80,00	5	6,17
Desnutrición crónica / Retardo del crecimiento	T-L/E	13	46,42	15	53,57	28	34,57
Desnutrición aguda	IMC/E	1	100,00	0	0,00	1	1,23
Desnutrición, reserva proteica	PB/E	1	25,00	3	75,00	4	4,94

Al analizar de manera integral todos los indicadores del estado nutricional en el niño menor de 5 años, se encontró mayor prevalencia de retardo del crecimiento o desnutrición crónica, (34,57%) de los niños en este tipo de desnutrición; se identifica también al 6% de la población con menos peso del esperado para la edad. Y el 5% de la población con una disminución de la reserva proteica.

Tabla 14

Estado nutricional general del niño

Estado nutricional del niño/a	Niño		Niña		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Baja reserva proteica (PB/E)	1	3,03	1	2,08	2	2,47
Baja talla (T/E)	6	18,18	5	10,41	11	13,58
Baja talla + baja reserva proteica (T/E – PB/E)	0	0,00	1	2,08	1	1,23
Baja talla + bajo peso (T/E – P/T /P/E)	0	0,00	2	4,17	2	2,47
Baja talla + riesgo de sobrepeso (T/E – P/T)	5	15,15	6	12,50	11	13,58
Baja talla + sobrepeso	2	6,06	1	2,08	3	3,70
Emaciado	1	3,03	0	0,00	1	1,23
Normal en todos los indicadores	14	42,42	22	45,83	36	44,44
Riesgo de sobrepeso	3	9,09	9	18,75	12	14,81
Sobrepeso	1	3,03	1	2,08	2	2,47
Total	33	47,74	48	59,26	81	100,00

Cuando se analiza de manera individual el estado nutricional del niño menor de 5 años, se encuentra que el 56% de la población tiene algún problema de malnutrición por déficit o por exceso. Cuando se evalúa a los niños con malnutrición por exceso, se observa que el 17% de los niños tienen exceso de peso (riesgo de sobrepeso / sobrepeso), siendo las niñas quienes presentan en mayor número esta prevalencia. En lo referente a la malnutrición por déficit se observa que el 4% presentan bajo peso o baja reserva proteica, siendo el sexo más afectado el masculino. Cuando se evalúa la talla / longitud para la edad, se encuentra que el 34,56% de niños presenta retardo del crecimiento, de este valor se encuentra a más niños que niñas. Se halló adicionalmente doble problema nutricional en el 17% de la población

presentando baja talla y exceso de peso; por otro lado, en el 4% se halla a más de la talla baja, bajo peso.

Ilustración 5

Inequidad en los niños menores de 5 años de la parroquia Eugenio Espejo

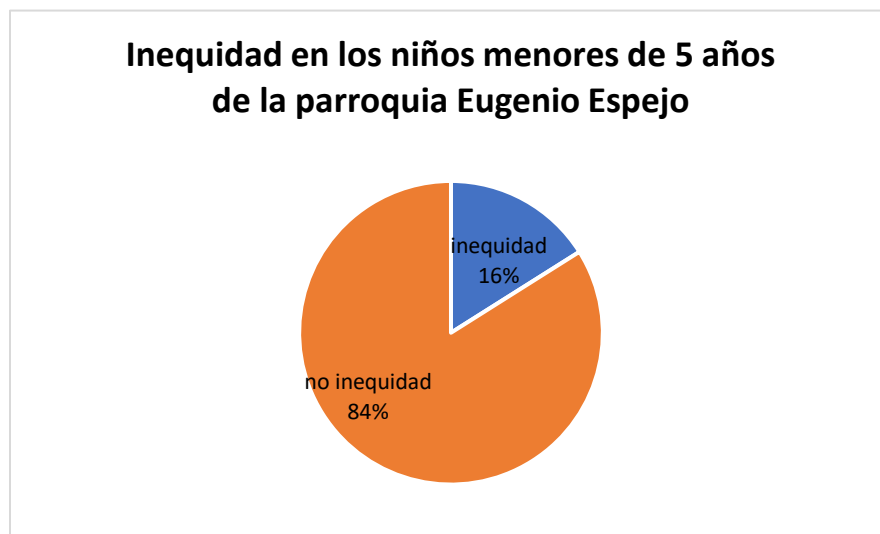
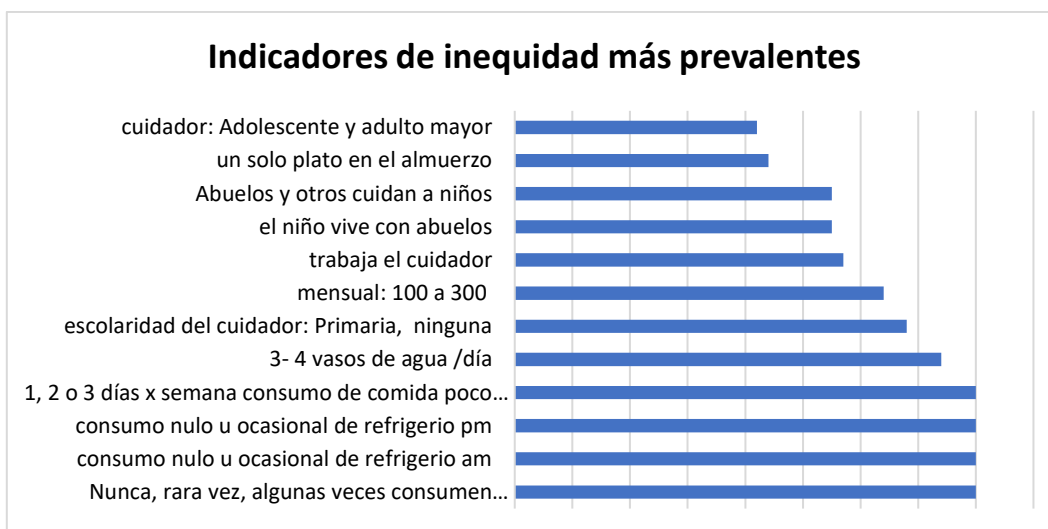


Ilustración 6

Indicadores de inequidad que más prevalecen en la muestra de niños

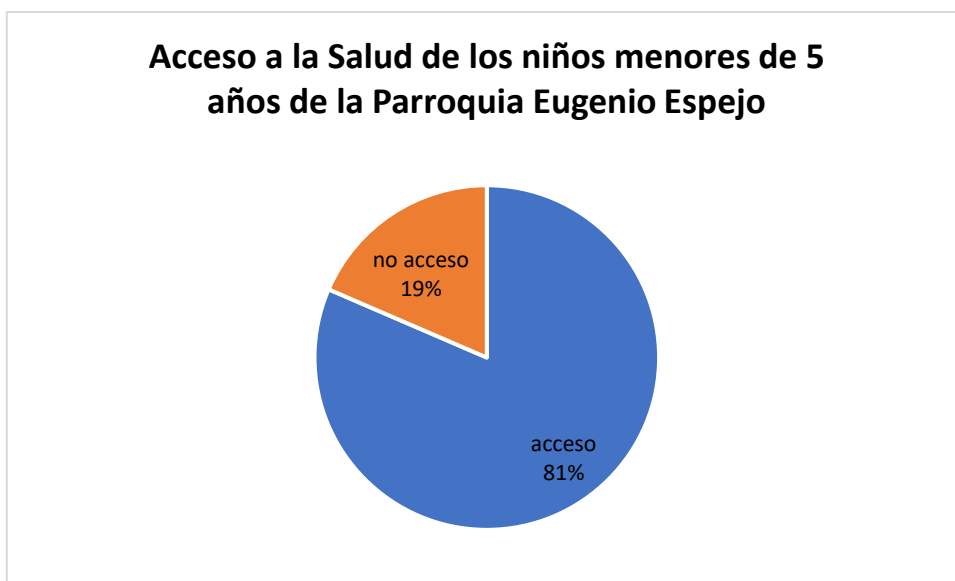


Con respecto a la inequidad se puede observar que el 16% de la muestra, presentaron inequidad; y de los parámetros que la cualifican destacan los referentes a alimentación y

nutrición y las características del cuidador como la escolaridad baja, el ingreso mensual bajo y la edad avanzada o muy joven.

Ilustración 7

Acceso a la Salud de los niños menores de 5 años de la Parroquia Eugenio Espejo



En la muestra estudiada se halló que el 19% de los niños no tienen acceso a la Salud en la Parroquia Eugenio Espejo, dentro de los indicadores de acceso se pudo identificar que se halló como inconvenientes del acceso: que el sistema sanitario público no cubre las necesidades de la familia, la insatisfacción con respecto al servicio de salud y las barreras para ser atendidos oportunamente.

Tabla 15

Estado nutricional general del niño / Inequidad

Estado nutricional del niño/a	N°	Calidad inequidad		Total		
		% inequidad	N°	% No inequidad	N°	%
Baja reserva proteica (PB/E)	0	0,00	2	2,94	2	2,47
Baja talla (T/E)	1	7,69	10	14,7	11	13,58

Baja talla + baja reserva proteica (T/E – PB/E)	0	0,00	1	1,47	1	1,23
Baja talla + bajo peso (T/E – P/T /P/E)	0	0,00	2	2,94	2	2,47
Baja talla + riesgo de sobrepeso (T/E – P/T)	1	7,69	10	14,71	11	13,58
Baja talla + sobrepeso	1	7,69	2	2,94	3	3,70
Emaciado	0	0,00	1	1,47	1	1,23
Normal en todos los indicadores	6	46,15	30	44,12	36	44,44
Riesgo de sobrepeso	0	15,38	1	13,24	12	14,81
Sobrepeso	2	15,38	0	0,00	2	2,47
Total	13	16,05	68	83,95	81	100,00

Se evidencia 16% de la muestra de niños con inequidad; identificándose que la mayoría de estos niños se encuentra en estado nutricional normal en todos sus indicadores antropométricos, seguido de riesgo de sobrepeso y sobrepeso.

Tabla 16

Estado nutricional general del niño/ Acceso

Estado nutricional del niño/a	N°	Calidad acceso			Total	
		% acceso	N°	% No acceso	N°	%
Baja reserva proteica (PB/E)	1	1,52	1	6,67	2	2,47
Baja talla (T/E)	8	12,12	3	20,00	11	13,58
Baja talla + baja reserva proteica (T/E – PB/E)	1	1,52	0	0,00	1	1,23
Baja talla + bajo peso (T/E – P/T /P/E)	1	1,52	1	6,67	2	2,47
Baja talla + riesgo de sobrepeso (T/E – P/T)	9	13,64	2	13,33	11	13,58
Baja talla + sobrepeso	0	0,00	3	20,00	3	3,70
Emaciado	1	1,52	0	0,00	1	1,23
Normal en todos los indicadores	34	51,52	3	20,00	36	44,44
Riesgo de sobrepeso	10	15,15	1	6,67	12	14,81
Sobrepeso	1	1,52	1	6,67	2	2,47
Total	66	81,48	15	18,52	81	100,00

Del 18,5% de niños que no tienen acceso a la salud, se evidencia que la mayoría se encuentran en estado nutricional normal; pero también se halla un porcentaje significativo de niños que tienen algún déficit nutricional en su evaluación antropométrica.

Discusión

Con respecto a la información sociodemográfica, Gallego Betancur, 2012 considera la importancia que tiene para los niños y niñas vivir en un contexto familiar que genere seguridad emocional y disponga de lazos afectivos seguros, accesibles y capaces de transmitir aceptación, proporcionar apoyo y brindar un clima emocional en el que se potencie la expresión afectiva como aspectos vitales dentro de las prácticas de crianza adecuadas. En este sentido en la presente investigación se encontró que la mayoría de los niños menores de 5 años de la muestra estudiada pertenece al sexo femenino (59,26%) y se encuentra en la edad de 1 a 3 años (infancia temprana) (65,43%) y el rol del cuidador en su mayoría es realizado por los abuelos (68%). Frente a esto es importante mencionar que la mayoría de los cuidadores / padres de los niños cuentan con educación primaria (68%) , factor importante que incide en el estado de salud y nutrición de los niños, y estos están bajo el cuidado en su gran mayoría por la madre (75,31%), con respecto al número de hijos por familias se encontró que el 46% tiene 5 hijos o más, condición que en gran parte influye en la adecuada alimentación , mediada por la disponibilidad de la misma. A esto se suma si uno de los miembros del hogar cuenta con empleo (71,25%) cuenta con una actividad económica que sustenta a sus familias.

La desnutrición infantil es un problema de salud difícil de erradicar, esta se presenta desde el vientre materno y hasta los 5 años, el cual es una etapa importante en la vida de un ser humano, y es considerado un factor condicionante para desarrollar desnutrición.

De acuerdo a lo que respecta al estado nutricional se encontró que la emaciación en niños menores de 5 años de la parroquia Eugenio Espejo alcanza un porcentaje muy bajo en los niños estudiados, similar relación se encontró en la ENSANUT-ECU 2014, en donde se menciona que la emaciación a nivel nacional prácticamente no presenta un cambio significativo desde 1986 a 2012, frente a esta situación es preciso mencionar que en la presente investigación la mayoría de los niños presentan un estado nutricional normal y que la desnutrición aguda tanto para el sexo femenino y masculino no presenta una prevalencia significativa. (Freire, y otros, 2014)

Es importante mencionar que el estado nutricional relacionado IMC/Edad por sexo en ambos grupos presentan un estado nutricional normal representado por el 93%, mientras que los niños que presentan emaciación en este estudio fueron del 1,3% en el sexo masculino, en contraste en el estudio titulado Estado nutricional de niñas y niños: 6 a 59 meses de edad Centro de salud Nulti. enero-junio de 2019. realizado por Jairo Paul Ramones Torres en donde los niños con emaciación fueron de 1.6%, datos similares a los encontrados en el presente estudio, por otra parte, el sobrepeso y la obesidad en la investigación se mostró una prevalencia combinada, por ello es importante mencionar que el sexo masculino presenta obesidad del 3,03% y el mismo a su vez se encuentra con emaciación. Con lo antes expuesto y tomando en consideración resultados obtenidos a nivel nacional del ENSANUT-ECU 2014 es preciso indicar que la prevalencia de la doble carga nutricional a nivel individual en el país está representada por el 2,8% de los cuales tienen baja talla para su edad y sobrepeso u obesidad. Estos resultados dan una muestra clara de la realidad actual en donde la existencia de la doble carga de la malnutrición en los niños, y estos coexiste en un mismo individuo dando lugar al punto de partida de un futuro perfil epidemiológico que será diferente al actual.

Por otra parte, y según indicadores antropométricos la baja talla es indicador predictor de los efectos negativos acumulados de períodos de alimentación inadecuados, ya sean estos en cantidad o calidad, sumado a esto las infecciones agudas a repetición y como también las deficiencias de micronutrientes, los niños que sufren desnutrición por déficit tienden a no crecer o crecen poco y presentaran baja talla para su edad, específicamente son pequeños. al retardo del crecimiento lineal también es conocido como desnutrición crónica, y en el presente estudio la prevalencia de retardo del crecimiento en esta población fue del 35%, entre talla baja y talla baja severa, siendo la más prevalente la baja talla. Este retardo del crecimiento es un problema de salud pública que se ha venido arrastrando por varios años en el Ecuador, se han mostrado reducciones muy poco significativas a lo largo de los años, según la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENSANUT 2014), mientras que la desnutrición global y desnutrición aguda, no constituyen un problema de gran magnitud a nivel nacional. El análisis de esta encuesta encuentra que en los primeros 5 meses de vida el porcentaje de retraso en crecimiento lineal es bajo (9.5%), a los 6 meses este porcentaje aumenta dramáticamente (19.9%), con un pico en los 12 a 23 meses de edad (32.6%), a partir del cual comienza a descender; por lo que se concluye que el mayor impacto del retardo en talla ocurre en la infancia temprana (antes de los 24 meses de edad) y como resultado de esto, hay niños con baja talla para la edad; el mismo estudio deduce que esa baja talla no se recupera posteriormente, ya que se hallaron tallas bajas en niños/as en edad escolar, mujeres y hombres adultos. El estudio también encontró que persiste la marcada desigualdad en prevalencia de desnutrición crónica entre etnias, siendo la etnia indígena la más perjudicada; inclusive con prevalencia al doble de proporción cuando se la compara con la etnia montubia y mestiza, y más aún con la afroecuatoriana. (Freire, y otros, 2014)

Al comparar este problema con otros países se observa una marcada diferencia: Argentina (8%), Brasil (7%), Colombia (13%), México (13,6%), Uruguay (15%) y Perú (19,5), cifras publicadas en investigaciones realizadas por Unicef 2012, INEI, 2011, ENDS, 2010.

Según el indicador peso/edad o desnutrición global en menores de 5 años por sexo, en el estudio se encontró que existe más bajo peso en mujeres que en hombres, siendo la prevalencia del 6%, similar situación a la hallada en la publicación de Guamialamá Martínez y otros.2020, sobre estado nutricional de niños menores de cinco años en la parroquia de Pifo, se menciona que el bajo peso en niños alcanza el 3,88% , siendo este mayor al de las niñas con 2,67%, y el bajo peso severo en niños alcanza el 2,27%, frente a esta situación la ENSANUT-ECU 2014, establece que a nivel país la desnutrición global es del 6,4%, y esta no constituye un problema de gran dimensión en el territorio nacional.

Siguiendo su secuencia para evaluar el estado nutricional, el perímetro braquial demuestra los cambios más importantes del estado nutricional de un individuo en la contextura corporal , siendo específico en la detección de déficit nutricional, es preciso indicar que en el presente estudio que tanto hombre como mujeres , tienen un estado nutricional apropiado, y que solo un mínimo porcentaje (5%) presenta disminución de las reserva muscular, de los cuales esta tiene más tendencia en mujeres, es importante mencionar que no se ha encontrado sustento bibliográfico similares para contrastar los resultados obtenidos.

Frente a ello, en el estudio de Guamialamá Martínez y otros 2020, sobre estado nutricional de niños menores de cinco años en la parroquia de Pifo se encontró que la desnutrición crónica en los niños representa el 19,42%, siendo mayor en las niñas con el 12%, la desnutrición global en los niños alcanzo el 6,15, y siendo nuevamente mayor en las

niñas con el 3%, así mismo la desnutrición aguda en los niños alcanzo el 2,59% y siendo mayor que en las niñas. en contraste en la ENSANUT-ECU 2014, es evidente que la desnutrición crónica alcanza el 25,2% y continúa siendo un grave problema de salud pública en los niños, mientras que la emaciación (bajo peso para la talla) o desnutrición aguda representa el 2,3%, frente a ello la desnutrición global alcanza el 6,4%. Cifras que mantienen una estrecha relación en cuanto a la realidad actual del país, en donde la desnutrición se presenta en individuos en vulnerabilidad socioeconómica.

La malnutrición sea por déficit o por exceso afecta a todos los países del mundo, por esta razón en la presente investigación se encontró que la malnutrición por exceso es del 17% en niños, y que esta se presenta con mayor prevalencia en las niñas. Frente a lo anterior es importante mencionar que la malnutrición por déficit representa el 4%, de los cuales el sexo más afectado es el masculino. Según el indicador talla/longitud para la edad el 34,56% de los niños muestran retardo del crecimiento, de los cuales el mayor porcentaje son niños. En el estudio de desnutrición infantil realizado en el cantón Cotacachi en 2016, se determinó que la desnutrición crónica fue del 35,4% y que la obesidad y sobrepeso alcanzo el 10,8% y en comparación con el estudio realizado en la parroquia Pifo en 2020 la prevalencia es mayor.

Otro de los graves problemas encontrados fue la doble carga nutricional, que no es más que el sobrepeso u obesidad ligado a la baja talla. Por ello en la ENSANUT-ECU 2014, se describe que la prevalencia del sobrepeso y la obesidad ha registrado un ascenso a lo largo del tiempo en este grupo etario estudiado 2014, menciona que cuando la leche materna deja de ser suficiente, para atender las necesidades nutricionales del lactante, hay que añadir alimentos complementarios a esta. La transición de la lactancia materna exclusiva a la alimentación complementaria más leche materna toma un período que va de

los 6 a los 18 o 24 meses de edad. Este es un período de alta vulnerabilidad en la que muchos niños inician o agravan los cuadros de desnutrición.

La salud de niños y niñas tiene como objetivos principales promover hábitos de vida saludables, prevenir enfermedades o accidentes y detectar en forma temprana situaciones que puedan afectar su salud y desarrollo. La supervisión de la salud del niño es primordial y tiene como objetivo principal promover hábitos de vida saludables, prevenir enfermedades y detectar en forma temprana situaciones que puedan afectar su salud y desarrollo futuro, es por ello que la ENSANUT-ECU 2014, menciona que cuando la leche materna deja de ser suficiente, para atender las necesidades nutricionales del lactante, hay que añadir alimentos complementarios a esta. La transición de la lactancia materna exclusiva a la alimentación complementaria más leche materna toma un período que va de los 6 a los 18 o 24 meses de edad. Este es un período de alta vulnerabilidad en la que muchos niños inician o agravan los cuadros de desnutrición.

Según Carlos Larrea 2006, una posible explicación de las diferencias regionales en la desnutrición, aún bajo condiciones socioeconómicas similares, radica en distintas pautas alimenticias, derivadas tanto de factores culturales como también de diferencias en los precios relativos y la disponibilidad de los alimentos (Larrea, 2006). Por ello en el presente estudio la frecuencia de consumo de un alimento determinado específicamente no se da, pero si se da un mayor valor agregado a la ingesta de frutas, verduras y proteínas, dentro del territorio ecuatoriano el consumo de huevos, frutas, grasas, e incluso cereales es inferior al promedio nacional. Por el contrario, se evidencio un mayor consumo de tubérculos (principalmente papas) y su consumo en la sierra fue del 55% en el territorio.

Haciendo referencia a los tipos de comidas en el estudio se encontró como patrón específico el consumo de 3 comidas al día, siendo el desayuno considerado el más

importante de la ingesta diaria, la disminución en el número de ingestas al día puede estar asociadas al factor económico familiar, que limita la adquisición de alimentos nutritivos para los niños. El Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) en el año 2008 muestra que las barreras que dificultan el consumo adecuado de frutas y verduras en la población ecuatoriana son el desconocimiento de recetas y formas variadas de preparación, asociación de algunas verduras como vehículos transmisores de enfermedades, el uso de verduras únicamente como condimentos en la preparación de comidas, la percepción de que el precio de las verduras y frutas es elevado, y la falta de conocimientos sobre los beneficios (Bonvecchio , Théodore , Rodas , & Arteaga , 2008)

En cuanto al azúcar, se puede encontrar en la población estudiada a que, solo 1 de cada 10 niños aumenta azúcar a las preparaciones ya servidas, siendo este también un factor protector, o buen hábito alimentario, pues la Organización Mundial de la Salud, recomienda una ingesta de azúcar reducida a lo largo de la vida, y mientras más temprano se inicia, tiene mejor efectividad, en tal virtud, en etapa de infancia no se debería crear el hábito de azúcar; dietéticamente se plantea un límite del 5 al 10% de la ingesta calórica total, es decir, si hablamos de una dieta promedio en los niños de 1000 Kcal, 100 Kcal máximo deberían provenir de azúcares libres, en términos comunes, máximo 25 gramos de azúcar (2 cucharitas pequeñas para todo el día) (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2015); es por esa razón, que las guías alimentarias GABAS, no contemplan una cantidad exacta de azúcar en gramos recomendada, debido que siempre se debe promover el mínimo consumo o mejor aún, el no consumo de este producto.

Otro de los hábitos alimentarios de la población en estudio fue el consumo regular de alimentos poco saludables como: dulces, golosinas de sal, helados, hamburguesas, salchipapas y gaseosas; siendo la frecuencia de consumo más prevalente la de una vez por

semana. Esto implica que los niños adquieran dentro de su hábito alimentario, el consumo excesivo de energía a expensas de consumo glucídico y lipídico.

La utilización de los micronutrientes que se entregan gratuitamente por el ministerio de salud pública son un gran aporte, para la reducción de la desnutrición infantil por déficit de los mismos y la prevención de enfermedades infantiles asociadas, por esta razón los padres deben ser conscientes de la forma adecuada, en la administración, el momento correcto de integrarlos en la alimentación, y con cual preparaciones se pueden mezclar, todo esto sumado al acompañamiento periódico del profesional de salud de la localidad.

Para Fajardo Dulce y otros considera que el acceso a los servicios de salud, entendidos de forma amplia desde la promoción y prevención hasta los aspectos curativos, resulta ser entonces la expresión final de los esquemas implementados para garantizar el financiamiento y la provisión de servicios en un contexto determinado, así como de los elementos que determinan los resultados del acceso en términos de salud de la población (Fajardo Dolci, Gutiérrez, & García Saisó, 2015). Por esta razón en el estudio se hace evidente que la mayor parte de la población acude para atención de salud a unidades del primer nivel correspondientes al sector público con un porcentaje del 93%, y una minoría utiliza la atención de salud brindada por la parte privada, por esta razón hay un gran trabajo que realizar, en cuanto al mejoramiento del servicio fomentando la accesibilidad, eficiencia, eficacia, siendo esta oportuna y de calidad.

Se ha señalado que bajo un modelo de cobertura universal es indispensable pensar en calidad, accesibilidad y equidad como conceptos consustanciales. De esta manera se enfatizan algunos conceptos como la relación íntima e indisoluble entre la calidad y la accesibilidad, a grado tal que se considera que “la calidad en abstracto, sin tener acceso (Fajardo Dolci, Gutiérrez, & García Saisó, 2015). Frente a los expuesto en la investigación

realizada es importante mencionar el 68% de los padres manifiestan estar algo insatisfecha con el servicio de salud brindado, sumado a esto tenemos que la inconformidad con el servicio alcanza el 25% refiriéndose que se encuentran muy insatisfechos con los proveedores de salud en su localidad, pero es preciso indicar que un mínimo número representado por el 8% considera que este satisface las necesidades de salud en su sector de influencia.

Existen condicionantes que influyen en el contexto geográfico, social, político y económico así como de asuntos relacionados con el sistema y sus normas, la gestión de los actores institucionales (Eps e Ips) y dificultades atribuibles a profesionales y usuarios, que inciden en que el acceso efectivo a los servicios de salud, bajo los criterios de universalidad y equidad, no se cumpla totalmente (Vargas J & Molina M, 2009), de tal forma en el presente estudio se desataca que el 57% , está satisfecho con el sistema de salud de su localidad, pero si existe otra parte de la población que estima que se debe mejorar los servicios, la disponibilidad y la dotación de implementos que aseguren la salud individual, familiar y comunitaria, en un contexto de limitaciones como la diversidad cultural y la diferentes concepciones del proceso salud enfermedad, adicionalmente la falta de información sobre derechos, deberes y acciones en salud que tienen las persona, convirtiéndose esto en una barrera cultural para el acceso.

El sistema de salud ecuatoriano se puede definir por su financiamiento en un sistema segmentado, fragmentado, conformado por varias instituciones articuladas entre sí, en donde los recursos en su mayoría son fondos estatales que sostienen la provisión de servicios a la ciudadanía en términos de salud integral, pero en los últimos años esta se ha visto afectada por la crisis económica, política que el país ha experimentado. Es por ello que en el estudio se encontró que los padres de los niños menores de 5 años de la Parroquia

Eugenio Espejo considera , que este servicio debe ser financiado en su totalidad por el gobierno nacional, debido a las condiciones socioeconómicas en las cuales se encuentran sus familias, pero es claro que un segmento estima que el financiamiento debe ser compartido entre el ente rector de salud y la ciudadanía, y frente a esto una minoría establece que la salud como servicios debe ser financiada en su totalidad por el individuo que requiere la presentación de servicios de salud.

En la investigación realizada por Esteban Puentes Rosas y otros, consideran que las prácticas dentro de cada una de las instituciones proveedoras de servicios de salud que se han analizado en este trabajo están determinadas en gran medida por estrategias institucionales vigentes desde hace mucho tiempo, cuando el concepto de usuario no era habitual y se atendía a "pacientes", término que resalta el carácter pasivo de este y la naturaleza asimétrica de su relación con el personal de salud. En ese contexto, los dominios de autonomía y comunicación son los que permiten evaluar mejor si al usuario se le proporciona toda la información necesaria y requerida y si se le permite ejercer su libertad para participar en las decisiones que se toman con respecto a su salud (Puentes Rosas, Gómez Dantés, & Garrido Latorre, 2006). Por esta razón el trato brindado durante la atención por parte del personal médico, de enfermería o de otro profesional de la salud, en la presente investigación fue percibida como adecuada, pero es importante poner de manifiesto que un segmento de la población en estudio, estima que en ocasiones el trato brindado fue inadecuado, detalle importante que nos lleva a establecer estrategias y políticas públicas, que generen la empatía, y el fortalecimiento de la relación médico - paciente.

Numerosa evidencia señala los beneficios de sistemas sanitarios basados en una atención primaria de salud (APS); de hecho, la Organización Panamericana de la Salud

hace un llamado al potenciamiento de este modelo. En Chile, desde 2005 se inicia un proceso de reforma sanitaria cuyos pilares han sido la creación del Plan de Acceso Universal a Garantías Explícitas (actuales Garantías Explícitas en Salud) y el fortalecimiento de la APS (Concha I, y otros, 2020). Es importante el fortalecimiento del primer nivel de atención, ya que los usuarios del presente estudio considerarán que este oportuno en el desarrollo de su competencia en materia de salud, pero es claro las barreras de acceso a los servicios de salud no deben ser ya consideradas un limitante, por ende, la importancia de que la salud sea establecida como un bien desde una mirada del individuo, la familia y la comunidad, garantizando entornos de salud amigables.

Se debe incorporar a la agenda de política pública la temática del financiamiento de la atención de la salud con el objetivo desafiante desde la perspectiva sectorial. La correlación entre la inversión sanitaria y sus frutos en el mantenimiento de la salud, la reducción de la enfermedad y el sostenimiento de un modelo de cuidado eficaz, equitativo y de calidad se enfrenta con realidades que superan el espacio estricto del sistema de salud (Daniel Maceira, 2020). cubrir las necesidades de la población es un tema prioritario tal como se lo ha realizado en varios encuentros mundiales, en donde se ponen de manifiesto que la atención primaria en salud es el pilar fundamental en la prestación de servicios oportunos que garanticen la satisfacción de las necesidades de la población prioritaria, en Ecuador se ha realizado avances importantes, pero es necesario ir mas halla, con la implementación a profundidad del modelo de atención integral en salud, familiar, comunitario e intercultural.

Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones

- Al evaluar el estado nutricional de los sujetos de estudio, de manera integral, es decir, con todos los indicadores antropométricos, se evidencia que, el 44% se encuentran en peso adecuado para la edad, para la talla y la talla para la edad; al desgregar por indicador antropométrico identificando los diferentes tipos de desnutrición se halló que 1 de cada 10 niños tiene talla baja como único problema nutricional, el 3,70% de niños a más de talla baja, tiene bajo peso. Se halla, aunque en menor número, emaciación y bajo peso.
- Al caracterizar la desnutrición se evidencia en más de la mitad de la población algún problema de malnutrición por déficit o exceso, además de la doble carga de malnutrición, por un lado, el retardo del crecimiento y por otro, el riesgo de sobrepeso. Mientras que la malnutrición por déficit, como bajo peso o baja reserva proteica, se halla en menor proporción.
- Referente a la inequidad, valorada en esta muestra de niños menores de 5 años, se puede evidenciar un bajo porcentaje de niños con esta condición, se pudo inferir que los parámetros nutricionales influyeron en ésta cualificación de inequidad, así como las características del cuidador; es válido, también rescatar indicadores protectores en esta muestra, como: lactancia, no aumento de sal y azúcar a preparaciones ya servidas y suplementación indicada por el MSP
- El acceso oportuno a la salud es necesario abordarse en forma eficaz, desde las necesidades de los grupos prioritarios, así como también la obligatoriedad en la cobertura universal con calidad, eficiencia en la atención. Se halló a la gran mayoría de

la muestra con acceso a la salud, del bajo porcentaje de niños que no tienen acceso se pudo identificar que lo que causaba esto eran las barreras para ser atendidos oportunamente, la insatisfacción de la atención y considerar que el sistema de salud no cubre con las necesidades de la familia.

- Como un producto adicional a la investigación se plantea un diseño de una propuesta destinada a desarrollar las habilidades y destrezas de los padres o cuidadores de los niños menores de 5 años, mediante el desarrollo de temáticas con enfoque nutricional y el fortalecimiento comunitario, en donde estarán inmersos los actores sociales que aseguran la salud y nutrición de la población objeto de estudio.

Recomendaciones

- Se recomienda el trabajo intersectorial en la generación de proyectos de vinculación comunitaria, para aplicar un programa de prevención de desnutrición en niños menores de 5 años, dirigido a los padres o cuidadores, a través de la generación documental de guías, charlas educativas y el empoderamiento social.
- También se debe fomentar en los padres de los niños para que asistan al centro de salud más cercano, para el control periódico para la evaluación del crecimiento y desarrollo, mediante la toma de medidas antropométricas.
- Se recomienda estimular a los padres para que asistan a talleres de educación nutricional que permita abordar la desnutrición desde el enfoque de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.
- Es importante que los profesionales de la salud y nutrición contribuyan en la educación y orientación sobre los beneficios de una nutrición adecuada y con énfasis en la población infantil; fortaleciendo la soberanía y seguridad nacional.

Capítulo V Propuesta



La familia proporciona el más importante entorno de aprendizaje para el niño, ya que los padres o cuidadores marcan estilos de vida y, se enfocan en la resolución de problemas de la vida diaria, y el abordaje del consumo de alimentos locales, con énfasis en el consumo de frutas, verduras, cárnico, lácteos entre otros, que se encuentren a su alcance y destacando las comidas en familia.



Taller participativo comunitario sobre Educación Nutricional “Nutrición para la salud y la vida”

LEONEL GERARDO RUANO YARPAZ



Taller participativo comunitario sobre Educación Nutricional
“Nutrición para la salud y la vida”

Caracterización de la propuesta

La realización de programas de educación nutricional en niños y adolescentes mejora los conocimientos de éstos acerca de alimentación y salud, pero, sin embargo, difícilmente cambian sus hábitos de alimentación dado que generalmente son hábitos que comparten con el resto de la familia. A pesar de que sean conscientes de la importancia de cambiar hábitos erróneos que tengan adquiridos, no son ellos generalmente quienes deciden qué alimentos comprar ni se encargan de planificar la alimentación semanal. Aunque ciertos hábitos sí los pueden cambiar por sí solos como desayunar, tomar postre o beber agua con las comidas, es difícil cuando el resto de la familia mantiene los hábitos y no colabora ni apoya al niño o adolescente (Bolaños Ríos, 2009).

Mediante las estrategias educativas basadas en el apoyo e información para prevenir la desnutrición infantil y mejora la calidad de vida de los niños y niñas de la parroquia Eugenio espejo , para así fortalecer los conocimientos sobre la alimentación adecuada según el ciclo de vida y los beneficios que estos representa en el crecimiento y desarrollo infantil, contribuyendo también de esta mantener sobre estilos de vida saludables, para ello la prioridad fundamental es la prevención y mejoramiento, y la importancia que de la elaboración de estrategias de educación y prevención con actividades estratégicas, que tiene como finalidad la aplicación de enseñanzas, facilitación de conocimientos para los padres o cuidadores con la suficiente información y los medios necesarios para concientizar la importancia de la prevención de la desnutrición infantil y sus causas - efecto que puede provocar su diagnóstico y tratamiento tardío, por ello el taller participativo comunitario sobre educación nutricional estará centrado en la articulación con actores sociales propios de la localidad que son conocedores de la realidad actual.

La promoción de la salud, entendida como el proceso de permitir a las personas que aumenten el control sobre su salud y para que la mejoren, es una de las funciones esenciales de la Salud Pública. La promoción de la salud se centra en lograr la equidad en salud, en reducir las diferencias en el estado actual de la salud y asegurar recursos y oportunidades iguales que capaciten a todo el mundo para alcanzar el máximo potencial de salud (Bonvecchio Arenas , 2011).

Justificación

El presente taller participativo comunitario sobre Educación Nutricional es de vital importancia para poder prevenir los distintos tipos de desnutrición que afecta a la población infantil y que desencadenan múltiples complicaciones en su desarrollo vital, ya que existe falta de conocimiento sobre las causas subyacentes de la desnutrición infantil, afectando así el crecimiento y desarrollo cognoscitivo de este grupo etario de gran importancia para la sociedad.

El propósito del presente taller comunitario es incorporar procesos metodológicos que combinen la parte conceptual, con la practica a través de encuentros presenciales, así como también ejercicios de aplicación de prácticas nutricionales en el hogar y comunidad, con la utilización de productos propios de la zona, que sean accesibles para todas las familias de la Parroquia Eugenio Espejo

Con esta propuesta se pretende involucrar a los actores sociales comunitarios, dando a conocer sobre la importancia de la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de la desnutrición infantil independientemente de su etiología para evitar factores de riesgo como en la vida adulta de cada uno de los individuos.

Esta tiene como beneficio directo a los padres o cuidadores de niños(as) menores de 5 años de la Parroquia Eugenio Espejo, ya que plantea estrategias metodológicas y didácticas encaminadas mejorar estilos de vida saludables que permitirá tener una mejor calidad de vida y evitar varias complicaciones en su diaria vivir.

Objetivos

Objetivo General

- ❖ Contribuir a mejorar la nutrición de los niños y niñas lactantes, preescolares, escolares y sus familias mediante la enseñanza de la alimentación y nutrición en los hogares.

Objetivos Específicos

- ❖ Desarrollar un proceso formativo de los padres o cuidadores en los temas de alimentación, nutrición y salud, a fin de fortalecer su dominios y competencias
- ❖ Generar estrategias y actividades educativas que apoyen las practicas nutricionales para mejorar el desarrollo de conocimientos, actitudes y practicas alimentarias saludables en los menores de 5 años.

Competencias a desarrollar

1. Conocer e interpretar los procesos de educación alimentaria y nutricional y su relación con los problemas de nutrición en el país y las políticas, planes y programas de seguridad alimentaria y nutricional que están en vigencia.
2. Desarrollar habilidades de definir estrategias de enseñanza aprendizaje en alimentación y nutrición a partir de actividades metodológicas y su relación con el

diagnostico de condiciones que viven los niños menores de 5 años, así mismo sus hábitos, costumbres y practicas alimentarias.

3. Incorporar, planificar y desarrollar procesos didácticos relacionados con la alimentación, nutrición y seguridad alimentaria en los hogares y comunidad.

4. Fomentar la participación activa en la formación de actores sociales para ampliar el desarrollo del proceso didáctico relacionado con la alimentación y nutrición.

Desarrollo

Ejes temáticos

La definición de los contenidos de alimentación y nutrición, que influyen en la educación alimentaria nutricional de los niños y niñas y el plan de capacitaciones para actores sociales de la parroquia, se basara en el diagnóstico inicial y el análisis del diseño de estrategias de enseñanza aprendizaje, que se resume en tres ejes:

1. Alimentación sana
2. Nutrición y salud
3. Producción de alimentos en el hogar

Dentro de estos ejes se incluye los contenidos relacionados con seguridad alimentaria, alimentación y nutrición que se encontró en las áreas descritas anteriormente.

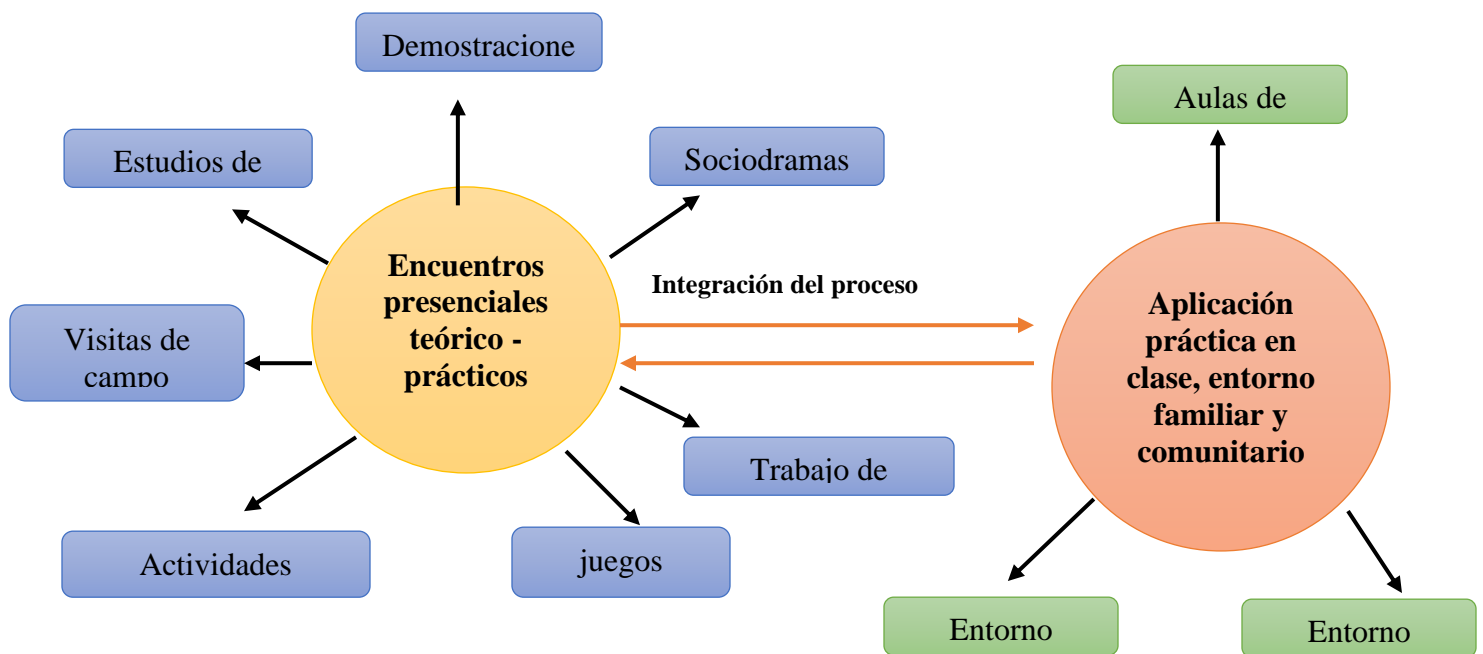
Eje temático y contenido	Conceptuales	Aptitudinales	Procedimentales
<p>Alimentación Sana</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Los alimentos ❖ Los nutrientes y sus funciones en el organismo ❖ Selección, conservación y preparación de alimentos ❖ Higiene de alimentos 	<p>Describen las características de los alimentos, las funciones que realizan en el organismo y como contribuyen a mantener la salud. Manejo de manera adecuada la selección, conservación y preparación higiénica de los alimentos.</p>	<p>Valoran los recursos alimentarios de la comunidad y rescatan los alimentos tradicionales para incluirlos en su dieta diaria.</p>	<p>Aplican los conocimientos de alimentación y salud en el ciclo de vida elaborando planes de clase que incluyan además de los aspectos conceptuales, metodológicos y la utilización de productos propios de la zona garantizando una dieta sana.</p>
<p>Nutrición y Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Relación de los alimentos con la salud y el crecimiento del ser humano. ❖ Composición de una dieta balanceada. ❖ Porciones de alimentos para niños. 	<p>Describen los elementos de una dieta balanceada y la influencia de esta en la salud del individuo, de acuerdo a su edad y características biológicas.</p>	<p>Contribuyen a mantener una buena salud personal y a promover medidas saludables a través del fomento de una adecuada alimentación.</p>	<p>Planifican menús nutritivos con el apoyo de profesionales nutricionistas y que estos impliquen bajo costo, utilizando los recursos alimentarios de la comunidad y los producidos en la zona.</p>

<p>Producción de Alimentos en el hogar y comunidad</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ El huerto familiar y comunitario ❖ Seguridad alimentaria en el hogar y comunidad. 	<p>Relacionan la importancia de la producción de alimentos a nivel del hogar y la comunidad para el logro de la seguridad alimentaria y nutricional de los niños y sus familias</p>	<p>Aprecian los recursos naturales de su entorno y hacen uso adecuado de ellos a través del fomento de la producción de alimentos en el hogar. Y valoran la importancia del huerto dentro de la enseñanza de la nutrición adecuada.</p>	<p>Elaboración a futuro de un proyecto productivo en la comunidad. Utilizan los huertos familiares como espacio pedagógico y mejorar la alimentación de la comunidad.</p>
--	---	---	---

Metodología

Para el desarrollo de la capacitación

El plan de capacitación a los padres o cuidadores de los niños será conducido utilizando procesos metodológicos que combinen adecuadamente la parte conceptual, con la practica a través de encuentros presenciales, así como ejercicios de aplicación en su labor comunitaria.



Encuentros presenciales

Para desarrollar este taller comunitario los módulos se desarrollarán en forma presencial utilizando la metodología de seminario taller; cada módulo está programado para ser desarrollado en un período de 24 a 40 horas. Las fechas de realización de cada seminario taller estarán sujetas a los espacios establecidos por los líderes comunitarios y presidente de la junta Parroquial Eugenio Espejo. La metodología de capacitación se basa en la teoría del constructivismo, que privilegia la construcción de un nuevo conocimiento a

partir del conocimiento previo y el trabajo en el entorno social de quien aprende; cuando se enfrenta a un problema que implica para su resolución, la realización de una acción de su parte.

La estrategia se sustenta en la concepción de la educación de adultos que plantea que las personas aprenden mejor cuando el nuevo conocimiento es parte de su experiencia, aplicable directamente a la vida cotidiana y al espacio comunitario. En donde las personas participan, preguntan, resuelven, comparten, explican y evalúan los problemas y las posibles soluciones. En esta perspectiva se concibe al individuo como agente activo de su propio conocimiento, construye significados y representa la realidad de acuerdo con sus experiencias, vivencias, y está en permanente interacción con los otros. En los momentos de capacitación se combinará y articulará la teoría con la práctica, para que cada tema tenga una aplicación concreta utilizando técnicas participativas (talleres vivenciales, sociodramas, estudios de caso, visitas de campo, juegos, etc.,) que faciliten los procesos de aprendizaje. Se presentan en este taller los módulos y guiones metodológicos que contienen los objetivos de aprendizaje, temas, técnicas, actividades, pasos a seguir, ejercicios prácticos y de evaluación, equipo, materiales y guías de trabajo.

Módulos de capacitación

Módulo I. Conocimientos Básicos en Alimentación, Nutrición y Seguridad Alimentaria

Constituye el taller inicial de la capacitación. Comprende los aspectos elementales a conocer sobre seguridad alimentaria, alimentación y nutrición y permite a través de ese primer encuentro, mejorar la información y formación sobre la temática y utilizarla para fines de planificación, de los siguientes talleres.

Módulo II. Métodos y Técnicas de Enseñanza en Alimentación y Nutrición

Este módulo constituye el eje temático transversal que se utilizará para desarrollar y aplicar los contenidos técnicos de los diferentes módulos y comprenderá los diferentes métodos y técnicas apropiadas al enfoque constructivista con el cual ha sido elaborado y el uso del material educativo elaborado como ayuda didáctica para los padres o cuidadores.

Módulo III. Alimentación y Nutrición en el Ciclo de Vida

En este módulo se analiza la importancia y características de la alimentación en las diferentes etapas del ciclo de vida, la formación de hábitos que conllevan a un estilo de vida saludable. Así mismo se espera que al finalizar el taller, los padres o cuidadores apliquen estos contenidos y utilicen los materiales educativos de educación alimentaria nutricional para la formación de la población infantil y otros padres/madres de familia.

Módulo IV. Selección e Higiene de los Alimentos

En este módulo se hará especial énfasis en la importancia del etiquetado de alimentos como parte importante de la educación al consumidor para la selección adecuada de alimentos y en la higiene durante la preparación y manipulación de alimentos, con el fin de que los padres o cuidadores realicen un efecto multiplicador con otros padres de familia, niños y niñas.

Referencias

(s.f.).

- Albán, C., Altamirano, T., Ruano, J., & Quinapanta, R. (2020). *Análisis situacional integral de salud (ASIS)*. informe, Centro de Salud Eugenio Espejo. Recuperado el 16 de Junio de 2021
- Alcántara Moreno, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Revista Universitaria de Investigación*. Recuperado el 1 de Julio de 2021, de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41011135004>
- Báscolo, E., Houghton, N., & Del Riego, A. (2020). Leveraging household survey data to measure barriers to health services access in the Americas. *Rev Panam Salud Publica*. doi:<https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.100>
- Berenguer Gouarnaluses, M. d., Pérez Rodríguez, A., Dávila Fernández, M., & Sánchez Jacas, I. (2017). Determinantes sociales en la salud de la familia cubana. *Medisan*. Recuperado el 14 de Julio de 2020, de <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v21n1/san08211.pdf>
- Bolaños Ríos, P. (2009). *Factor de protección en los trastornos de la conducta alimentaria*. Recuperado el 14 de Mayo de 2021, de file:///C:/Users/PC/Downloads/Dialnet-LaEducacionNutricionalComoFactorDeProteccionEnLosT-3214016.pdf
- Bonvecchio Arenas , A. (2011). *Modelo de intervención dirigido a proveedores de servicios de salud, para la promoción integral de la nutrición del niño menor de 2 años , en contexto de transición*. Tesis doctoral , Mexico. Recuperado el 14 de Mayo de 2021, de <https://catalogoinsp.mx/files/tes/12876.pdf>
- Coronado Escobar, Z. Y. (2014). *Factores asociados a la desnutrición en niños menores de 5 años*. Tesis de enfermería, Universidad Rafael Landívar, Facultad de Ciencias de la Salud, Quetzalte nango. Recuperado el 28 de Abril de 2021, de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/09/15/Coronado-Zully.pdf>
- Cuenca Choca , M. I. (2011). *Hábitos alimentarios y su relación con el estado nutricional en familias participantes del programa inti que reciben atención médica en el s.c.s "San Simón", cantón Guaranda*. Tesis pregrado, Riobamba. Recuperado el 5 de Mayo de 2021, de <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/3467/1/34T00256.pdf>
- De Le Ossa, A. (2019). *Desigualdades Sociales en Salud en la población menor de 5 años del Departamento de Caldas*. Manizales: Universidad Autónoma de Manizales. Recuperado el 20 de Abril de 2020
- Díez Navarro, A., & Marrodán, M. D. (2017). *La desnutrición infantil en el mundo: herramientas para su diagnóstico*. (Didot, Ed.) Recuperado el 20 de Julio de 2020, de

https://books.google.com.ec/books/about/La_desnutrici%C3%B3n_infantil_en_el_mundo.html?id=c8uvwgEACAAJ&redir_esc=y

- Duque Páramo, M. C. (2007). Cultura y salud: elementos para el estudio de la diversidad y las inequidades. *Pontificia Universidad Javeriana*. Recuperado el 1 de Julio de 2021
- Fantin , R., Gómez Duarte, I., Sáenz Bonilla , J. P., & Barboza Solís, C. (2019). Cómo medir la posición socioeconómica en el marco de las inequidades sociales de salud?: El caso de Costa Rica. *Literature review*. doi:10.15517/IJDS.2019.37295
- Fernández, A., & Martínez, R. (2006). *Impacto social y económico*. Cepal. Recuperado el 8 de Abril de 2021, de <https://www.cepal.org/es/areas-de-trabajo/desarrollo-social>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2011). La Caja de herramientas para la inclusión de pueblos indígenas y afrodescendientes en los censos de población y vivienda.
- Fuentes García, A. (2019). El clamor de las inequidades: Estallido social y salud en Chile. *Revista Chilena de Salud Pública*, 23(2), 93-94. Recuperado el 16 de Junio de 2021
- Fuentes Reverón, S. (2017). El acceso a los servicios de salud: consideraciones teóricas generales y reflexiones para Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*. Recuperado el 16 de Junio de 2021, de <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2017.v43n2/272-286/es>
- Gómez, F. (2003). Desnutrición. *salud pública de méxico* , 45. Recuperado el 28 de Abril de 2021, de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v45s4/a14v45s4.pdf>
- González Farrán, A. (2016). *Desnutricion untipo de malnutricion*. Recuperado el 29 de Julio de 2020, de Fundeu: [<https://www.fundeu.es/recomendacion/desnutricion-malnutricion/>]
- Gutiérrez, J., Heredia, I., Hernández-Serrato, M. I., Pelcastre Villafuerte, B. E., Torres Pereda, P., & Reyes Morales, H. (2019). Desigualdades en el acceso a servicios, base de las políticas para la reducción de la brecha en salud. *Salud Publica*. doi:<https://doi.org/10.21149/10561>
- Hurtado León, I., & Toro Garrido, J. (2007). Paradigmas y métodos de investigación en tiempos de cambio. Caracas: CEC. Recuperado el 10 de Agosto de 2020
- Larrea, C. (2006). Desnutrición, Etnicidad y Pobreza en el Ecuador y el Área Andina. Recuperado el 28 de Mayo de 2021
- Llambías Wolff, J. (2015). En *La enfermedad de los sistemas de salud: miradas críticas y alternativas*. Santiago de Chile, Chile: RIL® editores. Recuperado el 21 de Julio de 2020, de www.rileditores.com
- Lucio García , C. A., Recaman, A. L., & Arredondo, A. (Enero- Abril de 2018). Evidencias sobre la inequidad en la distribución de recursos humanos en salud. *Revista horizonte sanitario*, 17(1). doi: 10.19136/hs.a17n1.1984
- Manchola Castillo, C. H., Garrafa, V., Cunha, T., & Hellmann, F. (2017). El acceso a la salud como derecho humano en políticas internacionales: reflexiones críticas y

desafíos contemporáneos. *Ciência & Saúde Coletiva*. doi:10.1590/1413-81232017227.04472017

- Martínez, M. F. (2017). Inequidad en los sistemas de salud de América Latina: análisis para Colombia, Argentina y México. *Rev Inv*. Recuperado el 21 de Julio de 2020, de <https://celu.co/wp-content/uploads/2016/07/ArticuloManuelMartinez-CELU.pdf>
- Martínez, M. (s.f.). Inequidad en los sistemas de salud de América Latina: Análisis para Colombia, Argentina y México. *Centro de Estudios Latinoamericanos*. Recuperado el 16 de Junio de 2021
- Moreno Villares, J. M., & Galiano Segovia, M. J. (2015). Alimentación del niño preescolar, escolar y del adolescente. *Pediatría Integral*. Recuperado el 04 de Mayo de 2021, de https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/xix04/05/n4-268-276_Jose%20Moreno.pdf
- Mújica, Ó., & Moreno, C. M. (2019). De la retórica a la acción: medir desigualdades en salud para “no dejar a nadie atrás”. *Revista Panamericana de Salud Pública*. doi:<https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.12>
- Oenema, S. (2017). *Antes de 2030, acabar con todas las formas de malnutrición y no dejar a nadie atrás*. UNSCN. Recuperado el 6 de Julio de 2020, de <https://www.unscn.org/uploads/web/news/document/NutritionPaper-SP-WEB.pdf>
- Oficina de Perspectivas y Políticas Mundiales de UNICEF. (2019). *Niños, alimentos y nutrición*. resumen ejecutivo, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Nueva York. Recuperado el 5 de Mayo de 2021, de www.unicef.org/sowc
- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la alimentación . (2007). *Guía metodológica para la enseñanza de la alimentación y nutrición*. Guía, secretaria de educación, Programa Especial para la Seguridad Alimentaria GCP/HON/022/SPA, Tegucigalpa - Honduras. Recuperado el 5 de Mayo de 2021, de <http://www.fao.org/3/am283s/am283s.pdf>
- Organizacion Mundial de la Salud. (1 de Abril de 2020). *sitio Web Mundial*. Recuperado el 21 de Julio de 2020, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>
- Ortiz, Z., & Cuyul, A. (2012). *Evaluación del crecimiento de niños y niñas* (Primera ed.). Argentina. Recuperado el 28 de Abril de 2021, de http://files.unicef.org/argentina/spanish/Nutricion_24julio.pdf
- Suárez, J. (12 de Marzo de 2020). El flagelo de la desnutrición infantil en América Latina. Recuperado el 21 de Julio de 2020, de <https://www.caf.com/es/conocimiento/visiones/2020/03/el-flagelo-de-la-desnutricion-infantil-en-america-latina/>
- Vargas J, J., & Molina M, G. (2009). Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 27 (2). Recuperado el 29 de Mayo de 2021

- Viáfara López, C. A., Palacios Quejada, G., & Banguera Obregón, A. (2021). Inequidad por la condición étnico-racial en el aseguramiento de salud en Colombia: un estudio de corte transversal. *Rev Panam Salud Publica*. doi:<https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.18>
- Alegria , C. I. (2014). Diferencias conceptuales y socioeconómicas de pobreza. *Revista de Pediatría Atención Primaria*, 16(63). doi:<https://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322014000400015>
- Armijos Bravo, G., & Camino Mogro, S. (s.f.). Inequidades socioeconómicas en el uso de servicios sanitarios de atención primaria en Ecuador. *Elsevier* . doi:10.1016/002
- Atun, R., Monteiro de Andrade, L. O., Almeida, G., Cotlear, D., Dmytraczenko, T., Frenz, P., . . . Wagstaf, A. (2015). Reforma del sistema de salud y cobertura universal de salud en América Latina. *Cobertura universal de salud en América Latina 1*. doi:10.1016/S0140-6736(14)61646-9
- Banco Mundial. (28 de Septiembre de 2018). *Entendiendo a la pobreza*. Recuperado el 8 de Abril de 2021, de Temas Nutrición: <https://www.bancomundial.org/es/topic/nutrition/overview>
- Berrocal Narvaez , N., Hanna Lavalle , M., Petro Falon , L., & et al. (2019). Accesibilidad a servicios preventivos en salud de jóvenes monterianos. *Avances en Salud*, 34. doi:10.21897/25394622.1745
- Blessing , J. A., Kingsley , E. A., John, J. H., Nidhi , W., Andre , M. R., & Dafna , M. (Agosto de 2017). Retraso en el crecimiento, emaciación y bajo peso en el África subsahariana: una revisión sistemática. (e. a. Jane Scott, Ed.) *Revista internacional de investigación ambiental y salud pública* . doi:10.3390/ijerph14080863
- Bonvecchio , A., Théodore , F., Rodas , S., & Arteaga , E. (2008). *Conocimientos, Actitudes y prácticas de consumo de verduras y frutas*. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Recuperado el 28 de Mayo de 2021
- Cárdenas López, C., Haua Navarro, K., Suverza Fernández, A., & Perichart Perera, O. (2005). Mediciones antropométricas en el neonato. *Medigraphic Artemía en línea*. Recuperado el 28 de Abril de 2021, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2005/hi053i.pdf>
- Cevallos Suarez, M. P. (2015). *Actualización del plan de desarrollo y ordenamiento territorial de la parroquia Eugenio Espejo 2015- 2019*. Gobierno Autónomo Descentralizado de la Parroquia Eugenio Espejo. Recuperado el 30 de Julio de 2020, de http://app.sni.gob.ec/sni-link/sni/PORTAL_SNI/data_sigad_plus/sigadplusdocumentofinal/1060013670001_PDOT%20EUGENIO%20ESPEJO_30-10-2015_12-46-42.pdf
- Chamorro Velastegui , K., Espin Garzon , Y., & Sanchez Vasquez , E. (2012). *Prevalencia de la desnutrición en niños menores de 5 años relacionada con las condiciones socio-económicas en los hogares de los niños que acuden a los centros infantiles del buen vivir (C.I.B.V.) de la comunidad de vinchoa*. Tesis de de grado de enfermería, Universidad de Bolívar, Guaranda. Recuperado el 28 de Abril de 2021

- Chasteauneuf, C. (2009). *Encyclopedia of Case Study Research*. SAGE Publications. Recuperado el 30 de Julio de 2020, de http://www.sage-reference.com/casestudy/Article_n282.html
- Comison Europea. (2013). *Responder a la desnutrición en situación de emergencia*. Recuperado el 8 de Abril de 2021, de https://ec.europa.eu/echo/files/policies/sectoral/nutrition_thematic_policy_document_es.pdf
- Concha I, M., Arraño R, A., Hirschberg G, Cárcamo I, N., Mañalich M, M., & Mañalich M, J. (2020). Medición de la calidad del trato al usuario tras la introducción del asistente-alumno en centros de salud familiar en Chile. *Revista médica de Chile*, 148. doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000100060>
- Constitución de la republica del Ecuador*. (2008). Recuperado el 16 de Marzo de 2021, de www.lexis.com.ec
- Corvos Hidalgo, C. A. (2011). Evaluación antropométrica del estado nutricional empleando la circunferencia del brazo en estudiantes universitarios. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*. Recuperado el 28 de Abril de 2021, de <https://revista.nutricion.org/PDF/Evaluacion-antropometrica.pdf>
- Cuadernos Manuel , G. A. (2019). *Una nueva política para condiciones de vida equivalentes a raíz del informe de las desigualdades socioeconómicas 2019*. Estocolmo: Fundación Friedrich-Ebert. Recuperado el 20 de Abril de 2020
- Daniel Maceira. (Mayo- Septiembre de 2020). Caracterización del Sistema de Salud Argentino. *Revista Estado y Políticas Públicas*(14), 155-179. Recuperado el 29 de Mayo de 2021, de <https://repositorio.cedes.org/bitstream/123456789/4536/1/RevEstadoPolPu%cc%81bl%2814%292020p155-179.pdf>
- Dewey , K. G., & Brown , K. H. (2003). actualización sobre cuestiones técnicas relativas a la alimentación complementaria de los niños pequeños en los países en desarrollo y las implicaciones para los programas de intervención. *Boletín de alimentación y nutrición*, 24. doi:<https://doi.org/10.1177/156482650302400102>
- Donabedian , A. (1973). Aspects of Medical Care Administration. *Scientific research*. Recuperado el 29 de Julio de 2020
- Fajardo Dolci, G., Gutiérrez, J. P., & García Saisó,, S. (Marzo- Abril de 2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Pública*, 57(2). Recuperado el 29 de Mayo de 2021
- Freire, W., Ramírez Luzuriaga , M. J., Belmont , P., Mendieta , M. J., Silva Jaramillo , M. K., Romero , N., . . . Monge , R. (2014). *Tomo I: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de la población ecuatoriana de cero a 59 años*. Ministerio de Salud Pública/Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Quito. Recuperado el 8 de Abril de 2021

- Freire, W., Ramírez, M. J., Belmont, P., Mendieta, M. J., Silva, K., Romero, N., . . . Monge, R. (2014). *Tomo I: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de la población ecuatoriana de 0 a 59 años. ENSANUT-ECU 2012.* . Quito: MSP - INEC.
- Garriga, Y., Navarro, J., Saumell, A., Serviat, T., León de la Hoz, J., & García, S. (2012). Determinantes de la salud: el rol de la inequidad en salud. *Medigraphic*. Recuperado el 04 de Mayo de 2021, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/infodir/ifd-2012/ifd1215e.pdf>
- Garzón Alarcon, N., Peña Riveros, B., Aguila, O. W., Munevár, R. Y., & Prieto, S. R. (2008). *Recomendaciones Éticas Para Las Investigaciones En La Facultad De Enfermería De La Universidad Nacional De Colombia*. Guía, Centro de extensión de investigación., Bogota. Recuperado el 15 de Mayo de 2021, de <https://www.yumpu.com/es/document/read/33160673/recomendaciones-acticas-para-las-investigaciones-en-la-facultad>
- González Fernández, A., Martínez, A. G., Mendoza Blanco, J., Mera Zapata, R., Gaitán Vásquez, N., & Salazar Luna, Z. C. (2017). Determinates culturales de salud. opinión novel. *Universidad de Córdoba- Colombia*. Recuperado el 1 de Julio de 2021
- Gutiérrez, N., Ciuffardi, T., Rokx, C., Brousset, H., & Gachet, N. (2018). *Apuntando Alto Banco Mundial*. Quito: Banco Mundial. Recuperado el 28 de Abril de 2021, de <https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/2018/12/APUNTANDO-ALTO-4-OCTUBRE-2018-ilovepdf-compressed.pdf>
- Horacio Márquez-González, V. M.-S. (2012). Clasificación y evaluación de la desnutrición. *medigraphic El residente*, 67-70. Recuperado el 28 de Abril de 2021
- Jiménez Benítez, D., Rodríguez Martín, A., & Jiménez Rodríguez, R. (2010). Análisis de determinantes sociales de la desnutrición en Latinoamérica. *Nutrición Hospitalaria*. Recuperado el 16 de Junio de 2021, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000900003&lng=es&tlng=en.
- Juana Robledo, M. (Febrero de 2005). Formación metodológica-Población de estudio y muestreo en la investigación epidemiológica. *Nure Investigación*(12). Recuperado el 10 de Agosto de 2020, de <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/214/199>
- Juma, O. A., Enumah, Z. O., Wheatley, H., Rafiq, M. Y., Shekalaghe, S., Ali, A., . . . Abdulla, S. (2016). Prevalencia y evaluación de la desnutrición entre los niños que asisten a la clínica de Salud Reproductiva e Infantil en el Hospital del Distrito de Bagamoyo, Tanzania. *Revista de Salud Pública de BMC*, 16. doi:<https://doi.org/10.1186/s12889-016-3751-0>
- La Salud en la nueva Constitución-Ecuador. (2008). Recuperado el 20 de Julio de 2020, de https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=comunicacion-social&alias=80-libro-la-salud-en-la-nueva-constitucion&Itemid=599

- Lagies, D. (2020). La inequidad en salud y sus plausibles caminos al mejoramiento. *Revista Confluencia*. Recuperado el 01 de Julio de 2021, de epositorio.udd.cl/bitstream/handle/11447/3372/Confluencia%202%281%292020_La%20inequidad%20en%20salud%20y%20sus%20plausibles%20caminos%20al%20mejoramiento_Lagies%20D.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Latham, M. C. (2002). Nutrición humana en el mundo en desarrollo. Food & Agriculture Organization of the United Nations (FAO). Recuperado el 4 de Mayo de 2021, de <http://www.fao.org/3/w0073s/w0073s00.htm>
- Ley organica de salud. (2015). Registro Oficial Suplemento 423 de 22-dic.-2006. Quito: Lexis Finder. Recuperado el 17 de Mayo de 2021, de www.lexis.com.ec
- Lopez Paredes, D. (2002). *proximacion Histories de los Cambios de Seguridad y Consumo Alimentario entre los Pueblos Quichuas de la Sierra Ecuatoriana Otavalos y Cayambis en la Cuenca del Lago San Pablo*. Tesis de grado , Quito. Recuperado el 16 de Junio de 2021
- Martínez, R., & Fernández , A. (2007). *Impacto social y económico de la desnutrición infantil en Centroamérica y República Dominicana*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Recuperado el 28 de Abril de 2021, de https://www.mef.gob.pe/contenidos/pol_econ/documentos/Costo_del_Hambre_impacto_Economico_y_socia_%20de_desnutricion_infantil.pdf
- Ministerio de inclusion económica y social . (2014). *Lineamientos de alimentación para niñas y niños con desnutrición infantil*. Equipo de Nutrición. Recuperado el 17 de Mayo de 2021
- Ministerio de Salud Pública. (2018). *Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición*. Quito - Ecuador: Viceministerio de Gobernanza de la Salud Pública. Recuperado el 16 de Marzo de 2021, de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/08/PIANE-2018-2025-final-compressed-.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social – UNICEF. (2017). En L. p. edad. Colombia. Recuperado el 25 de Mayo de 2021, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/lineamiento-desnutricion-aguda-minsalud-unicef-final.pdf>
- Naranjo Castillo, A. E., Alcivar Cruz, V. A., Rodriguez Villamar, T. S., & Betancourt Bohórquez, F. A. (2019). Desnutrición infantil kwashiorkor. *Recimundo*, 24-45. doi:10.26820/recimundo/4
- Oficina de Perspectivas y Políticas Mundiales de UNICEF . (2019). *Niños, alimentos y nutrición*. resumen ejecutivo , Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Nueva York.
- Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. (2019). *Promoción de la Salud*. Recuperado el 1 de Julio de 2021, de <https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud>

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). *Resumen ejecutivo de Directriz sobre Ingesta de Azúcares para adultos y niños*. . OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (29 de 04 de 2020). *Reducir el consumo de sal*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/salt-reduction#:~:text=El%20hecho%20de%20consumir%20demasiada,alimentos%20de%20la%20vida%20cotidiana>.
- Organización Mundial de la salud. (2020). *Semana Mundial de la Lactancia Materna 2020*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/campanas/semana-mundial-lactancia-materna-2020>
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Curso de Capacitación sobre la evaluación del crecimiento del niño*. Ginebra. Recuperado el 28 de Abril de 2021
- Organización Panamericana de la Salud. (2016). *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos*. (Cuarta Edición. ed.). Ginebra. Recuperado el 15 de Mayo de 2021, de https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de Salud. (2016). *La lactancia materna en el siglo XXI*. Recuperado el 4 de Mayo de 2021, de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/lactanciamaternaensigloxxi-april15.pdf>
- Ortega, L. G. (2019). Desnutrición infantil, una mirada desde diversos factores. *INVESTIGACIÓN VALDIZANA*, 18-20. Recuperado el 28 de Abril de 2021
- Parroquia Eugenio Espejo. (2020). *Plan de desarrollo y ordenamiento territorial de la Parroquia Rural Eugenio Espejo 2020-2023*. Recuperado el 16 de Junio de 2021
- Puentes Rosas, E., Gómez Dantés, O., & Garrido Latorre, F. (2006). Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México. *Revista Panamericana Salud Publica*. Recuperado el 29 de Mayo de 2021
- Rabinez Juárez , A. O. (s.f.). *Factores de riesgo para el consumo de tabaco en una población de adolescentes escolarizados*. UNMSM. Recuperado el 30 de Marzo de 2021
- Rodríguez Ochoa, J. G. (2015). *El Rendimiento Escolar y la Intervención del Trabajo Social*. Tesis Pregrado, Cuenca. Recuperado el 5 de Mayo de 2021, de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21176/1/TESIS.pdf>
- Sánchez-Torres, D. A. (2015). Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(1). Recuperado el 1 de Julio de 2021, de <https://www.redalyc.org/jatsRepo/4577/457749297021/html/index.html>
- Standing Committee on Nutrition - United Nations System . (2015). *Nutrition and the Post-2015 Sustainable Development Goals*. United Nations System- Standing Committee On Nutrition. Recuperado el 16 de Marzo de 2021, de

https://www.unscn.org/files/Publications/Nutrition__The_New_Post_2015_Sustainable_development_Goals.pdf

Vargas, M., & Hernández, E. (2020). Los determinantes sociales de la desnutrición infantil en Colombia vistos desde la medicina familiar. *Medwave*.
doi:10.5867/medwave.2020.02.7839

Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv*.
doi:10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN

WHO, W. H. (s.f.). *Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care*. Geneva. Recuperado el 05 de Mayo de 2021, de
<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e126/es>

Apéndice

Apéndice A. Marco administrativo

Recursos

Recursos para la Movilización

Detalles	Valor /\$
Pasaje (Transporte)	\$10.00
Alimentación	\$20.00
TOTAL	\$30.00

Recursos Técnicos y Tecnológicos

Detalles	Valor/\$
Computadora	\$800.00
Copias	\$10.00
Impresora	\$400.00
TOTAL	\$1.240

Material de Oficina

Detalles	Valor /\$
Internet	\$60.00
Impresión de Proyecto	\$14.00
Reproducción de documentos	\$10.00
Resma de papel	\$4.00
Anillado	\$3.00
Empastado	\$16.00
TOTAL	\$107.00

Presupuesto

Detalles	Valor /\$
Recursos para la Movilización	\$30.00
Recursos Técnicos y Tecnológicos	\$1240
Material de Oficina	\$107.00
TOTAL	\$1.377

Apéndice B. Cronograma

Tiempo Actividades	Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero				Marzo			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elección del Tema			X	X	X																											
Planteamiento del problema						X	X																									
Revisión de bases de datos y bibliografía								X	X																							
Elaboración de Objetivos								X	X																							
Justificación de la investigación										X	X																					
Marco metodológico											X	X	X																			
Levantamiento de información del área de estudio													X	X	X																	
Definición de tipo de estudio															X	X																
Elección de técnicas e instrumentos																X	X	X														
Elaboración de borrador de anteproyecto																	X	X	X													
Elaboración de anteproyecto final																				X	X	X										
Aprobación de anteproyecto																								X	X	X	X					

Apéndice C. Operacionalización de variables

Variable	Tipo de variable	Naturaleza de la variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Indicador
Características sociodemográficas	independiente	Cuantitativa Cualitativa	Son el conjunto de características biológicas, socioeconomicoculturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomado aquellas que puedan ser medibles (Rabinez Juárez).	❖ Rango de edad	Características específicas que determinan a una población con criterio medibles en un estudio.	❖ Lactantes de 6 a 24 meses ❖ Prescolar de 25 a 60 meses
	independiente	Cualitativa		❖ Sexo		❖ Niño ❖ Niña
	Dependiente	Cualitativa		❖ Instrucción		❖ Analfabeta ❖ Primaria ❖ Secundaria Superior
	Dependiente	Cualitativa	comunidad que no solo comparte una ascendencia común sino además costumbres, un territorio, creencias, una cosmovisión, un idioma o dialecto y una aproximación simbólica al mundo semejante (Fondo de las Naciones Unidas	❖ Etnia		Grupo de personas pertenecientes a un mismo linaje y, a una misma comunidad cultural y lingüística.

			para la Infancia (UNICEF), 2011)			
Estado nutricional	Independiente	Cuantitativa	Es el resultado del balance entre las necesidades y el gasto de energía alimentaria y otros nutrientes esenciales.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Desnutrición global ❖ Desnutrición crónica ❖ Desnutrición aguda 	Se define como el estado de salud, bienestar o patológico causado por la asimilación deficiente de nutrientes por el organismo.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Peso/ Edad ❖ Talla / Edad ❖ Peso/Talla ❖ IMC/Edad
Inequidad	Dependiente	Cualitativa	Se puede definir como, la ausencia de diferencias injustas y evitables o remediables en salud entre grupos o poblaciones definidos socialmente, económicamente,	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Económica familiar 	Se considera inequidad a la serie de limitantes que enfrenta los beneficiarios de los sistemas de salud.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Promedio de ingresos ❖ Promedio de gastos

	Dependiente	Cualitativa	demográfica o geográficamente. (Garriga, y otros, 2012)	❖ Empleo		<ul style="list-style-type: none"> ❖ Desempleado ❖ Empleado público ❖ Empleado privado
				❖ Disponibilidad de servicios		<ul style="list-style-type: none"> ❖ Centro de salud ❖ Dispensario de salud ❖ Consultorio particular
Accesos	Dependiente	Cualitativa	(Donabedian , 1973), la define como el grado de ajuste entre las características de la población y las de los recursos de atención a la salud	❖ Disponibilidad de servicio	Disponibilidad de recursos en determinado lugar como un proceso de buscar y recibir atención.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Pública ❖ Privada ❖ Otra

Apendice D. Carta de consentimiento informado



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE



Instituto de
Posgrado

INSTITUTO DE POSGRADOS

**MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA – MENCIÓN ENFERMERÍA
FAMILIAR Y COMUNITARIA**

Carta de consentimiento informado

Mediante la firma de este documento doy mi consentimiento para participar en el trabajo de titulación, desarrollado por las Sr. Ruano Yarpaz Leonel Gerardo, estudiante del segundo semestre de la Maestría en Salud Pública: Mención enfermería familiar y comunitaria con el título: **Desnutrición infantil, inequidad y acceso a la salud en la Parroquia Eugenio Espejo - 2021.**

Me ha explicado con claridad el propósito de la investigación, también me han comunicado que se aplicarán una encuesta con diferentes preguntas relacionadas con la Desnutrición en los niños de la parroquia Eugenio Espejo, el propósito de esta investigación es mejorar la calidad de la vida de los niños. La duración de la reunión será de 10 minutos. Por otra parte, me explicaron que la información que yo proporciono será estrictamente de carácter confidencial para fines de este estudio.

Por lo anterior acepto voluntariamente participar en dicha investigación.

Ibarra, abril 2021.

.....

Firma del Participante

Apéndice E. Instrumento datos antropométricos

Instrumento de recolección de datos antropométricos en niños menores de 5 años.

Parroquia: _____ Comunidad: _____ Fecha de recolección de datos:

Nombre de la persona encargada: _____

No.	Sexo	Etnia	Fecha de nacimiento	Edad en meses	Peso en kilogramos	Longitud/ talla (cm)	Perímetro cefálico (cm)	Perímetro braquial (cm)	IMC
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

Interpretación: **Sexo:** niña: 1 niño: 2 **Etnia:** 1 mestizo – 2 indígena – 3 afroecuatoriano – 4 blanco

Apéndice F. Instrumentó inequidad

Instrumento evaluación de la inequidad asociada a el estado nutricional de niños y niñas menores de 5 años Eugenio Espejo, 2021

Instructivo: Se solicita llenar muy cordialmente, la presente encuesta marcando con una X En la respuesta que usted considere apropiada.

Fecha de la aplicación.....

A) Datos de identificación del padre o cuidador del niño	
Edad: <input type="checkbox"/> Adolescente: menor de 19 años Adulto joven: 20 a 39 años Adulto maduro: 40 a 64 años	
Estado civil: Soltera/o <input type="checkbox"/> Casada/o <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Divorciada/o <input type="checkbox"/> Viuda/o <input type="checkbox"/>	
Sexo: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Rol del cuidador Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Niñera <input type="checkbox"/>	
Escolaridad: Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/>	
Número de hijos: 1 a 3 <input type="checkbox"/> 3 a 5 <input type="checkbox"/> 5 o Más <input type="checkbox"/>	

B) Datos del niño	
Controles Médicos: 1 vez al mes <input type="checkbox"/> cada 6 meses <input type="checkbox"/> 1 vez al año	
Patologías que ha sufrido el niño en los últimos 3 meses.	
	Si No
IRA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
EDA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Bronquitis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Gastroenteritis aguda	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Otitis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Con quien vive los niños: Con papá <input type="checkbox"/> Con mamá <input type="checkbox"/> Los dos <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> especifique...	
Quien Cuida al niño: Papá <input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Los dos <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especifique...	

C) Marque con una X la respuesta que usted considere oportuna, hábitos alimenticios, número de comidas, tipos de alimentación.

En una escala del 1 al 5: donde (1) es nunca, (2) rara vez, (3) algunas veces, (4) casi siempre, (5) Siempre

En una escala entre SI – NO marque con una X

Tipo de empleo: 1. Jornalero <input type="checkbox"/> 2. Comerciante <input type="checkbox"/> 3. desempleado <input type="checkbox"/>		
Ingresos económicos: 100 a 300 dólares <input type="checkbox"/> 301 a 600 dólares <input type="checkbox"/> 601 o más <input type="checkbox"/>		
El cuidador del niño trabaja: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
A qué edad inició la alimentación complementaria	Antes de los 6 meses	Después de los 6 meses
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El niño/ niña aún lacta	SI	NO
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tipos de alimentación (Consume el niño en sus comidas)	1	2	3	4	5
Verduras, Vegetales y tubérculos					
Cereales; arroz, trigo, quinua, cebada.					
Proteínas; carnes rojas, carnes blancas, etc.					
Carbohidratos: papas, yuca.					
Frutos; manzana, naranja, papaya, piña, peras.					

Número de comidas que recibe el niño	1	2	3	4	5
Desayuno					
Media mañana					
Almuerzo					
Media tarde					
Merienda					

D) Marque con una X la respuesta que usted crea correcta

Hábitos Alimenticios	Si	No	Cuales
En su hogar comparten todos los mismos tipos de alimentación.			
Aumenta azúcar a las preparaciones ya servidas del niño			
A Más de los suplementos que brinda el MSP, usted le da otros suplementos como vitaminas o leches a su niño			
Aumenta sal a las preparaciones ya servidas del niño			
¿Cuántos vasos de agua toma su niño al día?	1-2	2-3	4
¿Cuántos platos de sopa consume su Niño al día?	1 plato	2 platos	ninguno
¿El almuerzo está constituido por	Sopa + plato fuerte + jugo (1)	Sopa + jugo (2)	Plato fuerte + jugo (3)
¿Cuántos días a la semana el niño consume comida poco saludable (dulces, golosinas de sal, helados, hamburguesas, salchipapas, gaseosas, etc.)	1 día	2 días	3 días
Consumo de Micronutrientes	SI	No	¿Por qué?
Consume el niño vitaminas del Programa del Ministerio de Salud Pública.			

Le han explicado que son los micronutrientes			
Le han enseñado correcta mente como preparar los micronutrientes.			
Sabe cada cuanto tiene que darle las chispas al niño.			
Considera usted que los micronutrientes tienen efectos adversos.			
Conoce usted con que nomás debe mezclar los micronutrientes			
¿Está conforme con el Tipo de Alimentación que recibe?			
SI ()		NO ()	

Apéndice G. Instrumentó acceso a la salud

Instrumento evaluación de la acceso a la salud de niños y niñas menores de 5 años - Eugenio Espejo, 2021

Las siguientes preguntas se dirigen a conocer la accesibilidad al sistema sanitario (centros de salud, hospitales, etc.) Señale con un círculo su respuesta, y responda en orden a todas las preguntas a menos que se le indique lo contrario.

Pregunta	Ítems a evaluar	Respuesta
A. ¿Cuál es su grado de satisfacción con los servicios de salud que usted y su familia han utilizado en el último año?	1. Muy satisfecho 2. Algo satisfecho 3. Algo insatisfecho 4. Muy insatisfecho.	
B. ¿Qué tipo de cobertura de salud existe en su parroquia?	1. Pública 2. Privada 3. Otra	
C. Pensando únicamente en sus problemas y necesidades de salud, ¿piensa que el sistema sanitario público cubre todas sus necesidades en materia de salud?	1. Muy satisfecho 2. Algo satisfecho 3. Algo insatisfecho 4. Muy insatisfecho.	
D. ¿Cómo cree usted que debería pagarse en el futuro la asistencia sanitaria?	1. Toda financiada por el Estado 2. Una parte financiada por el Estado 3. Cada persona pagaría su asistencia médica	
E. ¿Con qué frecuencia ha sido tratado injustamente al recibir atención médica durante toda su vida (se les pregunta a las personas mayores de 18 años)?	1. Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. A menudo	
F. Barreras de atención/En los últimos 12 meses fue	1. Atención oportuna 2. No pudo obtener una cita 3. No pudo programar una cita	
G. El sistema de salud actual está satisfaciendo las necesidades de su familia	1. totalmente de acuerdo 2. parcialmente de acuerdo 3. muy en desacuerdo	