

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO**

**Colegio de Postgrados**

**ANÁLISIS DE LA INFLUENCIA DE FACTORES SOCIALES EN EL  
ESTADO NUTRICIONAL DE ESCOLARES DEL NOROCCIDENTE  
DE PICHINCHA, EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE  
ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD Y ESCUELAS PROMOTORAS  
DE SALUD.**

**DRA. PATRICIA JANETH BENAVIDES VERA**

TESIS DE GRADO PRESENTADA COMO REQUISITO PARA LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA

Quito, junio del 2011.

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO**

**Colegio de Posgrados**

**HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS**

**ANÁLISIS DE LA INFLUENCIA DE FACTORES SOCIALES EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE ESCOLARES DEL NOROCCIDENTE DE PICHINCHA, EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD Y ESCUELAS PROMOTORAS DE SALUD.**

**AUTORA: PATRICIA JANETH BENAVIDES VERA**

Benjamín Puertas, M.D. M.PH.  
Director de la Tesis  
Miembro de Comité

\_\_\_\_\_

Moreira Juan, M.D. MSc. PhD.  
Director Metodológico  
Miembro de Comité

\_\_\_\_\_

Fernando Ortega, M.D. PhD.  
Miembro de Comité

\_\_\_\_\_

Dr. Gonzalo Mantilla  
Decano Colegio de Ciencias de la Salud

\_\_\_\_\_

Dr. Benjamín Puertas. MD., MPH  
Director de la Maestría en Salud Pública

\_\_\_\_\_

Víctor Viteri B., Ph.D.  
Decano del Colegio de Postgrados

\_\_\_\_\_

Quito, junio de 2011

@ Derechos de autor

Patricia Janeth Benavides Vera

2011

### ***a. AGRADECIMIENTO***

Para la elaboración de la tesis doctoral he contado con el apoyo de varias personas, en distintos momentos de su ejecución, por lo que les agradezco infinitamente:

A la Corporación Utopía, en especial a Patricia Costales que me facilitó el espacio y el tiempo para realizarla, que ha sido mi guía, mi compañera, mi amiga.

Al Hospital Nanegalito y sus profesionales de salud, sin los cuales no hubiera sido posible el levantamiento de la información y la razón para la entrega de los resultados.

A mi familia, en especial a mi madre, quien estaría orgullosa de este nuevo título en mi vida, la que me acompaña y me da fuerzas para continuar siempre, aunque su presencia sea espiritual.

Agradezco a Angel, mi compañero de vida, quien ha sido el motor para que alcance este logro y que me ha acompañado permanentemente en la elaboración, revisión de los textos y ahora en su proceso final.

Y un agradecimiento final para Benjamin Puertas, mi director de tesis, y a Juan Moreira quienes me apoyaron técnicamente y aportaron con sus valiosos comentarios y sugerencias para elaborar la presente tesis.

## ***b. RESUMEN***

A pesar del interés del Ministerio de Salud Pública por la salud escolar y en especial, por los niveles de desnutrición de los niños y niñas del Ecuador, no se han presentado estudios de impacto que relacionen la desnutrición infantil con determinantes sociales.

**Objetivo:** Contribuir al mejoramiento del estado nutricional de los niños y niñas de primero a sexto grado de la parroquias Gualea, Pacto Nanegalito y Nanegal, del Noroccidente de Pichincha.

**Materiales y métodos:** Es un estudio descriptivo longitudinal, que incluye la población escolar de primero a sexto grado, de 42 escuelas de las parroquias de Gualea, Pacto, Nanegalito y Nanegal, durante el año escolar 2004-2005, mediante el levantamiento del formulario 009 del MSP (historia clínica del escolar y adolescente). Utilizó EPI INFO v 3.3, para el análisis univariado y bivariado, frecuencia y porcentaje. El cruce de variables utilizó Chi 2 y Riesgo Relativo, y un nivel de confiabilidad del 95%. Las variables sociales se cruzaron con el diagnóstico de malnutrición que es la variable independiente.

**Resultados:** de 2016 niños y niñas entrevistados, 19.8% presentan algún grado de desnutrición (aguda o crónica). En niñas 19,2 % y en niños 20,4 %. El 18.4% de alumnos/as que no cuentan con agua en casa (agua de tubería o cañería) presentaron desnutrición, y sin eliminación de excretas en casa 17,6%. El 19,7% de alumnos/as que no viven con su madre presentaron desnutrición. El 50% de los niños y niñas que sufrieron maltrato presentan desnutrición, y el 21% de las niñas y niños desnutridos describieron un estado de violencia intrafamiliar. Madres con nivel de *instrucción primario* tienen un 20,5% de hijos e hijas desnutridas, con nivel de *instrucción secundario* presentan un 15% de desnutrición, madres que presentan *nivel superior* de instrucción tienen un 14,3% de desnutrición, frente al 26,2% de madres sin ningún nivel de instrucción que tienen hijos e hijas con desnutrición.

**Conclusiones:** El nivel de desnutrición en los alumnos/as es elevado, y su relación con los factores sociales es indeterminada. El factor que mayormente afecta el estado nutricional de los estudiantes es el nivel de instrucción de la madre, seguido por falta de servicios básicos como eliminación de excretas y agua en el hogar.

**Palabras claves:** desnutrición, factores sociales, nivel de instrucción.

### *c. ABSTRACT*

Despite the interest of the Ministry of Public Health for the implementation of a strategy for health promotion in schools and in particular the levels of malnutrition among children of Ecuador (2,010: 25% under 5 years), there have been no impact studies relating the social determinants of child malnutrition.

**Objective:** To contribute to improve the nutritional status of children in first through sixth grade Gualea, Nanegal, Nanegalito and Pacto, parishes the Northwest of Pichincha.

**Materials and methods:** We included in this longitudinal study, the entire school population from first to sixth grade, in 42 schools in the parishes of Gualea, Pacto, Nanegal and Nanegalito during the 2004-2005 school year through the lifting of the form 009 of MSP (medical history of children and adolescent). We used Epi info, v 3.3, 2002 for tabulation and analysis univariar and Bivariate frequency and percentage for qualitative variables. The crossing of variables was made with tables and chi-square measure relative risk, with a confidence level of 95%. Social variables were crossed with the independent variable is the diagnosis of malnutrition.

**Results:** Of 2016 children interviewed, 19.8% had some degree of malnutrition (acute or chronic). Girls 19.2% and boys 20.4%. 18.4% of students who have no water at home (water pipe or tubing) are malnourished, and have no home excreta 17.6%. 19.7% of students who do not live with their mother are malnourished. 50% of children who were abused malnourished and 21% of malnourished children described a state of domestic violence. Mothers with primary education level have a 20.5% in malnourished children with secondary education level have a 15% of malnutrition, mothers with higher levels of education are 14.3% of malnutrition, compared to 26.2% of mothers without any education level who have children with malnutrition.

**Conclusions:** The level of malnutrition among pupils is high, and its relationship to social factors is undetermined. The factor that mostly affects the nutritional status of students is the level of education of the mother, followed by lack of basic services like sewage and water at home.

**Keywords:** malnutrition, social, health promotion, health promoting school, education level, primary health care.

## **d. CONTENIDO**

<i>a.</i>	<i>AGRADECIMIENTO</i> .....	iv
<i>b.</i>	<i>RESUMEN</i> .....	v
<i>c.</i>	<i>ABSTRACT</i> .....	vi
<i>d.</i>	<i>CONTENIDO</i> .....	vii
<i>d.</i>	<i>LISTA DE FIGURAS</i> .....	ix
<i>I.</i>	<i>MARCO TEÓRICO</i> .....	1
1.1.	PRESTACIÓN DE SERVICIOS .....	3
1.1.1	<i>Modelo de Atención</i> .....	3
1.1.2	<i>Atención Primaria de Salud</i> .....	9
1.1.3	<i>Atención Primaria de Salud Renovada</i> .....	12
1.2.	FACTORES SOCIALES .....	17
1.2.1	<i>Determinantes Sociales en Salud</i> .....	17
1.2.2	<i>Violencia Intrafamiliar</i> .....	20
1.2.2.1	<i>Maltrato Infantil</i> .....	21
1.2.2.2	<i>Clases de maltrato,</i> .....	22
1.2.2.3	<i>El maltrato infantil en Ecuador</i> .....	25
1.2.3	<i>Características sociales y demográficas de las familias</i> .....	26
1.2.4	<i>Alimentación adecuada...</i> .....	27
1.3.	ESTADO NUTRICIONAL.....	28
1.4.	CONTEXTO GEOGRÁFICO.....	32
1.4.1	<i>Características Generales</i> .....	33
1.4.2	<i>Población</i> .....	33
1.4.3	<i>Vivienda y servicios básicos</i> .....	34
1.4.4	<i>Salud</i> .....	35
1.4.5	<i>Educación</i> .....	36
<i>II.</i>	<i>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:</i> .....	37
<i>III.</i>	<i>JUSTIFICACIÓN</i> .....	40
<i>IV.</i>	<i>HIPÓTESIS:</i> .....	42
<i>V.</i>	<i>OBJETIVO GENERAL:</i> .....	42
5.1.	OBJETIVO ESPECÍFICO: .....	42
<i>VI.</i>	<i>MATERIALES Y MÉTODOS</i> .....	43

6.1. DISEÑO DE ESTUDIO:.....	43
6.2. TAMAÑO DE MUESTRA.....	43
6.2.1. Población en estudio:.....	43
6.2.2. Criterios de exclusión e inclusión .....	43
6.3. MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:.....	45
6.3.1. Instrumentos de investigación:.....	45
6.4. PLAN DE ANÁLISIS.....	46
VIII. DISCUSIÓN.....	54
IX. FORTALEZAS Y DEBILIDADES DEL ESTUDIO .....	62
X. CONCLUSIONES.....	63
XI. RECOMENDACIONES.....	66
XII. BIBLIOGRAFÍA:.....	69
12.1. INTERNET .....	71
12.2. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	72

#### ***d. LISTA DE FIGURAS***

**Gráfico 1.** Prevalencia de desnutrición infantil en Latinoamérica

**Gráfico 2.** Hambre y desigualdad en países Andinos

**Gráfico 3.** Principales problemas de salud encontrados en el análisis de factores sociales que influyen en el estado nutricional de escolares en el Noroccidente de Pichincha

**Gráfico 4.** Edad, en el análisis de factores sociales que influyen en el estado nutricional de escolares en el Noroccidente de Pichincha

**Cuadro # 1.** Proyección de la población DPSP – Área 18 – Nanegalito- 2001

**Cuadro # 2.** Principales causas de morbilidad – 2006 – Area # 18 – Nanegalito

**Cuadro # 3.** Causas de retraso en la estatura

**Tabla # 1.** Estudiantes según parroquias, en el análisis de factores sociales que influyen en el estado nutricional de escolares del Noroccidente de Pichincha, 2011

**Tabla # 2.** Porcentaje de casos según variables, en el análisis de factores sociales que influyen en el estado nutricional de escolares del Noroccidente de Pichincha, 2011

**Tabla # 3.** Análisis del porcentaje de alumnos/as según variables sociales, en el estudio de factores sociales que influyen en el estado nutricional de escolares del Noroccidente de Pichincha, 2011

**Tabla # 4.** Análisis de sexo y desnutrición, en el estudio de factores sociales que influyen en el estado nutricional de escolares del Noroccidente de Pichincha, 2011

**Tabla # 5.** Análisis de variable convive con madre y padre, en el estudio de factores sociales que influyen en el estado nutricional de escolares del Noroccidente de Pichincha, 2011

**Tabla # 6.** Análisis de servicios básicos y desnutrición, en el estudio de factores sociales que influyen en el estado nutricional de escolares del Noroccidente de Pichincha, 2011

**Tabla # 7.** Análisis de maltrato, violencia, alcohol/drogas y desnutrición, en el estudio de factores sociales que influyen en el estado nutricional de escolares del Noroccidente de Pichincha, 2011

**Tabla # 8.** Análisis del nivel de instrucción de la madre y desnutrición, en el estudio de factores sociales que influyen en el estado nutricional de escolares del Noroccidente de Pichincha, 2011

## ***I. MARCO TEÓRICO***

Las condiciones sociales en que vive una persona influyen en sus posibilidades de estar sana. En efecto, circunstancias como la pobreza, la inseguridad alimentaria, la exclusión y discriminación social, la mala calidad de la vivienda, las condiciones de falta de higiene en los primeros años de vida, constituyen factores determinantes de buena parte de las desigualdades que existen entre países y dentro de ellos, lo que respecta al estado de salud, enfermedades y la mortalidad de sus habitantes.<sup>i</sup>

Para mejorar la salud de las poblaciones más vulnerables y fomentar la equidad en salud se precisan estrategias de acción que tengan en cuenta esos factores sociales. El desarrollo económico y social, basado en un nuevo orden económico internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir la brecha que separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los países desarrollados. La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de vida y a alcanzar la paz mundial.<sup>ii</sup>

La atención primaria que recoge la prevención de enfermedades y la promoción de la salud comprende, cuando menos, las siguientes actividades:

- a) la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes;
- b) la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico;
- c) la asistencia materno infantil, con inclusión de la planificación de la familia;

- d) la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
- e) la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales;
- f) el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes;
- g) y el suministro de medicamentos esenciales.<sup>iii</sup>

Considerando la realidad de la salud en el país, donde se evidencian unidades de salud que no se han integrado al sistema de salud conocida como “fragmentación” y con independencia de distintas modalidades de financiamiento, afiliación y prestación de servicios (segmentación), el plan del sector salud se orienta a garantizar el derecho a la salud, la promoción de condiciones de vida saludables, fortalecer la participación ciudadana y el acceso a servicios de salud de calidad.<sup>iv</sup>

“Desde una perspectiva de ampliación de la cobertura y protección social en salud, es preciso evitar las condiciones de exclusión en la que se encuentran amplios grupos poblacionales; por lo mismo, constituye una prioridad el optimizar y fortalecer la capacidad de la oferta de servicios públicos de salud, bajo un proceso de atención gratuita, permanente, de calidad y con calidez.”

El Ministerio de Salud Pública (MSP), como ente rector de la salud en el país, se propone implementar un modelo de atención integral, integrada e intersectorial, articulando a los distintos actores sociales, mediante una activa participación ciudadana, superando con ello la tradicional forma de ver la salud como un problema biológico, individual y de exclusiva responsabilidad de este Ministerio.

Además de las limitaciones en la prestación de servicios, los problemas en el estado nutricional de escolares se ve incrementada actualmente como consecuencia de la ausencia del cuidado materno por largas jornadas de trabajo fuera de casa; ingreso económico bajo, negligencia por parte de los progenitores en el cuidado integral del niño.

Es por esto que se investigó la relación entre el maltrato infantil y la desnutrición en un estudio retrospectivo, realizado en el Servicio de Lactantes del Hospital de Niños Baca Ortiz durante el período de Septiembre a Octubre de 1997. Los resultados revelaron similares características en cuanto a situación socioeconómica y diferencias significativas en lo referente al nivel de instrucción de la madre, niño producto de embarazo no deseado, destete precoz, negligencia en el cuidado materno, tomando en cuenta el control médico, la estimulación afectiva, la higiene y la frecuencia con que son alimentados los lactantes. “Lamentablemente tanto en la familia como en la sociedad, los niños no son considerados como sujetos de derechos; razón por la cual se hace necesario realizar acciones tendientes a promover y difundir los derechos de los niños, y está en manos del equipo de salud y de otras instituciones afines el tratar de concienciar a los padres y a la población en general para lograr el bienestar de los niños”.<sup>y</sup>

## **1.1. PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

### ***1.1.1 Modelo de Atención***

Se estima que un 30% de la población (4.5 millones) no tienen acceso a servicios de salud y apenas un 20% accede a algún tipo de seguro en salud, en su mayoría al IESS. En el 2006 el número de afiliados activos al IESS era de 1'194,073, lo que representa el 24,2% de la

Población Económicamente Activa (PEA), y el 8.9% de la población total. A su vez, la población protegida, que incluye tanto a cotizantes como a pensionistas, corresponde al 29.4% de la PEA y el 10.8% de la población total.<sup>vi</sup>

Por más de quince años nuestro sistema de salud se caracterizó por ser fragmentado, es decir, un sistema de seguridad social financiado por cotizaciones de los trabajadores del sector formal, sistemas privados para la población de mayor poder adquisitivo y con intervención del sistema público y redes asistenciales para los más pobres; totalmente independientes entre sí y con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión de servicios, conocido como segmentación.

Los servicios públicos del MSP y el IESS constituyen la principal red de servicios del país; sin embargo, presentan muchas limitaciones en cuanto a modelos de gestión y dotación de recursos humanos, equipamiento e insumos. En muchos casos la infraestructura está deteriorada o no es funcional a los requerimientos de la demanda, una débil función rectora del MSP, el inadecuado modelo de atención médica basado en la curación y rehabilitación; la escasa inversión estatal en salud, y la insuficiente cobertura y la calidad en el servicio<sup>vii</sup>.

Desde el año 2000 el Consejo Nacional de Salud presenta la Reforma Estructural de la Salud en Ecuador, con el fin de lograr la equidad en la cobertura y el acceso a los servicios de salud para todos los ecuatorianos y ecuatorianas, bajo una eficiente orientación y uso de recursos financieros. Desde aquí se promueve trabajar en tres premisas básicas: un acuerdo político de la sociedad sobre prioridades en salud, aplicar un modelo de atención integral y la organización de las instituciones responsables del financiamiento y prestación de los servicios de salud.<sup>viii</sup>

La Política Nacional de Salud elaborada participativamente aporta la visión de mediano y largo plazo de las metas de cobertura y acceso a los servicios de salud, control y erradicación de enfermedades, y las estrategias programáticas, organizativas de participación y de financiamiento para su efectivo cumplimiento. Esta política se encuentra incluida en el Sistema Nacional de Salud<sup>ix</sup>, que define el nuevo modelo de atención, la organización de las instituciones para garantizar la cobertura universal en salud, la forma de gestión de recursos humanos, financieros, materiales, físicos y tecnológicos para la ejecución del plan integral de prestaciones de salud, la participación ciudadana para la fiscalización y veeduría social en la entrega de los servicios de salud.

Posterior a la Reforma Estructural de Salud, el Ministerio de Salud Pública y la Secretaría de Planificación Nacional de Desarrollo SENPLADES, trabajaron en la Transformación Sectorial de Salud del Ecuador, desde el año 2007. La SENPLADES, en el Plan Nacional de Desarrollo del 2007-2010, y en el Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013, incorpora una nueva propuesta de cambio, planteando nuevos retos orientados en la construcción de un Estado Plurinacional e Intercultural con el fin de alcanzar el Buen Vivir para los ecuatorianos y ecuatorianas.<sup>x</sup> En sus líneas se plantea orientar los recursos del sector financiero, apoyando los sectores dejados de lado como educación, salud, vialidad, investigación, trabajo, para garantizar los derechos fundamentales.

Frente a esta nueva orientación, apoyada por la Constitución del 2008 que reconoce los derechos fundamentales de los ecuatorianos y ecuatorianas, se trabaja en la transformación sectorial en salud, con un proceso de participación de todas las instituciones que trabajan en salud. El nuevo modelo del Sistema Nacional de Salud tiene como fortalezas la garantía

universal de derechos porque se considera equitativo e incluyente, en término de contribuciones a través de tributos generales y de cobertura universal. Además cuenta con el enfoque de un modelo integral que interviene en promoción y prevención con salud comunitaria al mismo tiempo de la curación y la rehabilitación. Además, el modelo permite un mayor debate sobre las asignaciones entre salud y otros sectores, y hace que el gobierno enfrente mayor rendición de cuentas.

Desde el 2007 un Modelo de Atención Integral en Salud a nivel Familiar, Comunitario e Intercultural es la orientación del Ministerio de Salud Pública en el marco de la Estrategia de Atención Primaria de Salud renovada. Para poner en marcha este modelo se contrataron Equipos Básicos de Atención en Salud (EBAS) quienes además de contar con un riguroso proceso de capacitación continua, equipamiento y herramientas de campo, deberán reconocer en su trabajo la existencia de sistemas comunitarios de salud, impulsados tradicionalmente por las propias comunidades y apoyados por organizaciones sociales y organizaciones no gubernamentales. A fines del 2007 estaban constituidos y en operación 1702 EBAS distribuidos en todas las provincias del país, habiendo atendido a más de 100.000 familias.<sup>xi</sup>

La intención de garantizar directamente el derecho a la salud de la población llega después de que el Estado propulsó la autogestión de los servicios de salud en base al cobro por atención a usuarios y usuarias, gran crecimiento de la medicina privada y seguros de salud, lo que fue debilitando el acceso a servicios de salud con calidad.

La Estrategia de Atención Primaria de Salud, constituye una herramienta valiosa para organizar el Sistema de Salud, garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud,

implementar modelos integrales y fortalecer la participación comunitaria. A pesar de su importancia, en el Ecuador se ha priorizado la inversión en atención curativa hospitalaria y de especialidad, que se concentra en las grandes ciudades.

Según los datos del Ministerio de Salud Pública, en el documento borrador del modelo de atención integral de salud familiar, comunitario e intercultural MAIS FCI, las principales causas de la exclusión social en salud, según se relacionan con los sistemas institucionales, podrían agruparse en tres conjuntos de obstáculos.<sup>xii</sup>

En primer lugar están los problemas de acceso, que pueden estar asociados a la falta de productos y servicios de carácter público (por ejemplo, agua potable, vacunas), a la ausencia de personal en los servicios de salud, o a la falta de protección contra la pérdida de ingresos como consecuencia de una enfermedad. Las barreras de acceso geográficas, económicas o culturales, pueden ser explicadas por la estructura de los sistemas de salud, es decir por la manera en la cual los sistemas de salud se hallan organizados.

El segundo obstáculo, causa de exclusión social en salud, son los problemas financieros, principalmente debido a la ausencia de suficientes mecanismos colectivos de financiamiento y a la falta de ingresos. Las familias con ingresos bajos e insuficientes no tienen capacidad de pago para obtener acceso a servicios de salud financiados mediante las deducciones de sueldos, y mucho menos mediante gastos “de bolsillo”. Dondequiera que el Estado no logre ofrecer una solución adecuada a los problemas de salud de los grupos económicamente vulnerables, estos deben recurrir al pago directo de servicios de salud, lo cual se convierte en un mecanismo de financiamiento costoso y altamente regresivo.

Por último, el tercer obstáculo es la calidad de la atención, incluida la atención intercultural. Esta limitación abarca los problemas asociados con la eficacia de los servicios ofrecidos a los grupos más vulnerables, y sobre todo, la falta de respeto a las tradiciones y culturas de grupos sociales con características étnicas específicas y particulares criterios respecto a la relación salud - enfermedad. Es decir, tenemos una sociedad en la que la mayoría de la población tiene condiciones de vida que los exponen a mayores riesgos de enfermar y morir, y a la vez menores posibilidades de protección de su salud.

De ahí que, una de las prioridades de la política de salud es ampliar la protección social en salud y garantizar el acceso a servicios de calidad con el modelo integral de atención y gestión, generando y/o fortaleciendo la capacidad resolutive, garantizando la continuidad de las prestaciones y fortaleciendo el primer nivel de atención para una mejor organización y optimización de los recursos en salud, por lo que una de las primeras acciones es fortalecer las redes de servicios, así como mejorar la articulación funcional entre los diferentes niveles de complejidad del MSP.

Considerando los mandatos de la Constitución Política del Ecuador, de la Ley del Sistema Nacional de Salud y de la Ley Orgánica de Salud, que establecen el derecho del buen vivir, así como las posibilidades del desarrollo humano y del País, el MSP estableció como una prioridad impostergable la Extensión de la Protección Social en Salud mediante la aplicación de la Atención Primaria en todos los niveles de atención.

### ***1.1.2. Atención Primaria de Salud***

La “Atención primaria de salud integral” de Alma Ata<sup>xiii</sup> se define como la “asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. Forma parte integral tanto del sistema nacional de salud como del desarrollo social y económico de la comunidad, representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia a la salud”.

La estrategia de Atención Primaria de Salud de Alma Ata define que los servicios de Salud deben ser:

- Eficaces
- Culturalmente aceptables
- Los programas deben ser planificados y gestionados cuidadosamente que guarden relación directa con los problemas locales.
- Las comunidades deben participar en el desarrollo de los servicios para fomentar la auto - responsabilidad y reducir la dependencia.
- Los servicios deben enfatizar en la promoción y prevención de la salud.

La necesidad de extender la cobertura a toda la población y de mantener un control permanente sobre su situación de salud, hace necesario regresar al clásico concepto de

regionalización de los servicios de salud, propuesto por los ingleses en los comienzos del siglo veinte, en su histórico documento conocido como Informe Dawson, que fundamentó la creación del Sistema Nacional de Salud con sus correspondientes niveles de atención y dentro del cual, el primer nivel o puerta de entrada al sistema debe ser algo muy cercano a la APS. “Porque la APS, para dar cobertura universal e integral, necesita afincarse, establecerse, localizarse, identificarse, referirse a un territorio geográfico específico”

El informe recomendaba que la ubicación de los servicios de salud debiera permitir el acceso fácil y rápido de la población. Para ello, los recursos de salud deberían establecerse de forma escalonada de acuerdo al grado de complejidad de la asistencia requerida, así como al número de habitantes a cubrir y el área geográfica donde viven.

La orientación familiar y comunitaria supone que un sistema de salud basado en la APS no descansa exclusivamente en una perspectiva individual o clínica. Por el contrario, emplea la perspectiva de la salud pública al hacer uso de la información familiar y comunitaria para identificar riesgos y decidir el orden de prioridad de las intervenciones. Se considera que la familia y la comunidad son los ejes principales de la planificación y la intervención del sistema.

Como se dice anteriormente, la atención primaria es el primer contacto de la población con el sistema de salud, constituyendo la puerta de entrada al mismo. Es así mismo, una estrategia de cómo concebir la organización de la atención en su conjunto, la prevención, el fomento de la salud y la solución de los problemas comunes deben constituir su principal línea de acción. En este nivel de atención se pueden solucionar el 80% de los problemas de

salud y requiere un nivel de complejidad técnico y material pequeño, aunque alto en los aspectos organizativo y funcional.

El primer nivel de atención se presenta con el Centro o Subcentro de Salud que constituye la unidad básica, adecuada para responder a la demanda asistencial. Gracias a la concentración de recursos, es responsable de forma integral de todas las acciones de salud en la población asignada, al igual que en los centros de trabajo, escuelas y otras unidades de producción comunitarias que se encuentren en el territorio previamente delimitado. La ubicación concreta de un Centro de Salud se basa en criterios de accesibilidad (se considera que la distancia máxima que puede cubrirse a pie en caso de necesidad es de 5km, o una hora de trayecto), recursos necesarios (materiales y humanos) y de la población que debe ser suficiente para mantenerlo.

Los Promotores de salud o agentes de salud comunitarios fueron considerados tras la declaración de Alma-Ata como elementos básicos del sistema. Son miembros activos de la comunidad, elegidos y apoyados por ésta, que conocen la lengua y costumbres locales, lo que permite pensar que en condiciones de difícil accesibilidad a los servicios de salud pueden hacer frente a los principales problemas de salud de su comunidad si adquieren una formación básica eficaz. Sin embargo, sometidos a las tensiones que se dan dentro de la propia comunidad y dadas las evidentes dificultades de seguimiento y financiación, los resultados han sido los menos deseados con los años. Su éxito parece depender de que consigan su integración real en el equipo de salud y en el sistema en general.

### ***1.1.3. Atención Primaria de Salud Renovada<sup>xiv</sup>***

En septiembre del 2005 la Organización Mundial de la Salud promueve la Atención Primaria de Salud Renovada, con el fin de declarar las nuevas orientaciones para lograr hacer efectiva la atención en salud. Esta renovación se justifica con la aparición de nuevos desafíos epidemiológicos que la APS debe asumir, la necesidad de corregir las debilidades e inconsistencias presentes en los enfoques de la APS, el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre mejores prácticas con la finalidad de incrementar la efectividad de la estrategia APS y por el reconocimiento de que la APS es una herramienta que fortalece la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud.

Además el enfoque renovado de la atención primaria en salud, va de acuerdo con los objetivos de desarrollo del milenio, los determinantes sociales en salud y alcanzar el nivel de salud más alto posible para cada persona. El mecanismo propuesto para esta renovación plantea la creación de un Sistema de Salud basados en APS que garantizan la cobertura universal y el acceso a servicios aceptables para la población y que promueven la equidad. Debe prestar un servicio de atención integral, con énfasis en la prevención y en la promoción, que garantiza el primer contacto del usuario-a con el sistema.

### ***1.1.4. Promoción de la Salud***

La Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, realizada en Ottawa, en 1986, tuvo como objetivo dar respuesta a la creciente demanda de un nuevo movimiento para la salud pública en todo el mundo, pues las condiciones de salud de muchos países a través de la promoción de la salud, era entendida como “el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud, y para que la mejoren. Para

alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y llevar a cabo unas aspiraciones, satisfacer unas necesidades y cambiar el entorno o adaptarse a él”.<sup>xv</sup>

Otro aporte de esta Carta es que identificó requisitos previos para la salud, tales como la paz, un ecosistema estable, justicia social, equidad, y recursos como la educación, alimentos e ingresos. Luego de este encuentro se desarrollaron otras conferencias sobre promoción de la salud, que aportaron cada vez más a posicionar la necesidad de instaurar modelos de atención de la salud basados en la participación comunitaria y desde una perspectiva multidisciplinaria:

Segunda Conferencia Internacional de Promoción de la Salud (Adelaide, 1988). Se definió que las políticas públicas de todos los sectores inciden en los factores determinantes de la salud, son un vehículo esencial para las acciones que reducen las inequidades sociales y económicas, por lo que todas las instituciones públicas deben contribuir para lograr la salud de todos y todas.

La Tercera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud (Sundsvall-Suecia, 1991), recalcó la importancia del desarrollo sostenible e instó a la acción social a nivel de la comunidad, siendo las personas la fuerza impulsora del desarrollo. Además identificó factores perjudiciales para la salud como: los conflictos armados, el rápido crecimiento demográfico, la alimentación inadecuada, la falta de medios de autodeterminación y el deterioro de los recursos naturales.

La Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (Yakarta-Indonesia, 1997) examinó la repercusión de la Carta de Ottawa e incorporó a nuevos actores con el fin de afrontar los retos mundiales. Fue la primera de las Conferencias que incluyó al sector privado de una manera activa.

En la Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (Bogotá-Colombia, 1992) se hizo una reflexión profunda sobre los estragos que causaban las condiciones de inequidad en la vida de las personas y en consecuencia en la salud, especialmente sobre la profunda crisis económica causada por programas de medidas de ajustes económicos y la crisis económica de la región latinoamericana: “el desafío de la Promoción de la Salud en América Latina consiste en transformar las relaciones excluyentes conciliando los intereses económicos y los propósitos sociales de bienestar para todos, así como en trabajar por la solidaridad y la equidad social, condiciones indispensables para la salud y el desarrollo”.<sup>xvi</sup>

En la actualidad, una de las conferencias más importantes para los países miembros de la ONU es la de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), los mismos que incluyen la temática de la salud desde la perspectiva integral y multidisciplinaria, que se habían trabajado en las Conferencias Internacionales sobre Promoción de la Salud, anteriormente mencionadas.

Los ocho objetivos del milenio son:

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
2. Lograr la enseñanza primaria universal.
3. Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer.
4. Reducir la mortalidad infantil.

5. Mejorar la salud materna.
6. Combatir el VIH / SIDA, el paludismo y otras enfermedades.
7. Garantizar la sostenibilidad
8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

En síntesis, este proceso histórico permite observar cómo es que funciona un sistema de causales sociales en alterar las condiciones de la salud; donde la participación comunitaria e interinstitucional juegan un rol prioritario en la construcción de estrategias para alcanzar una calidad de vida digna, la que pasa por satisfacer una serie de necesidades complementarias como la educación, la vivienda, el transporte, entre otras.

#### ***1.1.5. Escuelas Promotoras de Salud***

“Las escuelas promotoras de salud constituyen una gran estrategia de promoción de la salud en el ámbito escolar y un mecanismo articulador de esfuerzos y recursos multisectoriales, orientados al mejoramiento de las condiciones de salud y bienestar, ampliando así las oportunidades para el aprendizaje con calidad y el desarrollo humano sostenible de todos los integrantes de las comunidades educativas”<sup>xvii</sup>.

Una escuela promotora de salud:

- Implementa políticas que apoyan la dignidad y el bienestar individual y colectivo y ofrece múltiples oportunidades de crecimiento y desarrollo para niños, niñas y adolescentes, dentro del contexto de aprendizaje y desarrollo de la comunidad escolar, con la participación de docentes, estudiantes y sus familias.

- Pone en marcha estrategias que fomentan y apoyan el aprendizaje y la salud, utilizando para ello todos los medios y recursos disponibles e involucrando personal del sector salud y educación y líderes de la comunidad en el desarrollo de actividades escolares planificadas. Por ejemplo, educación para la salud con enfoque integral y formación en habilidades para la vida; fortalecimiento de factores protectores y disminución de comportamientos de riesgo; facilitación del acceso a servicios de salud, salud mental, nutrición y educación física reorientados a la promoción de la salud de escolares y jóvenes.
- Involucra a todos los miembros de la escuela y la comunidad con la participación de docentes, padres, madres, estudiantes, líderes y organizaciones no gubernamentales, en la toma de decisiones y la ejecución de las intervenciones para la promoción del aprendizaje, el fomento de estilos de vida sana y la realización de proyectos comunitarios de promoción de la salud.
- Tiene un plan de trabajo para el mejoramiento del ambiente escolar físico y psicosocial y sus alrededores, tratando de dar ejemplo mediante la creación de ambientes escolares saludables y el desarrollo de actividades que se proyecten fuera del ámbito escolar y hacia la comunidad. Por ejemplo, políticas escolares para ambientes libres de humo, drogas, abuso y cualquier forma de violencia; acceso a agua potable e instalaciones sanitarias; alimentos saludables.
- Implementa acciones para evaluar y mejorar la salud de estudiantes, comunidad educativa, familias y miembros de la comunidad en general y trabaja con los líderes de la comunidad para asegurar el acceso a servicios de salud, consejería, nutrición y de referencia, así como espacios para la actividad física y la recreación.

- Ofrece formación relevante y efectiva y material educativo a docentes y estudiantes. Contribuye al desarrollo y fortalecimiento del liderazgo y capacidades de las y los jóvenes en su etapa de crecimiento y desarrollo.
- Contribuye al desarrollo del capital social, a través de los comités locales de educación y salud en el que participan activamente las asociaciones de padres, madres, organizaciones no gubernamentales y otras organizaciones en la comunidad

## **1.2. FACTORES SOCIALES**

### ***1.2.1. Determinantes Sociales en Salud***

En marzo del 2005, se crea la Comisión de Determinantes Sociales de la salud, con el objetivo de orientar a los estados miembros de la Asamblea Mundial de la Salud y OMS, reuniendo datos probatorios sobre los determinantes sociales de la salud y sobre la forma de poner remedio a las inequidades en salud.

Por determinantes sociales de la salud se entienden los “determinantes estructurales y las condiciones de vida que son causa de buena parte de inequidades sanitarias entre los países y dentro de cada país. Se trata en particular de la distribución del poder, los ingresos y los bienes y servicios, las circunstancias que rodean la vida de las personas, tales como, su acceso a la atención sanitaria, la escolarización y educación, sus condiciones de trabajo y ocio, el estado de su vivienda y entorno físico”.<sup>xviii</sup>

La expresión determinantes sociales resume pues el conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia sobre el estado de salud. En agosto de 2008 presentan su informe final con sus principales conclusiones y recomendaciones:

- Las inequidades sanitarias entre los países y dentro de cada país son cada vez más agudas. Entre los países más ricos y los más pobres hay más de 40 años de diferencias en la esperanza de vida, por ejemplo: en el Japón o en Suecia se puede esperar vivir más de 80 años, en Brasil 72, en la India 63 y en algún país africano menos de 50 años. Además en todos los países, independientemente de sus ingresos hay grandes diferencias entre los distintos grupos de población por lo que respecta a su estado de salud. En los países de ingresos altos se observan diferencias de más de 10 años en la esperanza de vida de distintos colectivos en función de los factores de etnicidad, género, situación socioeconómica o la zona geográfica. En los países de ingresos bajos de todas las regiones, los índices de mortalidad en la niñez difieren notablemente según el nivel de ingresos de cada hogar.
- Tal situación no es una fatalidad, sino más bien, el síntoma de políticas fallidas y de inequidades en las condiciones de vida, el acceso a poder y los recursos y a la participación en la sociedad.
- Para cumplir muchos objetivos vinculados a enfermedades concretas, entre ellos los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la salud, y para controlar y eliminar a epidemias que ponen en peligro a poblaciones enteras, resulta indispensable actuar sobre los determinantes sociales. La mayoría de las afecciones prioritarias para la salud pública tienen en común una serie de determinantes

sociales básicos, entre ellos los que inciden en la exposición a riesgos, la vulnerabilidad de las enfermedades, el acceso a la atención sanitaria y las consecuencias de las afecciones sufridas. Para cumplir los ODM, reducir los niveles de inequidad sanitaria y mejorar el estado general de salud de la población es preciso combatir de forma coordinada las afecciones importantes para la salud pública, actuando dentro de sistemas robustos, basados en la atención primaria de salud.

Las principales recomendaciones son:

- Invertir en los primeros años de vida es una de las medidas que con más probabilidad permitiría reducir las desigualdades sanitarias; las experiencias vividas en la primera infancia (definida como el desarrollo del feto hasta los 8 años de edad) y durante el período de educación infantil y posterior sientan las bases sobre las que se sustentará el resto de su vida. Estudios científicos sobre la primera infancia revelan que el desarrollo cerebral es muy sensible a las influencias externas en sus primeros años de vida y sus efectos son permanentes. Una buena alimentación es fundamental y empieza en el útero materno, lo que exige que la madre se alimente correctamente. Los niños necesitan vivir en un entorno seguro, salubre, protector, acogedor, receptivos, que favorezca a su desarrollo.
- Entonces, se debe abordar de forma integrada el desarrollo en los primeros años de vida, partiendo de los programas de supervivencia infantil existentes y ampliando el alcance de las intervenciones destinadas a la primera infancia para que incluyan el desarrollo socioemocional y lingüístico – cognoscitivo.

- Invertir de forma sostenida en el desarrollo rural, combatiendo políticas de exclusión que generan pobreza rural, acaban privando de tierras a campesino y desplacen a la población de sus lugares de origen.
- Específicamente en el sector salud, preconiza la creación de sistemas que ofrezcan atención sanitaria universal, centrados en la atención primaria de salud.
- Adaptar convenientemente el sector sanitario, integrando los determinantes sociales en las funciones normativas y programáticas de los ministerios de salud y reforzando las funciones de rectoría de estos para que el gobierno en su conjunto aplique un enfoque basado en los determinantes sociales.
- Reforzar el papel fundamental del Estado en la prestación de servicios básicos esenciales para la salud, como los relativos al agua y el saneamiento, y en la reglamentación de bienes y servicios con consecuencias importantes en la salud como el tabaco, el alcohol o los alimentos.

Esta Comisión insiste bajo el informe sobre la salud en el mundo para que los sistemas sanitarios se basen en los principios de atención primaria de salud y en particular, proporcionen cobertura universal. La Comisión señala también que el hecho de abordar los determinantes sociales dentro del sector de la salud puede generar sistemas de salud más integradores, accesibles y adaptados a las comunidades desfavorecidas y a su vez, conferir mayor eficacia a la promoción de la salud.

### ***1.2.2. Violencia Intrafamiliar***

El Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud de la OMS, de fecha 3 de octubre de 2002, es el primer informe general que aborda la violencia como un problema de salud

pública en todo el mundo. En él, la OMS señala a la violencia como uno de los principales problemas de salud pública de nuestro tiempo y destaca la importancia que adquieren los distintos tipos de violencia familiar, habitualmente relegada a segundo plano.<sup>xix</sup>

La expresión "violencia familiar" alude a todas las formas de abuso dadas en las relaciones entre los miembros de una familia. La relación de abuso se refiere a un desequilibrio de poder y esto incluye conductas de una de las partes que, por acción u omisión, ocasionan daño físico o psicológico a otro miembro de la relación. Entre las distintas formas de violencia familiar, el maltrato infantil es una de las más importantes.

#### ***1.2.2.1 Maltrato Infantil***

La definición se ha modificado y enriquecido con las aportaciones de los investigadores que se han abocado al tema, a partir de la primera emitida por Kempe en 1962, quien originalmente define el Maltrato Infantil como el "uso de la fuerza física no accidental, dirigida a herir o lesionar a un niño, por parte de sus padres o parientes". Posteriormente se incluyen la negligencia y los aspectos psicológicos como partes del maltrato infantil. Para Wolfe es "la presencia de una lesión no accidental, resultado de actos de perpetración (agresión física) o de omisión (falta de atención por parte de quienes están a cargo del niño y que requiere de atención médica o intervención legal)".<sup>xx</sup>

La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) propone la siguiente definición: "Todo acto u omisión encaminado a hacer daño aun sin esta intención pero que perjudique el desarrollo normal del menor". El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) define a los niños maltratados como: "Los menores de edad que enfrentan y

sufren ocasional o habitualmente, violencia física, emocional o ambas, ejecutadas por actos de acción u omisión, pero siempre en forma intencional, no accidental, por padres, tutores, custodios o personas responsables de ellos".<sup>xxi</sup>

Para la OMS “el abuso o maltrato de menores abarca toda forma de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo, de la que resulte un daño real o potencial para su salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño o niña en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”.

#### **1.2.2.2. Clases de maltrato<sup>xxii xxiii</sup>**

**a. Maltrato psicológico o emocional:** ocasiona perturbación emocional, alteración psicológica o disminución de la autoestima en el menor agredido. Incluye las amenazas de causar un daño en su persona o bienes o en los de sus progenitores, u otros parientes o personas encargadas de su cuidado. Es el daño que de manera intencional se hace contra las actitudes y habilidades de un/a niño/a, afectando su autoestima, su capacidad de relacionarse, expresarse y sentir, deteriorando su personalidad, socialización y desarrollo emocional.

Es el tipo de maltrato más difícil de definir y detectar, ya que las secuelas en la conducta y en el aspecto psicológico del maltratado/da no son específicas. La intencionalidad también es difícil de demostrar, dadas la ambigüedad de las situaciones, las creencias y la confusión por parte de los adultos al justificar su comportamiento ante la rebeldía o desobediencia del menor.

**b. Maltrato físico:** es toda forma de agresión no accidental infringida al menor por el uso de la fuerza física, produciendo lesiones severas (quemaduras, hematomas, fracturas, envenenamientos u otros que pueden causar la muerte) o traumas físicos menores (provocados por palmadas, sacudidas, pellizcos o similares que no constituyen un riesgo sustancial para la vida). Los traumatismos craneales, quemaduras extensas y traumas viscerales son la causa más frecuente de muerte por maltrato. Las lesiones físicas provocadas tienen características diferentes en localización, forma y color que las producidas de forma fortuita. Las personas que atienden niños (trabajadoras sociales, maestros, cuidadores) deben estar familiarizadas con la detección de lesiones no casuales.

El castigo físico es utilizado por muchos padres como método disciplinario, pero su uso regular se considera maltrato pues afecta al desarrollo, dignidad y autoestima. Algunos autores describen como parte del maltrato físico el síndrome de Munchausen, raro en niños, pero muy grave, ya que puede poner en peligro la vida del menor. Uno de los progenitores o cuidadores, casi siempre la madre, simula una enfermedad en el niño/a, elaborando síntomas y signos mediante intoxicaciones deliberadas. El menor es llevado continuamente al médico y sometido a múltiples procedimientos, mientras el adulto acompañante niega la etiología del problema; la sintomatología cesa cuando el niño/a es separado del adulto sospechoso.<sup>xxiv</sup>

**c. Abuso sexual:** Este problema, existente en todas las épocas y culturas, hasta hoy se niega u oculta para evitar el escándalo social, ya que en su mayor parte ocurre dentro del ámbito familiar. Puede ser físico (exhibicionismo, tocamientos, manipulación, corrupción, sexo anal, vaginal u oral), explotación sexual, prostitución, turismo sexual con menores y

pornografía infantil. En la mayoría no hay actos físicamente violentos, ya que el agresor usa promesas o amenazas para someter a la víctima.

El abuso sexual se debe distinguir de las actividades sexuales normales (juegos sexuales o exploratorios, masturbación, caricias o tocamientos genitales) entre niños/as que se encuentran en el mismo estadio de desarrollo madurativo. El abuso sexual se produce cuando estas actividades tienen como finalidad la satisfacción de las necesidades del agresor y ocurren entre un niño/a y un adulto/a o adolescente, que por su edad o desarrollo tiene con el menor una relación de responsabilidad, confianza o poder.

Los niños son las víctimas perfectas para el abuso sexual, pues se les enseña a respetar y obedecer a sus padres y superiores y son fácilmente influenciables por su curiosidad y por la confianza que tienen en quienes los cuidan. Todos los niños necesitan afecto; mientras más necesitados están, más fácil es victimizarlos, por lo que los discapacitados físicos, psíquicos y emocionales son más vulnerables. El abuso sexual es más frecuente en niñas que en niños, entre los 8 y 12 años (aproximadamente la mitad de las víctimas tiene esa edad). En 90% de los casos el agresor es un varón; 50-90% de agresores tiene menos de 18 años. El 65% de quienes abusan son familiares o conocidos de la víctima.<sup>xxv</sup>

**d. Explotación:** es la utilización de menores en trabajos u actividades en beneficio de otros, que van en detrimento de la salud física y mental del menor, de su educación o de su desarrollo espiritual, moral o socio-económico.

*e. Maltrato institucional:* es el cometido por un servidor de una institución pública o privada, como resultado de la aplicación del reglamento, prácticas administrativas o pedagógicas aceptadas expresa o tácitamente por la institución, conocido por sus autoridades, quienes no han adoptado medidas para prevenirlo, hacerlo cesar, remediarlo y sancionarlo de manera inmediata. Incluye cualquier abuso en detrimento de la salud, seguridad, estado emocional o físico que viole los derechos del niño/a por parte de una institución o un funcionario dependiente, como la burocracia excesiva, la falta de agilidad en la toma de medidas, carencia de equipamiento, y exploraciones médicas innecesarias o repetidas.

### *1.2.2.3. El maltrato infantil en Ecuador<sup>xxvi</sup>*

De la población del Ecuador (alrededor de 13 millones), un 33% tiene menos de 15 años. En Quito y Guayaquil, 27 % de la población entre 0 y 10 años son castigados al menos una vez por semana, y uno de cada tres es víctima de abuso sexual. 150 mil niños/as viven sin sus progenitores, bajo el cuidado de abuelos/as, tíos/as, hermanos o amigos de la familia, por la migración de más de 1 millón de personas entre 1999 y 2001.

Las instituciones inscritas en el Ministerio de Bienestar Social reportan: 2.561 menores atendidos en instituciones de Acogimiento Institucional (hasta diciembre 2004) y 471 niños/as viviendo con sus padres privados de la libertad, cifra en aumento (en 2003).<sup>xxvii</sup>

El 35.9% de mujeres vivió maltratos físicos cuando tuvo menos de 15 años, y un 39.6 por ciento fue testigo de violencia psicológica. Las tasas más altas de violencia se encuentran entre mujeres indígenas y de baja escolaridad. Los causantes del maltrato físico y/o

psicológico fueron en su mayoría las madres, padres, hermanos o hermanas. En un 7% de mujeres violadas, la primera vez ocurrió cuando tenía menos de diez años. La mayoría de agresores sexuales fueron personas conocidas por la víctima: 86% en violación y 81% en abuso sexual.

Aunque en Ecuador el maltrato físico es reconocido como forma de castigo, es aceptado en el 60% de familias con niños menores de 5 años, lo que no ha cambiado en los 4 últimos años en Pichincha.<sup>xxviii</sup> En la DINAPEN de Pichincha (enero-septiembre del 2006) se registraron 283 denuncias y en la Procuraduría 782, correspondientes a 304 niños/as desaparecidos, 67 abandonados, 36 maltratados y 187 recuperados. La Fiscalía reporta (2005) que de 117 víctimas atendidas por el Programa de protección para víctimas y testigos 16 fueron niños (14%) y 13 niñas (11%). 14 personas fueron reportadas por trata infantil (término que engloba la venta de niños y adolescentes para lucro pornográfico, prostitución y esclavitud).

### ***1.2.3. Características sociales y demográficas de las familias***

El 65% de menores de 6 años vive en hogares con ingresos menores a 2 USD/persona/día y el 36% en hogares con ingresos inferiores a 1 USD/día/ persona: 1 millón 24 mil menores pertenecen a familias con ingresos en límites de pobreza y de ellos 564.500 a familias en extrema pobreza. Se encontró relación entre la variable nivel educativo del padre con el estado nutricional ya que a mayor tendencia a la normalidad y a medida que existe un nivel educativo inferior se presenta una mayor alteración en el estado nutricional actual o crónico para ambos grupos de edad.<sup>xxix</sup>

Con relación a la presencia de hermanos menores de 5 años o escolares en la familia, se encontró que cuando hay presencia de estos dos grupos de edad simultáneamente en la familia, existe un mayor riesgo de retraso en el crecimiento acompañado de déficit de peso, lo cual podría relacionarse a que cuando hay menores en el hogar los cuidados y la alimentación se centra en ellos, dejando a un lado el bienestar de los escolares y cuando hay más escolares en el hogar no se alcanzan a cubrir los requerimientos nutricionales óptimos para un adecuado crecimiento y desarrollo de los mismos.

#### ***1.2.4. Alimentación adecuada***

El desarrollo y crecimiento de los niños puede verse afectado negativamente por varios factores, entre los que se incluyen una alimentación inadecuada. Un desbalance ponderal precoz, puede ser indicio de un deterioro de la salud general del niño, pudiendo manifestarse inclusive en la adultez.<sup>xxx</sup>

Entre los menores de 6 años, 8 de cada 10 viven en la pobreza y tienen riesgo de desnutrición, mientras 1 de cada 10 es desnutrido y vive en pobreza extrema. La Sierra está más afectada, así como la población indígena y rural.<sup>xxxii</sup> La desnutrición crónica en provincias de la Sierra va en aumento en relación al promedio nacional de hace 20 años. 346 mil menores siguen desnutridos, en especial en Chimborazo (44%). Estos menores pertenecen a grupos vulnerables, con poco acceso a agua potable y saneamiento (27% de familias tiene agua potable y 24% alcantarillado en el área rural), ancestralmente pobres y con bajo nivel educativo (3 de cada 10 no acceden a educación preescolar). La desnutrición

disminuye en 30 a 40 % cuando la madre terminó la primaria. Datos del INEC revelan que la talla baja para la edad (señal de desnutrición sostenida en el tiempo) bajó de 27% al 21% en el 2003.

La ENDEMAIN-2004 reporta que las mujeres que viven en áreas rurales, sin educación formal, indígenas y del quintil económico más pobre, tienen en promedio 4 o más hijos, mientras que el promedio de las de zonas urbanas es 3 hijos y el de las que aprobaron un año de instrucción superior o pertenecen al quintil económico de mayores ingresos es de 2 hijos. El Programa Nuestros Niños (PNN) del INFA encontró que los menores pobres tienen serios retrasos motores, verbales y sociales. Cerca de la mitad tiene retraso en motricidad (en especial fina) y lenguaje. 3 de cada 4 no ha logrado el desarrollo adecuado. 26 niños/as mueren por cada 1000 (ENDEMAIN-2004). El 67% que muere antes de cumplir 5 años lo hace en el primer año de vida y el 35% antes de cumplir un mes. La zona de mayor riesgo es la Sierra, seguida por la Amazonia. El mayor riesgo de morir durante el primer año se ubica en áreas rurales, 32 por mil nacidos vivos (n.v), en hijos de indígenas (41 por mil n.v.) y analfabetas (48 por mil n.v.). Los hijos de estas últimas tienen hasta tres veces más probabilidades de morir que los hijos de madres con estudios secundarios o superiores.<sup>xxxii</sup>

### **1.3. ESTADO NUTRICIONAL**

El crecimiento y desarrollo del niño se caracteriza por una secuencia ordenada de eventos cronológicos, de numerosos detalles en su expresión física y cognoscitiva, y por la gran variabilidad de resultados en cuanto a la capacidad física y funcional del individuo.

Asimismo, se relaciona con la interacción de múltiples factores biopsicosociales y nutricionales que condicionan el crecimiento y el desarrollo y determinan la óptima realización del potencial genético de cada ser humano.

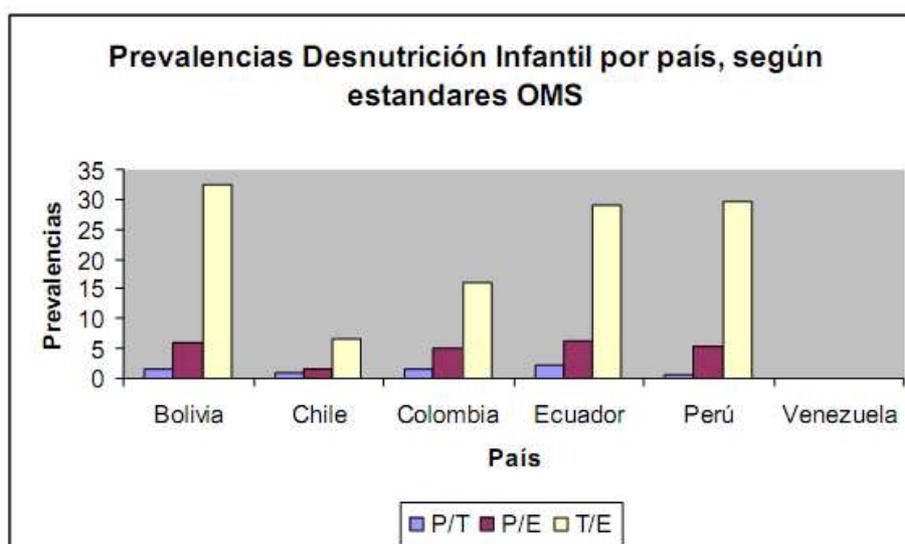
El estado nutricional de los niños se determina a través de la antropometría, según los indicadores de talla y peso para la edad, comparándose con el patrón establecido como población de referencia por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) y la Organización Mundial de la Salud. Para determinar desnutrición crónica, se usa como punto de corte el indicador talla para la edad por debajo de 2 desvíos estándar.

Casi todos los estudios de nutrición realizados en niños de edad escolar, se basan fundamentalmente en la apreciación del crecimiento corporal, mediante mediciones antropométricas (por lo general peso y talla), que al ser comparadas con curvas estándar o poblaciones de referencia, permiten establecer con bastante aproximación si existe un crecimiento físico normal, o por el contrario, un retardo o una aceleración en la velocidad del crecimiento.<sup>xxxiii</sup> Por esta razón, y en un intento de aproximar la revisión de estas complejas interrelaciones, se puede asumir que la función cognoscitiva del escolar está influida por su estado nutricional previo y el ambiente psicosocial que enmarcan su crecimiento y desarrollo. Y que por tanto, todas las acciones del estado y la sociedad para mejorar la nutrición de madres y niños, redundarán posteriormente en la salud y el comportamiento del niño en la escuela. El crecimiento estatural del ser humano depende de factores genéticos y ambientales. Si la información genética es adecuada y el medio ambiente propicio se daría las condiciones óptimas para obtener un crecimiento y desarrollo de acuerdo al potencial genético familiar.<sup>xxxiv</sup>

El medio ambiente es propicio cuando aporta una nutrición adecuada en cantidad y calidad y una estimulación psicosensorial y afectiva apropiadas. El potencial genético de crecimiento se expresa totalmente cuando además existe un buen estado de salud y una actividad física normal.<sup>xxxv</sup>

Un estudio realizado por de Onís y Blössner en prescolares<sup>xxxvi</sup> informó que el crecimiento del escolar es relativamente lento, se requiere un intervalo más largo para demostrar un incremento significativo y mensurable en las mediciones antropométricas. En general, entre los 5 y 10 años de edad el peso aumenta en 10% y la estatura en 5 cm anualmente. Las prevalencias de desnutrición en 6 países latinoamericanos se muestran en el gráfico 4. Es notoriamente diferente la situación de Chile con prevalencias de baja significación, comparado con los otros cinco países.

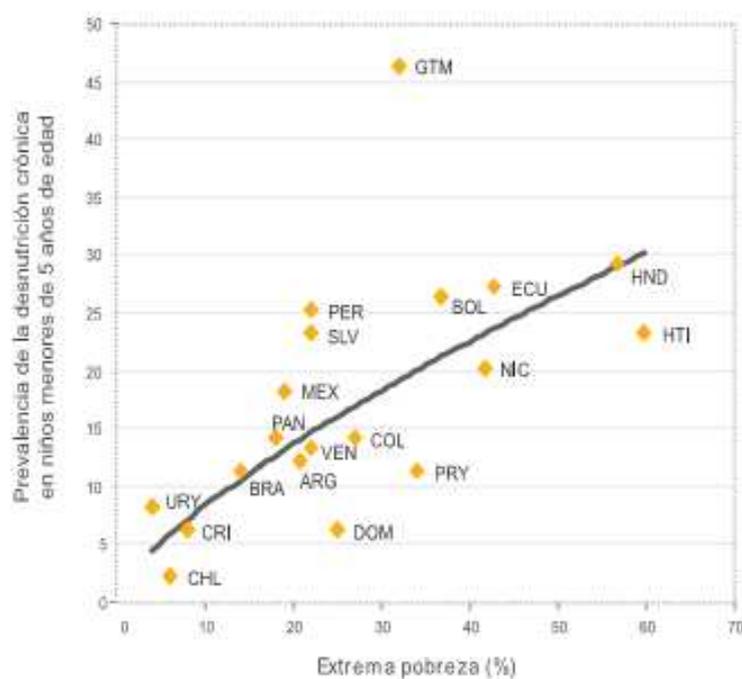
**Gráfico N° 1. Prevalencia de Desnutrición Infantil en Latinoamérica.**



Fuente: CONAN, Desnutrición CERO, Bolivia. P/T: Prevalencia de Desnutrición Aguda, P/E: prevalencia desnutrición global, T/E: Prevalencia desnutrición crónica

Para Rodrigo Martínez y Andrés Fernández, Sociólogos de la división de Desarrollo Social de la CEPAL, en el estudio sobre desnutrición infantil en América Latina y el Caribe indican que en la región, la desnutrición crónica afecta a 8,8 millones de niños menores de 5 años (16%) y refleja la acumulación de consecuencias de la falta de una alimentación y nutrición adecuadas durante los años más críticos del desarrollo de los niños, que va desde la etapa intrauterina hasta los 3 primeros años.<sup>xxxvii</sup>

**Gráfico #2. Hambre y desigualdad en países Andinos**



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Programa Mundial de Alimentos (PMA) (2005): Hambre y desigualdad en los países andinos, la desnutrición y la vulnerabilidad alimentaria en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú.

Además se analizan dos factores fundamentales que pueden ser la causa de tal diagnóstico en otras edades:

a) *Factores medioambientales*: La información disponible permite sostener que aproximadamente la mitad de los problemas nutricionales ocurren en hogares de zonas rurales localizados en ambientes muy expuestos a riesgos ambientales. Por otra parte, el hogar en que habitan niños y niñas desnutridos frecuentemente no dispone de instalaciones adecuadas de agua potable y saneamiento básico, lo que incrementa el riesgo de contraer enfermedades infecciosas, principalmente diarreas y parásitos, creándose un círculo vicioso en que el elemento ambiental es un agente activo en el desarrollo de la desnutrición. En el caso de los países andinos, por ejemplo, la prevalencia de desnutrición global en hogares con agua proveniente de fuentes inseguras (río, lago o pozo) duplica la de aquellos que tienen acceso a "agua de cañería": 11% a 15% entre los primeros y 6% entre los segundos.

## **1.4. CONTEXTO GEOGRÁFICO**

### ***1.4.1. Características Generales***

Las parroquias Pacto, Nanegal, Nanegalito y Gualea son la puerta de entrada al Noroccidente de la provincia de Pichincha, parte de las 23 parroquias rurales del Distrito Metropolitano de Quito, a una hora y 30 minutos de Quito urbano, la zona constituye uno de los espacios territoriales de gran riqueza y diversidad natural y social del país, es considerada como un área que debe ser declarada como de protección ecológica y patrimonio cultural.

El área de salud No. 18, está ubicada en las estribaciones de la cordillera occidental al Noroccidente de Pichincha, lo cubre un bosque húmedo subtropical. Su altura promedio es de 1.500 mts sobre el nivel del mar, la temperatura oscila entre 15 a 20 grados centígrados. Sin embargo de su riqueza natural, social, cultural de la zona, al igual que otras zonas rurales del país su desarrollo no ha constituido un interés del Estado, ni ha habido una preocupación por preservar los recursos naturales y por el bienestar de su gente. La ausencia de políticas de desarrollo económico y social, de alternativas productivas que permita mejores condiciones de vida de para la población, está incidiendo en un acelerado proceso de deterioro de los recursos naturales, mediante la explotación de la madera, el gran uso de la tierra para la producción ganadera y más recientemente para el monocultivo.<sup>xxxviii</sup>

Su población ha estado sujeta a condiciones de marginación lo que se expresa en la carencia de servicios básicos, porcentajes altos de pobreza, limitado acceso a servicios educativos, de salud y protección social. Estas condiciones, al igual que en otras partes del país, han determinado procesos migratorios importantes, hacia la capital Quito y a otros países, principalmente España e Italia.

#### ***1.4.2. Población***

En los últimos años la población ha disminuido por la migración, el fin de semana aumenta considerablemente puesto que mucha gente estudia y trabaja en Quito, regresa a sus comunidades de origen, y también por la afluencia de turistas de la ciudad. La estructura poblacional da cuenta de su peso importante de la población infantil y joven.

#### **Cuadro # 1. Proyección DPSP – Área # 18. Censo 2001**

Población según grupos etareos 2006	
12 a 23 meses	304
Menores de 1 año	293
1 – 4 años	1239
5 – 14 años	3148
15 – 49 años	7284
50 y mas	1288
Total	13.254
Mujeres en edad fértil	2457
Embarazadas	367

Fuente: Plan de salud del Noroccidente de Pichincha. MSP, Área de salud # 18 - Nanegalito

### ***1.4.3. Vivienda y servicios básicos***

La dotación de servicios básicos es insuficiente, se concentra en los centros poblados. En cuanto a la red vial, Nanegalito cuenta con una carretera de primer orden y los barrios más alejados con carreteras de tercer orden. En los últimos años se han implementado servicios básicos como agua entubada de la red pública en las cabeceras parroquiales, sistema de eliminación de excretas, sin embargo los barrios más alejados no cuentan con estos servicios.

El único servicio que llega a la mayor parte de toda la población es la de la red eléctrica, sin embargo un 20 % de las viviendas no tiene luz eléctrica. Las viviendas son de bloque de cemento y techo de zinc, predominantemente. De acuerdo a datos del INEC, hay un 21% de hacinamiento<sup>xxxix</sup>. La recolección de basura está a cargo del Municipio de Quito, que lo hace una vez a la semana, y en las cabeceras cantonales.

#### **1.4.4. Salud<sup>xl</sup>**

El sector cuenta con un hospital para 15 camas en Nanegalito, cuatro subcentros en Nanegal, Pacto, Gualea y Sahuangal y dos puestos de salud en Bellavista y las Tolas. Estos servicios conforman el Area # 18 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Cada subcentro de salud cuenta con un médico/a rural, un/a obstetriz, un odontólogo, una enfermera y una auxiliar de enfermería, un inspector sanitario. El Hospital, que es categorizado como hospital Cantonal, cuenta con las 4 especialidades: Medicina General, Cirugía, Pediatría y Ginecología. Es la Jefatura de Área y desde donde se enmarcan las políticas y planificación en salud de la zona.

Los principales problemas de salud se relacionan con diferentes causas que van desde las carencias en cuanto a servicios básicos, las condiciones de pobreza, y el acceso a servicios de salud, encontrando en su perfil epidemiológico parasitosis, infecciones respiratorias y desnutrición. Los problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva como complicaciones del embarazo y parto, así como los embarazos tempranos son muy frecuentes.

La violencia intrafamiliar también es frecuente.

**Cuadro # 2. Principales causas de morbilidad – 2006 – Area 18 – Nanegalito**

Principales causas de consulta 2006		
	Casos	Porcentaje
Parasitosis	5020	27,23

I.R.A.	3180	17,25
I.V.U	1510	8,19
Desnutrición y anemia	1204	6,53
E.D.A	850	4,61
I.T.S	824	4,47
Dorsalgia	540	2,93
Gastritis	372	2,02
IVU en embarazo	274	1,49
Piodermitis	225	1,22
Las demás	4436	24,06
TOTAL	18.435	100,00

Fuente: MSP. Hospital de Nanegalito. 2006

#### ***1.4.5. Educación***

En las parroquias de Nanegalito, Nanegal, Pacto y Guales, existen 45 escuelas primarias, tres colegios secundarios, todos ellos públicos y un colegio privado. El 40% de las escuelas primarias son uni-docentes. Los servicios educativos tienen muchas limitaciones en cuanto a infraestructura, equipamiento, material didáctico y asistencia en salud.

Según datos del SIISE, el índice de analfabetismo es de 11,7% con un mayor predominio en mujeres. El analfabetismo funcional sube al 30,1%.

## ***II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:***

Incorporar la salud como elemento de la protección social y del buen vivir exige superar el concepto de salud restringido al hecho de no estar enfermo y más bien ubicarlo como parte del bienestar. Comprender que la salud es consecuencia de las condiciones y calidad de vida de la población, de una serie de determinaciones económicas, sociales, culturales que en última instancia definen la posibilidad o potencialidad de estar sano o enfermo. Por lo tanto, para mejorar la salud es necesario incidir ampliamente en las políticas, estrategias y metas sociales.

Un Sistema Nacional de Salud considera al Modelo de Atención Integral en Salud basada en la Atención Primaria (APS) como la estrategia de viabilización de la Política Nacional para romper las barreras que producen inequidades llegando a un verdadero estado de derecho con el fin de mejorar la calidad de vida que permitirá el crecimiento económico y desarrollo social.

El estado nutricional de los niños y niñas en edad escolar, es medible a través de los indicadores de crecimiento y desarrollo, puestos en práctica por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador y avalados por la Organización Mundial de la Salud. Las personas que trabajan en el primer nivel de atención son conscientes que estos indicadores son representativos del estado nutricional del escolar, que son métodos sencillos y que expresan claramente la etapa de crecimiento en que se encuentran. Esto nos ayuda a tener presente que un niño deja de crecer meses antes de presentar signos manifiestos de desnutrición.



ERROR: syntaxerror  
OFFENDING COMMAND: --nostringval--

STACK:

82  
9326  
3