

Universidad Andina Simón Bolívar

Sede Ecuador

Área de Salud

Maestría en Epidemiología y Salud Colectiva

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

Karol Mabel Sandoval Illescas

Tutora: María de Lourdes Larrea Castelo

Quito, 2019

Trabajo almacenado en el Repositorio Institucional UASB-DIGITAL con licencia Creative Commons 4.0 Internacional

	Reconocimiento de créditos de la obra No comercial Sin obras derivadas	
---	--	---

Para usar esta obra, deben respetarse los términos de esta licencia

Cláusula de cesión de derechos de publicación

Yo, Karol Mabel Sandoval Illescas, autora del trabajo titulado “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”, mediante el presente documento de constancia de que la obra es de mi exclusiva autoría y producción, que la he elaborado para cumplir con uno de los requisitos previos para la obtención del título de Magister en Epidemiología y salud colectiva en la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

1. Cedo a la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, durante 36 meses a partir de mi graduación, pudiendo, por lo tanto, la Universidad utilizar y usar esta obra por cualquier medio conocido o por conocer, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.
2. Declaro que en caso de presentarse cualquier reclamación de parte de terceros respecto de los derechos de autor/a de la obra antes referida, yo asumiré toda responsabilidad frente a terceros y a la Universidad.
3. En esta fecha entrego a la Secretaría General, el ejemplar respectivo y sus anexos en formato impreso y digital o electrónico.

30 de octubre de 2019

Firma: _____

Resumen

La prevalencia de la malnutrición infantil en la Administración zonal Quitumbe así como la necesidad de los centros infantiles del MIES de la Dirección Distrital Quito Sur, de lograr una solución sostenible para los problemas del proceso alimentación-nutrición infantil motivaron a analizar la determinación social del componente de atención alimentaria y nutricional de niños y niñas que asisten a los CDI de la Administración Zonal Quitumbe Para ello se realizó una investigación sustentada en la epidemiología crítica, fundamentándose, como concepto fundamental, en el realismo dialéctico que sustenta el investigador ecuatoriano Jaime Breilh.

La investigación permitió identificar que los niños que viven en barrios de condiciones deficitarias se encuentran en los centros Claudia Beltrán, Estrellitas futuras del sur, Santa Cruz. Mayores tasas de participación en organizaciones se observan en barrios de mejores condiciones, como El tránsito, Ciudadela Ibarra, Martha Bucaram, denotando a La Ecuatoriana como un barrio de condiciones más deterioradas, donde se observa el mayor porcentaje de hacinamiento (40%). La participación social en torno a la salud nutricional de los barrios que observan mejores condiciones es mayor que la de los de mayor vulnerabilidad.

Según el nivel de afectación, por la relación talla/edad el 43,5% de los niños tiene riesgo de presentar desnutrición crónica, dado por los modos de vida y estilo de vida de las familias de los niños CDI que se encuentran inmersas en el consumismo de comidas poco saludables. El riesgo de desnutrición crónica se da por el hacinamiento, el tipo de vivienda, bajos ingresos económicos, patrones alimenticio y por el grado de vulnerabilidad que se presenta en los barrios donde se ubican los CDI. .

El estudio además nos permitió determinar que el 38.1% de los niños y niñas que acuden a los CDI del MIES presentan desnutrición crónica dado por alteraciones de los patrones alimenticios y de consumo de las familias de los niños que acudena los CDI.

Palabras clave: malnutrición, determinación social, epidemiología crítica, centros de desarrollo infantil

Agradecimiento

El apoyo y amor incondicional de mi familia, me permitieron ser perseverante y constante para poder concluir de mi tesis. Es por eso que agradezco a todas esas personas por su colaboración y entrega para la culminación de una etapa de mi vida.

Especialmente agradezco a mi tutora por su asesoramiento constante en la obtención de esta tesis, a las autoridades, coordinadoras y educadoras del Ministerio de Inclusión Económica, por su colaboración en la aplicación de las encuestas.

Tabla de contenido

Quito, 2019.....	1
Cláusula de cesión de derechos de publicación	3
Resumen.....	5
Agradecimiento.....	7
Tabla de contenido.....	9
Lista de tablas.....	15
Abreviaturas	17
 Introducción	 19
 Planteamiento del problema.....	 21
 Justificación.....	 25
 Capítulo primero.....	 27
 Marco teórico y Conceptual	 27
 Marco teórico	 27
 Marco conceptual	 28
1. Enfoque crítico de la salud nutricional.....	28
2. Segregación socioespacial.....	30
3. Distrito Metropolitano de Quito.....	32
4. Administración Zonal Quitumbe.....	33
5. Situación de la salud nutricional infantil y el papel de las instituciones.....	34
5.1. Municipio de Quito.....	35
5.2. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Atención médica en CDI.....	36
5.3. Ministerio de Salud Pública. Atención médica en CDI	38
6. Centros de Desarrollo Integral y los procesos críticos desde los dominios de la determinación social.....	38
6.1. Dominio general.....	38
6.1.1. Modelo político ecuatoriano	38
6.1.2. Políticas entorno a la atención alimentaria y nutricional	40
6.1.3. Estructura económica de Ecuador.....	41

6.1.4. Cultura organizacional del Ecuador	42
7. Dominio particular	43
7.1. Distrito Metropolitano de Quito, el modelo de gestión descentralizada y las políticas de atención en los CDI.....	43
7.2. barrios de la Administración zonal Quitumbe y los modos de vida.....	44
7.2.1 Aspectos demográficos, socioeconómico, amenazas y vulnerabilidad	44
8. Dominio individual	45
8.1. Familias integradas a los CDI y sus modos de vida.....	45
Capítulo segundo Diseño metodológico del estudio de la salud nutricional en los CDI del MIES en la AZQ desde la perspectiva de la determinación social	47
1. Metodología de estudio	47
2. Preguntas de investigación	47
3. Objetivos	47
3.1. Objetivo general.....	47
3.2. Objetivos específicos	48
4. Diseño de estudio	48
5. Población de estudio utilizada para la comprensión de la determinación social de la salud	48
5.1. Consideración del grupo de coordinadoras y educadoras	50
5.2. Criterios de inclusión y exclusión de la muestra.....	50
6. Recolección de la información desde la perspectiva de comprensión de la DSS	50
6.1. Mecanismo de recopilación de información	51
7. Modelo de referencia analítico operacional del estudio.....	51
9. Limitaciones de la investigación.....	64
10. Ética de la investigación.....	64
10.1. Principios	64
10.2. Consentimiento informado voluntario y libre	64
10.3. Devolución de la información.....	65
11. Matriz de poder	65
12. Matriz de procesos críticos.....	66
Capítulo tercero.....	71
Resultados.....	71
6. Dominio particular	71
6.1. Modos de vida según vulnerabilidad del barrio	71

7. Dominio individual	77
7.1. La familia de los niños y niñas de los CDI y sus modos de vida	78
7.2. Estilos de vida de las familias relacionados con la nutrición según vulnerabilidad del barrio de residencia	79
8. Nivel de afectación de malnutrición según estilos de vida	87
9. Malnutrición infantil y modos de vida	89
10. Malnutrición y estilos de vida	95
 Capítulo cuarto Discusión, conclusiones, y recomendaciones sobre la malnutrición de los niños/as de los CDI de la Administración Zonal Quitumbe desde el enfoque de la determinación social de la Salud	101
1. Discusión.....	101
2. Conclusión	102
2.1. Procesos críticos en los dominios general particular e individual.....	102
2.2. Aspectos asociados a la vulnerabilidad de las parroquias de la Administración Zonal Quitumbe.....	106
2.3. Aspectos relacionados con el nivel de afectación de malnutrición y la determinación social	107
3. Recomendaciones.....	109
 Lista de referencias.....	111
 Anexos.....	116
 Anexo 1 Inserción social (combinaciones para cada fracción social).....	116
 Anexo 2	118
 Anexo 3 Encuesta epidemiológica determinación social de la malnutrición.....	121
 Anexo 4 Formato de consentimiento informado	131
 Anexo 5 Informe de aprobación del tema de tesis del MIES	132
 Anexo 6	134

Lista de ilustraciones

Figura 1 Mapa político del Distrito Metropolitano de Quito (DMQ).....	33
Figura 2 Administración Zonal Quitumbe (parroquias)	34
Figura 3 Desigualdades por determinantes sociales	36
Gráfico 3 Estado nutricional por inserción social.....	65

Lista de tablas

Tabla 1 Estado nutricional de la población Ecuatoriana menor de 5 años	35
Tabla 2 Derechos enmarcados en el “buen vivir”	39
Tabla 3 Determinación de la Muestra.....	48
Tabla 4 Distribución de la población y de la muestra	49
Tabla 5 Construcción de variable vulnerabilidad de los barrios de la AZQ.....	53
Tabla 6 Operacionalización de variables de la DSS y la atención alimentaria y nutricional de los CDI del MIES en territorio de la AZQ	53
Tabla 7 Matriz de procesos críticos de la determinación social	68
Tabla 8 Características generales de los niños/as de los CDI.....	71
Tabla 9 Disposición de servicios	72
Tabla 10 Entorno de la vivienda.....	72
Tabla 11 Características de los responsables del niño.....	73
Tabla 12 Inserción social de la familia del niño/a	74
Tabla 13 Situación laboral del principal responsable económico	74
Tabla 14 Accesibilidad de las familias a la prestación de salud.....	76
Tabla 15 Vulnerabilidad en espacios de organización social	76
Tabla 16 Nivel de conocimiento de los padres sobre la nutrición infantil	77
Tabla 17 Hábitos de cuidado de la salud nutricional de las familias.....	79
Tabla 18 Vulnerabilidad y patrones alimenticios	80
Tabla 19 Hábitos alimenticios	81
Tabla 20 Prácticas de almacenamiento de alimentos	82
Tabla 21 Consulta médica y nutricional	83
Tabla 22 Patrones de adquisición de los alimentos	84
Tabla 23 Frecuencia de compra de alimentos según vulnerabilidad del barrio.....	84
Tabla 24 Salud nutricional del niño/a según vulnerabilidad del barrio.....	86
Tabla 25 Prevalencia de malnutrición	88
Tabla 26 Manifestaciones de la malnutrición.....	88
Tabla 27 Malnutrición según barrio de residencia y CDI	89
Tabla 28 Malnutrición según calidad de la vivienda.....	91
Tabla 29 Malnutrición según tipo de familia	91

Tabla 30 Malnutrición según características del cuidador del niño o niña fuera del CDI	92
Tabla 31 Malnutrición según inserción social de la familia.....	93
Tabla 32 Malnutrición según forma de participación en espacios de organización y decisión.....	94
Tabla 33 Malnutrición según nivel de conocimiento de los padres sobre nutrición	95
Tabla 34 Hábitos de nutrición	95
Tabla 35 Prácticas de consulta médica	96
Tabla 36 Itinerarios de hábitos alimenticios según nivel de afectación de la malnutrición.....	97
Tabla 37 Prácticas de sanidad según nivel de afectación de la malnutrición	98

Abreviaturas

ANFAB	Asociación Nacional de Fabricantes de Alimentos y Bebidas
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CDI	Centros de desarrollo infantil
CDSS	Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud
CIBV	Centros infantiles del buen vivir
CNH	Creciendo con nuestros hijos
DMQ	Distrito Metropolitano de Quito
COPIISA	Conferencia Plurinacional e Intercultural de Soberanía Alimentaria
DSS	determinación social de la salud
ENSAB	Estudio Nacional de Salud Bucal
FAO	Food and Agriculture Organization
FLACSO	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
GAD	Gobierno autónomo descentralizado
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
INSOC	Inserción Social
ISSFA	Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
ISSPOL	Instituto de Seguridad Social de la Policía
MAIS	Modelo de atención integral de salud
MIES	Ministerio de Inclusión Económica y Social
MSI	Medicina Social Latinoamericana
MSP	Ministerio de Salud Pública del Ecuador
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSC	Organización de la sociedad civil
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PUCE	Pontificia Universidad Católica del Ecuador
SC	Salud Colectiva Latinoamericana
SENPLADES	Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
UASB	Universidad Andina Simón Bolívar

Introducción

La malnutrición infantil en el Ecuador es un problema difícil de erradicar, constituyéndose la causa para el bajo desarrollo físico y mental de los niños.

Según los datos de la UNICEF, al menos un de cada 5 niños menores de cinco años tiene baja talla para la edad. El 12% de los niños tiene desnutrición global. El 16% nacen con bajo peso. (UNICEF 2016).

(INEC, Revista de Estadísticas y Metodologías 2018) Según el Instituto Nacional de Estadística y Censo, la seguridad alimentaria ha evolucionado con los años, e indica que la definición de ésta, según se concretó en la Cumbre Mundial sobre la Alimentación llevada a cabo en 1996 es que “Existe seguridad alimentaria cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimentarias y sus preferencias en cuanto a los alimentos a fin de llevar una vida activa y sana”.

En Ecuador, aun existen deficiencias en la atención por parte del Estado, debido a la pobreza, marcada por la desigualdad en el acceso a los servicios de salud, educación, vivienda y alimentación. A través del Programa Acción Nutrición de la Secretaría Técnica Plan toda una Vida, busca la prevención y recuperación nutricional; sin embargo, su visión sigue inmersa en la mirada causalista que gestiona la resistencia alimentaria y nutricional dentro de un proceso metódico e incesante que incluye acciones de interacción social, promoción, prevención, restauración y rehabilitación, sin la participación activa de los actores involucrados en esta investigación, como son las familias, niños y niñas dependientes de los cuidados y servicios de salud que brindan los CDI, así como la gestión supeditada a las políticas gubernamentales de las administradoras y educadoras de estos centros, que brindan la asistencia a los niños y sus familias. Lo antes descrito ha provocado que las decisiones locales en torno a la malnutrición infantil sean sometidas a las acciones gubernamentales, en el marco de una visión reduccionista que concibe la atención como un acto clínico que involucra exclusivamente al niño.

En el territorio de la Administración Zonal Quitumbe, existen 18 CNH y 46 CDI, establecimientos creados por el MIES, que tiene como propósito servir, promoviendo el desarrollo integral de niños y niñas menores de tres años, en situaciones de pobreza y extrema pobreza. Estos centros de atención con criterio de inclusión, en su mayoría son

aperturados en construcciones adaptadas y administradas por el MIES en condición de comodato, no todos cuentan con espacios de recreación, personal especializado y poco material de trabajo.

Bajo el paradigma de la determinación social, en la investigación se integraron varias doctrinas dentro de un marco interdisciplinario, con el fin de enriquecer el objeto de estudio; que se estableció como la aproximación descrita de la atención alimentaria y nutricional en relación con la construcción de escenarios, en el dominio general, particular e individual.

Este trabajo expone una visión panorámica de los paradigmas de la atención alimentaria y nutricional de los CDI, desde el enfoque convencional, en contraposición con una mirada a la epidemiología crítica de la salud nutricional. Este enfoque se sustenta en la determinación social de la salud según los postulados de Jaime Breilh y describe los elementos teóricos claves para el estudio de la salud nutricional infantil, con base en el entendimiento de la matriz de procesos críticos, el perfil de la determinación social, los procesos protectores y destructivos y el uso de la matriz de poder, conformada por el género, la etnia y la clase social. Adicionalmente, expone los mecanismos para entender la complejidad de los dominios individuales, particulares y generales, en los órdenes económico, político y cultural, relacionados con la determinación social de la salud nutricional.

El análisis de los dominios individuales, particulares y generales, tanto en los órdenes económico, político y cultural de la determinación social de la salud nutricional, son de gran importancia para explicar la vulnerabilidad, a partir del cual se generan procesos que marginan y dan indicios de las desigualdades sociales y los cuidados diferenciados, según los niveles de vulnerabilidad, clase social, régimen de afiliación, afectación de la malnutrición.

Finalmente, este análisis busca determinar que dentro de el estado nutricional infantil aun persisten variaciones de la mala nutrición así como exponer la importancia de la educación alimentaria y la necesidad de que el Gobierno Nacional fortalezca e impulse nuevas políticas tendientes a erradicar la desnutrición infantil.

Planteamiento del problema

Una nutrición adecuada contribuye de manera fundamental a la realización de los derechos de los seres humanos, en especial de los niños y niñas, en cuanto a su salud física y mental. Sin embargo, la malnutrición, en todas sus formas, ha afectado de manera irreversible al desarrollo humano, impactando en el progreso social, económico y en el ejercicio de los derechos humanos en todos los países del mundo (CEPAL 2017, párr. 2). De acuerdo con la FAO (2017, 40) las tasas de desnutrición infantil crónica continúan disminuyendo; no obstante, en el mundo siguen viviendo 155 millones de niños que padecen retraso del crecimiento y los niveles de desnutrición crónica siguen siendo inaceptables, ya que los mismos superan el 10%, establecido como gravedad media por la OMS. Para Fernández et al. (2017, 100) la malnutrición –entendida como la condición nutricional resultante de una dieta deficiente o excesiva, llevándola a la desnutrición, sobrepeso u obesidad– es un problema costoso en varias dimensiones, pues genera congestión de los servicios de salud pública y altos costos al sistema de salud, disminución de la productividad y deterioro de la calidad de vida de la población.

Según la UNICEF (2011, 11) indica que la desnutrición infantil es causada no solo por la falta de alimentos adecuados y nutritivos, sino también por la presencia de enfermedades frecuentes, como parasitosis, malas prácticas de cuidado, y un limitado acceso a servicios básicos y de salud. Según Fernández et al. (2017, 112-4), en el Ecuador, al igual que en el resto de países de la región y el mundo, se enfrenta un enorme desafío de salud, como resultado de una dieta desequilibrada, a causa del consumo deficiente o excesivo de nutrientes; es decir, de malnutrición y su doble carga. El autor expone la malnutrición desde la desnutrición crónica infantil, resultante de la ingesta insuficiente de alimentos y de enfermedades infecciosas, hasta el sobrepeso y la obesidad, como respuesta a la acumulación anormal o excesiva de grasa.

En el Ecuador, la evolución de los indicadores de desnutrición, sobrepeso y obesidad, a nivel nacional, observa una tendencia: altas tasas de desnutrición en los primeros cinco años de vida y altas tasas de sobrepeso y obesidad en niños, adolescentes y adultos. La reducción de la desnutrición ha tenido un progreso muy limitado en el país. (Fernández et al. 2017, 154). En la Encuesta de Condiciones de Vida 2013-2014, los análisis estadísticos obtenidos indican que en Ecuador, el 19,1% de niños en edad

escolar tenían sobrepeso y el 12,1% obesidad, y una prevalencia de 31,2% en el año 2014, evidenciando que la malnutrición por exceso se agudiza a partir de los 5 años (PMA 2017,8). Según el Ministerio de Inclusión Económica y Social los últimos resultados obtenidos por las ECV, son preocupantes por la alta incidencia de la desnutrición crónica en el área rural, la mayoría de provincias del país superan el promedio nacional del índice de desnutrición crónica, siendo aquellas de la Sierra Centro y de la Amazonía las que presentan mayores índices. Esto paralelo a la complejidad de las prácticas culturales en el tema de la desnutrición crónica, haciendo que las familias autoidentificados como indígenas superen los índices de los otros grupos étnicos. (Malo, et al. 2015, 12-13).

La OMS (2015, 1), por su parte, refiere que la creación de la Comisión sobre DSS está logrando la equidad sanitaria; sin embargo, sus propuestas se encuentran limitadas por una interpretación simplificada e instrumental, que continúa replicando el paradigma del biologicismo, al reducir los determinantes a factores de riesgo, estilos de vida y decisiones personales, evadiendo –en general– la argumentación sobre el sistema de acumulación capitalista en la generación de hambre, enfermedad, muerte y mayor inequidad.

Es más preocupante aun el hecho de que todavía se piensa que el aislar –o modificar– uno o varios factores de riesgo, es la solución a los problemas estructurales del proceso alimentación-nutrición, y que este pensamiento se refleje en la toma de decisiones en materia de política social y políticas de salud públicas de muchos países.

Según la epidemiología convencional, los procesos individuales y social aparecen apenas como variables externas, que inciden en estados patológicos de las personas; por el contrario, la epidemiología social asume los procesos colectivos o grupales como elementos que no pueden reducirse a lo individual. (Morales y Eslava 2014,77).

De aquí la necesidad de una lógica dialéctica que mantenga vivos los dos polos del movimiento de la determinación social (individual y colectivo), entendiendo el papel de cada uno dentro de un proceso de generación de cambio, que va de lo menos a lo más complejo, y en el que se encuentran los procesos de reproducción de las condiciones generales de una colectividad (Breilh 2013^a, 230-1).

Desde la mirada de la epidemiología crítica la salud no se direcciona exclusivamente por el orden individual, sino que es un proceso complejo y dialéctico presente en los tres dominios: general, particular y singular, llevando a reproducirse de lo general a lo particular o viceversa. En esta dinámica, los procesos más simples

(dimensión individual) se encuentran subsumidos en los procesos más complejos (Breilh 2013b, 10).

La perspectiva de la epidemiología crítica lleva a descifrar el movimiento de la vida, el metabolismo histórico de la naturaleza de los modos de vida (económicos, políticos, culturales) típicos de una población, además de la interacción con los geno-fenotipos humanos, enmarcándose en la reproducción social como eje central de discusión (11).

Para Sánchez y Constanza (2015, 7-9) la epidemiología crítica utiliza el perfil de la determinación social, mediante el cual se jerarquiza y sistematiza todo el conjunto de fuerzas que componen los procesos protectores y destructivos en los diferentes dominios y órdenes de la determinación social; estos procesos ayudan a reconocer y comprender la trama compleja y dinámica de contradicciones, relacionando lo individual con lo colectivo de la determinación social de la salud nutricional.

Estos autores entienden que “los procesos del dominio estructural en los diferentes órdenes subsumen y constriñen los procesos del nivel particular y singular”. (116) A través de estas interpretaciones, la epidemiología crítica rompe con el paradigma de la epidemiología empírica –que se enmarca en lo biomédico y funcionalista– poniendo énfasis en el sistema económico y sociopolítico, que manipula destructivamente toda relación contraria al consumismo, que se multiplica en espacios de consumo malsanos (Breilh 2015, 968).

En general, la epidemiología crítica culmina con la determinación de la enfermedad actual como parte de un conjunto más amplio de la realidad (enfermedad real) dentro de procesos actuales y del pasado, que persisten y determinan el estado de salud evidente (Breilh 2009, 13).

Justificación

Esta investigación pretende mostrar a la sociedad de que aun existen marcadas desigualdades y deventajas de desarrollo económico y social de la población, especialmente en la salud alimentaria de los niños y niñas, y que estos paradigmas se constituyen como un obstáculo para lograr el buen vivir.

Teóricamente, este proyecto aborda un tema de tipo social que muchas veces los gobiernos establecen en sus objetivos y metas, pero que en su mayoría no son cumplidas totalmente como consecuencia de la mala distribución y desigualdad económica, siendo determinante en el nivel de afectación de la salud nutricional de los niños y niñas.

Desde el punto de vista práctico, se pretende dar a conocer los niveles de afectación del estado nutricional de los niños y niñas de los CDI del MIES que operan en la jurisdicción de la AZQ, así como los modos y estilos de vida de las familias de los niños que acuden a los CDI que inciden en la formación y desarrollo de los niños.

Capítulo primero

Marco teórico y Conceptual

Marco teórico

Centros de desarrollo infantil (CDI): Constituyen una de las modalidades de servicio del Ministerio de inclusión social (MIES), para implementar y promover la política pública de desarrollo infantil integral. (Dirección nacional de servicios de centros infantiles CIBV 2013, 6)

Estado nutricional: Estado fisiológico de una persona que se deriva de la relación entre la ingesta de nutrientes, las necesidades de nutrientes y la capacidad del organismo para digerir, absorber y utilizar dichos nutrientes (FAO y OPS 2017, 116)

Desnutrición infantil: Es el resultado de la ingesta insuficiente de alimentos (en cantidad y calidad), la falta de una atención adecuada y la aparición de enfermedades infecciosas. Se manifiesta en el niño de diversas formas: Niño más pequeño de lo que le corresponde para su edad; Niños con poco peso para su altura; Niños con peso menor de lo que le corresponde para su edad. (UNICEF 2011, 7-8)

Epidemiología crítica: Uno de los ejes de la salud colectiva, se refiere tanto al análisis riguroso de la argumentación y del método, como al análisis de las relaciones entre las condiciones de regulación social, desigualdad y poder, se ubica en un contexto como disciplina dinamizadora de la salud colectiva como movimiento alternativo de la salud pública. (Breilh 2002)

Determinación social de la salud: Categoría de la Epidemiología crítica que descifra el movimiento de la vida y de la relación del metabolismo con la naturaleza, de los modos de vida típicos de una sociedad (políticos, culturales y económicos) y del fenotipo y genotipo (Breilh 2013, 23)

Matriz de procesos críticos: Herramienta que permite sintetizar e integrar los diferentes aspectos relacionados con las necesidades y las condiciones de vida de los grupos sociales, contemplando aspectos económicos, políticos y culturales desde los dominios general, particular y singular, en un espacio social y territorial concreto. (Breilh 2004)

Perfil de determinación social: Es un recurso que sistematiza la esencia de un complejo proceso dialéctico de determinación histórica que opera en los dominios

general que subsume al particular y al singular, mediados por procesos protectores y destructivos que permite evidenciar las contradicciones que operan tanto en la dimensión natural como en los fenómenos sociales relacionados con el proceso salud-enfermedad. (Breilh 2002)

Proceso crítico: Objeto dinámico que influencia las condiciones de salud de los individuos que habitan en un territorio o espacio social, proceso que se construye como una aproximación a los dominios generales, particulares, singulares y que se expresan en el proceso salud-enfermedad. (Breilh 2010, 86)

Modo de vida: Considerado como las prácticas de los determinantes, conjunto de procesos con los cuales los individuos organizan sus representaciones ante las condiciones de vida de una población (Lindón 2001, 11)

Estilo de Vida : Se considera como la forma que el ser humano organiza la vida cotidiana, configurándose en tres etapas, la primera son los valores de las personas, la segunda a la forma como el ser humano se desenvuelve en el medio ambiente, la participación del individuo dentro de un mismo estilo de vida. (Corraliza et al 2000, 5)

Modo de producción: Formas de organizar la riquezas obtenida y distribuir equitativamente dentro de una sociedad. Es decir la repartición de lo producido entre un jefe y sus trabajadores.

Segregación social: También llamada segregación residencial, es un fenomeno espacial en la que se evidencias las desigualdades, corresponde a la aglomeración en el espacio de familias, en una misma condición social, tiene implicaciones sociales y de urbanismo, dimensionado en tres partes, concentración, homogeneidad socail y prestigio social (sabatini 2003, 11)

Marco conceptual

1. Enfoque crítico de la salud nutricional

El enfoque crítico de la Determinación Social de la Salud reconoce la relación sujeto-objeto que esta mediada por la praxis, sostenido en la edificación de técnicas intensivas (cualitativas) y extensivas (cuantitativas), reconociendo la complejidad y la dialéctica (Borrero et al. 2013, 800). Ésta se concibe como una totalidad que no se reduce a la dinámica individual y a la salud como un valor positivo, sino que mira la

realidad tanto subjetiva como objetiva mediada por la praxis, sustenta una correlación dialéctica entre lo biológico y lo social, en una estructura jerárquica donde lo biológico queda subsumido en lo social, mediante procesos de producción y reproducción social (801). Los resultados de este enfoque se concentran en la inequidad como resultado de las desigualdades sociales en las relaciones de poder y de dominación; configurando la triple inequidad de género, de etnia y de clase social (802).

Breilh (2010, 84) concibe a la Determinación Social de la Salud como una propuesta contrahegemónica basada en los procesos de producción y reproducción social, desde los dominios: general con sus dimensiones (productividad, consumo, cultura, sociedad, economía y política); el dominio particular que valora las dimensiones (modos de vida de grupos o de una sociedad, patrones de exposición y vulnerabilidad y formas de relacionamiento y el dominio singular que centra su estudio en los estilos de vida de los individuos, en el fenotipo y genotipo y en donde se manifiesten el efecto negativo para la salud.

Breilh en su obra: *Epidemiología Crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad*, refiere que “las condiciones de vida y las relaciones superestructurales no pueden comprenderse por sí mismas, ya que la anatomía de la sociedad hay que buscarla en la economía política” (Breilh 2007,35). La importancia del *sujeto social* con su estrecha relación con los modos de vida comprendidos como procesos del orden colectivo que determinan las condiciones de vida, biológicas e ideológicas de los individuos, pues los sujetos no son ajenos a su realidad histórica y social (37).

Para el autor en su perspectiva de búsqueda del paradigma crítico semienta la necesidad de superar la visión unidimensional de la vieja epidemiología mediante un conjunto de procesos que adquieren proyecciones distintas frente a la salud, de acuerdo a los condicionamientos sociales de cada espacio y tiempo, llegando a indicar que “cuando estos procesos son beneficiosos adquieren propiedades protectoras/benéficas o saludables y se denomina procesos protectores; pero cuando estos asumen propiedades destructivas/deteriorantes se llaman procesos destructivos” (Breilh 2007,39).

En su obra *Epidemiología. Económica, política y salud. Bases estructurales de la Determinación Social de la Salud*, Breilh introduce para el desarrollo del perfil epidemiológico de la determinación social la dialéctica como un elemento esencial para comprender la dinámica, enmarcado en la explicación del proceso salud enfermedad desde el *realismo dialéctico* que se confecciona siempre en un marco multidimensional

que genera y reflexiona sobre “la concepción de la realidad como proceso que se desarrolla como movimiento organizado alrededor de un eje dinámico la reproducción social”(Breilh 2010b, 93) que es posible aprehender y analizar sus relaciones y contradicciones, así como encontrar las determinaciones de las condiciones de vida o modos de vida que subyacen al proceso salud-enfermedad.

El perfil de Determinación Social de la Salud-enfermedad, se forma en un sistema multidimensional de contradicciones que abarca el movimiento dialéctico de la producción, el consumo mediado por la distribución, que incluye también las relaciones con el entorno, medio geográfico o territorio, las relaciones político-ideológicas (100). Breilh, introduce el concepto de subsunción y que en sus palabras significa: “incorporar dominando y constreñir a nuevas condiciones”(Breilh 2015, 975).

La subsunción centra su explicación en los niveles de la determinación social por niveles más complejos que sobre determinan los de menor complejidad, es decir, el nivel social determina o subsume, el nivel biológico y psicológico (Breilh 2013,16). El estudio de lo social en esta concepción es imprescindible para explicar cómo se constituye el proceso salud-enfermedad porque sólo así se puede detectar sus determinantes últimos que son los de mayor poder explicativo y de predicción (Borrero et al. 2013, 799).

2. Segregación socioespacial.

En Latinoamérica en los últimos años se ha dado una importante transformación a nivel de la segregación social, por la marcada concentración de los grupos altos y medios en un extremo de la ciudad con vértice en el centro histórico y creciente dirección hacia la periferia estos rasgos sociales se presentan por los continuos cambios políticos, reformas económica, la etnia, las diferencias raciales y etarias de una población producen cambios en la segregación espacial(Sabatini 2003, 8).

La segregación residencial o social es la aglomeración en el espacio de familias de una misma condición social, condicionada por la étnica, origen migratorio, origen etario, en la que se diferencian tres dimensiones 1) el grado de concentración de los grupos sociales, 2) la homogeneidad social, 3) el prestigio o desprestigió social. Las dos primeras dimensiones pueden ser representadas mediante índices y mapas temáticos y la tercer se refiere a la percepción social. Sabatini (2003, 11). La segregación socioespacial es un proceso relacionado al fenómeno urbano que cambia la concepción de

transformación de la estructura de las ciudades, esta transformación la realizan los grupos sociales, interrelacionándose con los estilos de vida de la población.

Según Carrión, Quito en la década de los setenta entro en un proceso de transformación inmerso en el capitalismo, época en la que se procreó los gigantescos monopolios transnacionales que desbordan los sectores clásicos de explotación, para centrarse en el mercado de la industria. Las relaciones urbano-rurales de la estructura territorial y la organización agro-exportadora que caracterizaba a la estructura territorial comienza a sufrir sustanciales modificaciones en función de los requerimientos económicos, convirtiéndose Quito y Guayaquil en los centros articuladores del proceso de urbanización y de acumulación social (Carrión 1983, 14). Por la transformación que presentó Quito se presentaron cambios a nivel de las edificaciones estructurales (edificios, carreteras, etc.), fenómenos sociales (cambios en los flujos de acumulación, en los mecanismos de apropiación), es por eso que a consecuencia del proceso de transformación a finales de los años setenta la ciudad de Quito tubo un importante crecimiento y readecuación de la organización territorial. La explotación y comercialización petrolera originada por el capitalismo influyó en el crecimiento vertiginoso de la población (incremento del área urbana en la ciudad, crecimiento del parque automotor, surgimiento de barrios, déficit de servicios y equipamiento colectivo como agua potable, alcantarillado y energía eléctrica). Desde esta visión la transformación y renovación urbana están determinadas por las necesidades del capitalismo productivo y/o improductivo que comparte una diversidad social, y que mantiene una línea de inversión estatal a través de las municipalidades, es así que la renovación urbana se da por los planes viales que el estado o los municipios generan en participación con la inversión de las multinacionales. (Carrión 1983, 21).

Desde a mediados del siglo XX el Ecuador ha venido experimentando una transformación en el proceso de urbanización, siendo Guayaquil y Quito las dos ciudades principales con concepción de metropolización, y desde el año 2008 se les da una nueva dinámica territorial otorgándoles el nombre de distritos metropolitanos autónomos. La SENPLADES en el año 2011 aprueba la organización administrativa del territorio nacional, que entra en vigencia en mayo del 2012, dividiendo la función ejecutiva en zonas, distritos y circuitos, como parte del fortalecimiento de la prestación de servicios públicos, estructura que fue adoptada para generar una relación funcional en la administración de los servicios públicos con claros mecanismos de articulación y coordinación. (EC DMQ 2018, 4). Actualmente las instituciones de educación, salud y

protección social, tiene un alto nivel de desconcentración, articulando los procesos, productos y servicios con una descentralización de baja incidencia (8).

3. Distrito Metropolitano de Quito.

El proceso de formación y consolidación de la ciudades del Ecuador , se determina por los fenómenos sociales, políticos y económicos tanto en los sectores urbano y rurales, obedeciendo a patrones impuestos por el capitalismo a nivel mundial, generando patrones de acumulación y obedeciendo al crecimiento demográfico generado por los flujos migratorios rural-urbano. En el siglo XX se inicio la migración a nivel de sierra-costa y del campo a la ciudad debido a la distribución inequitativa de la tenencia de la tierra, falta de políticas agrarias y monocultivos de exportación, evidenciando los grandes problemas en el sector urbano. El desequilibrio regional y de desigualdad a nivel de Quito y Guayaquil se debe por la alta concentración de la migración (Cordova 2019, 3).

Para Carrión el proceso de transformación urbano que ha experimentado Quito, se presenta en tres etapas, la primera que empieza con la Revolución Liberal y se prolonga hasta finales de 1950, la segunda etapa pasa por todo el siglo anterior y la tercera etapa que llega hasta la primera década del siglo actual, cada etapa tiene un origen, conocido como <crisis urbana > y su desarrollo como transición- estabilización (Carrión et al 2012, 19).

La estructuración organizacional del Municipio de Quito, se vio inmersa en el paradigma neo-institucionalista como resultado de la transformación de la sociedad y por los cambios institucionales que influyeron en la economía del país, contribuyendo así a un proceso de readecuación institucional al nivel del DMQ, esta transformación se ve marcado por implicaciones axiológicas que analizan la causalidad que implica el contar con un modelo de gobernabilización en el que es fundamental contar con innovaciones políticas y económicas, es por eso que a partir de estas implicaciones se marca la democratización, desconcentralización, y participación dentro de los modelos de gestión municipal, estableciendo cambios que permitan debatir y trabajar por un espacio social. (Cordova 2019, 9).

El distrito Metropolitano de Quito se encuentra ubicado al norte del Ecuador, asentado sobre la ciudad de Quito, cuenta con una población de 2.505.344 habitantes (INEC 2018). Según su Organización Territorial Autonomía y descentralizadas esta conformado por nueve (9) administraciones zonales (gobiernos descentralizados), 32

parroquias urbanas y 33 parroquias rurales, el 68.8% de la población se encuentra en el área urbana y el 31.2% en el área rural. (DMQ 2017, 7).

En las siguientes figuras se observan las administraciones zonales y parroquias que conforman el Distrito Metropolitano de Quito.

Figura 1
Mapa político del Distrito Metropolitano de Quito (DMQ)



Fuente y elaboración: DMQ, 2018

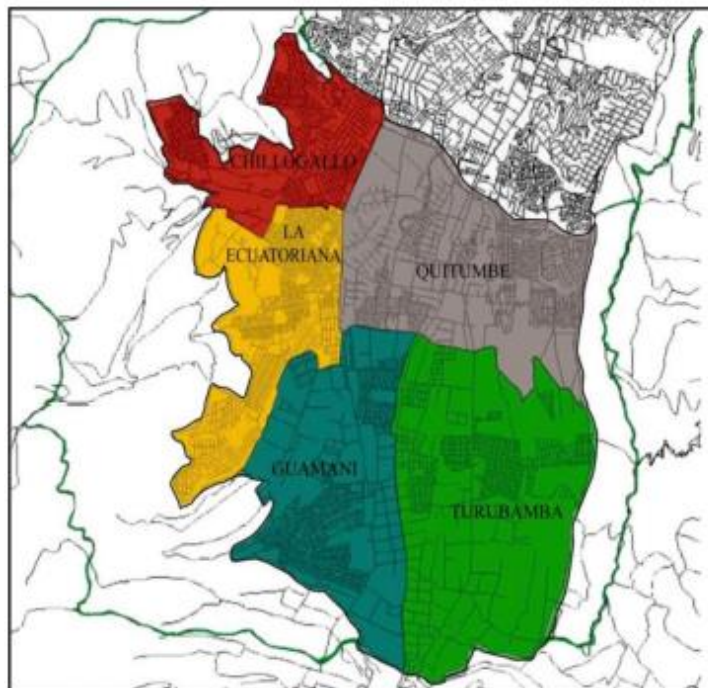
4. Administración Zonal Quitumbe

La administración Zonal Quitumbe, se formó sobre los terrenos de grandes haciendas que se dedicaban a la agricultura; con la creciente expansión de la ciudad de Quito, las reformas agraria y las modificaciones estructurales y económicas de la sociedad quiteña, estos sectores pasaron por un proceso de segregación que dividía la ciudad de Quito en dos segmentos, el norte, en donde se situaba la nueva centralidad urbana y las residencias de los sectores de ingresos altos, y el segmento sur donde se ubicaban las actividades industriales y los sectores populares. Este sector creció con un

asentamiento desordenado y no planificado, caracterizado por el desorden, falta de espacios, servicios básicos. (Gallegos et al 2003, 24). Con la finalidad de solventar el crecimiento poblacional desmesurado en el sur del país y en el que se promueva la participación de la población se crea la Administración Zonal Quitumbe el 12 de junio de 2001.

La AZQ se encuentra ubicada al extremo sur de la ciudad, esta conformada por 483 barrios y cinco parroquias: Chillogallo, la Ecuatoriana, Guamaní, Turubamba y Quitumbe, como se demuestra en la siguiente figura.

Figura 2
Administración Zonal Quitumbe (parroquias)



Fuente y elaboración: DMQ, 2018

Es evidente la inequidad en la distribución de recursos así como los diferentes problemas a los cuales se enfrentan diariamente los barrios de la administración Quitumbe, denotando la falta de aplicación de políticas y programas tendientes a mejorar las condiciones de vulnerabilidad de la población en situación de pobreza asentada en la zona sur de la capital, a través de obras de infraestructura y servicios de educación y salud.

5. Situación de la salud nutricional infantil y el papel de las instituciones.

El problema de la desnutrición de niños/as que observan: peso o talla bajos, no relación peso-talla o talla-edad, en sus primeros años de vida, se ha complejizado en América Latina y el Caribe, dada la irrupción del sobrepeso y la obesidad en todas las edades, así como la evidencia de déficit de micronutrientes, la globalización y los niveles de ingreso, que han producido cambios en los hábitos de la población (mayor consumo de alimentos procesados, sedentarismo, entre otros factores), lo que ha generado nuevos desafíos para las políticas de salud en América Latina y el mundo (CEPAL 2017, párr. 6).

El Ecuador, igualmente enfrenta un enorme desafío de salud, resultado de una dieta desequilibrada a causa del consumo deficiente o excesivo de nutrientes, es decir de malnutrición y su doble carga. Por un lado, la desnutrición crónica infantil, resultante de la ingesta insuficiente de alimentos y enfermedades infecciosas y, por otro, el sobrepeso y la obesidad, debido a la acumulación anormal o excesiva de grasa (párr. 9). A decir de la CEPAL (2017, párr.10) entre 2004 y 2014, a nivel nacional, apenas se registra un descenso de cinco puntos porcentuales de la desnutrición crónica, malnutrición infantil, mientras el sobrepeso y la obesidad han aumentado aproximadamente un punto porcentual. Estos datos se observan en la siguiente tabla.

Tabla 1
Estado nutricional de la población Ecuatoriana menor de 5 años

Indicador (0-59 meses) Prevalencia	Endemain 2004	Ensanut 2012*	Ecv 2013-2014
Desnutrición crónica (retardo en talla)	28,9	25,3	23,9
Desnutrición aguda (emaciación)	2,3	2,4	1,6
Desnutrición global (bajo peso)	6,1	6,4	4,8
Sobrepeso (IMC/E 2-3 DE)	5,3	6,2	6,6
Obesidad (IMC/E+ 3DE)	1,3	2,3	2,4

Fuente: CEPAL, 2017

Elaboración propia

5.1. Municipio de Quito.

En cumplimiento con uno de los ejes estratégicos y de desarrollo sostenible establecidos en el Plan Metropolitano de Desarrollo y Ordenamiento Territorial, la Secretaria Metropolitana de Salud del DMQ en el año 2017 , realiza acciones de prevención, promoción y vigilancia del territorio a nivel regional y zonal, mediante un estudio en el que se relacionan once indicadores de salud, dentro de la Administración

Zonal Quitumbe, las parroquias urbanas más afectadas por los problemas sanitarios, son: Guamaní, Turubamba, Chillogallo y La Ecuatoriana, evidenciando deficiencias en los determinantes sociales, agrupados en tres dominios: entorno físico e infraestructura, desarrollo social, y gobernanza (EC DMQ 2018, 42). La siguiente figura muestra la interpretación de este estudio; celdas de colores señalan cuatro cuantiles de distribución, en donde el cuarto cuantil (rojo) tiene los peores resultados, y el primero (verde), los mejores.

Figura 3
Desigualdades por determinantes sociales



Fuente: Distrito Metropolitano de Quito, 2018

Elaboración: INEC

En la Administración Zonal Quitumbe existe un considerable grado de obesidad en la parroquia urbana de Chillogallo, mientras que las demás parroquias presentan riesgo de sobrepeso (Sandoval 2013, 99).

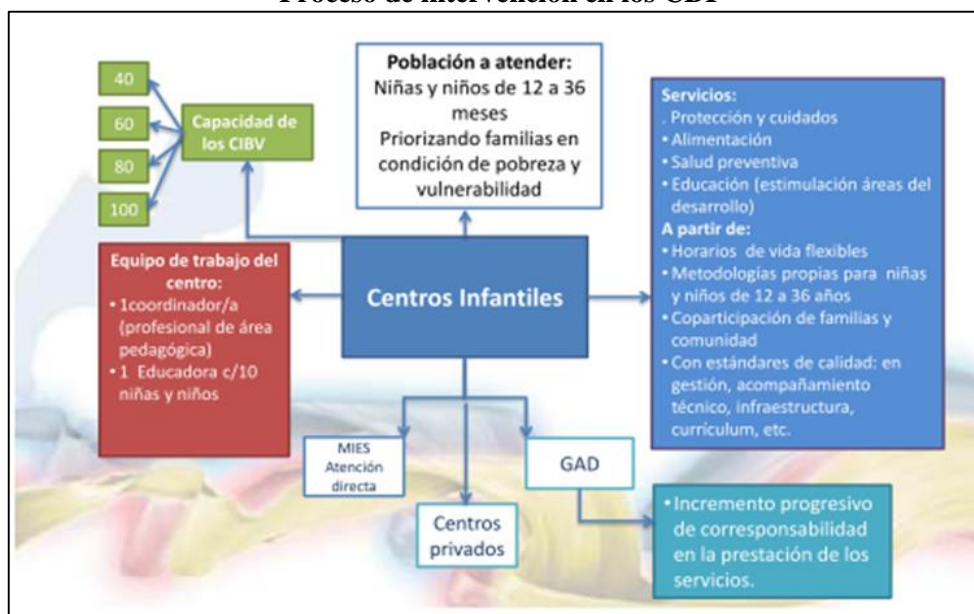
5.2. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Atención médica en CDI

De acuerdo a la Dirección Nacional de Centros Infantiles del MIES, el 70% de las recomendaciones nutricionales diarias de la población atendida en los CDI, se cubre a través de los cuatro tiempos de comida: desayuno, refrigerio de la media mañana, almuerzo y refrigerio de la media tarde, durante los cinco días de atención. La asistencia está acorde con los estados nutricional fisiológico y la edad de las niñas y niños de estos centros. Mientras que el restante 30% las familias son responsables de completar la diferencia en las necesidades nutricionales diarias. (Dirección Nacional de servicios de Centros Infantiles 2013, 19). Sin embargo, Sandoval (2013, 63) evidenció que existe un considerable grado de obesidad en la parroquia urbana de Chillogallo, mientras que las demás parroquias en la Administración Zonal Quitumbe presentan riesgo de sobrepeso.

Malo et al (2015, 15) por su parte, indican que el índice de desnutrición crónica en los servicios de los CDI, asciende al 37,5%. A decir de estos autores, los niños y niñas que participan de los CIBV y de las unidades de atención CNH, pertenecen mayoritariamente a grupos donde la incidencia de la desnutrición crónica es más alta, por alcanzar los quintiles de pobreza por consumo 1 y 2, al igual que en las áreas rurales.

En relación a la población de los CDI, no se conocen aspectos como: inserción social, participación política, social, cultura alimenticia; por indicios, se sabe que las familias son, en su mayoría, monoparentales, cuya madre o padre son comerciantes autónomos, empleadas domésticas, amas de casa o desempleados. Por otra parte, no se reconoce la complejidad del componente de la atención alimentaria y nutricional de los centros, dentro de la dinámica de los procesos críticos que ocurren en los diferentes dominios, dimensiones y órdenes que afectan e impactan en el estado nutricional de los niños y familias de los CDI.

Gráfico 1
Proceso de intervención en los CDI



Fuente y elaboración: Dirección Nacional de Servicios de Centros Infantiles, 2013

La población objetivo de los CDI está formada por niñas y niños de doce a treinta y seis meses de edad. Según información de la Dirección Nacional de Servicios de Centros Infantiles (2013, 6-9), los centros priorizan la atención a grupos vulnerable en condición de pobreza, desnutrición o sujetos a múltiples vulnerabilidades, e hijas e hijos de madres adolescentes que no cuentan con un adulto que se encargue de su desarrollo integral. Se priorizan hogares monoparentales, madres que trabajan o buscan trabajo, madres adolescentes que estudian o buscan trabajo por primera vez, niños y niñas expuestos a doble vulnerabilidad. Su capacidad de atención depende de la demanda y cobertura de la localidad, la priorización y disponibilidad económica, el espacio físico exterior e

interior, a más de la disponibilidad y estado general de los servicios básicos, demanda que varía entre cuarenta a cien niños atendidos por CDI (19).

Los lineamientos para los CDI, según los cuales su gestión se realiza con operación directa o a través de terceros. En esta modalidad, los recursos son asignados bajo la firma de convenios con cooperantes, GAD, ONG u OSC, responsables de los procesos administrativos, financieros y de selección de recursos humanos, bajo los lineamientos del MIES.

5.3. Ministerio de Salud Pública. Atención medica en CDI

Cumpliendo con uno de los derechos que manda la constitución de la República, “la Salud es un derecho” (Constitución 2008, 1), y el objetivo trazado por el Plan Nacional de Desarrollo 2017- Toda una vida, que es la reducción de la desnutrición infantil en niños menores de cinco, se establece una articulación interinstitucional con el MIES con el objetivo de fortalecer la atención integral de los niños en los CDI. La modalidad de atención es que el personal de salud designado a los CDI realice la atención medica dos veces al año en los meses de abril y octubre.(AM 000227, 4).

Durante la implementación de la norma técnica el MSP durante el año 2017 realizó 3.325 atenciones medicas y odontológicas. Hasta el mes de marzo del 2018 se detectaron: 668 niños con talla baja para la edad, 33 niños con desnutrición aguda, 559 niños con anemia, 394 niños con mal nutrición. MIES 2018, 3).

6. Centros de Desarrollo Integral y los procesos críticos desde los dominios de la determinación social

6.1. Dominio general

6.1.1. Modelo político ecuatoriano

Entender el componente de la atención alimentaria y nutricional desde una mirada crítica, implica sumergirse en marcadas transformaciones territoriales a diversa escala, así como una diversidad de procesos de producción de espacios, de resistencias y adaptaciones territoriales, como indican en varios de sus estudios sobre buen vivir, Acosta y Martínez (2009,51-3), Acosta (2010 13-5), Tortosa (2011, 3).

En el Ecuador se han operado marcadas transformaciones. La acción de diversos grupos de la sociedad civil, del mercado o el propio Estado, interactúa en el uso, organización, producción y transformación espacial en el país. Políticamente, los últimos años estuvieron marcados por un régimen democrático con muchas discontinuidades y desaciertos, que están siendo compensados por el gobierno actual, a través de un proyecto que otorga al Estado, y a su aparataje, un rol fundamental en la vida de sus ciudadanos, pero que no alcanza los objetivos del buen vivir, a la luz de acontecimientos perniciosos de atención alimentaria y nutricional, que provocan el deterioro del estado nutricional de la población, en especial de los niños. Para Gudynas y Acosta (2011, 73) a partir de la Constitución de 2008, este concepto originó una serie de derechos fundamentales, en el marco del régimen de desarrollo de la población.

Tabla 2
Derechos enmarcados en el “buen vivir”

Derecho	Artículo
Agua y alimentación	12 y 13
Ambiente Sano	14 y 15
Comunicación e información	16 al 20
Cultura y Ciencia	21 al 25
Educación	26 al 29
Hábitat y vivienda	30 al 31
Salud	32
Trabajo y seguridad social	33 al 34

Fuente y elaboración: Gudynas y Acosta, 2011

Sin embargo, para estos autores, los procesos de rediseño de las instituciones y de las políticas agroalimentarias no han sido coherentes con los mandatos constitucionales apegados al buen vivir; esto puede reafirmarse a la luz de la lentitud en la regulación para materializar los objetivos de este concepto, gestionados por los proyectos “Plan del buen vivir 2013-2017”, “Estrategia nacional para el buen vivir” e “La igualdad y la erradicación de la pobreza”, que no han logrado progresar, porque son procesos que no están estructurados para apoyar el rol de las agriculturas campesinas en la matriz productiva del país (118).

Reafirmando lo que históricamente ha sucedido en el país, la economía se ha establecido desde la tradición liberal, eurocéntrica, caracterizada por un modelo neoliberal, cuyos pilares se levantaron sobre la conservación de la raíz colonial y el

poder burgués (oligárquico y hacendatario), que buscaban la dominación del sistema mediante un modelo social racial excluyente (Rodríguez 2017, 70-2).

Las políticas a mando de la globalización han influenciado en las dinámicas de lo que dice la Constitución se debe hacer, existiendo inconsistencias, que han provocado el reconocimiento restringido de estos derechos, de la mano de políticas que afectan directamente las condiciones de reproducción social de las comunidades y favorecen las dinámicas de acumulación capitalista, a costa de la espoliación de los recursos de sus territorios, cuando ellos son de interés para el capital (Tortosa 2011, 4). A ello se suma políticas agrarias enfocadas al mejoramiento de la productividad y a favorecer los encadenamientos productivos –la integración vertical campesino-indígena–, por medio de la agricultura de contrato, los que refuerzan las condiciones de subordinación y explotación campesina por parte de los agro-negocios, alejándose de la perspectiva de la soberanía alimentaria y la agroecología, reivindicada por las organizaciones campesinas e indígenas (Larrea Maldonado 2017, 123).

6.1.2. Políticas entorno a la atención alimentaria y nutricional

En cuanto a los programas implementados para paliar la deficiente atención alimentaria de la población ecuatoriana, el Estado ha gestionado iniciativas entorno al buen vivir que promueven formas colectivas de propiedad de la tierra y de producción; sin embargo, en estas ha primado la creación de cultivos comerciales con fines alimentarios o energéticos, respondiendo al modelo impulsado por el Banco Mundial, por el cual los productores de bajos ingresos se insertan en los anillos inferiores de cadenas de valor, controladas por la agroindustria y las grandes cadenas de distribución de alimentos (Giunta 2018, 119-1).

El enfoque político no ha sido el de promover circuitos alternativos para la distribución y comercialización de alimentos –capaces de reducir la intermediación entre productores y consumidores–, sino el de consolidar el régimen de acumulación dominante. Junto a estas iniciativas, se ha conservado la política preconstituyente, que consiste en ayudas públicas en semillas de alto rendimiento y productos químicos, inspiradas en el modelo de monocultivo (120). En conjunto, las medidas de apoyo a la agricultura campesina como medida integral para la salud colectiva nutricional, no han sido coherentes con el mandato constitucional del buen vivir, reafirmando una brecha entre estas medidas y los principios de la soberanía alimentaria, que se centra en el

modo campesino de pensar y hacer agricultura. Por el contrario, subsisten las políticas sociales y agrarias que conceptualizan al sujeto campesino como inviable, ineficiente e improductivo, al que hay que emanciparlo a través de la modernización capitalista, bajo los parámetros de crecimiento, productividad, industrialización, competitividad, y plena inclusión en el mercado (122).

La atención médica y cuidado nutricional de los niños es de gran importancia para el Estado que a través de sus dos principales instituciones de salud: el Ministerio de Salud - MSP y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social- IESS, resuelve las necesidades de salud en función de la reproducción y mantenimiento de la fuerza de trabajo. Por un lado el MSP enfoca sus políticas en legitimar el carácter del Estado capitalista, apareciendo como Estado de bienestar social. Por otro lado el interés del Estado capitalista encuentra su ejecución, en la incorporación progresiva de la medicina curativa hacia nuevos sectores sociales, por cuanto la consulta médica se complementa con la adquisición de medicinas que resulta de la relación médico-paciente, es decir la ampliación de la medicina curativa es lógica con la actuación del Estado capitalista moderno (Vance et al. 2015, 30-7).

6.1.3. Estructura económica de Ecuador.

Entre el ajuste estructural y el neodesarrollismo, el país no rompe la dependencia con sus recursos naturales principalmente el petróleo, tampoco abarca la integralidad del concepto del buen vivir, manteniéndose en el reconocimiento restringido de los derechos atribuidos a este, con políticas que afectan a las condiciones de reproducción social de las comunidades urbanas y rurales, así como con políticas que favorecen las dinámicas de acumulación capitalista, a costa de la espoliación de los recursos y los territorios, de interés para el capital.

El sistema capitalista se ve expresado por la actual estructura económica del país, que ha contextualizado a la sociedad dentro de un esquema de producción, donde quienes obtienen más recursos cuentan con mejores servicios y mejor calidad de vida, y quienes no logran producir tienen acceso a servicios de menor calidad. (León 2017, 45)

Históricamente, lo anotado se inserta dentro de una doctrina que aboga por la ausencia de controles en el mercado, como una versión moderna del capitalismo liberal, centrada en el principio de que los individuos persigan su propio interés particular para alcanzar la prosperidad (Cornejo 2018).

En torno a lo expuesto la dependencia al capitalismo se convierte en herramienta de lucro de los grandes capitales, que facilita su acumulación y termina siendo funcional a sus intereses. Así, empresas como Pronaca, Fabril, Nestle o Danec –en el sector alimenticio–, tienen en el consumidor una oportunidad para su enriquecimiento.

6.1.4. Cultura organizacional del Ecuador

Después de cinco mil años de patriarcalismo, machismo, patrimonialismo, paternalismo y colonialismo, la mujer occidental –y la occidentalizada–, ha asumido como suya la racionalidad patriarcal. El machismo es fomentado por las propias madres, las que a su vez han sido educadas y “domesticadas” dentro de la familia patriarcal (Ardaya 2014, 149).

Dentro de la familia ecuatoriana se expresan relaciones de poder, autoridad, conflictividad y violencia. Al mismo tiempo, es el espacio privilegiado que actúa de acuerdo a la lógica patriarcal y, por ende, de atribución de roles según el género. Para el hombre, en todos los tipos de familia, el papel esperado y reconocido es el de proveedor de recursos materiales y liberado, en consecuencia, de las actividades domésticas y cotidianas. Esta determinación de roles, asignada por la sociedad, es legitimada por las mujeres, lo que han llevado a la escasa participación de los hombres en la socialización y crianza de los hijos, especialmente cuando son pequeños (158).

Por otra parte, según la COPISA, el Ecuador está sumido en lo que llama la “ética del consumo”. Esta institución considera que la información ha creado grupos humanos que demandan bienes y servicios superfluos, en tanto no están destinados a la satisfacción de las necesidades básicas necesarias para vivir, sino que corresponden a la satisfacción de deseos promovidos desde las grandes industrias, que envían mensajes dirigidos a la subjetividad de las personas, dentro de la matriz convencional de la economía de mercado (COPISA 2013, 6).

En concordancia, Baldeón (2017, párr. 3) integrante de la ANFAB, menciona que en el Ecuador se dispone de los alimentos necesarios para gozar de una nutrición de calidad; sin embargo, se da preferencia a alimentos procesados, provenientes principalmente de supermercados y restaurantes. Se están modificando las preferencias alimentarias de la población hacia un cambio en la composición de la dieta; se ha mutado del consumo de alimentos con un alto contenido de carbohidratos complejos y fibra, al consumo de dietas ricas en grasas saturadas y azúcares simples (párr. 5). A este

respecto, la COPISA (2013, 20) observa el fenómeno de la globalización asociado con la modernidad, como una manera de afectar no sólo a la estructura y composición de la comida de la población quiteña, sino también a las formas de abastecimiento, tipo de productos, conservación, almacenaje, formas de preparación, horarios y frecuencias de las comidas, en definitiva a las prácticas alimentarias familiares.

7. Dominio particular

7.1. Distrito Metropolitano de Quito, el modelo de gestión descentralizada y las políticas de atención en los CDI

El DMQ, con la finalidad de cumplir con los desafíos que exige el Manual de Atención integral de salud del MSP, se enmarca dentro de una estructura en la que predominan las heterarquías, con distribuciones complicadas de poder, en las que no existe un solo y exclusivo nivel básico que gobierna sobre los demás, sino que todos los niveles despliegan grados de autoridad, en diferentes aspectos particulares, y según momentos históricos concretos (Torres 2018, 110). En estas heterarquías, no hay un único subsistema gobernante, sino que cada subsistema despliega su particular influencia sobre los demás, por lo que se muestran también como sistemas débilmente acoplados, a consecuencia de una interacción descentralizada, incitada por los diferentes y encontrados intereses particulares (115).

Con la adopción de la Ley de régimen municipal, los GAD, así como el MSP o el MIES instituciones inmersas en el sistema de servicios públicos, se acentuaron la autonomía institucional, la descentralización y empresarización de estos servicios, bajo las atribuciones del alcalde o, en su caso, del ejecutivo, con una gradual readecuación institucional empresarial, y con atribuciones de legislación, fiscalización, formulación y aprobación de políticas de los concejales. Paralelo a esto, el cambio de cantón Quito a Distrito Metropolitano, dio paso a la democratización del gobierno local y a la creciente presencia de nuevos políticos, líderes y dirigentes populares, fortaleciendo aún más el clientelismo o el cambio de lealtades por servicios públicos, lo que ocurre por igual entre las autoridades locales y los “notables”, líderes, dirigentes y personalidades de las clases altas, medias y populares, fortaleciendo un comportamiento idiosincrático de acceder a servicios a cambio del apoyo electoral, o de asegurar presencia popular en los eventos de respaldo a las autoridades locales (101).

La racionalidad moderna ha llevado a recrear formas de acción con arreglos medios/fines para la consecución de bienes y servicios públicos –que mejoren las condiciones de vida–, en una suerte de realismo urbano que procesa los problemas de segregación espacial, estigmatización cultural y carencias materiales, como limitantes de la convivencia en la ciudad. En los barrios periféricos estos problemas tienden a asumirse como privaciones que requieren modificaciones materiales, combinando la movilización barrial con la reactividad de las autoridades locales, propiciando contextos de intercambio de lealtades por servicios públicos, como una manera de ser sujetos portadores de los valores de la ciudad, con los que pueden gestionar aquello que carecen (Torres 2016, 75).

De ahí que el éxito de un distrito zonal está en proporción con su capacidad para captar flujos de capital, generar condiciones favorables para una nueva acumulación de capital dentro de su circunscripción, y mejorar la calidad de vida de sus habitantes, La administración zonal Quitumbe ha replicado esta dinámica, la que se reproduce en los CDI.

7.2. barrios de la Administración zonal Quitumbe y los modos de vida

7.2.1 Aspectos demográficos, socioeconómico, amenazas y vulnerabilidad

Dentro de los aspectos demográficos de la Administración Zonal Quitumbe en los últimos años registra un crecimiento poblacional del 86%, caracterizada por una expansión urbana que genera una mayor demanda en infraestructura, servicios básicos y vivienda. El territorio es considerado como una zona de asentamiento de mayor concentración del flujo migratorio desde la sierra norte, sierra centro y sur del país. (DMQ 2019, 3).

Para Gallegos et al 2015. La participación es un proceso social que involucra actores. Esta zona se caracteriza por tener una variedad de organizaciones sociales (comités barriales, cooperativas de viviendas, clubes deportivos, asociación y colegio de profesionales y otras organización sociales) en la que participan activamente la población, que generan planes de trabajo poder construir obras emergentes para las parroquias de la administración zonal, asegurando la participación activa de la población. (Gallegos et al 2003, 15).

La identificación cultural del territorio se define por los grupos étnicos existentes resultado de la migración de las poblaciones rurales de las regiones de la costa, sierra y oriente. (DMQ 2019, 5). La etnia meztiza se encuentra en mayor representación 1%, seguido por la etnia indígena 5.1%, los afroamericanos 2.1%, montubios 1.5% entre otros. (INEC 2010).

La AZQ es una zona económicamente activa que concentra riqueza, dada la proliferación de empresas industriales, pequeños negocios y comercio informal. Según ONU en esta zona existe una concentración de pobreza del 60% generados por los ingresos económicos bajos y la demanda insatisfecha de la población. (ONU 2011, 15).

El territorio de la AZQ tiende a ser más vulnerable por encontrarse en una zona extremadamente volcánica, sujeta a sismo y a deslizamiento de tierra, las casas que se construyen en las zonas no delimitadas de los barrios la Ecuatoriana, Guamaní, Chillogallo tienden a presentar mayor riesgo de inundaciones, y de deslizamiento ya que son construidas en zonas susceptibles. (DMQ 2014, 49).

8. Dominio individual

8.1. Familias integradas a los CDI y sus modos de vida

El ex director del Instituto Nacional de Estadística y Censos, José Rosero refiere que desde el año 2011 hasta la fecha se ha identificado que en los niños que asistían a los CDI existen resultados nulos en su desarrollo social y motor y hasta negativos en su estado nutricional, de cognición y desarrollo de vocabulario, en comparación con niños que se quedaron en casa. (Santos 2016, párr. 5)

En contraste, el año pasado se invirtieron 6,5 millones de dólares en construir 16 nuevos Centros Infantiles del Buen Vivir emblemáticos, los grandes y modernos edificios que cuestan en promedio 400 mil dólares cada uno. Esto en esfuerzo del Gobierno por invertir en la primera infancia, pero los desafíos son grandes y persisten, que hacen muy importante invertir en la calidad antes de expandir rápidamente la cobertura de servicios. (Santos 2016, párr. 10)

La *Revista de estadística y metodologías*, No. 4, de abril de 2018, publicada por el INEC, dice:

El plan “Toda una vida” 2017-2021 se instituye como el marco político rector de la planificación para el desarrollo en el Ecuador y constituye un guía dentro de la cual sus

objetivos y metas establecen la importancia de garantizar la seguridad y soberanía alimentaria. En el plan, se establece dentro del Eje 2 “Economía al servicio de la sociedad”, objetivo 6 “Desarrollar las capacidades productivas y del entorno, para lograr la soberanía alimentaria y el buen vivir rural”, esto a través de políticas direccionadas a combatir toda forma de malnutrición y desnutrición dentro del marco de la seguridad y soberanía alimentaria.

Por tal razón, la malnutrición infantil viene contextualizada por dos grupos de afecciones: el retraso del crecimiento (estatura inferior a la que corresponde a la edad), la emaciación (peso inferior al que corresponde a la estatura), la insuficiencia ponderal (peso inferior al que corresponde a la edad), y por el otro se halla el sobrepeso, y la obesidad. En este contexto, y aplicando el programa WHODIN.V3.0, se consideró la presencia de malnutrición cuando hay alguna de las manifestaciones de los análisis de talla/edad; peso/edad; y peso/talla en el niño evaluado. Para determinar que no existe la presencia de malnutrición, se consideró que los tres análisis que realiza el programa deben obtener parámetros en términos normales. Se consideró, por otro lado, la presencia de riesgo en dos de los análisis (talla/edad; peso/edad; y peso/talla) para que conlleve una futura presencia de malnutrición. Con estos antecedentes se obtuvo los siguientes indicadores de afectación del estado nutricional en los niños integrados a los CDI.

Capítulo segundo

Diseño metodológico del estudio de la salud nutricional en los CDI del MIES en la AZQ desde la perspectiva de la determinación social

1. Metodología de estudio

La presente investigación hace relación a un conjunto de procedimientos interdisciplinarios, a través del cual se pudo levantar información, sistematizar, analizar y determinar resultados reales, que coadyuven a alcanzar los objetivos propuestos en el tema de estudio.

2. Preguntas de investigación

¿Existe malnutrición infantil en los niños y niñas que acuden a los CDI del MIES, cómo se expresa la determinación social de la salud desde los dominios particular e individual, si se concientizara a las familias de los niños sobre alimentación saludable ,el nivel de afectación y de vulnerabilidad, se obtendría niños mejor nutridos y una población socialmente productiva ?

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

Analizar la malnutrición infantil de los niños y niñas de los CDI del MIES, en la Administración Zonal Quitumbe, en el año 2018, desde el enfoque de la determinación social a partir del dominio general, particular e individual.

3.2. Objetivos específicos

- Analizar la malnutrición infantil
- Estudiar los procesos protectores y destructivos de la salud nutricional de los niños y niñas de los CDI de Quitumbe, desde los dominios y dimensiones de la determinación social.
- Determinar el nivel de afectación de la salud nutricional de los niños y niñas de los CDI del MIES que se encuentran en la jurisdicción de la Administración Zonal Quitumbe.

4. Diseño de estudio

La investigación utilizó un tipo de estudio epidemiológico con diseño transversal, triangulando técnicas cualitativas entrevistas y observaciones con técnicas cuantitativas, como la encuesta y la evaluación clínica. Adicionalmente, el estudio empleó las técnicas de la epidemiología crítica y el enfoque de la DSS.

5. Población de estudio utilizada para la comprensión de la determinación social de la salud

Para el análisis nutricional, El MIES mediante el Informe 0008 del 30 de mayo de 2018, aprobado por la directora distrital (e) Mgs. Bertha Vélez, determina el tamaño de la muestra de 476 niños/as, desde la perspectiva sociodemográfica y factores nutricionales de “la población de unidades de atención donde se refleja mayores resultados de niños-as con desnutrición de las unidades de los CDI, ubicados en los barrios el Tránsito, la Ecuatoriana, Martha Bucaram y Ciudadela Ibarra” (MIES 2018, 1), según la tabla de datos establecida en el referido informe.

Tabla 3
Determinación de la Muestra

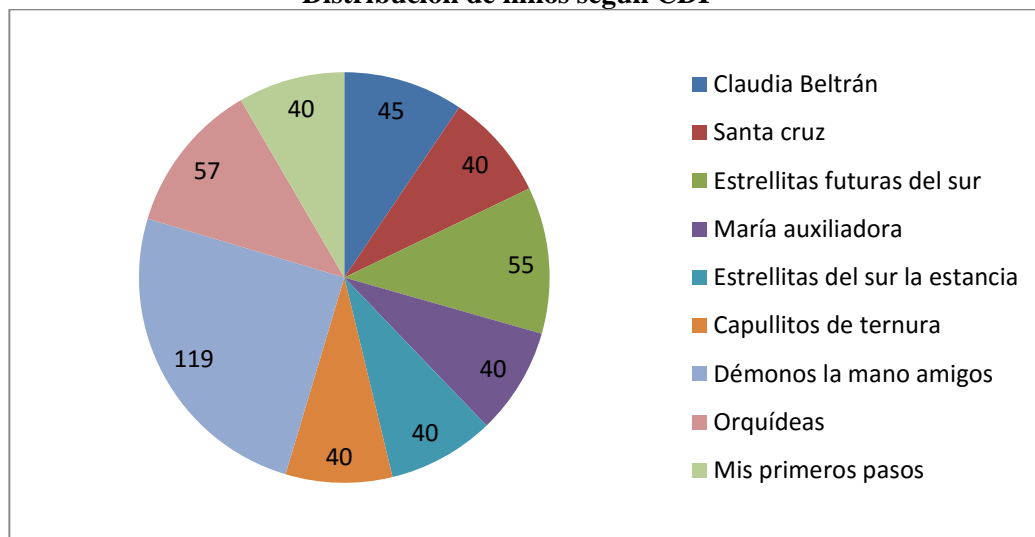
Nombre de los Centros de Desarrollo Infantil – CDI	Muestra asignada	Ubicación de los Centro de Desarrollo Infantil.
Claudia Beltrán	45	La Ecuatoriana
Santa Cruz	40	La Ecuatoriana
Estrellitas futuras del sur	55	La Ecuatoriana
María auxiliadora	40	El Tránsito
Estrellitas del sur la estancia	40	El Tránsito
Capullitos de ternura	40	El Tránsito

Démonos la mano amigos	119	El Tránsito
Orquídeas	57	Ciudadela Ibarra
Mis primeros pasos	40	Martha Bucaram

Fuente: MIES - INF.0008-2018

Elaboración propia

Gráfico 2
Distribución de niños según CDI



Fuente y elaboración propia

En función de la población asignada se determinó el tamaño mínimo de la muestra, mediante el muestreo aleatorio estratificado y por conglomerados, llegando a un total de 289 niños/as, de los barrios La Ecuatoriana, El Tránsito, Ciudadela Ibarra y Martha Bucaram. Cada CDI correspondió a un conglomerado, en un diseño de muestreo bietápico. En la primera etapa se consideraron los estratos formados por los barrios; dentro de estas muestras estratificadas, se seleccionaron los CDI. Bajo este esquema, el tamaño de muestra para un diseño aleatorio estratificado, con prevalencia esperada de 30%, error de 5%, efecto de diseño 1,5 (para compensar la diferencia con un muestreo aleatorio simple) y tamaño de población $N=476$ fue de $n=289$.

Tabla 4
Distribución de la población y de la muestra

Nombre del CDI	Población	Ubicación del CDI	Subpoblación	Muestreo estratificado
1. Claudia Beltrán	45	Barrio a Ecuatoriana		
2. Santa Cruz	40	Barrio La Ecuatoriana		
3. Estrellitas futuras del sur	55	Barrio La Ecuatoriana	140	85

4. María auxiliadora	40	Barrio El Tránsito		
5. Estrellitas del sur la estancia	40	Barrio El Tránsito		
6. Capullitos de ternura	40	Barrio El Tránsito		
7. Démonos la mano amigos	119	Barrio El Tránsito	239	140
8. Orquídeas	57	Barrio Ciudadela Ibarra	57	36
9. Mis primeros pasos	40	Barrio Martha Bucaram	40	28
TOTAL	476		476	289

Fuente y elaboración propia

5.1. Consideración del grupo de coordinadoras y educadoras

Esta investigación contempló nueve coordinadoras de los nueve CDI determinados para la muestra. Para la aplicación de las entrevistas, se solicitó a las veinte educadoras dar prioridad a los grupos donde la encuesta evidenció algún patrón no convencional para el estado nutricional de los niños.

5.2. Criterios de inclusión y exclusión de la muestra

Los criterios de inclusión estipulados para este apartado están en función de los niños y niñas de doce a treinta y seis meses de edad que acuden a los CDI, docentes y coordinadoras que participaron de las entrevistas. Por otro lado, para los criterios de exclusión, se consideraron a las familias de los niños que no firmaron el consentimiento informado y a las coordinadoras, educadoras que no formaron parte de las entrevistas.

6. Recolección de la información desde la perspectiva de comprensión de la DSS

En el dominio general se realizó la revisión bibliográfica y el análisis documental para caracterizar la segregación socio-espacial del DMQ de la zona Quitumbe, la estructura económica y social del país y de Quito, en el dominio particular se realizó la revisión del modelo descentralizado y desconcentrado en el que se insertan los CDI, y el marco de políticas nutricionales y de protección infantil, se aplicó la encuesta epidemiológica, para caracterizar los modos de vida y la inserción social de las familias, y se realizaron entrevistas a cuidadoras y educadoras. En el dominio individual se

utilizaron la entrevista y la encuesta para determinar estilos de vida desde los procesos individuales familiares y la situación de salud nutricional de los niños y niñas, en este punto se utilizaron los estándares de crecimiento de la OMS para el monitoreo de los niños y niñas, se usó el software WHODIN. V3.0¹ para determinar la tendencia epidemiológica de la salud nutricional. En los tres dominios se identificaron los procesos protectores y destructivos, con base en la matriz de la determinación social.

6.1. Mecanismo de recopilación de información

- Encuesta epidemiológica, basada en el estudio nacional de la atención alimentaria y nutricional – ENSAB IV Colombia, modificada.
- Guía de entrevista para coordinadoras y educadoras.
- Estándares de crecimiento de la OMS en el monitoreo de los niños/as de 12 meses a 36 meses de edad que acuden a los CDI.

7. Modelo de referencia analítico operacional del estudio

Corresponde a la matriz de operacionalización de los tres dominios: general, particular e individual y los indicadores que se obtienen de la encuesta, con base en los procesos identificados en cada uno.

El plan de análisis de la información comprendió el análisis de contingencia en dos ejes: el primero buscó caracterizar los distintos modos de vida, inserción social, estilos de vida y los efectos en el nivel de afectación de la malnutrición y encontrar las diferencias por vulnerabilidad de los barrios de residencia; el segundo realizó el análisis de la relación entre el nivel de afectación de la malnutrición con los procesos del orden particular (modos de vida, las exposiciones), y del orden individual (estilos de vida y otros indicadores del estado nutricional del niño). Se aplicaron pruebas de hipótesis de diferencia de proporciones a través del estadístico chi cuadrado. Para identificar inequidad se compararon las desigualdades del estado nutricional por clase, género y etnia. En la categorización por clases sociales, se incluyó en la encuesta el INSOC (sistema económico de las familias, actividades de los miembros de las familias,

Cie socieda¹ WHODIN V3.0, software para facilitar la aplicación de los estándares de crecimiento de la OMS para el monitoreo del crecimiento y desarrollo motor en poblaciones de niños hasta los cinco años de edad. http://www.who.int/childgrowth/software/manual_anthro_para_pc.pdf.

formas de la propiedad, relaciones técnicas en el trabajo, forma y tipo de la riqueza social de la que disfrutaban las familias) instrumento desarrollado por Breilh y aplicado con permiso del autor. Se siguió el proceso y el algoritmo del *IV ENSAB IV Para saber cómo estamos y saber qué hacemos. Metodología y determinación social de la Salud Bucal* (MSP 2014, 84-86).

Las categorías de clase social como dimensiones que determinan el modo de vida y las relaciones sociales de una población se tomaron para las fracciones de clases (capa media pobre, capa media pudiente, pequeño artesano, pequeño comerciante, pequeño trabajador agrícola, empresario, obrero, subasalariado, desempleados, jubilados, militar) estudio se muestran en el anexo 1.

La matriz de procesos críticos se estructuró con base en las fases de comprensión del objeto de estudio y de desciframiento de los procesos en cada dominio (individual, particular y general). Los escenarios fueron construidos conforme a los postulados de Breilh y la determinación social, y operativamente resultaron del aporte de las técnicas intensivas y extensivas. Por un lado, la encuesta con sus diferentes bloques (de servicios, familiar, del INSOC, de la vivienda, de modos y estilos de vida, y de tendencia epidemiológica); por otro, la identificación de expresiones surgidas de las entrevistas, además del análisis documental de fuentes primarias y secundarias.

Para conocer el estilo de vida de los niños se entrevistara a las educadoras, las que serán realizadas en un proceso de diálogo individual, flexible y abierto, en espacios de privacidad y confidencialidad, las mismas que fueron grabadas con previo consentimiento de las entrevistadas, el instrumento diseñado fue la guía de entrevista, mediante preguntas específicas, acordes con la problemática de estudio, se transcribieron las grabaciones de las entrevistas.

Con respecto a las condiciones genotípicas y fenotípicas nutricionales del niño se partirá de la valoración del estado nutricional de los niños asistidos nutricionalmente por los CDI, considerando los estándares de crecimiento de la OMS para el monitoreo del crecimiento de los niños y el uso de software WHODIN V3.0. Esto con ayuda de una plantilla antropométrica.

Para demostrar la relación del perfil de la determinación social, dominios de la determinación, procesos protectores/destructivos se elaboró la matriz de poder, el triángulo de la política, la triangulación de técnicas que son mecanismos que propone Breilh para la comprensión de la determinación social de la salud.

Para la construcción de la variable vulnerabilidad del barrio se la realizó tomando en consideración la prORIZACIÓN de los problemas sociales como: insalubridad por basura, inseguridad por delincuencia, agua insalubre, alcoholismo, violencia intrafamiliar, vías en mal estado, ubicación del barrio, problemas que afectan a cada uno de los barrios donde se asientan los CDI, los que fueron priorizados en el Plan Local de Salud del año 2017, para la escala de valoración se le otorgo un puntaje de alto (10 a 14), medio (5 a 9), Bajo (0 a 4). Se realizo el cruce de las variables por cada uno de los barrios participantes en el estudio, determinando que los barrios medianamente vulnerable son Santa Cruz, Chillogallo , la Ecuatoriana, y los barrios con vulnerabilidad baja son Ciudadela Ibarra, Tránsito y Martha Bucaram como se demuestra en la siguiente tabla.

Tabla 5
Construcción de variable vulnerabilidad de los barrios de la AZQ

PROBLEMA	BARRIOS DE LA ADMINISTRACIÓN ZONAL QUITUMBE					
	STA. CRUZ	CDLA. IBARRA	CHILLOGALLO	ECUATORIANA	TRANSITO	MARTHA BUCARAM
Insalubridad por basura	II	II	II	II	II	II
Inseguridad por delincuencia		II	II	II	I	II
Agua Insalubre	II		II	II	I	
Alcoholismo	II		II	II		
Violencia Intrafamiliar						
Vías en mal estado	II					
Ubicación del Barrio /esta alejado	I					
Puntaje	9	4	6	6	4	4

Fuente: Plan Local de Salud – Distrito de Salud 17D07, 2017

Elaboración propia

Tabla 6
Operacionalización de variables de la DSS y la atención alimentaria y nutricional de los CDI del MIES en territorio de la AZQ

CATEGORÍA	VARIABLE	CONTENIDO	OPERACIONALIZACIÓN
Características generales de los niños o niñas	Nombre del CDI	Capullitos de ternura	
		Claudia Beltrán	
		Démons la mano amigos	
		Estrellitas del sur la estancia	
		Estrellitas futuras del sur	

		María Auxiliadora		
		Mis primeros pasos		
		Orquídeas		
		Santa Cruz		
	Nombre	No se operacionaliza		
	Fecha de nacimiento	En años, meses y días		
	Edad	0 a 12 meses	Condición de la edad referida en meses a partir de la fecha de evaluación	
		13 a 24 meses		
		25 a 36 meses		
		Más de 36 meses		
Sexo	Hombre			
	Mujer			
Parentesco	Papá			
	Mamá			
	Abuelo(a)			
	Hermano (a)			
	Otro familiar			
Presencia del padre en la encuesta	NO	1 punto: SI asiste el padre a la encuesta de nutrición del niño.		
	SI	2 hasta 14 puntos: NO asiste el padre a la encuesta de nutrición del niño, asiste la mama u otro familiar.		
Identidad étnica	Indígena			
	Afroecuatoriano/a			
	Negro/a			
	Mulato/a			
	Montubio/a			
	Mestizo/a			
	Blanco/a			
BLOQUE	CATEGORÍAS	VARIABLE	ETIQUETA	OPERACIONALIZACIÓN
Realidad particular		Disposición de servicios básico	NO	0 hasta 6 puntos: la vivienda no dispone de todos los servicios
			SI	7 puntos : SI dispone de todos los servicios
	Modos de vida (Espacio de la reproducción social vivienda)	Cantidad de familiares del niño	3 a 4	
			4 a 5	
			5 a 6	
			7 a 8	
		Ubicación del niño en referencia a los hermanos	1,2,3,4	
	Numero de dormitorios	1, 2, 3		

	Modo de vida (vivienda) Acumulación de familiares en el hogar del niño, el cual a propósito que no se haya físicamente preparado para albergarlos.	Hacinamiento	NO	0 a 2 puntos: no existe hacinamiento en el hogar del niño
			SI	Más de 3 puntos: SI existe hacinamiento en el hogar del niño
	Modo de vida (vivienda) Ambiente de descanso	Con quién duerme el niño o la niña	Papá. Mamá, Hermano	
			Abuelo(a), Otro familiar	
Solo Papá y mamá				
Realidad particular	Modos de vida Espacio de soportes familiares Características de los responsables del niño que asiste al CDI	Nivel de educación	Primaria / Secundaria/ Universitaria	
			Ninguna	
	Edad del padre / Edad de la madre	< de 18 años		
		De 18 a 28 años.		
		De 29 a 39 años.		
		De 40 o más		
	INSOC ocupación	Segmentos de trabajo	Profesional o técnico independiente	
			Empleado de empresa particular (profesional o técnico)	
			Empleado público (profesional o técnico)	
			Empleado de empresa particular no titulado	
			Empleado público no titulado	
			Artesano	
			Comerciante propietario de pequeño negocio	
			Propietario de empresa industrial, comercial o de servicios	
			Obrero o trabajador manual de empresa	
			Jornalero o peón	
			Trabajador por cuenta propia no profesional ni técnico	
Empleada doméstica				
Trabajadora familiar sin remuneración fija, ama de casa				
Jubilado del IESS, ISFA, ISPOL				
Militar o policía (de tropa u oficial)				
Pequeño trabajador agrícola				
Rentista				
Ninguna (desempleado/a)				

BLOQUE	CATEGORÍAS	VARIABLE	ETIQUETA	OPERACIONALIZACIÓN
Realidad particular	INSOC Función: papel que desempeña en la organización social del trabajo: jerarquía en el proceso de producción	Actividades en la organización social del trabajo	Hace el trabajo	
			Hace y dirige el trabajo	
			Dirige y organiza el trabajo de otros	
			No aplica, desempleado	
	INSOC 1 Control	Persona responsable del niño	Papá / Mamá/ Abuelo(a) / Hermano (a) / Otro familiar	
		Núcleo familiar económico	NO	Condición SI para responsabilidad de ingresos. P. 1.25
			SI	0 hasta 1 punto, si son responsables los padres del ingreso económico del hogar 2 hasta 4 puntos : no son responsables los padres del ingreso económico del hogar
	INSOC Propiedades: relación frente a los medios de producción: propiedad de los medios indispensables de producción.	Disposición de medios de producción	NO	0 puntos: no dispone de algún medio de producción
			SI	1 hasta 5 puntos : SI dispone de algún medio de producción
	INSOC Control 2	Monto de acceso	Menos de 200 dólares	
			De 201 a 400 dólares	
			Más de 400 dólares	
		Frecuencia de falta de dinero	Siempre	
			Casi siempre	
			Algunas veces	
Muy pocas veces				
Nunca				
CATEGORÍAS	VARIABLE	ETIQUETA	OPERACIONALIZACIÓN	
Inserción social: concepto integral de clase social que permite abarcar las dimensiones fundamentales que determinan el modo de vida y las relaciones sociales en una formación concreta (Breilh,	Clase social	Capa media pudiente	En función de la tabla de combinaciones para cada fracción social del ejercicio desarrollado por Jaime Breilh en el Centro de Estudios y Asesoría en Salud.	
		Capa media pobre		
		Pequeño artesano		
		Pequeño comerciante		
		Pequeño trabajador agrícola		

Realidad Particular	1989)		Empresario		
			Obrero		
			Subasalariado		
			Desempleados		
			Jubilado		
			Militar		
	Modo de vida (espacio de la reproducción social vivienda)	Propiedad de la vivienda		Propia	
				Prestada	
				Arrendada	
		Entorno de la vivienda		Casa	
				Mediagua	
				Departamento	
				Cuarto de inquilinato (piezas)	
	Modos de vida Espacio de la reproducción social:	Accesibilidad de las familias a laprestación de salud		Seguro ISSFA	
				Seguro ISSPOL	
				IESS Seguro general	
				IESS Seguro voluntario	
				IESS Seguro campesino	
				Seguro privado	
				Jubilado del IESS/ ISSFA / ISSPOL	
			MSP		
BLOQUE	CATEGORÍAS	VARIABLE	ETIQUETA	OPERACIONALIZACIÓN	
Realidad particular	Modos de vida		NO	0 puntos: no participan en alguna organización	
	Participación en toma de decisiones y organización	Participación de las familias en el CDI	SI	1 o más: si participan en alguna organización	
	Capacidad para crear y reproducir valores culturales: papel de género, papel laboral,	Colaboración en actividades de salud nutricional	NO	0 puntos : no participan en alguna organización	

	Conformismo/			
	inconformismo con lo establecido, rasgos culturales, como costumbres, valores y creencias.			
	Calidad y disfrute de bienes de consumo	Colaboración en actividades de salud nutricional	NO	0 puntos : no colaboran en alguna actividad de salud nutricional
			SI	1 a 4 puntos: SI colaboran en alguna actividad de salud nutricional
		Satisfacción de necesidades calóricas:	Mal	0 -16 puntos: satisfacen mal
			Bien	
			Muy Bien	33-48 puntos: satisfacen Muy bien
		Morbilidad referida	Desnutrición leve	
			Desnutrición grave	
			Desnutrición moderada	
			Ninguna	
		Conocimiento	Bajo	Menos de 9 puntos
	Medio		Otro valor, medio conocimiento	
	Alto		9-15 puntos, Alto conocimiento	
	Conocimiento	Conocimiento de la desnutrición	Por la poca diversidad de alimentos	
Por el desconocimiento				
Por la frecuencia de las comidas				
BLOQUE	CATEGORÍAS	VARIABLE	ETIQUETA	OPERACIONALIZACIÓN
Realidad particular	Conocimiento	Conocimiento de la desnutrición	Por la edad de inicio de la alimentación complementaria	
			Por la falta de consistencia en las comidas	
			Por no alimentar motivando	
			Por sentir desconfianza en la preparación de alimentos saludables	

			Por enfermarse fácilmente	
			Deficiencia de hierro	
			Deficiencia de yodo	
			Por la existencia de peligros relacionados a manejo de alimentos	
			Por la falta de higiene personal y del niño	
			Por factores relacionados al uso del agua y su saneamiento	
			Por no considerar consejos de guías alimentaria	
Valores culturales	Creencia acerca desnutrición	SI / No / Desconozco		
	Prácticas de las familias CDI para conservar la salud nutricional	NO	0 puntos: no realiza alguna práctica para mantener al niño sano y saludable, sin desnutrición	
		SI	1 a 8 puntos: si realiza alguna práctica para mantener al niño sano y saludable, sin desnutrición	
BLOQUE	CATEGORÍAS	VARIABLE	ETIQUETA	OPERACIONALIZACIÓN
Realidad individual	Estilos de vida Nutrición	Manejo del tiempo para la alimentación y preparación de alimentos	Bajo	
			Medio	
			Alto	
		Consumo de leche materna	SI	
			NO	
		Inicio de alimentación complementaria	Un mes de nacido	
	Seis meses de nacido		1-2 puntos: alimentación complementaria hasta los 6 meses	
	Entre siete y doce meses		3 a 4 puntos: alimentación complementaria desde los 6 meses	
	Más de un año de nacido			
	No recuerda			
Prácticas de alimentación al infante	Enriquecimiento de la comida	NO	0 puntos: no enriquecen la comida con algún alimento	
		SI	1 a 7 puntos: si enriquecen la comida con algún alimento	

		Prácticas de motivación	NO	0 puntos: no practica alguna actividad de motivación
			SI	1 a 7 puntos: si practica alguna actividad de motivación
		Práctica de almacenamiento de alimentos	NO	Condición SI para la pregunta 1.54
			SI	0 puntos: no guarda algún alimento 1 a 4 puntos: si guarda algún alimento
	Prácticas de sanidad	Consumo de agua	Tal como llega	
			Hervida	
			Colocando cloro en el agua o agua filtrada	
			Se compra agua de botellón (purificada)	
		Lavado de frutas	Con agua	
			Con un trapo	
Con desinfectante				
Con agua y cloro				
BLOQUE	CATEGORÍAS	VARIABLE	ETIQUETA	OPERACIONALIZACIÓN
Realidad individual	Prácticas de sanidad	Preparación de biberón	Plástico	
			Vidrio	
			Aluminio	
			Microonda	
			Cocina	
		Aseo para preparar alimentos		
		a. Me lavo las manos en una cubeta con agua que comparto con la familia	1 vez	
			Entre 2 y 3 veces	
			Entre 4 y 6 veces	
			No lo hago	
b. Me lavo las manos con asistencia de alguien, vaciando agua en mis manos				
c. Me lavo las manos con agua corriente y jabón				
Actividad física				
¿Con que frecuencia semanal realiza actividad física con el niño o la niña?				

		a. Utilizó música para activar el cuerpo y la mente		
		b. Le doy masajes para estimular su cuerpo		
		c. Realizó movimientos básicos y sencillos de yoga con mi hijo		
		d. Practico con mi hijo estimulación temprana		
BLOQUE	CATEGORÍAS	VARIABLE	ETIQUETA	OPERACIONALIZACIÓN
Realidad individual	Alimentación	Adquisición de alimentos	Supermercados: Santa María, Tía, Supermaxi, AKI	
			Tiendal barrio	
			Ferias libres	
			Bioferias y mercados saludables	
		Frecuencia de compra		
		a. Pan, arroz, fideos u otros alimentos a base de granos	Nada	
			1 vez	
			Entre 2 y 3 veces	
			Entre 4 y 6 veces	
		No llevo registro		
		b. Papas blancas, camote, yuca, o cualquier otro alimento a base de raíces		
		c. Granos: choclo, frijoles, habas, alverjas, lenteja etc		
		d. Fórmula infantil: S 26 Gold, Enfamil, Similac, NAN		
		e. Leche envasada o en polvo	Nada	
1 vez				
Entre 2 y 3 veces				
Entre 4 y 6 veces				
No llevo registro				
f. Yogurt				
g. Queso u otros productos lácteos				
h. Hígado, riñón, u otros órganos comestibles o alimentos a base de sangre				
i. Algún tipo de carne: de res, cerdo, cordero, pollo, pato u otra				

		j. Pescado fresco o secos, o mariscos		
		k. Huevos	Nada	
			1 vez	
			Entre 2 y 3 veces	
			Entre 4 Y 6 veces	
			No llevo registro	
		l. Verduras como : acelga, berros, espinaca, col, brócoli etc		
		m. Frutas: manzana, peras, mango, melón, durazno, sandia, piña		
		n. Aceites de palma, nuez, coco		
		o. Aceite , grasas, manteca, mantequilla		
p. Dulces: chocolates, caramelos, pasteles, galletas				
BLOQUE	CATEGORÍAS	VARIABLE	ETIQUETA	OPERACIONALI ZACIÓN
Realidad individual	Consumo de alimentos	Forma de compra		
		a. La compra se hace rápido y los productos son fáciles de preparar	Muy deacuerdo	
			De acuerdo	
			Ni en acuerdo ni en desacuerdo	
			En desacuerdo	
			Muy en desacuerdo	
		b. En la compra no existen productos transgénicos		
		c. En la compra se da importancia a granos y harinas		
		d. En la compra no deben faltar embutidos		
		e. Se compra sólo lo que está más barato y en oferta	Muy deacuerdo	
			De acuerdo	
			Ni en acuerdo ni en desacuerdo	
			En desacuerdo	
	Muy endesacuerdo			
f. En la compra se considera marca y precio de los productos				
g. Se compra donde existe mucha variedad				
h. Se compra en un lugar cercano a la casa				

		i. Se da preferencia a la compra de enlatados de fruta, verdura, granos			
BLOQUE	CATEGORÍAS	VARIABLE	ETIQUETA	OPERACIONALIZACIÓN	
Evaluación nutricional	Tendencia epidemiológica	Talla/edad	Desnutrición crónica	Cálculo del valor correspondiente al patrón de referencia de desarrollo físico para una edad determinada según los valores de la OMS que utiliza el Programa WHODIN.V3.0,	
		Peso/edad	Ligeramente alto		
			Normal		
			Riesgo de desnutrición crónica.		
			Talla alta		
			Desnutrición global		
			Normal		
			Riesgo de desnutrición global		
		Talla/peso	Sobrepeso		
			Desnutrición aguda		
			Normal		
			Riesgo de desnutrición aguda		
			Riesgo de sobrepeso		
		Nivel de afectación de la malnutrición	Sobrepeso		
			Normal (no afecta)		Normal cuando testan en rangos normales
			Bajo		Bajo cuando en alguna de las evaluaciones presente riesgo
Moderado	Moderado cuando exista algún tipo de desnutrición y riesgo de otra.				
		Severo	Severo cuando de las tres en dos exista algún tipo de desnutrición		

Fuente y elaboración propia

9. Limitaciones de la investigación

Las limitaciones de la investigación son de dos tipos. Por un lado, se debe tener presente que los hallazgos son válidos para el contexto específico de los CDI investigados y no son susceptibles de generalización. Por otro, la conformación del marco muestral y la recolección de información consideró las disposiciones y lineamientos del Departamento de Análisis de la Coordinación Zonal No. 9 del MIES, autorizado por la Dirección Distrital para las investigaciones en los CDI.

10. Ética de la investigación

10.1. Principios

La investigación se enmarcó dentro de los principios éticos del: a) respeto por las personas y padres de familias que asistieron libres y voluntariamente, se respetó su deseo de poder colaborar en el estudio, como así también se respetó la decisión de las personas que decidieron excluirse de la investigación, b) beneficencia trato ético a las personas, se les informó que el objetivo de la investigación es valorar las condiciones alimentarias de los niños con la finalidad de poder mejorar el estado nutricional de cada uno, c) justicia en la reunión de apertura los participantes fueron informados del motivo de la investigación, se les indicó que el trato es igualitario a cada una de las personas, por lo cual se elaboró el documento de asentimiento para su participación.

10.2. Consentimiento informado voluntario y libre

Se edificó una hoja de consentimiento, con información clara y específica en la que los tutores de los niños y niñas de la muestra que asisten a los CDI, coordinadoras y educadoras, manifestaron su aprobación para participar en el estudio, se les comunicó que la información obtenida es reservada y para conocimiento de la institución. Anexo 3. El estudio de investigación cumplió con los

lineamientos establecidos en la norma y reglamentos de la Universidad Andina Simón Bolívar para proyectos de titulación.

10.3. Devolución de la información

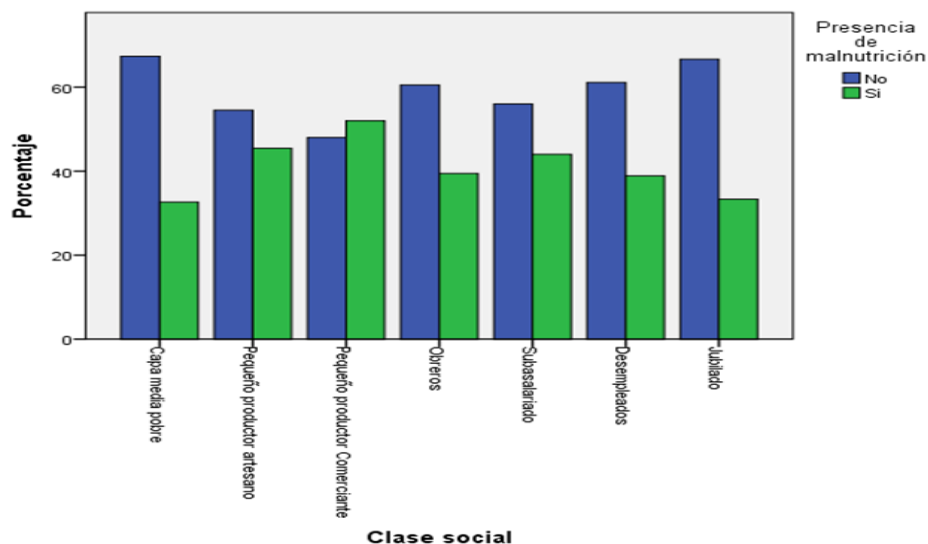
Los resultados de la investigación serán devueltos al Ministerio de Inclusión Económica y Social mediante un duplicado del documento final de la tesis.

11. Matriz de poder

Al cruzar el estado nutricional con la inserción social (que es un indicador aproximado a estrato social), encontramos que la mayor frecuencia de malnutrición se presenta en los grupos familiares donde el responsable económico del hogar desarrolla una ocupación como comerciante propietario de un pequeño negocio, y es quien dirige y organiza el trabajo de otros, o quien lo hace es propietario de un pequeño negocio, de cuyas ganancias vive la familia.

Los porcentajes de estados de nutrición normal se evidencian mayormente en la capa media pobre, que se caracteriza porque el principal responsable económico de la familia es empleado (particular o público) de nivel medio, así también se evidencia que existen hogares en los que el responsable económico es jubilado, y la familia subsiste principalmente de la pensión jubilar. Las demás capas sociales encontradas (trabajador independiente, pequeño artesano, obrero, trabajador por cuenta propia o desempleado), presentan similares cuadros de malnutrición, como se observa en el siguiente gráfico.

Gráfico 1
Estado nutricional por inserción social



Fuente y elaboración propia

La relación jerárquica entre hombres y mujeres, que somete a las madres al espacio doméstico, ha devenido en relaciones de desigualdad e inequidad, percibidas como naturales por las coordinadoras, educadoras y aun los familiares de niños/as integrados a estos centros.

Muchas de las educadoras concuerdan con que el machismo prevalece en el entorno familiar de los niños que asisten a los CDI, provocando que “sólo mamás asisten a los programas y capacitaciones; los papas nunca aparecen” (educadora 01 2018, entrevista personal, anexo 2). “La realidad de las familias es extrema; hay familias constantes y firmes, pero otras presentan maltrato y violencia de género” (educadora 02 2018, entrevista personal, anexo 2). En contraste con las encuestas, éstas el patrón machista que existe al interior de las familias de los CDI.

Entorno a la etnia, el modelo de desarrollo “metropolitano” conllevado un estilo de vida mercantilista, eliminando todos los elementos característicos de una comunidad o pueblo. En función de este modelo de desarrollo; se ha originado la destrucción de la cultura. Los discursos del orden metropolitano han segregado a las pueblos y colectivos urbanos de origen ancestral (Gañán 2015, 31-3).

Las entrevistas permiten evidenciar familias en proceso de adaptación al mestizaje quiteño, lo que ha llevado a la pérdida de la identidad cultural. Varios relatos de las educadoras trastocan este tema; la población que asiste a los CDI proviene de familias de alta vulnerabilidad; muchas de ellas son migrantes de provincias del sur (Latacunga, Salcedo etc) que buscan un trabajo para poder ayudar a sus familias.

El resultado de la encuesta realizada a los padres de los niños de los CDI corrobora el mestizaje porque hay un 89,6% de padres, madres u otros familiares que se identifican como mestizos insertando automáticamente al niño en un ámbito de pérdida de auto identificación étnica

Lo expresado anteriormente da a entender que existe un espacio de lucha en el que las inequidades por clase social se suman las concebidas por el patriarcado, que se expresan en discriminación de género, etnia y clase social.

12. Matriz de procesos críticos

Desde el punto de vista de la epidemiología crítica, en este apartado la tarea es relacionar la situación nutricional de los niños y niñas de los centros de la Administración Zonal Quitumbe con las distintas dimensiones de la reproducción social a la que se halla subsumida. Una mirada integral de (la atención alimentaria, nutricional y del estado nutricional infantil propicia la comprensión de este proceso y por ende, contribuye a implementar acciones orientadas a lograr una promoción de salud integral y la prevención de la malnutrición en todas sus formas. Mediante el estudio epidemiológico se indagó sobre los procesos protectores y destructivos, tanto en el cotidiano de la vida de las familias y los niños y niñas del contexto de estudio.

El trabajo epidemiológico sobre los procesos protectores y los destructivos en todos los dominios y órdenes de la determinación social de la salud nutricional sistematizó todo el conjunto de fuerzas que componen e interactúan entre dimensiones y órdenes de la DSS. En definitiva el perfil de la determinación social aportó muchísimo a discernir la complejidad del componente de la atención alimentaria y nutricional de los centros de la Administración Zonal Quitumbe que se configuro en una compleja contradictoria y dinámica trama que relaciona lo individual y lo colectivo de la determinación social de la salud nutricional tal como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 7
Matriz de procesos críticos de la determinación social

Dominio /ordenes	Económico		Político		Cultural	
	Procesos protectores	Procesos destructivos	Procesos protectores	Procesos destructivos	Procesos protectores	Procesos destructivos
General	<p>Cooperación externa de organismos dedicados al mejoramiento de la salud infantil</p> <p>Disposición de partidas presupuestarias que favorecen la integración la capacitación de los actores involucrados en el desarrollo infantil</p>	<p>Mecanismos de modernización capitalista</p> <p>Procesos de producción de alimentos para consumo interno y exportación. en concordancia con un modelo monopolista</p> <p>Economía de oferta, demanda y capital</p>	<p>Desarrollo infantil como una política pública, prioritaria y obligatoria</p> <p>Desarrollo bajo el paradigma del buen vivir</p>	<p>Políticas que fortalecen las cadenas de valor controladas por la agroindustria y las grandes cadenas de distribución de alimentos.</p> <p>Políticas de evaluación minimalistas que no muestran progresos claros de la aplicación del Buen vivir</p>	<p>Procesos que retoman la alimentación tradicional</p>	<p>Procesos en función del individualismo consumista.</p> <p>Transición alimentaria colectivos que demandan bienes y servicios,</p>

Particular	Principios de inversión de salud inclusiva que favorecen a la niñez	Hipercentros concentradores de riqueza Procesos de captación de flujos de capital, para generar condiciones favorables Servicios públicos que funcionan con procedimientos organizacionales y gerenciales de mercado, Gobierno local corporativo, arraigado en una cultura empresarial metropolitana Procesos de segregación urbana	Proceso de atención con enfoque intergeneracional: Juventud y Adultos Mayores Procesos de protección Especial y discapacidades Convenios con Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) y con Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD)	Burocratización de los procesos de participación social. Falta de acciones que generen gobierno de cercanía ciudadana. Políticas distritales con visión aislada, sectorial, asistencial y de corto plazo Sistemas débilmente acoplados Comportamiento idiosincrático involución de la cohesión social Procesos de emulación del orden y las jerarquías de la ciudad.	Procesos de concientización de las familias	Vulnerabilidad de barrios Tiempos bajos de asistencia nutricional Proceso de modernidad quiteña Individualismo Conductas etnocéntricas Vulnerabilidad por modos de vida
Individual	Inversión en proceso de capacitación a educadoras, coordinadoras y familias	Coordinadoras y educadoras limitadas por el presupuesto anual por capacidad resolutive irreal. Grupo de trabajo (coordinadora/educadoras) concientizado solo en función de la situación económica de las Familias.	Mecanismos de Asistencia alimentaria y nutricional bajo normas, técnicas protocolos y políticas que garantizan calidad, calidez, oportunidad	Baja apropiación del entorno y la participación crítica Débil capacidad de organizar acciones frente a la malnutrición	Centros (CDI) que están inmersos en la alimentación nutricional y balanceada Que favorece a los niños.	Pérdida de la auto-identificación. Procesos de igualación de la conducta individual Procesos de omisión y falencias

Elaboración y fuente propia

Capítulo tercero

Resultados

6. Dominio particular

6.1. Modos de vida según vulnerabilidad del barrio

Como se indico en el capítulo anterior para determinar el grado de vulnerabilidad se tomó en cuenta los problemas sociales que afectan a los barrios como la delincuencia, consumo de alcohol, inseguridad, agua insalubre, violencia intrafamiliar, denotando que los CDI, Claudia Beltrán 29.4%, Estrellitas futuras del sur 41.2% y Santa Cruz 29.4% se encuentran en los barrios de mediana vulnerabilidad. Como resultado, se puede apreciar que poco más de la mitad de los niños que asisten a estos centros, están en el rango de edad de veinticinco a treinta y seis meses, representando el 53,3%, siendo el sexo masculino el de mayor participación (53,3% frente al 46,7 de mujeres). Así mismo, la etnia mestiza es la de mayor participación (89,6%) y la de menor participación la etnia montubia (1%). Por otro lado, los CDI Capullitos de Ternura con el 9.8%, Demonos la mano Amigos 39,2%, Estrellita del Sur la Estancia con el 9.8%, María Auxiliadora con el 9.8%, Mis primeros pasos con el 13,7%, Orquídeas con el 17.6% se encuentran en los barrios de baja vulnerabilidad.

Tabla 8
Características generales de los niños/as de los CDI

Información general		Vulnerabilidad del barrio					
		Bajo		Medio		Total	
		n	%	n	%	n	%
Nombre del CDI	Capullitos de ternura	20	9,8	0	0,0	20	6,9
	Claudia Beltrán	0	0,0	25	29,4	25	8,7
	Démonos la mano Amigos	80	39,2	0	0,0	80	27,7
	Estrellitas del sur La Estancia	20	9,8	0	0,0	20	6,9
	Estrellitas futuras del sur	0	0,0	35	41,2	35	12,1
	María Auxiliadora	20	9,8	0	0,0	20	6,9
	Mis primeros pasos	28	13,7	0	0,0	28	9,7
	Orquídeas	36	17,6	0	0,0	36	12,5
	Santa Cruz	0	0,0	25	29,4	25	8,7
Rango de edad en meses	12 a 24 meses	73	35,8	21	24,7	94	32,5
	25 a 36 meses	102	50,0	52	61,2	154	53,3
	Más de 36 meses	29	14,2	12	14,1	41	14,2

Sexo	Hombre	109	53,4	45	52,9	154	53,3
	Mujer	95	46,6	40	47,1	135	46,7
Autoidentificación étnica	Indígena	7	3,4	4	4,7	11	3,8
	Afroecuatoriano/a	9	4,4	0	0,0	9	3,1
	Montubio/a	2	1,0	1	1,2	3	1,0
	Mestizo/a	183	89,7	76	89,4	259	89,6
	Blanco/a	3	1,5	4	4,7	7	2,4
	Total	204	100,0	85	100,0	289	100,0

Fuente: Encuesta epidemiológica DSS, Quitumbe 2018

Elaboración propia

** $p < 0,01$; Chi2 de independencia de proporciones

Las familias de los niños de los CDI que están ubicados en barrios de mediana o baja vulnerabilidad cuentan con una cobertura de servicios básicos superior al 95% y acceso a servicios de telefonía móvil superior al 50%.

Tabla 9
Disposición de servicios

Servicios básicos		Vulnerabilidad del barrio					
		Bajo		Medio		Total	
		n=204	%	n=85	%	n=289	%
Energía eléctrica	Si	200	98,0	85	100,0	285	98,6
Alcantarillado	Si	197	96,6	85	100,0	282	97,6
Agua potable	Si	199	97,5	85	100,0	284	98,3
Recolección de basura	Si	194	95,1	81	95,3	275	95,2
Comunicación telefónica	Si	124	60,8	58	68,2	182	63,0
Acceso a internet	Si	135	66,2	46	54,1	181	62,6
Telefonía móvil **	Si	181	88,7	58	68,2	239	82,7

Fuente: Encuesta epidemiológica DSS, Quitumbe 2018

Elaboración propia

** $p < 0,01$; Chi2 de independencia de proporciones

En cuanto a los niños que viven en barrios de vulnerabilidad, el 29.4% asiste a los centros Claudia Beltrán, el 41.2% a Estrellitas futuras del sur, y el 29.4% a Santa Cruz, pertenecientes a la parroquia La Ecuatoriana, en estos barrios se existe el 40% de hacinamiento con relación a los hogares que viven en barrios con baja vulnerabilidad.

Tabla 10
Entorno de la vivienda

Características de la vivienda		Vulnerabilidad del barrio					
		Bajo		Medio		Total	
		N	%	n	%	n	%
Barrio de residencia**	La Ecuatoriana	0	0,0	85	100,0	85	29,4
	El Tránsito	140	68,6	0	0,0	140	48,4
	Ciudadela Ibarra	36	17,6	0	0,0	36	12,5
	Martha Bucaram	28	13,7	0	0,0	28	9,7
	Total	204	100,0	85	100,0	289	100,0

Existencia de hacinamiento	SI	72	35,3	34	40,0	106	36,7
Su vivienda es	Propia	47	23,0	15	17,6	62	21,5
	Prestada	30	14,7	21	24,7	51	17,6
	Arrendada	127	62,3	49	57,6	176	60,9
	Total	204	100,0	85	100,0	289	100,0
Tipo de vivienda	Casa	57	27,9	12	14,1	69	23,9
	Mediagua	26	12,7	17	20,0	43	14,9
	Departamento	109	53,4	49	57,6	158	54,7
	Cuarto de inquilinato	12	5,9	7	8,2	19	6,6
	Total	204	100,0	85	100,0	289	100,00

Fuente: Encuesta epidemiológica DSS, Quitumbe 2018

Elaboración propia

** $p < 0,01$; Chi2 de independencia de proporciones

El 64% de los responsables de los niños tienen un nivel de instrucción secundaria, de los cuales el 66,2% se encuentran en los barrios de vulnerabilidad baja y el 55.8% se encuentran en los barrios de vulnerabilidad media, el 66,1% de los padres de los niños se encuentran en una edad promedio de 18 a 28 años de edad siendo principalmente una población adulta joven, en menor proporción la edad de los padres entre 29 a 39 años se encuentran en un 24,6% y el 4.8% lo representan madres con más de 40 años de edad.

Tabla 11
Características de los responsables del niño

Soportes familiares		Vulnerabilidad del barrio					
		Bajo		Medio		Total	
		N	%	n	%	n	%
Nivel de educación del responsable del niño o niña	Primaria	33	16,2	17	20,0	50	17,3
	Secundaria	135	66,2	50	58,8	185	64,0
	Universitaria	32	15,7	18	21,2	50	17,3
	Ninguna	4	2,0	0	0,0	4	1,4
	Total	204	100,0	85	100,0	289	100,0
Edad del padre	Menos de 18 años	12	5,9	2	2,4	14	4,8
	De 18 a 28 años.	127	62,3	64	75,3	191	66,1
	De 29 a 39 años.	55	27,0	16	18,8	71	24,6
	De 40 o más años	10	4,9	3	3,5	13	4,5
	Total	204	100,0	85	100,0	289	100,0
Edad de la madre**	Menos de 18 años	15	7,4	4	4,7	19	6,6
	De 18 a 28 años.	129	63,2	56	65,9	185	64,0
	De 29 a 39 años.	54	26,5	16	18,8	70	24,2
	De 40 o más años	6	2,9	9	10,6	15	5,2
	Total	204	100,0	85	100,0	289	100,0

Fuente: Encuesta epidemiológica DSS, Quitumbe 2018

Elaboración propia

** $p < 0,01$; Chi2 de independencia de proporciones

Hay similar proporción de familias de clase media pobre quienes, en ocasiones, carecen de dinero para la compra de alimentos y ganan entre 200 y 400 dólares, tanto en barrios de mejores condiciones de vida o de vulnerabilidad media. En barrios de condiciones de vida más deterioradas, el 4.7% de los hermanos se responsabilizan del cuidado de los más pequeños. Esta variable no se encuentra en barrios de baja vulnerabilidad.

Tabla 12
Inserción social de la familia del niño/a

Indicadores de modos de vida de la familia del niño/a		Vulnerabilidad del barrio					
		Bajo		Medio		Total	
		N	%	n	%	n	%
Principal responsable económico**	Papá	94	46,1	38	44,7	132	45,7
	Mamá	93	45,6	37	43,5	130	45,0
	Abuelo(a)	15	7,4	5	5,9	20	6,9
	Hermano (a)	0	0,0	4	4,7	4	1,4
	Otro familiar	2	1,0	1	1,2	3	1,0
	Total	204	100,0	85	100,0	289	100,0
Ingresos mensuales del hogar **	Menos de 200 dólares	57	27,9	22	25,9	79	27,3
	De 201 a 400 dólares	106	52,0	56	65,9	162	56,1
	Más de 400 dólares	41	20,1	7	8,2	48	16,6
	Total	204	100,0	85	100,0	289	100,0
Falta de dinero para la compra de alimentos	Siempre	15	7,4	2	2,4	17	5,9
	Casi siempre	53	26,0	19	22,4	72	24,9
	Algunas veces	72	35,3	32	37,6	104	36,0
	Muy pocas veces	33	16,2	14	16,5	47	16,3
	Nunca	31	15,2	18	21,2	49	17,0
	Total	204	100,0	85	100,0	289	100,0
Clase social	Capa media pobre	92	45,1	52	61,2	144	49,8
	Pequeño productor artesano	7	3,4	4	4,7	11	3,8
	Pequeño productor Comerciante	20	9,8	5	5,9	25	8,7
	Obreros	27	13,2	11	12,9	38	13,1
	Subasalariado	41	20,1	9	10,6	50	17,3
	Desempleados	15	7,4	3	3,5	18	6,2
	Jubilado	2	1,0	1	1,2	3	1,0
	Total	204	100,0	85	100,0	289	100,0

Fuente: Encuesta epidemiológica DSS, Quitumbe 2018

Elaboración propia

** $p < 0,01$; Chi2 de independencia de proporciones

En barrios de baja como de mediana vulnerabilidad se observa una importante proporción de responsables económicos, no titulados ni poseen medios de producción, siendo su principal ingreso el sueldo en empresas públicas o particulares.

Tabla 13
Situación laboral del principal responsable económico

Características del responsable económico	Vulnerabilidad del barrio
---	---------------------------

		Bajo		Medio		Total	
		n	%	n	%	n	%
Grupo ocupacional del responsable económico	Empleado de empresa particular no titulado	65	31,9	34	40,0	99	34,3
	Empleado público no titulado	27	13,2	18	21,2	45	15,6
	Empleado de empresa particular no titulado	7	3,4	4	4,7	11	3,8
	Comerciante propietario de pequeño negocio	20	9,8	5	5,9	25	8,7
	Obrero o trabajador manual de empresa no Propia	27	13,2	11	12,9	38	13,1
	Trabajador por cuenta Propia no profesional ni técnico	22	10,8	4	4,7	26	9,0
	Empleada doméstica	13	6,4	4	4,7	17	5,9
	Trabajadora familiar sin remuneración fija	6	2,9	1	1,2	7	2,4
	Jubilado del IESS, ISFA, ISPOL	2	1,0	1	1,2	3	1,0
	Ninguna (desempleado/a)	15	7,4	3	3,5	18	6,2
Función del responsable económico en su trabajo**	Hace el trabajo	157	77,0	53	62,4	210	72,7
	Hace y dirige el trabajo	28	13,7	19	22,4	47	16,3
	Dirige y organiza el trabajo de otros	6	2,9	8	9,4	14	4,8
	No aplica, desempleado	13	6,4	5	5,9	18	6,2
Herramientas **	Si	46	22,5	9	10,6%	55	19,0
Locales	Si	21	10,3	10	11,8	31	10,7
Máquinas	Si	36	17,6	9	10,6	45	15,6
	Total	204	100,0	85	100,0	289	100,0
Mercadería	Si	37	18,1	10	11,8	47	16,3
	Total	204	100,0	85	100,0	289	100,0
Terrenos	Si	16	7,8	7	8,2	23	8,0
	Total	204	100,0	85	100,0	289	100,0
Principal fuente de ingresos	Pensión jubilar	2	1,0	1	1,2	3	1,0
	Sueldo empleado del sector privado	65	31,9	34	40,0	99	34,3
	Sueldo empleado del sector público	27	13,2	18	21,2	45	15,6
	Sueldo obrero o trabajado no jornalero	27	13,2	11	12,9	38	13,1
	Sueldo trabajador del campo	41	20,1	9	10,6	50	17,3
	Ventas ambulantes	1	0,5	0	0,0	1	0,3
	Vive de lo vende en el comercio	11	5,4	3	3,5	14	4,8
	Ganancia del negocio propio(artesano emprendedor)	27	13,2	9	10,6	36	12,5
	Desempleado/a	3	1,5	0	0,0	3	1,0
	Total	204	100,0	85	100,0	289	100,0

Fuente: Encuesta epidemiológica DSS, Quitumbe 2018

Elaboración propia

** $p < 0,01$; Chi2 de independencia de proporciones

Del global de las familias de los niños de los CDI el 9,3% en las familias que habitan en barrios de vulnerabilidad baja y el 2,4% en barrios de vulnerabilidad media disponen de seguros privados; el 43.1% acude a los establecimientos de la red

complementaria de salud (IESS, ISFFA, ISPOL), mientras que el 49,5% del total de las familias acuden a los establecimientos del MSP, evidenciando que hay un alto porcentaje que trabaja en relación de dependencia y utiliza los servicios del Ministerio de Salud Pública.

Tabla 14
Accesibilidad de las familias a la prestación de salud

Accesibilidad a los servicios de salud de la familia del niño/a		Vulnerabilidad del barrio					
		Bajo		Medio		Total	
		n	%	N	%	n	%
Régimen de salud	Seguro ISSFA	2	1,0	0	0,0	2	0,7
	Seguro ISSPOL	5	2,5	2	2,4	7	2,4
	IESS Seguro general	38	18,6	26	30,6	64	22,1
	IESS Seguro voluntario	10	4,9	4	4,7	14	4,8
	IESS Seguro campesino	3	1,5	2	2,4	5	1,7
	Seguro privado	19	9,3	2	2,4	21	7,3
	Es Jubilado del IESS/ ISSFA / ISSPOL	28	13,7	5	5,9	33	11,4
	MSP	99	48,5	44	51,8	143	49,5
	Total	204	100,0	85	100,0	289	100,0

Fuente: Encuesta epidemiológica DSS, Quitumbe 2018

Elaboración propia

** $p < 0,01$; Chi2 de independencia de proporciones

En referencia al acceso a servicios de salud, si bien la participación en general es baja, se observa mayores tasas de participación en organizaciones en los barrios de mejores condiciones (baja vulnerabilidad) que en los de menores condiciones (vulnerabilidad media).

Tabla 15
Vulnerabilidad en espacios de organización social

Participación		Vulnerabilidad del barrio					
		Bajo		Medio		Total	
		N	%	n	%	n	%
Liga barrial deportiva	Si	31	15,2	7	8,2	38	13,1
Comité barrial	Si	18	8,8	6	7,1	24	8,3
Asociación de trabajadores	Si	13	6,4	4	4,7	17	5,9
Cooperativa	Si	17	8,3	5	5,9	22	7,6
Sindicato	Si	12	5,9	4	4,7	16	5,5
Asociación de empleados	Si	13	6,4	4	4,7	17	5,9
Grupo religioso	Si	21	10,3	6	7,1	27	9,3
Grupos culturales	Si	12	5,9	5	5,9	17	5,9
Total		204	100,0	85	100,0	289	100,0

Fuente: Encuesta epidemiológica DSS, Quitumbe 2018

Elaboración propia

** $p < 0,01$; Chi2 de independencia de proporciones

Existe una diferencia significativa en la proporción de familias que colaboran en las actividades de promoción de la nutrición: mayor colaboración en barrios de baja vulnerabilidad (50%) frente al 22,4% en los barrios de mediana vulnerabilidad. Igual tendencia se observa entre las familias que se capacitaron en salud nutricional infantil, que es más alta en los barrios de baja vulnerabilidad. Es decir, en estos barrios hay un mayor conocimiento y comprensión sobre los aspectos relacionados con la nutrición de los hijos e hijas.

Tabla 16
Nivel de conocimiento de los padres sobre la nutrición infantil

Conocimiento de los padres sobre la nutrición del niño/a		Vulnerabilidad del barrio					
		Bajo		Medio		Total	
		n	%	n	%	n	%
Colaboración en actividades de promoción de nutrición**	No	102	50,0	66	77,6	168	58,1
	Si	102	50,0	19	22,4	121	41,9
Capacitación para comprender el derecho y la responsabilidad sobre la salud nutricional infantil**	Poco	138	67,6	69	81,2	207	71,6
	Algo	22	10,8	3	3,5	25	8,7
	Mucho	44	21,6	13	15,3	57	19,7
Conocimiento de la mala nutrición	Bajo	71	34,8	31	36,5	102	35,3
	Medio	81	39,7	32	37,6	113	39,1
	Alto	52	25,5	22	25,9	74	25,6
Conocimiento de la desnutrición	Bajo	11	5,4	3	3,5	14	4,8
	Medio	54	26,5	26	30,6	80	27,7
	Alto	139	68,1	56	65,9	195	67,5
Conocimiento de la afectación de la salud general por peso y talla del niño o niña	No	17	8,3	5	5,9	22	7,6
	Si	166	81,4	75	88,2	241	83,4
	Desconoce	21	10,3	5	5,9	26	9,0
	Total	204	100,0	85	100,0	289	100,0

Fuente: Encuesta epidemiológica DSS, Quitumbe 2018

Elaboración propia

** $p < 0,01$; Chi2 de independencia de proporciones

7. Dominio individual

7.1. La familia de los niños y niñas de los CDI y sus modos de vida

Según Soliz 2014, 213. Colocar en el estilo de vida del sujeto la responsabilidad de su enfermedad constituye una variante de la culpabilización de la víctima. Es decir que cuando las personas nos enfermamos se debe por las malas prácticas alimenticias y los estilos de vida no saludables en los que se encuentran inmersos actualmente la sociedad, conllevándonos a ser susceptibles de presentar alguna enfermedad. Para varios autores el riesgo de enfermar está ligado a las condiciones sociales y de vulnerabilidad (pobreza) al que se encuentran expuestos.

Para determinar el estilo de vida de las familias de los niños/as de los CDI se realizaron entrevistas consentidas a las coordinadoras y educadoras de los CDI, quienes responsabilizan a las familias el proceso del estado nutricional de los niños las horas que no se encuentran en los CDI y durante los fines de semanas generando lo que se conoce como geografía de la culpa, “responsabilizar a las madres y familias por su situación de enfermedad o pobreza” (Soliz 2012, 8).

Las educadoras de los centros Claudia Beltrán, Estrellitas futuras del sur y Démonos la mano amigos, mencionaron que la mayoría de los responsables de los niño/as, no participan ni interactúan: “los padres, sin más, aceptan lo que disponen los CDI”. (educadora 01 2018, entrevista personal, anexo 2). “Los padres y familiares son bien conformistas; solo se dejan llevar por nuestras exigencias hacia sus hijos” (educadora 02 2018, entrevista personal, anexo 2).

En las entrevistas realizadas las personas entrevistadas manifiestan que existen familias individualistas que viven ajenas a la realidad social, encerradas en ellas y sus intereses económicos, desplazando el interés colectivo al interés individual, es decir que las familias anteponen cualquiera de sus actividades a la corresponsabilidad con el niño en la salud nutricional. Afirman, por ejemplo: “muchas familias son despreocupadas, se olvidan que tienen hijos en los CDI”. (educadora 01 2018, entrevista personal, anexo 2). Sin embargo, manifiestan que hay padres que sí colaboran, pero lastimosamente son muy pocos. Las educadoras resaltan que “algunos papitos son colaboradores con la alimentación y contribuyen con esto en sus hogares”. (educadora 03 2018, entrevista personal, anexo 2).

Las entrevistas evidencian familias a quienes les cuesta replicar las acciones que recomiendan los CDI entorno a la alimentación, principalmente en los fines de semana que pasa en su hogar; muchas de estas familias buscan la manera de responsabilizar a

las educadoras por las deficiencias de alimentación de los niños, esquivando su responsabilidad. Ante esto manifiestan: “la comodidad ha llegado a tal punto que los fines de semana los niños son alimentados con biberón”. (educadora 04 2018, entrevista personal, anexo 2).

La presencia de familias reacias a ejecutar una acción en beneficio de la salud nutricional, ha llevado a las educadoras a manifestar que muchos padres o madres no se comprometen a alimentar bien a sus hijos, principalmente los fines de semana.

Los CDI brindan apoyo con capacitaciones (talleres y charlas); sin embargo, los responsables del niño/a no colaboran. Sorprende escuchar relatos de educadoras, que mencionan: “El CDI brinda capacitaciones a través de nosotras, pero son pocos los padres, madres u otros familiares que estén prestos a participar”. (educadora 05 2018, entrevista personal, anexo 2).

7.2. Estilos de vida de las familias relacionados con la nutrición según vulnerabilidad del barrio de residencia.

Hay una similar proporción de familias que en su mayoría utilizan treinta minutos para preparar y alimentar al niño/a, en los tres momentos que deben asistirlos nutricionalmente, en barrios con condiciones de vida mejores (baja vulnerabilidad) que en los barrios de mediana vulnerabilidad. Sin embargo, se observan tiempos más altos de dedicación para preparación de alimentos en la noche en las familias de barrios de mejores condiciones (vulnerabilidad baja) que en los de peores condiciones (vulnerabilidad media), como se observa en la siguiente tabla:

Tabla 17
Hábitos de cuidado de la salud nutricional de las familias

Hábitos nutricionales		Vulnerabilidad del barrio					
		Bajo		Medio		Total	
		n	%	n	%	n	%
Tiempo en la mañana para preparar y darle alimento al niño o niña	30 minutos	145	71,1	50	58,8	195	67,5
	45 minutos	48	23,5	30	35,3	78	27,0
	Una hora	11	5,4	5	5,9	16	5,5
Tiempo en la tarde para preparar y darle alimento al niño o niña	30 minutos	107	52,5	50	58,8	157	54,3
	45 minutos	71	34,8	28	32,9	99	34,3
	Una hora	26	12,7	7	8,2	33	11,4
Tiempo en la	30 minutos	112	54,9	32	37,6	144	49,8

noche para preparar y darle alimento al niño o niña**	45 minutos	69	33,8	38	44,7	107	37,0
	Una hora	23	11,3	15	17,6	38	13,1
	Total	204	100,0	85	100,0	289	100,0

Fuente: Encuesta epidemiológica DSS, Quitumbe 2018

Elaboración propia

** $p < 0,01$; Chi2 de independencia de proporciones

Existen familias con patrones alimenticios similares, evidenciando que el 29.4% de los barrios con vulnerabilidad baja consumen por semana de dos a tres raciones de papa blanca, camote, yuca, alimentos hechos a base de frijoles, habas, productos lácteos, además de productos derivados del mar en proporción de 33.8%. Adicionalmente, en lo que respecta al consumo de dulces, se da en los niños de los barrios de baja o mediana vulnerabilidad y en mayor proporción en los de mayor vulnerabilidad, como se evidencia en la tabla.

Tabla 18
Vulnerabilidad y patrones alimenticios

Patrones alimenticios		Vulnerabilidad del barrio					
		Bajo		Medio		Total	
		N	%	n	%	n	%
Número de veces que come papa blanca, camote, yuca**	0	44	21,6	10	11,8	54	18,7
	1	55	27,0	37	43,5	92	31,8
	2	60	29,4	26	30,6	86	29,8
	3	39	19,1	7	8,2	46	15,9
	4	6	2,9	5	5,9	11	3,8
	Total	204	100,0	85	100,0	289	100,0
Número de veces que come alimento hecho a base de frijoles, habas**	0	44	21,6	31	36,5	75	26,0
	1	68	33,3	26	30,6	94	32,5
	2	52	25,5	20	23,5	72	24,9
	3	31	15,2	2	2,4	33	11,4
	4	9	4,4	6	7,1	15	5,2
	Total	204	100,0	85	100,0	289	100,0
Número de veces que come productos lácteos (yogurt, queso u otros)**	0	35	17,2	19	22,4	54	18,7
	1	86	42,2	19	22,4	105	36,3
	2	37	18,1	18	21,2	55	19,0
	3	36	17,6	26	30,6	62	21,5
	4	10	4,9	3	3,5	13	4,5
	Total	204	100,0	85	100,0	289	100,0
Número de veces que come pescado fresco o secos, o mariscos**	0	70	34,3	21	24,7	91	31,5
	1	69	33,8	16	18,8	85	29,4
	2	33	16,2	18	21,2	51	17,6
	3	22	10,8	25	29,4	47	16,3
	4	10	4,9	5	5,9	15	5,2
	Total	204	100,0	85	100,0	289	100,0
Número de veces que come frutas y	0	25	12,3	12	14,1	37	12,8
	1	74	36,3	24	28,2	98	33,9
	2	59	28,9	19	22,4	78	27,0

verduras**	3	28	13,7	25	29,4	53	18,3
	4	18	8,8	5	5,9	23	8,0
	Total	204	100,0	85	100,0	289	100,0
Número de veces que come dulces**	0	113	55,4	42	49,4	155	53,6
	1	62	30,4	19	22,4	81	28,0%
	2	12	5,9	3	3,5	15	5,2
	3	12	5,9	21	24,7	33	11,4
	4	5	2,5	0	0,0	5	1,7
	Total	204	100,0	85	100,0	289	100,0

Fuente: Encuesta epidemiológica DSS, Quitumbe 2018
Elaboración propia

** $p < 0,01$; Chi2 de independencia de proporciones

También hay similar proporción de familias que, en su mayoría, ya no proporcionan leche materna y han iniciado la alimentación complementaria entre los siete y doce meses de edad, además de utilizar alimentos de origen animal, harina, a base de maíz, haba, lenteja, frutas, espinacas, acelga, berros, aceite, mantequilla/manteca, queso u otros productos lácteos, hígado, riñón, corazón u otros órganos comestibles, o alimentos a base de sangre, para enriquecer la comida del niño/a, tanto en barrios de baja como media vulnerabilidad.

Tabla 19
Hábitos alimenticios

Hábitos alimenticios		Vulnerabilidad del barrio					
		Bajo		Medio		Total	
		N	%	n	%	n	%
Ingesta de leche materna del infante en la actualidad	No	154	75,5	69	81,2	223	77,2
	Si	50	24,5	16	18,8	66	22,8
	Total	204	100,0	85	100,0	289	100,0
Inicio de alimentación complementaria**	Ocho días de nacido	33	16,2	4	4,7	37	12,8
	Un mes de nacido	5	2,5	2	2,4	7	2,4
	Seis meses de nacido	56	27,5	36	42,4	92	31,8
	Entre siete y doce meses de nacido	79	38,7	35	41,2	114	39,4
	Más de un año de nacido	6	2,9	1	1,2	7	2,4
	No recuerda	25	12,3	7	8,2	32	11,1
	Total	204	100,0	85	100,0	289	100,0
Utiliza alimentos de origen animal	Si	167	81,9	74	87,1	241	83,4

Utiliza harina a base de maíz, habas, lenteja	Si	158	77,5	65	76,5	223	77,2
Utiliza frutas y verduras	Si	172	84,3	75	88,2	247	85,5
Utiliza verduras como espinacas, acelga, berros	Si	148	72,5	67	78,8	215	74,4
Utiliza alimentos aceite, mantequilla / manteca	Si	83	40,7	34	40,0	117	40,5
Utiliza queso u otros productos lácteos	Si	136	66,7	48	56,5	184	63,7
Utiliza hígado, riñón, corazón u otros órganos comestibles o alimentos a base de sangre para enriquecer la comida del niño/a	Si	98	48,0%	34	40,0	132	45,7
	Total	204	100,0	85	100,0	289	100,0

Fuente: Encuesta epidemiológica DSS, Quitumbe 2018

Elaboración propia

** $p < 0,01$; Chi2 de independencia de proporciones

Por otra parte, existen prácticas de almacenamiento de alimentos tanto en barrios de baja como de mediana vulnerabilidad; sin embargo, se observan mayores tasas de hábitos en guardar sobras de alimentos de origen animal (carne, pollo, pescado, hígado vísceras, huevos, etc., sobras de fruta, verduras, queso, yogurt u otros productos lácteos, en los barrios de menores condiciones (vulnerabilidad media) que en barrios de baja vulnerabilidad.

Tabla 20

Prácticas de almacenamiento de alimentos

Prácticas de almacenamiento de alimentos	Vulnerabilidad del barrio						
		Bajo		Medio		Total	
		n	%	n	%	n	%
Hábito de guardar la comida**	Si	51	25,0	40	47,1	91	31,5
Hábito de guardar sobras de alimentos de origen animal (carne, pollo, pescado, hígado / órganos, huevos, etc)**	Si	53	26,0%	36	42,4	89	30,8
Hábito de guardar sobras de leguminosas y frutos secos	Si	38	18,6	10	11,8	48	16,6
Hábito de guardar sobra de frutas y verduras**	Si	43	21,1	28	32,9	71	24,6
Hábito de guardar sobras de queso, yogurt u otro producto lácteo	Si	35	17,2%	19	22,4	54	18,7
	Total	220	100,0	85	100,0	289	100,0

Fuente: Encuesta epidemiológica DSS, Quitumbe 2018

Elaboración propia

** $p < 0,01$; Chi2 de independencia de proporciones

En lo que respecta al porcentaje de niños/as que asistieron a una consulta médica durante los ocho primeros días de nacidos, fue mayor la de los barrios de baja vulnerabilidad (54%) frente al 39% de los barrios con vulnerabilidad media.

Por otro lado, las consultas médicas por problemas de peso, fueron mayores la de los barrios de vulnerabilidad media (7%), frente al 3% de los de vulnerabilidad baja, lo que evidencia mayores deficiencias en sus condiciones de vida.

En cuanto a los motivos de consulta médica por una enfermedad grave, se observa un mayor índice entre los habitantes de los barrios de baja vulnerabilidad (84%) en contraste con el 79% de los barrios de mediana vulnerabilidad, siendo los centros/puestos de salud u hospitales de la red pública de salud del MSP los lugares de mayor concentración de consultas médicas (64%) de la población de baja vulnerabilidad.

Tabla 21
Consulta médica y nutricional

Servicios médicos		Vulnerabilidad del barrio					
		Bajo		Medio		Total	
		n	%	N	%	n	%
Primera consulta médica del niño o niña**	Ocho días de nacido	111	54	33	39	144	50
	Un mes de nacido	24	12	8	9	32	11
	Seis meses de nacido	11	5	10	12	21	7
	Entre siete meses y un año de nacido	27	13	21	25	48	17
	Más de un año de nacido	1	1	3	4	4	1
	No recuerda	30	15	10	12	40	14
Motivo de consulta médica del niño o niña	Por trastornos alimenticios	11	5	7	8	18	6
	Por revisión/prevención	16	8	5	6	21	7
	Por una enfermedad grave	172	84	67	79	239	83
	Por problemas de peso	5	3	6	7	11	4
Lugar de la consulta médica	En un centro/puesto de salud u hospital de la red pública de salud del MSP	130	64	53	62	183	63
	En el Centro Infantil (CDI) por personal del MSP	56	28	21	25	77	27
	En un consultorio particular	18	9	11	13	29	10
	Total	204	100	85	100	289	100

Fuente: Encuesta epidemiológica DSS, Quitumbe 2018
Elaboración propia

** $p < 0,01$; Chi2 de independencia de proporciones

El abastecimiento de alimentos en mercados populares y tiendas de barrio es mayor (8,2%) en las familias de los barrios con vulnerabilidad media que en los de mejores condiciones (5,4%). Por otra parte, el abastecimiento en supermercados (Santa María,

Tía, Supermaxi, Aki, bioferias y mercados saludables), presenta tasas mayores en barrios con baja vulnerabilidad que en los de vulnerabilidad media.

Tabla 22
Patrones de adquisición de los alimentos

Patrones de adquisición de los alimentos		Vulnerabilidad del barrio					
		Bajo		Medio		Total	
		n	%	n	%	n	%
Mercados populares de la localidad**	Si	113	55,4	27	31,8	140	48,4
Supermercados: Santa María, tía, supermaxi, Aki	Si	47	23,0	22	25,9	69	23,9
Tiendas del barrio**	Si	96	47,%	13	15,%	109	37,7
Ferias libres	Si	78	38,2	42	49,%	120	41,5
Bioferias y mercados saludables	Si	11	5,4	7	8,2	18	6,2
Total		204	100,0	85	100,0	289	100,0

Fuente: Encuesta epidemiológica DSS, Quitumbe 2018

Elaboración propia

** $p < 0,01$; Chi2 de independencia de proporciones

Hay similar proporción de familias que consumen de dos a tres veces por mes productos a base de granos (pan, arroz, fideos u otros alimentos) con el 24% en los barrios de baja vulnerabilidad y del 23,5% en barrios de mediana vulnerabilidad; de dos a tres veces productos a base de raíces (papa blanca, camote, yuca) en 22.1% en barrios de vulnerabilidad baja y el 24.7% en barrios de vulnerabilidad media, el consumo de productos lácteos lo realizan de 2 a 3 por mes (queso 25.5% en BBV y de 29.4% en BMV, yogurt en 28.9% en BBV y de 25.9% en BMV), el consumo de vísceras de animales (hígado, riñón, u otros) lo realizan al menos una vez al mes, el 18.6% en BBV y el 22.4% en BMV, el consumo de carnes (de res, cerdo, cordero, pollo) lo realizan en dos o en tres ocasiones en una proporción de 11.3% en BBV y en el 14.1% en BMV, así también el consumo de legumbres en la mismas proporciones es decir 18.1% en BBV y del 17.6% en BMV, esto representa que las familias de los niños de los CDI que se encuentran tanto en los barrios de baja como de mediana vulnerabilidad tienen un equilibrio y proporción de los productos para la preparación de los alimentos.

Tabla 23
Frecuencia de compra de alimentos según vulnerabilidad del barrio

Frecuencia de compra mensual de alimentos		Vulnerabilidad del barrio					
		Bajo		Medio		Total	
		N	%	n	%	n	%
Productos a base de granos (pan, arroz, fideos u otros alimentos)	Nada	21	10,3	1	1,2	22	7,6
	1 vez	50	24,5	27	31,8	77	26,6

	Entre 2 y 3 veces	49	24,0	20	23,5	69	23,9
	Entre 4 y 6 veces	41	20,1	15	17,6	56	19,4
	No llevó registro	43	21,1	22	25,9	65	22,5
	Total	204	100,0	85	100,0	289	100,0
Productos a base de raíces (papa blanca, camote, yuca)	Nada	30	14,7	9	10,6	39	13,5
	1 vez	53	26,0	19	22,4	72	24,9
	Entre 2 y 3 veces	45	22,1	21	24,7	66	22,8
	Entre 4 y 6 veces	39	19,1	18	21,2	57	19,7
	No llevó registro	37	18,10	18	21,2	55	19,0
	Total	204	100,0	85	100,0	289	100,0
	Total	204	100,0	85	100,0	289	100,0
Productos como choclo, frijoles, habas, alverjas, lenteja etc.	Nada	35	17,2	10	11,8	45	15,6
	1 vez	43	21,1	18	21,2	61	21,1
	Entre 2 y 3 veces	51	25,0	21	24,7	72	24,9
	Entre 4 y 6 veces	37	18,1	15	17,6	52	18,0
	No llevó registro	38	18,6	21	24,7	59	20,4
	Total	204	100,0	85	100,0	289	100,0
Fórmula infantil: s 26 Gold, Enfamil, Similac, Nan	Nada	92	45,1	41	48,2	133	46,0
	1 vez	43	21,1	17	20,0	60	20,8
	Entre 2 y 3 veces	17	8,3	10	11,8	27	9,3
	Entre 4 y 6 veces	5	2,5	1	1,2	6	2,1
	No llevó registro	47	23,0	16	18,8	63	21,8
	Total	204	100,0	85	100,0	289	100,0
Leche envasada o en polvo	Nada	76	37,3	37	43,5	113	39,1
	1 vez	44	21,6	19	22,4	63	21,8
	Entre 2 y 3 veces	24	11,8	14	16,5	38	13,1
	Entre 4 y 6 veces	14	6,9	1	1,2	15	5,2
	No llevó registro	46	22,5	14	16,5	60	20,8
	Total	204	100,0	85	100,0	289	100,0
Yogurt	Nada	40	19,6	11	12,9	51	17,6
	1 vez	37	18,1	24	28,2	61	21,1
	Entre 2 y 3 veces	59	28,9	22	25,9	81	28,0
	Entre 4 y 6 veces	27	13,2	11	12,9	38	13,1
	No llevó registro	41	20,1	17	20,0	58	20,1
	Total	204	100,0	85	100,0	289	100,0
Productos lácteos (queso etc)**	Nada	46	22,5	4	4,7	50	17,3

	1 vez	32	15,7	24	28,2	56	19,4
	Entre 2 y 3 veces	52	25,5	25	29,4	77	26,6
	Entre 4 Y 6 veces	31	15,20%	12	14,1	43	14,9
	No llevó registro	43	21,1	20	23,5	63	21,8
	Total	204	100,0	85	100,0	289	100,0
Productos a base de sangre (hígado, riñón, u otros)	Nada	60	29,4	18	21,2	78	27,0
	1 vez	38	18,6	19	22,4	57	19,7
	Entre 2 y 3 veces	37	18,10	17	20,0	54	18,7
	Entre 4 y 6 veces	28	13,7	9	10,6	37	12,8
	No l llevó registro	41	20,1	22	25,9	63	21,8
	Total	204	100,0	85	100,0	289	100,0
Productos a base de algún tipo de carne: res, cerdo, cordero, pollo	Nada	50	24,5	16	18,8	66	22,8
	1 vez	30	14,7	20	23,5	50	17,3
	Entre 2 y 3 veces	61	29,9	27	31,8	88	30,4
	Entre 4 y 6 veces	23	11,3	12	14,1	35	12,1
	No llevó registro	40	19,6	10	11,8	50	17,3
	Total	204	100,0	85	100,0	289	100,0

Fuente: Encuesta epidemiológica DSS, Quitumbe 2018
Elaboración propia

** $p < 0,01$; Chi2 de independencia de proporciones

Al cruzar las variables: medidas antropométricas (Talla/edad, peso/edad, talla/peso) y vulnerabilidad del barrio encontramos hay una mayor tasa de niños con estado nutricional normal (20.1%) en barrios de vulnerabilidad baja, mientras que hay mayor proporción de niños con riesgo de desnutrición crónica (43.5%), desnutrición aguda (1.2%) y sobrepeso (2.4%) en los barrios con condiciones deficitarias que en los de vulnerabilidad baja.

Tabla 24
Salud nutricional del niño/a según vulnerabilidad del barrio

Salud nutricional del niño o niña		Vulnerabilidad del barrio					
		Bajo		Medio		Total	
		N	%	n	%	n	%
Talla/edad**	Desnutrición crónica	74	36,3	24	28,2	98	33,9
	Riesgo de desnutrición crónica	82	40,2	37	43,5	119	41,2

	Talla alta	5	2,5	1	1,2	6	2,1
	Ligeramente alto	2	1,0	2	2,4	4	1,4
	Normal	41	20,1	21	24,7	62	21,5
Peso/edad	Desnutrición global	19	9,3	5	5,9	24	8,3
	Sobrepeso	7	3,4	2	2,4	9	3,1
	Riesgo de desnutrición global	41	20,1	22	25,9	63	21,8
	Normal	137	67,2	56	65,9	193	66,8
Talla/peso	Desnutrición aguda	3	1,5	1	1,2	4	1,4
	Riesgo de desnutrición aguda	7	3,4	3	3,5	10	3,5
	Riesgo de sobrepeso	41	20,1	22	25,9	63	21,8
	Sobrepeso	10	4,9	4	4,7	14	4,8
	Normal	143	70,1	55	64,7	198	68,5
Presencia de malnutrición	No	123	60,3	56	65,9	179	61,9
	Si	81	39,7	29	34,1	110	38,1
	Total	204	100,0	85	100,0	289	100,0

Fuente: Encuesta epidemiológica DSS, Quitumbe 2018

Elaboración propia

** $p < 0,01$; Chi2 de independencia de proporciones

8. Nivel de afectación de malnutrición según estilos de vida

Durante el trabajo de campo realizados en los CDI se evidenciaron niños con malos hábitos alimenticios (malcomedores) que consumen únicamente un limitado número de alimentos y rechazan otros, negándose a incorporar nuevos alimentos a su dieta, lo que genera una descoordinación entre la educadora y el proceso de buena nutrición. Esta situación ha provocado más esfuerzo en las educadoras de la mayoría de centros infantiles, que encuentran un problema entre el menú que les proporciona el MIES y las costumbres de los niños que en su opinión, son criados con hábitos alimenticios malsanos, generando el sentimiento de la geografía de la culpa ; la educadora entrevistada refiere que a muchos de niños y niñas les cuesta comer frutas y verduras, además de que no mastican bien los alimentos y se demoran en comer lo que se les brinda en el transcurso del día, observándose expresiones como: “para algunos niños es difícil comer ensaladas” (educadora 06 2018, entrevista personal, anexo 2), “el horario de alimentación es

ajustado y algunos niños no comen rápido y causan problemas con las actividades programadas” (educadora 07 2018, entrevista personal, anexo 2).

Las alteraciones de prácticas alimentarias están influenciadas por el consumo de comida chatarra. Es interesante mencionar el relato de una educadora que manifiesta “los niños siempre conversan que los fines de semana han consumido papas fritas, golosinas, coladas en biberón”. (educadora 08 2018, entrevista personal, anexo 2). Ya que la nutrición de los niños es evaluada mensualmente, esta situación provoca un arduo trabajo para las educadoras, por la necesidad de compensar estas deficiencias.

Resultado del análisis estadístico en la siguiente tabla contemplado que la prevalencia de malnutrición, es del 61.9% de los niños y niñas en los CDI del MIES.

Tabla 25
Prevalencia de malnutrición

		Frecuencia	Porcentaje
Prevalencia de malnutrición	SI	179	61,9
	NO	110	38,1
	Total	289	100,0

Fuente: Encuesta epidemiológica DSS, Quitumbe 2018

Elaboración propia

En la siguiente tabla se demuestra que del 61,9% de los niños estudiados presenta malnutrición, el 33,9% presenta desnutrición crónica; también existen porcentajes considerables de riesgo de desnutrición crónica (18.7%) que representa a 54 niños de la muestra, en tanto según la relación peso/edad el 8,3% presenta desnutrición global, y el 21.8% presentaría riesgo de desnutrición global y el 3.15 de los niños según esta relación presenta sobrepeso; en tanto que según la relación talla/peso solo el 1.4% tiene desnutrición aguda, el 3.5% tiene riesgo de desnutrición aguda y el 21.8% presenta riesgo de sobrepeso y solo el 4.8% presenta sobrepeso por esta relación..

Tabla 26
Manifestaciones de la malnutrición

Tipos de desnutrición		n	%
Talla/edad	Desnutrición crónica	98	33,90
	Ligeramente alto	4	1,4
	Normal	17	5,9
	Riesgo de desnutrición crónica	54	18,7
	talla alta	6	2,1
Peso/edad	Desnutrición global	24	8,3
	Normal	83	28,7

	Riesgo de desnutrición global	63	21,8
	Sobrepeso	9	3,1
talla/peso	Desnutrición aguda	4	1,4
	Normal	88	30,4
	Riesgo de desnutrición aguda	10	3,5
	Riesgo de sobrepeso	63	21,8
	Sobrepeso	14	4,8
Total		179	61,9

Fuente: Encuesta epidemiológica DSS, Quitumbe 2018

Elaboración propia

9. Malnutrición infantil y modos de vida

Al analizar la presencia de malnutrición por diferentes características del territorio donde viven los niños/as atendidos en los CDI de Quitumbe, encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los barrios de residencia. El mayor porcentaje de afectación de malnutrición severa (14,3%) se encuentra en el barrio El tránsito. Por otro lado, en el barrio Martha Bucaram, el grado de afectación es de 39,3%, indicando que hay una malnutrición moderada con relación a los demás barrios de la muestra, que presentan porcentajes más bajos.

Los CDI Capullitos de ternura, Claudia Beltrán y Estrellitas del sur la estancia, presentan porcentajes más altos de afectación de malnutrición severa con relación a los demás centros, mientras que María Auxiliadora observa menor porcentaje de afectación moderada (15%) en relación a los demás centros.

Tabla 27
Malnutrición según barrio de residencia y CDI

Indicadores del territorio		Nivel de afectación de la malnutrición									
		Normal		Bajo		Moderado		Severo		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Vulnerabilidad del barrio	Bajo	33	16,2	86	42,2	58	28,4	27	13,2	204	100
	Medio	14	16,5	43	50,6	20	23,5	8	9,4	85	100
	Total	47	16,3	129	44,6	78	27,0	35	12,1	289	100
Barrio de residencia**	La Ecuatoriana	14	16,5	43	50,6	20	23,5	8	9,40	85	100
	El tránsito	26	18,6	59	42,1	35	25,0	20	14,3	140	100
	Ciudadela Ibarra	3	8,3	17	47,2	12	33,3	4	11,1	36	100
	Martha Bucaram	4	14,3	10	35,7	11	39,3	3	10,7	28	100
	Total	47	16,3	129	44,6	78	27,0	35	12,1	289	100
Nombre del Centro de Desarrollo Infantil	Capullitos de ternura	3	15,0	5	25,0	8	40,0	4	20,0	20	100
	Claudia Beltrán	2	8,0	18	72,0	5	20,0	0	0,0	25	100

Démons la mano amigos	17	21,3	35	43,8	19	23,8	9	11,3	80	100
Estrellitas del sur la estancia	3	15,0	8	40,0	5	25,0	4	20,0	20	100
Estrellitas futuras del sur	9	25,7	18	51,4	6	17,1	2	5,7	35	100
María Auxiliadora	3	15,0	11	55,0	3	15,0	3	15,0	20	100
Mis primeros pasos	4	14,3	10	35,7	11	39,3	3	10,7	28	100
Orquídeas	3	8,3	17	47,2	12	33,3	4	11,1	36	100
Santa Cruz	3	12,0	7	28,0	9	36,0	6	24,0	25	100
Total	47	16,3	129	44,6	78	27,0	35	12,1	289	100

Fuente: Encuesta epidemiológica DSS, Quitumbe 2018

Elaboración propia

** $p < 0,01$; Chi2 de independencia de proporciones

En relación a la vivienda, entre las familias que viven con mayor precariedad (arriendo, cuarto de inquilinato, no disponibilidad de servicios básicos), se encuentran las más altas proporciones de afectación de malnutrición, que va de moderado a severo (45,4; 68,5: 42,5% respectivamente), indicando que la condición de vida sí está relacionada con la malnutrición y que la mala condición corresponde a una vulnerabilidad social. La tabla anterior denota que las familias que viven en departamentos presentan el mayor porcentaje de afectación de malnutrición severa (15,3%), comparado con los demás tipos de vivienda; por otro lado, las familias que poseen casa propia presentan el más bajo índice de afectación de malnutrición moderada (19,4%). Los más altos índices de afectación de malnutrición moderada y severa (47,4% y 21,1% respectivamente) se presentan en familias que viven en cuartos de inquilinato. De igual manera, se evidencia que según el tamaño del hogar, se incrementa el grado de afectación, considerando el nivel moderado y el severo, que pasa de 37,2% en las familias cortas, a 41,2% en los hogares de tamaño medio, y sube a 53,9% en los hogares grandes, mostrando un nuevo indicador de vulnerabilidad asociado con la malnutrición. Las familias que no tiene acceso a todos los servicios presentan afectación moderada (31%), en relación a los que disponen. En general, solamente un 16,3% de niños y niñas están exentas de afectación, como se puede observar en la siguiente tabla.

Tabla 28
Malnutrición según calidad de la vivienda

Indicadores de la vivienda		Nivel de afectación de la malnutrición									
		Normal		Bajo		Moderado		Severo		Total	
		n	%	n	%	N	%	n	%	N	%
Su vivienda es	Propia	9	14,5	35	56,5	12	19,4	6	9,7	62	100
	Prestada	9	17,6	27	52,9	13	25,5	2	3,9	51	100
	Arrendada	29	16,5	67	38,1	53	30,1	27	15,3	176	100
	Total	47	16,3	129	44,6	78	27,0	35	12,1	289	100
Tipo de vivienda	Casa	12	17,4	35	50,7	15	21,7	7	10,1	69	100
	Mediagua	4	9,3	24	55,8	11	25,6	4	9,3	43	100
	Departamento	29	18,4	66	41,8	43	27,2	20	12,7	158	100
	Cuarto de inquilinato (piezas)	2	10,5	4	21,1	9	47,4	4	21,1	19	100
	Total	47	16,3	129	44,6	78	27,0	35	12,1	289	100
Tamaño del hogar	Corta	34	17,8	86	45,0	47	24,6	24	12,6	191	100
	Media	13	15,3	37	43,5	25	29,4	10	11,8	85	100
	Grande	0	0,0	6	46,2	6	46,2	1	7,7	13	100
	Total	47	16,3	129	44,6	78	27,0	35	12,1	289	100
Acceso a todos los servicios básicos	No	31	17,8	69	39,7	54	31,0	20	11,5	174	100
	Si	16	13,9	60	52,2	24	20,9	15	13,0	115	100
	Total	47	16,3	129	44,6	78	27,0	35	12,1	289	100

Fuente: Encuesta epidemiológica DSS, Quitumbe 2018
Elaboración propia

** $p < 0,01$; Chi2 de independencia de proporciones

Respecto al tipo de familia, los mayores índices se observan en las familias extendidas, donde el porcentaje de normalidad, o no afectación, es más alto (25%) que los demás. El número de hermanos y su posición en la familia, han producido un 15% de afectación severa. Los niños que pasan con abuelos u otros familiares han sido afectados moderadamente (38%).

Tabla 29
Malnutrición según tipo de familia

Indicadores de la familia		Nivel de afectación de la malnutrición									
		Normal		Bajo		Moderado		Severo		Total	
		N	%	N	%	n	%	N	%	N	%
Tipo de familia**	Nuclear	30	14,5	92	44	59	29	26	13	207	100
	Extendida	13	25	24	46	12	23	3	6	52	100
	Monoparental	4	13	13	43	7	23	6	20	30	100
	Total	47	16	129	45	78	27	35	12	289	100
Posición del niño o niña en la familia	1	14	11	61	48	36	28	16	13	127	100
	2	23	24	40	42	20	21	12	13	95	100
	3	9	17	20	39	18	35	5	10	52	100
	4	1	8	8	62	2	15	2	15	13	100
	5	0	0	0	0	1	100	0	0	1	100

	6	0	0	0	0	1	100	0	0	1	100
	Total	47	16	129	45	78	27	35	12	289	100
Con quién duerme el niño	Sólo o con la hermana	7	23	11	37	10	33	2	7	30	100
	Papá, mamá o ambos	38	15	115	46	65	26	33	13	251	100
	Abuelos y otros familiares	2	25	3	38	3	38	0	0	8	100
	Total	47	16	129	45	78	27	35	12	289	100

Fuente: Encuesta epidemiológica DSS, Quitumbe 2018

Elaboración propia

** $p < 0,01$; Chi2 de independencia de proporciones

Niños/as que están al cuidado del padre o abuelos, cuando no se encuentran en el CDI, han sido afectados severamente (16 y 15.9%, respectivamente). La afectación en las familias donde los padres son adultos jóvenes –entre dieciocho y veinte y ocho años– con educación secundaria, es menor con relación a los demás rangos de edad y niveles de educación.

Tabla 30

Malnutrición según características del cuidador del niño o niña fuera del CDI

Soporte familiar		Nivel de afectación de la malnutrición									
		Normal		Bajo		Moderado		Severo		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Cuidador del niño o niña fuera del CDI**	Papá	4	16,0	8	32,0	9	36,0	4	16,0	25	100
	Mamá	23	16,8	65	47,4	33	24,1	16	11,7	137	100
	Abuelo(a)	10	14,5	31	44,9	17	24,6	11	15,9	69	100
	Hermano (a)	3	9,1	15	45,5	11	33,3	4	12,1	33	100
	Otro familiar	7	28,0	10	40,0	8	32,0	0	0,0	25	100
	Total	47	16,3	129	44,6	78	27,0	35	12,1	289	100
Nivel de educación del responsable del niño o niña	Primaria	5	10,0	28	56,0	9	18,0	8	16,0	50	100
	Secundaria	34	18,4	75	40,5	54	29,2	22	11,9	185	100
	Universitaria	8	16,0	24	48,0	13	26,0	5	10,0	50	100
	Ninguna	0	0,0	2	50,0	2	50,0	0	0,0	4	100
	Total	47	16,3	129	44,6	78	27,0	35	12,1	289	100
Edad del padre	Menos de 18 años	1	7,1	5	35,7	5	35,7	3	21,4	14	100
	De 18 a 28 años.	36	18,8	78	40,8	54	28,3	23	12,0	191	100
	De 29 a 39 años.	9	12,7	38	53,5	16	22,5	8	11,3	71	100
	De 40 o más años	1	7,7	8	61,5	3	23,1	1	7,7	13	100
	Total	47	16,3	129	44,6	78	27,0	35	12,1	289	100
Edad de la madre	Menos de 18 años	1	5,3	9	47,4	4	21,1	5	26,3	19	100
	De 18 a 28 años.	36	19,5	76	41,1	51	27,6	22	11,9	185	100
	De 29 a 39	10	14,3	35	50,0	19	27,1	6	8,6	70	100

	años.										
	De 40 o más años	0	0,0	9	60,0	4	26,7	2	13,3	15	100
	Total	47	16,3	129	44,6	78	27,0	35	12,1	289	100

Fuente: Encuesta epidemiológica DSS, Quitumbe 2018
Elaboración propia

** $p < 0,01$; Chi2 de independencia de proporciones

Con respecto a los indicadores de inserción social, se observa un 16% de afectación severa entre los pequeños comerciantes, porcentaje que es más alto en relación a los demás estratos sociales. La afectación moderada está presente en el 36,4% de los pequeños artesanos, valor que es más alto con relación a los demás estratos sociales identificados en el estudio. En su mayoría, el principal responsable económico es el padre o la madre, quienes tiene un ingreso entre 200 y 400 dólares. Para su atención de salud asisten mayoritariamente a los establecimientos del MSP, y presentan un índice de afectación bajo.

Tabla 31
Malnutrición según inserción social de la familia

Inserción social		Nivel de afectación de la malnutrición									
		Normal		Bajo		Moderado		Severo		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Principal responsable económico	Papá	23	17,4	54	40,9	36	27,3	19	14,4	132	100
	Mamá	19	14,6	60	46,2	36	27,7	15	11,5	130	100
	Otros familiares	5	18,5	15	55,6	6	22,2	1	3,7	27	100
Ingresos mensuales del hogar	Menos de 200 dólares	12	15,2	34	43,00	20	25,3	13	16,5	79	100
	De 201 a 400 dólares	23	14,2	71	43,8	48	29,6	20	12,3	162	100
	Más de 400 dólares	12	25,0	24	50,0	10	20,8	2	4,2	48	100
Falta de dinero para la compra de alimentos	Siempre	4	23,5	7	41,2	3	17,6	3	17,6	17	100
	Casi siempre	17	23,6	30	41,7	17	23,6	8	11,1	72	100
	Algunas veces	13	12,5	56	53,8	22	21,2	13	12,5	104	100
	Muy pocas veces	5	10,6	19	40,4	18	38,3	5	10,6	47	100
	Nunca	8	16,3	17	34,7	18	36,7	6	12,2	49	100
Clase social**	Capa media pobre	18	12,5	70	48,6	38	26,4	18	12,5	144	100
	Pequeño artesano	1	9,1	6	54,5	4	36,4	0	0,0	11	100
	Pequeño comerciante	8	32,0	10	40,0	3	12,0	4	16,	25	100
	Obreros	8	21,1	13	34,2	12	31,6	5	13,2	38	100
	Subsalarariado	10	20,0	17	34,0	17	34,0	6	12,0	50	100
	Desempleado	2	11,1	11	61,1	3	16,7	2	11,1	18	100
	Jubilado	0	0,0	2	66,7	1	33,3	0	0,0	3	100
Régimen de	MSP	27	18,9	62	43,4	37	25,9	17	11,9	143	100

salud al que acude el responsable del niño o niña	Seguro social	18	14,4	54	43,2	36	28,8	17	13,6	125	100
	Privado	2	9,5	13	61,9	5	23,8	1	4,8	21	100
	Total	47	16,3	129	44,6	78	27,0	35	12,1	289	100

Fuente: Encuesta epidemiológica DSS, Quitumbe 2018

Elaboración propia

** $p < 0,01$; Chi2 de independencia de proporciones

Si bien en general los niveles de participación son bajos, se observa que los índices de afectación normal son más altos que el promedio; efectivamente esto ocurre porque hay participación en cualquiera de las formas evaluadas, especialmente el comité barrial.

Tabla 32

Malnutrición según forma de participación en espacios de organización y decisión

Participación en espacios de organización y decisión		Nivel de afectación de la malnutrición									
		Normal		Bajo		Moderado		Severo		Total	
		n=47	%	n=129	%	n=78	%	n=35	%	n=289	%
Liga barrial deportiva	Si	9	23,7	15	39,5	9	23,7	5	13,2	38	100
Comité barrial	Si	6	25,0	9	37,5	7	29,2	2	8,3	24	100
Asociación de trabajadores	Si	3	17,6	7	41,2	5	29,4	2	11,8	17	100
Cooperativa	Si	5	22,7	8	36,4	5	22,7	4	18,2	22	100
Sindicato	Si	3	18,8	7	43,8	4	25,0	2	12,5	16	100
Asociación de empleados	Si	4	23,5	7	41,2	4	23,5	2	11,8	17	100
Grupo religioso	Si	5	18,5	12	44,4	7	25,9	3	11,1	27	100
Grupos culturales	Si	4	23,5	6	35,3	5	29,4	2	11,8	17	100
	Total	47	16,3	129	44,6	78	27,0	35	12,1	289	100

Fuente: Encuesta epidemiológica DSS, Quitumbe 2018

Elaboración propia

** $p < 0,01$; Chi2 de independencia de proporciones

El bajo nivel de conocimiento sobre nutrición está relacionado con un 45% de afectación moderada y 35,7% de afectación severa. El desconocimiento de la afectación de la salud general por peso y talla del niño o niña, está asociado con el 26,5% de afectación severa. Por otro lado, las mayores tasas de conocimiento medio están relacionadas con frecuencias de afectación baja, lo que nos indica que el conocimiento sobre la nutrición y sus efectos en la salud, constituye un elemento protector.

Tabla 33
Malnutrición según nivel de conocimiento de los padres sobre nutrición

Conocimientos sobre nutrición del niño o la niña		Nivel de afectación de la malnutrición									
		Normal		Bajo		Moderado		Severo		Total	
		n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Conocimiento de la mala nutrición	Bajo	16	15,7	46	45,1	27	26,5	13	12,7	102	100
	Medio	22	19,5	48	42,5	27	23,9	16	14,2	113	100
	Alto	9	12,2	35	47,3	24	32,4	6	8,1	74	100
	Total	47	16,3	129	44,6	78	27,0	35	12,1	289	100
Conocimiento de la desnutrición**	Bajo	1	7,1	2	14,3	6	42,9	5	35,7	14	100
	Medio	14	17,5	39	48,8	19	23,8	8	10,0	80	100
	Alto	32	16,4	88	45,1	53	27,2	22	11,3	195	100
	Total	47	16,3	129	44,6	78	27,0	35	12,1	289	100
Conocimiento de la afectación de la salud general por peso y talla del niño o niña	No	2	9,1	16	72,7	3	13,6	1	4,5	22	100
	Si	43	17,8	107	44,4	64	26,6	27	11,2	241	100
	Desconoce	2	7,7	6	23,1	11	42,3	7	26,9	26	100
	Total	47	16,3	129	44,6	78	27,0	35	12,1	289	100

Fuente: Encuesta epidemiológica DSS, Quitumbe 2018
Elaboración propia

** $p < 0,01$; Chi2 de independencia de proporciones

10. Malnutrición y estilos de vida

En los hábitos de nutrición, el insuficiente tiempo para preparar y alimentar al niño o niña, ha producido el 15,8% de afectación severa. Tiempos adecuados – entre treinta y cuarenta y cinco minutos– han originado el mayor porcentaje de afectación baja (45%), denotando que la mayor disponibilidad de tiempo es un elemento protector ante la malnutrición.

Tabla 34
Hábitos de nutrición

Hábitos de nutrición		Nivel de afectación de la malnutrición									
		Normal		Bajo		Moderado		Severo		Total	
		N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Causas de falta de tiempo para preparar y alimentar al niño o niña	Si dispone de tiempo	30	17,3	79	45,7	42	24,3%	22	12,7	173	100
	Llega muy tarde	8	12,9	25	40,3	22	35,5%	7	11,3	62	100
	Llega muy cansado/a	3	10,7	15	53,6	8	28,6%	2	7,1	28	100
	No lo considera necesario	0	0,0	2	40,0	3	60,0%	0	0,0	5	100
	Debe realizar otras labores	6	28,6	8	38,1	3	14,3%	4	19,0	21	100
Tiempo para preparar y	Insuficiente	25	16,4	67	44,1	36	23,7%	24	15,8	152	100
	Medio	21	17,5	54	45,0	35	29,2%	10	8,3	120	100

alimentar al niño o niña	Bueno	1	5,9	8	47,1	7	41,2%	1	5,9	17	100
Tiempo adecuado del cuidador para alimentación	Menos de 30 min	10	16,7	25	41,7	18	30,0%	7	11,7	60	100
	Entre 30 y 45 min	31	17,1	83	45,9	42	23,2%	25	13,8	181	100
	1 hora	6	15,0	18	45,0	14	35,0%	2	5,0	40	100
	Más de 1 hora	0	0,0	3	37,5	4	50,0%	1	12,5	8	100
	Total	47	16,3	129	44,6	78	27,0%	35	12,1	289	100

Fuente: Encuesta epidemiológica DSS, Quitumbe 2018

Elaboración propia

** p< 0,01; Chi2 de independencia de proporciones

En los lugares de consulta médica de la red pública de salud del MSP (centro/puesto de salud u hospital) o en los CDI, atendidos por personal del MSP, se han presentado tasas mayores de afectación severa (11,5 y 143%, respectivamente), en relación a la atención en consultorios particulares. El tiempo de la primera vez de consulta médica y el motivo de la misma, presentaron similares tasas de afectación baja y moderada. Sin embargo las actuaciones de los CDI han producido en los niños un nivel de afectación.

Tabla 35
Prácticas de consulta médica

Prácticas de consulta médica		Nivel de afectación de la malnutrición									
		Normal		Bajo		Moderado		Severo		Total	
		n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Primera consulta médica del niño o niña	Ocho días de nacido	23	16,0	68	47,2	38	26,4	15	10,4	144	100
	Un mes de nacido	4	12,5	17	53,1	9	28,1	2	6,3	32	100
	Seis meses de nacido	4	19,0	8	38,1	7	33,3	2	9,5	21	100
	Entre siete y doce meses de nacido	11	22,9	18	37,5	14	29,2	5	10,4	48	100
	Más de un año de nacido	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	4	100
	Total	42	16,9	115	46,2	68	27,3	24	9,6	249	100
Motivo de consulta médica	Por trastornos alimenticios	2	11,1	9	50,0	5	27,8	2	11,1	18	100
	Por revisión/prevención	6	28,6	8	38,1	6	28,6	1	4,8	21	100
	Por una enfermedad grave	39	16,3	107	44,8	63	26,4	30	12,6	239	100
	Por problemas de peso	0	0,0	5	45,5	4	36,4	2	18,2	11	100
	Total	47	16,3	129	44,6	78	27,0	35	12,1	289	100
Lugar de la consulta médica	En un centro/puesto u hospital de la red pública del MSP	34	18,6	83	45,4	45	24,6	21	11,5	183	100
	En el CDI, por personal del MSP	11	14,3	30	39,0	25	32,5	11	14,3	77	100
	En un consultorio particular	2	6,9	16	55,2	8	27,6	3	10,3	29	100
	Total	47	16,3	129	44,6	78	27,0	35	12,1	289	100

Fuente: Encuesta epidemiológica DSS, Quitumbe 2018

Elaboración propia

** $p < 0,01$; Chi2 de independencia de proporciones

El índice de afectación es similar en las familias que enriquecen el alimento del niño con algún tipo de producto, iniciando la alimentación complementaria entre los siete y doce meses de nacido el niño/a. Sin embargo, el enriquecimiento de alimentos con productos de origen animal (carne, pollo, pescado, vísceras, huevos, etc.) y el uso de harina a base de maíz, haba, lenteja, ha originado un 10 y 9% de afectación severa. El inicio de alimentación complementaria temprana ha evitado afectaciones severas de malnutrición.

Tabla 36
Itinerarios de hábitos alimenticios según nivel de afectación de la malnutrición

Itinerarios de hábitos alimenticios		Nivel de afectación de la malnutrición									
		Normal		Bajo		Moderado		Severo		Total	
		N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Inicio de alimentación complementaria	Ocho días de nacido	5	13,5	18	48,6	10	27,0	4	10,8	37	100%
	Un mes de nacido	2	28,6	4	57,1	1	14,0	0	0,0	7	100%
	Seis meses de nacido	13	14,1	43	46,7	27	29,3	9	9,8	92	100%
	Entre siete y doce meses de nacido	25	21,9	50	43,9	27	23,7	12	10,5	114	100%
	Más de un año de nacido	1	14,3	3	42,9	3	42,9	0	0,0	7	100
	No aplica	1	3,1	11	34,4	10	31,3	10	31,3	32	100
	Total	47	16,3	129	44,6	78	27,0	35	12,1	289	100
Ingesta de leche materna	Si	8	12,1	35	53,0	15	22,7	8	12,1	66	100
Utiliza (carne, pollo, pescado, hígado **)	Si	42	17,4	112	46,5	63	26,1	24	10,0	241	100
Utiliza harina a base de maíz, haba, lenteja **	Si	40	17,9	104	46,6	58	26,0	21	9,4	223	100
Utiliza frutas y verduras	Si	41	16,6	112	45,3	66	26,7	28	11,3	247	100
Utiliza verduras como espinacas, acelga	Si	37	17,2	99	46,0	56	26,0	23	10,7	215	100
Utiliza aceite, mantequilla / manteca	Si	15	12,8	59	50,4	31	26,5	12	10,3	117	100
Utiliza queso u otros productos lácteos	Si	29	15,8	87	47,3	50	27,2	18	9,8	184	100
Utiliza hígado, riñón, corazón	Si	22	16,7	68	51,5	28	21,2	14	10,6	132	100%
	Total	47	16,3	129	44,6	78	27,0	35	12,1	289	100

Fuente: Encuesta epidemiológica DSS, Quitumbe 2018
Elaboración propia

** $p < 0,01$; Chi2 de independencia de proporciones

Por otra parte, el agua proporcionada por los padres la consumen hervida o tal como llega del abastecimiento, esta costumbre ha provocado tasas mayores de afectación severa. Lavar frutas y verduras simplemente con agua ha ocasionado mayor afectación severa frente a otras formas de lavado. La técnica de lavado ha originado bajas tasas de afectación con respecto a quienes no las practican. Se observa similares tasas de afectación cuando los responsables utilizan la cocina o el microondas para la cocción de alimentos, como se observa en la siguiente tabla.

Tabla 37
Prácticas de sanidad según nivel de afectación de la malnutrición

Prácticas de sanidad		Nivel de afectación de la malnutrición									
		Normal		Bajo		Moderado		Severo		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Forma de tomar el agua	Tal como llega	14	11,3	56	45,2	38	30,6	16	12,9%	124	100
	Hervida Colocando cloro en el agua	29	18,7	71	45,8	37	23,9	18	11,6%	155	100
	Se compra agua de botellón (purificada)	4	40,0	2	20,0	3	30,0	1	10,0	10	100
Forma de lavar frutas y verduras	Con agua	47	16,8	123	44,1	75	26,9	34	12,2	279	100
	Con un trapo	0	0,0	1	33,3	2	66,7	0	0,0	3	100
	Con desinfectante	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100
	Con agua y cloro	0	0,0	4	66,7	1	16,7	1	16,7	6	100
	Total	47	16,3	129	44,6	78	27,0	35	12,1	289	100
Artefacto que utiliza para calentar	Microondas	5	9,8	25	49,0	14	27,5	7	13,7	51	100
	Cocina	42	17,6	104	43,7	64	26,9	28	11,8	238	100
PLM 1	Si	7	11,7	27	45,0	17	28,3	9	15,0	60	100
PLM 2	Si	8	16,3	28	57,1	10	20,4	3	6,1	49	100
PLM 3	Si	41	18,2	101	44,9	60	26,7	23	10,%	225	100
	Total	47	16,3	129	44,6	78	27,0	35	12,1	289	100

Fuente: Encuesta epidemiológica DSS, Quitumbe 2018
Elaboración propia

** $p < 0,01$; Chi2 de independencia de proporciones

PLM 1: Lavado de manos con una cubeta con agua que se comparte con la familia, antes de preparar los alimentos

PLM 2: Lavado de manos con asistencia de alguien, vaciando agua en las manos, antes de preparar los alimentos

PLM 3: Lavado de manos con agua corriente y jabón antes de preparar los alimentos.

Capítulo cuarto

Discusión, conclusiones, y recomendaciones sobre la malnutrición de los niños/as de los CDI de la Administración Zonal Quitumbe desde el enfoque de la determinación social de la Salud

1. Discusión

El proceso investigativo permite evidenciar la complejidad que representa el análisis de la determinación del componente de la atención alimentaria y nutricional de los CDI, e ilustra la necesidad de un marco interpretativo diferente, que permita captar la complejidad, dinámica y dialéctica, superando las limitaciones de la epidemiología clásica. Respecto a trabajos a nivel nacional, la mayoría no considera el enfoque de la epidemiología crítica.

Un estudio que utilizó un análisis multinivel de los factores que inciden en la desnutrición crónica en los servicios de desarrollo infantil integral del Ecuador, buscó realizar un acercamiento a la situación nutricional de los niños y niñas menores de cinco años que asisten a estos servicios en el país, discutiendo las causas de la desnutrición crónica y su variación en el tiempo, así como el impacto que tendrían los programas de desarrollo infantil en la solución de esta problemática. Entre los principales resultados se reveló la incidencia significativa de la pobreza por consumo y los factores relacionados al ambiente del hogar saludable con la desnutrición de los niños y niñas ecuatorianos (Malo et al 2015)

Otro estudio que también se realizó en el Ecuador acerca de los infantes menores a 5 años, sus características y las de su entorno para determinar los factores que influyen en la probabilidad de enfrentarse con problemas de inseguridad alimentaria, a través de un modelo de determinantes, encontró que la condición económica del hogar, la fuente de agua de consumo, que la madre haya tenido un parto no institucionalizado, y el área de residencia se asocian positivamente con la probabilidad de padecer desnutrición crónica. (Paredes 2016).

Un estudio que investigó los determinantes principales de la malnutrición infantil en la población rural indígena de la Sierra ecuatoriana, concluyó que la malnutrición infantil en el indígena se presenta por las características del hogar, la escolaridad de la

madre, estado nutricional de la progenitora, etnicidad, pobreza, seguridad alimentaria, acceso a servicios de salud y doble carga de la malnutrición infantil. (Córdova 2016).

Por otro lado, los estudios realizados a nivel internacional si bien observan este enfoque, lo hacen desde otras áreas y problemáticas de la salud. El hecho de que esta investigación reconozca los procesos económicos, políticos y culturales, como base del movimiento epidemiológico relacionado con la determinación social del componente de la atención alimentaria y nutricional de los CDI de la Administración Zonal Quitumbe, sienta un precedente en la forma de entender la relación entre lo social y lo biológico, rompiendo con la idea de que estas sólo se tocan tangencial y externamente. Por el contrario, entre lo social más amplio y lo biológico más complejo, existe un profundo entrelazamiento y mutua interacción, tal como resulta del análisis integral –e integrador– de la determinación social del componente de la atención alimentaria y nutricional de los CDI, expuesto y sostenido en este trabajo de titulación.

El estudio investigativo en los CDI del MIES demostró que los niños y niñas presentan problema de mal nutrición, específicamente en 38.1% presentan Desnutrición Crónica frente al 61.9% de los niños que no presentan problemas en su estado nutricional, este problema de salud se da por el hacinamiento, tipo de vivienda, bajos ingresos económicos de las familias, patrones económicos y por el grado de vulnerabilidad y nivel de afectación de la salud de los niños de los CDI.

Este estudio se contrasta con el estudio realizado por Sandoval 2013, quien en su investigación titulada “Niveles de hemoglobina y su relación con las condiciones de vida de los niños y niñas menores de 5 años de la Administración Zonal Quitumbe” en el que se detectó que por la relación talla/edad el 43,5% de los niños tienen riesgo de presentar desnutrición crónica, esto relacionado por los modos de vida de las familias de los niños que se encuentran enmarcadas en el consumismo.

2. Conclusión

2.1. Procesos críticos en los dominios general particular e individual

Frente al proceso de investigación efectuado y los resultados obtenidos, se hace necesario constituir nuevas evidencias entorno de lo biológico y lo social de la atención alimentaria y nutricional de los CDI, con sus efectos en la malnutrición infantil.

El estudio posee hallazgos concluyentes que demuestran realidades, donde las condiciones biológicas están subsumidas en las realidades históricas y contextuales de las parroquias La Ecuatoriana, El tránsito, Ciudadela Ibarra, Martha Bucaram. Estas realidades, reducen las posibilidades de los niños integrados a los CDI de alcanzar una buena salud nutricional. Muy pocos son los procesos que promueven y facilitan la posibilidad de que las coordinadoras/educadoras proporcionen una atención nutricional adecuada. Este grupo de facilitadoras y las familias integradas a los CDI están inmersas e influenciadas por las dinámicas de producción capitalista, la injerencia de políticas gubernamentales y afectadas por entornos culturales propios de la Administración Zonal Quitumbe, generando inequidades sociales frente a la malnutrición infantil.

En relación al orden económico, las tendencias mundiales del capitalismo neoliberal –que determinan la orientación en las políticas económicas ecuatorianas, así como la mercantilización, el monopolio de la salud, la naturalización de las relaciones violentas, propias del sistema económico adoptado por el Ecuador– son procesos críticos destructivos en la dimensión estructural, que tienen impacto sobre los procesos críticos de los niveles particular y singular de la determinación social de la atención alimentaria y nutricional de los CDI.

En cuanto al orden político, la crisis de Estado, la reforma en salud, la fragmentación del sistema político, se constituyen en fuerzas que restringen y perpetúan la inequidad social. La precarización de la respuesta institucional, que va desde el gobierno central, las administraciones zonales y las entidades pública, sumado a la vulnerabilidad del barrio, promueven situaciones críticas que dificultan la atención alimentaria y nutricional de los CDI.

En el orden cultural, se evidencian procesos crecientes de individualismo, que se sustenta en la ideología neoliberal, el eurocentrismo y el patriarcalismo, los cuales generan una triple inequidad (género, etnia y clase social). En consecuencia, vivimos una sociedad opuesta a la vida, que promueve y profundiza la inequidad, que reproduce los patrones de dominación y naturaliza las condiciones de inequidad y de violencia.

Respecto al comportamiento del nivel de afectación de la malnutrición por territorio, modos de vida, clase social, estilos de vida, el estudio posee evidencias concluyentes que permiten exponer al nivel de afectación de malnutrición en relación con al territorio, principalmente con los barrios de residencia. Con respecto a los CDI Capullitos de ternura, Claudia Beltrán y Estrellitas del Sur la Estancia, presentan porcentajes más

altos de afectación severa respecto de los demás centros, y corresponden al barrio La Ecuatoriana.

Según el grado de afectación de las familias de los CDI se evidenció que la mayoría de los padres son adultos jóvenes, quienes encargan el cuidado de los niños luego de la hora de salida al trabajo según las exigencias de cada grupo, el cuidado fuera de las horas de cada centro infantil. El tipo de familia, que está integrada a los CDI, influye en los diferentes niveles de afectación de la malnutrición y que cuando el niño termina su estancia en los CDI permanece al cuidado de un familiar. Por tal motivo es relevante importante reconocer que la clase social juega un papel notable en la atención alimentaria y nutricional de los CDI de la Administración Zonal Quitumbe. Por otra parte, la participación, organización y decisión de cada una de las familias se encuentra inmersa en los modos de vida de cada una, otorgando una reflexión concluyente: el conformismo, la cultura del facilismo y la renuencia de las familias como condiciones individuales se entrelazan con la integración social que a su vez determina el estado nutricional de los niños/as integrados en los CDI. Los estilos de vida de las familias, caracterizados por prácticas sanitarias ineficientes, enriquecimiento de la comida con productos que se expenden en tiendas y mercados populares, abastecimiento de agua directa para su consumo, están influenciando en la exposición de la malnutrición de los infantes.

En relación a la vulnerabilidad de las parroquias de la Administración Zonal Quitumbe, la fragilidad diferencial entre barrios afecta la economía de los hogares, que en su mayoría pertenecen a la clase social media pobre. También afecta a los mecanismos de capacitación, orientados a entender el derecho y la responsabilidad sobre la salud nutricional y la colaboración en actividades de promoción de nutrición. Estas debilidades inciden en el tiempo que dedican a la asistencia nutricional del niño/a, así como en los patrones alimenticios, prácticas de almacenamiento, patrones de adquisición de los alimentos, frecuencia de compra de alimentos. Por otra parte, influye en esta afectación, el inicio de alimentación complementaria y los tiempos en los que los padres llevan a los niños/as a consulta médica. En conjunto, la vulnerabilidad de estos barrios, incide negativamente en el estado nutricional infantil, con una presencia de 38,1% de malnutrición.

Mediante los procesos protectores y destructivos en el orden económico, político y cultural en los dominios general, particular e individual, se devela la importancia del territorio como construcción social, por la forma cómo los pobladores han habitado el

espacio bajo la influencia de la dinámica social que incide en el componente de la atención alimentaria y nutricional de los CDI y la malnutrición de los niños/as inmerso en este contexto.

En cuanto a las políticas públicas, las normas distintas entre niveles de atención han demandado largas intervenciones y continuas adaptaciones políticas. Una consecuencia es la débil apropiación por parte de la sociedad de los mecanismos participativos y, por ende, su no incidencia en la decisión, control y ejecución de las políticas públicas. Esta situación se observa en las coordinadoras, educadoras y familias que no fortalecen el componente de la atención alimentaria de los centros de la Administración Zonal Quitumbe.

Económicamente, la segregación urbana, la modernización capitalista, las economías urbanas y de servicio con enfoque corporativo, han evolucionado, surtiendo efecto en la dinámica del proceso alimentación/nutrición, en el cual están inmerso los CDI. El componente de atención alimentaria y nutricional se ve afectado culturalmente por la modernidad quiteña, que induce a cambios en las formas de abastecimiento, tipo de productos, conservación, almacenaje, formas de preparación, horarios y frecuencias de las comidas. En definitiva, esta modernidad influye en las prácticas alimentarias de cada grupo familiar. El modelo de desarrollo metropolitano –en aras de alcanzar la modernidad y el desarrollo– ha llevado a la aculturación de las comunidades barriales de Quitumbe (La ecuatoriana, El tránsito, Ciudadela Ibarra, Martha Bucaram.), con la consecuente destrucción de su cultura e identidad.

Adicionalmente, los CDI enfrentan restricciones presupuestarias que conllevan cambios en las políticas laborales de su personal (despidos, bajas remuneraciones), o dificultad para la compra o renovación de material requerido. De otra parte, los grupos de trabajo (coordinadoras y educadoras) están subordinados a la visión causalista de la malnutrición, lo que sumado a lo anterior, incide en la atención alimentaria y nutricional que ofrecen los CDI. Estas limitaciones, adicionalmente, se agudizan, al enfrentar familias conformistas, renuentes a cambios positivos en la alimentación/nutrición, insertas en una cultura de facilismo, con baja motivación y capacidad de organización, para enfrentar los problemas de malnutrición de sus niños y niñas que por otra parte, son malos comedores, con conductas alimentarias deficientes, presentan dificultades en la masticación, déficit de crecimiento y alteraciones en su desarrollo.

Recapitulando, el acontecer de los procesos protectores y destructivos del orden económico, político y cultural identificados, y su relación con el fenotipo, contribuyen a

configurar el perfil de la determinación social del componente de la atención alimentaria y nutricional de los CDI, con el predominio de los procesos destructivos en todos los órdenes y dominios, que explican las limitaciones de ofensiva contra la malnutrición infantil.

2.2. Aspectos asociados a la vulnerabilidad de las parroquias de la Administración Zonal Quitumbe

El estudio concluye que los niños que viven en barrios de condiciones deficitarias se encuentran en los centros Claudia Beltrán, Estrellitas futuras del sur, Santa Cruz. Mayores tasas de participación en organizaciones se observan en barrios de mejores condiciones, como El tránsito, Ciudadela Ibarra, Martha Bucaram, denotando a La Ecuatoriana como un barrio de condiciones más deterioradas, donde se observa el mayor porcentaje de hacinamiento (40%). En menor proporción se encuentran grupos familiares inmersos en los barrios de menor vulnerabilidad. El acceso al servicio de salud está caracterizado por el uso de los servicios del IESS (30,6% frente a 18,6%). La participación social en torno a la salud nutricional de los barrios que observan mejores condiciones es mayor que la de los de mayor vulnerabilidad. Así mismo, los porcentajes de conocimiento y comprensión es mayor en los barrios de mejores condiciones que en los de vulnerabilidad media.

Existen mayores tasas de niños con estado nutricional normal en barrios de vulnerabilidad baja y hay mayor proporción de niños con riesgo de desnutrición crónica, aguda y sobrepeso, en los barrios de condiciones deficitarias. La dedicación de tiempo en la nutrición del niño, es de treinta minutos, en los tres momentos que reciben asistencia nutricional, tanto en barrios de baja o media vulnerabilidad. El patrón de consumo se caracteriza por tener un similar porcentaje de familias que proporcionan entre dos a tres veces al día productos a base de carbohidratos, productos lácteos o marítimos, y dulces, tanto en barrios de baja como de media vulnerabilidad. Sin embargo, la mayor tasa de consumo de dulces (golosinas) se da en los barrios más vulnerables. Tanto en barrios de baja como de mediana vulnerabilidad, las madres, en su mayoría, ya no proporcionan leche materna e inician la alimentación complementaria utilizando alimentos de origen animal, carbohidratos, frutas y verduras, lácteos y sus derivados, vísceras u otros órganos comestibles, o alimentos a base de sangre. El mayor consumo de dulces (golosinas) se da en barrios que tienen mediana vulnerabilidad.

Las prácticas de almacenamiento de alimentos –en su mayoría, sobras de origen animal, de frutas, verduras o lácteos– predominan en los barrios de menores condiciones deficitarias (vulnerabilidad media) en relación a los de baja vulnerabilidad. La adquisición de alimentos en mercados populares y tiendas de barrio es mayor (8,2%) en las familias de los barrios con mediana vulnerabilidad, que en los barrios de mejores condiciones (5,4%). Por otra parte, la adquisición de productos en supermercados o bioferias y mercados saludables, presenta mayores tasas en barrios de baja vulnerabilidad. Se observa un porcentaje similar de familias que compran entre una y tres veces al mes, productos a base de granos raíces, lácteos, cárnicos, vísceras, en barrios con baja vulnerabilidad. La compra mensual (una vez) de estos productos, ocurre en barrios de condiciones deficitarias.

En cuanto al acceso de la salud, la mayor proporción de niños que fueron llevados a su primera consulta médica luego de cumplido su primer año, presentan problemas de peso, y se da principalmente en los barrios con baja vulnerabilidad. Las familias utilizan indistintamente los sistemas de salud del MSP y del CDI para las consulta médicas, tanto en barrios de baja como mayor vulnerabilidad.

2.3. Aspectos relacionados con el nivel de afectación de malnutrición y la determinación social

El estudio concluye que existen diferencias en la prevalencia de malnutrición por barrios de residencia, siendo el Tránsito el de mayor afectación por malnutrición severa (14,3%), y el Martha Bucaram (39,30%) con afectación moderada, en relación a La Ecuatoriana y Ciudadela Ibarra. Los CDI Capullitos de ternura, Claudia Beltrán y Estrellitas del sur - la Estancia, presentan porcentajes más altos de afectación severa. En relación a la vivienda, entre las familias que viven en mayor precariedad (arriendo, cuarto de inquilinato y no disponibilidad de servicios básicos), se encuentran las más altas proporciones de afectación moderada, llevando a concluir que la mala condición habitacional coadyuva a una vulnerabilidad social para la malnutrición.

El tamaño de la familia reduce o incrementa la afectación nutricional; en efecto, pasa de 37,2% en las familias cortas, a 41,2% en las medianas y sube a 53,9% en las numerosas, mostrando un nuevo indicador de vulnerabilidad asociado con la malnutrición. En relación al tipo de familia, los mayores índices se encuentran en las familias extendidas, donde el porcentaje de normalidad o no afectación es más alto

(25%) que los demás. El número de hermanos del niño y su posición en la familia, provocan un 15% de afectación severa. Los niños que pasan con abuelos u otros familiares han sido afectados moderadamente (38%). Aseveraciones que indican que la crianza de los niños a través de otros familiares fuera del entorno del CDI, pueden considerarse como un proceso destructivo.

Con respecto a los indicadores de inserción social, se observan desigualdades que se agudizan en las clases sociales de pequeños productores, comerciantes y artesanos. Los espacios de participación juegan un papel importante, convirtiéndola, en cualquiera de sus formas (especialmente el comité barrial), en procesos protectores contra la malnutrición.

Por otra parte, el bajo conocimiento sobre nutrición ha originado afectaciones moderadas y severas, mientras que un conocimiento medio de los responsables del niño/a observan afectaciones bajas, concluyendo con ello que el conocimiento es un factor protector. El conformismo, la cultura del facilismo, y la presencia de familias renuentes, juegan un rol de factores destructivos dentro del dominio individual.

El insuficiente tiempo dedicado a la preparación y alimentación al niño o niña, produce un 15,8% de afectación severa, mientras que tiempos adecuados (entre treinta y cuarenta y cinco minutos) provocan mayores porcentajes de afectación baja (45%), permitiendo concluir que la mayor disponibilidad de tiempo es también un elemento protector contra la malnutrición.

En los espacios de consulta médica de la red pública del MSP o de los CDI atendidos por personal del MSP, se observan tasas mayores de afectación severa (11,5% y; 143%, respectivamente) en relación a la atención en consultorios particulares, llevando a concluir que el trabajo realizado por los CDI, las familias responsables del niño/a y el MSP, todavía no satisface las necesidades nutricionales de los niños/as.

El inicio de alimentación complementaria temprana ha evitado afectaciones severas de malnutrición, al contrario de las familias que retardan al año la alimentación complementaria. El enriquecimiento de alimentos con productos de origen animal y el uso de harina a base de maíz, habas, lenteja, ha originado el 10 y el 9% de afectación severa, pudiendo concluir que el enriquecimiento de la alimentación con este tipo de productos, y el inicio tardío de alimentación complementaria, devienen en factores no favorables (destructivos).

Finalmente, prácticas inadecuadas en las formas de abastecimiento y uso del agua, o en el lavado de frutas y verduras, ocasiona mayor afectación de malnutrición severa,

arribando a la conclusión de que estas prácticas son factores destructivos en el proceso salud/enfermedad.

3. Recomendaciones

Como parte de un proceso de investigación integrador, es necesario recomendar acciones orientadas a fortalecer el componente de la salud nutricional en los CDI, a fin de que las coordinadoras y educadoras logren sostener en el tiempo las mejores condiciones nutricionales de los niños/as participantes de estos centros. Para lograrlo, es necesario superar, en el nivel individual, la visión causalistas en torno al proceso alimentación/nutrición que lleva acabo los CDI, quienes depositan toda la responsabilidad en las acciones de este dominio, desconociendo las relaciones que el individuo tiene con sus grupos sociales y de la injerencia de los procesos del nivel general en lo individual.

Con base en los procesos identificados, es necesario, además, reorientar las acciones de capacitación, tomando en cuenta las evidencias encontradas en esta investigación, las que sugieren la creación de espacios de salud nutricional que superen la lógica capitalista y de mercado; espacios que dinamicen los movimientos sociales organizados y promuevan acciones coordinadas, que comprometan a las familias, los CDI y el Estado, y fortalezcan el componente de atención alimentaria y nutricional, en pro de una sustancial y sustentable mejora del estado nutricional infantil.

Por otra parte, es necesario fortalecer los procesos y factores protectores del nivel individual y la inversión en la capacitación de las educadoras, coordinadoras y de las familias, hacia la contextualización de la determinación social. A este respecto, particularmente se recomienda intervenir en los CDI Capullitos de ternura, Claudia Beltrán y Estrellitas del sur-la Estancia, en vista de los resultados evidenciados en estos centros. En esta línea, se plantea la sugerencia de socializar los resultados de la investigación a las instituciones inmersas en el problema de estudio para la toma de decisiones.

Finalmente, se recomienda desarrollar investigaciones con el enfoque de epidemiología crítica en las demás instituciones y administraciones zonales, de manera de posibilitar la caracterización de la determinación social del componente de atención alimentaria y nutricional a nivel provincial.

Lista de referencias

- Acosta, Alberto. 2010. “El Buen Vivir en el camino del post-desarrollo”. *Fundación Friedrich Ebert, FES-ILDIS*. 23 de octubre. <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/quito/07671.pdf>.
- Acosta, Alberto, y Esperanza Martínez. 2009. *El buen vivir: una vía para el desarrollo*. Quito: Abya-Yala editorial.
- Ardaya, Gloria. 2014. “El género en la familia”. *FLACSO*. 9 de mayo. <http://www.flacso.org.ec/docs/antciuardaya.pdf>.
- Baldeón, Manuel. 2017. “El Ecuador que nos alimenta”. *ANFAB* (blog). 10 de noviembre. <https://anfab.com/wp/ecuador-nos-alimenta/>.
- Baldeón, Manuel. 2018. “El Ecuador que nos alimenta” Asociación Nacional de Fabricantes de Alimentos y Bebidas. Quito. <https://anfab.com/wp/anfab>
- Breilh, Jaime. 2004. *Metodología de la investigación en salud: Determinación y evidencias El Método Clínico Fortalecido desde la Epidemiología*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, 2004.
- . 2002. *Epidemiología crítica: Hacia un paradigma emancipador e intercultural de la ciencia y el conocimiento*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- . 2009. “Metodología de la investigación en salud: determinación y evidencias”. *Universidad Andina Simón Bolívar*. 16 de junio. Ecuador <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3572/1/Breilh%2C%20J-CON-214-Metodo%20clinico.pdf>
- . 2013^a. “El vínculo entre producción negligente, débil justicia y ciencia comprada ¿Colusión?”. *Universidad Andina Simón Bolívar, Ecuador*. 8 de agosto. <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/4115/1/Breilh-El%20vinculo.pdf>.
- . 2013^b. “La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)”. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. (31): 13–27.
- . 2015. “Epidemiología del siglo XXI y ciberespacio: repensar la teoría del poder y la determinación social de la salud”. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 18 (4): 972–82. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500040025>.
- Carrión, Fernando, Espinoza Jaime. 1987. Quito – “Crisis y políticas Urbanas”-. Pdf.
- . 2013. “La formula urbana de Quito: una historia de centros y periferias. 2013. <http://journals.openedition.org/bifea/361> ; DOI : 10.4000/bifea.361.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. 2017. “Malnutrición en niños y niñas en América Latina y el Caribe”. Text. 14 de diciembre. <https://www.cepal.org/es/enfoques/malnutricion-ninos-ninas-america-latina-caribe>.
- Córdova, Daniela. 2016. “Determinantes de la malnutrición infantil en la población rural indígena de la Sierra Ecuatoriana” Tesis de Nutrición Humana, Universidad San Francisco de Quito. <http://repositorio.usfq.edu.ec/jspui/bitstream/23000/5491/1/124588.pdf>.
- Córdova, Marco Antonio. “Quito: Gobernanza Metropolitana e innovación territorial en el nuevo milenio. Pdf. FLACSO Ecuador.
- Cornejo, Gino G. 2018. “Gobernanza y pragmatismo: una alternativa viable entre el neoliberalismo y el socialismo del siglo XXI en Ecuador”. *Revista ESPACIOS* 39 (41). <http://www.revistaespacios.com/a18v39n41/18394118.html>.

- EC Conferencia Plurinacional e Intercultural de Soberanía Alimentaria. 2013. “Ley orgánica de consumo, nutrición y salud alimentaria” *Comisión técnica de consumo, nutrición y salud alimentaria*. 5 de abril. <http://www.soberaniaalimentaria.gob.ec/wp-content/uploads/2013/04/Propuesta-Ley-Consumo-Final.pdf>.
- EC Dirección Nacional de Servicios de Centros Infantiles. 2013. “Guía teórica metodológico CIBV”. *Ministerio de Inclusión Social*. 6 de febrero. <https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/Gu%C3%ADa-TEORICA-METODOLOGICO-CIBV.pdf>.
- EC Municipio del Distrito Metropolitano de Quito. 2018. “Diagnóstico de salud del Distrito Metropolitano de Quito”. *Secretaría Metropolitana de Salud DMQ*. 14 de marzo.
- Distrito Metropolitano de Quito. 2013. Análisis Integrado de Amenazas Relacionadas con el Cambio Climático, aspectos naturales y socioeconómicos.
- . 2019. “Estadísticas del Distrito Metropolitano de Quito.pdf”
- . 2019. “Plan de Desarrollo territorial. (2000-2020). Pdf”
- Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. 2012. “Nayon, entre lo rural y lo urbano: segregación socioespacial y conflictos entre pobladores”.
- FAO y OMS. 2016. Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional: Sistemas alimentarios sostenibles para poner fin al hambre y la malnutrición en América Latina y el Caribe. Santiago: FAO; OMS. <http://www.fao.org/3/a-i6747s.pdf>.
- FAO y OPS. 2017. El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2017. Fomentando la resiliencia en aras de la paz y la seguridad alimentaria. Roma: FAO. <http://www.fao.org/3/a-I7695s.pdf>.
- http://www.quito.gob.ec/documents/Salud/Diagnostico_Salud_DMQ2017.pdf.
- Fernández, Andrés, Rodrigo Martínez, Ignacio Carrasco, y Amalia Palma. 2017. “Impacto social y económico de la doble carga de la malnutrición”, *Comisión Económica para América Latina y el Caribe*. 7 de mayo https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/42535/S1700443_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Food and Agriculture Organization of the United Nations. 2017. “El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo”. *Organización de la Naciones Unidas para la alimentación y la agricultura*. 23 de febrero. <http://www.fao.org/3/a-i7695s.pdf>.
- Gañán, María del Rocío Pérez. 2015. “Las huellas del desarrollo en la construcción de la identidad y la cosmovisión indígenas en el buen vivir ecuatoriano y el convivir bien boliviano: los casos de la Atenas del Ecuador y la Ciudad Blanca de Bolivia”. Tesis doctoral. Universidad de Cantabria. <https://www.somosiberoamerica.org/wp-content/uploads/2017/08/Tesis-MRPG.pdf>.
- Gallegos, Karina, Unda Mario, Vivero Mario. 2003. “Construcción participativa de centralidades urbanas en Quitumbe”. Quito.
- Giunta, Isabella. 2018. “Soberanía alimentaria entre derechos del buen vivir y políticas agrarias en Ecuador”. *Theomai*, n° 38: 109–22.
- Gudynas, Eduardo, y Alberto Acosta. 2011. “La renovación de la crítica al desarrollo y el buen vivir como alternativa”. *Utopía y Praxis Latinoamericana* 16 (53): 71–83.

- INEC. 2015. Compendio de Resultados de la Encuesta de Condiciones de Vida ECV 2014 (Noviembre 2013 – Octubre 2014). Quito: Instituto Nacional de Estadística y Censos. http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/ECV/ECV_2015/documentos/ECV%20COMPENDIO%20LIBRO.pdf.
- Instituto de la Ciudad. 2017. “Conociendo Quito: Estadísticas del Distrito Metropolitano de Quito”.
- Larrea Maldonado, Fernando. 2017. “Estado y movimiento indígena en el Ecuador: Del multiculturalismo neoliberal al Estado plurinacional degradado”. *Antropología Cuadernos de investigación*, n° 17 (agosto): 114. <https://doi.org/10.26807/ant.v0i17.94>.
- León, Xavier. 2017. “El Buen Vivir como alternativa al desarrollo y su relación con la Soberanía Alimentaria. El caso ecuatoriano”. *Antropología Cuadernos de investigación*, n° 17 (agosto): 39. <https://doi.org/10.26807/ant.v0i17.86>
- Malo, Nicolás, Mejía, Byron Mónica y Vinuesa. 2015. Situación de la desnutrición crónica en niños y niñas de los servicios de desarrollo infantil integral del Ecuador. Quito. Ministerio de Inclusión Económica y Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social. 2014. “IV Estudio nacional de salud bucal ENSAB IV. Metodología y Determinación Social de la Salud Bucal. Para saber cómo estamos y saber qué hacemos”. *Ministerio de Salud y Protección Social. 14 de noviembre*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IV-Situacion-Bucal-Actual.pdf>.
- Ministerio de Salud Pública 2017. Plan Local de de Salud 17d07. *Quito*.
- Ministerio de inclusión económica y social. 2016. “Modelo de gestión de desarrollo infantil integral”. Subsecretaría de Desarrollo Infantil Integral. Quito
- Municipio del Distrito Metropolitano de Quito 2012. Plan metropolitano de ordenamiento territorial 2012-2022. Alcaldía de Quito.
- . 2013. Informe de gestión 2013. Alcaldía de Quito. Quito
- Morales María Carolina, Juan Carlos Eslava. 2014. *Tras las huellas de la determinación Social de la Salud*. Bogotá. Grupo de investigación en salud colectiva. https://www.researchgate.net/profile/Morales_Borrero_Carolina/publication/321588829_Tras_las_huellas_de_la_determinacion_social_de_la_salud/links/5a2c38eba6fdccfbf873428/Tras-las-huellas-de-la-determinacion-social-de-la-salud.pdf.
- OMS. 2015. “La desnutrición infantil. Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. 7 marzo. https://cursos.campusvirtualsp.org/file.php/118/Modulo_I/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf.
- Organización Naciones Unidas. 2011. ONU mujeres Estudio Diagnóstico preliminar.Pdf
- Paredes, Gabriela. 2016. “ Factores que determinan el estado de inseguridad alimentaria en niños y niñas de 0-5 años, en el Ecuador 2012” *Tesis doctoral, Pontificia Universidad Católica del Ecuador* . <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12630/Disertaci%C3%B3n%20Gabriela%20Paredes.pdf?sequence=1>.
- PMA. 2017. “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. Quito.

- Rojas, Carlos. 2017. "Centros infantiles municipales combaten la desnutrición en Quito". Noticias DMQ. 18 de mayo.
- Rodríguez Cruz, Marta. 2017. "Interculturalidad, plurinacionalidad y sumak kawsay en Ecuador. La construcción de un nuevo modelo de Estado a través de la educación intercultural bilingüe: discurso y realidad". *Perfiles educativos* 39 (157): 70–86.
- Sabatini, Francisco. 2003. "La segregación social del espacio en las ciudades de América Latina". 2003. Pdf. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Sánchez, Concha, y Sonia Constanza. 2015. "Determinación Social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas de tres localidades de Bogotá". Doctorado en Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogotá. <http://bdigital.unal.edu.co/51226/1/%281%2963317599.2015.pdf>.
- Sandoval, Avellán Alejandra Elizabeth. 2013. "Niveles de hemoglobina y su relación con las condiciones de vida de los niños y niñas menores de 5 años de la Administración Zonal Quitumbe". Tesis doctoral. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/5971/T-PUCE-6245.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Torres Dávila, Victor Hugo. 2016. "Luchas sociales en la configuración del Distrito Metropolitano de Quito entre 1992-2010". *Universitas*, n° 24 (agosto): 63. <https://doi.org/10.17163/uni.n24.2016.03>.
- . 2018. "Hegemonías y subalternidades en el Distrito Metropolitano de Quito". *Universidad Andina Simón Bolívar*. 12 septiembre. <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/6067/1/TD-101-DECLA-Torres-Hegemonias.pdf>.
- Tortosa, José María. 2011. "Sumak kawsay, suma qamaña, buen vivir". Universidad Andina Simón Bolívar, Ecuador. 12 de enero. <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/2789>.
- UNICEF. 2011. "La desnutrición infantil. Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. UNICEF sede España. 11 noviembre. <https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/Dossierdesnutricion.pdf>.
- Universidad Andina Simón Bolívar. 2009. "Prevalencia de la desnutrición crónica infantil por zonas censales en la ciudad de Quito (2001 - 2006)". Unidad de Información Socioambiental, Quito
- Vance, Carina, María Cecilia Acuña María Cecilia, Jaime Breilh, y Juan Carlos Maldonado. 2015. "Acceso público a medicamentos de calidad: las compras públicas como mecanismo para garantizar el derecho a la salud". *Servicio Nacional de Contratación Pública*. 15 de noviembre. https://portal.compraspublicas.gob.ec/sercop/wp-content/uploads/2015/12/Revista_SICM-01-12-2015_1.pdf

Anexos

Anexo 1

Inserción social (combinaciones para cada fracción social)

Clase social	Ocupación (condición de la p 1.23)	Función (condición de la p 1.24)	Medios de producción (condición de la p 1.26)	Fuente (condición de la p 1.27)
0. Capa media pudiente	<p>Haber contestado SI (1) en cualquiera de estas opciones:</p> <p>1. Profesional o técnico que ejerce independientemente</p> <p>2. Empleado de empresa particular titulado (profesional o técnico)</p> <p>3. Empleado público titulado (profesional o técnico)</p>	<p>Haber contestado SI en cualquiera de estas opciones:</p> <p>2. Hace y dirige el trabajo</p> <p>3. Dirige y organiza el trabajo de otros</p>	<p>Que la pregunta sub codificada presente</p> <p>0 no tener nada,</p> <p>1. Ser propietario de algo</p>	<p>Haber contestado SI en cualquiera de estas opciones:</p> <p>5. Sueldo como empleado de empresa del sector público</p> <p>6. Sueldo como empleado de empresa del sector privado</p>
1. Capa media pobre	<p>Haber contestado SI en cualquiera de estas opciones:</p> <p>4. Empleado de empresa particular no titulado</p> <p>5. Empleado público no titulado</p>	<p>Haber contestado SI en cualquiera de estas opciones:</p> <p>1. Hace el trabajo</p> <p>2. Hace y dirige el trabajo</p>	<p>Haber contestado SI en cualquiera de estas opciones:</p> <p>1. Herramientas</p> <p>5. Terrenos</p> <p>0. no tener nada o que la pregunta sub codificada presente</p>	<p>Haber contestado SI en cualquiera de estas opciones:</p> <p>5. Sueldo como empleado de empresa del sector público</p> <p>6. Sueldo como empleado de empresa del sector privado</p>
2. Pequeño productor artesano	<p>haber contestado si en:</p> <p>6. Artesano</p>	<p>Haber contestado SI en cualquiera de estas opciones:</p> <p>2. Hace y dirige el trabajo</p> <p>3. Dirige y organiza el trabajo de otros</p>	<p>Haber contestado SI en cualquiera o todas estas opciones:</p> <p>1. Herramientas</p> <p>3 Máquinas o equipos para el trabajo</p> <p>5. terrenos</p>	<p>Haber contestado SI en:</p> <p>12 Ganancia del negocio propio (artesano emprendedor)</p>

3 Pequeño productor comerciante	Haber contestado SI en: 7. Comerciante propietario de pequeño negocio	Haber contestado SI en cualquiera de estas opciones: 2. Hace y dirige el trabajo. 3. Dirige y organiza el trabajo de otros	Haber contestado SI en cualquiera de estas opciones: 2 Locales. 3. Máquinas o equipos para el trabajo. O que la pregunta decodificada presente. 0. No tener ningún medio de producción	Haber contestado SI en: 12 Ganancia del negocio propio (artesano emprendedor)
4. Pequeño trabajador agrícola	Haber contestado SI en: 16 .Pequeño trabajador agrícola	Haber contestado SI en cualquiera de estas opciones: 2. Hace y dirige el trabajo 3. Dirige y organiza el trabajo de otros	Haber contestado SI en cualquiera de estas opciones: 1. Herramientas 3 Máquinas o equipos para el trabajo 5. Terrenos	Haber contestado SI en: 9. Sueldo como trabajador del campo
5. Empresario	Haber contestado SI en: 8. Propietario de empresa industrial, comercial o de servicios	Haber contestado SI en cualquiera de estas opciones: 2. Hace y dirige el trabajo 3. Dirige y organiza el trabajo de otros	Que la pregunta sub codificada presente 2. Ser propietario de algo	Haber contestado SI en cualquiera de estas opciones: 1 Alquiler de propiedad 2 Ganancia del negocio propio (artesano emprendedor)
6. Obreros	Haber contestado SI en: 9. Obrero o trabajador manual de empresa no propia	Haber contestado SI en cualquiera de estas opciones: 1. Hace el trabajo 2. Hace y dirige el trabajo 1. Hace el trabajo. 2. Hace y dirige el trabajo	Haber contestado SI en: 1. Herramientas. o que la pregunta sub codificada presente 0. No tener nada	Haber contestado SI en sueldo cómo obrero o trabajador no jornalero

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, 2014
Elaboración propia

Anexo 2

Guion de entrevista.

Tema: 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.

Objetivo: Analizar la malnutrición infantil de los niños y niñas de los CDI del MIES, en la Administración Zonal Quitumbe, en el año 2018, desde el enfoque de la determinación social a partir del dominio particular e individual.

El guion contiene preguntas que permitan dirigir la entrevista a profundidad, controlar el tiempo y discernir entre lo importante y secundario para la investigación.

El guion es únicamente un mapa de referencia que permite no perderse durante la entrevista. En este sentido, se tendrá en cuenta lo siguiente:

- Se debe aceptar y respetar el hecho de que el entrevistado/a adopte una dirección diferente a la que tendía previsto el guion, pudiendo hablar sobre temas no incluidos o alterar el orden de las preguntas.
- Cuando fuere alterado el ritmo y el orden de las preguntas por parte del entrevistado, en la medida de lo posible, y de forma sutil, se volverá a los temas aún no contestados. En un inicio se partirá de preguntas generales y, a medida que transcurre la entrevista, se irán concretando y enfocando las respuestas del entrevistado/a hacia los objetivos planteados por esta investigación.

A continuación se presenta el guion de las entrevistas:

1. Guión para las entrevistas con las coordinadoras/directoras
a. información general

¿Hábleme acerca de usted y sus funciones en el centro?

¿Qué podría decirme de los niños que asisten al centro y de sus familias?

¿Qué experiencias ha tenido con los niños y qué problemas de alimentación y nutrición?

b. Estilos de vida

Categoría: condiciones de trabajo

Problemática a ser identificada: manejo del tiempo para el cuidado de la alimentación y nutrición

Preguntas a realizar

¿Podría explicarme cuáles procedimientos observa para abordar la alimentación y nutrición de los niños?

¿Dispone el CDI del tiempo necesario para ayudar a la alimentación y nutrición de los niños?

Categoría: calidad y disfrute de bienes de consumo

Problemática a ser identificada: disponibilidad de consumo de elementos de una buena alimentación, y servicios de atención nutricional

¿Disponen los niños de todos los elementos necesarios para mantener una buena alimentación y nutrición?

¿Cuál es la forma de ayudar a las familias de los niños anexos a los CDI?

Categoría: empoderamiento, organización y soporte de acciones en beneficio del grupo

Problemática a ser identificada: vinculación y participación social en el entorno

¿Siente que los responsables de los niños se vinculan o participan en la alimentación y nutrición de ellos?

¿Tienen ellos capacidad de agrupación en beneficio de la salud de sus hijos?

Categoría: capacidad para crear y reproducir valores culturales

Problemática a ser identificada: valores culturales para comprender el derecho y la responsabilidad sobre el estado nutricional y atención alimentaria.

¿Siente que tiene problemas en crear y reproducir acciones sobre la alimentación y nutrición de los niños y sus familias?

Categoría: relación con el entorno

Problemática a ser identificada: condiciones que le posibilitan o restringen aspectos relacionados con las condiciones del espacio donde se habita.

¿Qué piensa del espacio físico, ayuda a los niños con su alimentación y nutrición?

2. Guión para las entrevistas con las educadoras

a. Información general

¿Hábleme acerca de usted y sus funciones en el centro?

¿Qué podría decirme de los niños que asisten y de sus familias?

¿Qué experiencias ha tenido con los niños y problemas de alimentación y nutrición?

b. Estilos de vida

Categoría: itinerario típico personal

Problemática a ser identificada: alimentación adecuada en la monotonía de la vida cotidiana

¿Podría explicarme cuales procedimiento observa para abordar la alimentación y nutrición de los niños?

¿Dispone del tiempo necesario para ayudar a la alimentación y nutrición de los niños?

Categoría: patrón individual y familiar de consumo

Problemática a ser identificada: disponibilidad de consumo de alimentos básicos

¿Los niños disponen de todos los elementos necesarios para mantener una buena alimentación y nutrición?

Categoría: Concepciones sobre valores personales y familiares

Problemática a ser identificada: vinculación y participación social en el entorno

¿Siente que los responsables de los niños se vinculan o participan en la alimentación y nutrición de ellos?

¿Tienen ellos capacidad de agrupación en beneficio de la salud de sus hijos?

Categoría: itinerario ecológico personal y familiar

Problemática a ser identificada: valores culturales para comprender el derecho y la responsabilidad sobre la salud nutricional.

¿Siente que tiene problemas en crear y reproducir acciones sobre la alimentación y nutrición de los niños y sus familias?

Categoría: capacidad de organizar las acciones en defensa en la salud

Problemática a ser identificada: condiciones que le posibilitan o restringen aspectos relacionados con las condiciones del espacio donde se habita.

¿Qué piensa del espacio físico? ¿ayuda a los niños con su alimentación y nutrición?

¿Piensa que las familias de los niños están organizadas para combatir la malnutrición?

Anexo 3

Encuesta epidemiológica determinación social de la malnutrición



UNIVERSIDAD ANDINA
SIMÓN BOLÍVAR
Ecuador

ENCUESTA SOBRE PROCESOS DE DETERMINACIÓN
SOCIAL DEL ESTADO NUTRICIONAL INFANTIL

1.1 NOMBRE DE CIVILIDAD AL QUE PERTENECE EL NIÑO O LA NIÑA? _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1.2 Nombres y apellidos del niño o la niña? _____

1.3 Fecha de nacimiento del niño o la niña?
AÑO MES DÍA

1.4 Sexo del niño o la niña? FEMENINO MASCULINO

1.5 ¿Cuál es el parentesco que tiene usted con el niño o la niña?

Papá Abuelo(a) Hermano (a)

Mamá Otro familiar, especifique _____

1.6 ¿Con cuál de los siguientes grupos étnicos identifica al niño o la niña?

Indígena Afroecuatoriano/a Negro/a Mulato/a

Montubio/a Mestizo/a Blanco/a Otras etnias

No definido

1.7 ¿Dónde vive el niño o la niña?

Barrio _____ Parroquia _____

Dirección _____

CARACTERÍSTICAS DE VIVIENDA Y HOGAR DONDE PERMANECE EL NIÑO O LA NIÑA?

BLOQUE DE SERVICIOS

Lea con atención y conteste la respuesta que corresponda si tiene duda acérquese a la responsable de la encuesta para despejar, cualquier duda. Marque con una X la respuesta que corresponda

1.8 ¿Tiene energía eléctrica la vivienda donde permanece el niño o la niña? SI NO

1.9 ¿Tiene alcantarillado la vivienda donde permanece el niño o la niña? SI NO

1.10 ¿Tiene agua potable la vivienda donde permanece el niño o la niña? SI NO

1.11 ¿Existe recolección de basura cercana a la vivienda donde permanece el niño o la niña? SI NO

1.12 Dispone de teléfono fijo o convencional la vivienda donde permanece el niño o la niña? SI NO

1.13 ¿Dispone de acceso a internet la vivienda donde permanece el niño o la niña? SI NO

1.14 ¿Para comunicación dispone de telefonía celular? SI NO

Si la respuesta a la pregunta 1.14 es afirmativa ¿Cuántas líneas dispone?

1.18 ¿Con quién duerme el niño o la niña?

Papá Abuelo(a) Hermano (a)

Mamá Otro familiar, especifique _____

1.19 ¿Con que tipo de familia identifica usted que vive el niño o la niña?

Familia nuclear: formada por los progenitores y uno o más hijos. SI NO

Familia extensa: abuelos, tíos, primos y otros parientes consanguíneos o afines. SI NO

Familia monoparental:

en la que el hijo o hijos cuentan con un solo progenitor (ya sea la madre o el padre). SI NO

1.20 ¿Cuál es la persona que cuida al niño o la niña cuando no se encuentra en el CIBV?

Papá Abuelo(a) Hermano (a)

Mamá Otro familiar, especifique _____

1.21 ¿Cuál es el Nivel de escolaridad de la persona que cuida al niño o la niña?

Primaria Secundaria Universitaria Ninguna

FUNCIÓN

1.24 ¿Cuál es la función que desempeña en su trabajo el principal responsable del ingreso económico del hogar donde vive el niño o la niña?

Hace el trabajo Dirige y organiza el trabajo de otros

Hace y dirige el trabajo Desempleado

MEDIOS DE PRODUCCIÓN

1.25 ¿El principal responsable del ingreso económico del hogar donde vive el niño/a es propietario de cuáles de los siguientes medios de trabajo?

Herramientas SI NO

Locales SI NO

Máquinas o equipos para el trabajo SI NO

Mercadería e insumos SI NO

Terrenos SI NO

FUENTE

1.26 ¿Cuál es la fuente principal de ingresos de la economía del hogar donde vive el niño o la niña?

Alquiler de propiedad

Autónomo

Jornal diario o por semana

Pensión jubilar

Subsidio del Gobierno

Sueldo Como empleado del sector privado

Sueldo Como empleado del sector público

Sueldo Como obrero o trabajador no jornalero

Sueldo Como trabajador del campo

Ventas ambulantes

Vive de lo vende en el comercio

Ganancia del negocio propio(artesano emprendedor)

Ninguna (desempleado/a)

Otra, ¿cuál? _____

PREGUNTAS DE CONTROL

1.27 Sabiendo que el salario básico unificado actualmente está en 346 dólares ¿En cuál de estos rangos se ubican los ingresos mensuales del hogar?

Menos de salario básico unificado Un salario básico unificado

Más de un salario básico unificado Otro Cuál

1.28 En los últimos 30 días, ¿con que frecuencia faltó dinero en el hogar para comprar alimentos?

Siempre Casi siempre Algunas veces Muy pocas veces Nunca

BLOQUE DE LA VIVIENDA

Lea con atención y conteste la respuesta que corresponda si tiene duda acérquese a la responsable de la encuesta para despejar, cualquier duda. Marque con una X una sola respuesta

1.29 ¿La vivienda donde permanece el niño o la niña y su familia es?

Propia Arrendada
Prestada Otra Cuál _____

1.30 ¿El tipo de vivienda donde permanece el niño o la niña y su familia es?

Casa Apartamento
Mediagua Cuarto de inquilinato (piezas)

Otro tipo de vivienda, especifique _____

1.31 ¿Cómo es el servicio higiénico o escusado de la vivienda?

Conectado a red pública de alcantarillado Conectado a pozo séptico
Con descarga directa al río o quebrada Conectado a pozo ciego
Letrina No tiene

1.32 ¿Cómo se elimina la basura de la vivienda?

Por carro recolector La queman La entierran
La arrojan al río, acequia o canal La arrojan en terreno baldío o quebrada
De otra forma. Cuál _____

1.33 ¿En su vivienda Cómo toman el agua ?

Tal Cómo llega (abastecimiento) Hervida
Colocando cloro en el agua El agua se filtra
Se compra agua de botellón (purificada)

MODO DE VIDA

Lea con atención las preguntas pueden tener opción múltiple o una sola respuesta

1.34 ¿A cuál régimen de salud está afiliado?

Seguro ISSFA Seguro ISSPOL IESS Seguro general
IESS Seguro voluntario IESS Seguro campesino Seguro privado
Es Jubilado del IESS/ ISSFA / ISSPOL MSP Otra o ninguno _____

1.35 Cuál es nivel académico culminado por usted

Primaria Secundaria Superior Ninguno

1.36 ¿Pertenece alguna de estas organizaciones sociales en su barrio, localidad, sitio trabajo?

Liga Barrial deportiva	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Asociación de empleados	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Comité barrial	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Grupos religiosos	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Asociación de trabajadores	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Grupos Culturales	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cooperativas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Ninguno	<input type="checkbox"/>	
Sindicatos	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Otro Cuál	_____	

1.37 ¿En qué forma apoya usted la promoción del cuidado de la salud nutricional en la sociedad?

Puede marcar varias opciones

Con la captación ciudadana SI NO Promoviendo charlas SI NO
Asistiendo campañas Médicas SI NO Ninguna
Promoviendo campañas de vacunación SI NO Otro Cuál _____

TIEMPO PARA LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN DEL NIÑO O LA NIÑA

1.38 ¿Durante el día que tiempo dedica para preparar y darle el alimento al niño o la niña?

En la mañana 30min 45 min 1 hora Otro Cuál _____
En la Tarde 30min 45 min 1 hora Otro Cuál _____
En la noche 30min 45 min 1 hora Otro Cuál _____

1.39 Cuál considera usted que es el tiempo suficiente para preparar y darle el alimento al niño o la niña?

Menos de 30min Entre 30 y 45 min 1 hora Más de una hora

1.40 ¿Después de finalizar su jornada cuanto tiempo dedica a preparar y darle el alimento al niño o la niña?

Nada Un poco Algo Bastante Muchísimo

1.41 ¿Si su respuesta fue nada, poco, o algo cuál es la principal razón?

Llega muy tarde Llega muy cansado/a No lo considera necesario
Debe realizar otras labores Por pereza Otra Cuál _____

1.42 ¿El niño o la niña a tenido o tiene alguno de estos problemas?

Bajo peso Retraso en el aprendizaje del niño
Baja talla Daños en la piel

Otra, especifique _____

1.43 ¿Cuándo fue la primera vez que llevó al niño o la niña al pediatra?

Ocho días de nacido Entre siete meses y un año de nacido
Un mes de nacido Más de un año de nacido
Seis meses de nacido No recuerda

1.44 ¿Cuál fue el motivo de la última consulta al pediatra?

Por una urgencia Para un tratamiento Certificado médico
Por revisión/prevención Otro Cuál _____

1.45 ¿En qué lugar realizó la consulta médica?

En un centro/puesto de salud u hospital de la red pública de salud del MSP
En el servicio que le ofrece el Centro Infantil del Buen Vivir (CIBV)?
En un consultorio particular

1.46 ¿Quedó satisfecho/a con la atención recibida en la consulta médica?

Nada satisfecho Poco satisfecho Satisfecho Muy satisfecho

1.47 ¿Ha recibido charlas referentes a la alimentación y nutrición del niño o la niña?

La lactancia y la alimentación complementaria La higiene
Los problemas del retraso de crecimiento Alimentación no saludable
La seguridad y lactancia de un niño pequeño Cómo deben dormir los niños
Lavado de manos El desarrollo psiCómotor
Ninguna

1.48 ¿Cuándo y cuantas veces le da alguno de estos alimentos al niño o la niña?

Nomenclatura: En la mañana M; Al medio día MD; En la tarde T; En la noche N

Ejemplo:

	M	MD	T	N	TOTAL EN EL DIA		
Le doy sólo leche materna	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="4"/> VECES		
			M	MD	T	N	TOTAL EN EL DIA
Le doy sólo leche materna			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> VECES
Le doy leche materna y otra comida			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> VECES
Le doy pan, arroz, fideos u otros alimentos a base de granos, incluyendo avena o papilla			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> VECES
Le doy papas blancas, camote, yuca, o cualquier otro alimento a base de raíces			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> VECES
Le doy algún alimento hecho a base de frijoles, habas, chícharos, lentejas o nueces			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> VECES
Le doy fórmula infantil Como NESTLÉ NAN, etc			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> VECES
Le doy leche enlatada, animal en polvo o fresca			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> VECES
Le doy yogurt, queso u otros producto lácteo			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> VECES
Le doy huevos o algún tipo de carne (cerdo, pollo etc)			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> VECES
Le doy algún pescado fresco o secos, o mariscos			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> VECES
Le doy frutas y verduras			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> VECES
Le doy proteínas			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> VECES
Le doy dulces			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> VECES

1.49 ¿El niño o la niña ha tenido alguno de estos problemas?

Desnutrición leve Desnutrición grave Desnutrición moderada
 Ninguna

1.50 ¿Qué es tener un niño sano y saludable sin problemas de desnutrición? Escoja dos respuestas

Que sea grande y gordito Que siempre pida de comer
 Que nunca se enferme Que tenga peso y talla de acuerdo a su edad
 Que tenga energía para correr saltar jugar Ninguna

1.51 En su opinión, ¿por qué se produce la desnutrición en los niños? Escoja tres respuestas

Por la poca diversidad de alimentos
 Por el desconocimiento
 Por la frecuencia de las comidas
 Por la edad de inicio de la alimentación complementaria
 Por la falta de consistencia en las comidas
 Por no Alimentar motivando
 Por sentir desconfianza en la preparación de alimentos saludables
 Por enfermarse fácilmente
 Deficiencia de hierro
 Deficiencia de Yodo
 Por la existencia de peligros relacionados a manejo de alimentos
 Por la falta de higiene personal y del niño

- Por factores relacionados al uso del agua y su saneamiento
- Por no considerar consejos de guías alimentarias
- 1.52 ¿Cree usted que el peso y la talla de un niño puede afectar la salud general del mismo?
 SI NO Desconozco
- 1.53 ¿Qué deberían hacer los responsables de un niño para mantenerlo sano y saludable sin desnutrición ?
 Escoja dos respuestas
- Proporcionar una lactancia Materna Exclusiva
- Proporcionar alimentación complementaria adecuada
- Proporcionar alimentación correcta en los periodos de enfermedad.
- Disponer de las tres comidas diarias
- Procurar higiene y conservación adecuada de los alimentos
- Compartir comidas en familia y en ambiente de armonía (comensalidad)
- Propiciar una estimulación activa de la alimentación
- Facilitar una comunicación afectiva hacia el niño
- Otra, ¿cuál? _____

MODULO ESTILOS DE VIDA

Itinerario típico personal

- 1.54 ¿Toma o sigue tomando leche materna el niño o la niña?
 SI NO Porque _____
- 1.55 ¿A qué edad comenzó a comer el niño o la niña? (Alimentación complementaria)
- Ocho días de nacido Entre siete meses y un año de nacido
- Un mes de nacido Mas de un año de nacido
- Seis meses de nacido No recuerda
- 1.56 ¿Quién es responsable de la alimentación del niño o la niña?
- Papá Abuelo(a) Hermano (a)
- Mamá Otro familiar, especifique _____
- 1.57 ¿Generalmente Cómo prepara la colada del niño o la niña?
 Espesa Aguada Porque _____

1.58 ¿Comúnmente cómo enriquece la comida del niño o la niña?

- Mediante la adición de:
- | | SI | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Alimentos de origen animal (carne, pollo, pescado, hígado / órganos, huevos, etc) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Leguminosas y frutos secos: harina, otras leguminosas (maíz, habas, lentejas, etc) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Frutas y verduras ricas en Vitamina A (zanahoria, calabaza amarilla, mango, papaya, etc) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Verduras Como espinacas, acelga, berros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Alimentos muy energéticos: aceite, mantequilla / manteca | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Queso u otros productos lácteos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Hígado, riñón, corazón u otros órganos comestibles o alimentos a base de sangre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Ninguna | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

1.59 ¿Cuándo el niño o la niña no quiere comer que hace usted para motivarlo?

- | | SI | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Trata de motivarle a comer con aplausos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Trata de motivarle a comer haciendo muecas, jugando o riendo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Trata de motivarle a comer demostrándole o enseñándole a comer abriendo la boca muy grande | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- d. Trata de motivarle a comer diciendole palabras alentadoras
- e. Trata de motivarle a comer llamando su atención
- g. NO realiza ninguna acción y encomienda a otra persona de la familia
- g. Deja que el niño o la niña haga lo que él quiere

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.60 ¿Guarda usted la comida del niño o la niña para darle en otro momento?

Si NO Porque _____

1.61 En que material guarda el alimento del niño o la niña?

Plástico Vidrio Porcelana

Otro. Cuál _____

1.62 ¿Qué es lo que comúnmente guarda usted?

- a. Sobras de alimentos de origen animal (carne, pollo, pescado, hígado / órganos, huevos, etc)
- b. L Sobras de leguminosas y frutos secos
- c. Sobras de frutas y verduras
- d. Sobras de queso u otros productos lácteos
- e. Otros. Cuál.....
- f. Ningún tipo de sobra

	SI	NO
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.63 ¿Cómo realiza el lavado de frutas y verduras antes de darselo al niño o la niña?

Con agua Con un trapo
 Con desinfectante Con agua y cloro

Otro. Cuál _____

1.64 En que material calienta el biberón del niño o la niña?

Plástico Vidrio Porcelana

Otro. Cuál _____

1.65 En que artefacto calienta el biberón del niño o la niña?

Microondas Cocina Otro. Cuál _____

1.66 ¿Regularmente realiza estas acciones, cuando prepara alimentos para el niño o la niña?

- a. Me lavo las manos en una cubeta con agua que se comparto con la familia
- b. Me lavo las manos con asistencia de alguien, vaciando agua en mis manos
- c. Me lavo las manos con agua corriente y jabón
- d. Tengo otra práctica. Explique.....

	SI	NO
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.67 ¿Con que frecuencia semanal realiza actividad física con el niño o la niña?

	NO lo hago	1 VEZ	ENTRE 2 Y 3 VECES	ENTRE 4 Y 6 VECES
a. Utilizó música para activar el cuerpo y la mente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Le doy masajes para estimular su cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Realizó movimientos básicos y sencillos de yoga en mi hijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Practico la estimulación temprana en mi hijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Tengo otra práctica. Explique.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patrón individual y familiar de consumo

1.68 ¿Últimamente, cuando fue al pediatra el niño o la niña?

Hace menos de 1 año Entre 1 y 2 años
 Más de 3 años No sabe/no recuerda

1.69 ¿En donde fue la última consulta con el pediatra?

En el servicio que le ofrece los CDI En un consultorio particular

En un centro/puesto de salud u hospital No sabe/no recuerda

1.70 ¿Cuál fue el motivo de ir al pediatra?

Por trastornos alimenticios Por revisión/prevención

Por una enfermedad grave Por problemas de peso

1.71 ¿Tuvo alguna complicación en conseguir un pediatra? Cómo por ejemplo

falta de profesionales pediatras No estar afiliado a un servicio social

El niño o la niña no se dejó atender no poder conseguir una cita médica

Otra Especifique _____

1.72 En su opinión, ¿Que ha evitado que lleve al niño o la niña al pediatra?

No ha sentido la necesidad El sitio de atención es muy lejano

Por falta de dinero No le dan permiso en el trabajo

Miedo, nervios o pena de que le pase algo al niño Falta de indicaciones de un profesional

Falta de tiempo Está muy pequeño/a

Dificultad para conseguir la cita No existe este servicio en su localidad

Piensa que no tiene derecho a consulta nutricional Otra. Cuál.....

No sabe dónde hay un servicio nutricional

1.73 ¿ Para obtener información o servicios de salud para el niño o la niña a donde acude?

Radio/TV Otro profesional de la salud

Charlas sobre higiene bucal en su EPS A los centros de salud MSP

Internet A los CDI

pediatra/a Otro. Cuál.....

1.74 ¿ Dónde adquiere los productos para la alimentación del niño o la niña?

Mercados populares de su localidad Ferias Libres

Supermercados: Santa María, Tía, Supermaxi, AKI Bioferias y mercados saludables

Tiendas de su barrio Otro. Cuál.....

1.75 ¿Con que frecuencia mensual compra los siguientes productos?

	Nada	1 VEZ	ENTRE 2 Y 3 VECES	ENTRE 4 Y 6 VECES	No llevo registro
a. Pan, arroz, fideos u otros alimentos a base de granos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Papas blancas, camote, yuca, o Cuálquier otro alimento a base de raíces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Granos Cómo choclo, frijoles, habas, alverjas, lenteja etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Fórmula infantil Cómo: S 26 Gold, Enfamil, Similac, NAN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Leche envasada o en polvo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Yogurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Queso u otros productos lácteos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Hígado, riñón, u otros órganos comestibles o alimentos a base de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Algún tipo de carne Cómo carne de res, cerdo, cordero, pollo, pato u otra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Pescado fresco o secos, o mariscos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Huevos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Verduras Cómo : acelga, berros, espinaca, col, brocoli etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Frutas: manzana,peras,mango, melón, durazno, sandía,piña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Aceites de palma, nuez,coco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

o. Aceite , grasas, manteca, mantequilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Dulces Como chocolates, caramelos, pasteles, galletas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r. Embutidos:salchicha,jamón,mortadela etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s. Productos enlatados: de vegetales, granos,frutas, pulpa, etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t. Snack: papas fritas, chifles, doritos, cueritos, etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r. Embutidos:salchicha,jamón,mortadela etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.76 ¿Qué considera usted o algún miembro la familia para hacer las compras de mercado?

	Nada	1 VEZ	ENTRE 2 Y 3 VECES	ENTRE 4 Y 6 VECES	No llevo registro
a. Que la compra se haga rapido y los productos sean faciles de preparar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Que dentro de la compra no existan productos transgénicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. En la compra se da importancia a granos y harinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Que en la compra no debe faltar embutidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Que se compre sólo lo que esté más barato y en oferta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Que la compra considere marca y precio de los productos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Que se compre donde exista mucha variedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Que se compre en un lugar cercano a la casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Que se de preferencia se compre enlatados de fruta, verdura, granos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Ninguna	<input type="checkbox"/>				
k. Otra consideración. Cuál.....	<input type="checkbox"/>				

Concepciones sobre valores personales y familiares

	De acuerdo	NO sé	En desacuerdo
1.77 ¿Considera que un niño gordito es un niño sano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.78 ¿Cuándo el niño o la niña tiene sed hay que darle Cuálquier bebida dulce?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.79 ¿Piensa usted que los alimentos dulces son los que más le gustan a su hijo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.80 ¿Un niño/a come tranquilo cuando mira la televisión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.81 ¿Piensa usted que es más fácil darle de comer al niño o la niña cuando mira televisión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.82 ¿Piensa usted que las frutas y vegetales no llenan al niño o la niña y son caros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.83 ¿Prefiero los productos empacados y faciles de preparar a los que requieren mayor tiempo, en la Alimentación del niño o la niña?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.84 ¿Me gusta estar más en casa con mi hijo que en el los parques infantiles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.85 ¿ ¿Cree que es difícil conseguir los alimentos que usted le da al niño o la niña?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.86 ¿Piensa usted que se debe motivar siempre al niño o la niña a comer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.87 ¿Opina que los alimentos o bebidas que contiene alta cantidad de azúcar sea el causante principal de la desnutricón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.88 ¿Piensa usted que es bueno mantener alimentos Como carne, aves, pescado, productos lácteos o alimentos cocidos en un lugar frio o en el refrigerador?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.89 ¿Cree usted que es exgerado lavarse las manos el tiempo que alimenta al niño o la niña?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.90 ¿Piensa usted que el tratamiento del agua para el consumo del niño es importante en el sector donde vive?(agua hervida, agua con cloro etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.91. ¿Opina que alimentar al niño o la niña en porciones y en horarios establecidos para comer, ayuda a su desarrollo físico y mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Condiciones genotípicas y fenotípicas

Físicas

1.92 ¿Hubo algún problema durante el embarazo o el nacimiento del niño o la niña?

Nació prematuro	<input type="checkbox"/>	Nació con bajo peso	<input type="checkbox"/>
Presentó ictericia después de nacer	<input type="checkbox"/>	Ninguno	<input type="checkbox"/>

Otro. Cuál _____

Anexo 4

Formato de consentimiento informado



UNIVERSIDAD ANDINA
SIMÓN BOLÍVAR
Ecuador

Fecha DD/MM/A: ____/____/____

CODIGO _____

COORDENADA X _____ COORDENADA Y _____

Consentimiento informado

La Universidad Andina Simón Bolívar, a solicitud de la comunidad de la Administración zonal Quitumbe y entendiendo la problemática desde la comprensión de la Determinación social y la malnutrición de los centros de la Administración Zonal Quitumbe ha decidido construir junto con la comunidad un proyecto de investigación que aporte a resolver la problemática por la que CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL (CDI) atraviesa.

En este sentido se ha propuesto realizar un proyecto titulado "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." cuyo objetivo principal es: "Analizar la malnutrición infantil de los niños y niñas de los CDI del MIES, en la Administración Zonal Quitumbe, en el año 2018, desde el enfoque de la determinación social, a partir del dominio particular e individual".

Para lograr este objetivo es necesaria la participación de los individuos, las familias que constituyen la comunidad por medio de entrevistas familiares, individuales y la realización de una encuesta que incluye la elaboración de diagnóstico nutricional a los niños/niñas.

La UASB y los investigadores *aseguran la confidencialidad de los datos proporcionados*, los cuales no serán divulgados y podrán ser utilizados únicamente por el grupo investigador a fin de definir y caracterizar la problemática.

Su participación es voluntaria por lo cual, usted podrá retirarse en cualquier momento si así lo desea

Una vez finalizada la investigación, las conclusiones y recomendaciones serán difundidas en la comunidad para su uso y beneficio.

Por medio del presente documento dejo constancia que conozco el objetivo del proyecto de investigación, así como mi forma de participar y la de mi familia.

Por lo expuesto, yo _____
con CI _____ accedo de forma voluntaria a participar en la investigación y tengo claro que puedo retirarme en cualquier momento si así lo considero conveniente. Adicionalmente autorizo la utilización y publicación anónima de los resultados obtenidos.

Representante de un menor

Por lo expuesto, yo _____
con CI _____, representante del menor _____
autorizo su participación en la investigación y tengo claro que mi representada/o puede retirarse en cualquier momento si así ella/el/yo lo considera/o conveniente. Adicionalmente autorizo la utilización y publicación anónima de los resultados obtenidos.

Anexo 5

Informe de aprobación del tema de tesis del MIES

	COORDINACIÓN ZONAL No. 9 Ministerio de Inclusión Económica y Social	
	INFORME	Codificación: Z9-F-2 Versión 1.0

1. DATOS GENERALES				
Fecha de Informe:	30/05/2018	No. del Informe:	0008	
Funcionario Responsable del Informe:	Nombre	Martha Aules		
	Cargo	Dependencia	Mail	Teléfono
	Analista de Desarrollo Infantil	DIRECCIÓN DISTRITAL 17D08 PARROQUIAS RURALES CONOCOTO A LA MERCED	Martha.aules@inclusion.gob.ec	2610 964
Informe dirigido a:	Nombre	Cargo	Dependencia	
	Mgs Bertha Vélez	Directora Distrital (E)	17D08 PARROQUIAS RURALES CONOCOTO A LA MERCED	

2. ANTECEDENTES

Con fecha 18 de mayo del 2018 en la Dirección Distrital MIES Quito Sur se recibe oficio sin número, en el que las Dras. Frecia Lozada y Dra. Karol Sandoval (Post-gradistas de la Universidad Andina Simón Bolívar), describen la propuesta de investigación a realizar en las Unidades CID con los siguientes temas;

POST GRADISTAS	TEMA DE INVESTIGACIÓN
Dra. Karol Sandoval	Determinación social del estado de nutrición infantil de niños de 1 a 3 años de edad, que asisten a los centros infantiles del MIES
Dra. Frecia Lozada	Determinación social de la caries dental en niñas de 1 a 3 años de edad, que asisten a los centros infantiles del MIES

De inmediato se realiza la reunión con las Dras. solicitantes para indagar sobre la propuesta y su factibilidad de ejecución en las Unidades CDI del MIES.

3. OBJETIVO

Contar con la factibilidad de aprobación de la propuesta de investigación, DEL ESTADO DE NUTRICIÓN Y CARIES DENTAL ofertada por las Dras. (Post grado) para con los resultados obtenidos se tomen acciones preventivas con las familias y a la vez se generen en los niveles competentes ,programas de salud familiar y pública

4. DESARROLLO

Las Doctoras en mención, y mi persona en calidad de Analista Distrital de Desarrollo Infantil procedemos a analizar la propuesta, y se concretan los siguientes aspectos:

- ✓ En la investigación se utilizarán instrumentos de investigación que proyectarán información integral de los temas y la relación de la familia con la Unidad CDI
- ✓ Se aplicarán encuestas a familias y Educadoras
- ✓ Las Dras. (post grado) requieren la información (MSP/MIES) de las 47 Unidades CID del Distrito 17D07 donde el MIES selecciona la población (muestreo 300 niños-as)
- ✓ Siendo dos Instituciones MIES - MSP que nos involucra esta propuesta de las Dras. Post gradistas de la Universidad Andina Simón Bolívar, procedemos analizar con la Dra. Alexandra Minango(delegada de la Dirección Distrital 17D07 para las mesa distritales de salud e Intersectoriales) , y **consideramos que el muestreo deberá ser la población de Unidades de atención donde se reflejan mayor resultados de niños-as con Desnutrición de las Unidades CID** ubicadas en los Barrios El Tránsito, La Ecuatoriana, Martha Bucarán , y la Ciudadela Ibarra



Protejamos sin violencia TODA UNA VIDA
 Ministerio de Inclusión Económica y Social
 Coordinación Zonal 9
 Telf.: 3731630

	COORDINACIÓN ZONAL No. 9 Ministerio de Inclusión Económica y Social	
	INFORME	Codificación: Z9-F-2 Versión 1.0

1. DATOS GENERALES				
Fecha de Informe:	30/05/2018	No. del Informe:	0008	
Funcionario Responsable del Informe:	Nombre	Martha Aules		
	Cargo	Dependencia	Mail	Teléfono
	Analista de Desarrollo Infantil	DIRECCIÓN DISTRITAL 17D08 PARROQUIAS RURALES CONOCOTO A LA MERCED	Martha.aules@inclusion.gob.ec	2610 964
Informe dirigido a:	Nombre	Cargo	Dependencia	
	Mgs Bertha Vélez	Directora Distrital (E)	17D08 PARROQUIAS RURALES CONOCOTO A LA MERCED	

2. ANTECEDENTES

Con fecha 18 de mayo del 2018 en la Dirección Distrital MIES Quito Sur se recibe oficio sin número, en el que las Dras. Frecia Lozada y Dra. Karol Sandoval (Post-gradistas de la Universidad Andina Simón Bolívar), describen la propuesta de investigación a realizar en las Unidades CID con los siguientes temas;

POST GRADISTAS	TEMA DE INVESTIGACIÓN
Dra. Karol Sandoval	Determinación social del estado de nutrición infantil de niños de 1 a 3 años de edad, que asisten a los centros infantiles del MIES
Dra. Frecia Lozada	Determinación social de la caries dental en niñas de 1 a 3 años de edad, que asisten a los centros infantiles del MIES

De inmediato se realiza la reunión con las Dras. solicitantes para indagar sobre la propuesta y su factibilidad de ejecución en las Unidades CDI del MIES.

3. OBJETIVO

Contar con la factibilidad de aprobación de la propuesta de investigación, DEL ESTADO DE NUTRICIÓN Y CARIES DENTAL ofertada por las Dras. (Post grado) para con los resultados obtenidos se tomen acciones preventivas con las familias y a la vez se generen en los niveles competentes ,programas de salud familiar y pública

4. DESARROLLO

Las Doctoras en mención, y mi persona en calidad de Analista Distrital de Desarrollo Infantil procedemos a analizar la propuesta, y se concretan los siguientes aspectos:

- ✓ En la investigación se utilizarán instrumentos de investigación que proyectarán información integral de los temas y la relación de la familia con la Unidad CDI
- ✓ Se aplicarán encuestas a familias y Educadoras
- ✓ Las Dras. (post grado) requieren la información (MSP/MIES) de las 47 Unidades CID del Distrito 17D07 donde el MIES selecciona la población (muestreo 300 niños-as)
- ✓ Siendo dos Instituciones MIES - MSP que nos involucra esta propuesta de las Dras. Post gradistas de la Universidad Andina Simón Bolívar, procedemos analizar con la Dra. Alexandra Minango(delegada de la Dirección Distrital 17D07 para las mesa distritales de salud e Intersectoriales) ,y **consideramos que el muestreo deberá ser la población de Unidades de atención donde se reflejan mayor resultados de niños-as con Desnutrición de las Unidades CID** ubicadas en los Barrios El Tránsito, La Ecuatoriana, Martha Bucarán , y la Ciudadela Ibarra



Protejamos sin violencia TODA UNA VIDA
 Ministerio de Inclusión Económica y Social
 Coordinación Zonal 9
 Telf.: 3731630

Anexo 6

Evidencia fotográfica

