



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Ciencias Médicas

Centro de Postgrados

Maestría en Epidemiología

**DETERMINACION SOCIAL DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NINOS
MENORES DE 5 ANOS DE LOS CANTONES CAMILO PONCE ENRIQUEZ,
CUENCA, GIRON, NABON, ONA, PUCARA, SAN FERNANDO, SANTA ISABEL
ATENDIDOS POR EL MIES EN EL AÑO 2018**

**Trabajo de titulación previa a la
obtención del título de Magister
en Epidemiología**

Autora:

Lcda. Valeria Paola Cabrera Guillén

CI: 0302595863

Correo electrónico: valepao1992@gmail.com

Director:

Md. Fausto David Acurio Páez

CI: 1801739416

**Cuenca – Ecuador
31-enero-2022**



RESUMEN

Antecedente: Los procesos de Determinación Social (DS) marcan el estado nutricional de los niños/as, mismo que juega un papel importante en crecimiento corporal, desarrollo de capacidades cognoscitivas y en las condiciones inmunológicas.

Objetivo: Se analizó la Determinación Social del estado nutricional de los niños menores de 5 años de los cantones Camilo Ponce Enríquez, Cuenca, Girón, Nabón, Oña, Pucará, San Fernando, Santa Isabel atendidos por el MIES en al año 2018, utilizando una base de datos del MIES.

Métodos: estudio analítico transversal. Los resultados se procesaron en SPSS 15.0, con las pruebas estadísticas: OR, intervalos de confianza y $p < 0,05$.

Resultados: se encontró que más del 50% tienen una edad entre 25 a 60 meses, el 50,50% son de sexo masculino, la etnia mestiza predominó (97,69%) y el mayor número de participantes fueron de Cuenca (58,35%). En el análisis del nivel particular se encontró asociación entre “queda al cuidado de alguien” con “residencia” y “vulnerabilidad”; “quien cuida al niño” con “vulnerabilidad”; “violencia con vulnerabilidad”, con “propiedad de la vivienda” y “hacinamiento”; “comida suficiente” con “residencia”, “vulnerabilidad”, “propiedad de la vivienda” y “hacinamiento”. En el nivel singular se encontró asociación entre “desnutrición crónica” con “edad”, “quién cuida” y “violencia”; “sobrepeso/obesidad” con “edad” y “queda al cuidado de alguien”; anemia con “edad” y “comida suficiente”. Se encontró una prevalencia de 74.1% de desnutrición crónica.

Conclusiones: existen factores destructivos en modos y estilos de vida. Por lo tanto, es necesario desarrollar un sistema de vigilancia desde la perspectiva de la epidemiología crítica.

Palabras clave: Malnutrición. Determinación social. Epidemiología. Azuay.



ABSTRACT

Background: The processes of Social Determination (SD) mark the nutritional status of boys and girls, which plays an important role in body growth, in the development of their cognitive abilities and in immunological conditions.

Objective: The Social Determination of the nutritional status of children under 5 years of age from the cantons Camilo Ponce Enríquez, Cuenca, Girón, Nabón, Oña, Pucará, San Fernando, Santa Isabel attended by the MIES in 2018, using a MIES database.

Methods: cross-sectional analytical study. For the analysis of the results, the SPSS 15.0 software and the statistical tests were used: OR, confidence intervals and $p < 0,05$.

Results: it was found that more than 50% of preschoolers are between 25 and 60 months old, 50.50% correspond to males, the mestizo ethnic group predominated in 97.69% and the largest number of participants were from Cuenca (58.35%). In the analysis of the particular level, a statistical association was found between "is in the care of someone" with "residence" and "vulnerability"; "Who cares for the child" with "vulnerability"; "Violence with vulnerability", with "home ownership" and "overcrowding"; "Enough food" with "residence", "vulnerability", "home ownership" and "overcrowding". At the singular level, a significant association was found between "chronic malnutrition" with "age", "who cares" and "violence"; "Overweight / obesity" with "age" and "is in the care of someone"; anemia with "age" and "enough food". A prevalence of 74.1% of chronic malnutrition was found.

Conclusions: there are destructive factors in lifestyles and lifestyles. Therefore, it is necessary to develop a surveillance system from the perspective of critical epidemiology.

Keywords: Malnutrition. Social Determination. Epidemiology. Azuay.



ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	
CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL	
AGRADECIMIENTO.....	8
DEDICATORIA.....	9
CAPÍTULO I	10
INTRODUCCIÓN	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
JUSTIFICACIÓN	14
CAPÍTULO II	15
FUNDAMENTO TEÓRICO	15
Enfoque crítico del estado nutricional	15
Determinación Social de la Salud	16
Dimensiones del proceso salud-enfermedad.....	18
Triple inequidad: clase, etnia, género	20
Procesos críticos: protectores y destructores	20
El estado nutricional como proceso de la determinación social.....	22
Situación de la salud nutricional infantil.....	24
Condiciones de Vida y Vulnerabilidad para niños y niñas menores de 5 años.....	25
La vulnerabilidad según el MIES	26
CAPÍTULO III	27
OBJETIVOS.....	27
General.....	27
Específicos	27
CAPÍTULO IV	28
DISEÑO DEL ESTUDIO	28
ÁREA DE ESTUDIO	28
UNIVERSO Y MUESTRA	28
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	28



CONSIDERACIONES BIOÉTICAS.....	30
CAPÍTULO V.....	31
RESULTADOS.....	31
El estado nutricional desde los dominios de la determinación social.....	31
Dominio General.....	34
Dominio Particular.....	41
Dominio Singular.....	55
CAPÍTULO VI.....	61
DISCUSIÓN.....	61
Ventajas.....	66
Limitaciones.....	66
CAPÍTULO VII.....	67
CONCLUSIONES.....	67
RECOMENDACIONES.....	69
CAPÍTULO VIII.....	70
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	70
CAPÍTULO IX.....	78
ANEXOS.....	78
ANEXO 1.....	78
ANEXO 2.....	85

CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Valeria Paola Cabrera Guillén, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales de la tesis “DETERMINACIÓN SOCIAL DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE LOS CANTONES CAMILO PONCE ENRÍQUEZ, CUENCA, GIRÓN, NABÓN, OÑA, PUCARÁ, SAN FERNANDO, SANTA ISABEL ATENDIDOS POR EL MIES EN EL AÑO 2018”, de conformidad con el Art- 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación esta tesis en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 31 de enero del 2022



VALERIA PAOLA CABRERA GUILLÉN
CI: 0302595863

CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Valeria Paola Cabrera Guillén, autora de la Tesis: “DETERMINACIÓN SOCIAL DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE LOS CANTONES CAMILO PONCE ENRÍQUEZ, CUENCA, GIRÓN, NABÓN, OÑA, PUCARÁ, SAN FERNANDO, SANTA ISABEL ATENDIDOS POR EL MIES EN EL AÑO 2018”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de la autora.

Cuenca, 31 de enero del 2022



VALERIA PAOLA CABRERA GUILLÉN
CI: 0802595863



AGRADECIMIENTO

Mi más sincero agradecimiento a Dios y a la Virgen por darme la vida y la sabiduría para lograr mi objetivo. A todas las personas que hicieron posible este sueño, aquellos que caminaron junto a mí en todo momento.

A toda mi familia por ser los principales promotores de mis sueños, gracias por confiar en mí y en mis expectativas.

Expreso mi gratitud, a la Universidad de Cuenca por haberme permitido ser parte de ella, así como al personal docente y administrativo que me apoyaron en este proceso.

Al Dr. David Acurio Páez, por aceptar la dirección de este proyecto de investigación, su valioso aporte, su disponibilidad, su paciencia y por facilitarme los medios suficientes para llevar a cabo las propuestas establecidas en este trabajo.

A la Mgs. Lcda. Diana Morales, compañera de la maestría, por todo el apoyo brindado en este proceso. ¡Muchas gracias!



DEDICATORIA

Ponte objetivos arduos y no pares hasta llegar ahí. B. Jackson

No ha sido sencillo recorrer este camino, pero gracias a su amor y sus consejos, lo complicado de lograr esta meta ha sido menor. Manuel Antonio y María Concepción, esto se los debo a ustedes mis queridos padres.

De igual manera, dedico este proyecto a Carolina, Mónica, Ronaldo, Milton y de manera especial a Tatiana Mishell, estuviste ahí en las situaciones más difíciles, gracias por ser mi apoyo incondicional durante este proceso.

Por ser mi inspiración para cumplir mis metas, este triunfo es nuestro, mi querida hija Alondra.



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La DS se entiende como una propuesta que se basa en el reconocimiento de los procesos de producción y reproducción social, en tres dominios fundamentales general, particular y singular (1). Dentro de esta investigación, existe una perspectiva con un enfoque interdisciplinario cuya finalidad es hacer énfasis en el objeto del estudio que se propuso como la determinación social del estado nutricional en sus distintos dominios.

Esta propuesta de investigación propone una amplia visión de la DS del estado nutricional en niños menores de 5 años de los distintos cantones del Azuay que fueron atendidos por el MIES 2018, con un enfoque de la epidemiología crítica en el factor nutricional, además, se exponen elementos teóricos de gran valor para el estudio de la salud de la población infantil en lo referente a la nutrición desde la comprensión de la matriz de procesos críticos, el perfil de la determinación social, procesos protectores y destructivos, la matriz del poder que está compuesta por tres elementos: sexo, etnia y clase social; también, se maneja componentes para comprender los distintos dominios dentro de lo económico y cultural, aspectos que sirven para dar explicación a la vulnerabilidad, característica que genera desigualdades sociales y los cuidados diferenciados.

El estado nutricional se conceptualiza de distintas maneras, sin embargo, es importante recalcar que la nutrición es uno de los aspectos que se debe estudiar aquí ya que, *para crecer saludables conforme a su edad y herencia genética, los niños requieren una alimentación adecuada, caso contrario aumenta su riesgo de enfermedad y de muerte*. En América Latina 53 millones de personas no cuentan con alimentos suficientes y 8 millones de niños y niñas menores de 5 años sufren desnutrición crónica (2).



Ahora bien, los problemas del estado nutricional son difíciles de erradicar, es así que, muchos organismos nos demuestran con cifras la realidad. El estado nutricional en los niños de 0 a 5 años posee relación con el crecimiento y desarrollo en las diferentes etapas de la vida, mismos que deben ser evaluados, sin dejar de lado el crecimiento y su relación con la nutrición. En este ámbito la desnutrición infantil encabeza la lista de problemas en la salud pública de América Latina.

De la misma manera, la Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que existen 52 millones de niños menores de 5 años con emaciación, 17 millones con emaciación grave, 155 millones padecen retraso de crecimiento y 41 millones presentan sobrepeso y obesidad (3).

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) indica que, 1 de cada 5 menores de 5 años presentan talla baja para la edad, el 12% tiene desnutrición global y el 16% nacen con bajo peso (4).

En Ecuador, según los datos de la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) 2005-2006, el 15% de las familias tienen acceso deficiente o no alcanzan a un acceso digno de los alimentos (2).

Por otro lado, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), indica que los niños y niñas menores de 5 años presentan alteraciones en el estado nutricional tales como: exceso de peso (8,6%), retardo en la talla(25,3%), bajo peso(6,4%) y emaciación(2.4%) (5).

Además, es importante mencionar que el Ecuador está comprometido a cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que comprende la erradicación de la pobreza y del hambre, con el propósito de reducir de la mortalidad infantil (6).

Finalmente, esta investigación trabajó con niños y niñas institucionalizados en dos programas como son Creciendo con Nuestros Hijos (CNH) y Centros de Desarrollo Infantil (CDI) que forman parte del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), institución que bajo políticas gubernamentales brinda asistencia a los niños y sus familias, con el propósito de servir y promover el desarrollo integral de los niños que se encuentran en situaciones de pobreza y extrema pobreza.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La DS reconoce la relación entre sujeto-objeto, manejando las técnicas tanto intensivas como extensivas que reconocen la complejidad dialéctica. Así mismo, se concibe la idea de que al separar o modificar algunos factores de riesgo se soluciona los problemas del proceso alimentación nutrición. Según la epidemiología convencional, los procesos individuales y sociales son considerados como variables externas que influyen en lo referente a la enfermedad de los individuos, en tanto que, la epidemiología social contempla procesos de grupos como algo que no se puede reducir a lo individual. Por esta razón, se necesita una lógica para mantener en enfoque de los dos polos tanto individual y colectivo con el fin de generar cambios que va de lo sencillo a lo complejo (7).

Argentina, Brasil, Chile y Jamaica poseen los menores porcentajes de desnutrición infantil de la región con un 2,5%, mientras, Guatemala llega al 10% al igual que en Guyana y Haití (8).

La UNICEF menciona que en el año 2016 al menos 1 de cada 5 niños menores de cinco años tiene talla baja para la edad es decir desnutrición crónica. El 12% de los niños tiene desnutrición global, es decir bajo peso para la edad. El 16% nacen con bajo peso. Siete de cada 10 menores de 1 año sufren de anemia por deficiencia de hierro. Estas cifras casi se duplican en poblaciones rurales e indígenas, por ejemplo, en Chimborazo, con alta población indígena, la desnutrición alcanza un 44% mientras el promedio nacional es de 19%. Estos son algunos indicadores que muestran la gravedad del problema y la urgencia de incrementar esfuerzos para combatirlo (9).

ENSANUT indica que en la provincia del Azuay los menores de 5 años presentan una prevalencia de retardo en la talla de 29,9%, una prevalencia de emaciación de 2,3% y la prevalencia de bajo peso es de 5,5%; situación nutricional que indica claramente las desigualdades sociales como resultado de la pobreza (10).



Un estudio realizado por la Universidad de Cuenca ha expuesto los siguientes resultados: el 26.9% de los niños/as presentó baja talla/ edad, el 72.4% talla normal, y el 0.6% presentó bajo peso. El 35.9% con riesgo de sobrepeso y 8.3% con sobrepeso/obesidad (11).

El problema en nuestro país no es la falta de disponibilidad de alimentos, es la inequidad en el acceso a una alimentación adecuada que tiene por factores a la condición de educación y económica. Los problemas nutricionales no son causados únicamente por la ausencia de una alimentación adecuada, existen además varias determinantes de tipo social (12) (13). Un claro ejemplo es que no hay disponibilidad de agua segura, el ambiente está contaminado y en algunos casos los alimentos son muy escasos o, aunque estén disponibles no son accesibles por su precio; otras determinantes son las infecciones recurrentes, siendo las infecciones respiratorias y diarrea las más comunes. Sabemos que estas situaciones son más frecuentes en familias con pobreza, donde la educación y las condiciones de vida son muy precarias.

En la actualidad son pocos los niños que reciben alimentación complementaria segura de acuerdo a sus requerimientos nutricionales; en muchos países, menos de un cuarto de los niños de 6 a 23 meses cumplen los criterios de variedad de la dieta y frecuencia de las comidas apropiados para su edad. Una de las consecuencias más importantes ocasionadas por las determinantes sociales en la nutrición es la anemia por la deficiencia de hierro, especialmente si ha llegado al grado de anemia moderada, es el compromiso del desarrollo intelectual presente y futuro de los niños (14) (15).

En el Ecuador existen pocos estudios que demuestran la realidad local, por eso es necesario cuestionar ¿Cuál es la Determinación social del estado nutricional de los niños menores de 5 años de los cantones Camilo Ponce Enríquez, Cuenca, Girón, Nabón, Oña, Pucará, San Fernando, Santa Isabel atendidos por el MIES en el año 2018?



JUSTIFICACIÓN

La epidemiología crítica en el ámbito de la salud es un proceso complejo y dialéctico que posee tres dominios: general, particular e individual, manejando una dinámica que va de lo general a lo particular o de lo particular a lo general, la cual posee procesos simples subsumidos en procesos complejos (16). Consecuentemente, la DS del estado nutricional de la población infantil se enmarca en paradigmas que impiden el buen vivir y se ve reflejado en las distintas categorías, pues la existencia de esta problemática en los niños y niñas menores 5 años los hace vulnerables a distintas enfermedades.

A nivel nacional, se evidencian altas tasas de malnutrición por déficit en niños menores de 5 años. El MIES en los resultados obtenidos por las Encuestas de Condiciones de Vida indican una alta incidencia de desnutrición crónica principalmente en el área rural, gran parte de las provincias del Ecuador sobrepasan el promedio nacional del índice de desnutrición crónica (17).

La presente investigación se centró en las prioridades de investigación en salud 2013-2017, en la línea de investigación del área de Nutrición, en las sublíneas de Desnutrición, Obesidad y Sobrepeso. Además, está dentro de las líneas de investigación de Alimentación y Nutrición en el Ciclo de Vida, mismas que pertenecen a la Universidad de Cuenca, igualmente, se enmarca en el trabajo que viene realizando el MIES en cuanto a la igualdad de oportunidades en niños y adolescentes dentro de la política de atención integral para los niños y niñas en desarrollo.

El estado nutricional es un factor importante para el desarrollo físico e intelectual de los niños, ya que va ayudar a la creación de estilos de vida saludables. Los aportes de esta investigación permitirán la interpretación de la problemática existente y aportará información a la comunidad científica para futuras investigaciones, de la misma manera los resultados servirán de guía para la transformación de la realidad e impulsarán cambios en los beneficiarios directos que serán los niños y niñas menores de 5 años de los diferentes cantones del Azuay que fueron atendidos por el MIES.



CAPÍTULO II

FUNDAMENTO TEÓRICO

Enfoque crítico del estado nutricional

Las investigaciones acerca del tema de estado nutricional se han realizado desde aproximaciones tradicionales con un modelo bio-médico lineal dejando de lado el abordaje social mismo que impide conocer las realidades generales, particulares e individuales, limitando de esta manera la relación entre lo social, los modos de vida y el ámbito de la salud, ya que no se toma en cuenta la distribución por clases sociales ni la magnitud de exposición a procesos protectores y destructores.

No obstante, un estudio previo intenta explicar cómo el estado nutricional de un niño es un indicador irrefutable que se refleja en la salud de la familia. En este estudio, los autores realizaron la toma de medidas antropométricas a 20 niños menores de seis años que asisten al Centro de Cuidado Infantil de Villa La Tela, Córdoba, Argentina. En este contexto, analizaron al estado nutricional como un ente que maneja procesos biológicos determinados socialmente; posteriormente, se evidenciaron los siguientes resultados: el indicador peso para la edad indicó que 17 niños (85%) se encontraron dentro de lo normal, mientras que los tres niños restantes (15%) presentaron riesgo de bajo peso o emaciación. La malnutrición por déficit reflejada por el indicador peso para la edad mostró que tres niños no habían alcanzado la masa corporal adecuada para su edad. El indicador talla para la edad dio cuenta de que 18 niños (90%) presentaron una talla normal para su edad, mientras que en dos niños (10%) se observaron presencia de baja talla. En efecto, la malnutrición por déficit evidenció que dos niños no pudieron alcanzar un crecimiento según su edad. El indicador Índice de Masa Corporal (IMC) para la edad reflejó que 14 niños (70%) presentaron un estado nutricional normal; dos niños (10%), un estado nutricional en condición de riesgo de bajo peso; y cuatro niños (20%) un estado nutricional con malnutrición por exceso. En ese sentido, dos de ellos (10%) evidenciaron sobrepeso, mientras que los otros dos (10%), obesidad. Se evidencia que el estado nutricional de los menores es un indicador descriptivo y hace falta establecer un lazo muy fuerte con la DS (18).



Por otro lado, un estudio realizado con los niños que acuden a los Centros de Desarrollo Infantil (CDI) del MIES, en la Administración Zonal Quitumbe basado en la epidemiología crítica, determinó que la participación social en salud de los barrios que observan mejores condiciones es mayor que la de los de mayor vulnerabilidad. También, analizaron la relación talla/edad que demostró que el 43,5% de los niños tiene riesgo de presentar desnutrición crónica, debido a los modos y estilos de vida de las familias de los niños. El riesgo de desnutrición crónica se vio determinado por: hacinamiento, tipo de vivienda, bajos ingresos económicos, patrones alimenticios y grado de vulnerabilidad que se presenta en los barrios donde se ubican los CDI. Finalmente, el 38.1% de los niños y niñas que acuden a los CDI presentan desnutrición crónica por alteraciones de los patrones alimenticios y de consumo de las familias de los niños (7).

Determinación Social de la Salud

Está considerada dentro de las categorías de la epidemiología crítica, que nació por los años setenta, y con ella la reproducción social y metabolismo sociedad – naturaleza, lo que ha producido una base de tipo teórico, para llevar a cabo un proceso de ruptura con el viejo paradigma de la salud pública (19) y construir una salud colectiva que incorpore nuevos esquemas de investigación capaces de enfrentar la acumulación de capital y la sobreexplotación.

Dichos patrones de acumulación generan modos de vida destructores centrados en el consumo de productos nocivos.

Las estrategias de intervención de la salud pública están ejecutándose solo en el asistencialismo mirando el efecto ya producido en la salud de la población, dejando de lado la intervención de las causas que provocan estas afecciones. De la misma manera, el sistema social pretende producir y reproducir la salud pública instrumentalizada a sus necesidades estratégicas (19). Sin embargo, es necesario dar el lugar que le corresponde al ámbito de la salud con un análisis que permita mejorar la calidad de vida de los seres humanos y especialmente de los grupos vulnerables.



En la propuesta de Epidemiología Crítica, para entender el proceso salud-enfermedad, se rescata el valor de lo social y la necesidad de abordarlo como un objeto de estudio en sí mismo, esta inclusión de lo social en la salud, no implica una producción teórica totalmente originaria, sino una incorporación y articulación creativa de distintas conceptualizaciones sobre lo social que se han venido trabajado previamente, tales como la economía política, la ecología crítica y la epistemología. Al respecto, vale añadir las contribuciones de la nueva epidemiología latinoamericana que articula una nueva comprensión del objeto epidemiológico, argumentos sobre la salud como un proceso socialmente determinado y vinculado al desarrollo de la sociedad capitalista como tal (19).

Se empieza a concebir que el paradigma biológico individual de la enfermedad, si bien ha impulsado durante largo tiempo los avances del pensamiento médico, esconde una parte importante de la naturaleza del proceso salud-enfermedad, tal como se da en los grupos humanos, y se ha convertido en una traba para la generación del conocimiento nuevo. De esta manera, se plantea que las causas de la enfermedad deben buscarse, no solamente en los procesos biológicos o en las características de la triada ecológica huésped-agente-ambiente, sino en los procesos sociales, en la producción y la reproducción social, retomando así a los planteamientos de la causalidad en los grupos humanos. Empero, al objeto empírico “enfermedad” la anteceden varios fenómenos diferentes: hay un proceso material biológico y una interpretación del mismo que socialmente hablando, determina si lo que se observa es enfermedad o salud (1). Por tanto, la epidemiología no estudia la enfermedad en el individuo, sino en el grupo humano, esto es como característica de la colectividad, excluyendo la concepción dicotómica de salud y enfermedad y lo recupera como proceso orgánico. Tal como fundamenta Breilh (1) la recuperación no se orienta al proceso orgánico del individuo, sino de la colectividad, que como tal, resulta de un modo específico de apropiarse de la naturaleza por medio de determinada forma de organización social. Se introduce así, la necesidad de reconocer el carácter multidimensional de la salud y relacionar los procesos estructurales de la sociedad en general, los modos de vida particulares de sus clases y grupos socioculturales integrantes, con los fenómenos individuales de la



salud que afloran en sus individuos. De esta forma, alimenta una superación del funcionalismo y el cuestionamiento de la visión de realidad en un solo plano (1).

De allí que, considerar la determinación social de la salud no resulte igual que referirse a determinantes sociales de la salud, categoría utilizada por la escuela de la salud pública y organismos internacionales de salud. “La determinación social de la salud constituye una categoría conceptual trabajada especialmente en las corrientes de medicina social y salud colectiva latinoamericanas, que parte de una deconstrucción paradigmática de las ciencias occidentales y su forma de comprender y explicar el mundo” (20).

Dimensiones del proceso salud-enfermedad

Frente a abordajes convencionales y reduccionistas, el paradigma crítico en salud sostiene que el sujeto que investiga, el objeto de investigación y la praxis parten de una estructura compleja y multidimensional, que reconocen un espacio formado por tres dominios: general, particular e individual, los mismos que existen en una suerte de movilidad dialéctica, es decir, sostienen relaciones de interdependencia, interacción e interinfluencia (21). Estas tres dimensiones o realidades que son interdependientes e interinfluyentes en el proceso de salud enfermedad, pueden detallarse así:

Dimensión General, también conocido como contexto sociohistórico, incluye los procesos económicos-estructurales, políticos y culturales que configuran las lógicas y racionalidades que, expresando un modelo civilizatorio, organizan la vida en una sociedad. Aquí son determinantes el sistema de acumulación económica, los grandes patrones culturales y epistémicos; y el sistema de relaciones de poder y organización política. Estos procesos generales determinan además la composición de una sociedad, con su configuración de clases, sus pueblos y formaciones etno-nacionales, y sus relaciones de género, todas las cuales operan para definir las relaciones y grados de inequidad y las desigualdades resultantes frente al derecho (22).

Luego, la *Dimensión Particular* que corresponde a los modos de vida, característicos de los grupos socioeconómicos (clases sociales cruzadas por relaciones de género



y etnicidad). Hablar de modos de vida significa abordar patrones típicos de trabajo, vida cotidiana y familiar en la esfera del consumo, formas de organización y actividad política, formas culturales y de construcción de la subjetividad y relaciones ecológicas. Breilh manifiesta que los modos de vida dependen de su movimiento histórico, viabilidad, avances y retrocesos que determina el sistema de acumulación económica que se haya impuesto en la ciudad; aunque los integrantes de una clase social pueden generar proceso de ruptura aprovechando del margen de autonomía relativa, espacios y fisuras que deja siempre la estructura de poder, refieren que el modo de vida es una categoría estrechamente relacionada con la calidad de vida que caracteriza las principales propiedades existentes en una determinada sociedad, además es el modo por el que los miembros de la sociedad utilizan y desarrollan las condiciones de vida, y a su vez estas condiciones de vida lo modifican (22).

La *Dimensión Individual*, representa el espacio singular y familiar donde las personas construyen y organizan sus propios estilos de vida y los procesos físicos y psicológicos de las personas, donde se expresan los impactos finales de la determinación, sean estos positivos o negativos para la salud. Los estilos de vida han sido objeto de estudio de diferentes disciplinas, entre ellas, la sociología, antropología médica y la epidemiología, aunque con significados diferenciados (23). Breilh refiere que al igual que en los modos de vida, dentro de la dimensión individual o estilos de vida, existen características o categorías sobresalientes que son analizadas, en el marco de los modos de vivir grupales y los estilos de vida individuales se forjan formas de vivir, elementos y tendencias malsanas, así como procesos saludables y protectores. En otras palabras, se va generando un movimiento contradictorio de procesos destructivos y procesos protectores que, en última instancia, condicionan el desarrollo en los fenotipos y genotipos de las personas, sea de procesos favorables (fisiológicos, soportes y defensas físicos y psicológicos), o de alteraciones y trastornos (fisiopatológicos, vulnerabilidades y debilidad psicológica)(24).



La epidemiología crítica presenta en la actualidad un desafío mayor que es observar la salud en su integralidad y como proceso, lo que implica superar tanto la visión unidimensional de la vieja epidemiología, como su visión fragmentada y estática de los “factores”. Es así que mientras la epidemiología tradicional concibe al “objeto salud” como un proceso esencialmente individual, que se asume por el efecto negativo (enfermedad), la Epicrítica comprende los procesos críticos de una colectividad que se dan en los modos de vida grupales y dentro de estos las expresiones en los estilos de vida personales, tales procesos adquieren propiedades saludables/benéficas (protectores) o propiedades insalubres/deteriorantes (destructivos) (22).

Triple inequidad: clase, etnia, género

La Determinación Social de la Salud involucra la matriz de la triple inequidad que maneja las categorías de clase, etnia y género, de esta manera intenta dar a conocer cómo la distribución epidemiológica depende de las relaciones de poder dentro de una sociedad. Estas categorías poseen relación y se mueven entre sí ya que provienen de la concentración de poder misma que produce inequidades (22). Breilh manifiesta que *la concentración de poder se remonta hacia los comienzos de la humanidad pero se consolida y expande en la etapa histórica de las sociedades clasistas, donde quedan conformadas en su unidad e interdependencia las tres fuentes de inequidad social: la condición de género; la ubicación etno-nacional; y la situación de clase* (25).

Dentro de los colectivos sociales existen diversos grupos que mantienen una relación entre ellos y estos determinan su modo de vivir y estos a su vez influyen en los estilos de vida individuales. En este ámbito las relaciones de poder poseen contrastes entre el nivel particular y el individual, así como en la producción y negociación que tienen los grupos para la reproducción de la vida en determinadas condiciones (22).

Procesos críticos: protectores y destructores

Se considera como una herramienta que compara y evalúa los modos de vida y el ecosistema, además permite transformar los procesos críticos mismos que hacen



referencia a la acción que da prioridad: con interés estratégico, según los procesos de las 4 “S” (sustentable, soberana, solidaria y saludable) y que hace referencia a un proceso dentro de un territorio con sujetos sociales involucrados, proceso efectivo frente a objetos, concretos de transformación de procesos destructores.

Los procesos críticos se basan en la teoría fundamentada en: la epidemiología crítica, la teoría del espacio y la teoría crítica social, es decir en la matriz de relaciones de poder. Es así que la epidemiología crítica se encuentra en un entorno concatenado que relaciona la reproducción y el movimiento, enfocándose en procesos con tendencia a la transformación de la sociedad (26).

Desde el punto de vista de la epidemiología crítica se pretende relacionar al estado nutricional de los niños y niñas con las dimensiones de la reproducción social, para de esta manera prevenir la malnutrición en todas sus formas. Mediante este estudio epidemiológico se trabajó sobre los procesos protectores y destructivos, tanto en el diario vivir de los niños y sus familias. En conclusión, el perfil de la DS aportará en la comprensión de la complejidad del componente del estado nutricional que se configura en una dinámica contradictoria que relaciona las diferentes categorías tal como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 1: Procesos protectores y destructores por dominios de la Determinación Social

Dominios	Procesos Protectores	Procesos Destructores
General	<ul style="list-style-type: none">• Políticas públicas basadas en el paradigma del buen vivir• Organizaciones dedicadas a mejorar la salud de los niños y niñas	<ul style="list-style-type: none">• Políticas que favorecen a las grandes cadenas de alimentos con poco valor nutritivo• Transición consumista• Crisis Económica• Producción agroindustrial
Particular	<ul style="list-style-type: none">• Proceso de atención con enfoque en grupos vulnerables (MIES).• Transcurso de concientización familiar en cuanto al consumo.	<ul style="list-style-type: none">• Inequidad Social.• Segregación espacial.• Vulnerabilidad en los modos de vida.



Singular	<ul style="list-style-type: none"> • Factores protectores individuales. • Estilos de vida saludables • Estado nutricional óptimo 	<ul style="list-style-type: none"> • Malos hábitos de alimentación. • Poca o nula actividad física • Cuidado de los niños y niñas • Vulnerabilidad de los estilos de vida
----------	---	---

Fuente: basado en las categorías del perfil epidemiológico (Breilh 1977, 2010).

Elaboración: propia

El estado nutricional como proceso de la determinación social

El estado nutricional se entiende como un balance de nutrientes, fisiológicamente, se deduce como una necesidad nutricional y la manera de ingerir los nutrientes esenciales, así como la capacidad del cuerpo para asimilarlos (27) (28).

Durante las primeras etapas de la vida, el estado nutricional adecuado es un factor importante que va a influir en distintos ámbitos, tales como: educación, economía, salud, entre otros; es por eso que muchos investigadores se enfocan en el estudio de indicadores nutricionales con distintas variables cuya finalidad es dar una respuesta a dicho problema (29).

En consecuencia, el estado nutricional de un grupo familiar aparentemente es el resultante de los procesos de la DS, mismo que se da en categorías generales, particulares e individuales, este último esta subsumido por el particular y este a su vez por el nivel general, creando limitaciones en el análisis de las causas de una determinada patología (30). Por tal razón, se pretende modificar la situación de análisis médico convencional para abordar la realidad del estado nutricional de los niños y niñas desde su complejidad como tal.

Por otro lado, existen varios factores como: la educación del núcleo familiar, la disponibilidad y el acceso a los alimentos, los ingresos económicos, entre otros, que influyen en el estado nutricional, sin dejar de lado los factores ambientales, genéticos y psicosociales; de ahí nace la importancia de que este tema sea abordado de manera interdisciplinaria. Un estudio realizado en el municipio de Turbo (Antioquia-Colombia) sobre los factores asociados con el riesgo de desnutrición en los menores de cinco años, reveló mayor asociación con las siguientes variables: ser hombre, mayor de un año, pertenecer a familia numerosa



y ser hijo de madre con baja escolaridad; pero, no se encontró relación con los ingresos económicos y desnutrición (3).

Además, existe asociación marcada entre: nivel de instrucción de los padres, estado nutricional del niño y tipo de familia al que pertenece. Se describen como principales factores de déficit del estado nutricional: la escasez de alimentos y las enfermedades recurrentes en condiciones de privación de educación, ingresos, agua, saneamiento y vivienda adecuada. Debido a los múltiples factores que intervienen en el estado nutricional, este debe ser abordado intersectorialmente (31).

También, existen alteraciones nutricionales tales como: *Desnutrición*: que se produce por el déficit de nutrientes y presenta diversas manifestaciones clínicas. Algunos autores manifiestan que la prevalencia de desnutrición infantil tiene relación con la situación económica, sanitarias, viviendas, características del hogar, servicios básicos que afectan al desarrollo normal del niño, además, mencionan que los hábitos alimenticios, la actividad física son elementos que influyen en la salud y que hoy en día la población ha reemplazado el consumo de comida casera por comida chatarra (32).

De la misma manera, el *Sobrepeso y obesidad* es otra de las alteraciones del estado nutricional: que se caracteriza por la acumulación excesiva de grasa que produce perjuicios en la salud. Es una enfermedad crónica que se manifiesta por el aumento de peso, trastorno frecuente en sociedades desarrolladas (33). La OMS define el sobrepeso como *acumulación excesiva y anormal de grasa corporal perjudicial para la salud*. Los factores responsables de esta patología son la mala alimentación, el sedentarismo y la genética (33). De la misma manera, la obesidad entendida como la *acumulación excesiva y anormal de grasa corporal perjudicial para la salud*. *La causa fundamental de la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas*. La obesidad en niños tiene relación con la mortalidad infantil y la morbilidad en adultos (34).



Situación de la salud nutricional infantil

En América Latina y el Caribe la desnutrición es un problema que afecta en los primeros años de vida, así como el sobrepeso y la obesidad, es evidente el déficit de micronutrientes, la globalización, los ingresos económicos, procesos que han generado cambios malsanos en los modos de vida de los grupos así como en los estilos de vida de los individuos, situaciones que imponen desafíos para las políticas de salud a nivel mundial (35).

En 1986 en nuestro país se realizaron los primeros estudios acerca del estado nutricional en menores de 5 años y estos revelaron un alto grado de desnutrición aguda, global y crónica. Sin embargo, una encuesta realizada en los últimos años a los preescolares demuestra una reducción mínima de la desnutrición global. También, se observa la prevalencia del sobrepeso y obesidad que va en aumento desde 1986 (4,2%) hasta el 2012 (8,6%), de esta manera se evidencia que en nuestro medio persisten los problemas nutricionales ya sea por déficit o exceso (36).

En el Ecuador, se evidencian diversos problemas que producen un desequilibrio en el estado nutricional, principalmente la malnutrición y su doble carga: la desnutrición crónica, como consecuencia de la ingesta insuficiente de alimentos y la presencia de enfermedades infecciosas, por otro lado, la presencia del sobrepeso y la obesidad, que se da por la acumulación excesiva de grasa (35) .

Según ENDEMAIN 2004, ENSANUT 2012 Y ECV 2013-2014, se evidencia los siguientes datos en lo referente al estado nutricional en la población infantil: (35):

Tabla 2: Estado nutricional de los niños y niñas ecuatorianos

Indicador	ENDEMAIN 2004	ENSANUT2012	ECV 2013- 2014
Desnutrición crónica	28,9	25,3	23,9
Desnutrición aguda	2,3	2,4	1,6
Desnutrición global	6,1	6,4	4,8
Sobrepeso	5,3	6,2	6,6
Obesidad	1,3	2,3	2,4

Fuente: CEPAL, 2017

Elaboración: propia



Condiciones de Vida y Vulnerabilidad para niños y niñas menores de 5 años

La nutrición de manera adecuada juega un papel importante en el crecimiento y desarrollo del individuo. A nivel nacional, el 23,9% de niños y niñas menores de 5 años padecen desnutrición crónica. No obstante, el consumo, la educación, el acceso a servicios básicos, las condiciones del hogar y la ubicación geográfica en zonas de altura son determinantes de la desnutrición crónica infantil (37).

En el área de la salud, las vulnerabilidades relacionadas con indicadores de desnutrición y la presencia de discapacidades son esenciales para la elaboración de programas de desarrollo en los niños y niñas. Por un lado, la desnutrición está asociada con la presencia de infecciones y enfermedades producidas por entornos inadecuados y los esquemas de vacunación incompletos o nulos (37).

Por otro lado, los niños y niñas con discapacidad son más vulnerables y corren el riesgo de enfrentar dificultades de desarrollo cuando no se les da acceso a intervenciones apropiadas y a tiempo, lo cual conlleva a una vida llena de consecuencias, pobreza y exclusión (37).

De la misma manera, la violencia infantil es un factor de vulnerabilidad ya que influye en la salud y bienestar del niño a lo largo de su vida. La violencia hacia la población infantil puede resultar en muerte, heridas severas, desarrollo deficiente del cerebro, comportamientos de riesgo, educación incompleta y problemas para mantener futuros trabajos (37).

Además, las interacciones de los niños y niñas con sus padres o cuidadores afectan en su bienestar. Según la UNICEF, el entorno físico seguro, el monitoreo de los padres de las actividades de sus hijos, la supervisión de su comportamiento, la provisión de guías y reglas en su vida diaria, son fundamentales para el proceso de crecimiento y construcción de su personalidad y desarrollo. Además, se encuentra evidencia de que un menor tiempo de las madres para interactuar con sus hijos debido a trabajos de tiempo completo, o la presencia de un solo padre en el hogar reduce los logros educacionales futuros (37).



Otra variable que es importante describir es la anemia, ya que es una enfermedad común en los niños; tiene múltiples causas y su naturaleza puede ser genética, infecciosa, nutricional, entre otras. Sin embargo, la anemia de origen nutricional se considera la de mayor prevalencia en la población infantil ya que está relacionada con una inadecuada alimentación, pues, el déficit de hierro produce disminución en la síntesis de la hemoglobina. La anemia crónica produce múltiples problemas, entre ellos: retardo del crecimiento, déficit cognitivo y problemas de aprendizaje (38).

La vulnerabilidad según el MIES

El MIES ha implementado criterios específicos de vulnerabilidad con el fin de brindar atención adecuada a los grupos prioritarios. Las condiciones de vulnerabilidad específicas permite que los servicios de inclusión social lleguen a las personas con necesidades, superen la visión limitada de entender lo social a partir de la pobreza por consumo e incluyen criterio para cada grupo de población (37).

Las variables consideradas para el Índice de Condiciones de Vulnerabilidad están constituidas por variables que representan “condiciones de vulnerabilidad” en los menores de 5 años. Estas variables se pueden agrupar según *las condiciones de la vivienda* (acceso a la vivienda, tipo de vivienda, estado de la vivienda, acceso precario al agua, hacinamiento, agua potable y alcantarillado), *las características del hogar* (suficiente comida en el hogar, estructura y composición familiar, situación ocupacional de los padres, cuidado del niño, disciplina del niño y maltrato familiar) y *las características individuales del niño* (desnutrición, discapacidad, enfermedades respiratorias, enfermedades diarreicas) (37).

Además, se considera que una persona está en condición de “extrema vulnerabilidad” si cumple con dos tercios de los criterios de vulnerabilidad, “vulnerabilidad” si cumple más de la mitad de estos criterios de vulnerabilidad y “no vulnerable” si no presenta ninguno de los criterios anteriores (37).



CAPÍTULO III

OBJETIVOS

General

- Analizar la Determinación Social del estado nutricional de los niños menores de 5 años de los cantones Camilo Ponce Enríquez, Cuenca, Girón, Nabón, Oña, Pucará, San Fernando, Santa Isabel atendidos por el MIES en el año 2018.

Específicos

- Determinar las características sociodemográficas de las familias de los niños menores de 5 años de los cantones Camilo Ponce Enríquez, Cuenca, Girón, Nabón, Oña, Pucará, San Fernando, Santa Isabel atendidos por el MIES en el año 2018
- Identificar las expresiones de los procesos críticos del estado nutricional de los niños menores de 5 años de los cantones Camilo Ponce Enríquez, Cuenca, Girón, Nabón, Oña, Pucará, San Fernando, Santa Isabel atendidos por el MIES en el año 2018
- Establecer la prevalencia del estado nutricional de los niños menores de 5 años de los cantones Camilo Ponce Enríquez, Cuenca, Girón, Nabón, Oña, Pucará, San Fernando, Santa Isabel atendidos por el MIES en el año 2018.



CAPÍTULO IV

DISEÑO DEL ESTUDIO

Analítico transversal.

ÁREA DE ESTUDIO

Los registros de los niños del MIES de la Dirección Distrital 01D01 – Cuenca Sur que corresponde los cantones: Camilo Ponce Enríquez, Cuenca, Girón, Nabón, Oña, Pucará, San Fernando, Santa Isabel del año 2018.

UNIVERSO Y MUESTRA

El universo con el que se trabajó fue los 8108 registros de los niños que asistieron a los servicios de desarrollo infantil del MIES de la Dirección Distrital 01D01 – Cuenca.

Posteriormente, se realizó una limpieza de la base de datos con el fin de estudiar únicamente la población menor de 5 años que tengan la información completa y se eliminaron los siguientes datos: 348 embarazadas, 331 niños mayores de 5 años, 1417 registros sin talla y peso, 2196 sin hemoglobina y 8 celdas vacías, es decir, se suprimieron 4300 registros. Manteniendo 3808 registros efectivos para el estudio.

La validez de los resultados hace referencia entonces al total de los registros efectivos.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Inclusión

- Registros de los niños y niñas menores de 5 años que fueron atendidos por el MIES.
- Registros de los niños y niñas que pertenecen a los cantones: Camilo Ponce Enríquez, Cuenca, Girón, Nabón, Oña, Pucará, San Fernando, Santa Isabel del año 2018.

Exclusión

- Registros incompletos de los niños y niñas dentro de la base de datos existente.



OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

La operacionalización de variables se encuentra detallado en el Anexo 1.

MÉTODO, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Recolección de la información: No se recolectó datos ya que se trabajó con una fuente de datos secundaria que es una base de datos del MIES 2018.

Técnica: Los datos obtenidos se procesaron mediante el paquete estadístico SPSS 15.0.

Instrumento: No fue necesario un instrumento para la recolección de datos ya que se trabajó con una base de datos, sin embargo, para el procesamiento se utilizó la información prevista en la guía de análisis que se adjunta en el (ANEXO 2).

PROCEDIMIENTOS: AUTORIZACIÓN, CAPACITACIÓN, SUPERVISIÓN Y PROCESO

Autorización: Se entregó el protocolo de tesis a la comisión académica de la maestría para la correspondiente revisión y aprobación, luego se hizo llegar la documentación requerida al COBIAS para su aprobación.

Capacitación: Se revisó aspectos teóricos y metodológicos actualizados.

Supervisión y proceso: El director de este trabajo, Dr. David Acurio, fue el responsable de realizar el acompañamiento a todo el proceso.

PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Se realizó la limpieza y homogenización de los datos mismos que se introdujeron en el software SPSS 15.0 para representar las distintas variables de la investigación en tablas para su análisis e interpretación de los resultados obtenidos. Por otro lado, los datos que hacen referencia al estado nutricional fueron introducidos al software WHO Anthro, esta acción nos permitió obtener el diagnóstico nutricional de los niños y niñas menores de 5 años.

Del mismo modo, se dicotomizó las distintas categorías de cada variable cuya finalidad fue facilitar el análisis estadístico y por ende su interpretación. Asimismo,



se agrupó las variables de acuerdo a los niveles particular e individual, considerando las que presentaron significancia estadística. Por otro lado, los resultados se expusieron en tablas con sus respectivas frecuencias y porcentajes, además, para determinar la relación entre las distintas variables se utilizaron las siguientes pruebas estadísticas: OR, intervalos de confianza y $p < 0,05$.

CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

Las acciones del estudio se ven enmarcadas en el acuerdo de Helsinki. Este proyecto está basado en fuentes de información secundarias, por lo tanto, no requiere de contacto con los participantes razón por la cual no se utilizó el consentimiento informado. Sin embargo, las consideraciones bioéticas se detallan de la siguiente manera:

Confidencialidad: El manejo de los datos fue confidencial en todo momento, se utilizó códigos en lugar de los nombres. De la misma manera, la base de datos estuvo bajo la custodia de la investigadora y se dio acceso para su manejo únicamente a los responsables directos de la investigación: director, asesor del estudio y la investigadora.

Balance riesgo beneficio: No existió riesgo para los participantes puesto que no se entró en contacto directo con los mismos, se trabajó con una base de datos del MIES, sin embargo, los beneficios potenciales para los participantes son: conocimiento del estado nutricional y de su condición alimentaria cuya finalidad es generar cambios en los estilos de vida.

Declaración de conflicto de Intereses: No existe conflicto de intereses.



CAPÍTULO V

RESULTADOS

El estado nutricional desde los dominios de la determinación social

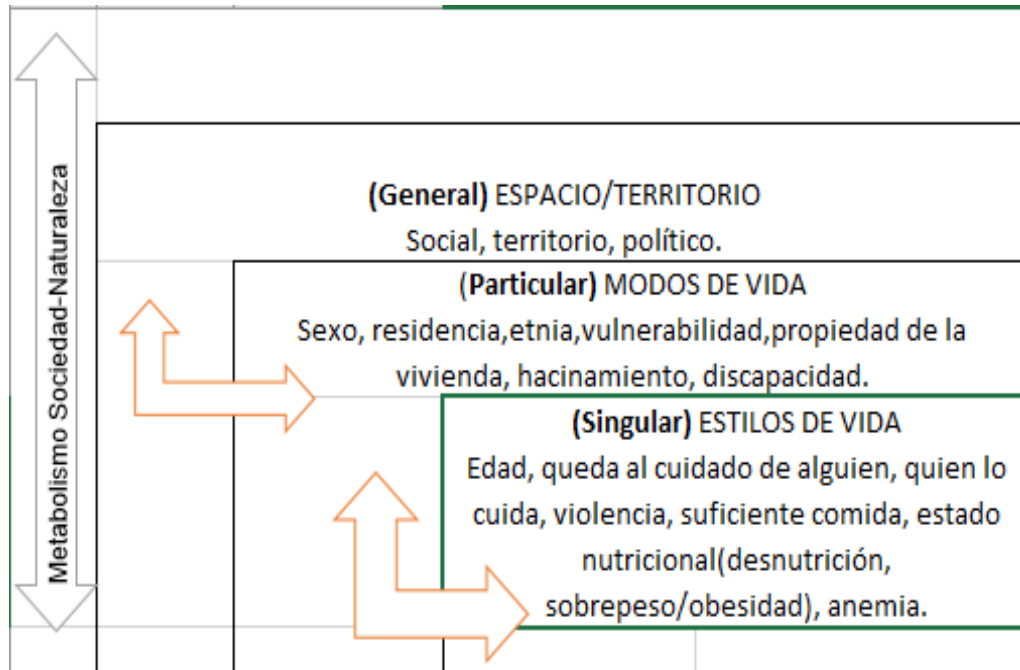
El presente trabajo de investigación permite visualizar la difícil tarea de analizar la determinación del factor nutricional de los niños y niñas menores de 5 años, además, se evidencia la necesidad de una interpretación distinta que permita entender la complejidad y a su vez supere las limitaciones de la epidemiología clásica.

En los resultados de este proyecto de investigación en primera instancia se observa las características sociodemográficas de los niños y niñas menores de 5 años que fueron atendidos por el MIES en el año 2018 pertenecientes al distrito 01D01-Cuenca. Luego, se encuentra la matriz de procesos críticos con enfoque en sus tres dominios; el nivel general que se encarga de lo social, territorial y político, tal como se observa en el gráfico de los dominios de la DSS.

En el nivel particular se consideraron las siguientes variables: sexo, residencia, etnia, vulnerabilidad, propiedad de la vivienda, hacinamiento y discapacidad. Para el nivel singular se trabajó con: edad, queda al cuidado de alguien, quien lo cuida, violencia, suficiente comida, estado nutricional y anemia.

Es importante indicar que se realizó los cruces entre las variables del nivel particular con las del singular por las siguientes razones: primero porque es una lógica jerárquica de la matriz de procesos críticos, luego con la finalidad de entender si el estilo de vida responde a los modos de vida dentro de este estudio.

A continuación, se encuentra la matriz de procesos críticos de acuerdo a los dominios general, particular e individual.



Fuente: Dominios de la Determinación Social de la Salud
Elaboración: propia

Tabla 3: Descripción de las características sociodemográficas de 3808 niños menores de 5 años de Cuenca y otros cantones del Azuay que fueron atendidos por el MIES en el año 2018

Características Sociodemográficas			
		Frecuencia	Porcentaje
Edad	0 - 24 meses	1688	44,33%
	25 - 60 meses	2120	55,67%
Sexo	Femenino	1885	49,50%
	Masculino	1923	50,50%
Etnia	Afro ecuatoriano	2	0,05%
	Blanco	18	0,47%
	Indígena	26	0,68%
	Mestizo	3720	97,69%
	Montubio	2	0,05%
	Mulato	35	0,92%
	Negro	1	0,03%
	Otro	4	0,11%
	Residencia	Camilo Ponce	615
Cuenca		2222	58,35%
Girón		273	7,17%
Nabón		81	2,13%
Oña		84	2,21%
Pucará		194	5,09%
San Fernando		46	1,21%
Santa Isabel		293	7,69%
Total		3808	100,00%

Fuente: Base de datos del MIES 2018

Elaboración: propia

En la presente tabla sobre las características generales de 3808 niños y niñas menores de 5 años atendidos por el MIES, se evidencia que más de la mitad de los niños y niñas están en el rango de edad de 25 a 60 meses, representado por el 55,67%, en cuanto al sexo se observa que 50,50 % son niños frente al 49,50% de niñas. De la misma manera, la etnia mestiza es la que predomina (97,69%), por otro lado, el cantón Cuenca es el que cuenta con mayor número de participantes para este estudio (58,35%), seguido de Camilo Ponce Enríquez, Santa Isabel, Girón, Pucará, Oña, Nabón y San Fernando.



Dominio General

Contexto socio-histórico

Azuay es una de las 24 provincias que conforman la República de Ecuador, su capital administrativa es la ciudad de Cuenca, la cual además es su urbe más grande y poblada. Ocupa un territorio de unos 8.189 km², siendo la duodécima provincia del país por extensión (39).

En el territorio azuayo habitan 881.394 personas, según la proyección demográfica del INEC para 2020, siendo la quinta provincia más poblada del país después de Guayas, Pichincha, Manabí y Los Ríos (40).

Azuay es líder en la elaboración de neumáticos, cerámica, línea blanca, muebles, licores y sombreros de paja toquilla. Un estudio de la Cámara de Industrias, Producción y Empleo determinó que el 95% de su producción se consume en el resto de Ecuador y en el exterior (41).

La industria, la construcción y el comercio son las principales actividades productivas de la provincia. 505 empresas vinculadas a esos sectores facturaron USD 3 880 millones en el 2017; es decir, 163 millones más que en el 2016, de acuerdo con los datos de la Superintendencias de Compañías (42).

Según Andrés Robalino, director de la Cámara de Industrias, Producción y Empleo, ese posicionamiento permite que Cuenca supere a otras urbes en la generación de empleo adecuado. En esta ciudad este indicador fue del 61,1% en septiembre pasado y el promedio nacional se ubicó en 48,8%, según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (43).

Como apoyo a la producción, en el 2016 se implementó el Ecoparque Chaullayacu. 20 firmas compraron terrenos para sus fábricas y otras arriendan para bodegas, por su ubicación estratégica, para llevar la mercadería a los puertos de Guayaquil y Machala. Allí, también funciona el Innovacentro del Municipio, que ofrece servicios tecnológicos como secado de madera, certificación de calidad de muebles, diseño, entre otros (44).

Territorio de Azuay

Es la provincia ecuatoriana que está situada en el sur del país, en la zona geográfica conocida como región interandina o sierra, principalmente sobre la hoya de Paute en el noreste y la hoya de Jubones en el suroccidente. Su capital administrativa es la ciudad de Cuenca. Limita al norte con Cañar, al sur con Loja, por el occidente con Guayas, al suroccidente con El Oro, al este con Morona Santiago y al sureste con Zamora Chinchipe (45) (39).

El clima es variable debido a la presencia del sistema montañoso y también una vegetación subtropical. En la zona andina existe un promedio de temperatura de 19° C y de 26°C en la zona tropical (45).

Imagen 1. Mapa territorial de Azuay



La Provincia de Azuay está constituida por 15 cantones: Cuenca, Girón, Gualaceo, Chordeleg, Sigsig, San Fernando, Santa Isabel, Camilo Ponce Enríquez, El Pan, Girón, Guachapala, Gualaceo, Nabón, Oña, Pucará; de los cuales se derivan 27 parroquias urbanas y 60 parroquias rurales. Según el último ordenamiento territorial, Azuay pertenecerá a una región comprendida también por las provincias de Cañar y Morona Santiago, aunque no esté oficialmente conformada, denominada Región Centro Sur (40) (45).

Ordenamiento Territorial

El ordenamiento del territorio sirve de herramienta básica de planificación, útil para la definición de un modelo de desarrollo territorial. la finalidad del ordenamiento es



disponer adecuadamente las actividades humanas que son el soporte del modelo de desarrollo con una correcta localización, mediante la identificación, selección y organización de las actividades de acuerdo a la capacidad de acogida del medio físico (46).

La Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, SENPLADES, conformó niveles administrativos de planificación: zonas, distritos y circuitos a nivel nacional; que permitirán una mejor identificación de necesidades y soluciones efectivas para las provincias en el territorio nacional. Esta conformación no implica eliminar las provincias, cantones o parroquias; buscando primordialmente el desarrollo social y económico con el apoyo de las distintas provincias (41).

La Zona de Planificación 6 tiene su sede administrativa en la ciudad de Cuenca. Está integrada por las provincias de Azuay, Cañar y Morona Santiago, se divide en 34 cantones y 133 parroquias rurales; se subdivide en 17 Distritos y 120 Circuitos; y, posee una extensión geográfica de 35.330,74 km² (41).

La Población Económicamente Activa (PEA) es de 461.670 habitantes; siendo su principal rama de actividad la agricultura, ganadería, silvicultura y pesca, 23,7%; comercio al por mayor y menor, 15,8%; e, industrias manufactureras, 13,8% (INEC-Censo de Población y Vivienda 2010) (47).

La Coordinación de Planificación Zonal 6 tiene como visión contribuir e impulsar la consolidación de los territorios con óptimos servicios ciudadanos y calidad ambiental, con eficiente aprovechamiento del suelo y el uso racional y ocupación del mismo; a través de procesos de articulación y coordinación multinivel que respondan a las metas y objetivos de la planificación nacional y subnacional, posicionando al ser humano como sujeto de derechos a lo largo de todo el ciclo de vida, sin discriminación alguna (44).

El mayor potencial de la Zona es su contribución al cambio de la matriz energética del país, debido a que su producción hidroeléctrica tiene un alto aporte a la demanda actual del sistema interconectado del país (41).



En la provincia del Azuay, observamos justamente la eficiencia de los pequeños agricultores familiares para aprovisionar la población urbana en productos agropecuarios (48).

Todo esto no debe eclipsar la vulnerabilidad económica que caracteriza las pequeñas unidades familiares de producción del Azuay, y más ampliamente las de la sierra ecuatoriana. De hecho, sí se puede constatar que el acceso al mercado cuencano ha favorecido el aumento de ingresos agropecuarios de numerosas fincas, esta única condición no es suficiente para mantener económicamente a los hogares rurales (48).

La situación del Azuay presenta una diversificada estructura de condiciones económicas que han frenado su desarrollo a lo largo del tiempo. Fruto de situaciones al interior de la provincia, pero que necesariamente se han visto expuestas a efectos de las crisis del país, el Azuay exhibe una alta variación dentro de los sectores que conforman la producción provincial. A pesar de que el producto interno bruto de la provincia no presenta esta volatilidad durante un periodo de estudio de 8 años, se puede caracterizar una reubicación del sector laboral dentro de los sectores productivos (49).

En el tema presupuestario, el Azuay tiene una altísima dependencia en los recursos y asignaciones centrales lo que lo hace un territorio fuertemente susceptible de tener mayores efectos en el caso de shocks externos o restricciones presupuestarias no planificadas por parte de la autoridad central. Además, esta situación ha detonado el éxodo migratorio de la población con importantes consecuencias a nivel social y económico (49).

La capacidad económica está relacionada, en muchos sentidos, con el desarrollo. Sin embargo, en la actualidad su importancia ha sido matizada, pues se la entiende como una condición necesaria, pero no suficiente para permitir el desarrollo. Por tal razón, para entender el dinamismo de la capacidad económica, se propone una descripción del aparato productivo de la provincia que incluye una breve referencia al sector agrícola y un detalle del manejo de los recursos públicos del gobierno seccional (50).



Vulnerabilidad en la localidad

Violencia de género

Las mujeres azuayas casadas o unidas reportan tasas de prevalencia de violencia por parte de sus parejas similares a las tasas regional y nacional en las dimensiones psicológica/verbal y sexual. Sin embargo, la incidencia es casi 10 puntos menor en el aspecto físico. En Ecuador, 6 de cada 10 mujeres han vivido algún tipo de violencia de género en diversos ámbitos y por diversas personas. Es decir, a cerca de 3 260 340 mujeres no se respeta su derecho a una vida libre de violencia, el cual es un derecho consagrado constitucionalmente en 2008 y en instrumentos internacionales suscritos por el país. Mientras que, en Azuay, 4 de cada 10 mujeres han vivido algún tipo de violencia de género, sin embargo, se evidencia que el 43% de las mismas no denuncian los eventos suscitados (44).

Con respecto a la violencia cotidiana, los datos de la ENDEMAIN (2004) reseñados en el cuadro 3.9 muestran que en 2004 más del 10% de mujeres azuayas reportaron haber sufrido violencia por parte de sus parejas o ex parejas durante el año anterior a la encuesta (51).

La incidencia de la violencia es mayor en los quintiles de ingreso más bajos, pero las diferencias no son muy grandes con los quintiles superiores. La incidencia más alta de violencia verbal/psicológica se presenta en el quintil 3, mientras que la de violencia física en el quintil 2, pero con un dato muy similar al del quintil 1. Por su parte, la violencia sexual es mayor en el quintil 1. La violencia física reportada por mujeres con niveles de instrucción menores es ligeramente mayor, mientras que las mujeres con instrucción secundaria y superior señalan mayor incidencia de violencia psicológica y sexual. Entonces, las mujeres más pobres y con menor instrucción sufren mayor violencia física, con respecto a las demás, mientras que en los quintiles superiores las mujeres reportan sufrir más violencia verbal/psicológica (52).

De 6,06% de mujeres violentadas, el 5,39% ha vivido violencia psicológica como una de las agresiones más frecuentes, le sigue la violencia física con el 3,80%. Las cifras de violencia sexual son menores a las anteriores, pero no deja de ser



preocupante, ya que 1 de cada 4 mujeres (2,57%) ha sido violentada sexualmente. En cuanto a la violencia patrimonial, esta afecta a un 1,67% de las mujeres a nivel nacional y se suele manifestar sumada a otro tipo de violencias, por lo tanto, se convierte en un determinante contra la autonomía de las mujeres. De la misma manera, se observa, que la violencia de género tiene una relación directa con la edad en que una mujer inició la convivencia con su pareja. Así, el 6,79% y 7,05% de mujeres unidas o casadas a temprana edad, entre 16 a 20 años, respectivamente sufrieron violencia; mientras que, en menor porcentaje las mujeres que se unieron o casaron a mayor edad, entre 21 a 26 años y más, sufrieron violencia el 5,11% y el 6,92% (53).

Tasa de mortalidad infantil

Se considera que la mortalidad en este grupo de edad está muy asociada con las condiciones de vida de la población. Es decir, con la satisfacción de los requerimientos mínimos vitales, cuyos problemas principales son el incremento en los niveles de pobreza, la desocupación y la subocupación. A esto se suma el abandono de los menores ocasionado por el progresivo aumento de la emigración, especialmente de madres y padres jóvenes, quienes en busca de la utopía de mejores ingresos toman la decisión de abandonarlos (54).

Lo señalado permite advertir que la tasa global de mortalidad de las niñas y de los niños menores de cinco años esconde las heterogeneidades en cuanto a la disponibilidad de elementos protectores de la salud en los diferentes cantones y parroquias de la provincia del Azuay. En este sentido, no es difícil inferir que la tasa global debe tener manifestaciones también desiguales. La Dirección de Desarrollo Provincial del Gobierno Provincial del Azuay en su informe "Línea de base la provincia del Azuay y sus cantones: su situación frente a los ODM señala: "En el periodo 1998- 2000 la mortalidad en la niñez de la provincia del Azuay se ubicó en el puesto 54 de muertes de niños y niñas menores de cinco años" (52).

La información anterior pone de manifiesto la necesidad de profundizar medidas de protección en cantones como Guachapala, donde la mortalidad de las niñas y de los niños menores de cinco años es elevada (87 por 1 000 nacidos vivos), al igual



que en Oña (42 defunciones de niñas y niños menores de cinco años por cada mil nacidos vivos) y en Gualaceo, Sígsig, El Pan (38 por 1.000 nacidos vivos) (45).

Tabla 2. Pino EA. Enciclopedia del Ecuador. Cuenca: JH. Print; 2008.

Cantones	Tasa por 1000 nacidos vivos
Cuenca	26
Girón	32
Nabón	25
Pucará	21
San Fernando	26
Santa Isabel	9
Oña	42
Gualaceo	38
Paute	23
Sigsig	38
Chordeleg	18
El Pan	38
Sevilla de oro	30
Guachapala	87

Fuente: UNICEF (2007).

Elaboración: propia

Por otra parte, el Ministerio de Salud Pública, en sus normas de atención a la niñez, dispone controlar la nutrición, así como prevenir y tratar oportunamente la enfermedad diarreica aguda y las infecciones respiratorias que impactan en el perfil de morbilidad y mortalidad en los menores de cinco años (55).

**Dominio Particular****Tabla 4:** Modos de vida de acuerdo a ¿Cuándo usted, sale sus hijos/as menores de 5 años quedan al cuidado de alguien?

		queda al cuidado de alguien		OR	IC 95%	p
		No	Sí			
		f (%)	f (%)			
Sexo	Femenino	365 (48.3%)	1520 (49.8%)	0.941	0.802- 1.103	0.453
	Masculino	391 (51.7%)	1532 (50.2%)			
Residencia	Otros cantones del Azuay	230 (30.4%)	1356 (44.4%)	0.547	0.461- 0.649	0.000
	Cantón Cuenca	526 (69.6%)	1696 (55.6%)			
Etnia	Otras etnias	12 (1.6%)	76 (2.5%)	0.632	0.342- 1.167	0.139
	Mestizo	744 (98.4%)	2976 (97.5%)			
Vulnerabilidad	Extremo vulnerable y vulnerable	691 (91.4%)	2696 (88.3%)	1.404	1.064- 1.852	0.016
	no vulnerable	65 (8.6%)	356 (11.7%)			
Propiedad de la vivienda	cedida o gratuita, en arriendo, Anticrisis y /o arriendo	544 (72%)	2250 (73.7%)	0.915	0.766- 1.093	0.326
	Recibida por servicios Otra					
	Propia y la está pagando Propia / totalmente pagada	212 (28%)	802 (26.3%)			
Hacinamiento	Sí	202 (26.7%)	755 (14.7%)	1.109	0.926- 1.329	0.261
	No	554 (73.3%)	2297 (75.3%)			

Fuente: Base de datos del MIES 2018

Elaboración: propia

La tabla 4 muestra un modo de vida sobre los preescolares cuando quedan al cuidado de alguien en relación a factores como sexo, residencia, etnia,



vulnerabilidad, propiedad de vivienda y hacinamiento. Se observa que por residencia el 44.4% de niños/as menores de 5 años que residen en los cantones del Azuay a excepción del cantón Cuenca y el 55.6% de niños/as menores de 5 años que residen en el cantón Cuenca sí reciben el cuidado de otra persona. En cuanto a la vulnerabilidad se encontró que el 88.3% de los preescolares que viven en situación de extrema vulnerabilidad y vulnerabilidad son quienes quedan al cuidado de otras personas en comparación con el 11.7% de niños que no viven en situación de vulnerabilidad, pero sí reciben el cuidado de otras personas.

Tabla 5: ¿Quién cuida a su hijo/a cuando usted sale? de los niños menores de 5 años de Cuenca y otros cantones del Azuay que fueron atendidos por el MIES en el año 2018

		Quién cuida				
		Otro cuidador alternativo	Papá o mamá	OR	IC 95%	p
		f (%)	f (%)			
Sexo del niño/a	Femenino	1275 (50.1%)	243 (48.4%)	1.06 8	0.882- 1.294	0.499
	Masculino	1272 (49.9%)	259 (51.6%)			
*Residencia	Otros cantones del Azuay	1017 (39.9%)	338 (67.3%)	0.32 3	0.263- 0.395	0.000
	Cantón Cuenca	1530 (60.1%)	164 (32.7%)			
Etnia	Otras etnias	61 (2.4%)	15 (3%)	0.79 7	0.449- 1.413	0.436
	Mestizo	2486 (97.6%)	487 (97%)			
Vulnerabilidad	extremo vulnerable y vulnerable	2245 (88.1%)	448 (89.2%)	0.89 6	0.659- 1.218	0.483
	no vulnerable	302 (11.9%)	54 (10.8%)			
Vivienda	cedida o gratuita, en arriendo, Anticrisis y /o arriendo	1874 (73.6%)	374 (74.5%)	0.95 3	0.765- 1.187	0.667
	Recibida por servicios Otra					
	Propia y la está pagando Propia / totalmente pagada	673 (26.4%)	128 (25.5%)			
Hacinamiento	Sí	639 (25.1%)	116 (23.1%)	1.11 4	0.889- 1.397	0.347
	No	1908 (74.9%)	386 (76.9%)			

Fuente: Base de datos del MIES 2018

Elaboración: propia



***Residencia:** el número de casos válidos al cruzar la variable residencia con la variable cuidado alternativo del niño fue de 3049 casos, 759 casos perdidos, total 3808 casos. Por el número de casos perdidos, el total de niños de otros cantones es de 1355 y el total de niños del cantón Cuenca es 1694.

En la tabla 5, se analiza la variable quién cuida al niño/a. En la variable residencia, de los niños que reciben el cuidado de terceras personas, 39.9% viven en otros cantones del Azuay, mientras que 60.1% viven en el cantón Cuenca.

Tabla 6: a ¿Cree usted que alguna vez los miembros de su familia han sufrido algún tipo de maltrato o violencia?, de Cuenca y otros cantones del Azuay que fueron atendidos por el MIES en el año 2018.

		Violencia				
		Sí	No	OR	IC 95%	p
		f (%)	f (%)			
Sexo	Femenino	222 (52.6%)	1663 (49.1%)	1.15 0	0.939- 1.408	0.176
	Masculino	200 (47.4%)	1723 (50.9%)			
Residencia	Otros cantones del Azuay	172 (40.8%)	1414 (41.8%)	0.96 0	0.781- 1.179	0.694
	Cantón Cuenca	250 (59.2%)	1972 (58.2%)			
Etnia	Otras etnias	9 (2.1%)	79 (2.3%)	0.91 2	0.454- 1.832	0.796
	Mestizo	413 (97.9%)	3307 (97.7%)			
Vulnerabilidad	extremo vulnerable y vulnerable	411 (97.4%)	2976 (87.9%)	5.14 8	2.804- 9.451	0.000
	no vulnerable	11 (2.6%)	410 (12.1%)			
Propiedad de la vivienda	cedida o gratuita, en arriendo, Anticrisis y /o arriendo	342 (81%)	2452 (72.4%)	1.62 8	1.262- 2.101	0.000
	Recibida por servicios Otra					
	Propia y la está pagando Propia / totalmente pagada	80 (19%)	934 (27.6%)			
Hacinamiento	Sí	133 (31.5%)	824 (24.3%)	1.43 1	1.148- 1.783	0.001
	No	289 (68.5%)	2562 (75.7%)			

Fuente: Base de datos del MIES 2018

Elaboración: propia

En la tabla 6, se observa que los miembros de la familia que han sufrido violencia, el 97.4% de las familias viven en situación de extrema vulnerabilidad y



vulnerabilidad, mientras que el 2.6% no viven en situación de vulnerabilidad. En cuanto a la propiedad de la vivienda, de los miembros de la familia que han sufrido violencia, 81% viven en casas cedidas, arrendadas u otras, mientras que 19% viven en casas propias ya sea terminadas de pagar o en proceso de pago. Por último, se analiza la variable de hacinamiento, en donde los miembros de la familia que han sufrido violencia, 31.5% viven en hacinamiento, mientras que el 68.5% no viven en esta situación.

Tabla 7: Durante las dos últimas semanas ¿tuvieron en su hogar suficiente comida para alimentar a todos los miembros del núcleo familiar? de los niños menores de 5 años de Cuenca y otros cantones del Azuay que fueron atendidos por el MIES en el año 2018

		Comida suficiente				
		No	Sí	OR	IC 95%	p
		f (%)	f (%)			
Sexo	Femenino	316 (52.1%)	1569 (49%)	1.13 0	0.949- 1.344	0.169
	Masculino	291 (47.9%)	1632 (51%)			
Residencia	Otros cantones del Azuay	340 (56%)	1246 (38.9%)	1.99 8	1.677- 2.381	0.000
	Cantón Cuenca	267 (44%)	1955 (61.1%)			
Etnia	Otras etnias	11 (1.8%)	77 (2.4%)	0.74 9	0.396- 1.417	0.372
	Mestizo	596 (98.2%)	3124 (97.6%)			
Vulnerabilidad	extremo vulnerable y vulnerable	603 (99.3%)	2784 (87%)	22.5 80	8.402- 60.683	0.000
	no vulnerable	4 (0.7%)	417 (13%)			
Propiedad de la vivienda	cedida o gratuita, en arriendo, Anticrisis y /o arriendo	2322 (72.5%)	472 (77.8%)	0.75 6	0.615- 0.929	0.008
	Recibida por servicios Otra					
Hacinamiento	Propia y la está pagando Propia / totalmente pagada	879 (27.5%)	135 (22.2%)	2.55 7	2.132- 3.066	0.000
	Sí	254 (41.8%)	703 (22%)			
	No	353 (58.2%)	2498 (78%)			

Fuente: Base de datos del MIES 2018

Elaboración: propia



En la tabla 7, con respecto a la pregunta durante las dos últimas semanas ¿tuvieron en su hogar suficiente comida para alimentar a todos los miembros del núcleo familiar?, se encontró que, en la residencia, el 56% de hogares que pertenecen a los cantones del Azuay a excepción del cantón Cuenca respondieron no haber tenido suficiente comida, este valor disminuye cuando la residencia es el cantón Cuenca con un 44%.

El 99,3% de los hogares que viven en condiciones de extrema vulnerabilidad y vulnerabilidad no tuvieron suficiente comida en las dos últimas semanas, en relación a 0.7% que no viven en vulnerabilidad. En cuanto a la propiedad de vivienda, el 72.5% de los preescolares que no tuvieron suficiente comida viven en viviendas que son cedidas, arrendadas u otros en relación al 27.5% de quienes viven en vivienda propia; el 41.8% de los niños que no han tenido suficiente comida en las dos últimas semanas, viven en hacinamiento, mientras que 58.2% no viven en esta situación.

Tabla 8: Desnutrición Crónica de los niños menores de 5 años de Cuenca y otros cantones del Azuay que fueron atendidos por el MIES en el año 2018

		Desnutrición crónica		OR	IC 95%	p
		Sí	No			
		f (%)	f (%)			
Sexo	Femenino	1377 (48.8%)	508 (51.5%)	0.89 9	0.778- 1.039	0.151
	Masculino	1444 (51.2%)	479 (48.5%)			
Residencia	Otros cantones del Azuay	1125 (39.9%)	461 (46.7%)	0.75 7	0.654- 0.876	0.000
	Cantón Cuenca	1696 (60.1%)	526 (53.3%)			
Etnia	Otras etnias	60 (2.1%)	28 (2.8%)	0.74 4	0.472- 1.173	0.201
	Mestizo	2761 (97.9%)	959 (97.2%)			
Vulnerabilidad	extremo vulnerable y vulnerable	2549 (90.4%)	838 (84.9%)	1.66 6	1.345- 2.065	0.000
	no vulnerable	272 (9.6%)	149 (15.1%)			
Propiedad de la Vivienda	cedida o gratuita, en arriendo, Anticrisis y /o arriendo	2077 (73.4%)	724 (73.4%)	1.00 1	0.850- 1.180	0.988
	Recibida por servicios Otra					
Hacinamiento	Propia y la está pagando Propia / totalmente pagada	751 (26.6%)	263 (26.6%)	1.11 7	0.943- 0.986	0.200
	Sí	724 (25.7%)	233 (23.6%)			
	No	2097 (74.3%)	754 (76.4%)			

Fuente: Base de datos del MIES 2018

Elaboración: propia

En la tabla 8 se muestra los resultados sobre la desnutrición crónica al relacionar con factores como sexo, residencia, etnia, vulnerabilidad, propiedad de la vivienda



y hacinamiento, en donde se encontró dos factores con valor $p < 0.05$. De los niños que presentan desnutrición crónica, 39.9% viven en otros cantones del Azuay, mientras que 60.1% viven en el cantón Cuenca. En cuanto a la variable vulnerabilidad, de los niños que presentan desnutrición crónica, 90.4% viven en situación de vulnerabilidad, mientras que 9.6% no viven en esta situación.

**Tabla 9:** Sobrepeso y Obesidad de los niños menores de 5 años de Cuenca y otros cantones del Azuay que fueron atendidos por el MIES en el año 2018

		Sobrepeso y obesidad		OR	IC 95%	p
		Sí	No			
		f (%)	f (%)			
Sexo	Femenino	250 (48.2%)	1635 (49.7%)	0.94 0	0.781- 1.132	0.514
	Masculino	269 (51.8%)	1654 (50.3%)			
Residencia	Otros cantones del Azuay	218 (42%)	1368 (41.6%)	1.01 7	0.843- 1.227	0.860
	Cantón Cuenca	301 (58%)	1921 (58.4%)			
Etnia	Otras etnias	14 (2.7%)	74 (2.2%)	1.20 4	0.675- 2.149	0.528
	Mestizo	505 (97.3%)	3215 (97.8%)			
Vulnerabilidad	extremo vulnerable y vulnerable	460 (88.6%)	2927 (89%)	0.96 4	0.720- 1.292	0.807
	no vulnerable	59 (11.4%)	362 (11%)			
Propiedad de la vivienda	cedida o gratuita, en arriendo, Anticreses y /o arriendo	378 (72.8%)	2416 (73.5%)	0.96 9	0.787- 1.193	0.765
	Recibida por servicios Otra					
Hacinamiento	Propia y la está pagando Propia / totalmente pagada	141 (27.2%)	873 (26.5%)	0.75 5	0.603- 0.947	0.015
	Sí	108 (20.8%)	849 (25.8%)			
	No	411 (79.2%)	2440 (74.2%)			

Fuente: Base de datos del MIES 2018

Elaboración: propia

La tabla 9, muestra los resultados encontrados de sobrepeso y obesidad de 3808 niños/as menores de 5 años en relación a factores como sexo, residencia, etnia,



vulnerabilidad, propiedad de la vivienda y hacinamiento. Se encontró una asociación estadísticamente significativa únicamente con hacinamiento ($p=0.015$), donde el 20.8% de preescolares con sobrepeso y obesidad viven en hacinamiento en relación al 79.2% que no viven en esta condición.

Tabla 10: Modos de vida con Anemia de los niños menores de 5 años de Cuenca y otros cantones del Azuay que fueron atendidos por el MIES en el año 2018

		Anemia				
		Sí	No	OR	IC 95%	p
		f (%)	f (%)			
Sexo	Femenino	259 (49.9%)	1626 (49.4%)	1.0	0.847-	0.844
	Masculino	260 (50.1%)	1663 (50.6%)	19	1.226	
Residencia	Otros cantones del Azuay	228 (43.9%)	1358 (41.3%)	1.1	0.924-	0.257
	Cantón Cuenca	291 (56.1%)	1931 (58.7%)	14	1.343	
Etnia	Otras etnias	21 (4%)	67 (2%)	2.0	1.231-	0.005
	Mestizo	498 (96%)	3222 (98%)	28	3.341	
Vulnerabilidad	extremo vulnerable y vulnerable	480 (92.5%)	2907 (88.4%)	1.6	1.147-	0.006
	no vulnerable	39 (7.5%)	382 (11.6%)	17	2.280	
Propiedad de la vivienda	cedida o gratuita, en arriendo, Anticreses y /o arriendo Recibida por servicios Otra	390 (75.1%)	2404 (73.1%)	1.1	0.899-	0.326
	Propia y la está pagando Propia / totalmente pagada	129 (24.9%)	885 (26.9%)	13	1.378	
Hacinamiento	Sí	139 (26.8%)	818 (24.9%)	1.1	0.896-	0.351
	No	380 (73.2%)	2471 (75.1%)	05	1.363	

Fuente: Base de datos del MIES 2018

Elaboración: propia

En la tabla 10 se observa asociaciones estadísticamente significativas con etnia (valor $p=0.0059$ y vulnerabilidad (valor $p=0.006$). De los niños que presentaron anemia, 4% no se identifican como mestizos, mientras que 96% de los niños que se identifican como mestizos; en cuanto a la vulnerabilidad, de los niños que tienen anemia, 92.5% viven en situaciones de extrema vulnerabilidad y vulnerabilidad, mientras que 7.5% no viven en vulnerabilidad.



Tabla 11: Desnutrición Crónica, Sobrepeso/Obesidad y Anemia de los niños menores de 5 años con discapacidad de Cuenca y otros cantones del Azuay que fueron atendidos por el MIES en el año 2018

Tipos de discapacidad	Desnutrición crónica		Sobrepeso y obesidad		Anemia	
	Sí f (%)	No f (%)	Sí f (%)	No f (%)	Sí f (%)	No f (%)
Física	11 (36,7%)	3 (10,0%)	2 (6,7%)	12 (40,0%)	5 (16,7%)	9 (30,0%)
Intelectual	6 (20,0%)	0 (0,0%)	1 (3,3%)	5 (16,7%)	0 (0,0%)	6 (20,0%)
Visual	4 (13,4%)	1 (3,3%)	0 (0,0%)	5 (16,7%)	1 (3,3%)	4 (13,3%)
Auditiva	3 (10,0%)	2 (6,7%)	1 (3,3%)	4 (13,3%)	2 (6,7%)	3 (10,0%)
Total	24 (80,0%)	6 (20,0%)	4 (13,3%)	26 (86,7%)	8 (26,7%)	22 (73,3%)

Fuente: Base de datos del MIES 2018

Elaboración: propia

En la tabla 11 se analiza los diferentes tipos de discapacidad en relación a la desnutrición crónica, sobrepeso/obesidad y anemia. Se encontró un total de 30 niños/as menores de 5 años que presentan algún tipo de discapacidad y se observó un mayor porcentaje de preescolares que tienen discapacidad física (36.7%) y presentan desnutrición crónica en relación a las demás discapacidades como intelectual (20%), visual (13.4%) y auditiva (10%). Apenas el 13.3% de los niños que presentan algún tipo de discapacidad que se muestra en la tabla 11 tienen sobrepeso y obesidad; el 73.3% de los preescolares que tienen algún tipo de discapacidad no presentan anemia.

Dominio Singular
Tabla 12: Estilos de vida con Desnutrición Crónica de los niños menores de 5 años de Cuenca y otros cantones del Azuay que fueron atendidos por el MIES en el año 2018

variables	Desnutrición crónica		OR	IC 95%	p	
	Sí	No				
	f (%)	f (%)				
Edad	Niño/a de 0 a 24 meses	1289 (45.7%)	399 (40.4%)	1.248	1.070-1.436	0.004
	Niño/a de 25 a 60 meses	1532 (54.3%)	588 (59.6%)			
Queda al cuidado de alguien	No	572 (20.3%)	184 (18.6%)	1.110	0.923-1.335	0.268
	Sí	2249 (15%)	803 (81.4%)			
Quién cuida	Otro cuidador alternativo	1906 (84.8%)	641 (79.9%)	1.404	1.141-1.728	0.001
	Papá o mamá	341 (15.2%)	161 (20.1%)			
Violencia	Sí	343 (12.2%)	79 (8%)	1.591	1.231-2.055	0.000
	No	2478 (87.7%)	908 (92%)			
Comida suficiente	No	461 (16.3%)	146 (14.8%)	1.125	0.919-1.377	0.252
	Sí	2360 (83.7%)	841 (85.2%)			

Fuente: Base de datos del MIES 2018

Elaboración: propia

La tabla 12 muestra la relación de factores como edad, cuidado de alguien, quien cuida, violencia y comida suficiente con desnutrición crónica. Los resultados indican una asociación estadísticamente significativa con edad (0.004), quién cuida (valor



$p=0.001$) a los preescolares y la presencia de violencia (valor $p=0.000$) de los niños de 0 a 24 meses el 45.7% tiene desnutrición; de los niños de 25 a 60 meses el 54.3% presenta desnutrición. El 84.8% de los preescolares que son cuidados por otras personas tiene desnutrición crónica mientras que el 15.2% que reciben el cuidado de papá o mamá presentan este estado nutricional; de los niños que presentan desnutrición crónica, 12,2% proceden de hogares violentos, mientras que 87,7% vienen de hogares sin violencia. Los niños con otro estado nutricional (incluyendo sobrepeso/obesidad), pertenecen a hogares donde hay violencia en un 8%, mientras que 92% viven en hogares no violentos.

Tabla 13: Estilos de vida con Sobrepeso y Obesidad de los niños menores de 5 años de Cuenca y otros cantones del Azuay que fueron atendidos por el MIES en el año 2018

variables	Sobrepeso y obesidad		OR	IC 95%	p	
	Sí	No				
	f (%)	f (%)				
Edad	Niño/a de 0 a 24 meses	313 (60.3%)	1375 (41.8%)	2.11 5	1.151-2.555	0.00 0
	Niño/a de 25 a 60 meses	206 (39.7%)	1914 (58.2%)			
Queda al cuidado de alguien	No	84 (16.2%)	672 (20.4%)	0.75 2	0.587-0.964	0.02 4
	Sí	435 (83.8%)	2617 (79.6%)			
Quién cuida	Otro cuidador alternativo	371 (85.3%)	2176 (83.2%)	1.16 7	0.878-1.551	0.28 7
	Papá o mamá	64 (14.7%)	438 (16.8%)			
Violencia	Sí	58 (11.2%)	364 (11.1%)	1.01 1	0.753-1.357	0.94 2
	No	461 (88.8%)	2925 (88.9%)			
Comida suficiente	No	76 (14.6%)	531 (16.1%)	0.89 1	0.687-1.156	0.38 5
	Sí	443 (85.4%)	2758 (83.9%)			

Fuente: Base de datos del MIES 2018

Elaboración: propia

En la tabla 13 con respecto a los estilos de vida con sobrepeso y obesidad en relación a las edades y si el niño queda al cuidado de alguien, se observa lo siguiente: de los niños que tienen sobrepeso/obesidad, 60,3% son de 0 a 24 meses



y 39,7% son mayores a esta edad. De quienes presentan otro estado nutricional (incluyendo desnutrición crónica), 41,8% pertenecen al grupo de 0 a 24 meses y 58,2% son de 25 a 60 meses. En lo que refiere al cuidado de niño, el 83,8% de niños con sobrepeso/obesidad quedan al cuidado de alguien.

**Tabla 14:** Estilos de vida con Anemia de los niños menores de 5 años de Cuenca y otros cantones del Azuay que fueron atendidos por el MIES en el año 2018

variables	Anemia		OR	IC 95%	p	
	Sí	No				
	f (%)	f (%)				
Edad	Niño/a de 0 a 24 meses	303 (58.4%)	1385 (42.1%)	1.92 8	1.598-2.327	0.00 0
	Niño/a de 25 a 60 meses	216 (41.6%)	1904 (57.9%)			
Queda al cuidado de alguien	No	102 (19.7%)	654 (19.9%)	0.98 6	0.781-1.244	0.90 2
	Sí	417 (80.3%)	2635 (80.1%)			
Quién cuida	Otro cuidador alternativo	340 (81.7%)	2207 (83.8%)	0.86 4	0.660-1.131	0.28 5
	Papá o mamá	76 (18.3%)	426 (16.2%)			
Violencia	Sí	59 (11.4%)	363 (11%)	1.03 4	0.772-1.385	0.82 3
	No	460 (88.6%)	2926 (89%)			
Comida suficiente	No	123 (23.7%)	484 (14.7%)	1.80 0	1.439-2.252	0.00 0
	Sí	396 (76.3%)	2805 (85.3%)			

Fuente: Base de datos del MIES 2018

Elaboración: propia

En la tabla 14, se encontró que los niños que tienen anemia, 58,4% son de 0 a 24 meses y 41,6% son mayores a esta edad. Además, el 23,7% de niños con anemia no tiene comida suficiente.

Tabla 15: Prevalencia de Malnutrición de 3808 niños menores de 5 años de Cuenca y otros cantones del Azuay que fueron atendidos por el MIES en el año 2018

Malnutrición			
Variable		n	%
Talla/Edad (Desnutrición crónica)	Baja talla y baja talla severa	2821	74.1%
	Normal o superior a normal	987	25.9%
Peso/Edad (Desnutrición global)	Bajo peso y bajo peso severo para la edad	1036	27,2 %
	Peso para edad adecuado o superior a normal	2772	72,8 %
Peso/Talla (Desnutrición aguda)	Emaciado y severamente emaciado	51	1,4 %
	Normal	2661	69,9%
IMC/Edad (IMC para la edad)	Riesgo de sobrepeso, sobrepeso y obesidad	1096	28.7%
	Severamente emaciado	60	1,6%
	Normal	2143	56,3%
	Riesgo de sobrepeso y obesidad	1605	42,1%

Fuente: Base de datos del MIES 2018

Elaboración: propia

A continuación, se indica la proporción de malnutrición de acuerdo a 4 componentes Talla/Edad, Peso/Edad, Peso/Talla e IMC/Edad. En el primer componente, se observa un porcentaje considerable (74.1%) de desnutrición crónica. En el componente de Peso para la Edad que determina la Desnutrición Global, el 27.2% está dentro de la categoría de bajo peso y bajo peso severo. Además, se observa una proporción de 1,4% de Desnutrición Aguda. Al analizar el IMC para la edad en los niños y niñas menores de 5 años que fueron atendidos por el MIES, se observa que el 56,3% está dentro de lo normal, seguido del 42,1% que tiene riesgo de sobrepeso, sobrepeso y obesidad.



CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

El proyecto de investigación demuestra la dura tarea que resulta realizar el análisis desde el enfoque de la Determinación Social de la Salud, misma que supera los límites de una epidemiología clásica. Es importante mencionar que existen escasos trabajos, en relación a este tema de investigación, que consideren el enfoque desde la determinación social. A nivel regional, se encontró una revisión bibliográfica realizada en Colombia, en donde los autores lograron identificar factores como la pobreza, atención insuficiente, conflictos que causan un desplazamiento de la población que pueden dar origen a un estado nutricional no adecuado y que no solo se relaciona con la falta de alimentos (56).

A nivel nacional, afortunadamente hasta el momento existen estudios de posgrado, uno de ellos es realizado por Pineda (57) sobre “Nutrición en niños y niñas afrodescendientes de Colón Eloy del María, provincia de Esmeraldas” en donde analiza los procesos destructivos en la nutrición de las familias de la provincia de Esmeraldas. Otro estudio, realizado por Sandoval (7), se enfoca en la determinación social de la malnutrición infantil en niños menores de 5 años, según el autor la desnutrición crónica que presentan los niños está influenciada por el modo y estilo de vida de la familia, en quienes existe un consumo de alimentos poco saludables.

En la presente investigación, la población infantil se encuentra en mayor cantidad en el cantón Cuenca con un porcentaje de 58,35%, de los cuales el 44,33% están en las edades de 0 a 24 meses y el 55,67% entre 25 a 60 meses, el 97,69% se consideran mestizos, el 49,50% son de sexo femenino y el 50,50% masculino.

Además, se encontraron asociaciones estadísticamente significativas de aquellos factores presentes en los modos de vida y el estilo de vida de niños menores de 5 años de edad de la provincia del Azuay. Recordando que los modos de vida son grupos estructuralmente constituidos que comprenden: a) Condiciones grupales del trabajo: posición en la estructura productiva; patrones laborales. b) Calidad y disfrute de bienes de consumo del grupo: tipo de cuota; construcciones de necesidad; sistemas de acceso; patrones de consumo. c) Capacidad objetiva del grupo para



crear y reproducir valores culturales e identidad (clase para sí). d) Capacidad objetiva del grupo para empoderamiento, organización y soportes de acciones en beneficio del grupo. e) Calidad de las relaciones ecológicas del grupo: relación con la naturaleza (58) (24).

También se analizaron aquellos factores identificados en los modos de vida y se encontró lo siguiente: en el tema de si el niño/a “queda al cuidado de alguien” se encontró que los niños/as que viven en los cantones de la provincia del Azuay como Camilo Ponce, Girón, Nabón, Oña, Pucará, San Fernando y Santa Isabel tienen un efecto protector (OR: 0.547 IC: 0.461-0.649) de no quedarse al cuidado de otra persona que los niños/as que viven en el cantón Cuenca. La presencia de vulnerabilidad (OR: 1.404 IC: 1.064-1.852) es un factor destructivo para que el niño/a no quede al cuidado de alguien en relación a los niños que no viven en vulnerabilidad. En un estudio realizado por Chiniro (59), explica que la pérdida del cuidado parental trae riesgos afectivos, físicos y sociales, además de estos riesgos, las situaciones de vulnerabilidad deberían mitigarse mediante la formulación de políticas públicas.

Cuando se analiza el lugar de residencia con el modo de vida “quién cuida al niño/a”, teniendo dos opciones de cuidador, uno de estos identificado como cuidador alternativo y el otro cuidador “papá” o “mamá” se encontró que los niños que reciben el cuidado de una persona alterna, el 39.9% viven en los cantones mencionados anteriormente y el 60.1% viven en el cantón Cuenca. Estos resultados se relacionan con un estudio realizado por Reyes, en relación al cuidado de los niños, quien indica que en los centros infantiles del cantón Cuenca, los niños que están a cargo de terceros representan el 46% y atendidos en instituciones públicas o privadas como guarderías el 30%, es decir, el 76% de estos niños reciben el cuidado de una persona alterna. El autor también señala que los sucesos se dan debido a que los progenitores de los infantes en su mayoría tienen trabajos de jornada completa lo que le impide estar al cuidado de los niños (60).

Sobre el tema de violencia, se encontró que los niños/as que viven en vulnerabilidad tienen un efecto destructivo de 5.148 veces más de presenciar violencia que los



niños/as que no viven en vulnerabilidad. De acuerdo a un estudio realizado por Pérez y colaboradores (61), sobre la violencia intrafamiliar, exponen que existen condiciones de riesgo en niños siendo uno de ellos la discapacidad física o síquica; a nivel familia, familiares con antecedentes de conducta violenta y a nivel del entorno, las condiciones de riesgo son pobreza, aceptación cultural de violencia. De acuerdo a un estudio realizado en el año 2013, los autores encontraron que en el cantón Azuay el 65% de las familias manifiestan que sí existe violencia dentro de su círculo familiar y el 35% declara que no lo hay. Así también el extracto social de estas familias es de medianos y bajos recursos; lo que conlleva a que la mayoría no poseen una vivienda propia (62).

Asimismo, cuando los niños/as viven en una vivienda que sea cedida o gratuita, una vivienda en donde pagan un arriendo, anticrisis y/o arriendo recibido por servicios y otro tipo de vivienda también tiene un efecto destructivo de sufrir violencia en comparación con los niños/as que viven en una vivienda propia y la están pagando o que sea propia y esté totalmente pagada. En un estudio realizado por Lemaitre y colaboradores, sobre la violencia intrafamiliar, encontraron que la vivienda propia tiene un efecto protector porque facilita la solución del conflicto, disminuye el estrés económico, aumenta el estatus de la mujer (63). En el presente estudio también se encontró que vivir en hacinamiento es un proceso destructivo (OR: 1.431 IC: 1.148-1.783) para que exista violencia en relación a aquellos niños que no viven en hacinamiento. En un estudio realizado por L Cant y colaboradores encontraron que la presencia de hacinamiento en los hogares se asocian con un aumento del 23 al 46% en riesgo de denuncias de abuso sexual infantil (64). De acuerdo a la búsqueda realizada de estudios sobre hacinamiento, no se han encontrado estudios específicos que analicen esta situación con la presencia de violencia, pero hay estudios que indican que vivir en hacinamiento por ejemplo es un factor destructivo para presentar desnutrición (65).

Uno de los factores que genera un efecto destructivo para no tener suficiente comida es la residencia, específicamente en aquellos niños/as que no viven en el cantón Cuenca, sino que viven en los demás cantones de la provincia del Azuay. Entre



otros factores destructivos se encuentra aquellos niños/as menores de 5 años que viven en vulnerabilidad, viven en viviendas que no son propias y en hacinamiento.

En Ecuador, Perú y Bolivia, los problemas de salud nutricional tanto de las regiones andinas como de las costaneras se relacionan en gran medida a: la inadecuada utilización de servicios de salud, condiciones de la vivienda, accesibilidad a todos los servicios básicos, la persona cuidadora del niño o niña y el nivel socio económico de la familia (66).

En el presente estudio también se encontró que los factores analizados en los modos de vida como vivir en otros cantones del Azuay que no sea el cantón Cuenca y vivir en vulnerabilidad, son factores destructivos sobre la desnutrición crónica en niños menores de 5 años.

Entre los factores que afecta el nivel de hemoglobina conllevando a la presencia de anemia en preescolares se encuentran la etnia y vivir en de vulnerabilidad. Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT ECU 2012), la prevalencia de anemia en menores de 5 años por etnia es el 25.7% (10).

En el análisis realizado sobre los tipos de discapacidad se encontró que, de los 3808 datos registrados de niños y niñas menores de 5 años, apenas 30 niños/as tienen alguna discapacidad sea física, intelectual, visual o auditiva. La discapacidad física es más presente en la desnutrición crónica que en el sobrepeso y obesidad e igualmente con la discapacidad intelectual. En un estudio realizado Osorio y colaboradores (67), encontraron que los niños con discapacidad visual tuvieron mayor porcentaje de desnutrición crónica, también mostraron mayores porcentajes de sobrepeso y obesidad, comparados con los de discapacidad auditiva.

Ahora, desde el nivel individual se abarca el estilo de vida mismo que comprende a) Itinerario típico personal en la jornada de trabajo. b) Patrón familiar y personal de consumo: alimentación; descanso; vivienda; acceso y calidad de servicios; recreación. c) Concepciones y valores personales. d) Capacidad personal para organizar acciones en defensa de la salud. e) Itinerario ecológico personal (24).



En los análisis de estilo de vida, se identificó el mal estado nutricional de los niños menores de 5 años como desnutrición crónica, sobrepeso y obesidad, además aquellos niños que tienen anemia y se relacionaron con los factores de edad, queda al cuidado de alguien, quién cuida al niño, presencia de violencia y suficiente comida. Los factores destructivos para que los preescolares presenten desnutrición crónica son los niños que se encuentran en la edad de 0 a 24 meses (OR: 1.248 IC: 1.070-1.436) que los niños de 25 a 60 meses; cuando tienen el cuidado de una persona alterna sea esta abuelo/a, hermanos/as, tíos, etc. (OR: 1.404 IC: 1.141-1.728) que los niños que son cuidados por padre o madre; cuando existe violencia (OR:1.591 IC: 1.231-2.055). En los niños que presentan sobrepeso y obesidad, la edad en el rango de 0 a 24 meses (OR: 2.115 IC: 1.751-2.555) también es un factor destructivo para presentar este estado nutricional que los niños de 25 a 60 meses.

Entre los factores destructivos para que los niños/as menores de 5 años presenten anemia están los niños/as con edad de 0 a 24 meses (OR: 1.928 IC: 1.598-2.327) que los niños de 25 a 60 meses y aquellos niños que no tienen suficiente comida (OR: 1.800 IC: 1.439-2.252).

En cuanto a las prevalencias del estado nutricional, en el presente estudio se encontró 74,1% de preescolares con el indicador de baja talla y baja talla severa para la edad, en el Ecuador, en la última encuesta ENSANUT 2018 reportaron una prevalencia del 23% de desnutrición crónica (68). En la última encuesta ENSANUT del país, no existen datos sobre la prevalencia del riesgo de sobrepeso y obesidad en menores de 5 años, sin embargo, en la encuesta ENSANUT 2012, reportaron que a nivel nacional la prevalencia de riesgo de sobrepeso en niños de 0 a 60 meses es de 21,9%, mientras que en el presente estudio la prevalencia de riesgo de sobrepeso con el indicador de IMC/edad es de 38,2%.



Ventajas

Una de las ventajas de esta investigación es que es el primer estudio en analizar datos de estado nutricional de preescolares de la dirección distrital 01D01-Cuenca -MIES desde la perspectiva de la Determinación Social, categoría de la Epidemiología Crítica.

Limitaciones

Como una limitación del presente estudio a considerar es que la base de datos del MIES no tiene el registro completo de todas las variables y por lo mismo los resultados tendrán el sesgo de haber trabajado con los 3808 registros válidos; sin embargo, no invalida los resultados de la investigación.



CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

Los resultados encontrados en el presente estudio conllevan a la necesidad de poner mayor atención en el ámbito nutricional de los niños menores de 5 años ya que se evidencia la presencia de la mal nutrición en este grupo etario. Desde la perspectiva de la determinación social, se evidencia distintas condiciones subsumidas en las realidades socio históricas de los cantones del Azuay, mismas que no permiten que los niños menores de 5 años gocen de una buena salud nutricional. El estudio de los modos de vida de los preescolares, es decir analizando sexo, residencia, etnia, vulnerabilidad, propiedad de la vivienda, hacinamiento conjuntamente con queda al cuidado de alguien, quién cuida, violencia y suficiente comida permitió encontrar asociaciones estadísticamente significativas específicamente entre el lugar de residencia y vulnerabilidad con queda al cuidado de alguien; entre vulnerabilidad, propiedad de la vivienda y hacinamiento con la presencia del violencia; comida suficiente con residencia, vulnerabilidad, propiedad de la vivienda y hacinamiento. Además, los factores como la vulnerabilidad y el hacinamiento relacionados con la mal nutrición en los preescolares.

En el análisis del estilo de vida de los preescolares, teniendo como base el estado nutricional, se encontraron factores como tener menos de 25 meses, recibir el cuidado alterno y sufrir de violencia son factores destructivos para la presencia de la desnutrición crónica. En cuanto a los niños con anemia se encontraron dos factores destructivos para este diagnóstico uno de ellos es la edad y otro no tener suficiente comida.

Los factores destructivos encontrados en el presente estudio que afectan los modos y estilos de vida de los preescolares, generan procesos críticos en los niveles particular y singular, generando inequidad social; sin embargo, esta inestabilidad que se evidencia quizá se deba al órgano superior es decir desde el gobierno central que es el encargado de garantizar los derechos a la salud, alimentación, entre otros. Estos factores o procesos críticos pueden ser modificables o prevenibles, ejecutando acciones por parte de los responsables del bienestar social, político,



económico, cultural y de salud con el fin de coordinar actividades y trabajos continuos de vigilancia comunitaria que permitan el desarrollo de un verdadero crecimiento infantil sano y saludable.



RECOMENDACIONES

- Ejecutar acciones que estén orientadas en mejorar el área de vigilancia nutricional en las instituciones atendidas por el MIES, con el fin de que todas las personas involucradas en el cuidado de los niños y niñas menores de 5 años ayuden a mejorar el estado nutricional. Por otro lado, es necesario salir de la visión convencional en la que solo se maneja la parte clínica y se deja de lado los modos y estilos de vivir de los individuos.
- Realizar capacitaciones a los educadores, padres o cuidadores directos de los niños con base en los resultados obtenidos en esta investigación. Se podría dar inicio con la creación de ferias de nutrición, espacios sociales, entre otras, dichas acciones van ayudar a dinamizar a los grupos sociales y van a permitir que estos se comprometan para lograr las metas establecidas.
- Fortalecer los procesos protectores y trabajar en una solución para los factores destructivos en los dominios particular e individual.
- Socializar los resultados de este proyecto de investigación a las instituciones competentes para que se puedan tomar decisiones acertadas. Para finalizar se recomienda realizar investigaciones desde la epidemiología crítica en el área nutricional.
- Crear un sistema de vigilancia fortalecido que ayude al crecimiento y desarrollo normal de los niños y niñas menores de 5 años.



CAPÍTULO VIII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Breilh J. La Determinación Social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública (salud colectiva).2013 :45.
2. Páez DA. Pensando una epidemiología para la alimentación: Una genealogía de los estudios nutricionales en Ecuador. Salud Colect. septiembre de 2018;14:607-22.
3. Organización Mundial de la Salud. Malnutrición [Internet]. [citado 8 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>
4. Wisbaum W, Collantes S, Barbero B, Allí D, Arias M, Benlloch I, et al. LA DESNUTRICIÓN INFANTIL. Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. noviembre de 2011;21.
5. Freire WB., Ramírez-Luzuriaga MJ., Belmont P., Mendieta MJ., Silva-Jaramillo, MK., Romero N., Sáenz K., Piñeiros P., Gómez LF., Monge R. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de la población ecuatoriana de cero a 59 años. ENSANUT-ECU; 2014.
6. Secretaría Nacional de Planificación. Objetivos del Milenio [Internet]. 2014. Disponible en: <https://www.planificacion.gob.ec/wp>
7. Sandoval K. Enfoque de la determinación social de la malnutrición infantil en niños y niñas que acuden a los Centros de Desarrollo Infantil (CDI) del MIES, en la Administración Zonal Quitumbe, en el año 2018 [Internet]. 2018. Disponible en: <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/6994/1/T3000-MESC-Sandoval-Enfoque.pdf>
8. CEPAL. Malnutrición en niños y niñas en América Latina y el Caribe. 2018.



9. UNICEF. UNICER, PMA Y OPS trabajan juntos contra la desnutrición infantil [Internet]. 2015. Disponible en: http://www.unicef.org/ecuador/media_9001.htm.
10. Ministerio de salud pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición: ENSANUT-ECU 2012. Quito: INEC; 2014.
11. Ochoa GEM, Avilez DEM, Tutivén M de LH, Ulloa MEA, Ulloa SVA. Estado nutricional y hábitos del estilo de vida en preescolares de los centros infantiles en Cuenca – Ecuador Presentado en el Congreso en Investigación de la Salud: Enfoques, avances y desafíos. Universidad de Cuenca. Junio de 2016. Rev Fac Cienc Médicas Univ Cuenca. 7 de noviembre de 2016;34(2):74-83.
12. Gonzales E, Huamán-Espino L, Gutiérrez C, Aparco JP, Pillaca. Caracterización de la anemia en niños menores de cinco años de zonas urbanas de Huancavelica y Ucayali en el Perú [Internet]. 2015. Disponible en: www.redalyc.org/pdf/363/36342789004.pdf.
13. Beltrán MLC. Enfermedades por Desnutrición [Internet]. 2016. Disponible en: <http://desnutricion.org/enfermedades-por-desnutricion>.
14. Durán P MGBAKLAGE. Estudio descriptivo de la situación nutricional en niños de 6-72 meses de la República Argentina. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS). 2009;107(5):397-404.
15. Segura L, Montes C. Pobreza y Desnutrición Infantil. 2005.
16. Breilh J. El vínculo entre producción negligente, débil justicia y ciencia comprada [Internet]. 2013 [citado 5 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://docplayer.es/146562445-El-vinculo-entre-produccion-negligente-debil-justicia-y-ciencia-comprada.html>
17. PMA. “Impacto Social y Económico de la Malnutrición Resultados del Estudio Realizado en Ecuador”. Comisión Económica para América Latina y el Caribe Programa Mundial de Alimentos; 2017.



18. Huergo J, Casabona EL. El estado nutricional infantil en contextos de pobreza urbana: ¿indicador fidedigno de la salud familiar? Salud Colect. marzo de 2016;12:97-111.
19. Keinert TMM, Paula SHB de, Bonfim JR de A, editores. As ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde. São Paulo: Instituto de Saúde; 2009. 233 p. (Coleção Temas em saúde coletiva).
20. Solís T, María Fernanda. Metabolismo del desecho en la determinación social de la salud: economía política y geografía crítica de la basura en el Ecuador 2009-2013. 2014 [citado 12 de noviembre de 2019]; Disponible en: <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/3986>
21. Solís T F. Lo que la mina se llevó. Estudio de impactos psicosociales y socioecosistémicos tras la salida de la empresa Kinross en las comunidades ubicadas en la zona de influencia directa del Proyecto Fruta del Norte. 2016;167.
22. Breilh J. Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar; 2007.
23. Álvarez C L. Los estilos de vida en salud: del individuo al contexto. 2012;30(!):95-101.
24. Nogueira RP, editor. Determinação social da saúde e reforma sanitária. Rio de Janeiro, Brazil: Cebes, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2010. 200 p. (Coleção Pensar em saúde).
25. Breilh J. El género entre fuegos: inequidad y esperanza [Internet]. 1996 [citado 20 de enero de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/3552>
26. Breilh J. Las Tres 'S' De La Determinación De La Vida: 10 Tesis Hacia Una Visión Crítica De La Determinación Social De La Vida y La Salud. 2010;15.



27. Velandia S, Hodgson MI, Le Roy C. Evaluación nutricional en niños hospitalizados en un Servicio de Pediatría. Rev Chil Pediatría. octubre de 2016;87(5):359-65.
28. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo [Internet]. 2018 [citado 21 de julio de 2020]. Disponible en: <http://www.fao.org/state-of-food-security-nutrition/2018/es/>
29. Moreno-Ruiz DV, Marie-Picon M, Marrugo-Arnedo CA, Marrugo V, Universidad San Buenaventura. Cartagena, Bolívar, Colombia, Alvis Guzmán NR, et al. Determinantes socioeconómicos del estado nutricional en menores de cinco años atendidos en el Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja. Rev Univ Ind Santander Salud. 1 de abril de 2017;49(2):352-63.
30. Acurio Páez D. Cuenca: alimentación, inequidad y poder: Estudio de la determinación socio cultural de los consumos alimentarios y del estado nutricional en la ciudad de Cuenca. En: VI Encuentro Latinoamericano de Metodología de las Ciencias Sociales, 7 al 9 de noviembre de 2018 [Internet]. 2018. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.12561/ev.12561.pdf
31. Luna Hernández JA, Hernández Arteaga I, Rojas Zapata AF, Cadena Chala MC. Estado nutricional y neurodesarrollo en la primera infancia. Rev Cuba Salud Pública. diciembre de 2018;44:169-85.
32. Horacio Marquez, García V. Clasificación y evaluación de la desnutrición en el paciente pediátrico [Internet]. 2012 [citado 21 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2012/rr122d.pdf>
33. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso [Internet]. 2017 [citado 5 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>



34. OMS. 10 datos sobre la obesidad [Internet]. 2017 [citado 21 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/features/factfiles/obesity/es/>
35. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Malnutrición en niños y niñas en América Latina y el Caribe [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/enfoques/malnutricion-ninos-ninas-america-latinacaribe>.
36. Díaz Amador Y, Da Costa Leites Da Silva L, Díaz Amador Y, Da Costa Leites Da Silva L. Caracterización de hábitos alimentarios y estado nutricional de preescolares. Rev Cuba Enferm [Internet]. junio de 2019 [citado 16 de diciembre de 2021];35(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03192019000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
37. Morillo, K., Sánchez, P., Rosero, G., Toscano, D., Sánchez, A., Jiménez, E., Carrera, V. Criterios de vulnerabilidad y resultados de la aplicación de la Ficha de Vulnerabilidad a usuarios de los servicios de inclusión social del MIES. Quito; 2018.
38. Prevalencia de anemia en niños del proyecto EquiDar de la región de Azuay-Ecuador [Internet]. [citado 2 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=82913>
39. Martínez Espinosa F. Historias de Cuenca. El Mercurio; 2017.
40. Asamblea Nacional. Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomías y Descentralización. PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR DIRECTOR DEL REGISTRO OFICIAL; 2019.
41. Secretaría Técnica Planifica Ecuador. Niveles administrativos de planificación. Quito: Gobierno de la Republica del Ecuador; 2017.
42. Superintendencias de Compañías. Desarrollo económico de Azuay. 2018;



43. Cámara de Industrias, Producción y Empleo. Posicionamiento económico de Azuay. Cuenca: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; 2018.
44. Secretaría de Desarrollo Social. Violencia de genero en provincias del Ecuador. Cuenca: MJGD Parts; 2008.
45. Pino, Efrén Avilés. Enciclopedia del Ecuador. Cuenca: JH. Print; 2008.
46. CEPAL–ONU. El desarrollo sustentable: transformación productiva, equidad y medio ambiente. Santiago de Chile: CEPAL; 2011.
47. INEC. Censo de Población y Vivienda. Cuenca; 2010.
48. Rebaï, Nasser. Crecimiento urbano, agricultura familiar y perspectivas de desarrollo territorial rural en los Andes del Ecuador. Quito: FLACSO Ecuador; 2015.
49. Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo. Incorporar la gestión del riesgo en la planificación territorial. Quito; 2010.
50. Massiris, A. «Ordenación del territorio en América Latina» en Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales. Vol. VI, Número 125. Universidad de Barcelona, España; 2012.
51. Storper, M. The Global Economy and Territoriality of Economic Development: Notes on a Research Agenda for the 1990s. California: University of California, GSAUP, January; 2009.
52. Riechmann, J. Desarrollo sostenible: la lucha por la interpretación. Madrid: Juan J. De Damborenea (coord.) De la Economía a la Ecología; 2019.
53. Consejo Nacional para la Igualdad de Género. Análisis de los resultados de la Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres. Quito; 2014.



54. Porter, M. *The Competitive Advantage of Nations*. New York: The Free Press; 2007.
55. OECD. *Towards a New Role for Spatial Planning*. The Proceedings of the Conference, Room Document No. 5. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development, Territorial Development Policy Committee; 2015.
56. Vargas M, Hernández E. Los determinantes sociales de la desnutrición infantil en Colombia vistos desde la medicina familiar. *Medwave* [Internet]. 10 de marzo de 2020 [citado 26 de septiembre de 2021];20(2). Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfoques/ProbSP/7839.act>
57. Pineda A. *Nutrición en niños y niñas afrodescendientes de Colón Eloy del María, provincia de Esmeraldas* [Internet]. 2020. Disponible en: <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/8064/1/T3499-MESC-Pineda-Nutricion.pdf>
58. Breilh J. *La Determinación Social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública (salud colectiva)*. 2013.
59. Chirino Ortiz F. *Situación familiar y social de los niños, niñas y adolescentes que han perdido el cuidado parental o están en riesgo de perderlo. Caso La Guardia - Santa Cruz, Bolivia*. *Rev Aportes Comun Cult*. diciembre de 2017;(23):59-70.
60. Reyes B. *Enfoque desde la medicina de familia en niños menores de 5 años del cantón Cuenca*. 2017;(Revista de Ciencias Científicas):12-56.
61. Pérez Cabrera CL, Peña Cruz G, Cabrera Reyes L de la C. *Maltrato infantil y la atención en el nivel primario de salud*. *Humanidades Médicas*. agosto de 2017;17(2):415-35.



62. García S. Violencia intrafamiliar y su impacto en el rendimiento escolar y psicológico del niño, niña y adolescentes. Universidad Central del Ecuador; 2013.
63. Julieta LR, Sandra GJ, Hernán RR. Vivienda/violencia: intersecciones de la vivienda y la violencia intrafamiliar en Ciudad Bolívar, Bogotá. Rev Estud Soc. septiembre de 2014;(50):71-86.
64. Cant RL, O'Donnell M, Sims S, Harries M. Overcrowded housing: One of a constellation of vulnerabilities for child sexual abuse. Child Abuse Negl. julio de 2019;93:239-48.
65. Fuentes ED. HACINAMIENTO EN MENORES DE 5 AÑOS COMO FACTOR DE RIESGO PARA INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN UNA COMUNIDAD RURAL DE HONDURAS. REV MED HONDUR. 2016;84:5.
66. Larrea C. Desnutrición, Etnicidad y Pobreza en el Ecuador y el área Andina. 2019;(Revista de la UNICEF-FLACSO).
67. Osorio Murillo O, Parra González LM, Henao Castaño ÁM, Fajardo Ramos E. Hábitos alimentarios, actividad física y estado nutricional en escolares en situación de discapacidad visual y auditiva. Rev Cuba Salud Pública. junio de 2017;43(2):214-29.
68. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Salud, Salud Reproductiva y Nutrición [Internet]. Instituto Nacional de Estadística y Censos. 2018 [citado 19 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/salud-salud-reproductiva-y-nutricion/>



CAPÍTULO IX

ANEXOS

ANEXO 1

Operacionalización De Variables

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad	Tiempo en años	Edad en años	<ul style="list-style-type: none"> • Niño de 0 a 24 meses • Niño de 25 a 60 meses
Sexo	Características fenotípicas que determinan las diferencias entre hombre y mujer.	Biológica	Sexo	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino
Residencia	Lugar de origen	Social cultural	Cantón de residencia	<ul style="list-style-type: none"> • Camilo Ponce Enríquez • Cuenca • Girón • Nabón • Oña • Pucará • San Fernando • Santa Isabel
Etnia	Comunidad humana que comparte un conjunto de rasgos de tipo sociocultural, al igual que afinidades raciales.	Social	Raza	<ul style="list-style-type: none"> • Afroecuatoriano • Blanco • Indígena • Mestizo • Montubio • Mulato • Negro • Otro
Estado nutricional	El estado nutricional es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades	Medidas antropométricas	Talla edad Peso/edad	<ul style="list-style-type: none"> • Baja talla severa • Baja talla • Talla normal • Talla alta • Talla muy alta • Bajo peso severo



	dietéticas del organismo.		Peso/talla IMC/Edad	<ul style="list-style-type: none">• Bajo peso• Peso normal• Peso elevado• Severamente emaciado• Emaciado• Normal• Riesgo de sobrepeso• Sobrepeso• Obesidad• Severamente emaciado• Emaciado• Normal• Riesgo de sobrepeso• Sobrepeso• Obesidad
Hemoglobina	Examen de sangre que mide la cantidad de hemoglobina sanguínea.	Muestra de sangre capilar	g/dL <ul style="list-style-type: none">• < 7• 7.1-9.9• 10.0-10.9• > 11	<ul style="list-style-type: none">• Anemia severa• Anemia moderada• Anemia leve:• Normal
Ficha de vulnerabilidad	Índice de condiciones de vida y vulnerabilidad, constituido por variables que pueden ser agrupadas según las condiciones de la vivienda, características del hogar y vulnerabilidad	Encuesta	Nivel de vulnerabilidad Datos generales de la vivienda 1. Vías de acceso a la vivienda	<ul style="list-style-type: none">• Extremo vulnerable• Vulnerable• No vulnerable• Carretera-calle pavimentada-adoquinada• Empedrado• Lastrado/ calle de tierra• Otro• Río/mar/lago



	es particulares identificadas para cada población.		2. Tipo de vivienda 3. Estado general de la vivienda 4. Su vivienda es 5. ¿De cuántos cuartos dispone su vivienda? 6. De estos cuartos ¿Cuántos utiliza exclusivamente para dormir? 7. Hacinamiento 8. ¿De qué servicios	<ul style="list-style-type: none">• Sendero/camino/ch aquiñán• Casa/villa• Cuartos (casa inquilino)• Departamento en casa o edificio• Mediagua• Choza• Covacha/rancho• Otro• Bueno• Malo• Regular• Propia y la está pagando• Propia y totalmente pagada• Anticreses y /o arriendo• En arriendo• Cedida o gratuita• Recibida por servicios• Otra• 1-5• 6-10• 1-3• 4-7• Sí• No
--	--	--	---	---



			<p>básicos dispone su vivienda?</p> <table border="1"> <tr><td>Energía eléctrica</td></tr> <tr><td>Agua potable</td></tr> <tr><td>Alcantarillado</td></tr> <tr><td>Recolección de basura</td></tr> <tr><td>Teléfono</td></tr> <tr><td>Internet</td></tr> <tr><td>Ninguno</td></tr> </table>	Energía eléctrica	Agua potable	Alcantarillado	Recolección de basura	Teléfono	Internet	Ninguno	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Sí</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Sí	No														
Energía eléctrica																											
Agua potable																											
Alcantarillado																											
Recolección de basura																											
Teléfono																											
Internet																											
Ninguno																											
Sí	No																										
			<p>9. De dónde proviene el agua que dispone para su hogar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Red pública • Carro repartidor/triciclo • Otra fuente por tubería • Pila/pileta/llave pública • Agua/lluvia • Pozo • Río/vertiente o acequia • Otro 																								
			<p>Datos de vulnerabilidad</p> <p><u>Información del padre</u></p> <p>10. ¿El padre vive en el hogar?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí • No <p>11. ¿El padre trabaja?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí • No <p>12. Si la respuesta es sí, seleccione el tipo de trabajo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fijo • Eventual <p>13. Si la respuesta es fija ¿qué jornada?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Horas • Jornada completa • Media jornada 																								



			<p><u>Información de la madre</u></p> <p>14. ¿La madre vive en el hogar?</p> <ul style="list-style-type: none">• Sí• No <p>15. ¿La madre trabaja?</p> <ul style="list-style-type: none">• Sí• No <p>16. Si la respuesta es sí, seleccione el tipo de trabajo</p> <ul style="list-style-type: none">• Fijo• Eventual <p>17. Si la respuesta es fija ¿qué jornada?</p> <ul style="list-style-type: none">• Horas• Jornada completa• Media jornada <p>Cuidado y seguridad del niño</p> <p>18. ¿Quién cuida al niño permanentemente?</p> <ul style="list-style-type: none">• Abuelo/a• Hermanos/as• Madre• Otros familiares• Otros no parientes• Padrastro/madrastra• Padre• Servicio doméstico <p>19. ¿Cuándo usted, sale sus hijos/as quedan al cuidado de alguien?</p> <ul style="list-style-type: none">• Sí• No <p>20. Si la respuesta es sí, ¿Quién?</p> <ul style="list-style-type: none">• Abuelo/a• Hermanos/as• Madre• Otros familiares• Otros no parientes• Padrastro/madrastra	
--	--	--	--	--



			<p>21. ¿Cree usted que alguna vez los miembros de su familia han sufrido algún tipo de maltrato o violencia?</p> <p>22. Cuando el niño se porta mal usted</p> <p>23. Durante las dos últimas semanas ¿tuvieron en su hogar suficiente comida para alimentar a todos los miembros del núcleo familiar?</p> <p>24. ¿El niño/a tiene discapacidad?</p> <p>25. Si la respuesta es sí, señalar el tipo de discapacidad</p> <p>Sección exclusiva niños/as menores de 5 años</p>	<ul style="list-style-type: none">• Padre• Servicio doméstico• Sí• No• Dialoga con el/ella sobre lo sucedido• Lo castiga físicamente• Lo reprende verbalmente• No le da importancia/ es indiferente• Sí• No• Sí• No• Auditiva• Física• Intelectual• Psicosocial• visual
--	--	--	---	---



			26. Durante el último mes ¿el niño presentado diarrea?	<ul style="list-style-type: none">• Sí• No
			27. Durante el último mes ¿el niño presentado enfermedad respiratoria?	<ul style="list-style-type: none">• Sí• No



ANEXO 2 Formulario



UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Características sociodemográficas

1) Edad

- Niño de 0 a 24 meses
- Niño de 25 a 60 meses

2) Sexo

- Femenino
- Masculino

3) Residencia

- Camilo Ponce Enríquez
- Cuenca
- Girón
- Nabón
- Oña
- Pucará
- San Fernando
- Santa Isabel

4) Etnia

- Afroecuatoriano
- Blanco
- Indígena
- Mestizo
- Montubio



- Mulato negro
- Otro

Estado nutricional

Peso	
Talla	
Hemoglobina	

Datos generales de la vivienda

5) Vías de acceso a la vivienda

- Carretera-calle pavimentada-adoquinada
- Empedrado
- Lastrado/ calle de tierra
- Otro
- Río/mar/lago
- Sendero/camino/chaquiñán

6) Tipo de vivienda

- Casa/villa
- Choza
- Covacha/rancho
- Cuartos (casa inquilino)
- Departamento en casa o edificio
- Mediagua
- Otro

7) Estado general de la vivienda

- Bueno
- Malo
- Regular

8) Su vivienda es

- Anticreses y /o arriendo



- Cedida o gratuita
- En arriendo
- Otra
- Propia y la está pagando
- Propia y totalmente pagada
- Recibida por servicios

9) ¿De cuántos cuartos dispone su vivienda?

- 1-5
- 6-10

10) De estos cuartos ¿Cuántos utiliza exclusivamente para dormir?

- 1-3
- 4-7

11) Hacinamiento

- Sí
- No

12) ¿De qué servicios básicos dispone su vivienda?

	Sí	No
Energía eléctrica		
Agua potable		
Alcantarillado		
Recolección de basura		
Teléfono		
Internet		
Ninguno		

13) ¿De dónde proviene el agua que dispone para su hogar?

- Agua/lluvia
- Carro repartidor/triciclo
- Otra fuente por tubería
- Otro



- Pila/pileta/llave pública
- Pozo
- Red pública
- Río/vertiente o acequia

Datos de vulnerabilidad

Información del padre

14) ¿El padre vive en el hogar?

- Sí
- No

15) ¿El padre trabaja?

- Sí
- No

16) Si la respuesta es sí, seleccione el tipo de trabajo

- Fijo
- Eventual

17) Si la respuesta es fija ¿qué jornada?

- Horas
- Jornada completa
- Media jornada

Información de la madre

18) ¿La madre vive en el hogar?

- Sí
- No

19) ¿La madre trabaja?

- Sí
- No

20) Si la respuesta es sí, seleccione el tipo de trabajo



- Fijo
- Eventual

21) Si la respuesta es fija ¿qué jornada?

- Horas
- Jornada completa
- Media jornada

Cuidado y seguridad del niño

22) ¿Quién cuida al niño permanentemente?

- Abuelo/a
- Hermanos/as
- Madre
- Otros familiares
- Otros no parientes
- Padrastro/madrastra
- Padre
- Servicio domestico

23) ¿Cuándo usted, sale sus hijos/as quedan al cuidado de alguien?

- Sí
- No

24) Si la respuesta es sí, ¿Quién?

- Abuelo/a
- Hermanos/as
- Madre
- Otros familiares
- Otros no parientes
- Padrastro/madrastra
- Padre
- Servicio doméstico



25) ¿Cree usted que alguna vez los miembros de su familia han sufrido algún tipo de maltrato o violencia?

- Sí
- No

26) Cuando el niño se porta mal usted

- Dialoga con el/ella sobre lo sucedido
- Lo castiga físicamente
- Lo reprende verbalmente
- No le da importancia/ es indiferente

27) Durante las dos últimas semanas ¿tuvieron en su hogar suficiente comida para alimentar a todos los miembros del núcleo familiar?

- Sí
- No

28) ¿El niño/a tiene discapacidad?

- Sí
- No

29) Si la respuesta es sí, señalar el tipo de discapacidad

- Auditiva
- Física
- Intelectual
- Psicosocial
- visual

Sección exclusiva niños/as menores de 5 años

30) Durante el último mes ¿el niño ha presentado diarrea?

- Sí
- No

31) Durante el último mes ¿el niño ha presentado enfermedad respiratoria?

- Sí
- No