



LA ATENCIÓN DE LOS CENTROS INFANTILES Y SU INCIDENCIA EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A 5 AÑOS DE EDAD

Autores:

¹Kathy Violeta Serrano Avalos,

kathy3098@hotmail.com

²Lilia del Carmen Villavicencio Narváez,

vilavicenciolilia@yahoo.com

³Eileen Rosa Escobar Zurita,

eileen_escobar@hotmail.com

⁴Martha Cecilia Mejía Paredes,

martikamp@hotmail.com

Para citar este artículo puede utilizar el siguiente formato:

Kathy Violeta Serrano Avalos, Lilia del Carmen Villavicencio Narváez, Eileen Rosa Escobar Zurita y Martha Cecilia Mejía Paredes (2018): "La atención de los centros infantiles y su incidencia en el estado nutricional de los niños y niñas de 6 meses a 5 años de edad", Revista Caribeña de Ciencias Sociales (diciembre 2018). En línea

<https://www.eumed.net/rev/caribe/2018/12/estado-nutricional-ninos.html>

RESUMEN

La salud infantil se constituye para el Ecuador en uno de los factores prioritarios dentro de las políticas de Estado, respondiendo a las directrices que proponen los organismos internacionales y la propia Constitución de la República, a través del denominado Plan

¹ Lic. Educación para la Salud, Magíster en Educación y Desarrollo Social, Docente de la ESPOCH

² Dra. Promoción y Educación para la Salud, Magíster en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local, Docente de la ESPOCH

³ Lic. Fisioterapia, Magíster en Docencia Universitaria y Administración Educativa. Docente de la ESPOCH

⁴ Dra. Promoción y Educación para la Salud. Magíster en Formulación de Proyectos para el Desarrollo. Docente de la ESPOCH

Nacional del Buen Vivir o conocido en la actualidad como Plan de Desarrollo Toda Una Vida. Sin embargo, y a pesar de la permanente aplicación de estrategias orientadas a combatir la desnutrición crónica, existen sectores, sobre todo en las áreas rurales deprimidas, en las que resulta muy complejo disminuir la incidencia de este flagelo que atenta contra la salud de los niños y niñas. En este trabajo se realizó el análisis de la situación de nutrición de 130 niños y niñas que asistían a cuatro Centros infantiles del Buen Vivir (CIVB) en el periodo 2010-2011 en la parroquia San Juan del cantón Riobamba, para ello se midieron los indicadores peso/edad y talla/edad, así como las características de calidad de servicios de los centros. La información fue recogida directamente de los responsables de los niños y niñas, y de las fichas de los subcentros de salud. Se determinó que los índices de desnutrición crónica no se reducen en los niveles esperados, atribuyéndose este fenómeno a factores socioeconómicos como pobreza, limitado acceso a los servicios básicos y a una vivienda digna, así como a factores culturales relacionados con la etnia indígena y la educación de los padres.

Palabras Clave: Desnutrición Crónica, salud, peso / edad, talla / edad, Calidad de servicios.

ABSTRACT

Children's health constitutes for Ecuador one of the priority factors within State policies, responding to the guidelines proposed by international organizations and the Constitution of the Republic, through the so-called National Plan for Good Living or known in the present as a Plan for the Development of a Whole Life. However, despite the permanent application of strategies aimed at combating chronic malnutrition, there are sectors, especially in depressed rural areas, where it is very complex to reduce the incidence of this scourge that threatens the health of children and girls. In this work, the analysis of the nutritional situation of 130 children who attended four Children's Centers of Good Living (CIVB) in the period 2010-2011 in the San Juan parish of the Riobamba canton, was carried out. weight / age and size / age, as well as the quality characteristics of the centers' services. The information was collected directly from those responsible for the children and from the files of the health sub-centers. It was determined that chronic malnutrition rates are not reduced in the expected levels, attributing this phenomenon to socioeconomic factors such as poverty, limited access to basic services and dignified housing, as well as cultural factors related to indigenous ethnicity and education parents.

Key words: Chronic malnutrition, health, weight / age, height / age, Quality of services.

1. INTRODUCCIÓN

La desnutrición se presenta como un flagelo social con un alto grado de poder destructivo, y graves consecuencias, sobre todo, para la población infantil de menores de cinco años, siendo una de las principales causas de mortalidad en los países del área andina. (Martínez & Palma , 2014).

De los casi 11 millones de niños menores de 5 años que mueren anualmente en todo el mundo, la mitad lo hace a causa de desnutrición. La realidad en América Latina se caracteriza por altos porcentajes de población que vive bajo la línea de pobreza, más del 42,9% según el informe de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL). Podemos considerar

entonces a la desnutrición como resultado final del subdesarrollo, donde el niño sufre el mayor impacto, por depender de terceros para su cuidado y crecimiento. Por esto la desnutrición infantil no es sólo un problema de falta de alimentos, es un conflicto social más profundo, que debe ser tenido en cuenta a la hora de brindar soluciones. (Ortiz AndreLucchi, Peña Quintana , Albino BenalcazaR, Mönkerberg Barros, & Serra Majen, 2006)

La prevalencia de desnutrición no es un mero accidente en la región sino un reflejo de existencia de grandes inequidades en el ingreso y del bajo nivel de importancia que los temas de la alimentación y nutrición han tenido en la agenda política de los países. (CEPAL, 2006)

Empujados por la necesidad de solucionar este problema, los gobiernos y la sociedad civil, vienen trabajando en una infinidad de programas y proyectos orientados a combatir de forma definitiva el problema, sin embargo, los resultados obtenidos resultan bastante ambiguos y poco alentadores.

Los gobiernos de América Latina y el Caribe no han llegado a reconocer y comprender el alcance total de los costos sociales y económicos asociados al hambre y la desnutrición. Muestra de ello ha sido la falta de inversión en programas sociales basados en la ayuda alimentaria. Aproximadamente el 1% del gasto social es destinado a programas alimentarios y mucho menos se invierte en la promoción, producción y distribución de alimentos enriquecidos para los niños pequeños. La promoción de inversiones sostenidas en la lucha contra el hambre y la desnutrición es esencial para garantizar que los programas de protección social tengan un impacto adecuado. El hambre cuesta mucho más a nuestras sociedades que su erradicación. (Navarro, 2008)

En el año 2006 de acuerdo a los datos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP, 2011), se estimaba, con base en los resultados obtenidos en la encuesta de condiciones de vida, que el 26% de los niños y niñas menores a cinco años padecía de desnutrición crónica. En números absolutos, esto significaba que 371.856 niñas y niños presentaban el problema desglosando estos datos en zonas urbana y rural, se encontró que el 19% de los desnutridos se ubicaba en la zona urbana, mientras que el 36% pertenecía a la zona rural. El problema se había reducido en apenas 5 puntos porcentuales en 18 años: del 34% en 1986 al 29% en el 2004; es decir, una disminución relativa del 15%; lo cual significa que, para alcanzar la meta de bajar a la mitad, con los procedimientos que se seguían se lograría sólo en el 2015.

La sub-región más afectada por el retardo en talla es la Sierra rural (38.4%), seguida por la Sierra urbana (27.1%) y la Amazonia rural (27.2%), las provincias con más retardo de talla es Chimborazo (48.8%) y Bolívar (40.8%). Los indígenas son uno de los grupos con las condiciones de vida más pobres y esto se refleja en la alta prevalencia de retardo en talla, aproximadamente dos veces más alta (42.3%), comparada con los otros grupos étnicos,

aumentando el riesgo de sobrepeso (30%), esta problemática muestra una fuerte tendencia a aumentar cuando menor es el nivel económico, con 36.5% en el quintil uno (pobre) y 13.8% en el quintil cinco (rico). Así mismo, disminuye mientras aumenta la educación de la madre 38.8% a 15.4%. (Freire W.B., 2011-2013)

Entrado el 2018, y con base referencia del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2017), se estableció que en promedio nacional el 24% de los niños y niñas menores de cinco años presentaban retardo de talla, signo inequívoco de desnutrición, esto quiere decir que para el 2015 apenas se bajaron otros 5 puntos porcentuales. En este sentido las provincias más afectadas son Chimborazo, Bolívar y Santa Elena con cifras que superan considerablemente al promedio nacional. En estas localidades, sobre todo en las zonas rurales se evidencia que los factores asociados a este padecimiento continúan siendo la pobreza, mala calidad del agua e inadecuada alimentación.

Un niño desnutrido tiene 10 a 15 veces más riesgo que uno normal de morir por diarrea o neumonía. Además, basado en la alta prevalencia de retraso de talla en los que sobreviven la infancia, la DCP da cuenta de una pérdida de 15 a 20 puntos en los índices de desarrollo mental cognitivo y limita el potencial que los niños tienen de beneficiarse de la educación. (Uauy & Aguilar Liendo, 2005)

En este proceso, el Ministerio de Salud Pública ha implementado desde el año de 1993, siete programas de combate a la desnutrición infantil, sin embargo, parece que ninguno de ellos ha tenido la suficiente sostenibilidad como para lograr visualizar los efectos de su aplicación. En el año en curso se estrenará un nuevo proyecto denominado Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador 2018, que integra entre sus acciones la realización de una nueva encuesta.

Considerando los proyectos vigentes, se ha propuesto un trabajo multidisciplinario y vinculante, integrado a los Centros Infantiles del “Buen Vivir” en los cuales, una de las prioridades es contribuir al adecuado crecimiento y desarrollo de los niños a través de una planificación en la que se incluye una valoración nutricional considerando indicadores de situación alimentaria previa a la intervención y el posterior seguimiento para proporcionarles una alimentación adecuada, asegurando de esta manera, el cumplimiento de los requerimientos de sus necesidades básicas. Constituyéndose en una estrategia de atención para niños y niñas menores de cinco años, a través de acciones de salud, alimentación saludable y educación, en coordinación con los padres, la comunidad y en articulación intersectorial; con enfoque en derechos e interculturalidad.

En la Zona en la que se realizó la investigación, una de las más deprimidas del Ecuador, de acuerdo al Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial de la Parroquia San Juan (PDOT de la Parroquia San Juan, 2009), existían funcionando quince centros infantiles con una cobertura

de trescientos veinte y cuatro niños y niñas; para el 2011, año en el que se realizó la investigación el Ministerio de Inclusión Económica y Social-Chimborazo (MIES) reportó ciento treinta niños y niñas que recibían atención a través de cuatro Centros Infantiles del Buen Vivir que representaba apenas el 16,39% de la población infantil, el resto eran atendidos a través de la modalidad Creciendo con Nuestros Hijos y Educación Inicial; muchos de estos centros se cerraron por no cumplir con la normativa en cuanto a calidad (cumplimiento de estándares), cobertura (mínimo 30 y máximo 40 infantes por cada CIBV) y edad (12 meses a 36 meses).

Las condiciones socioeconómicas de las poblaciones de la Parroquia San Juan, son complejas y se han mantenido así por mucho tiempo, de los datos proporcionados por el SIISE (2008) “Las necesidades insatisfechas básicas en la Parroquia San Juan, en su gran mayoría alcanza a la población total, y la mitad de ella se encuentra en extrema pobreza”, Para el año 2016 la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES), reporta el 64,9% de la población, evidenciándose las condiciones precarias en las que viven los niños y niñas junto a sus familias y la mínima capacidad adquisitiva que tienen como para poder acceder a una alimentación balanceada, nutritiva y saludable.

En este contexto se determinó a través de esta investigación el estado nutricional de los niños que asistían a los centros infantiles de la Parroquia San Juan en el periodo 2009 – 2011, cuantificando la prevalencia de desnutrición, determinar el valor nutricional de las dietas que se les suministraba en cuanto a calidad y cantidad y establecer el porcentaje de cumplimiento de estándares de calidad alcanzado por los centros.

2. METODOLOGÍA.

En el trabajo de investigación se realizó el análisis del estado nutricional de 130 niños y niñas de seis meses a cinco años de edad en cuatro Centros Infantiles del Buen Vivir de la Parroquia San Juan en el periodo 2010 – 2011 con el propósito de correlacionar las variables encontradas y describirlas.

Los datos de información primaria se obtuvieron como resultado de la aplicación de encuestas dirigidas a los padres de familia, responsables de la alimentación, técnicos del MIES, y personal del Sub Centro de Salud de la Parroquia San Juan, que en total sumaron 152 personas.

Las fuentes de información secundaria, fueron los datos antropométricos (peso/edad, talla/edad) proporcionados por el Sub Centro de Salud, sistematizadas en fichas para controlar el crecimiento de los niños y niñas, así como las fichas que indican el cumplimiento de los estándares de calidad de los centros infantiles.

Los resultados de las encuestas fueron sujetos a un análisis de estadística descriptiva y organizada de tal manera que se pudieron obtener cuadros para realizar un análisis general comparativo entre los periodos de tiempo estudiados permitiendo observar las diferencias porcentuales en las variables estudiadas, peso/talla, peso/Edad y calidad de servicios de los centros.

Para la comprobación de las hipótesis propuestas, se ejecutaron dos pruebas de significancia de diferencia entre dos medias, utilizando el estadístico inferencial Z, la primera en relación con el indicador talla/edad y la segunda vinculada a la calidad de servicio de los centros infantiles, las dos relacionadas con el nivel de nutrición, esto para el periodo 2010– 2011.

3. RESULTADOS

3.1. Resultados sobre el Estado Nutricional

Los resultados obtenidos sobre el estado nutricional de los niños y niñas de los cuatro CIBV que formaron parte de la investigación fueron los siguientes:

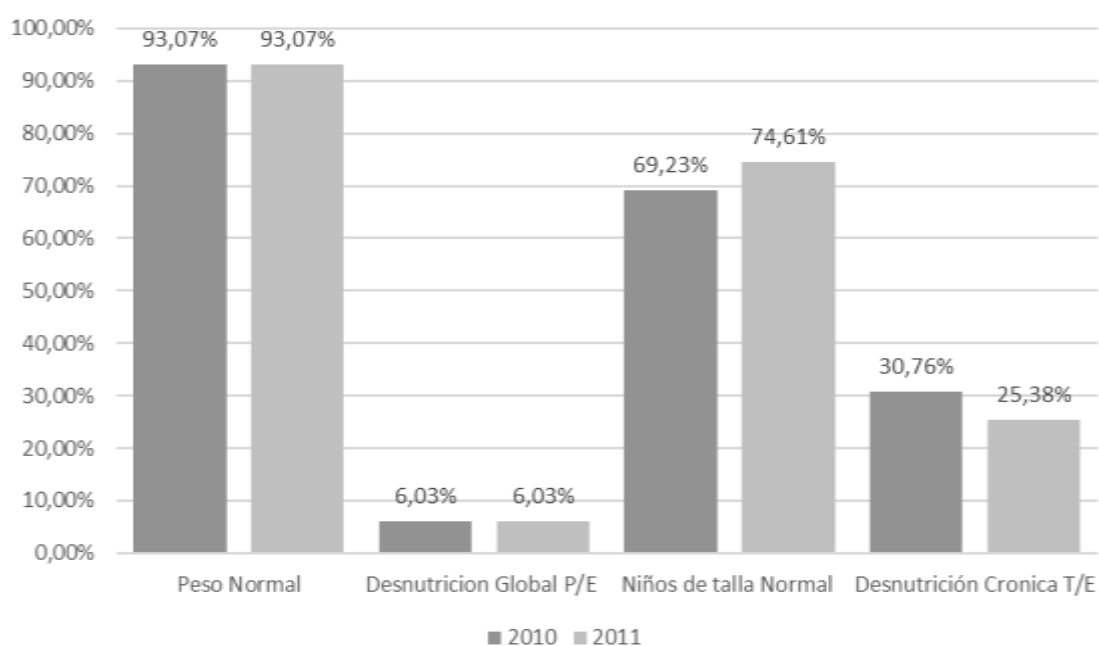


Gráfico 1. Estado Nutricional de niños y niñas periodos 2010 al 2011.

Fuente: Registro CIBV-2010-2011

En relación al estado nutricional de los 130 niños y niñas asistidos en los CIBVs de la parroquia San Juan, se puede observar que el 93,07% de niños/as presenta un peso adecuado para la edad, mientras que 6,92% se encuentra con desnutrición global en el 2010 y 2011, este problema se debe a la incidencia de enfermedades diarreicas agudas (EDAS) e infecciones respiratorias agudas (IRAS) que están relacionadas directamente con la pérdida de peso en los

infantes y que, con un adecuado tratamiento médico y nutricional se pueden recuperar favorablemente en corto tiempo.

Al analizar los datos de la talla relacionada con la edad se encontró que en el año 2010 el porcentaje de niños/as con talla normal es de 69,23% y en el 2011 74,61%, por lo que se establece que para el 2010 presentan desnutrición crónica, con respecto a este indicador el 30,76% de los niños, y para el 2011 el 25,38%, evidenciándose un decrecimiento porcentual de cinco puntos, se debe considerar que la desnutrición crónica es un escenario de morbilidad bastante complejo de recuperar y que se puede corregir de forma eficiente hasta los tres años, a partir de esa edad, es muy poco lo que se puede hacer para revertir esta situación, limitando el desarrollo potencial del infante.

3.2. Cumplimiento de estándares de calidad

Otro parámetro de medición es el cumplimiento de los estándares de calidad, instrumento que se aplica a los Centros Infantiles del Buen Vivir; en esta investigación se aplicó a las cuatro unidades de atención que se encontraban funcionando en la parroquia San Juan, para su análisis se obtuvo un promedio de los datos en los diferentes parámetros de medición:

- Área observada
- Servicios
- Participación.

Tabla 1 Cumplimiento de Estándares de Calidad

Índice de área observada	Porcentaje	Índice de servicios	Porcentaje	Índice de participación	Porcentaje
Infraestructura	63%	Salud	79%	Gestión comunitaria	40%
Equipamiento	62%	Alimentación	80%	Madres Comunitarias	61%
RR.HH	73%	Educación y estimulación temprana	80%	Institución patrocinadora	60%
Estrategias	70%				
TOTAL	67%		80%		54%

Fuente: Registro de aplicación de Estándares de Calidad-2011

El cumplimiento de los estándares garantiza la calidad de atención que reciben los niños y niñas que asisten a los centros infantiles, son parámetros medibles a base de la observación y calificación sobre 100 a los distintos parámetros establecidos en dicha herramienta.

Al analizar la tabla 1 sobre la calificación (100%) de los estándares se puede observar que en lo que se refiere a áreas observadas (infraestructura, equipamiento, recursos humanos y estrategias) cumplen con un 67%, debido a las condiciones de calidad de agua y saneamiento, en lo respecta a servicios (salud, alimentación, educación y estimulación temprana) tienen un 80% que es un nivel muy satisfactorio de cumplimiento y sobre participación (gestión

comunitaria, madres comunitarias, institución patrocinadora) el porcentaje de cumplimiento es el más bajo con un 54%, este porcentaje evidencia que no existe empoderamiento de los padres de familia y comunidad en reconocer la importancia del desarrollo infantil, no existe una correlación entre personal comunitario, padres de familia e institución patrocinadora trilogía necesaria para lograr el funcionamiento de las unidades garantizando calidad y calidez de atención.

3.3. Prueba de comprobación de Hipótesis

Se pretende demostrar que la prevalencia de desnutrición crónica de los niños y niñas que asistieron a los centros infantiles de la parroquia San Juan 2009 - 2011, está relacionada con el indicador talla/edad, para el efecto se planteó la siguiente hipótesis de investigador:

La proporción de desnutrición de los niños y niñas que asistieron a los centros infantiles de la parroquia San Juan en el año 2011 es mayor que la proporción de desnutrición de los niños y niñas que asistieron a los centros infantiles de la parroquia San Juan en el año 2010.

Para comprobación de la hipótesis se establece el siguiente modelo estadístico:

Hi: $P_1 > P_2$

Ho: $p_1 = p_2$

Nivel de significación 0.05

Criterio de decisión se rechaza Ho si $Z_c > 1,64$

Cálculo:

$$Z = \frac{p_1 - p_2}{\sqrt{\frac{p_1 q_1}{n_1} + \frac{p_2 q_2}{n_2}}}$$

2010

INDICADOR	MS	S	PS
Talla	90	34	6

2011

INDICADOR	MS	S	PS
Talla	97	29	4

Q= 1-p

P1= 0.97

P2= 0.90

q1= 0.03

q2= 0.10

$$Z = \frac{p_1 - p_2}{\sqrt{\frac{p_1 q_1}{n_1} + \frac{p_2 q_2}{n_2}}}$$

$$Z = \frac{0.97 - 0.90}{\sqrt{\frac{0.97(0.03)}{130} + \frac{0.90(0.10)}{130}}} = \frac{0.07}{\sqrt{0.09}} = \frac{0.07}{0.03}$$

Criterio de decisión:

$Z_c = 2.33$ entonces se acepta el H_0 cuando $Z_c > 1,64$, y $2.33 > 1,64$ por tanto rechazo H_0 y acepto H_1 que dice: La proporción de desnutrición de los niños y niñas que asisten a los centros infantiles de la parroquia San Juan en el año 2011 es mayor que la proporción de desnutrición de los niños y niñas que asisten a los centros infantiles de la parroquia San Juan en el año 2010.

Para la segunda hipótesis se buscó establecer si la calidad de atención de los centros infantiles incidía en el estado de nutrición de los niños y las niñas.

Con este propósito se planteó la hipótesis de investigador que proponía: El porcentaje de calidad de los centros infantiles en el año 2011 es mayor al porcentaje de calidad del centro infantil en el 2010

Se utilizó el siguiente modelo estadístico

H_1 : $p_1 > p_2$

H_0 : $p_1 = p_2$

Nivel de significación 0.05

Criterio de decisión se rechaza H_0 si $Z_c > 1,64$

$$Z = \frac{p_1 - p_2}{\sqrt{\frac{p_1 q_1}{n_1} + \frac{p_2 q_2}{n_2}}}$$

Cálculo:

2010

INDICADORES	MS
Salud	30%
Alimentación	31%
Educación y estimulación temprana	30%
PROMEDIO	30%

2011

INDICADORES	MS
Salud	79%
Alimentación	80%
Educación y estimulación temprana	80%
PROMEDIO	80%

$$Q = 1 - p$$

$$P_1 = 0.80 \quad Q_1 = 0.2$$

$$P_2 = 0.30 \quad Q_2 = 0.70$$

$$Z = \frac{p_1 - p_2}{\sqrt{\frac{p_1 q_1}{n_1} + \frac{p_2 q_2}{n_2}}}$$

$$Z = \frac{0.80 - 0.30}{\sqrt{\frac{0.80(0.2)}{4} + \frac{0.30(0.70)}{4}}}$$

$$Z = \frac{0.5}{\sqrt{0.090}} = \frac{0.50}{0.30}$$

$$Z_c = 1,66$$

Criterio de decisión:

$Z_c = 1.66$ entonces se acepta el H_0 cuando $Z_c > 1,64$, y $1.66 > 1,64$ por tanto rechazo H_0 y acepto H_1 el porcentaje de calidad de los centros infantiles en el año 2011 es mayor al porcentaje de calidad de los centros infantiles en el año 2010.

4. DISCUSIÓN

El complejo entramado social que da origen a la desnutrición infantil, está vinculado a numerosos factores que deben ser considerados al momento de establecer los lineamientos para tratar de dar solución al problema, por lo que se plantean varios puntos de vista que confirma esta posición, considerando algunos elementos socioculturales y operativos que son similares a las propuestas de nutrición que se maneja en los CIBVs.

El hambre y la desnutrición afectan a cerca de 53 millones (10%) de personas de América Latina y el Caribe. Casi 9 millones (16%) de niños menores de cinco años padecen desnutrición crónica. Los problemas de la desnutrición crónica infantil se concentran particularmente entre las poblaciones pobres, que presentan en gran medida rasgos indígenas, habitan en las zonas rurales más aisladas o en la periferia urbana, y que en su mayoría son herederos de condiciones socioeconómicas desfavorables. En estas poblaciones la prevalencia de la desnutrición supera el 70%. Las deficiencias de vitaminas y minerales (VMDs) también constituyen problemas nutricionales severos en la región, en especial las deficiencias de hierro,

zinc, yodo y vitamina A. La anemia es el problema más grave y se extiende a lo largo de toda la región, mostrando prevalencias en niños menores de 5 años de alrededor del 50%. En algunos países de Centro América y la subregión Andina existen prevalencias superiores al 80% (Programa Mundial de Alimentos (PMA), 2008).

En el mundo y en especial en los países en vías de desarrollo se han ejercido una serie de acciones para la intervención dando prioridad a la familia y su entorno, como elementos clave para el correcto desarrollo físico e intelectual de los niños, sumado a ello un aporte adecuado de nutrientes que hagan posible que el niño desarrolle su potencial genético, con el apoyo coyuntural de instituciones del Estado y Organizaciones No gubernamentales vinculadas al proceso (Ortiz Andrelucchi, Peña Quintana , Albino BenalcazaR, Mönkerberg Barros, & Serra Majen, 2006).

El Ministerio de Salud Pública de Ecuador establece parámetros de desnutrición basados en patrones de crecimiento de la OMS, en este sentido considera que un niño con desnutrición aguda se caracteriza por un peso muy bajo para la estatura, puede estar acompañado por un grado de emaciación o delgadez, este tipo de desnutrición debe detectarse, reportarse y manejarse oportunamente debido a que en un corto tiempo en niño puede pasar a un grado severo de desnutrición aguda y complicarse con enfermedades infecciosas, siendo la principal causa de fallecimientos de niños en desnutrición. Todo paciente menor a cinco años cuyo puntaje Z del indicador P/T de acuerdo a los patrones de crecimiento infantil de OMS está entre -2 y -3 DE y puede presentarse acompañado de delgadez o emaciación moderada debido a la pérdida reciente de peso, se considera desnutrido moderado, y todo paciente menor a 5 años cuyo puntaje Z del indicador P/T de acuerdo a los patrones de crecimiento infantil de OMS está por debajo de -3 DE, también puede acompañarse de edemas bilaterales, emaciación grave y otros signos clínicos como la falta de apetito, está considerado dentro de la desnutrición aguda severa. (Ministerio de Salud Pública, 2018)

El estudio del crecimiento es un buen índice del estado de salud del niño, que debe emplearse como una de las bases en la práctica de la medicina preventiva infantil. El médico debe esforzarse en controlar la evolución de este fenómeno biológico, de forma que una adecuada interpretación de sus manifestaciones pueda permitir la identificación de eventuales trastornos en la salud del niño. Las causas más frecuentes, entre las responsables de la alteración del crecimiento, son infecciosas y nutricionales, que afectan muy preferentemente a las clases sociales más desfavorecidas, mientras que son infrecuentes en la sociedad desarrollada. Esto explica, en buena parte, la diferencia estatural entre ambas poblaciones, además de evidenciar que el crecimiento, como fenómeno social, no se reduce al ambiente sanitario. (González Hermida, Vila Díaz, Guerra Cabrera, Quintero Rodríguez, Dorta Figueredo, & Pacheco, 2010)

El proyecto Acción Nutrición, 2013 -2017, a través del programa, educación nutricional para reducir la desnutrición crónica infantil en los niños menores de 5 años de las comunidades indígenas de las provincias de Chimborazo, Cotopaxi y Bolívar, establece que para dar sostenibilidad al proyecto se han determinado algunos mecanismos para el empoderamiento de la propuesta trabajando con los líderes comunitarios y las madres que se encargan del cuidado de los niños menores de 5 años, haciendo que se conviertan en los divulgadores de los hábitos de nutrición e higiénicos dentro de las comunidades.

Por otro lado, en el manejo de los CIBV se zanjó un problema que fue característico del periodo en el que se realizó la evaluación, la imposición de criterios desde la planificación central del MIES, en cambio en el programa acción Nutrición se pretende “adecuar las técnicas de aprendizaje a las necesidades y los factores socio culturales propios de las madres al igual que al nivel de escolaridad de la comunidad” (Villegas, 2017) de tal manera que exista un acercamiento más provechoso al proyecto y una vez que se termine el proceso de retiro los comuneros estén en la capacidad de transmitir los conocimientos adquiridos a toda la comunidad, apoyando de esta manera, a mediano plazo la disminución de los problemas que llevan a la desnutrición infantil. El proyecto descrito tiene aval internacional por lo que se asegura su sostenibilidad y aplicación en el tiempo.

Sin embargo de ello los niveles de desnutrición no solamente se mantienen en la provincia de Chimborazo, sino que van en aumento, así por ejemplo se consideró el estudio realizado por Muñoz Llanos (2013), en el que se reporta la evaluación del estado nutricional según indicadores de talla para la edad en niños menores de 59 meses, que expresan los niveles de desnutrición crónica, en los CIBVs del cantón Guano encontrándose un retardo moderado en la talla del 41,9%, y un retardo crónico de 17,4%, en los parámetros normales se encuentra apenas el 40,7%, lo que refleja que la desnutrición crónica es de aproximadamente el 59,3%, porcentaje muy superior al 30,76% (2010) y 25,38% del (2011) reportados para los CIBVs de la Parroquia San Juan.

Las estadísticas se basan en tres indicadores: peso para la edad, que mide la desnutrición global; talla para la edad, que refleja la desnutrición crónica, debido a que la baja estatura es producto de una carencia prolongada de nutrientes; y peso para la talla, que mide la desnutrición aguda.

Con respecto a la relación peso/talla, que resulta un muy buen indicador para medir el grado de desnutrición reciente o aguda y que se vincula al deterioro de la calidad alimenticia y la incidencia de enfermedades infecciosas diarreicas y respiratorias, Muñoz Llanos (2013), reporta una desnutrición leve de 11,6%, desnutrición moderada de 3,5% y desnutrición Crónica de 1,2%, ubicando en la curva al estado nutricional adecuado en un 83,7%, con un porcentaje

muy inferior al 97,03% reportado en la evaluación realizada en la parroquia San Juan en el 2010 y 2011.

Contrastando la información propuesta con los resultados reportados por Malo, Mejía y Vinuesa (2015), en el Informe de la Situación de la Desnutrición Crónica en niños y niñas de los servicios de desarrollo infantil integral del Ecuador, se establece la desnutrición crónica de acuerdo al área de residencia en 32% rural y 20% urbana, a nivel provincial se indica que las provincias con mayores problemas de desnutrición son Bolívar con 40%, Santa Elena con 41%, Morona Santiago y Chimborazo alcanzan al 44% cada una, este índice es preocupante, debido a los permanentes y variados esfuerzos que se realizaban para por lo menos atenuar los problemas de desnutrición.

Se asegura que estos porcentajes responden en gran medida a factores como pobreza, limitado acceso a servicios básicos y las condiciones de vivienda, además se indica en el informe mencionado que estas provincias presentan características particulares que agravan su situación, principalmente, dicen los autores, relacionadas a prácticas culturales (Malo, Mejía, & Vinuesa, 2015, p. 15), afirmación bastante temeraria y difícil de comprobar.

Pero junto a estos determinantes de carácter más económico en la desnutrición como son la pobreza y la carencia, o escasa disponibilidad, de recursos para poder acceder a los productos alimentarios, y unas situaciones de desigualdad que se observan en las dificultades de muchos grupos sociales para acceder a fuentes de agua potable, a saneado público, a disponer de una vivienda digna, a energía eléctrica e incluso a servicios sanitarios básicos, existen otros determinantes. Podríamos destacar la importancia de factores ambientales como la orografía de algunas zonas geográficas, la altitud, las dificultades de acceso, los cambios climáticos, los desastres naturales, o las diferencias entre el medio rural y el medio urbano. Existen además otros muchos tipos de factores tecnológicos, políticos, comerciales, etc., pero los que queremos destacar ahora son los de carácter más sociocultural. Ya en la Cumbre Mundial sobre Alimentación, celebrada en Roma en 2002, se reconocía que una de las principales causas del hambre y la malnutrición, aparte de la pobreza y la desigualdad social, era la ignorancia (Jiménez-Benítez, Rodríguez-Martín, & Jiménez-Rodríguez, 2010).

De acuerdo con un estudio realizado sobre los países andinos, la educación de la mujer es otro aspecto fundamental que no puede estar fuera de las políticas de fomento de la seguridad alimentaria. En estos países, los resultados son realmente ilustrativos: La incidencia de la desnutrición global es 30% a 40% inferior entre aquellos niños con madres que cursaron educación primaria frente a las madres sin educación, y es de 25% a 47% más entre los niños cuyas madres cursaron educación secundaria (Guardiola & González-Gómez, 2010).

De acuerdo a los datos reportados en el informe de la Situación de la Desnutrición Crónica en niños y niñas de los servicios de los CIVBs se señala que la alta incidencia de la desnutrición

crónica, responde a factores determinantes asociados a problemas de salud pública, se asegura, luego de casi una década que los servicios dependerán de varios elementos, incluidos aquellos que se relacionan con las condiciones del hogar y los patrones de comportamiento de los progenitores. Se asegura además que los CIBV, cuentan con los medios, infraestructura y logística suficiente como para mantener la cobertura (Malo, Mejía, & Vinueza, 2015, p. 51), coincidiendo con el resultado de la investigación que hace referencia a un porcentaje del 80% en calidad de servicio.

Los datos analizados orientan a dos interpretaciones del fenómeno de la desnutrición en los sectores rurales de la provincia de Chimborazo, por un lado, los CIBV, han sido creados para la atención de niños y niñas pertenecientes a familias que se encuentran en suma pobreza en lugares con precarios servicios básicos, haciendo posible un impacto positivo en su situación nutricional.

Sin embargo, la cobertura de los centros no es suficientemente amplia como para atender a todos los niños y niñas que se encuentran en esta situación, abriéndose cada vez más una brecha entre aquellos que tienen el privilegio de ser atendidos y aquellos que por una u otra circunstancias no pueden acceder al servicio.

5. CONCLUSIONES

La desnutrición infantil es un tema prioritario de salud en las políticas de Estado, en torno al tema se han desarrollado e implementado un gran número de estrategias, sin embargo, el problema continúa persistiendo y se lo asocian a otros factores socioeconómicos como pobreza, escaso acceso a los servicios básicos, vivienda y educación de los padres, que no permiten su erradicación.

Las políticas implementadas por el Estado Ecuatoriano en la última década relacionadas a programas de desarrollo infantil integral en salud y educación, aparentemente han incrementado los procesos para combatir la desnutrición crónica, sin embargo, los resultados del análisis realizado indican que la prevalencia de este problema se mantiene en niveles altos, sobre todo en las zonas rurales de la provincia de Chimborazo como Alausí, Guamote, Colta, Guano y Riobamba, por lo que se requiere incrementar los esfuerzos en políticas específicas para mantener y mejorar la calidad de los servicios de los CIBV, continuar con los programas de nutrición y ampliar su cobertura.

De los datos analizados se confirma la relación entre desnutrición crónica y pobreza, así como la evidencia de la vinculación de esta patología con la identificación étnica indígena, al quedar evidenciada la alta vulnerabilidad de estos niños y niñas menores de cinco años, en los

sectores rurales más deprimidos de la provincia de Chimborazo, como es el caso de la parroquia San Juan del Cantón Riobamba.

Aunque existen diferencias en los procesos metodológicos con otros estudios sobre desnutrición crónica, las fuentes de información contrastadas concuerdan en los resultados de los niveles de incidencia de la patología, pero más allá de los hallazgos realizados a través de los estudios, esta información debe ser utilizada para proponer indicadores reales de salud y nutrición y determinar las estrategias operativas que, sobrepasando los niveles burocráticos, sean de impacto en las condiciones de vida de los niños y niñas de estos sectores marginados.

Para obtener resultados positivos en programas de atención a niños y niñas en los centros infantiles, así como en los programas de información a los padres, es indispensable el adiestramiento de personal para desarrollar dichos programas, de tal forma que se tomen en cuenta los diferentes riesgos específicos que tienen las familias, dependiendo de su condición socio económica.

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) indica que “un nivel decente de vida, nutrición suficiente, atención de salud, educación, trabajo digno y protección contra las calamidades no son simplemente metas de desarrollo, son también derechos humanos, además enfatiza que la mejora de la educación y de la condición de la mujer dentro de la familia aporta más del 50% de la reducción de la malnutrición infantil” (Manrique Edwar, 2012)

Se hace imprescindible para abordar el problema de la desnutrición infantil la participación comunitaria, y una implicación de la sociedad civil en políticas públicas de nutrición y salud. Así como fomentar redes de organizaciones e instituciones (asociaciones de vecinos, organizaciones de mujeres, cabildos o municipios) saludables, que diseñen e implementen proyectos y programas de educación nutricional conjuntamente con organismos no gubernamentales, trabajando en la consecución de ambientes más saludables, programas de empleo, programas contra la desnutrición, comedores infantiles, que se enfoque la vida de una manera más colectiva.

BIBLIOGRAFÍA.

Billar, M. (2011). *Libro de Nutrición Pediátrica/requerimientos nutricionales en el niño*. Quito.

CEPAL. (2006). Modelo de análisis del impacto social y económico de la desnutrición infantil en América Latina. *Repositorio Digital*.

Freire W.B., R. M. (2011-2013). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Ecuador. ENSANUT*. Quito.

- González Hermida, A., Vila Díaz, J., Guerra Cabrera, C., Quintero Rodríguez, O., Dorta Figueredo, M., & Pacheco, J. (2010). Estado nutricional en niños escolares. Valoración clínica, antropométrica y alimentaria. *Scielo*.
- Guardiola, J., & González-Gómez, F. (2010). La influencia de la desigualdad en la desnutrición de América Latina: una perspectiva desde la economía. *Scielo*.
- INEC. (2017). *Datos estadísticos*. Recuperado el 21 de abril de 2017, de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/home/>
- Jiménez-Benítez, D., Rodríguez-Martín, A., & Jiménez-Rodríguez, R. (2010). Análisis de determinantes sociales de la desnutrición en Latinoamérica. *Scielo*.
- Malo, N., Mejía, M., & Vinuesa, B. (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.
- MANRI. (s.f.).
- Manrique Edwar, S. J. (2012). Dimensión social de la desnutrición. *Cultura Científica*.
- Martínez , R., & Palma , A. (2014). *Seguridad alimentaria y nutricional en cuatro países andinos: una propuesta de seguimiento y análisis*. Nueva York : ONU/CEPAL.
- MCDS/MIES/INFA. (2011). *Estrategia Nacional Intersectorial de Desarrollo Infantil Integral*. Quito.
- Ministerio de Salud Pública. (2018). *DESNUTRICIÓN CERO, ECUADOR, SEMANA EPIDEMIOLOGICA*. QUITO.
- MSP. (2011). *Propuesta para el fortalecimiento institucional para el area de nutrición en salud*. Quito.
- Muñoz Llanos, D. K. (2013). *Perímetro del brazo según estatura como indicador del estado nutricional en relación a indicadores de dimensiones corporales*. Centros Infantiles del Buen Vivir, cantón Guano, provincia del Chimborazo 2013. Riobamba: ESPOCH.
- Navarro, M. I. (2008). Hambre, desnutrición y anemia: una grave situación de salud pública. *Scielo*.
- Ortiz Andrelucchi, A., Peña Quintana , L., Albino BenalcazaR, a., Mönkerberg Barros, F., & Serra Majen, L. (2006). Desnutrición Infantil, salud y pobreza: Intervención desde un programa integral. *Nutrición Hospitalaria*, 21(4), 533-541.

- PDOT de la Parroquia San Juan. (2009). *Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial de la Parroquia San Juan*. Quito: SEMPLADES.
- PMA. (2013). *Módulo de Seguridad Alimentaria*. Quito.
- Programa Mundial de Alimentos (PMA). (2008). *La erradicación de la desnutrición infantil en América Latina y el Caribe: una llamada urgente a la acción*.
- Rivera, R. (20 de Noviembre de 2007). *Enfermedades prevalentes en el Ecuador*. Recuperado el 15 de Agosto de 2014, de <http://www.monografias.com/trabajos43/enfermedades-ecuador/enfermedades-ecuador2.shtml#infecc>
- Rivero, E. (12 de Enero de 2000). *Desnutrición aguda*. Recuperado el 15 de agosto de 2014, de www.nutricion.org/.../Rivero%20Antropometra%20Curso%20EPINUT-.
- SIISE. (2008). *Cobertura de Servicios Básicos*. Riobamba.
- Tuston, R. (1996). *Estudio del estado nutricional y de salud de tres comunidades de la Provincia de Chimborazo*. Ecuador.
- Uauy, R., & Aguilar Liendo, A. M. (2005). Desnutrición y las metas del milenio, un desafío para los Pediatras Bolivianos. *Scielo*.
- UNICEF. (02 de Febrero de 2013). *Glosario de terminos para Desnutrición*. Recuperado el 15 de Septiembre de 2014, de www.unicef.org/lac/glosario_malnutricion.pdf
- Villegas, P. (2017). *Alli mikushka, educación en alimentación y nutrición para la población indígena*. Quito: Acción Nutrición (Plan Toda Una Vida).
- Wigodski , J. (01 de Junio de 2011). *Metodología de la Investigación-Fuentes primarias y secundarias*. Recuperado el 01 de Octubre de 2014, de <http://metodologiaeninvestigacion.blogspot.com/2010/07/fuentes-primarias-y-secundarias.html>
- Zambrano, M. (2002). *Seguridad alimentaria*. Recuperado el 17 de 10 de 2014, de www.ecociencia.org/archivos/Seguridadalimentaria-101029.pdf