

Universidad Andina Simón Bolívar

Sede Ecuador

Área de Salud

Maestría en Epidemiología y Salud Colectiva

**Nutrición en niños y niñas afrodescendientes de Colón Eloy del María,
provincia de Esmeraldas**

Un enfoque desde la epidemiología crítica

Andrea Estefanía Pineda Caicedo

Tutora: Silvia Catalina López Chávez

Quito, 2020



Cláusula de cesión de derechos de publicación

Yo, Andrea Estefanía Pineda Caicedo, autor de la tesis intitulada “Nutrición en niños y niñas afrodescendientes de Colón Eloy del María, provincia de Esmeraldas. Un enfoque desde la epidemiología crítica”, mediante el presente documento dejo constancia de que la obra es de mi exclusiva autoría y producción, que la he elaborado para cumplir con uno de los requisitos previos para la obtención del título de Magister en Epidemiología y salud colectiva en la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

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

12 de Marzo del 2020

Firma _____

Resumen

En el Ecuador el perfil epidemiológico ha experimentado una transición, debido a que en la actualidad las principales causas de morbi-mortalidad se relacionan con enfermedades crónicas degenerativas, transmisibles, lesiones accidentales e intencionales, trastornos mentales y los vinculados a deterioro ambiental, reportadas por el sistema de salud. Uno de los procesos destructivos en la nutrición de las familias en la provincia de Esmeraldas está directamente relacionada con los patrones de consumo, que hace años estaban relacionados con el consumo de alimentos del medio y resultado de la producción, pero con la globalización y avance tecnológico se introducen nuevos productos para el consumo, que se promocionan a través de campañas publicitarias, mensajes subliminares e información de doble entrada, fomentando el consumismo.

Para el desarrollo de la investigación se empleó un estudio descriptivo y transversal de familias con niños y niñas afrodescendientes menores de 5 años, residentes en la Parroquia Colón Eloy del María, localidad del cantón Eloy Alfaro, con un enfoque de epidemiología crítica, que permitió identificar procesos protectores y destructivos relacionados con la problemática identificada.

Los resultados muestran que existen procesos destructivos como: la contaminación del río, la falta de inversión pública en educación, debilidades en los mecanismos de producción o fuentes de ingresos sostenibles, sustentables y amigables con el ambiente, presencia de empresas de extracción minera y palmicultoras, impacto por el uso de agroquímicos para controlar plagas en monocultivos. Estos procesos destructivos inciden en la malnutrición de la población en estudio.

Además, los modos de vida de las familias relacionados con los patrones de consumo como: accesibilidad a alimentos de fácil conservación, limitado acceso a productos del mar, cambios en las prácticas de preparación; causando deficiencias en el aporte de nutrientes al desplazar los alimentos del medio, acciones del consumismo indiscriminado.

Palabras claves: nutrición, epidemiología crítica, determinación social

En honor a los niños y niñas de Colón Eloy del María por enseñarme a través de su ingenuidad, que una sonrisa en un momento agobiante permite seguir luchando para alcanzar nuestros sueños y para buscar el bienestar de una comunidad.

A Mónica Caicedo Yela, Ángel Pineda Caicedo, Carolina Pineda Caicedo, Andrés Pineda Caicedo y Vicenta Yela Mina, por darme palabras de aliento y por educarme con valores que me han fortalecido no solo profesional sino como ser humano. Esta tesis es fruto del amor, esfuerzo y sacrificio compartido.

A mi ángel, Kevin Fernando Huiracocha Caicedo, porque su inesperada partida no solo dejará un vacío inmenso en nuestra familia, sino que será la muestra de que, en la vida, no hay nada más valioso que la familia.

Agradecimientos

A Dios por darme la fortaleza para superar cada una de las adversidades que se presentaron este largo proceso. No sería nadie sin las bendiciones que aporta a mi vida cada día.

A la Universidad Andina Simón Bolívar, por convertirse en un segundo, no solo por ser un espacio físico confortable y acogedor, sino por cada una de las personas que conforman esta noble institución, donde se evidencia no solo la responsabilidad laboral sino el compromiso y amor al desempeñar sus actividades. El esfuerzo se refleja en la excelencia académica que ofertan y en la calidez en el trato, que hace que seamos parte de cada noble convicción y valor depositado en su misión.

A mis maestros, porque con su amplia experiencia lograron captar nuestra atención y motivar los caminos profesionales al verlos como ejemplo de superación, por compartir sus sentimientos y miedos que nos demostraron que existía empatía más que el desempeño en sus acciones académicas.

A mi tutora, la Dra. Catalina López Chávez, quien desde el primer momento asumió el compromiso de guiar el presente estudio; ella permitió a través de su motivación la ejecución y culminación de mi trabajo de titulación.

A María de Lourdes Larrea, Ylonka Tillería, Fernanda Soliz y Mauricio Muñoz por el aporte significativo en la organización y ejecución del presente trabajo de investigación.

A mis padres, hermanos y demás familiares, por brindarme su apoyo, mantener firme su confianza en mí y darme palabras de aliento en cada proceso de la Maestría.

A la comunidad Colón Eloy del María, que abrió sus puertas no solo para realizar un trabajo de investigación sino por convertirme en parte de su familia. Especialmente a Edison Arroyo y Felisa Caicedo, porque su ejemplo de superación y amor se refleja en el inmenso legado que han dejado en la salud y educación de la comunidad.

A los estudiantes de la Carrera de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Esmeraldas, que colaboraron en el trabajo de campo desarrollado en la comunidad.

A José Luis Soria, por darme fortaleza y acompañarme no sólo física sino emocionalmente en todo este proceso. Dios me bendice cada día por tener en mi vida un hombre tan noble.

A mis valientes guerreras María Teresa Torres, Linda Preciado, Cintia Caicedo, Isaura Briones y Jackeline Pinos, gracias a ellas he adquirido experiencias laborales y personales, porque gracias a ellas he aprendido que la vida no tendría sentido si no tienes vocación al buscar el bienestar de la comunidad. Su amor y entrega a la salud pública me han inspirado significativamente. Muchas gracias de corazón.

Tabla de contenidos

Introducción	15
Planteamiento del problema	17
Capítulo primero La Epidemiología crítica como paradigma de construcción del conocimiento en salud	19
1. Nutrición y desnutrición infantil	19
2. Epidemiología con enfoque de salud colectiva	19
2.1 Surgimiento de la salud colectiva	20
2.2. Determinación social	21
2.3 Epidemiología crítica	23
2.5 Situación epidemiológica de trastornos nutricionales	27
3. Criterios diagnósticos. - Desnutrición, Sobrepeso, Obesidad	29
3.1. Desnutrición	29
3.2. Sobrepeso y Obesidad	31
4. Marco legal	31
Capítulo segundo Metodología y técnicas	35
1.1. Pregunta central	36
1.2. Hipótesis	36
1.3. Objetivos	36
1.3.1. Objetivo general	36
1.3.2. Objetivos específicos	36
1.4. Universo y muestra	36
1.5. Procesamiento de la información	37
1.6. Alcances y limitaciones del estudio	37
1.7. Normas de bioética	38
1.8. Devolución de la información	38
Capítulo tercero Resultados	39

1. Segregación socioespacial del territorio	39
1.1. Orografía	41
1.2. Hidrografía	41
1.3. Clima	41
1.4. Reseña histórica de Parroquia Colón Eloy del María	42
2. Procesos protectores y destructivos	42
3. Modos de Vida	49
3.1. Caracterización de las familias	49
3.2. Inserción social	51
3.2.1. Inserción social por autodenominación étnica y de género	52
3.2.2. Inserción social por comunidades	54
3.3. Patrones de consumo	56
4. Estilos de vida	58
Conclusiones y propuestas	63
1. Conclusiones	63
2. Propuestas	64
Lista de referencias	67
Anexos	71

Índice de Tablas

Tabla 1 Número de familias por comunidades	49
Tabla 2 Número de habitantes por hogar	50
Tabla 3 Tipos de estructura familiar	50
Tabla 4 Número de niños menores de 5 años por familias.....	51
Tabla 5 Ocupación del principal responsable económico de la familia	52
Tabla 6 Autodenominación étnica del principal responsable económico	53
Tabla 7 Relación inserción social por comunidades	54
Tabla 8 Patrón de consumo de alimentos según inserción social del hogar.....	55
Tabla 9 Relación de valoración nutricional e inserción social	56
Tabla 10 Niños y niñas por edades	58
Tabla 11 Antecedentes patológicos familiares	58
Tabla 12 Esquemas de vacunación completos	59
Tabla 13 Procedencia de alimentación del CIBV	60
Tabla 14 Valoración nutricional por cálculo de índice de masa corporal	60
Tabla 15 Valoración nutricional IMC por edad.....	61
Tabla 16 Valoración nutricional peso y edad	61
Tabla 17 Valoración nutricional talla y edad.....	62

Índice de Figuras

Figura 1. Mapa del área geográfica Eloy Alfaro	40
Figura 2. Cuencas hidrográficas parroquia Colón Eloy del María	41
Figura 3. Condiciones de viviendas en algunas comunidades.....	43
Figura 4. Modos de producción basados en la extracción de madera	44
Figura 5. Recursos naturales y modos de producción	45
Figura 6. Extracción de palma africana para procesamiento en palmicultoras	45
Figura 7. Cultivos y monocultivo de palma, cacao y teca, asociados a la producción....	46
Figura 8. Contaminación del río y pérdida del cauce natural	47
Figura 9. Botadero a cielo abierto del Cantón Eloy Alfaro	48
Figura 10. Uso del agua en actividades domésticas	48
Figura 11. Uso del agua en actividades recreativas.....	48
Figura 12 Mujeres afrodescendientes en conversatorio sobre saberes ancestrales	53

Introducción

A través de los años, el ser humano ha estado en relación con otros grupos, conformando relaciones en contextos de dominación, explotación, hegemonía, subalternidad, que se dio y se seguirá dando mientras exista inequidad y relaciones de poder poco concretas. Se evidencia como las relaciones de poder están causando conflictos importantes en la sociedad, ocasionando modos de vida condicionados por uno de los mayores problemas de la economía que es el capitalismo.

Uno de los procesos destructivos en la nutrición de las familias en la provincia de Esmeraldas está directamente relacionada con los patrones de consumo, por la alimentación con productos del medio, pero con la globalización y avance tecnológico se introducen nuevos productos, que se promocionan a través de campañas publicitarias, mensajes subliminares, información de doble entrada donde se establece que el consumo de ciertos productos novedosos o alimentos que cuentan con un periodo de cocción mínimo, lo que facilita el proceso de preparación de alimentos, considerando que en ocasiones por las actividades cotidianas no se dispone de tiempo.

La alimentación es una de las principales manifestaciones de reproducción social, inequidad y relaciones de poder, donde se refleja una profunda contradicción, considerando que en algunas zonas existen miles de personas con desnutrición, mientras en otros sectores existe desórdenes relacionados con el desperdicio indiscriminado de alimentos frente a un ambiente de consumismo y capitalismo, que desencadena sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas diabetes e hipertensión que representa aumento de gastos en el sistema de salud, discapacidad y secuelas familiares irremediables.

Estos patrones de consumo se relacionan directamente con trastornos en la nutrición como sobrepeso y obesidad, debido a que los productos contienen transgénicos, preservantes, colorantes y saborizantes que optimizan el sabor pero que causan no solo las enfermedades crónicas antes mencionadas sino anemia, deterioro cognitivo, cáncer, entre otras.

La presente investigación pretende establecer los principales efectos de procesos protectores y destructivos, que influyen en la salud de los niños y niñas de comunidades de Colón Eloy del María, a través del análisis de la determinación social de salud de la población.

El primer capítulo aborda la determinación social desde los aspectos epistemológicos y bases teóricas que permiten comprender como las premisas de los principales autores de la epidemiología crítica se relacionan con problemas de salud de la comunidad. Además, incluye información sobre nutrición con un enfoque desde las organizaciones sociales e instituciones encargadas de velar por el cumplimiento de los derechos de niños y niñas al acceso a una alimentación saludable y desarrollarse en un entorno con soberanía alimentaria.

En el segundo capítulo se explica la metodología aplicada para la ejecución del estudio, resaltando los aspectos de técnicas participativas con la comunidad, para obtener información relevante.

El tercer capítulo contiene los resultados que permitirán el análisis de las variables descritas en la operacionalización metodológica; describiendo a través de la determinación social, las dimensiones que se relacionan de manera directa con la nutrición en niños y niñas de Colón Eloy del María.

Planteamiento del problema

Durante el último decenio, varios países de la región de las Américas han logrado la implementación de estrategias para la reducción de la pobreza, la mortalidad infantil, la mortalidad materna y la desnutrición crónica infantil. Este progreso no ha sido expresión de la continuidad de una larga tendencia, sino que se ha producido a partir de un punto de inflexión en sus trayectorias temporales en el que han confluído diferentes aspectos como la estabilidad democrática, el crecimiento económico, la implementación de programas de alivio y superación de la pobreza y la extensión de la cobertura de los servicios de salud, entre otros.

La nutrición a lo largo del ciclo de vida es uno de los principales indicadores de la buena salud, del desempeño físico y mental; es fundamental para el desarrollo individual y nacional (Black et al., 2008). La malnutrición que resulta de la ingesta alimenticia deficiente y enfermedades infecciosas conduce a la desnutrición. La desnutrición durante la infancia y la edad preescolar tiene efectos adversos en el crecimiento, en la salud y en el desarrollo cognitivo. Limita por tanto la capacidad del individuo para generar ingresos, lo que repercute en el desarrollo social de su comunidad y de su país. (UNICEF, 2012)

En 2014, en el mundo había aproximadamente 462 millones de adultos con insuficiencia ponderal, mientras que 1900 millones tenían sobrepeso o eran obesos. Se calcula que, en 2016, 155 millones de niños menores de 5 años presentaban retraso del crecimiento, mientras que 41 millones tenían sobrepeso o eran obesos. Alrededor del 45% de las muertes de menores de 5 años tienen que ver con la desnutrición. En su mayoría se registran en los países de ingresos bajos y medianos. Al mismo tiempo, en esos países están aumentando las tasas de sobrepeso y obesidad en la niñez. (OMS, 2016)

En el Ecuador el perfil epidemiológico ha experimentado una transición, debido a que en la actualidad las principales causas de morbi-mortalidad se relacionan con enfermedades crónicas degenerativas, transmisibles, lesiones accidentales e intencionales, trastornos mentales y los vinculados a deterioro ambiental, reportadas por el sistema de salud.

La mayor parte de las alteraciones del estado nutricional no están condicionadas a una sola causa, sino que presentan una combinación de condiciones propicias que

influyen en el estado de la población, que pueden variar por prácticas familiares y personales, por tanto, se requiere el análisis integral de la determinación social estableciendo procesos protectores y destructivos que intervienen en el estado nutricional de niños y niñas estableciendo un verdadero perfil epidemiológico enfocado en el realismo crítico.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición señala que en Ecuador existe por un lado un crecimiento vertiginoso de la obesidad infantil, pero continúa siendo alto el índice de desnutrición en menores de cinco años, pese a que ha disminuido del 40,2% en 1986 al 25,3% en 2012.

A este respecto, el Representante de UNICEF indicó que, de acuerdo con la misma encuesta, existen personas que presentan ambos problemas. Es decir que existen niños con sobrepeso y con desnutrición crónica. La encuesta también revela que, en una misma familia, la madre puede tener obesidad y su hijo presentar desnutrición crónica”. (UNICEF, 2014)

En el cantón Eloy Alfaro, se realizó un estudio respecto a la nutrición de niños y niñas por medio del cual se detectaron indicadores como: desnutrición crónica 12,59%, desnutrición aguda 4,29%, desnutrición global 4,69%, obesidad 6,00%. (Ministerio de Salud del Ecuador, 2014-2015) citado por (Zamora, 2017)

Es relevante abordar la determinación de la salud de la población de la zona norte de la Provincia, donde se evidencia la inequidad, que a través de los años se ha manifestado con relaciones de poder y se requieren implementar estrategias de calidad, para lograr objetivos claves en la investigación de la realidad en salud.

Cabe indicar que la situación socioeconómica, geográfica y demográfica del cantón Eloy Alfaro, así como la relación de la determinación social de la salud de la población en general, lo convierte en uno de los cantones más vulnerables de la Provincia de Esmeraldas, por tanto, se requiere un abordaje desde la epidemiología crítica para lograr la comprensión del contexto sociohistórico en el proceso de salud de la comunidad.

Capítulo primero

La Epidemiología crítica como paradigma de construcción del conocimiento en salud

1. Nutrición y desnutrición infantil

La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una dieta equilibrada combinada con ejercicio físico regular, son elementos fundamentales de la buena salud. OMS,2014

La desnutrición puede ser primaria cuando se produce por una carencia nutritiva y/o psicoafectiva, y secundaria cuando existe una enfermedad que la determina, independientemente de su situación sociocultural; por ejemplo, enfermedades genéticas, metabólicas, inmunológicas, malformaciones, que puedan afectar a cerebro, corazón, riñón, hígado, etc. Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad.

Las principales amenazas para la supervivencia, la salud, el crecimiento y el desarrollo de las capacidades de millones de niños y para el progreso de sus países, son los trastornos alimenticios. La base del desarrollo humano implica tener cubiertas las necesidades básicas para sobrevivir, como se indica en la pirámide de la Teoría de la Motivación, de Maslow.

Los niños que sufren retraso en el crecimiento debido a una mala nutrición tienen una habilidad muy limitada para sobreponerse a los resultados de un mal desarrollo. Por esta razón, hay un interés de describir cómo se expresa la determinación social en el estado de nutrición y de salud de los niños, de Colón Eloy de María de la provincia de Esmeraldas.

2. Epidemiología con enfoque de salud colectiva

La salud colectiva aborda la salud – enfermedad con una perspectiva holística, donde se considera a los sujetos incluidos en grupos sociales y por tanto están determinados por formas particulares considerados como modos de vida e inserción social. Así, la salud colectiva puede ser interpretada como un conjunto formado por partes separadas que se aproximan cuando la comprensión de los problemas o prácticas propuestas van más allá de los límites del campo de disciplinar, lo que exige asociaciones interdisciplinarias. (Bertolozzi, 2012)

El comprender la determinación social es un proceso complejo, multidimensional, multidisciplinario y dinámico, por tanto, la salud colectiva toma decisiones oportunas mediante medios de participación social donde el individuo, familia y comunidad son las esferas donde se debe intervenir para la identificación de procesos protectores, destructivos, modos de vida y estilos de vida que pueden ser modificables para el beneficio del colectivo.

El enfoque bio-médico de salud analiza los aspectos de causa - efecto, que afectan a un individuo, dejando a un lado todo el entorno y relaciones profundas relacionadas de manera directa o indirecta, identifica factores de riesgo, y prevalece el sistema curativo de diagnóstico y tratamiento.

Mientras la salud colectiva destaca los modos de vida a través de la determinación social, lo que permite contextualizar la realidad y ampliar la visión del proceso salud-enfermedad en función de procesos ya sean estos protectores o destructivos.

La salud colectiva pone el acento en lo que pasa en la interfase que existe en el encuentro entre las personas y los profesionales de la salud. Allí es donde se produce un acto único que relaciona la ciencia con el sujeto "experto" en su propia vida y su problema. La idea de la salud colectiva es identificar antes de que la enfermedad suceda e incorporar la dinámica social, política y económica de las personas a la clínica, para un abordaje adecuado. En los casos en los que presentaron buenos resultados, los costos fueron muy altos para garantizar la accesibilidad a la salud de las personas con mayores dificultades. (Silberman, 2011)

2.1 Surgimiento de la salud colectiva

(Nunes, 2006), afirma que las bases para construir la medicina social se establecieron en la segunda mitad del siglo XIX, época en que por primera vez se consideró el cuerpo del trabajador como un problema social y fecha en que se fijaron sus principios básicos, que se tornaron parte integrante del discurso salubrista:

- a. La salud de las personas como tema de interés social y la sociedad como responsable de proteger y asegurar la salud de sus miembros.
- b. Las condiciones sociales y económicas tienen impacto definitivo sobre la salud y enfermedad, por tal motivo deben ser objeto de cuidado científico.
- c. Las medidas para proteger la salud deben tener carácter médico y social.

Con la era bacteriológica, época de apogeo e importante desarrollo del enfoque clínico y biomédico, todo el impulso que la vertiente social dio a la explicación del proceso salud-enfermedad fue dislocado para segundo plano. Sin embargo, en la segunda mitad de los años cincuenta del siglo XX, el proyecto basado en la prevención fue ampliamente debatido, con apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, recolocando la salud pública y, principalmente, la atención primaria, como frente para mejorar las condiciones de salud de las poblaciones. Tal proceso fue robustecido al asociarse al período de crisis por la que atravesaba el modelo biomédico, con relación a la teoría y a la práctica. (Silva, 2006)

De esta forma, en la década de los setenta, la salud como problema social es retomada en las Américas, época en que la mayor parte de los países latinoamericanos pasaron por procesos dictatoriales, dándose el deterioro progresivo de las condiciones sociales y de salud. Ese contexto determinó el surgimiento de la Salud colectiva, principalmente en Brasil, además de Ecuador (con las importantes contribuciones de Jaime Breilh y Edmundo Granda a respecto de la epidemiología) y en México (con Asa Cristina Laurel, específicamente, sobre las cargas de trabajo). La Salud colectiva emerge como campo de conocimientos y de prácticas en salud, y también surge como forma de lucha, como proyecto para defender las igualdades sociales y de salud, como forma de contestar las profundas desigualdades sociales en curso en América Latina. (Stotz, 1997)

Everardo Duarte Nunes registra que el término salud colectiva es introducido en Brasil, en 1979, cuando un grupo de profesionales, salubristas y docentes del área de medicina preventiva y social buscaron crear un campo científico con orientación teórica, metodológica y política que privilegiase lo social como categoría analítica. De este modo, la Salud colectiva surge como término vinculado a un esfuerzo de transformación, como “(...) vehículo de una construcción alternativa de la realidad, que es el objeto de la acción, de métodos para estudiarla y de formas de praxis que se requieren”. (Breilh, 1995)

2.2. Determinación social

Según Breilh (2013),

la determinación social de la salud es una de las tres categorías centrales de la propuesta para una epidemiología crítica, enunciada desde mediados de la década del 70 y luego desarrollada y complementada por otros autores especialmente de la corriente latinoamericana. Junto con las categorías reproducción social y metabolismo sociedad-naturaleza han conformado el eje teórico de una propuesta de ruptura con el paradigma dominante de la salud pública.

La determinación social no pretende investigar determinantes sociales, variables sociales o indicadores, a los que realiza referencia la Organización mundial de la salud, considerando definiciones desde la epidemiología tradicional, con un enfoque positivista identificando la variable causal, causa y factor de riesgo que no permiten el análisis integral de la salud. Se analiza los estilos y modos del individuo y familia, que intervienen en el proceso salud – enfermedad, estableciendo un proceso sistémico, dinámico, integral, abordado desde varios aspectos logrando un análisis integral y holístico. (Carmona y Correa, 2014)

La descripción de la determinación social plantea un enfoque social, donde se distribuye a la población por clases, que presentan relaciones etno-culturales y de género. Dicha segregación de las formas y opciones de vivir de la población es básica, porque los patrones de vida saludables o malsanos son los que determinan las formas típicas de exposición y vulnerabilidad de los colectivos, la calidad general de su salud y los procesos patológicos específicos que los afectan. (Breilh, 2014)

Las posibilidades de un análisis crítico de la salud se diluían en las limitantes construcciones empíricas de lugar, persona, y tiempo. Y al buscar una apertura hacia las relaciones de la salud con el contexto de la vida, se proponía la solución de la epidemiología ecológico-empírica, basada en los principios parsonianos de la teoría de los sistemas en equilibrio que congelaba la relación entre agente, huésped y ambiente en un proceso de historia natural de la enfermedad. (Breilh, 2013)

Según expresa Breilh (1976), la salud no es un concepto estático, por el contrario, encierra dentro de su propia conceptualización un aspecto dinámico e inscrito dentro de un marco histórico, social e ideológico. La desnutrición es vista con este enfoque como una enfermedad que puede ser prevenida o curada muy fácilmente y de acuerdo con Escudero en 1976, para el caso de México y el resto de América Latina, es una consecuencia inevitable de la organización política y económica. Behar (1975) al señalar la relación entre la desnutrición y los aspectos socioeconómicos, afirma “Si se acepta que el papel fundamental de cualquier sociedad es preservar el bienestar de todos sus integrantes lo que incluye asegurar una nutrición adecuada, entonces la presencia de la desnutrición en cualquier nivel significativo debe interpretarse como un fracaso para dicha sociedad”. (Lartigue, 1991)

"En casi todos los países, los procesos sociales y culturales tienen una influencia muy grande sobre lo que come la gente, cómo preparan sus alimentos, sus prácticas alimentarias y los alimentos que prefieren" (Latham, 2002). En este sentido intervienen

condiciones sociales, culturales (religión y educación) y económicos que afectan a la nutrición de manera directa e indirecta. Por otro lado, en la nueva propuesta de la dimensión social se menciona que la nutrición va de prácticas individuales a poblacionales surgiendo así el término de nutrición comunitaria. (López, 2001)

Cada país tiene una cultura alimentaria en la que se ven inmersos la elección de alimentos y los hábitos, en muchas de las ocasiones esta cultura alimentaria limita la ingesta de algunos nutrientes que el cuerpo necesita, debido a los tabúes o a los malos hábitos. Por ejemplo, en África se cree que si las mujeres consumen huevo pueden quedar estériles, sin embargo, esto no es cierto y además limita a las mujeres a obtener la albúmina. Aunque se cree que los hábitos nunca cambian o son difíciles de modificar, eso no es tan cierto ya que los hábitos no son los mismos que hace unos años lo que se debe generalmente a cambios sociales y económicos. Por otro lado, la religión juega un papel importante en la nutrición de los individuos, ya que algunas religiones limitan la ingesta de ciertos alimentos lo que conlleva a no ingerir los nutrientes necesarios que proporcionen un estado nutricional normal. Además, el poder adquisitivo es inequitativo en distintas poblaciones, debido a que en un país prevalecen las enfermedades relacionadas a la baja obtención de nutriente y en otros existen altos índices de enfermedades crónicas por la alta ingesta de grasas saturadas.

Por tanto, la nutrición comunitaria es definida como "el conjunto de actividades vinculadas a la salud pública que dentro del marco de la nutrición aplicada se desarrollan con un enfoque participativo de la comunidad" (López, 2001). Este enfoque nos permite establecer la sustentabilidad que debe existir por los miembros de una comunidad para satisfacer sus necesidades nutrimentales, por lo que el futuro de esta nueva ciencia dependerá de marcos sociopolíticos, culturales y económicos.

Cabe destacar que nuevamente en esta dimensión se menciona a la salud como un elemento importante en la concepción actual de la nutrición, "en el mundo moderno, las fronteras fácilmente cruzadas por las enfermedades, la carga social cada vez mayor de enfermedades crónicas, las condiciones económicas, sociales y políticas, repercuten en la salud humana". (Pettoello, 2005)

2.3 Epidemiología crítica

La epidemiología desde sus inicios identificaba factores que producían una enfermedad o problema de salud, evolucionando desde una triada epidemiológica que considera un huésped, el agente y el ambiente a teorías mucho más específicas cuyo

enfoque se basa en determinantes sociales y aspectos generales que afectan al ser humano, premisas que no son concebidas por parte de la epidemiología crítica que busca analizar los problemas de salud de manera integral.

La epidemiología crítica fue definida como un conjunto de condiciones, ideas y prácticas/organizaciones que conforman un movimiento, social e históricamente determinado, los cuales llevan a efecto los seres humanos sean como grupos, cohesionados alrededor de los intereses estratégicos de su inserción estructural, filiación cultural y de género en su condición individual junto a un núcleo familiar, para desentrañar las raíces socio-ambientales de los problemas de salud, que generan y reproducen la acumulación, para pensar sobre éstas en un sentido crítico y para actuar en una línea de emancipación respecto a los procesos malsanos que provocan en los órdenes general, particular y singular. (Breilh, 2014)

Desde fines de los años 70's, la epidemiología crítica no construye la noción de "determinantes sociales de la salud", sino que percibe el proceso histórico dialéctico de la determinación social de la salud, como proceso complejo y multidimensional de generación y reproducción de condiciones de salud y de vida, sometido a las relaciones productivas y sociales de un sistema de acumulación, poder y cultura. Un metabolismo entre la sociedad y la naturaleza, entre lo biológico y lo social, que se mueve por la oposición dialéctica, en espacios sociales históricamente determinados, entre las tendencias saludables-protectoras y las tendencias malsanas-destructivas de esos procesos, algunos de los cuales corresponden al orden general, otros al orden particular y otros al orden singular de la reproducción social.

La epidemiología crítica constituye una base firme de partida para un análisis innovador del derecho, puesto que, al ser el brazo "diagnóstico" integral de la salud colectiva (nombre de la nueva salud pública), permite no sólo conocer el estado de salud de una población, sino los procesos que lo determinan, y, por tanto, deducir las obligaciones que deben consolidarse para dar vigencia al derecho a un vivir saludable. (Breilh, 2010)

El enfoque de epidemiología crítica desplaza el paradigma de la epidemiología clásica, el proceso biomédico y enfoque positivista que se centra en el pensamiento de la vieja salud pública que identifica factores de riesgo y causales. Se debe, por tanto, resaltar la estrecha relación que existe entre los efectos en la salud de distintas colectividades humanas y los procesos que se generan alrededor de la reproducción social, la acumulación de capital, relaciones de poder, proceso de despejo y subsunción. (Breilh, 2014)

2.4 Salud y nutrición

La tridimensionalidad del concepto de nutrición abarca la dimensión biológica, como un proceso indispensable para el mantenimiento de la vida, la dimensión social en el que intervienen procesos culturales tales como la religión, educación, hábitos alimenticios y económicos. La última dimensión abarcada en la tridimensionalidad es la ambiental en la que se menciona la importancia de la sustentabilidad de alimentos y la utilización de cultivos como medidas que no solo apoyan la parte nutricional de las poblaciones, sino que también contribuyen a la conservación del medio ambiente.

La nutrición interviene en la salud individual y colectiva, si se considera que en la actualidad las enfermedades crónicas - degenerativas no solo se relacionan con desequilibrios metabólicos ocasionados por una inadecuada educación nutricional sino también por aspectos sociales y ambientales. Desde el enfoque de epidemiología crítica se pretende abordar a través de los procesos protectores y destructivos, así como contexto histórico, sociocultural e inserción social, que ejercen influencia directa sobre el estado nutricional (Macias, y otros 2009)

Para que la ingestión de alimentos de por resultado efectos nutritivos deseables, el organismo debe estar libre de enfermedades que impactan negativamente la utilización de los nutrientes y la energía alimentaria (sobre todo las enfermedades diarreicas, respiratorias, parasitarias, e inmunológicas) ya que el estado de salud influye en la digestión, absorción y utilización biológica de los nutrientes. La interacción infección-consumo insuficiente de alimentos, que hace retardar el crecimiento de los niños, da origen al círculo y relación recíproca de malnutrición-infección. Las personas con nutrición deficiente son más susceptibles a las infecciones y cuando se producen son más graves y prolongadas.

Que los alimentos sean suficientemente variados, de calidad e higiénicos, permite a cada miembro de la familia beneficiarse desde el punto de vista nutricional y contar con un adecuado estado de salud. En este proceso influyen el control de los ingresos, las limitaciones de tiempo, los hábitos alimentarios y los conocimientos nutricionales. (Pedraza, 2004)

Las infecciones son perjudiciales para el estado nutricional, ya que reducen el apetito, la ingestión de alimentos, aumentan la demanda metabólica y las pérdidas de nutrientes. Las carencias de micronutrientes, en particular de hierro y vitamina A, reducen la resistencia a las infecciones, mientras que las infecciones parasitarias desequilibran el estado de micronutrientes en el organismo. Por ello se hace necesario mejorar las

condiciones de salud ambiental y la accesibilidad a los servicios de salud para romper el complejo malnutrición-infección. (Pedraza, 2004)

El bienestar nutricional depende del contenido de nutrientes de los alimentos que se consumen, en relación con las necesidades que se determinan en función de diversas variables como la edad, sexo, masa corporal, actividad física, crecimiento, embarazo, lactancia, infecciones y eficacia de la utilización de los nutrientes. (Pedraza, 2004)

El análisis de la alimentación debe seguir la cadena alimentaria y sus factores relacionados: la disponibilidad estable de alimentos a escala nacional, regional y del hogar; el acceso a los alimentos; el consumo y la utilización biológica, siendo vitales en este último la inocuidad y calidad de los alimentos. (Pedraza, 2004)

Los cuidados en la nutrición se relacionan con la dedicación, en el hogar y en la comunidad, que ayuda a cubrir las necesidades físicas, mentales y sociales de los grupos nutricionalmente vulnerables. Son especialmente importantes en determinados grupos, en particular los niños en crecimiento, en los cuales debe permitirse, entre otros aspectos, la lactancia materna, destete, y distribución intrafamiliar de alimentos adecuados. Estos cuidados redundan en el uso óptimo de los recursos humanos, económicos y sociales. A pesar de que las madres y su educación son el factor principal de los cuidados, se hace necesario el apoyo de toda la familia al ser ésta la unidad social económica de mayor responsabilidad para el bienestar nutricional; esto hace imprescindible considerar las funciones, conocimientos, limitaciones de tiempo, ingresos y recursos y motivaciones de los miembros del hogar y de la familia. (Pedraza, 2004)

Al nivel de la comunidad, es importante disponer de una suficiente organización y prestación de cuidados a los grupos vulnerables, tanto directamente, con la participación de la comunidad para evaluar sus propios problemas y delimitar las medidas apropiadas, como indirectamente, mediante la capacidad de la comunidad de sobrevivir en un ambiente ecológico y económico hostil. Además de la participación comunitaria otros mecanismos vinculados con los cuidados son los programas de alimentación, los subsidios alimentarios y los sistemas de seguridad social. Las personas desplazadas y refugiados son ejemplos particulares de grupos que dependen de la asistencia exterior para satisfacer sus necesidades nutricionales.

2.5 Situación epidemiológica de trastornos nutricionales

Según el Ministerio de Salud Pública, en el Ecuador disminuye 18 puntos la tasa de desnutrición en menores de cinco años en los últimos 20 años. En la década de los 80 era del 41%, mientras que el 2011 descendió al 23%, revela el informe del Observatorio de los Derechos de la Niñez y Adolescencia (ODNA), tras una investigación entre 1990 y 2011. (EC.MSP, 2018)

Desde el enfoque positivista, la nutrición a lo largo del ciclo de vida es considerada uno de los principales indicadores de la buena salud, del desempeño físico y mental; es fundamental para el desarrollo individual y nacional. La malnutrición que resulta de la ingesta alimenticia deficiente y enfermedades infecciosas conduce a la desnutrición. La desnutrición durante la infancia y la edad preescolar tiene efectos adversos en el crecimiento, en la salud y en el desarrollo cognitivo. Limita por tanto la capacidad del individuo para generar ingresos, lo que repercute en el desarrollo social de su comunidad y de su país. (UNICEF, 2013)

Según la Encuesta Nacional de salud y nutrición, en el Ecuador la prevalencia de sobrepeso y obesidad en menores de 5 años han aumentado de 4.2% en 1986 a 8.6% en el 2012, es decir que en el mismo periodo de 26 años se ha duplicado la proporción de niños con sobrepeso. Estos datos revelan que en el país coexisten los problemas de déficit y exceso nutricional, evidenciando la doble carga de la malnutrición como parte del perfil epidemiológico del Ecuador. Los resultados muestran que el 25.3% de niños menores de 5 años tienen retardo en la talla (desnutrición crónica) y el 8.6% tiene riesgo de sobrepeso y obesidad. Los problemas de malnutrición no solo entre los preescolares sino en los escolares, adolescentes y adultos, empiezan en el mismo inicio de la vida con la protección de las buenas prácticas de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y la introducción de alimentos complementarios adecuados a esta edad, manteniendo la lactancia materna hasta los 2 años y más. Adicionalmente, la implementación a todas de mujeres en edad fértil y embarazadas, de suplementos de hierro y vitamina A seis semanas antes del parto ayuda a enriquecer el contenido de estos micronutrientes en la leche materna, permite reducir la anemia y la deficiencia de vitamina A, que actualmente afecta al 25.7% y el 17 respectivamente a los escolares. (Freire, 2013)

Pese a los cambios sociales, el mejoramiento de acceso a servicios y a alimentación, el retardo en talla (desnutrición crónica) en el Ecuador ha registrado una disminución modesta a lo largo de casi un cuarto de siglo, al pasar de 40,2% en 1986 a 25,3% en 2012, es decir una disminución absoluta de 15 puntos en 26 años. (Freire y otros 2013)

Ese promedio, sin embargo, disimula la situación de distintos sectores sociales, por ejemplo, que, en el caso de la población indígena, la prevalencia de retardo de talla para edad (desnutrición crónica) es de 42,3%, dicho de otra manera, casi dos veces más alta que en el promedio del país. (Freire y otros 2013)

El retardo en talla muestra una fuerte tendencia a aumentar cuando menor es el nivel económico, así mientras el 36% de niños del quintil más pobre del país vive con desnutrición, en el estrato más rico se reduce a un 13,8%. Igual sucede cuando aumenta el nivel de instrucción de la madre disminuye el índice de desnutrición en el Ecuador; 38,8% de los niños y niñas hijos de madres analfabetas sufren de desnutrición, y 15,4% de las madres con educación superior. (Freire y otros 2013)

Se observa en el estudio de ENSANUT que en el caso de la obesidad la distribución no varía significativamente ni por quintil socio económico ni por nivel de instrucción de la madre, en todas al parecer el efecto de los consumos nocivos se expresa igual en el caso ecuatoriano. Es que un 29,2% de la población ecuatoriana consume una cantidad mayor de carbohidratos de lo recomendado, y en los sectores más pobres (quintil uno) sube al 44,9% y es más evidente en la población indígena y montubia que llega a porcentajes del 46,4% y 39,6% respectivamente. (Freire y otros 2013)

Los patrones de consumo han afectado de manera significativa el perfil epidemiológico, produciendo el aumento de enfermedades crónicas no transmisibles. La incidencia de diabetes en el Ecuador es de un 2,7% entre las personas de 10 a 59 años, y sube a 10,3% a partir del tercer decenio de la vida, llegando al 15,2% en la población entre 60 y 65 años. (Freire y otros 2013)

La situación de déficit nutricional expresado en el retardo en talla, de los niños menores de cinco años no ha variado. Uno de cada cuatro niños presenta retardo en talla, lo que se conoce como desnutrición crónica. Este problema aparece desde edades muy tempranas y se asienta alrededor de los 24 meses. Es ligeramente mayor en las niñas que en los niños y mucho más en los niños indígenas que en otras etnias. En este grupo de edad, por primera vez se estima la prevalencia del sobrepeso y se encuentra que, de cada 100 niños, 8,6% ya tienen un cuadro de sobrepeso y obesidad. Mientras que el retardo en talla (desnutrición crónica) se redujo en 26 años en 15 puntos porcentuales, el sobrepeso se duplicó en el mismo período.

En la población escolar de 5 a 11 años, las prevalencias de retardo en talla (desnutrición crónica) están alrededor del 15%, mientras que el sobrepeso llega al 32%. Con relación a los adolescentes (12 a 19 años), en quienes persiste el retardo en talla,

presentan obesidad en un 26% y en los adultos, el 63% de ellos presenta problemas de sobrepeso.

La ENSANUT también revela que en el país no existen buenas prácticas de lactancia materna. Uno de cada dos niños accede a la leche materna en la primera hora después del parto, es decir, aproximadamente 360 mil niños, mientras que 201 mil acceden a la leche materna entre una y 24 horas, mientras que 91 mil recibieron la leche materna después de un día de nacidos. Además, desde muy temprana edad los niños consumen otros líquidos diferentes a la leche materna entre los que predomina la leche de fórmula. Según la Organización Mundial de la Salud, el niño no necesita ningún otro líquido que la leche materna excepto vitaminas y minerales. Los estratos más pobres y con menos educación son los que tienen mejores prácticas de lactancia. (Freire y otros, 2013)

El problema de la obesidad radica en que las personas con sobrepeso tienen el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, enfermedades cardiovasculares y ciertos tipos de cáncer; siendo éstas algunas de las principales causas de muerte en el Ecuador, como lo advierten los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (UNICEF, 2014)

El Representante de UNICEF en Ecuador sostuvo que “el tipo de alimentación que recibe una persona en sus primeros años determina en gran medida su calidad de vida en la adultez”. En este sentido, hizo referencia a la importancia de asegurar una buena nutrición desde el embarazo, fomentar la lactancia materna, regular los alimentos que reciben los niños y niñas, y en la promoción de hábitos alimenticios saludables en las familias durante todo el ciclo de vida”. (UNICEF, 2014)

3. Criterios diagnósticos. - Desnutrición, Sobrepeso, Obesidad

3.1. Desnutrición

Según la (OMS, 2016), “existen cuatro tipos principales de desnutrición: emaciación, retraso del crecimiento, insuficiencia ponderal, y carencias de vitaminas. Por causa de la desnutrición, los niños, en particular, son mucho más vulnerables ante la enfermedad y la muerte”.

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

la pérdida de peso. Un niño pequeño que presente una emaciación moderada o grave tiene un riesgo más alto de morir, pero es posible proporcionarle tratamiento. La talla insuficiente respecto de la edad se denomina retraso del crecimiento. Es consecuencia de una desnutrición crónica o recurrente, por regla general asociada a unas condiciones socioeconómicas deficientes, una nutrición y una salud de la madre deficientes, a la recurrencia de enfermedades y/o a una alimentación o unos cuidados no apropiados para el lactante y el niño pequeño. El retraso del crecimiento impide que los niños desarrollen plenamente su potencial físico y cognitivo. (OMS, 2016)

Los niños que pesan menos de lo que corresponde a su edad sufren insuficiencia ponderal. Un niño con insuficiencia ponderal puede presentar a la vez retraso del crecimiento y/o emaciación.

La cooperación del Programa Mundial de Alimentos, la Organización Mundial de la Salud y la UNICEF en el Ecuador apoya al Gobierno en la estructuración y diseño participativo de varias acciones integrales, en el fortalecimiento de procesos de educación nutricional y en la generación de espacios y redes de participación y vigilancia ciudadana para el cumplimiento del derecho de las niñas y niños a una adecuada nutrición. (UNICEF Ecuador, 2016)

La desnutrición infantil es un problema difícil de erradicar. Desde el embarazo hasta los cinco años se da una de las etapas más importantes en la vida de un ser humano, aspectos que condicionan el desarrollo físico y mental. Es una etapa definitiva, porque lo que allí sucede es irreversible.

Al menos 1 de cada 5 niños menores de cinco años tiene baja talla para la edad es decir desnutrición crónica. El 12% de los niños tiene desnutrición global, es decir bajo peso para la edad. El 16% nacen con bajo peso. Seis de cada 10 embarazadas y 7 de cada 10 menores de 1 año sufren de anemia por deficiencia de hierro. Estas cifras casi se duplican en poblaciones rurales e indígenas, por ejemplo, en Chimborazo, con alta población indígena, la desnutrición alcanza un 44% mientras el promedio nacional es de 19%. Estos son algunos indicadores que muestran la gravedad del problema y la urgencia de incrementar esfuerzos para combatirlo. Paradójicamente, el problema en Ecuador no es la falta de disponibilidad de alimentos, es la inequidad en el acceso a una alimentación adecuada que tiene por situación educativa económica. (UNICEF Ecuador, 2016)

Los problemas nutricionales no son causados solamente por la ausencia de una alimentación adecuada, las causas son variadas y complejas. A la causa inmediata de dificultades en la alimentación se suman las infecciones y enfermedades, bajo acceso a la

educación principalmente de la madre, a educación nutricional, a servicios de salud, brechas en el acceso a agua y saneamiento. Dentro de las causas estructurales se encuentran la pobreza y la débil aplicación del marco legal a través de políticas públicas.

A pesar de que la desnutrición tiende a disminuir en los últimos años, la velocidad con la que se reduce no es suficiente para cumplir con metas aceptables como lo planteado en las Metas del Milenio. El país requiere mayores esfuerzos para alcanzar mejores resultados. La política de protección social del Gobierno incluye la erradicación de la desnutrición de menores de seis años.

3.2. Sobrepeso y Obesidad

Una persona tiene sobrepeso o es obesa cuando pesa más de lo que corresponde a su altura. Una acumulación anormal o excesiva de grasa puede afectar a la salud. El índice de masa corporal (IMC) es una relación entre el peso y la altura que se utiliza habitualmente para determinar el sobrepeso y la obesidad en adultos. Se define como el peso de una persona en kilogramos divididos por el cuadrado de la altura en metros (kg/m^2). En los adultos, el sobrepeso se define por un IMC igual o superior a 25, y la obesidad por un IMC igual o superior a 30. El sobrepeso y la obesidad pueden ser consecuencia de un desequilibrio entre las calorías consumidas (demasiadas) y las calorías gastadas (insuficientes). A escala mundial, las personas cada vez consumen alimentos y bebidas calóricas con alto contenido en azúcares, y tienen una actividad física más reducida. (OMS, 2016)

4. Marco legal

Respecto a la normativa legal que respalda la presente investigación, en cuanto a la nutrición, la Constitución de la República del Ecuador, en el Art. 3 en los numerales 1 y 5, establece que son deberes primordiales del Estado:

- Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes.
- Planificar el desarrollo nacional, erradicar la pobreza, promover el desarrollo sustentable y la redistribución equitativa de los recursos y la riqueza, para acceder al Buen Vivir.

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

Asimismo, en el Art. 43 establece que el Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los siguientes derechos: a) no ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral; b) la gratuidad de los servicios de salud materna; c) la protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto; d) a disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.

También, los Art. 358 y 359 establecen que el sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, la protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles.

La Estrategia Nacional Intersectorial Acción Nutrición está alineada principalmente al Objetivo de Desarrollo 3: Mejorar la calidad de vida de la población; y particularmente a las siguientes políticas: 3.3 Garantizar la prestación universal y gratuita de los servicios de atención integral de salud. 3.6 Promover entre la población y en la sociedad hábitos de alimentación nutritiva y saludable que permitan gozar de un nivel de desarrollo físico, emocional e intelectual acorde con su edad y condiciones físicas.

El estudio “El Estado de los Derechos de la niñez y adolescencia en Ecuador 1990-2011” permite hacer una retrospectiva en el tiempo sobre lo ocurrido con este delicado tema, así como verificar las transformaciones sucedidas a lo largo de 21 años después de la firma de la Convención de los Derechos del Niño (CDN).

El informe sostiene que, a dos décadas de la firma de la Convención de los Derechos del Niño, en Ecuador existe un escenario sumamente favorable para su cumplimiento. Por una parte, los principios y disposiciones fundamentales del Código de la Niñez y Adolescencia están integrados en el nuevo marco constitucional, y por otra, existe una voluntad política de construir un sistema de protección integral para los niños, niñas y adolescentes.

La obra tiene cuatro partes. En la primera, reconoce los logros que trajeron la firma de la CDN y sus limitaciones a la hora de llevarlo a la práctica. La segunda parte, contienen tres artículos, en donde se muestra el marco contextual del Ecuador en los últimos 21 años integrando dos perspectivas: los cambios estatales y los que incluyen modificaciones en el aspecto de las familias, el escenario que predominó en el país desde los años 90 como al nuevo espacio que abre la Constitución del 2008 y los cambios que se plantea.

Analiza también la transición del Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia (CNNA) hacia el Consejo de la Igualdad, instancia que considera un campo con nuevas oportunidades y desafíos que existen en torno a las organizaciones que trabajan por la infancia, sus prioridades programáticas y estrategias para intervenir en la agenda pública a escala nacional y local.

Entre los principales avances figuran: el descenso de la mortalidad de la niñez e infantil, el incremento de la asistencia en el sistema educativo de la niñez, la importante reducción del trabajo infantil y la reducción de pobreza extrema por ingreso.

Capítulo segundo

Metodología y técnicas

Para el desarrollo de la investigación se empleó un estudio descriptivo y transversal de familias con niños y niñas afrodescendientes menores de 5 años, residentes en la Parroquia Colón Eloy del María, localidad del cantón Eloy Alfaro, en donde el principal ingreso de las familias son trabajos informales en agricultura, empresas palmicultoras y empleos informales, por lo que estableció la relación entre la nutrición de los niños y niñas con la inserción social de las familias.

Mediante un enfoque cuali - cuantitativo se describió la determinación social de salud de los habitantes de comunidades. El estudio se ejecutó en un periodo de 10 meses, en los cuales se evidencia en la descripción del contexto socio histórico, percepción de los procesos protectores y destructivos de la comunidad, modos de vida, patrones de consumo y exposición de las familias que influyen en la nutrición de los niños y niñas, como su participación en el nivel individual.

Se realizó un diagnóstico participativo con familias y actores sociales locales, a través de grupos focales conformados por 10 participantes, en un total de 5 sesiones, para identificar la percepción de los habitantes respecto a los modos de vida, producción, reproducción, exposición, vulnerabilidad e inserción social y relaciones con la naturaleza, así como el contexto cultural que puede afectar el estado nutricional. Mediante metodologías participativas con niños y niñas de rangos de 5 a 9 años, a través de dinámicas, juegos tradicionales y cuentos, se determinó la percepción de los niños y niñas respecto a procesos protectores y destructivos identificados dentro de la comunidad.

A través de visitas domiciliarias se realizó el levantamiento de línea de base, por medio de la aplicación de cuestionario de encuesta familiar, se incluyeron variables de modos de vida, estilos de vida, modos de producción, reproducción, exposición, vulnerabilidad e inserción social, realizando una adaptación del instrumento INSOC, cuya autoría es de Jaime Breilh para identificar como los modos de vida pueden afectar el estado nutricional.

Se determinó el estado nutricional, así como el cálculo de indicadores nutricionales y curvas de la Organización Mundial de la Salud de menores de 5 años, posterior a la toma de medidas antropométricas que se realizó con equipos calibrados que

manipula el CECOMET-VAE (Centro de Epidemiología Comunitaria y Medicina Tropical, Vicariato Apostólico de Esmeraldas)

Posterior a la recolección de datos, se procedió a la elaboración de la base de datos y al análisis de variables para comprobar o descartar la hipótesis.

1.1. Pregunta central

¿Cómo los diferentes modos de vida e inserción social de las familias de Colón Eloy del María determinan el estado nutricional y patrones de consumo de niños y niñas afrodescendientes?

1.2. Hipótesis

¿Existe relación entre la inserción social y modos de vida de las familias afrodescendientes con la nutrición de niños y niñas de Colón Eloy del María?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Conocer cómo se determina socialmente la salud y la nutrición de las familias de Colón Eloy del María, desde un análisis de la epidemiología crítica.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar la segregación sociohistórica del territorio y su relación con la nutrición de niños y niñas afrodescendientes menores de 5 años de Colón Eloy del María.
- Caracterizar los modos de vida, patrones de consumo y exposición de las familias afrodescendientes, para establecer la relación entre la inserción social y la situación de salud de niños y niñas afrodescendientes menores de 5 años de Colón Eloy del María.
- Identificar los procesos protectores y destructivos de Colón Eloy del María, que influyen en la prevalencia de trastornos nutricionales en los niños y niñas.

1.4. Universo y muestra

Para determinar la población incluida en el estudio, se estableció una relación entre los datos de censo del 2010 del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) y el

censo real proporcionado por el Centro de Epidemiología Comunitaria y Medicina Tropical. Vicariato Apostólico de Esmeraldas (CECOMET/VAE), institución que ha realizado intervención local aproximadamente 30 años, promoviendo la participación comunitaria, a través de implementación de actividades integrales para garantizar la salud de la población. Debido a que la población determinada fue finita y todas las familias presentaban las mismas condiciones para ser consideradas para el estudio no se realiza proceso de muestreo, sino que se seleccionan a 114 familias que son aquellas donde residen niños y niñas con edades comprendidas entre 0 a 4 años de la Parroquia Colón Eloy del María

1.5. Procesamiento de la información

La información recolectada fue caracterizada según determinantes sociales, acceso a servicios básicos, patrones de consumo y variables del sistema de salud. El análisis de datos y el cálculo se realizó a través del paquete estadístico, SPSS versión.19. Se realizaron análisis bivariados y multivariados, por medio de tablas, con el fin de conocer la relación de determinación social con el estado nutricional de niños y niñas de Colón del María.

1.6. Alcances y limitaciones del estudio

El estudio se ejecutó en el área rural del cantón Eloy Alfaro, en la comunidad de Colón Eloy del María, aplicando metodología participativa enfocada en la realidad local de la población y sus resultados serán válidos para expresar la condición de salud respecto a la nutrición de niños y niñas.

La medida de análisis es la familia, por tanto, los resultados permiten realizar una valoración de las prácticas en el entorno familiar para determinar el estado nutricional de los niños y niñas, relacionado con la inserción social y contexto de la comunidad.

El presente estudio tiene un enfoque metodológico relevante desde el punto de vista de epidemiología crítica, considerando que en la zona a nivel de salud se han realizado estudios previos donde existe pleno compromiso y conocimiento por parte de la comunidad de la realidad de los problemas sociales que repercuten en la salud.

1.7. Normas de bioética

Los participantes del estudio y sus representantes legales tenían pleno conocimiento del estudio, debido a que las visitas domiciliarias previamente se explicaban los objetivos del estudio. Se recibió autorización a través de consentimiento informado y el uso de la información, garantiza el cumplimiento de los principios éticos expresados en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (WMA).

1.8. Devolución de la información

Los resultados de la investigación se socializarán con la UASB y con la comunidad, por medio de estrategias participativas que permitan la interacción con los grupos que intervinieron en la investigación.

Capítulo tercero

Resultados

1. Segregación socioespacial del territorio

La Provincia de Esmeraldas posee características geográficas, demográficas y étnicas que producen vulnerabilidad en niños menores de 5 años, personas con enfermedades crónicas y adultos mayores.

Al contar con pasos fronterizos terrestres y marítimos (legales e ilegales) con Colombia, existe fácil accesibilidad de grupos refugiados debido al conflicto armado existente, situación que aumenta la crisis social y económica, que condiciona una determinación social de los habitantes a través de manifestaciones: culturales, políticas, económicas, educacionales, ambientales y de salud.

La determinación social de la salud en la presente investigación está orientada a describir dimensiones como el contexto sociohistórico, modos de vida y estilos de vida para el análisis de los trastornos en la nutrición de niños y niñas afrodescendientes.

En el norte de la Provincia de Esmeraldas, existen contextos socio-históricos marcados por la movilidad poblacional y exposición; además los modos de vida especialmente los modos de producción, como el trabajo en las palmicultoras, genera la compra de tierras a pequeños campesinos, los jornaleros son asalariados con pagos no adecuados, produce movilidad de los hombres a las grandes plantaciones dejando un porcentaje de madres responsables del hogar, lo que repercute a nivel social, y que puede inferir en el estado de salud de la población.

En el año 2000, se impulsó la explotación minera, una práctica ilegal, que incrementa la migración colombiana, donde se evidencia acúmulo de riquezas en cierto grupo, desencadena violencia, acentúa daños ecológicos por grandes excavaciones que producen contaminación de las fuentes de agua, contaminación de los suelos y las fosas se convierten en criaderos de vectores, que constituyen amenazas latentes para la integridad de las poblaciones asentadas en ese territorio y repercuten en la pobreza extrema de las comunidades rurales.

Colón Eloy del María es una parroquia del cantón Eloy Alfaro, que limita al norte con el estero Piragua (margen derecho), al sur con estero Guabinero, al este con el estero Agua Clara, con el estero Yanayacu. Cuenta con una superficie de 71,72 km², una densidad poblacional de 20,34 hab./km², se encuentra a una altitud de 100-150 metros sobre el nivel del mar. Política y administrativamente la parroquia está conformada por las comunidades de Guabinero, Valdez, San Antonio y Nueva Esperanza.

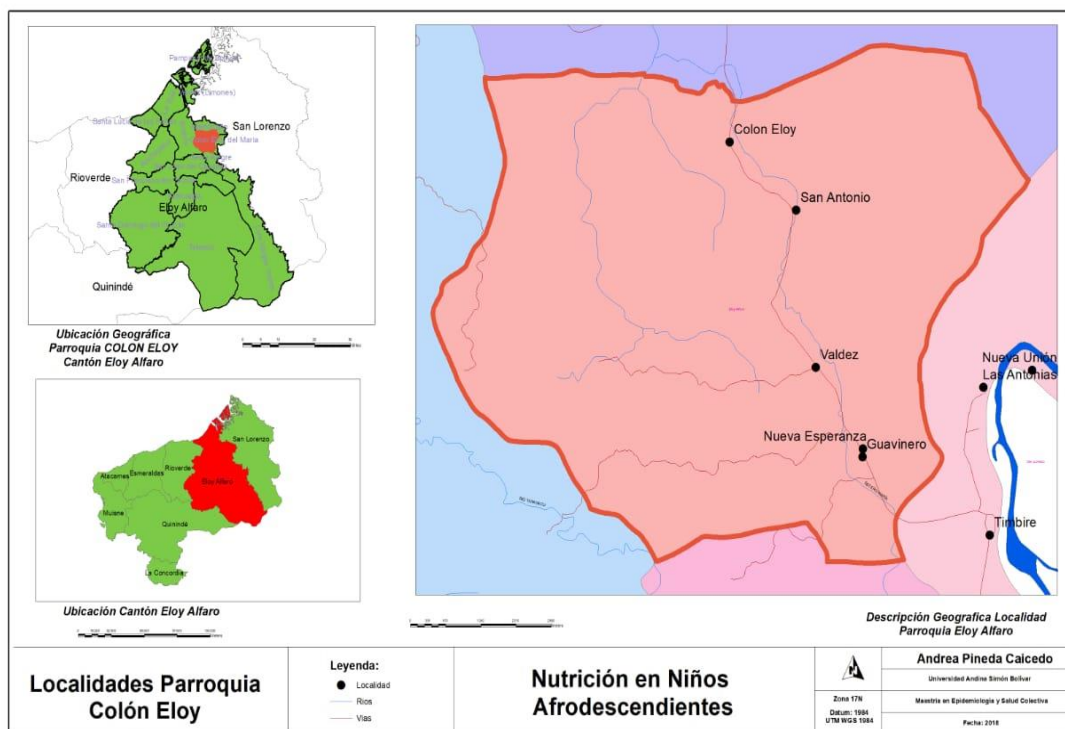


Figura 1. Mapa del área geográfica Eloy Alfaro

Colón Eloy del María cuenta con una población de 1410 habitantes de acuerdo con el censo del 2010 realizado por el INEC, con una tasa de crecimiento poblacional de 1,2 y el mayor porcentaje se encuentra en los habitantes en edad económicamente productiva, con auto denominación étnica en un 61% como afrodescendiente. Respecto a nivel de escolaridad de los habitantes presentan una instrucción de muy baja calidad, lo que ocasiona que la escolaridad promedio de la población de 24 años sea de 6,40%, el nivel de analfabetismo de 15,62% y la deserción escolar hasta 10 años de educación general básica es 23,8%.

1.1. Orografía

De manera general, el territorio cuenta con relieve colinado, con mayor predominio en la zona Este y Oeste, con inclinación regular, suave o ligeramente ondulada, encontramos bosques intervenidos, bosques primarios y vegetación arbustiva.

1.2. Hidrografía

Las principales cuencas hidrográficas de la parroquia Colón Eloy la representa el río Cayapas, con una subcuena en el río Santiago que se divide en la microcuena conformada por los esteros María, Barro Colorado y San Agustín; que constituye la principal fuente de abastecimiento de agua en la localidad y que con transcurso de los años ha sufrido una degradación considerable debido al proceso de minería, deforestación y contaminación por procesos agrícolas, causando un alto nivel de impacto en la población.



Figura 2. Cuencas hidrográficas parroquia Colón Eloy del María

1.3. Clima

Las comunidades cuentan con un clima tropical mega térmico húmedo, con una temperatura que oscila entre 28 ° C y 32°C, con 82% de humedad, con precipitación mínima máxima de 2000 mm y máxima de 3000 mm. Las condiciones climáticas y geográficas favorecen la agricultura a través de cultivos de productos de ciclos cortos.

1.4. Reseña histórica de Parroquia Colón Eloy del María

Mediante acuerdo ejecutivo se crea la parroquia el 14 de mayo de 1992 y en ese mismo año se instala el Puesto de Salud en Colón Eloy, funcionando en un inmueble pequeño frente a las instalaciones en la cual está asentada, contaba con una sola planta brindando atención médica y de enfermería. y posteriormente sube de categoría a Sub-Centro de Salud en el año 2008.

Previo a la creación de la parroquia, los habitantes se encontraban en el centro poblado de Colón Eloy, debido a la dificultad en la accesibilidad geográfica que era fluvial. La cabecera parroquial se sitúa en el recinto Colón Eloy debido a que en este recinto se encuentra mayor concentración poblacional con relación a sus otros recintos.

Entre los primeros habitantes de la localidad se destacan los señores: Sergio Ayoví, José Ayoví, Aquiles Mina, Pablo Emilio Valencia, Severo Valdez, Hermógenes Valencia, quienes, de acuerdo con varios relatos de adultos mayores, se presume que llegaron precedentes de Quito y se asentaron en lugares dispersos de la comuna.

La unidad de salud se encuentra ubicado en la cabecera parroquial, detrás del colegio Rafael Astudillo. Fue construido por la comunidad de Colón Eloy del María junto con la donación del terreno donde actualmente se encuentra asentado el establecimiento de salud. Se encuentra a 40 minutos de Borbón y a 3 horas de Esmeraldas. En la actualidad es un Centro de salud Tipo A que cuenta con atención médica, obstetricia, enfermería, odontología y área de farmacia, con el fin de brindar atención médica integral.

2. Procesos protectores y destructivos

El Estero María y varios afluentes están contaminados por los metales pesados, agroquímicos, descargas de excretas y eliminación de desechos sólidos, que son depositados en quebradas o directamente en el río, debido a la mala recolección o disposición final de desechos de los asentamientos humanos de Colón Eloy Cabecera Parroquial, San Antonio, Valdez y Guabinero, constituyen procesos destructivos para la población. Los procesos de contaminación en suelos y esteros por excavaciones de parte de las mineras, así como uso de químicos en las fumigaciones de palmiculturas provocan que la disminución de flora y fauna, destrucción del hábitat de ciertas especies, cuencas degradadas, generando cambios sociales y en el perfil epidemiológico significativos en la población.

En función del comportamiento, pongo a consideración un dato relevante que es la eliminación de excretas, ya que las condiciones de las viviendas se ven afectadas por

este patrón, debido a que esto puede contribuir en la proliferación de vectores, aumentando la morbilidad y contribuir en el estado de desnutrición de la niñez.

La eliminación de los desechos sólidos también constituye una alarma en cuanto a saneamiento ya que un porcentaje considerable son arrojados a cielo abierto dando lugar a focos de contaminación del entorno de las comunidades generando problemas de salud.

Una de las principales fuentes de exposición se determinó por medio de la dotación y consumo del agua, que proviene de los principales ríos, los habitantes se abastecen de una red local de agua que es potabilizada, pero la parroquia no cuenta con recursos económicos para que el sistema sea óptimo, logrando una captación de agua con un tratamiento parcial. Esto denota un proceso directamente proporcional con la morbilidad de enfermedades transmitidas por agua y alimentos relacionadas con varios trastornos de la nutrición.

A medida que se va ingresando a comunidades más lejanas, se identifican condiciones desfavorables en cuanto a la dotación de servicios básicos, eliminación de desechos sólidos y excretas, estado de las viviendas, patrones de consumo de agua y alimentos, inserción laboral del principal responsable económico, accesibilidad a los servicios de salud, entre otros. A pesar de que el centro poblado cuenta con familias de mejores condiciones económicas en todas las comunidades es evidente la pobreza extrema, debilidades en el saneamiento y el número considerable de habitantes por familias.



Figura 3. Condiciones de viviendas en las comunidades



Figura 4. Modos de producción basados en la extracción de madera



Figura 5. Recursos naturales y modos de producción



Figura 6. Extracción de palma africana para procesamiento en palmicultoras



Figura 7. Cultivos y monocultivo de palma, cacao y teca asociados a la producción

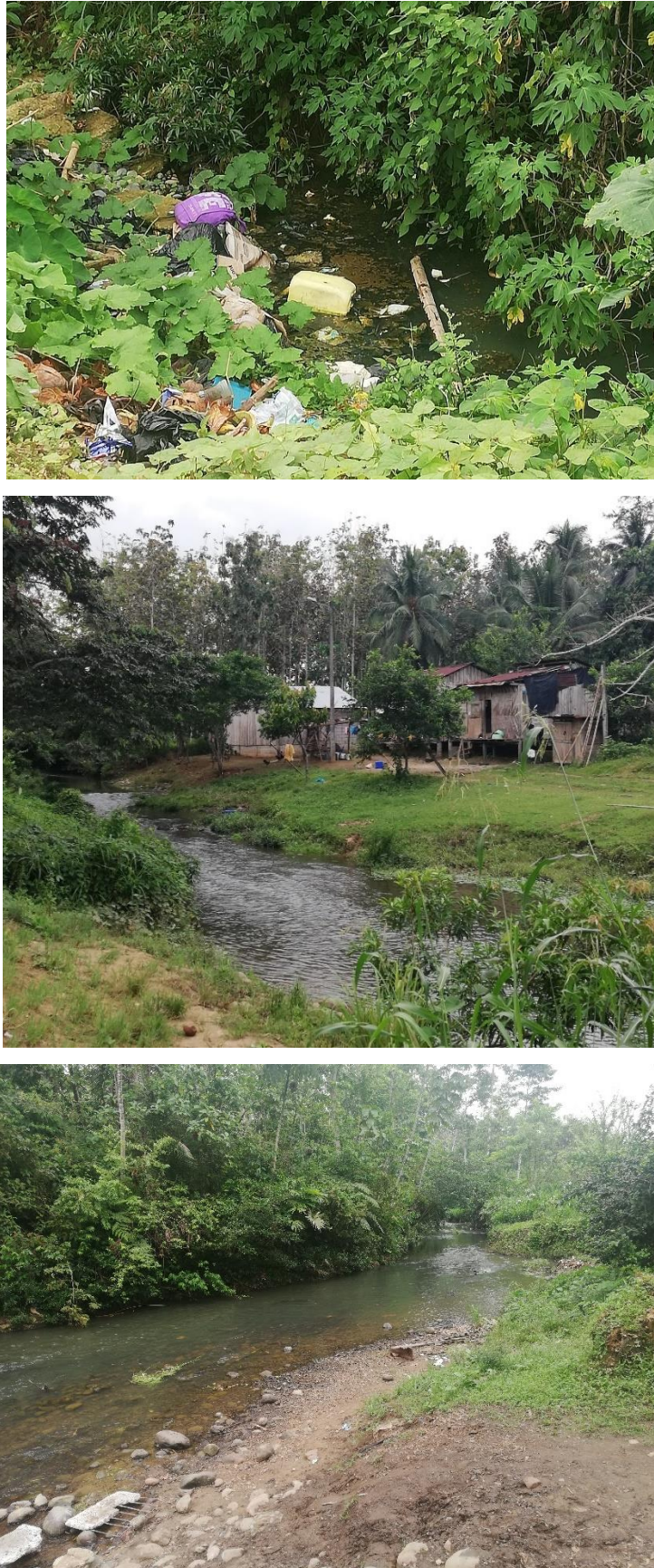


Figura 8. Contaminación del río y pérdida del cauce natural



Figura 9. Botadero a cielo abierto del Cantón Eloy Alfaro



Figura 10. Uso del agua en actividades domésticas



Figura 11. Uso del agua en actividades recreativas

3. Modos de Vida

No existe un solo modo de vida ya que la sociedad se compone de múltiples interrelaciones entre los grupos que se encuentran en este espacio social que es Colón Eloy en este contexto socio natural, este grupo históricamente constituido por su manera de vivir la determinación.

En el presente documento se describen los procesos que ocurren en este territorio y las conductas que conforman los modos de vida, estilos de vida, exposición y el estado nutricional en este espacio dinámico.

3.1. Caracterización de las familias

Tabla 1
Número de familias por comunidades

Comunidades	Número de familias	
	Frecuencia	%
Colón Eloy	37	32,5%
Guabinero	9	7,9%
Nueva Esperanza	29	25,4%
San Antonio	7	6,1%
Valdez	32	28,1%
Total	114	100,0%

Fuente: Encuesta de historia familiar, 2019

Elaboración: propia

El 32,5% de las familias con niños menores de 5 años se encuentra en Colón Eloy (centro poblado de la parroquia) cuenta con mejor accesibilidad geográfica, lo que brinda la noción de las condiciones de salud en las que se desenvuelve la población.

La determinación social de la salud permite analizar el espacio ecológico donde se está desarrollando la vida, no solo como el lugar donde se construyen las viviendas, sino como un entorno donde las personas aplican modos de vida y esto tiene una relación dialéctica con la naturaleza inherente donde confluyen procesos protectores y destructivos.

Tabla 2
Número de habitantes por hogar

Número de personas	Frecuencia	%
2	3	2,6%
3	27	23,7%
4	21	18,4%
5	29	25,4%
6 o más	34	29,8%
Total	114	100,0%

Fuente: Encuesta de historia familiar, 2019
 Elaboración: propia

Respecto al número de habitantes por familias, el 29,8% (f=34) tienen un promedio de 6 o más personas en el hogar y se encuentra el mayor porcentaje en edades productivas. Al existir familias con un número considerable, los ingresos económicos destinados para la crianza de los niños y solventar los gastos del hogar deben ser elevados. Además, al realizar la descripción del número de habitaciones por viviendas, 59 familias cuentan con un promedio de 2 cuartos, causando hacinamiento, exposición a condiciones desfavorables que afectan la salud, no solo por la transmisión de enfermedades infectocontagiosas sino realidades sociales descritas por el rol que desempeñan los padres frente a los niños, al no contar con privacidad.

Tabla 3
Tipos de estructura familiar

Tipos de familia	Frecuencia	%
Ensamblada	1	,9%
Extensa	7	6,1%
Monoparental	18	15,8%
Nuclear	88	77,2%
Total	114	100,0%

Fuente: Encuesta de historia familiar, 2019
 Elaboración: propia

El 77,2% de las familias constituyen familias nucleares, a pesar de ello es importante resaltar que 15,8% (f=18), son mononucleares conformadas por la madre y los niños; esto representa un problema social identificado durante el estudio, debido a que la

responsabilidad económica se proyecta hacia la madre y el cuidado de los niños se destina a otras personas para que la madre pueda cumplir con actividades de producción.

Tabla 4
Número de niños menores de 5 años por familias

Número de niños	Número de familias	
	Frecuencia	%
1	91	79,8%
2	17	14,9%
3	6	5,3%
Total	114	100,0%

Fuente: Encuesta de historia familiar, 2019

Elaboración: propia

De las 114 familias del total del estudio, el 79,8% ($f = 91$), corresponde a familias con 1 niño menor de 5 años, pero cabe indicar que la atención se centra además en el porcentaje de familias que tienen 2 o más niños menores de 5 años, lo que demanda más cuidados por los padres. Al contar la madre con un periodo intergenésico corto, se evidencia que no existen procesos de planificación familiar bien implementados en la familia. Una embarazada puede aumentar el riesgo de sufrir eventos adversos maternos y neonatales, por tanto, garantizando que existan cuidados prenatales integrales, se logra que los niños nazcan con peso adecuado para la edad gestacional y que su desarrollo sea óptimo.

3.2 Inserción social

En epidemiología crítica una de las principales fuentes de análisis es la inserción social del principal responsable económico que evidenciará la capacidad de sostener la economía familiar y de qué manera se determinan algunas enfermedades al establecer clases sociales dentro de una comunidad. Se relacionan aspectos relevantes como la ocupación, las fuentes de ingresos, las tareas que ejecuta en el trabajo, la cuantificación de ingresos para determinar de qué manera se encuentra insertado un individuo en la sociedad y como las relaciones con procesos protectores y destructivos influyen en el apareamiento de las enfermedades.

Tabla 5
Ocupación del principal responsable económico de la familia

Ocupación	Número de familias	
	Frecuencia	%
Pequeño agricultor	79	69,3%
Trabajador palmicultoras	19	16,7%
Comerciante	11	9,6%
Empleado Público / Privado	5	4,4%
Total	114	100,0

Fuente: Encuesta de historia familiar, 2019

Elaboración: propia

Respecto a la ocupación del principal responsable económico, el 69.3% son pequeños agricultores, seguido del 16.7% que representan a los trabajadores en palmicultoras o cumplen con tareas como jornaleros. Cabe indicar que el 4.4% corresponde a empleados públicos o privados.

Uno de los aspectos que no se logran identificar en el estudio son los ingresos económicos de las familias, debido a que no perciben un salario que permita establecer una estratificación por el tipo de actividad de producción o por su desempeño laboral.

La acumulación del capital como proceso de la epidemiología crítica se desarrolla analizando en función de la actividad principal que es la agricultura, en la que encuentran la mayor parte de la población y que constituye una fuerza de producción. Existen otras pero el porcentaje es muy inferior y que se encuentran enmarcados en el comercio, la educación y salud. Dentro de la economía popular y solidaria la categoría de ocupación es por cuenta propia, seguidos de jornaleros y empleados públicos.

3.2.1 Inserción social por autodenominación étnica y de género

Históricamente la población afrodescendiente ha sufrido las consecuencias de la colonización europea donde se genera un estereotipo marcado por clases sociales, etnia y género donde confluyen relaciones de poder que se fueron naturalizando.

Desde la perspectiva de género, la mujer debía involucrarse en la crianza de los hijos y del cuidado del hogar, mientras el hombre se encargaba de las actividades de producción para solventar las necesidades económica y en algunos territorios de la provincia de Esmeraldas aún se concibe el término “mujer” como referencia a un ser débil y sumiso, evidenciando desigualdad. Sin embargo, la lucha de varias

organizaciones no solo en contra del racismo, sino por defender la autonomía e igualdad de la mujer, han logrado que con los años sea más visible el rol de la mujer afrodescendiente en la toma de decisiones personales y familiares.

Figura 12
Mujeres afrodescendientes en conversatorio sobre saberes ancestrales



Uno de los procesos importantes en Colón Eloy del María radica en la convicción de la población de mantener costumbres ancestrales propias de los pueblos afrodescendientes, una de las manifestaciones de la cultura consiste en que las mujeres ejecuten actividades de producción por lo que se convierten en la principal responsable económica de la familia. La alimentación también constituye uno de los procesos protectores debido a que en algunas familias se conservan las tradiciones ancestrales en la conservación, preparación y cocción de los alimentos.

Tabla 6
Autodenominación étnica del principal responsable económico

	Número de familias	
	Frecuencia	%
Afrodescendiente	68	59,6%
Mestizo	14	12,3%
Negro	32	28,1%
Total	114	100,0%

Fuente: Encuesta de historia familiar, 2019

Elaboración: propia

El 59.6% de la población se considera afrodescendiente y el 28.1% negro. Los resultados permiten evidenciar que aún persiste la cultura de la etnia en la que históricamente la población se considera negra, a pesar de la introducción del término afrodescendiente que incluye parámetros étnicos fortalecidos de manera social. El sexo predominante es el masculino, pero se destaca en algunas comunidades el responsable económico es de sexo femenino representado en un 9.6% es de sexo femenino.

3.2.2 Inserción social por comunidades

Para describir la problemática existente respecto los trastornos nutricionales es importante realizar una caracterización por comunidades para establecer relaciones entre los habitantes de las comunidades Colón Eloy, Guabinero, Nueva Esperanza, San Antonio y Valdez. A pesar de que las comunidades presentan características similares en el entorno geográfico, cabe resaltar que las comunidades más dispersas cuentan con modos de vida que afectan la salud no solo en el aspecto nutricional.

El centro poblado de Colón Eloy cuenta con mayor accesibilidad cultural y mayor promedio de familias con mejores condiciones de vida, por tanto, la inserción social que se detalla a continuación brinda una perspectiva de las categorías INSOC adaptadas para la investigación.

Tabla 7
Relación inserción social por comunidades

Comunidades	INSOC									
	Pequeño agricultor		Trabajador palmicultoras		Comerciante		Empleado público/privado		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Colón Eloy	23	29%	6	32%	4	36%	4	80%	37	32%
Guabinero	6	8%	2	11%	1	9%	0	0%	9	8%
Nueva Esperanza	19	24%	8	42%	2	18%	0	0%	29	25%
San Antonio	6	8%	1	5%	0	0%	0	0%	7	6%
Valdez	25	32%	2	11%	4	36%	1	20%	32	28%
TOTAL	79	100%	19	100%	11	100%	5	100%	114	100%

Fuente: Encuesta de historia familiar, 2019

Elaboración: propia

Al relacionar la ocupación con la procedencia de las comunidades, se evidencia que el mayor porcentaje se encuentra en los pequeños agricultores 32% en Valdez y 42% en Nueva Esperanza son trabajadores de empresas palmicultoras o que realizan trabajos informales en la comunidad. La mayor población se encuentra distribuida en Colón Eloy que es el centro poblado y que es donde residen las familias con inserción social regular.

Tabla 8
Patrón de consumo de alimentos según inserción social del hogar

Valoración de dieta	Inserción social del hogar								Total	
	Pequeño agricultor		Trabajador palmicultoras		Comerciante		Empleado público/privado			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Buena	11	13,90%	5	26,30%	0	0,00%	0	0,00%	16	14,00%
Regular	55	69,60%	10	52,60%	10	90,90%	5	100,00%	80	70,20%
Mala	13	16,50%	4	21,10%	1	9,10%	0	0,00%	18	15,80%
Total	79	100,00%	19	100,00%	11	100,00%	5	100,00%	114	100,00%

Fuente: Encuesta de historia familiar, 2019

Elaboración: propia

Del total de 114 familias incluidas en el estudio, se establece que 79 familias corresponden a aquellas que el principal responsable económico es un pequeño agricultor, de las cuales el 69.9% (f = 55 familias) consumen una dieta regular, que no cuenta con el valor nutricional que requieren los niños para un crecimiento y desarrollo adecuado.

Considerando que el principal modo de producción es la agricultura, si se destina la producción de hortalizas y frutas, para el autoconsumo en el entorno familiar, se garantiza la soberanía alimentaria y la calidad de vida de las familias de la parroquia.

Tabla 9
Relación de valoración nutricional e inserción social

Valoración nutricional IMC	INSOC									
	Pequeño agricultor		Trabajador palmicultora		Comerciante		Empleado público/privado		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Desnutrición aguda moderada	4	4%	3	13%	1	8%	0	0%	8	6%
Desnutrición aguda severa o emaciación severa	2	2%	1	4%	3	23%	1	20%	7	5%
Normal	93	91%	19	83%	7	54%	4	80%	123	86%
Obesidad	1	1%	0	0%	1	8%	0	0%	2	1%
Riesgo de sobrepeso	1	1%	0	0%	1	8%	0	0%	2	1%
Sobrepeso	1	1%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
Total	102	100%	23	100%	13	101%	5	100%	143	100%

Fuente: Encuesta de historia familiar, 2019

Elaboración: propia

Al relacionar la valoración nutricional con las categorías de inserción social que es determinada por datos del principal responsable económico como la ocupación, la fuente de ingresos, propiedades para ejecutar el trabajo y las funciones que desempeña en su trabajo; se evidencia que la mayor frecuencia se distribuye en niños y niñas con estado nutricional normal, pero cabe recalcar que existen niños con desnutrición aguda moderada y severa en familias cuyo jefe de familia cuenta con menores ingresos por trabajos informales.

3.3 Patrones de consumo

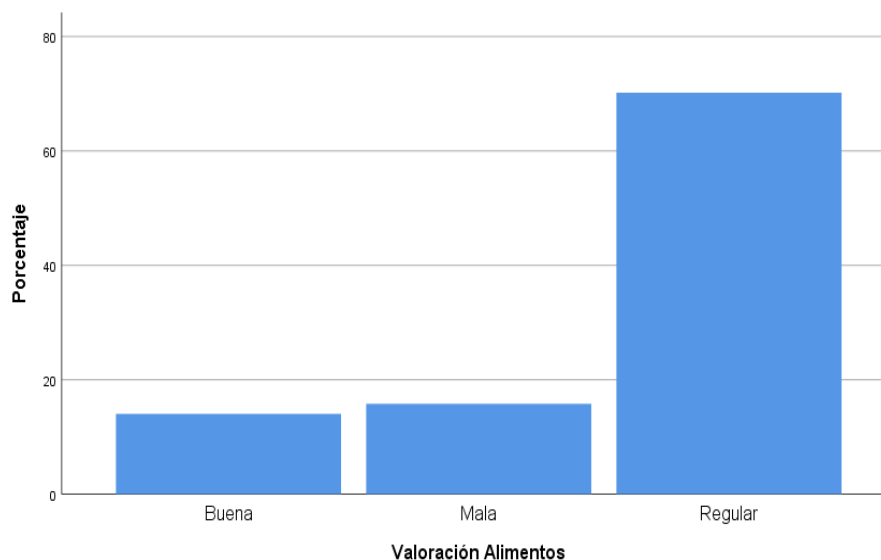
Los patrones de consumo que presenta la población nos brindan la posibilidad de analizarlos, en función de sus hábitos y disponibilidad por lo que la utilidad de estos datos permite identificar la parte conductual de las personas que se mueven en un espacio ecológico.

Algunas viviendas cuentan con refrigeradora o se abastecen de alimentos diariamente para evitar que se deterioren. Los animales son faenados localmente sin los medios sanitarios para la conservación de las carnes y de manera informal disponen de lugares de abastecimiento de carnes y vegetales. Las personas que no adquieren los alimentos de manera local deben abastecerse en comunidad de Borbón que se encuentra a 45 minutos de Colón Eloy.

La madre o abuela es la responsable de la preparación de los alimentos, pero los niños y niñas consumen los alimentos en compañía de hermanos mayores, lo que no garantiza la alimentación adecuada. Consumen de 3 a 5 comidas diarias pero la dieta es alta en carbohidratos, proteínas, granos y grasas; las verduras y hortalizas son consumidas, pero en pequeñas porciones a la semana o están incluidas en la preparación de las carnes.

Históricamente, la preparación de las carnes se realiza empleando condimentos naturales, coco y cantidades elevadas de sal por el proceso de secar las carnes especialmente las que provienen de la montaña. El promedio de porciones semanales de carbohidratos y proteínas es de 14-21 unidades mientras las fruta, legumbres, verduras corresponden a 5-10 porciones semanales de acuerdo con lo identificado en la encuesta.

Gráfico 1
Valoración de dieta



Fuente: Encuesta de historia familiar, 2019

Elaboración: propia

El 70.2% de las familias encuestadas cuentan con una dieta regular, que no brinda los aportes necesarios para el crecimiento y desarrollo de los niños. La dieta antes mencionada consiste en porciones elevadas de carbohidratos, mínimas porciones de frutas o verduras y proteínas. Cabe indicar que mediante la observación se determinó que los participantes responden por conveniencia, pero no se evidencia la realidad diaria mientras se sirven los alimentos.

4 Estilos de vida

Tabla 10
Niños y niñas por edades

Número de niños		
Rango de edad	Frecuencia	%
<1	27	18,9%
1	25	17,5%
2	32	22,4%
3	35	24,5%
4	22	16,5%
Total	143	100,0%

Fuente: Encuesta de historia familiar, 2019

Elaboración: propia

El grupo de edad de 3 años representa el 24,4% (f=35) de la población infantil. Cabe indicar que en esta etapa los niños y niñas tienen habilidades relacionadas con el crecimiento y desarrollo óptimo, por tanto, el proceso madurativo se vería afectado de manera significativa en niños que presenten algún trastorno en la nutrición.

Tabla 11
Antecedentes patológicos familiares

		Número de familias	
		Frecuencia	%
Enfermedades	No	56	49,1%
	ACV	1	0,9%
	Diabetes	9	7,9%
	Hipertensión arterial	48	42,1%
	Total	114	100,0%

Fuente: Encuesta de historia familiar, 2019

Elaboración: propia

Considerando la predisposición genética de la etnia afrodescendiente para adquirir enfermedades crónicas, especialmente Hipertensión arterial; el 42,1% de las familias (f=48), indica que algún miembro dentro del núcleo familiar tiene Hipertensión arterial. Al indagar respecto a los controles médicos de los enfermos crónicos, se determina que

reciben atención médica en el centro de salud, visitas domiciliarias para control de signos vitales, educación y seguimiento por parte de CECOMET.

El análisis del perfil de morbilidad de la familia condiciona el estado de salud de los niños, debido a que la predisposición genética, los modos de vida y estilos de vida posteriormente se convierten en aspectos relevantes para que desarrollen la enfermedad.

A pesar de que mediante las encuestas no se reflejan casos significativos de accidentes cerebrovasculares y cáncer, la población tiene conocimiento de la realidad que enfrentan por el nivel de exposición, en algunos casos sin determinar las causas, pero lo consideran un riesgo latente debido a que han existido varias muertes en los últimos años por las enfermedades antes mencionadas.

Tabla 12
Esquemas de vacunación completos

		Valoración	
		Frecuencia	%
Esquemas completos	NO	2	1,8%
	SI	112	98,2%
	Total	114	100,0

Fuente: Encuesta de historia familiar, 2019

Elaboración: propia

El 98,2% (f=112) de las familias tienen niños con esquema de vacunación completo para la edad. Esto se atribuye a las estrategias de inmunización que aplica el personal de enfermería del centro de salud y la notificación por parte de técnicas de CECOMET que a través de visitas domiciliarias logran la revisión de carne y con búsqueda activa de casos de vigilancia epidemiológica notifican a la unidad operativa sobre el historial vacunal de niños y niñas.

Tabla 13
Procedencia de alimentación del CIBV

		Valoración	
		Frecuencia	%
Procedencia	No aplica	9	7,9%
	Adquiere alimentos	3	2,6%
	Lonchera	17	14,9%
	No asiste	75	65,8%
	No lleva lonchera	10	8,8%
	Total	114	100,0

Fuente: Encuesta de historia familiar, 2019

Elaboración: propia

Para identificar los patrones de consumo en el Centro Integral del Buen Vivir determinando el tipo de alimentación que les proporcionan, el 65.8% de las familias indica que los niños no asisten con regularidad y que los alimentos que consumen son aquellos que se brindan en el desayuno antes de acudir al centro.

Tabla 14
Valoración nutricional por índice de masa corporal

		Número de niños	
		Frecuencia	%
Valoración de IMC	Desnutrición aguda	8	5,6%
	Desnutrición aguda	7	4,9%
	Normal	123	86,0%
	Obesidad	2	1,4%
	Riesgo de sobrepeso	2	1,4%
	Sobrepeso	1	0,7%
	Total	143	100,0%

Fuente: Toma de medidas antropométricas, 2019

Elaboración: propia

Mediante el cálculo de IMC (índice de masa corporal) en los niños y niñas se determina que 86% presentan estado nutricional normal (f=123) y 5.6% desnutrición aguda (f=8). A pesar de que la prevalencia de casos se encuentra en índices normales hay que prestar atención a los casos vulnerables y que ya cuentan con un trastorno nutricional.

Tabla 15
Valoración nutricional IMC por edad

		Valoración nutricional IMC						
		Desnutrición aguda moderada	Desnutrición aguda severa o emaciación severa	Normal	Obesidad	Riesgo de sobrepeso	Sobrepeso	Total
Edad	<1	1	5	20	0	1	0	27
	1	0	0	24	1	0	0	25
	2	4	1	26	0	0	1	32
	3	3	1	30	1	0	0	35
	4	0	0	23	0	1	0	24
Total		8	7	123	2	2	1	143

Fuente: Toma de medidas antropométricas, 2019

Elaboración: propia

El dato relevante de la tabla 15 se encuentra en los niños que presentan desnutrición, considerando que 5 de los 7 niños que presentan este trastorno en la nutrición, son menores de 1 año, lo que indica que tuvieron una pérdida de peso reciente puede atribuirse a la ingesta mínima de alimentos o por enfermedades infecciosas como diarreas. La desnutrición en niños da indicios de que, durante el embarazo, las madres no tuvieron una alimentación balanceada o de manera temprana no incluyeron alimentos nutritivos en la dieta para evitar complicaciones a temprana edad. Cabe recalcar que en la cultura afrodescendiente es común incluir en la dieta de los niños menores de 5 años la ingesta de aguas aromáticas de plantas medicadas, colada de plátano y arroz de cebada, reemplazando la leche materna.

Tabla 16
Valoración nutricional peso y edad

		Número de niños	
		Frecuencia	%
Valoración nutricional	Normal	132	92,3%
	Obesidad	1	0,7%
	Peso bajo	4	2,8%
	Peso bajo severo	3	2,1%
	Riesgo de sobrepeso	2	1,4%
	Sobrepeso	1	0,7%
	Total	143	100,0%

Fuente: Toma de medidas antropométricas, 2019

Elaboración: propia

Al relacionar parámetros como el peso y edad en los niños se obtienen resultados similares a la valoración de estado nutricional por cálculo de índice de masa corporal, pero existen porcentajes mínimos que reflejan que hay niños y niñas que no cuentan con el peso adecuado para la edad lo que constituye un riesgo para la salud.

Tabla 17
Valoración nutricional talla y edad

		Número de niños	
		Frecuencia	Porcentaje
Valoración nutricional	Baja talla severa	10	7,0
	Normal	125	87,4
	Talla baja	8	5,6
	Total	143	100,0

Fuente: Toma de medidas antropométricas, 2019

Elaboración: propia

El indicador de relación de talla y edad permite identificar aspectos que condicionarían el crecimiento y desarrollo de los niños, debido a que pueden tener consecuencias como retraso en el desarrollo cognitivo, motor y del lenguaje, dificultades para desarrollar habilidades y destrezas, disminución del desempeño escolar, baja capacidad de aprendizaje, aumento en las tasas de morbilidad y mortalidad. Posteriormente se generan problemas a nivel de la familia y la comunidad por debilidades económicas, aumento de los costos para accesibilidad a servicios de salud especializados y procesos sociales irreversibles.

Conclusiones y propuestas

1. Conclusiones

El enfoque de la determinación social permitió analizar la salud de la comunidad con un enfoque integral expresado a través de tres dimensiones estructurales: general (contexto sociohistórico de la comunidad), particular (modo de vida de las familias) e individual (estilos de vida de las personas),

A nivel comunitario se evidencian procesos destructivos como: la contaminación del río, la falta de inversión pública en educación, ausencia de mecanismos de producción, debilidades en las fuentes de ingresos sostenibles, sustentables y amigables con el ambiente, presencia de empresas de extracción minera y palmicultoras, impacto por el uso de agroquímicos para controlar plagas en monocultivos. Los procesos antes mencionados incluyen sobre la estructura económica y enfoque social que se refleja en el tema de la presente investigación. Uno de los procesos protectores considerables es la organización social y la capacidad de resiliencia de la comunidad.

La inserción social constituye una variable relevante en este estudio, por tanto, surge el análisis integral del responsable económico del núcleo del hogar. El principal responsable económico se dedica a trabajos informales en la agricultura, destinando tierras para lograr ingresos, en empresas de extracción minera y una menor proporción de trabajadores en el sector público, por tanto, cabe indicar que los ingresos mensuales no superan el salario básico unificado, lo que establece un proceso de vulnerabilidad para las familias que se encuentran en condición de extrema pobreza y refleja en la salud de los niños menores de 5 años. A pesar de que no existen clases sociales definidas y no se logran identificar en el estudio, los ingresos económicos determinan mejores condiciones de la vivienda, accesibilidad a servicios de salud especializados y adquisición de productos para una alimentación balanceada.

La nutrición en los niños y niñas de Colón Eloy del María se relaciona de manera directa con los modos de vida de las familias entre ellos tenemos: patrones de consumo, accesibilidad a alimentos de fácil conservación, limitado acceso a productos del mar, menor tiempo de cocción, cambios en las prácticas de preparación, lo que ocasiona deficiencias en el aporte de nutrientes que desplazan los alimentos del medio y

constituyen acciones del consumismo indiscriminado que corroe el comportamiento histórico de la comunidad.

Al analizar la dimensión individual los datos más relevantes que se obtienen al calcular el índice de masa corporal es que el 86% de niños presentan estado nutricional normal (f=123) y 5.6% desnutrición aguda (f=8). A pesar de que la mayor prevalencia de niños se encuentra en rangos normales es importante identificar a los niños que poseen trastornos nutricionales y brindar un seguimiento estricto para evitar complicaciones en su salud.

2. Propuestas

La acción participativa de la comunidad con los programas que desarrollo social incrementan las posibilidades de obtener un plan de trabajo con instituciones como el MIES, MSP, SENAGUA, etc, para mejorar el estado de salud de una localidad, y de esa forma también crear espacios de ocupación de las personas que viven en este espacio ecológico y que debe relacionarse con las instituciones públicas y privadas que las rodean. La organización es primer paso para una transformación social, y con ello, cambiar los procesos destructivos ya que con el trabajo realizado la desnutrición de los niños y niñas de Colón Eloy de María, se encuentran más supeditados al ámbito sociocultural y demográficos.

Las responsabilidades inherentes a las autoridades locales y nacionales, no se están ejecutando en este territorio de manera integral, el código orgánico de organización territorial y descentralizada COOTAD, indica las competencias de las instituciones convirtiéndose en un aliado al buscar apoyo en la política pública, buscando así un trabajo conjunto que permita conseguir el anhelado buen estado de salud de una población.

A pesar de que los moradores de Colón Eloy del María tienen conocimiento pleno sobre la contaminación ambiental y el impacto en su salud, se requiere organización con líderes comunitarios para la toma de decisiones respecto a la problemática identificada.

Que cada uno de los proyectos del Gobierno Autónomo Descentralizado, SENAGUA, Ministerio de Salud y ONG's, estén entrelazados y tengan objetivos comunes para obtener resultados óptimos logrando el bienestar de la comunidad.

El Gobierno Autónomo Descentralizado debe establecer mecanismos sustentables, sostenibles para la producción y comercialización de productos locales, con instituciones de crédito en el cantón Eloy Alfaro, debido a que requiere fomentar la soberanía alimentaria a través de sistemas de producción agropecuaria familiar en la que

se desarrolla producción de agricultura y ganadería, cuya producción promoverá mejorar la calidad de vida de las familias de la parroquia.

Considerando que una de las principales causas de morbilidad en la comunidad es la Hipertensión arterial que se relaciona con el riesgo cardiovascular inminente, se requiere coordinar con Distrito de salud 08D02 Eloy Alfaro para el seguimiento de pacientes a través de planificación de visitas domiciliarias, campañas sobre consumo de alimentación saludable y técnicas de actividad física.

Siendo la educación un pilar fundamental para el desarrollo, si el principal responsable económico en la comunidad contara con procesos educativos para orientarlos en la comercialización de sus productos, tendría un mayor ingreso económico y mejoraría el estado nutricional la población de niños y niñas afrodescendientes de Colón Eloy de María. Además, considerando que la comunidad no cuenta con establecimiento de educación superior cercana, existe un proceso de migración evidente, porque las personas no regresan a trabajar en Colón Eloy para generar ingresos. Por tanto, es necesario fortalecer el proceso educativo que es primordial para la implementación de métodos productivos sostenibles y sustentables, que logren el desarrollo de la comunidad.

Lista de referencias

- Bertolozzi, María, y Mónica De la Torre. 2012. “Salud colectiva: fundamentos conceptuales”. *Revista Salud Areandina* .S26-s33
- Breilh, Jaime. 1995. *Nuevos conceptos y técnicas de investigación*. Ecuador. CEAS.
- .2003. “Perspectivas políticas, sociales y éticas de la investigación en una era de barbarie.” Conferência apresentada no II Encontro Internacional de Pesquisa em Enfermagem: trajetória espaço-temporal da Pesquisa., Brasil
- .2010. *Hacia una construcción emancipadora del derecho a la salud*. Programa Andino de Derechos Humanos, PADH, Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.
- . 2013a. “La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública (salud colectiva) (Epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica).” *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* *de* *Nacional* *de* *Salud* *Pública* <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3524/1/CON-107-Breilh%2c%20J.-La%20determinacion.pdf>.
- . 2013b. “La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)”. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 31(1): S13-S27.
- . 2014. “Epidemiología del siglo XXI y ciberespacio: repensar la teoría del poder y la determinación social de la salud”. Conferencia dictada en el IX Congreso Brasileño de Epidemiología, Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil.
- Carmona, Jaime, y Adriana Correa. 2014. “Determinación social de la desnutrición y el retardo sicomotor en preescolares de Urabá (Colombia). Un análisis con la Epidemiología Crítica”. *Revista salud pública*. Universidad de Antioquia. 41.
- Freire, Wilma, y otros. 2013. *Encuesta nacional de salud y nutrición*. Ecuador: Ministerio de Salud Pública.
- EC Gobierno Autónomo Descentralizado de Eloy Alfaro. 2015. Plan De Desarrollo y Ordenamiento Territorial 2015-2019
- Gómez, Carmen y Ana Cos. 2001. *Nutrición en atención primaria*. Madrid: Hospital Universitario La Paz.

- Granda, Edmundo. 2004. A qué llamamos salud colectiva, hoy. *Revista Cubana de Salud Pública*.
- Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias. 2015. *Informe de acciones y responsabilidades para hacer progresar la nutrición y el desarrollo sostenible*. Washington, DC
- EC INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censo). 2010. Censo de Población y Vivienda. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/base-de-datos-censo-de-poblacion-y-vivienda>
- Lartigue, Teresa. 1991. *Salud comunitaria: Una visión Panamericana*. México: Universidad Iberoamericana.
- Latham, Michel. 2002. *Nutrición humana en mundo en desarrollo*. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). Roma: Colección FAO: Alimentación y nutrición
- López, A. 2001. *Nutrición comunitaria. Nutrición en atención primaria. Unidad de Nutrición Clínica y Dietética*. Madrid: Hospital Universitario La Paz, 2001.
- Macias, Adriana, María Luisa Quintero, Esteban Camacho, y Juan Manuel Sánchez. 2009. "La tridimensionalidad del concepto de nutrición: su relación con la educación para la salud". *Revista chilena de Nutrición*, 36 (4).
- EC Ministerio de Inclusión Económica y Social. 2018. *En el Ecuador la tasa de desnutrición infantil bajó 18 puntos en los últimos 20 años*. EC Ministerio de Inclusión Económica y Social Ecuador: <https://www.inclusion.gob.ec/en-el-ecuador-la-tasa-de-desnutricion-infantil-bajo-18-puntos-en-los-ultimos-20-anos/>
- EC Ministerio de Salud Pública. 2012. Normas y Protocolos de Alimentación para niñas y niños menores de 2 años. Coordinación Nacional de Nutrición. Ecuador.
- Nunes, Everardo. 2009 "Salud Colectiva: historia de una idea y de un concepto." https://digitalrepository.unm.edu/lasm_cucs_es/45
- Organización Mundial de la Salud. 2014. "Documento final de la Conferencia: Declaración de Roma sobre la Nutrición" Centro de información de la Organización Mundial de la Salud, Roma. <http://www.fao.org/3/a-ml542s.pdf>
- . 2016. "Malnutrición". Organización Mundial de la Salud <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>

- Pedraza, Dixis Figueroa. 2004. *Estado nutricional como factor y resultado de la seguridad alimentaria y nutricional y sus representaciones en Brasil*. Brasil: Universidade Federal de Pernambuco,
- Pettoello, Massimo. 2005. "The social and environmental dimensions of nutrition science" *Public Health Nutrition*.
- Silberman, Pedro. 2011. "Qué es la salud colectiva." Universidad Nacional del Sur, Buenos Aires.
- Silva, Jairnilson 2006. "Desafios para a saúde coletiva no Século XXI". EDUFBA, Salvador
- Stotz, Eduardo.1997. "Saúde coletiva como projeto científico: teorias, problemas e valores na crise da modernidade". En: Canesqui AM, organizador. Ciências sociais e saúde. Hucitec, São Paulo:
- UNICEF. 2012. *Evaluación del crecimiento de niños y niñas*. Fondo las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF
http://www.unicef.org/argentina/spanish/Nutricion_24julio.pdf
- . 2014. "UNICEF resaltó la necesidad de promover una alimentación saludable para combatir la obesidad y desnutrición infantil". *UNICEF*. 28 de agosto.
https://www.unicef.org/media_27842.html
- Zamora, Joel. 2017. "Determinantes del estado nutricional en alumnos de 6 a 10 años de la Unidad Educativa Fiscal "16 de Octubre" de Limones Cantón Eloy Alfaro". Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Esmeraldas.

Anexos

Anexo 1: Operacionalización metodológica

Cap.	Objetivo	Técnicas de Investigación	Fuentes de Información	Variables/ categorías conceptuales
1	<ul style="list-style-type: none"> Determinar la segregación sociohistórica del territorio y su relación con la nutrición de niños y niñas afrodescendientes de 0 a 5 años de Colón Eloy del María. 	Diagnóstico participativo	Primaria Actores sociales claves	Contexto histórico Organización comunitaria Segregación histórica Conformación de la comunidad
2	<ul style="list-style-type: none"> Caracterizar los modos de vida, patrones de consumo y exposición de las familias afrodescendientes, para establecer la relación entre la inserción social y la situación de salud de niños y niñas afrodescendientes menores de 5 años de Colón Eloy del María. 	Encuesta familiar	Primaria Familias	Actividades de producción Consumo de agua segura Alimentación Higiene en el hogar Manipulación de alimentos Condición de vivienda Capacidad económica Acceso a educación básica Acceso a vivienda Hacinamiento Acceso a servicios de salud
3	<ul style="list-style-type: none"> Identificar los procesos protectores y destructivos de Colón Eloy del María, que influyen en la prevalencia de 	Diagnóstico participativo	Primaria Madres Niños y niñas de 5 a 9 años	Accesibilidad geográfica Procesos protectores y destructivos

	trastornos nutricionales en los niños y niñas.			Impacto ambiental en el territorio
--	--	--	--	------------------------------------

Anexo 2: Consentimiento previo, libre e informado

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

Ubicación por GPS _____/_____

Código de hogar _____

La Universidad Andina Simón Bolívar, interesada en analizar la situación de salud de la población vulnerable de la Provincia de Esmeraldas ha considerado pertinente desarrollar una investigación titulada: *Nutrición en niños y niñas afrodescendientes de Colón Eloy del María, Provincia de Esmeraldas. un enfoque desde la epidemiología crítica*

Para lograr este objetivo es necesaria la participación de los individuos y las familias que constituyen la comunidad por medio de entrevistas familiares e individuales y además se realizará toma de medidas antropométricas (peso y talla).

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

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

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

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

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

Representante de un menor

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

Anexo 3: Cuestionario de historia familiar

**UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR. SEDE ECUADOR
ÁREA DE SALUD
MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGIA Y SALUD COLECTIVA**

1. IDENTIFICACIÓN

Nº Encuesta _____

Parroquia: _____ Comunidad: _____

Código hogar: _____ Código georreferenciación: _____

Datos de la madre/cuidador: _____

Nº Habitantes del hogar: _____ Número de niños menores de 5 años: _____

Número de dormitorios: _____

2. DATOS DE JEFE DEL HOGAR Y MADRE/CUIDADOR

Apellidos y Nombres	Sexo		Edad	Grado de escolaridad	Estado civil					Discapacidad		Tipo Discapacidad	Parentesco	Ocupación
	M	F			C	S	U L	D	V	SI	NO			

3. DATOS DE LA VIVIENDA Y SANEAMIENTO AMBIENTAL

Tipo de vivienda	Pertenencia	Estado de la vivienda	Dotación de servicios básicos en viviendas	Eliminación de desechos sólidos	Eliminación de agua y excretas
Mixta	Propia	Bueno	Agua Potable	Carro Recolector	Alcantarillado
Hormigón	Arrendada	Regular	Luz eléctrica	Quema	Pozo séptico
Caña	Prestada	Malo	Alcantarillado	Entierra	Letrina
Madera			Teléfono	Arroja en un lugar	Campo abierto

4. CONSUMO Y TRATAMIENTO DEL AGUA, ALMACENAMIENTO, HIGIENE Y PREPARACION DE ALIMENTOS

Consumo del agua	Tratamiento del agua	Higiene de alimentos	Conservación de alimentos	Responsable de preparación de alimentos en el hogar	¿Han existido cambios en la preparación de alimentos?
Potable	Clora	Lava las frutas y vegetales	Seca	Madre	SI
Río	Hierve	Lava las carnes	Guarda	Padre	NO
Tanquero	Filtro	Hierve los alimentos	Refrigeración	Abuelo/a	¿Cuáles?
Pozo	No trata	No le da tratamiento	No almacena	Hermano/a	
				Otros	

5. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y CRONICAS (FAMILIA)

Enfermedades crónicas actuales		Quando enferman a donde acuden	Antecedentes patológicos familiares
Hipertensión arterial	Insuficiencia cardiaca	Médico particular	Hipertensión arterial
Diabetes	Insuficiencia renal	SCS MSP	Diabetes
Cáncer	Otras	Hospital	Cáncer
ACV	¿Cuales?	Curandero	ACV

6. ENFERMEDADES PREVALENTES EN NIÑOS Y NIÑAS

Gastrointestinales	Respiratorias	Dérmicas	Vectoriales
Parasitosis	IRA	Hongos	Zika
Infecciones	Alergias	Dermatitis	Dengue
Amebiasis	Neumonía	Escabiosis	Chikungunya
Diarreas	Influenza		Paludismo

7. INSERCIÓN SOCIAL (*INSOC)

7.1. De esas personas, cuál es el principal responsable económico del mantenimiento, estudios y otras necesidades de la familia?

1= Usted mismo, 2= Conyugue, 3= Padre, 4= Madre, 5=Padraastro/madrastra, 6=Otro familiar cercano, 7= Otro: _____

7.2. ¿La ocupación del/el principal responsable económico es? _____

1=Profesional con título que trabaja en empresa particular, 2= Profesional con título que trabaja para el estado
3=Empleado de empresa particular no titulado, 4= Empleado público no titulado, 5=Comerciante propietario de pequeño negocio
8= Obrero o trabajador manual de empresa no propia, 9=Pequeño trabajador agrícola, 10= Trabajadora doméstica no remunerada
11= Jubilado, 12 Otra. ¿Cuál?

7.3. El/el principal responsable económico, para la producción es propietario de: _____

1=Locales, 2=Tierra, 3=Máquinas (vehículo), 4=Herramientas, 5=Mercadería

7.4. ¿Cuál es la tarea principal del/la responsable en el trabajo? _____

1=Hace el trabajo, 2=Dirige y organiza el trabajo de otros, 3=Hace y dirige el trabajo, 4=No aplica _____

7.5. ¿Cuál es la fuente más importante de los ingresos del/el principal responsable económico? _____

1=Alquiler de propiedad, 2=Jornal diario o por semana, 3=Negocio particular, 4=Pensión Jubilar, 5= Sueldo como empleado del sector público, 6= Sueldo como empleado de empresa sector privado, 7=Sueldo como empleada doméstica, 8=Ventas ambulantes, 9= Donaciones de familiares, 10= Pensiones de familiares o bono, 11= Otros

**7.6 ¿Cuál es el promedio de ingresos mensuales? _____

1= Menos de 240 hasta 240 dólares, 2= De 250 en adelante

7.6 ¿El principal responsable económico es? _____

1=Hombre, 2=Mujer

7.7. ¿Con cuál de los siguientes grupos étnicos se autoidentifica el responsable económico? _____

1= Afrodescendiente, 2= Mestizo, 3= Indígena, 4=Negro, 5=Otro: _____

7.8 Grupo de edad aproximado del principal responsable económico

1=Adolescente (12-17 años), 2=Adulto muy joven (19-20 años), 3=Adulto joven (21-40 años), 4=Adulto (41-64 años), 5=Adulto mayor (65 y más años)

8. FAMILIOGRAMA

9. DATOS DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS

Código:	Apellidos y Nombres:	Fecha de nacimiento: Edad:	Esquema completo vacunas SI: NO:	Cédula de identidad de
Código:	Apellidos y Nombres:	Fecha de nacimiento: Edad:	Esquema completo vacunas SI: NO:	Cédula de identidad de
Código:	Apellidos y Nombres:	Fecha de nacimiento: Edad:	Esquema completo vacunas SI: NO:	Cédula de identidad de
Código:	Apellidos y Nombres:	Fecha de nacimiento: Edad:	Esquema completo vacunas SI: NO:	Cédula de identidad de
Código:	Apellidos y Nombres:	Fecha de nacimiento: Edad:	Esquema completo vacunas SI: NO:	Cédula de identidad de

* Instrumento adaptado de INSOC de Jaime Breilh

** Pregunta de elaboración propia. No pertenece a INSOC

10. DETALLE DE PATRONES DE CONSUMO

Frecuencia diaria de comidas	Lactancia materna	Procedencia de alimentación CIBV	Alimentos consumidos en refrigerios CIBV	¿Con quién come el niño/a en casa?	¿Quién cuida al niño (a) en la casa?
1 <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Hasta 6 meses <input type="checkbox"/> + 6 meses <input type="checkbox"/>	Lonchera <input type="checkbox"/>	Frutas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Madre
2 <input type="checkbox"/>		No lleva lonchera <input type="checkbox"/>	Carbohidratos <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Padre
3 <input type="checkbox"/>		Adquiere alimentos <input type="checkbox"/>	Frituras <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Abuelo/a	<input type="checkbox"/> Abuelo/a
+3 <input type="checkbox"/>		No consume <input type="checkbox"/>	Snack <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hermano/a	<input type="checkbox"/> Hermano/a

11. ALIMENTACIÓN DIARIA FRECUENTE DE NIÑOS Y NIÑAS:

DESAYUNO <input type="checkbox"/>	Opción 1 (agua aromática, colada, pan) Opción 2 (Leche, cereal, fruta, queso, pan) Opción 3 (plátano, queso, jugo natural) Opción 4 (No consume alimentos)	REFRIGERIO <input type="checkbox"/>	Opción 1 (fruta o yogurt) Opción 2 (Leche, cereal, fruta) Opción 3 (snack o frituras) Opción 4 (No consume alimentos)
ALMUERZO <input type="checkbox"/>	Opción 1 (arroz, porción de carne, plátano, jugo natural) Opción 2 (verduras, porción de carne, agua) Opción 3 (arroz, porción de carne, lentejas o frejoles, verduras, legumbres, plátano, agua)	MEDIA TARDE <input type="checkbox"/>	Opción 1 (fruta o yogurt) Opción 2 ((snack o frituras) Opción 3 (patacones, hamburguesa, alitas) Opción 4 (No consume alimentos)
MERIENDA <input type="checkbox"/>	Opción 1 (agua aromática, colada, pan) Opción 2 (arroz, porción de carne, plátano, jugo natural) Opción 3 (plátano, queso, jugo natural)	Observaciones	En lactantes que solo consumen seno materno, leche de fórmula o líquidos varios aplicar Opción 5

