

UNEMI

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

REPÚBLICA DEL ECUADOR

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN APLICADA Y/O DE DESARROLLO

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA

CON MENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

TEMA:

**FORTALECIMIENTO INTEGRAL DEL PROGRAMA ENECSDI
APLICADO A LOS NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS EN EL CENTRO
DE SALUD PASCUALES.**

AUTOR:

**LOZANO MORANTE JULIO ANTONIO
MONTIEL SALAZAR XIOMARA SONIA**

TUTOR:

QUIROGA TORRES TANNIA ELIZABETH

Milagro, 2025

Derechos de Autor

Sr. Dr.

Fabricio Guevara Viejó

Rector de la Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Yo, **Lozano Morante Julio Antonio**, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de este informe de investigación, mediante el presente documento, libre y voluntariamente cedo los derechos de Autor de este proyecto de desarrollo, que fue realizada como requisito previo para la obtención de mi Grado, de **Magíster en Salud Pública con Mención en Atención Primaria de Salud**, como aporte a la Línea de Investigación **Atención Primaria de la salud en el Contexto Familiar Y Comunitario** de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de este Proyecto de Investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, 20 de noviembre del 2024



Presentado e inscrito digitalmente por:
**JULIO ANTONIO
LOZANO MORANTE**

Lozano Morante Julio Antonio
C.I. 0929818526

Derechos de Autor

Sr. Dr.

Fabricio Guevara Viejó

Rector de la Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Yo, **Montiel Salazar Xiomara Sonia**, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales de este informe de investigación, mediante el presente documento, libre y voluntariamente cedo los derechos de Autor de este proyecto de desarrollo, que fue realizada como requisito previo para la obtención de mi Grado, de **Magíster en Salud Pública con Mención en Atención Primaria de Salud**, como aporte a la Línea de Investigación **Atención Primaria de la salud en el Contexto Familiar Y Comunitario** de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de este Proyecto de Investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

La autora declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, 20 de noviembre del 2024



Montiel Salazar Xiomara Sonia
C.I. 0922298989

Aprobación del Director del Trabajo de Titulación

Yo, **Quiroga Torres Tannia Elizabeth**, en mi calidad de director del trabajo de titulación, elaborado por **Lozano Morante Julio Antonio** y **Montiel Salazar Xiomara Sonia**, cuyo tema es **Fortalecimiento integral del programa ENECSDI aplicado a los niños menores de 2 años en el Centro de Salud Pascuales**, que aporta a la Línea de Investigación **Atención Primaria de la salud en el Contexto Familiar Y Comunitario**, previo a la obtención del Grado Magíster en Salud pública con mención en atención en primaria de salud. Trabajo de titulación que consiste en una propuesta innovadora que contiene, como mínimo, una investigación exploratoria y diagnóstica, base conceptual, conclusiones y fuentes de consulta, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios para ser sometido a la evaluación por parte del tribunal calificador que se designe, por lo que lo APRUEBO, a fin de que el trabajo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación de la alternativa de Informe de Investigación de la Universidad Estatal de Milagro.

Milagro, 20 de noviembre del 2024



Firmado electrónicamente por:
**TANNIA
ELIZABETH
QUIROGA TORRES**

Quiroga Torres Tannia Elizabeth MSG.

C.I.: 1803754645

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE POSGRADO
CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA

El TRIBUNAL CALIFICADOR previo a la obtención del título de **MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**, presentado por **ENF. LOZANO MORANTE JULIO ANTONIO**, otorga al presente proyecto de investigación denominado "FORTALECIMIENTO INTEGRAL DEL PROGRAMA ENECSDI APLICADO A LOS NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS EL CENTRO DE SALUD PASCUALES.", las siguientes calificaciones:

TRABAJO DE TITULACION	58.33
DEFENSA ORAL	36.00
PROMEDIO	94.33
EQUIVALENTE	Muy Bueno



Escaneo QR con el código QR
KATHERINE DENISSE
SUAREZ GONZALEZ

Lic. SUAREZ GONZALEZ KATHERINE DENISSE
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL



Escaneo QR con el código QR
MARIELA LIBELLY
LOZADA MEZA

Dra. LOZADA MEZA MARIELA LIBELLY
VOCAL



Escaneo QR con el código QR
SUSANA ISABEL
REINOSO BRITO

Lic. REINOSO BRITO SUSANA ISABEL
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE POSGRADO
CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA

El TRIBUNAL CALIFICADOR previo a la obtención del título de **MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**, presentado por **ENF. MONTIEL SALAZAR XIOMARA SONIA**, otorga al presente proyecto de investigación denominado "FORTALECIMIENTO INTEGRAL DEL PROGRAMA ENECSDI APLICADO A LOS NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD PASCUALES.", las siguientes calificaciones:

TRABAJO DE TITULACION	58.33
DEFENSA ORAL	36.33
PROMEDIO	94.67
EQUIVALENTE	Muy Bueno



Escaneo digitalizado por:
**KATHERINE DENISSE
SUAREZ GONZALEZ**

Lic. SUAREZ GONZALEZ KATHERINE DENISSE
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL



Escaneo digitalizado por:
**MARIELA LIBELLY
LOZADA MEZA**

Dra. LOZADA MEZA MARIELA LIBELLY
VOCAL



Escaneo digitalizado por:
**SUSANA ISABEL
REINOSO BRITO**

Lic. REINOSO BRITO SUSANA ISABEL
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL

Dedicatoria

Me gustaría dedicar esta Tesis a toda mi familia por su comprensión y ayuda en momentos malos y buenos. Me han enseñado a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi perseverancia y mi empeño, y todo ello con una gran dosis de amor y sin pedir nunca nada a cambio. Para mi esposa y a mis hijos David y Abigail, a ellos especialmente le dedico esta Tesis. Por su paciencia, por su comprensión, por su empeño, por su fuerza, por su amor, por ser tal y como es. Es la persona que más directamente ha sufrido las consecuencias del trabajo realizado. Realmente ellos me llenan por dentro para conseguir un equilibrio que me permitan dar lo máximo de mí. Nunca podré estar suficientemente agradecido. Ellos son lo mejor que me ha pasado, y darme el último empujón para terminar este trabajo de investigación. Es sin duda mi referencia para el presente y para el futuro. A todos ellos, muchas gracias de todo corazón.

Agradecimientos

En primer lugar, les agradezco a Dios que sin él no podía lograr todo lo que he obtenido a mi familia que siempre me han brindado su apoyo incondicional para poder cumplir todos mis objetivos personales y académicos. Ellos son los que con su cariño me han impulsado siempre a perseguir mis metas y nunca abandonarlas frente a las adversidades. Le agradezco a mi tutor por su dedicación y paciencia, sin sus palabras y correcciones precisas no hubiese podido lograr llegar a esta instancia tan anhelada. Son muchos los docentes que han sido parte de mi camino universitario y compañeros en mi camino profesional, a todos ellos les quiero agradecer por transmitirme los conocimientos necesarios para hoy poder estar aquí. Falta palabras de agradecimiento para todo este trayecto que he tenido en mi vida sin nada más que decir logro obtenido

Resumen

Este trabajo de titulación analizó el fortalecimiento integral del programa ENECSDI (Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil) en menores de 2 años. Mediante un enfoque cuantitativo, descriptivo y no experimental, analizó el desarrollo de esta estrategia en el Centro de Salud Pascuales. Por lo tanto, el objetivo fue fortalecer el programa ENECSDI en el Centro de Salud Pascuales para mejorar la calidad de la atención y el desarrollo integral de los niños menores de 2 años. Los resultados revelaron que el paquete priorizado completo tiene predominio en niños (52%) que en niñas (48%), siendo atendidos menores de 0 a 11 meses (61,80%). En cuanto al paquete priorizado es evidente que desde Enero del 3,02% aumentó hasta el 42,88% de menores en Agosto, mostrando así mismo un aumento del 26,92% en Enero hasta el 37,23% en Agosto. En cuanto al estado nutricional, el 93,79% que recibió la primera prescripción y el 95,50% que recibió una segunda prescripción tenían un IMC normal. Referente a las consejerías recibidas los cuidadores de niños (35,25%) recibieron charlas de alimentación complementaria y los cuidadores de las niñas sobre lactancia materna (38,15%). En conclusión, el fortalecimiento del programa ENECSDI en el Centro de Salud Pascuales ha contribuido a mejorar la calidad de la atención y el desarrollo integral de los niños menores de 2 años, como se evidencia en el aumento del cumplimiento del paquete priorizado, la mejora en el estado nutricional y el impacto positivo de las estrategias de seguimiento.

Palabras clave: ENECESDI; Desarrollo infantil; Estado nutricional; Consejerías.

Abstract

This thesis analyzed the comprehensive strengthening of the ENECSDI program (National Strategy Ecuador Grows Without Child Malnutrition) in children under 2 years of age. Using a quantitative, descriptive and non-experimental approach, it analyzed the development of this strategy at the Pascuales Health Center. Therefore, the objective was to strengthen the ENECSDI program at the Pascuales Health Center to improve the quality of care and the comprehensive development of children under 2 years of age. The results revealed that the complete prioritized package has a predominance in boys (52%) than in girls (48%), with children from 0 to 11 months being cared for mostly (61.80%). Regarding the prioritized package, it is evident that from January 3.02% increased to 42.88% of children in August, also showing an increase from 26.92% in January to 37.23% in August. Regarding nutritional status, 93.79% of those who received the first prescription and 95.50% who received a second prescription had a normal BMI. Regarding the counseling received, child caregivers (35.25%) received mostly talks on complementary feeding and girls' caregivers on breastfeeding (38.15%). In conclusion, the strengthening of the ENECSDI program at the Pascuales Health Center has contributed to improving the quality of care and the comprehensive development of children under 2 years of age, as evidenced by the increase in compliance with the prioritized package, the improvement in nutritional status and the positive impact of follow-up strategies.

Keys word: ENECESDI; Child development; Nutritional status; Counseling.

Lista de Tablas

Tabla 1 Operacionalización de Variables.....	11
Tabla 2 Características sociodemográficas	36
Tabla 3 Porcentaje de niños que cumplen el paquete priorizado y han recibido controles de rutina	37
Tabla 4 Estado del niño de acuerdo a la talla para la edad distribuido por sexo...	39
Tabla 5 Estado del niño de acuerdo al peso para la edad distribuido por sexo	41
Tabla 6 Estado del niño de acuerdo al IMC/edad distribuida por sexo.....	43
Tabla 7 Estado del niño de acuerdo al peso para la longitud distribuido por sexo	45
Tabla 8 Consejerías recibidas por los cuidadores de niños.....	47
Tabla 9 Prescripción de micronutrientes en niños menos de 24 meses.....	48
Tabla 10 Sensibilidad y especificidad del análisis de índice de desnutrición crónica versus paquete priorizado	50
Tabla 11 Sensibilidad y especificidad del análisis de índice de desnutrición aguda versus paquete priorizado	52
Tabla 12 Validación de hipótesis: Prueba de Chi Cuadrado	54

Lista de Gráficos

Gráfico 1 Características sociodemográficas.....	36
Gráfico 2 Porcentaje de niños que cumplen el paquete priorizado y han recibido controles de rutina	38
Gráfico 3 Estado del niño de acuerdo a la talla para la edad distribuido por sexo	39
Gráfico 4 Estado del niño de acuerdo al peso para la edad distribuido por sexo .	41
Gráfico 5 Estado del niño de acuerdo al IMC/edad distribuida por sexo	43
Gráfico 6 Estado del niño de acuerdo al peso para la longitud distribuido por sexo	45
Gráfico 7 Consejerías recibidas por los cuidadores de niños	47
Gráfico 8 Prescripción de micronutrientes en niños menos de 24 meses	48

Índice / Sumario

Contenido	
Derechos de Autor	II
Aprobación del Director del Trabajo de Titulación	IV
Aprobación del Tribunal Calificador	V
Dedicatoria	IX
Agradecimientos	X
Resumen.....	XI
Abstract.....	XII
Lista de Tablas.....	XIII
Lista de Gráficos.....	XIII
Índice / Sumario.....	XIV
Introducción.....	1
CAPÍTULO I: El Problema de la Investigación.....	4
1.1. Planteamiento del problema	4
1.2. Delimitación del problema.....	8
1.3. Formulación del problema.....	8
1.4. Preguntas de investigación.....	8
1.5. Objetivos.....	8
1.5.1 Objetivo general.....	8
1.5.2 Objetivos específicos.....	9
1.6. Hipótesis.....	9
1.7. Justificación	9
1.8. Declaración de las variables (Operacionalización).....	11
CAPÍTULO II: Marco Teórico Referencial	13
2.1. Antecedentes Referenciales	13
2.2. Marco Conceptual	16
2.2.1. Desnutrición Infantil	16
2.2.2. Desarrollo Infantil.....	16

2.2.3. Valoración antropométrica.....	18
2.2.4. Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil.....	25
2.2.5. Esquema de vacunación completo y oportuno.....	26
2.2.6. Control prenatal.....	27
2.2.7. Control del niño sano.....	27
2.2.8. Servicios de desarrollo infantil integral.....	28
2.2.8. Sesiones de educación, consejería en prácticas saludables y de cuidado	29
2.3. Marco Teórico.....	31
CAPÍTULO III: Diseño Metodológico.....	33
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	33
3.1.1. Investigación cuantitativa.....	33
3.1.2. Investigación descriptiva.....	33
3.1.3. Diseño no experimental.....	33
3.2. Población y Muestra.....	34
3.3. Los métodos y las técnicas.....	34
3.3.1. Método empírico.....	34
3.3.2. Técnica observación indirecta.....	34
3.3. Procesamiento estadístico de la información.....	35
CAPÍTULO IV: Análisis e Interpretación de Resultados.....	36
4.1. Análisis e interpretación de resultados.....	36
4.2. Análisis Comparativo.....	50
4.3. Verificación del Chi Cuadrado.....	54
CAPÍTULO V: Discusión, conclusiones y recomendaciones.....	55
5.1. Discusión.....	55
5.1. Conclusiones.....	58
5.3. Recomendaciones.....	59
ANEXOS.....	67

Introducción

Según (Francke & Acosta, 2021) el desarrollo de la primera infancia es una parte importante de la salud, el bienestar y el éxito de un niño. Durante los primeros años, se establecen las bases para el desarrollo cognitivo, emocional y social, lo que impacta en la capacidad del niño para aprender, relacionarse y adaptarse a su entorno. Diversos estudios y programas implementados a nivel global han subrayado la importancia de intervenciones tempranas que aborden múltiples aspectos del desarrollo infantil, tales como la nutrición, la salud física y el apoyo emocional

La Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil (ENECSDI) en Ecuador se enmarca dentro de los esfuerzos globales para promover el desarrollo de los niños desde sus primeros años de vida. A través de esta herramienta se garantiza que los niños cuenten con herramientas para un desarrollo óptimo, reduciendo así las brechas de desigualdad que podrían afectar su futuro rendimiento académico y social. Además, la estrategia incluye la formación y el empoderamiento de padres y cuidadores, reconociendo la importancia del entorno familiar y comunitario en el desarrollo infantil.

En este contexto, (Candela, 2020) destaca en su investigación la efectividad de programas como Head Start en Estados Unidos y las estrategias integrales en Chile y Colombia, las cuales han demostrado tener un impacto significativo en la reducción de la desnutrición infantil y en el desarrollo de los niños. Estas iniciativas han sido pioneras en la implementación de enfoques holísticos que no se limitan a la nutrición, sino que también incorporan servicios esenciales como el acceso a la salud, la educación y el apoyo familiar, contribuyendo de manera sustancial al bienestar general del niño.

Estas estrategias no solo se enfocan en brindar apoyo nutricional desde una edad temprana, sino que también incluyen una serie de servicios integrados que son fundamentales para el desarrollo del niño. Entre estos servicios se encuentran el

acceso a atención médica, una adecuada alimentación, y el apoyo a las familias para crear un entorno seguro y saludable en el hogar. Los resultados obtenidos a través de estas intervenciones muestran que los niños que participan en estas estrategias no solo tienen un mejor estado nutricional, sino que también desarrollan habilidades sociales más sólidas y disfrutan de una mejor salud general (Espinosa, 2020).

El programa ENECSDI de Ecuador tiene como objetivo replicar los éxitos internacionales al ofrecer oportunidades integrales para el desarrollo de niños menores de cinco años (Ochoa et al., 2021). Para lograrlo, la estrategia se enfoca en empoderar a padres y cuidadores mediante la educación y la formación, para asegurar que cuenten con las herramientas necesarias para apoyar el desarrollo holístico de los niños. Además, se brinda un respaldo completo en áreas como la salud y la nutrición, para garantizar que los niños reciban el cuidado y la atención adecuados desde sus primeros años de vida. De este modo, se sientan las bases para un desarrollo saludable y se promueve el éxito a largo plazo en las diversas etapas de su vida.

Los problemas generales en el Centro de Salud Pascuales con la implementación del ENECSDI son los siguientes:

- Recursos limitados: La disponibilidad de recursos nutricionales y materiales educativos en el Centro de Salud Pascuales ha sido limitada, lo que restringe la capacidad de proporcionar un apoyo integral adecuado a los niños.
- Capacitación del personal: Existe una necesidad de capacitación continua del personal de salud en las mejores prácticas para la prevención de la desnutrición infantil. El conocimiento y las habilidades del personal son importantes para la implementación efectiva de la ENECSDI.
- Participación comunitaria: La participación activa de la comunidad y de los padres en la estrategia ha sido insuficiente. La involucración de los padres es esencial para asegurar que las prácticas de cuidado y nutrición se extiendan más allá del centro de salud y se apliquen en el hogar.

- **Infraestructura:** Las instalaciones del Centro de Salud Pascuales necesitan mejoras para crear un entorno seguro y propicio para los niños. Una infraestructura adecuada es fundamental para apoyar su bienestar nutricional y su desarrollo.

Estos antecedentes destacan la imperiosa necesidad de un fortalecimiento integral del programa ENECSDI en el Centro de Salud Pascuales. Abordar las limitaciones actuales no solo es necesario para optimizar la implementación del programa, sino también para robustecer la capacidad del centro y de la comunidad en su conjunto. Este fortalecimiento es esencial para asegurar un apoyo efectivo y sostenido al desarrollo infantil, para asegurar que cada niño reciba las oportunidades necesarias para un crecimiento y bienestar óptimos.

El diseño metodológico de este estudio se fundamentará en un enfoque cuantitativo, orientado a evaluar el fortalecimiento integral del programa ENECSDI en niños menores de 2 años en el Centro de Salud Pascuales. Los datos se obtendrán a partir de la base de datos del sistema del Centro de Salud, lo que permitirá recolectar información precisa y detallada sobre la implementación del programa, sus resultados y las áreas de mejora. Esta metodología permitirá la objetividad de los datos, para proporcionar una base sólida para evaluar la efectividad del programa en el contexto específico del centro de salud.

CAPÍTULO I: El Problema de la Investigación

1.1. Planteamiento del problema

El problema a investigar es la insuficiencia en la implementación actual de la Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil (ENECSDI) en el Centro de Salud Pascuales, con un enfoque particular en niños menores de 2 años. Aunque la estrategia fue diseñada con el objetivo de proporcionar una atención que abarque salud y nutrición, se han identificado deficiencias que limitan su efectividad. Estas deficiencias se agrupan en cuatro áreas principales: recursos, capacitación del personal, participación comunitaria e infraestructura.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), describe que en el año 2022, se estimó que 149 millones de niños menores de 5 años tenían retraso del crecimiento, 45 millones sufrían emaciación y 37 millones tenían sobrepeso u obesidad. La malnutrición en todas sus formas afecta a todos los países y es uno de los mayores desafíos de salud global. En respuesta, la Asamblea General de las Naciones Unidas proclamó el Decenio de Acción sobre la Nutrición (2016-2025) para abordar la malnutrición, estableciendo metas concretas para 2025 y contribuyendo a los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en los ODS 2 y 3 (World Health Organization, 2024).

En América Latina, estudios como el de Amaro (2024), revelan que Haití presenta el mayor índice de desnutrición infantil en la región, con un 53.4%, mientras que Perú muestra una tasa del 14.6%. Cuba, por su parte, es el único país donde no se reporta desnutrición infantil. Estos índices tan variados han llevado a cada país a desarrollar estrategias y programas específicos para abordar y reducir la desnutrición infantil. En Haití, se ha desarrollado programas intensivos de asistencia alimentaria y nutricional, mientras que en Perú y otros países con menores tasas de desnutrición, se están fortaleciendo las políticas de salud y educación para mejorar la nutrición infantil. La diversidad en las tasas de desnutrición refleja la necesidad

de enfoques adaptados a las realidades de cada país para enfrentar este desafío de manera efectiva.

En países como Perú, donde se señala que Los esfuerzos para reducir la prevalencia de la desnutrición infantil siguen siendo fundamentales. El 2 de julio de 2018, se ratificó un Decreto Supremo que implementa un enfoque multisectorial para combatir la desnutrición, junto a 14 ministerios gubernamentales. A medida que el gobierno peruano avanza en la implementación de políticas para abordar la desnutrición en el país, es necesario llevar a cabo evaluaciones adicionales de estas políticas y programas para identificar poblaciones vulnerables y mejorar la efectividad de las intervenciones (Berky et al., 2020).

En Colombia, el Plan de Mejoramiento Alimentario y Nutricional de Antioquia (Plan MANÁ) se implementó para combatir la desnutrición infantil en la región, enfocándose en mejorar el estado nutricional de los niños menores de 6 años y garantizar su acceso a alimentos suficientes y nutritivos. El programa incluyó componentes para aumentar el consumo de alimentos locales y fortalecer la seguridad alimentaria. Los resultados fueron positivos, con la creación de 38 iniciativas comunitarias que contribuyeron a mejorar el acceso a alimentos y se implementaron modelos de intervención con buenas prácticas para fortalecer la nutrición infantil y gestionar mejor los recursos alimentarios (PAHO, 2022).

En este contexto, en Argentina, la desnutrición infantil se ve afectada por un proceso de transición nutricional con características diversas a nivel provincial y regional. Los cambios en los patrones de consumo, impulsados por bajos ingresos y niveles educativos, han llevado a un aumento en el consumo de alimentos económicos, ricos en azúcar, harinas y grasas, pero bajos en valor nutricional. Esta transición ha provocado un incremento en los casos de desnutrición infantil, en especial en los grupos más vulnerables. Aunque la obesidad también ha aumentado, con ocho de cada cien niños afectados en los últimos 20 años y trece de cada cien en la última década, la desnutrición sigue siendo una preocupación significativa en ciertas regiones del país (Lomaglio y Agüero, 2022).

En Ecuador, a través de una encuesta del Instituto Nacional de Estadística y Censos en el 2023 revela que el 1% de los menores de 2 años sufre de desnutrición crónica infantil. La región rural de la Sierra presenta el mayor porcentaje, con un 27.7% de niños afectados. Entre los hogares más pobres del país, el 24% de los niños menores de 2 años padece esta condición, mientras que en los hogares más ricos, la desnutrición crónica infantil afecta solo al 15.2% de los niños (INEC, 2023).

Las provincias con los mayores niveles de desnutrición infantil son Chimborazo, con un 35.1%; Bolívar, con un 30.3%; y Santa Elena, con un 29.8%. Además, el 33.4% de los niños indígenas menores de 2 años sufren de desnutrición crónica, en contraste con el 2% de los niños mestizos, el 15.7% de los niños afroecuatorianos y el 15.0% de los niños montubios. Estos datos sitúan a Ecuador como el cuarto país con el mayor índice de desnutrición infantil en la región, después de Honduras (19.9%), Haití (20.4%) y Guatemala (42.8%) (INEC, 2023).

En el Centro de Salud Pascuales, se evidencia un problema significativo en la implementación del programa ENECSDI, en particular en lo que respecta al acceso y continuidad en las consultas médicas para los menores. Las madres, enfrentan múltiples barreras que dificultan llevar a sus hijos a las consultas necesarias. Una de las razones más frecuentes es el simple olvido de las fechas programadas para las visitas médicas. Esto no solo afecta la regularidad de los controles de salud, sino que también impacta en la eficacia del programa, dado que la continuidad es esencial para la detección temprana y la prevención de la desnutrición infantil.

Otro desafío importante es la falta de recursos económicos. La realidad de muchos hogares en la zona de Pascuales es que, aunque valoren la importancia de las consultas médicas, no siempre disponen del dinero necesario para cubrir los gastos de transporte hasta el centro de salud. Esta limitación económica se convierte en un obstáculo considerable, que priva a los menores del seguimiento adecuado que necesitan durante sus primeros años de vida.

La inseguridad del sector también tiene un papel importancia en la disminución de la asistencia a las consultas. Pascuales ha sido testigo de un incremento en la ola

de crímenes y asesinatos, lo que genera temor entre los padres de familia. Este ambiente de inseguridad desalienta a muchas madres a acudir al centro de salud, para priorizar la seguridad de sus hijos y la suya propia sobre las visitas médicas.

Además de estos factores externos, existen deficiencias en el manejo del programa dentro del Centro de Salud Pascuales. En cuanto al seguimiento del Componente Nutricional Hogareño (CNH), se han reportado casos donde la información adecuada no es transmitida de forma correcta, lo que genera lagunas en el proceso de atención. La falta de consistencia en la comunicación y el seguimiento adecuado compromete la calidad de la atención brindada.

Otro problema identificado es la falta de gestión adecuada de la información durante los cortes de energía programados que afectaron la zona. En varias ocasiones, el personal de salud se olvidaba de subir la información de los pacientes pediátricos al sistema, lo que generaba desorganización y pérdida de datos para el seguimiento de los menores. Esto, sumado al alto número de pacientes que atiende el centro de salud, provoca que la estrategia ENECSDI a veces quede relegada a un segundo plano, y afecte a la eficacia del programa.

Por otra parte, se han reportado deficiencias en el sistema que, en ocasiones, provocan la pérdida de paquetes de información, lo que repercute en la atención y seguimiento de los niños. Estas fallas no solo generan frustración entre el personal de salud, sino que también ponen en riesgo la continuidad del cuidado necesario para los niños menores de 2 años. La suma de estos problemas resalta la necesidad urgente de un fortalecimiento del programa ENECSDI en este centro de salud, para garantizar que todos los niños reciban la atención que necesitan y merecen.

A pesar de estas deficiencias, el fortalecimiento integral de la ENECSDI en el Centro de Salud Pascuales es viable y esencial para lograr una atención infantil adecuada. La mejora en la disponibilidad de recursos, la capacitación continua del personal, el incremento en la participación comunitaria y las mejoras en la infraestructura son elementos que al ser abordados de manera conjunta y oportuna, pueden

transformar la estrategia en un modelo exitoso de desarrollo infantil integral en la región, para asegurar un futuro más saludable y prometedor para los niños.

1.2. Delimitación del problema

Esta investigación se llevará a cabo en el Centro de Salud Pascuales, ubicado en la ciudad de Guayaquil, Ecuador, durante el año 2024.

1.3. Formulación del problema

¿Cómo se puede fortalecer integralmente el programa ENECSDI aplicado a los niños menores de 2 años en el Centro de Salud Pascuales?

1.4. Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las características demográficas de los menores atendidos en el Centro de Salud Pascuales?
- ¿Qué porcentaje de niños menores cumplen el paquete priorizado y han recibido los controles de rutina?
- ¿Cuál es el estado nutricional de los niños menores de 24 meses, evaluando la prevalencia de desnutrición crónica o baja talla para la edad y la prescripción de micronutrientes en polvo en el Centro de Salud Pascuales?
- ¿Qué consejerías han recibido los cuidadores de niños sobre la lactancia materna y la alimentación complementaria en el Centro de Salud Pascuales?

1.5. Objetivos

1.5.1 Objetivo general

Fortalecer el programa ENECSDI en el Centro de Salud Pascuales para mejorar la calidad de la atención y el desarrollo integral de los niños menores de 2 años mediante la mejora de recursos didácticos, capacitación del personal, participación comunitaria e infraestructura.

1.5.2 Objetivos específicos

- Describir las características demográficas de los menores atendidos en el Centro de Salud Pascuales.
- Determinar el porcentaje de niños menores que cumplen el paquete priorizado y que han recibido los controles de rutina.
- Conocer el estado nutricional de los niños menores de 24 meses, evaluando la desnutrición crónica y la prescripción de micronutrientes en polvo en el Centro de Salud Pascuales.
- Describir las consejerías recibidas por los cuidadores de niños sobre la lactancia materna y alimentación complementaria en el Centro de Salud Pascuales.

1.6. Hipótesis

El fortalecimiento integral del programa ENECSDI mejora el desarrollo infantil en los niños menores de 2 años del Centro de Salud Pascuales

1.7. Justificación

La justificación teórica de este estudio subraya la importancia del fortalecimiento integral del programa ENECSDI (Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil) en el Centro de Salud Pascuales como un paso para mejorar el desarrollo infantil en una comunidad vulnerable. La primera infancia es una etapa determinante, donde se establecen las bases del desarrollo cognitivo, emocional y físico. Una atención deficiente durante este período crítico puede tener efectos adversos duraderos, que no solo impactan el bienestar individual de los niños, sino que también limitan su capacidad futura de contribuir a la sociedad (Morejón, 2024).

Por otro lado, la justificación metodológica se centra en la relevancia de fortalecer el programa ENECSDI debido a su potencial para combatir la desnutrición infantil en niños menores de 2 años, un problema que afecta tanto su desarrollo físico como su bienestar general. La capacitación continua del personal de salud y la promoción de la participación activa de la comunidad son componentes vitales para garantizar

la adecuada atención nutricional. Además, estudios internacionales han demostrado que la implementación de programas de nutrición tiene un impacto positivo en la reducción de la desnutrición infantil, para mejorar los indicadores de salud a nivel comunitario (Hines, 2017). Mientras que en Chile, el fortalecimiento de los recursos y la capacitación de los profesionales ha resultado en un mejor desarrollo infantil (Campos et al., 2021).

En este contexto, la justificación práctica aborda las deficiencias actuales que enfrenta el Centro de Salud Pascuales en cuanto a recursos, capacitación del personal e infraestructura, que limitan la efectividad del programa ENECSDI. Estas carencias no solo agravan el riesgo de desnutrición en los niños menores de 2 años, sino que también perpetúan las desigualdades sociales al no ofrecer un acceso equitativo a la nutrición adecuada, sin importar las condiciones socioeconómicas (Brummelman et al., 2024).

Este proyecto también es relevante desde la perspectiva de la sostenibilidad y gestión eficiente de los recursos del centro de salud. Mejorar la calidad de los materiales didácticos, optimizar la infraestructura y aumentar la participación comunitaria no solo maximiza el impacto de los recursos disponibles, sino que también asegura que se utilicen de manera eficiente para beneficiar a los niños de la comunidad. Implementar un modelo de gestión basado en el cumplimiento de objetivos, que involucre tanto a la comunidad como al personal del centro médico, es esencial para lograr estos resultados (Acebo y Poveda, 2020).

1.8. Declaración de las variables (Operacionalización)

Tabla 1 Operacionalización de Variables

Variable	Dimensión	Indicador	Escala	Fuente
INDEPENDIENTE: Programa ENECSDI.	Paquete priorizado	Porcentaje de cumplimiento del paquete priorizado	Niños y niñas que cumplen	Base de dato del Ministerio
	Controles	Cobertura de controles de rutina	1 control de 11 a 12 meses	
			1 control de 9 a 10 meses	
	Vacunas		1 control de 7 a 8 meses	
			5 controles de 0 a 6 meses	
	Micronutrientes	Prescripción de micronutrientes	Vacuna neumococo	
			Vacuna rotavirus	
			Primera prescripción	
		Prescripción de hierro en polvo	Segunda prescripción	
			6 a 23 meses	
	Administración de vitamina A	6 a 11 meses		
Consejería	Consejería sobre lactancia materna y alimentación complementaria	Lactancia materna exclusiva Alimentación complementaria Todas		

DEPENDIENTE: Desarrollo infantil de los niños	Características	Edad	0 a 11 meses 12 a 24 meses	Base de dato del Ministerio
		Sexo	Niños Niñas	
	Estado nutricional	Talla para la edad	Baja talla severa: <-3 z score Baja talla: -3 y <- 2 z score Talla Normal: -2 y +2 z score Talla alta: +2 z score	
		Peso para la edad	Bajo peso severo: <-3 z score Bajo peso: -3 y <-2 z score Peso normal: +2 z score Peso elevado: +2 z score	
		IMC para la edad	Emaciado: <-2 z score Normal: -1.9 a <+2 z score Sobrepeso: > +1 y < +2 z score Obesidad: > +2 z score	
		Peso para la longitud	Emaciado: <-2 z score Normal: -2 y +2 z score Sobrepeso: +2 z score Obesidad: +3 z score	
	Valoración de hemoglobina	Número de casos realizados		

CAPÍTULO II: Marco Teórico Referencial

2.1. Antecedentes Referenciales

De acuerdo con Das et al. (2020), en un estudio realizado en Canadá revisó la evidencia sobre el manejo de la desnutrición aguda grave siguiendo el protocolo de la Organización Mundial de la Salud, con un enfoque basado tanto en la comunidad como en centros de salud. La revisión bibliográfica mostró que integrar la detección y tratamiento de la desnutrición en la comunidad ofreció beneficios limitados, pero contribuyó a una mayor tasa de recuperación. No obstante, los autores subrayan la necesidad de más investigaciones para evaluar la eficacia de las estrategias aplicadas en centros de salud, en la identificación y manejo de la desnutrición aguda, tanto grave como moderada.

A su vez, Ghodsi et al. (2021) llevaron a cabo un estudio en Irán con el propósito de examinar intervenciones comunitarias de nutrición y evaluar tanto su efectividad como su relación costo-beneficio en el estado nutricional de niños menores de 2 años. Mediante una revisión sistemática, el estudio destaca que las consultas educativas en nutrición y las ayudas monetarias fueron las estrategias más utilizadas para abordar la desnutrición infantil. Al agrupar los diferentes tipos de intervenciones, se identificó una mejora significativa en la salud de los menores. Dada la alta prevalencia de la desnutrición infantil en numerosos países de la región, se recomienda fortalecer las capacidades y fomentar investigaciones orientadas a aplicar nuevos enfoques que optimicen el estado nutricional infantil, evaluando sus efectos y su viabilidad económica.

Por otra parte, Nayak et al. (2023) en la India investigaron cómo una intervención nutricional influye en el desarrollo cognitivo de niños en edad preescolar de entre 3 y 5 años que presentan desnutrición. Los efectos de la intervención se evaluaron a los 6 y 12 meses, reflejando mejoras significativas en las habilidades cognitivas. Según los análisis, en la prueba inicial, el 52% de los menores del grupo de intervención obtuvieron puntuaciones promedio, mientras que después de la

intervención, solo el 5,5% se mantenían en ese nivel. En el grupo de control, el desarrollo cognitivo promedio descendió del 44,4% al 26,2%. Este estudio muestra que el enfoque nutricional desde el hogar contribuye al avance cognitivo en la infancia.

En este contexto, el estudio de Jardi y Casanova (2021) en España realizó una revisión sistemática para evaluar el impacto de programas de educación nutricional dirigidos a madres africanas. La investigación señala que estos programas han logrado mejoras notables en el consumo de alimentos y nutrientes, así como en los conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria. Sin embargo, solo aquellos estudios que integraron estrategias de agricultura, talleres educativos y suplementación lograron reducir las tasas de desnutrición crónica. Entre sus limitaciones, el estudio destaca la alta heterogeneidad de los artículos incluidos, dado que los programas de intervención presentan enfoques variados. Se concluye que las iniciativas que incluyen acciones agrícolas y suplementación nutricional generan los mayores avances en la reducción de la desnutrición infantil.

La publicación de Bhutta (2022) en Nigeria, enfocada en mejorar la prevención y manejo comunitario de la desnutrición infantil, resalta que, en contextos de pobreza extrema, cambio climático, conflictos y desplazamiento poblacional, persisten grandes retos para optimizar el tratamiento de la desnutrición aguda severa. Entre estos desafíos destacan las altas tasas de recaída y una mortalidad residual que en algunos entornos supera el 10%. Si bien la elaboración de directrices por parte de la OMS es comprensiblemente cautelosa, resulta pertinente señalar que las recomendaciones para el tratamiento de la desnutrición tienen casi una década de vigencia y requieren tanto una actualización como flexibilidad en su aplicación.

En América Latina, el estudio de Amaro (2024), que analizó las intervenciones implementadas para reducir la desnutrición infantil, revisó diversos informes de países de las Américas y el Caribe. Se encontró que las acciones en los países examinados son en su mayoría similares, destacándose el enfoque en la atención de salud infantil y el tratamiento de afecciones que pueden derivar en desnutrición,

además de la provisión de suplementos y alimentos. En cuanto a las intervenciones intersectoriales, aquellos países que han desarrollado planes y estrategias para abordar los determinantes de la desnutrición infantil —como la disponibilidad de alimentos, la mejora de las condiciones económicas familiares y el fortalecimiento de la asistencia estatal— presentan menores tasas de desnutrición y anemia en la niñez. Se concluye que en América y el Caribe existe una amplia variedad de intervenciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a reducir la desnutrición y la anemia infantil.

Un estudio realizado en Brasil por Fisberg et al. (2021) analizó estrategias integradoras para prevenir problemas de nutrición. En países en desarrollo con gran extensión geográfica y profundas desigualdades, como Brasil, las diferencias regionales, culturales y sociales dificultan la implementación de programas de gran alcance. Los altos costos operativos, junto con la carga laboral y las actividades necesarias para aplicar, monitorear y evaluar intervenciones, pueden obstaculizar una evaluación eficaz tanto de los programas como de los objetivos políticos, generando ineficiencia y desperdicio de recursos en el sistema de salud. Por ello, las políticas orientadas a crear o modificar hábitos deben incorporar acciones intersectoriales adaptadas a los contextos locales e involucrar a profesionales de la salud, universidades, formuladores de políticas y la comunidad.

En Ecuador, un estudio realizado por Mora et al. (2024), en Machala tuvo como objetivo identificar las intervenciones en el tratamiento de la desnutrición en pacientes pediátricos. Este estudio, de enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal, reveló que el 37,50% de los padres recibieron educación continua sobre el cuidado nutricional infantil, mientras que el 62,50% solo recibió formación esporádica. La educación en nutrición infantil para los cuidadores suele ser intermitente y desigual; mejorar su consistencia y accesibilidad podría favorecer el desarrollo y el estado nutricional de los niños. Además, los profesionales de enfermería diseñan planes personalizados que incluyen nutrición parenteral, enteral y suplementos, reflejando así su compromiso con la recuperación y la calidad de vida de los pacientes pediátricos.

2.2. Marco Conceptual

2.2.1. Desnutrición Infantil

La desnutrición implica desequilibrios en la ingesta de energía y nutrientes, presentándose en cuatro formas principales: emaciación, retraso del crecimiento, bajo peso y carencias de vitaminas y minerales. Esta condición incrementa la susceptibilidad de los niños a enfermedades y mortalidad. En 2022, se estimó que 149 millones de menores de 2 años presentaban retraso en el crecimiento, con casi la mitad de las muertes infantiles asociadas a la desnutrición, que afecta a países de ingresos bajos y medios (WHO, 2024).

En este contexto, se puede señalar que uno de los efectos más evidentes es el retraso en la talla, medido como el porcentaje de niños y niñas con estatura inferior a la correspondiente para su edad, según los estándares de la OMS. Esta situación tiene múltiples causas y no se limita a una alimentación insuficiente, sino que se origina en factores individuales, familiares y comunitarios que obstaculizan el desarrollo en la infancia, afectando así el desempeño a largo plazo. En muchos casos, las consecuencias resultan irreversibles (Halas & Grimberg, 2020).

Por lo tanto, visibilizar la desnutrición infantil permite orientar acciones para evitar que más niños sufran sus efectos. A partir de los registros, es posible estimar la prevalencia en menores de dos años y analizar su relación con diferentes características de quienes la padecen. En Ecuador, la población atendida representa el 72.1% de los menores de dos años, de acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil 2022-2023, incluyendo al 79.93% de los menores de 24 meses con desnutrición (Gobierno del Ecuador, 2023).

2.2.2. Desarrollo Infantil

El desarrollo infantil es un proceso complejo y multifacético que abarca el crecimiento y la maduración en las áreas cognitiva, emocional y física de los niños. Este desarrollo se produce a un ritmo acelerado durante los primeros años de vida,

una etapa crítica en la que los niños adquieren las habilidades fundamentales que definirán su futuro bienestar y capacidad de adaptación al entorno. En este contexto, la nutrición adecuada juega un papel vital, no solo en el crecimiento físico, sino también en el desarrollo cognitivo y emocional, aspectos esenciales para el éxito en la vida adulta (Likhari et al., 2022).

Desarrollo Cognitivo

El desarrollo cognitivo se refiere a la capacidad del niño para aprender, pensar, razonar y recordar. Este proceso es influenciado en gran medida por factores genéticos y ambientales, entre los cuales la nutrición es uno de los más importantes. Durante los primeros años de vida, el cerebro se desarrolla a un ritmo notable, y este crecimiento exige un aporte continuo y suficiente de nutrientes esenciales, como proteínas, ácidos grasos omega-3, hierro, zinc, y vitaminas A, B12 y D. La desnutrición en esta etapa crítica puede llevar a un desarrollo cerebral subóptimo, con déficits cognitivos que pueden afectar la memoria, el lenguaje, la atención y la capacidad de aprendizaje (Gualtieri y Finn, 2022).

Indican Roberts et al. (2022), que los niños que sufren de desnutrición, en sus primeros mil días de vida, presentan un mayor riesgo de retrasos en el desarrollo cognitivo. Estos niños tienen más probabilidades de experimentar dificultades académicas y de mostrar un rendimiento deficiente en la escuela, lo que a largo plazo puede limitar sus oportunidades educativas y económicas. Además, la desnutrición puede afectar la neuroplasticidad del cerebro, disminuyendo su capacidad para adaptarse y cambiar en respuesta a nuevas experiencias, lo que es fundamental para el aprendizaje continuo.

Desarrollo Emocional

Este implica la capacidad para experimentar, expresar y gestionar emociones, así como desarrollar relaciones con los demás. La nutrición es esencial para el desarrollo emocional, ya que afecta tanto el estado físico como el bienestar psicológico. Los niños pueden experimentar irritabilidad, ansiedad y depresión,

condiciones que interfieren con su capacidad para interactuar con su entorno y para desarrollar una autoestima saludable (Malik & Marwaha, 2024).

La relación entre desnutrición y desarrollo emocional es bidireccional: la malnutrición puede provocar problemas emocionales, y estos, a su vez, pueden agravar sus efectos al interferir con una alimentación adecuada. Los niños con desnutrición crónica tienen probabilidades de desarrollar trastornos emocionales y de comportamiento, como depresión y ansiedad, lo que afecta su calidad de vida y dificulta su adaptación social. Estos problemas pueden persistir hasta la adultez, perpetuando un ciclo de pobreza y malnutrición (Chiopris et al., 2024).

Desarrollo Físico

Este incluye el crecimiento corporal, el desarrollo de los sistemas musculoesquelético y motor, y el mantenimiento de la salud en general, es quizás el aspecto cuyo impacto de la nutrición resulta evidente. La desnutrición infantil se asocia con retraso en el crecimiento o (baja talla para la edad), emaciación (bajo peso para la altura), y deficiencias inmunológicas, que aumentan la vulnerabilidad a enfermedades infecciosas (Thurstans et al., 2022).

La falta de nutrición adecuada en los primeros años de vida puede causar un crecimiento físico insuficiente, afectando no solo la apariencia, sino también la salud general. La desnutrición crónica compromete el desarrollo físico, reduciendo la masa muscular, debilitando los huesos y disminuyendo la capacidad del cuerpo para combatir infecciones. Además, puede retrasar el desarrollo motor, lo cual limita la capacidad del niño para explorar su entorno y participar en actividades físicas esenciales para su desarrollo social y cognitivo (Mwene-Batu et al., 2020).

2.2.3. Valoración antropométrica

Talla para la edad

La valoración antropométrica es una herramienta esencial para evaluar el estado nutricional y el crecimiento de los niños, permitiendo identificar de manera precisa

posibles desviaciones en su desarrollo. Entre las mediciones más comunes, la talla para la edad es un indicador importante para determinar si el crecimiento de un niño es adecuado para su edad cronológica, lo que refleja tanto su salud general como las condiciones nutricionales a las que ha estado expuesto a lo largo del tiempo (Ferreira, 2020).

La talla para la edad compara la altura de un niño con los valores de referencia estandarizados para niños de la misma edad y sexo. Se utiliza el sistema de puntuaciones Z o z score, que permite medir la distancia entre la talla del niño y la mediana de la población de referencia. Este sistema clasifica a los niños en diferentes rangos, lo que facilita la identificación de problemas de crecimiento, como la desnutrición crónica o, en casos menos comunes, el crecimiento excesivo (Gupta et al., 2020).

La clasificación de la talla para la edad de acuerdo con los z scores es la siguiente:

- **Baja talla severa (<-3 z score):** Una talla por debajo de -3 desviaciones estándar de la mediana se clasifica con baja talla severa, lo que indica desnutrición crónica grave. Esta condición suele ser consecuencia de una exposición prolongada a deficiencias nutricionales o enfermedades recurrentes en los primeros años de vida, que afectan significativamente su crecimiento lineal. Los niños con baja talla severa tienen mayor riesgo de sufrir complicaciones a largo plazo, como deficiencias en el desarrollo cognitivo, debilidad física y mayor vulnerabilidad a enfermedades.
- **Baja talla (-3 a <-2 z score):** La baja talla, definida por un z score entre -3 y -2, indica un retraso en el crecimiento que, aunque menos grave, sigue reflejando desnutrición crónica. Los niños han sufrido déficits nutricionales que afectan su desarrollo a lo largo del tiempo. Es un indicador primordial en programas de salud pública, ya que su prevalencia se asocia con factores como la pobreza, la falta de acceso a alimentos nutritivos y la insuficiencia de cuidados sanitarios. Este grupo requiere atención especializada para evitar un agravamiento de los problemas de crecimiento.

- **Talla normal (-2 a +2 z score):** Los niños cuya talla para la edad está entre -2 y +2 desviaciones estándar se consideran dentro del rango de normalidad. Este z score refleja un crecimiento adecuado, sin evidencia de desnutrición crónica o crecimiento excesivo. La talla normal es un indicador de que el niño ha recibido una nutrición suficiente y ha estado expuesto a un entorno saludable que promueve un desarrollo físico apropiado.
- **Talla alta (>+2 z score):** Un z score superior a +2 indica que el niño tiene una estatura mayor que la mayoría de los de su edad y sexo. Aunque la talla alta no suele asociarse con problemas de salud, puede reflejar factores genéticos o nutricionales que han influido en un crecimiento acelerado. En algunos casos, este crecimiento rápido podría estar vinculado a desequilibrios hormonales o problemas metabólicos, por lo que este grupo también podría necesitar monitoreo adicional (Asif et al., 2022).

Peso para la edad

Este indicador se centra en el peso, lo que lo hace útil para detectar variaciones en el crecimiento que puedan estar relacionadas con problemas de nutrición, tanto por déficit como por exceso. Su importancia radica en que puede señalar la existencia de desnutrición o sobrepeso sin necesidad de tener en cuenta la estatura, lo cual es valioso en las primeras etapas del desarrollo, cuando los patrones de crecimiento son irregulares (Phadke et al., 2020).

- **Bajo peso severo (<-3 z score):** Un z score inferior a -3 se clasifica con bajo peso severo, lo que indica un estado crítico de desnutrición aguda. Esta condición puede resultar de un déficit energético o de enfermedades recurrentes que dificultan una ganancia de peso. El bajo peso severo compromete la supervivencia del niño, ya que su organismo carece de las reservas necesarias para un funcionamiento metabólico óptimo. Además, estos niños son más vulnerables a infecciones, enfermedades crónicas y retrasos en el desarrollo físico y cognitivo. En estos casos, es esencial una intervención

urgente que incluya acceso a alimentos nutritivos, atención médica especializada y monitoreo cercano de la salud.

- **Bajo peso (-3 a <-2 z score):** Los niños con un z score entre -3 y -2 se consideran con bajo peso, lo que indica desnutrición moderada. Aunque menos grave que el bajo peso severo, esta condición refleja un déficit nutricional que coloca el peso del niño por debajo del rango esperado para su edad. Puede deberse a una ingesta insuficiente de nutrientes, infecciones persistentes o problemas de absorción. Si no se aborda a tiempo, el bajo peso podría progresar hacia un estado severo, con complicaciones de salud a largo plazo. La intervención en esta etapa incluye educación nutricional para las familias, suplementación alimentaria y seguimiento médico regular para mejorar el estado nutricional del niño.
- **Peso normal (-2 a +2 z score):** El peso normal para la edad, definido por un z score entre -2 y +2, indica que tiene un peso acorde a su edad, reflejando un estado nutricional saludable. Este rango sugiere que el niño ha recibido una cantidad adecuada de alimentos y ha crecido en un entorno favorable para su bienestar. Mantener el peso en este rango es una de las metas principales de los programas de salud infantil, ya que asegura las reservas energéticas necesarias para su desarrollo físico y cognitivo.
- **Peso elevado (>+2 z score):** Un z score superior a +2 indica un peso elevado para la edad, signo temprano de sobrepeso o incluso obesidad. Aunque el peso elevado no siempre implica un problema inmediato, es importante monitorear estos casos, ya que puede reflejar un desequilibrio energético, con un consumo calórico superior a las necesidades del cuerpo. El exceso de peso en la infancia es preocupante, ya que predispone al niño a futuros problemas de salud, como diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares. Por ello, es fundamental intervenir mediante educación nutricional para las familias, promoviendo hábitos alimentarios saludables y actividad física adecuada para prevenir la progresión hacia la obesidad (Permatasari & Chadirin, 2022).

IMC para la edad

Este proporciona una referencia clara sobre la proporcionalidad entre el peso y la altura del niño, permitiendo identificar casos de malnutrición, sobrepeso y obesidad en distintas etapas del crecimiento. Se calcula dividiendo el peso del niño (en kilogramos) por el cuadrado de su altura (en metros) y se compara con los valores de referencia establecidos para su edad y sexo, utilizando el sistema de puntuación Z o z score. Determina cuántas desviaciones estándar se encuentra el IMC del niño en relación con la mediana de una población de referencia (Seboka et al., 2021).

A continuación, se detalla la clasificación del IMC para la edad según el z score:

- **Emaciado (<-2 z score):** Un z score inferior a -2 en el IMC para la edad se clasifica como emaciado, lo que indica un signo de desnutrición aguda. Este refleja un peso bajo en relación con la altura, evidenciando una falta de energía y nutrientes. Puede ser consecuencia de una rápida pérdida de masa corporal, incapacidad para ganar peso adecuadamente, episodios recientes de enfermedad, ingesta insuficiente de alimentos o problemas de absorción de nutrientes. Los niños requieren intervención, ya que están en mayor riesgo de infecciones, debilidad extrema e incluso muerte en casos graves. La recuperación implica atención médica, que incluye alimentación terapéutica y control de la salud.
- **Normal (-1.9 a <+2 z score):** El rango de IMC normal para la edad, situado entre -1.9 y +2 z score, refleja un equilibrio adecuado entre peso y altura, lo que indica un crecimiento saludable en el niño. Este valor sugiere una nutrición adecuada y un estado físico óptimo para su edad, sin riesgo de desnutrición ni sobrepeso. Alcanzar y mantener este rango es el objetivo de los programas de salud infantil, que promueven una alimentación balanceada y el acceso a servicios preventivos. Mantenerse en este rango durante la infancia disminuye el riesgo de enfermedades crónicas en la adultez, como diabetes e hipertensión.

- **Sobrepeso (>+1 y <+2 z score):** Se define por un z score entre +1 y +2, indicando un peso superior al esperado para su altura y un desequilibrio energético en el que la ingesta calórica excede las necesidades del organismo. Este es un signo de alerta, pues sin control puede avanzar hacia la obesidad. Aunque no siempre causa problemas inmediatos, aumenta el riesgo de trastornos metabólicos, cardiovasculares y articulares en el futuro. Detectarlo a tiempo permite aplicar medidas preventivas, promoviendo hábitos alimenticios saludables y actividad física, para evitar que evolucione a obesidad en el mediano plazo.
- **Obesidad (>+2 z score):** Un IMC superior a +2 z score indica obesidad, una condición en la que el exceso de peso en relación con la altura del niño compromete su salud. La obesidad infantil es una preocupación mundial en aumento, pues incrementa el riesgo de enfermedades crónicas desde edades tempranas, como diabetes tipo 2, hipertensión, dislipidemias y problemas ortopédicos. También afecta el bienestar psicológico del niño, disminuyendo su autoestima y aumentando el riesgo de acoso escolar, lo que repercute en su salud emocional. (Ahmed et al., 2020).

Peso para la longitud

Este es un indicador que ofrece una visión del estado nutricional infantil al relacionar el peso con la longitud corporal. Es útil en la primera infancia, pues permite identificar desequilibrios nutricionales que no siempre se detectan al analizar el peso o la talla por separado. Esta relación refleja el acceso a una nutrición adecuada como el aprovechamiento de los nutrientes por el niño. Su aplicación mediante el Z score proporciona un marco estandarizado que facilita la comparación con una población saludable, permitiendo detectar problemas tempranos que puedan afectar el desarrollo infantil (Phadke et al., 2020).

- **Emaciado (<-2 z score):** Un z score menor a -2 clasifica a un niño como emaciado, indicando una desnutrición aguda en la que el peso está por debajo de lo esperado para su longitud. Esta condición refleja una pérdida de peso o

una insuficiente ganancia de peso, generalmente debido a una ingesta calórica insuficiente, enfermedades frecuentes o problemas de absorción de nutrientes. La emaciación requiere intervención inmediata para prevenir complicaciones como infecciones, retraso en el desarrollo o incluso riesgo de mortalidad en casos severos. Programas de atención nutricional, como la Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil, implementan estrategias de recuperación a través de suplementos nutricionales y alimentación terapéutica, donde se realiza un monitoreo cercano de los menores en riesgo.

- **Normal (-2 a +2 z score):** Un z score entre -2 y +2 en la relación peso-longitud se considera normal, indicando un peso adecuado para la longitud y reflejando un buen equilibrio nutricional y un crecimiento saludable. Los niños en esta categoría reciben la nutrición necesaria y crecen de forma apropiada para su edad. Mantener a los niños en este rango es un objetivo esencial de los programas de salud pública, ya que un peso adecuado para la longitud sugiere un desarrollo normal y un bajo riesgo de enfermedades relacionadas con la malnutrición.
- **Sobrepeso (>+2 z score):** Un z score superior a +2 indica sobrepeso, reflejando que el niño tiene un peso mayor al esperado para su longitud. Esta condición es una señal de alerta temprana, ya que puede preceder a la obesidad si no se toman medidas adecuadas. El sobrepeso está asociado con un mayor riesgo de enfermedades crónicas, como diabetes tipo 2, hipertensión y problemas cardiovasculares. Generalmente, se debe a una ingesta calórica en comparación con el gasto energético, a menudo causada por una dieta alta en grasas y azúcares y la falta de actividad física.
- **Obesidad (>+3 z score):** Un z score del peso para la longitud superior a +3 clasifica al niño como obeso, una condición grave que implica exceso de grasa corporal y pone en riesgo su salud tanto a corto como a largo plazo. Los niños con obesidad enfrentan un mayor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas como diabetes tipo 2 y problemas cardiovasculares, además de posibles dificultades ortopédicas, respiratorias y efectos negativos en su bienestar

emocional debido a la estigmatización y la baja autoestima (Seboka et al., 2021).

2.2.4. Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil

Al final de la gestión del expresidente Lenin Moreno, la Secretaría Técnica del Plan Toda una Vida centró su atención en combatir la desnutrición crónica infantil (DCI) a través de la Misión Ternura. Como resultado, mediante el Decreto 1211, se creó la Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil, cuyo objetivo es prevenir y reducir la prevalencia de DCI en niños menores de 24 meses, en línea con la Agenda 2030 (Gobierno del Ecuador, 2020).

Para ello, se definió un paquete priorizado de bienes y servicios interinstitucionales, que incluye vacunas, controles prenatales, monitoreo del niño sano, protección social y programas de desarrollo infantil. Además, la Estrategia contempla la implementación de Presupuestos por Resultados y la creación de una operación estadística anual a cargo del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), para realizar un seguimiento eficaz a las estrategias nutricionales, una limitante histórica desde 2009 (Gobierno del Ecuador, 2020).

Las instituciones responsables de ejecutar este paquete son el Registro Civil, el Ministerio de Inclusión Económica y Social, el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Educación, quienes además alimentan una plataforma intersectorial para el Seguimiento Nominal. También participan el Ministerio de Telecomunicaciones, el INEC, el Registro de Datos Públicos, el Ministerio de Economía y Finanzas, la red privada de salud y la Secretaría Nacional de Planificación, como corresponsables de la implementación de la Estrategia (Gobierno del Ecuador, 2020).

La Estrategia está respaldada por un Comité Intersectorial, que incluye 13 entidades del Ejecutivo y es liderado por el Presidente de la República, al demostrar el compromiso gubernamental de alto nivel en la lucha contra la DCI. Este Comité se

reúne para coordinar acciones, realizar seguimientos y rendir cuentas sobre el progreso de las instituciones involucradas (Gobierno del Ecuador, 2020).

La Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil propone la entrega oportuna y completa de un paquete priorizado basado en evidencias científicas, para abordar los factores determinantes de la desnutrición infantil. Los siguientes puntos explicarán cómo estos determinantes afectan el estado nutricional de los niños y la relevancia de garantizar el acceso a estos bienes y servicios (Gobierno del Ecuador, 2020).

A continuación, se presenta cómo estos factores causales o determinantes afectan el estado nutricional de los niños y niñas, y qué tan grave puede ser su efecto para comprender la importancia del acceso al paquete priorizado.

2.2.5. Esquema de vacunación completo y oportuno

El esquema de vacunas es importante para mantener un adecuado estado de salud de los niños y por ende de su crecimiento. Pero en esta sección se priorizan a dos vacunas: (i) vacuna contra el rotavirus, y (ii) vacuna contra el neumococo; por sus efectos positivos en la prevención de enfermedades relacionadas al estado nutricional de las niñas y niños. Entre las enfermedades infecciosas, la diarrea aguda y la infección respiratoria aguda son las que más afectan el estado nutricional de los niños en sus primeros dos años de vida. Estos presentan un crecimiento deficiente, y a medida que aumentan los episodios, la brecha en su desarrollo se amplía aún más (Gobierno del Ecuador, 2023).

En teoría, todas las infecciones que el niño adquiere durante los dos primeros años de vida afectan su crecimiento. Sin embargo, en un estudio ha demostrado que aquellos niños que a la edad de dos meses son portadores (no enfermos) de una bacteria llamada *streptococcus pneumoniae* tienen más riesgo de presentar desnutrición crónica infantil. Porque en ellos se observó que a los seis meses los niños: pesaban en promedio 266 gramos menos y medían en promedio 1.31 centímetros menos (Gobierno del Ecuador, 2023).

2.2.6. Control prenatal

El control prenatal es el conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a; el control prenatal incluye prescripción de hierro más ácido fólico, planificación del parto, valoración de hemoglobina, exámenes de laboratorio, ecos obstétricos, sesiones de consejería (Peahl et al., 2023).

Se recomienda que las gestantes consuman suplementos de hierro y ácido fólico desde el primer trimestre de embarazo hasta el parto para prevenir defectos en el desarrollo del tubo neural de los niños, y que los recién nacidos tengan mayores niveles de hemoglobina y ferritina (reservas de hierro). La suplementación conjunta de hierro más ácido fólico tiene efectos positivos en el peso del recién nacido (22.4 g. más), menor riesgo de bajo peso al nacer y menos riesgo de que el recién nacido sea pequeño para su edad gestacional (Gobierno del Ecuador, 2023).

2.2.7. Control del niño sano

Conforme lo establece el Ministerio de Salud Pública el control de niño sano tiene la finalidad de evaluar de forma cercana el crecimiento y desarrollo, en particular durante los dos primeros años de vida, promoviendo un ambiente seguro. La promoción de la salud, la prevención de enfermedades junto con el control de crecimiento y desarrollo han demostrado tener un impacto positivo si se aplican siempre dentro de los controles planificados por grupo etario (Ministerio de Salud Pública, 2020).

El control del niño sano incluye prácticas integradas a la atención al parto, tamizaje metabólico, control de crecimiento, valoraciones de hemoglobina, sesiones de consejería en lactancia materna exclusiva, sesiones de consejería en lactancia materna continua y alimentación complementaria, suplementación preventiva con hierro y micronutrientes en menores de 24 meses y megadosis de vitamina A (Ministerio de Salud Pública, 2020).

Durante el control del niño sano, las madres pueden participar en grupos de apoyo a la lactancia materna, los cuales son más efectivos cuando se combinan con consejerías sobre lactancia exclusiva. Las madres afiliadas a la Liga de la Leche tienen más probabilidades de amamantar a demanda y de retrasar la introducción de alimentos complementarios hasta los 4 o 6 meses. La lactancia materna ofrece beneficios nutricionales y no nutricionales, según la OMS y otros comités científicos, que recomiendan la lactancia materna exclusiva por seis meses y su continuación hasta los dos años como complemento alimenticio (Gobierno del Ecuador, 2023).

Las consejerías brindadas sobre alimentación complementaria son fundamentales en la prevención de la desnutrición infantil, entre los seis a 12 meses de vida, es el periodo de alimentación complementaria durante el cual se pasa de la LME hasta el consumo de alimentos sólidos. Los niños que inician tarde (a partir de los 10 meses en adelante) su alimentación complementaria en el futuro podrá presentar mayores dificultades para ser alimentados, porque consumirán una menor variedad de alimentos, y tendrán mayores dificultades para integrarse a la alimentación familiar cuando cumplan 15 meses de edad (Gobierno del Ecuador, 2023).

2.2.8. Servicios de desarrollo infantil integral

Los servicios de desarrollo infantil integral (SDII): Creciendo con Nuestro Hijos y Centros de Desarrollo Infantil, contribuyen al desarrollo armónico de las capacidades, habilidades, promoviendo aprendizajes a través de la explotación de ambientes estimuladores y seguros, con atenciones oportunas que propician interacciones positivas que inciden en el desarrollo de niñas y niños (Gobierno del Ecuador, 2023).

Los Centros de Desarrollo Infantil son unidades que se sustentan en la protección de niños de uno a tres años de edad a través de acciones de salud, nutrición y entrega de alimentación. Asimismo, orienta a las familias con niñas, niños de cero a tres años de edad y gestantes, en: atención receptiva, estimulación prenatal, espacio de juego y aprendizaje, entornos protectores, salud y nutrición para una libre expresión de emociones; en este servicio, la educadora o educador realiza las

consejerías familiares una vez a la semana; las familias y gestantes aplican las orientaciones en la cotidianidad de su vida familiar (Gobierno del Ecuador, 2023).

2.2.8. Sesiones de educación, consejería en prácticas saludables y de cuidado

Es reconocido a nivel internacional que los momentos críticos para el lavado de manos con jabón son los siguientes: después de usar el baño, después de limpiar las heces de un niño o niñas (o después de cualquier otro contacto con excretas humanas, incluidas las de bebés, niños y niñas), y antes de manipular alimentos. Esta consejería también ha tenido experiencias exitosas porque el riesgo de contraer diarrea y reduce el gasto en salud (Gobierno del Ecuador, 2023).

El lavado de manos se convierte en un factor importante porque está relacionado con la prevención de la enfermedad diarreica aguda; en especial entre los niños menores de 24 meses. Cuando las personas encargadas el cuidado de los niños se lavan las manos entonces la frecuencia de casos de diarrea disminuyen un tercio, pero cuando el lavado de manos está ausente entonces se incrementa el riesgo de que los niños presenten episodios de diarrea (Gobierno del Ecuador, 2023).

El Plan se conforma por seis ejes estratégicos y dentro de cada uno se identifican proyectos o acciones de mejora que, conforme la evidencia, su operatividad permitirá incidir en la reducción de la desnutrición infantil; estos ejes son:

1. El entorno habilitador abarca las circunstancias sociales, culturales y económicas que influyen en el desarrollo de personas, siendo afectado por políticas públicas y contextos económicos. En el marco del Plan Estratégico, establece condiciones de gobernanza para alcanzar los objetivos. La gobernanza institucional es fundamental para su sostenibilidad, lo que requiere un marco normativo que reconozca a la primera infancia como sujetos de derechos, protegiendo su desarrollo en ambientes saludables. Además, busca consolidar relaciones horizontales entre actores sociales, académicos, internacionales y estatales para definir políticas públicas basadas en evidencia.

2. La movilización de recursos financieros es esencial para la sostenibilidad de la estrategia. Aunque en el pasado hubo ingresos fiscales suficientes, estos no se destinaron a las comunidades más necesitadas ni a la atención temprana, limitando la inversión. También faltaron incentivos financieros para la ejecución eficiente del presupuesto y para las familias a través de bonos condicionados. El Plan Estratégico se centra en identificar mecanismos de financiamiento que aseguren la entrega oportuna de bienes y servicios a la población objetivo, priorizando la eficacia en la asignación de recursos y la eficiencia en el gasto.
3. La articulación territorial implica entender el territorio como una construcción social que requiere coordinación entre los niveles de gobierno. Esto permite focalizar los esfuerzos públicos según las capacidades locales, consolidando procesos con impacto nacional. Mejorar las condiciones de vida de niños, niñas y gestantes es una prioridad, y la prevención de la desnutrición infantil depende de abordar sus causas estructurales, como el acceso a servicios, mediante una gestión participativa que garantice equidad y pertinencia territorial.
4. La gestión de la información implica reconocer el ciclo de vida completo de la información, el cual se configura desde la recopilación, almacenamiento, seguridad, mantenimiento, evaluación y presentación de los datos en un determinado contexto, para controlar su calidad de manera que esta sea veraz, oportuna, significativa, exacta y útil. El manejo de información oportuna y de calidad permite identificar potenciales desafíos en cuanto a las atenciones que se requieren brindar mediante un bien o servicio, para posibilitar mejorar las intervenciones.
5. La gestión del talento humano debe enfocarse para asegurar que las personas cuenten con el conocimiento y habilidades necesarias para responder a las demandas actuales y futuras. Garantizar personal sensibilizado, comprometido y competente es necesario para ofrecer una atención de calidad a gestantes y menores de dos años. Una limitación en programas anteriores fue la sobreestimación de las capacidades institucionales, por lo que el gobierno ha priorizado el fortalecimiento de estas capacidades, al mejorar las habilidades del personal encargado de la entrega de bienes y servicios.

6. La corresponsabilidad y transparencia requieren la participación activa de la ciudadanía en la gestión pública, complementando los mecanismos tradicionales de representación política. Es esencial que el Estado promueva un modelo participativo que identifique las demandas sociales y facilite la toma de decisiones compartida, adaptándose a las realidades locales. No basta con depender solo del gobierno; la sociedad debe involucrarse y asumir responsabilidades colectivas en los asuntos públicos. Se propone un programa de educomunicación para impulsar la participación ciudadana, promover la rendición de cuentas y alinear los esfuerzos de empresas privadas y sociedad civil en temas de desnutrición infantil (Gobierno del Ecuador, 2023).

2.3. Marco Teórico

El desarrollo infantil temprano es un periodo crítico que determina la salud y el bienestar futuros de los niños. Durante los primeros dos años de vida, los niños experimentan un crecimiento y un desarrollo cerebral acelerados, lo que subraya la importancia de proporcionar un entorno adecuado que favorezca su desarrollo integral. La Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil (ENECSDI) se enfoca en prevenir la desnutrición y promover un desarrollo saludable en los niños menores de dos años. Este programa ha sido implementado en varias regiones del país, con el objetivo de reducir las tasas de desnutrición y mejorar la calidad de vida de los infantes (Gobierno del Ecuador, 2023).

Diversos estudios han demostrado que la efectividad de programas como ENECSDI depende en gran medida de la calidad de los recursos disponibles, la capacitación del personal, la participación comunitaria y la infraestructura de los centros de salud. Una adecuada provisión de recursos didácticos y materiales es esencial para proporcionar una estimulación temprana efectiva. Según Halfon y Schickedanz (2020), la falta de materiales adecuados puede limitar la capacidad de los profesionales de la salud para ofrecer una atención completa y estimulante, lo que repercute en el desarrollo infantil.

La capacitación continua del personal de salud es otro pilar fundamental en la implementación exitosa de ENECSDI. Estudios como el de Attanasio et al. (2022) han destacado que los programas de formación enfocados en el desarrollo infantil y la estimulación temprana mejoran la calidad de la atención que se brinda a los niños menores de dos años. En este sentido, un plan de capacitación estructurado que aborde las necesidades específicas del personal en el Centro de Salud Pascuales es relevante para garantizar que se sigan las mejores prácticas y se logren los objetivos del programa.

Además, la participación activa de los padres y la comunidad en programas de desarrollo infantil ha sido identificada como un factor importante para el éxito de estos programas. Según Prime et al. (2023), la sensibilización y la involucración de las familias en actividades de estimulación y cuidado temprano potencian los efectos positivos del programa en los niños, ya que crean un entorno de apoyo y continuidad en el hogar. En este contexto, es esencial diseñar e implementar campañas de sensibilización y actividades comunitarias que promuevan la participación de los padres en el programa ENECSDI.

Así mismo, la infraestructura del Centro de Salud Pascuales tiene un papel en la calidad de la atención brindada. Las instalaciones adecuadas que cumplan con los estándares de seguridad y accesibilidad no solo garantizan un entorno seguro para los niños, sino que también facilitan la implementación efectiva del programa. Como menciona Elhady et al. (2023), la mejora de la infraestructura es una inversión necesaria para asegurar que los servicios de salud puedan atender de manera eficiente y efectiva las necesidades de la población infantil.

El fortalecimiento integral del programa ENECSDI en el Centro de Salud Pascuales requiere una estrategia multidimensional que incluya la mejora de los recursos didácticos, la capacitación del personal, la participación comunitaria y la infraestructura. Estas acciones no solo contribuirán a la reducción de la desnutrición infantil, sino que también garantizarán un desarrollo saludable y una mejor calidad de vida para los niños menores de dos años en la comunidad de Pascuales.

CAPÍTULO III: Diseño Metodológico

3.1. Tipo y diseño de investigación

3.1.1. Investigación cuantitativa

Este estudio adopta un enfoque cuantitativo, ya que este permite obtener y procesar los datos de manera objetiva, permitiendo examinar de forma rigurosa, para evaluar el cumplimiento del Programa ENECSDI en niños menores de 2 años sin la intervención directa con los niños o sus familias. La investigación cuantitativa permite la medición objetiva de las variables de interés, como el estado nutricional de los niños, el porcentaje que ha cumplido con el paquete priorizado, y la consejería brindada a los cuidadores, garantizando un análisis riguroso de los datos (Ghanad, 2023).

3.1.2. Investigación descriptiva

El estudio tiene un enfoque descriptivo, cuyo propósito es detallar las características sociodemográficas, estado nutricional, cumplimiento del paquete priorizado y la consejería brindada a los cuidadores de los niños menores de 2 años. A través de este enfoque, se identificarán los patrones de cumplimiento del programa ENECSDI y se analizarán los posibles factores asociados, para proporcionar información relevante para la mejora continua del programa en el Centro de Salud Pascuales (Rana et al., 2020).

3.1.3. Diseño no experimental

El diseño no experimental es el más adecuado para esta investigación, ya que no se manipularán variables ni se intervendrá en el comportamiento de los participantes. Se empleará la observación indirecta de los datos obtenidos de las bases de datos del Ministerio de Salud Pública, es decir de las plataformas DASHBOARD y Seguimiento Nominal. Este enfoque permite analizar las características de los niños menores de 2 años y el impacto del Programa

ENECSDI en sus indicadores de salud, sin modificar el entorno en el que los datos fueron recopilados, lo que asegura la validez y objetividad de los resultados (Barroga y Matanguihan, 2022).

3.2. Población y Muestra

La población de este estudio está compuesta por los niños menores de 2 años que se encuentran registrados en el programa ENECSDI del Centro de Salud Pascuales durante el mes de enero a agosto del año 2023. No se realizará un muestreo, ya que se trabajará con la totalidad de la población registrada en el sistema del Ministerio de Salud Pública mediante los datos obtenidos del DASHBOARD. Esto asegura una representatividad completa de los datos y permite obtener conclusiones más precisas sobre el programa.

3.3. Los métodos y las técnicas

3.3.1. Método empírico

El método empírico fue seleccionado para este estudio, ya que se basa en la recolección y análisis de datos objetivos y medibles provenientes de fuentes secundarias, en particular del Ministerio de Salud Pública. Estos sistemas contienen información detallada sobre las características de los niños menores de 2 años que participan en el programa ENECSDI. El uso del método empírico permite que el análisis se enfoque en datos ya existentes, tales como el estado nutricional de los niños, el porcentaje que ha cumplido con el paquete priorizado y la consejería brindada a los cuidadores (Ma y Ping, 2022).

3.3.2. Técnica observación indirecta

Para recolectar los datos necesarios, se empleará la técnica de observación indirecta. Esta técnica es adecuada para este estudio porque los datos serán extraídos de las plataformas DASHBOARD y Seguimiento Nominal, sin la intervención directa o contacto con los niños o sus familias. A través de esta técnica, se recopilará información ya registrada, lo que permite obtener detalles

estructurados sobre el cumplimiento del paquete priorizado. La observación indirecta asegura que se respete el contexto natural en el que fueron generados los datos y garantiza la validez y la consistencia de la información utilizada en el análisis (Shang y Rönkkö, 2022).

3.3. Procesamiento estadístico de la información

El análisis de los datos será realizado al utilizar técnicas estadísticas descriptivas, como frecuencias absolutas y relativas, como también el software Statistical Package for the Social Sciences, una herramienta reconocida en el análisis de datos científicos. Dado que se trabajará con datos secundarios extraídos de las plataformas DASHBOARD y Seguimiento Nominal del Ministerio de Salud Pública, se emplearán técnicas estadísticas descriptivas, como frecuencias absolutas y relativas, para caracterizar la población en términos de variables como el estado nutricional, el porcentaje de cumplimiento del paquete priorizado, y la consejería brindada a los cuidadores. Estas técnicas permiten identificar tendencias y patrones dentro de los datos, lo que proporciona una visión clara del nivel de efectividad del programa ENECSDI en esta población específica.

Además, se realizarán análisis estadísticos bivariados para evaluar posibles relaciones entre las variables sociodemográficas y el cumplimiento del paquete priorizado, así como entre el estado nutricional de los niños y la consejería brindada a sus cuidadores. Para este fin, se utilizarán pruebas estadísticas no paramétricas como el test de Chi cuadrado, que permitirá identificar asociaciones significativas entre las diferentes variables del estudio. Los resultados se presentarán mediante tablas y gráficos que facilitarán una interpretación visual de los datos, acompañados de análisis detallados que serán relevantes para formular recomendaciones enfocadas en mejorar la implementación y seguimiento del programa ENECSDI en el Centro de Salud Pascuales.

CAPÍTULO IV: Análisis e Interpretación de Resultados

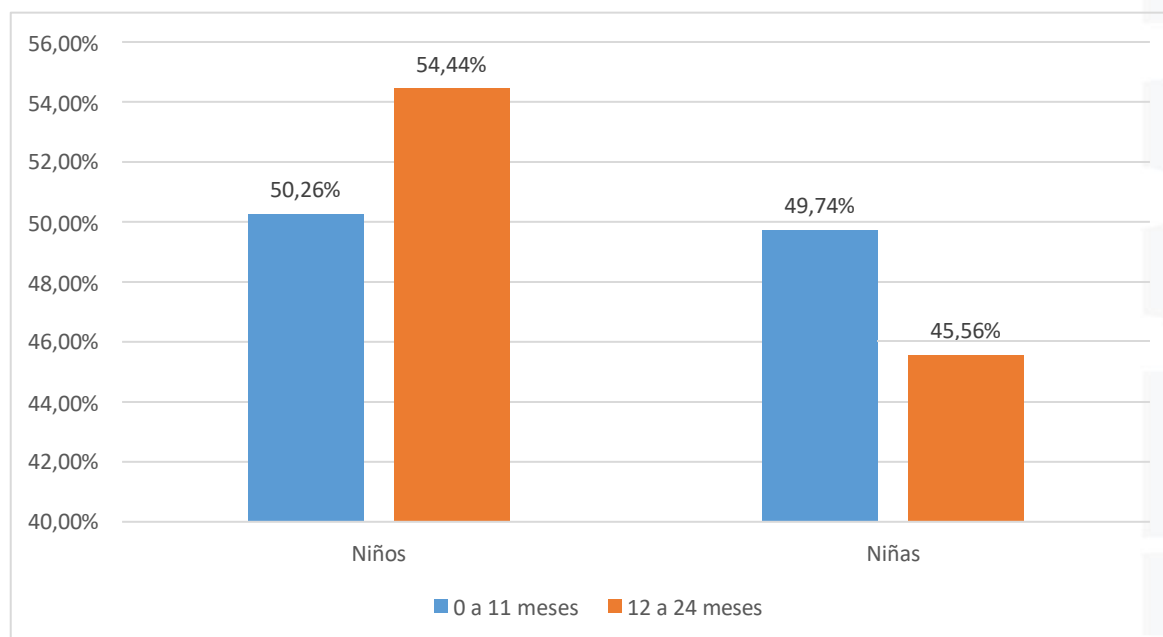
4.1. Análisis e interpretación de resultados

Tabla 2 Características sociodemográficas

Sexo	0 a 11 meses		12 a 24 meses	
	f	%	f	%
Niños	678	50,26%	454	54,44%
Niñas	671	49,74%	380	45,56%
Total	1349	100,00%	834	100,00%

Nota: Información obtenida de la base de datos del Centro de Salud.

Gráfico 1 Características sociodemográficas



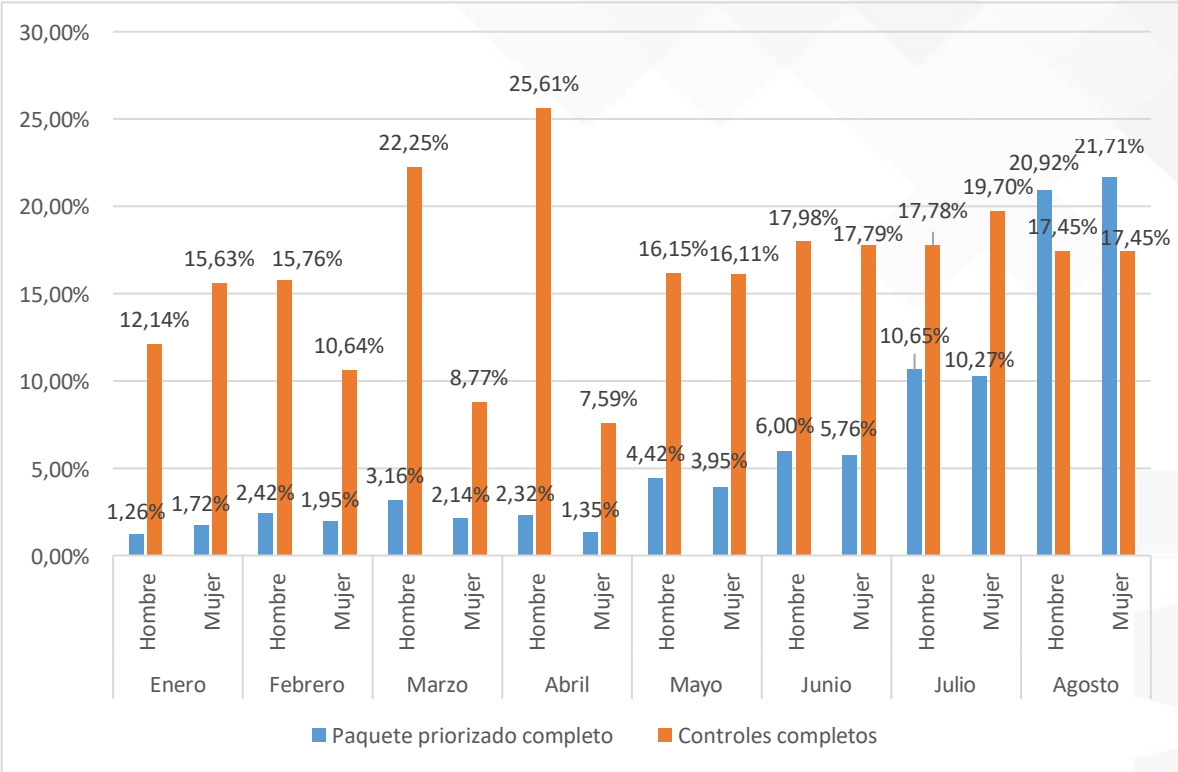
Los resultados muestran que el 54.44% de los menores que cumplieron con el paquete priorizado son niños de entre 12 y 24 meses, en comparación con el 45.56% de niñas en ese mismo rango de edad. Por otra parte, en el rango de edad de 0 a 11 meses, la distribución es más equilibrada, con un 50.26% de niños y un 49.74% de niñas. Estos datos sugieren una leve predominancia de los niños en el cumplimiento del paquete priorizado en los grupos de mayor edad, mientras que en los menores de un año la proporción entre géneros fue equitativa.

Tabla 3 Porcentaje de niños que cumplen el paquete priorizado y han recibido controles de rutina

Meses	Sexo	Paquete priorizado		Controles completos	
		completo		f	%
		f	%		
Enero	Hombre	27	1,26%	8	11,77%
	Mujer	37	1,72%	10	15,15%
Febrero	Hombre	52	2,42%	15	15,27%
	Mujer	42	1,95%	10	10,31%
Marzo	Hombre	68	3,16%	25	22,05%
	Mujer	46	2,14%	10	8,70%
Abril	Hombre	50	2,32%	20	25,61%
	Mujer	29	1,35%	6	7,59%
Mayo	Hombre	95	4,42%	29	16,24%
	Mujer	85	3,95%	29	16,20%
Junio	Hombre	129	6,00%	45	17,77%
	Mujer	124	5,76%	45	17,58%
Julio	Hombre	229	10,65%	80	17,66%
	Mujer	221	10,27%	89	19,57%
Agosto	Hombre	450	20,92%	160	17,08%
	Mujer	467	21,71%	163	17,37%

Nota: Información obtenida de la base de datos del Centro de Salud.

Gráfico 2 Porcentaje de niños que cumplen el paquete priorizado y han recibido controles de rutina



Los resultados reflejan un incremento paulatino en el número de menores de 0 a 24 meses que cumplieron con el paquete priorizado completo. En el mes de enero de 2024, se observó un bajo cumplimiento, con tan solo 64 menores, lo que representó el 2,98% de los paquetes priorizados cumplidos. Sin embargo, esta cifra aumentó en agosto de 2024, con un total de 917 menores, lo que equivale al 42,63% de los paquetes priorizados completos.

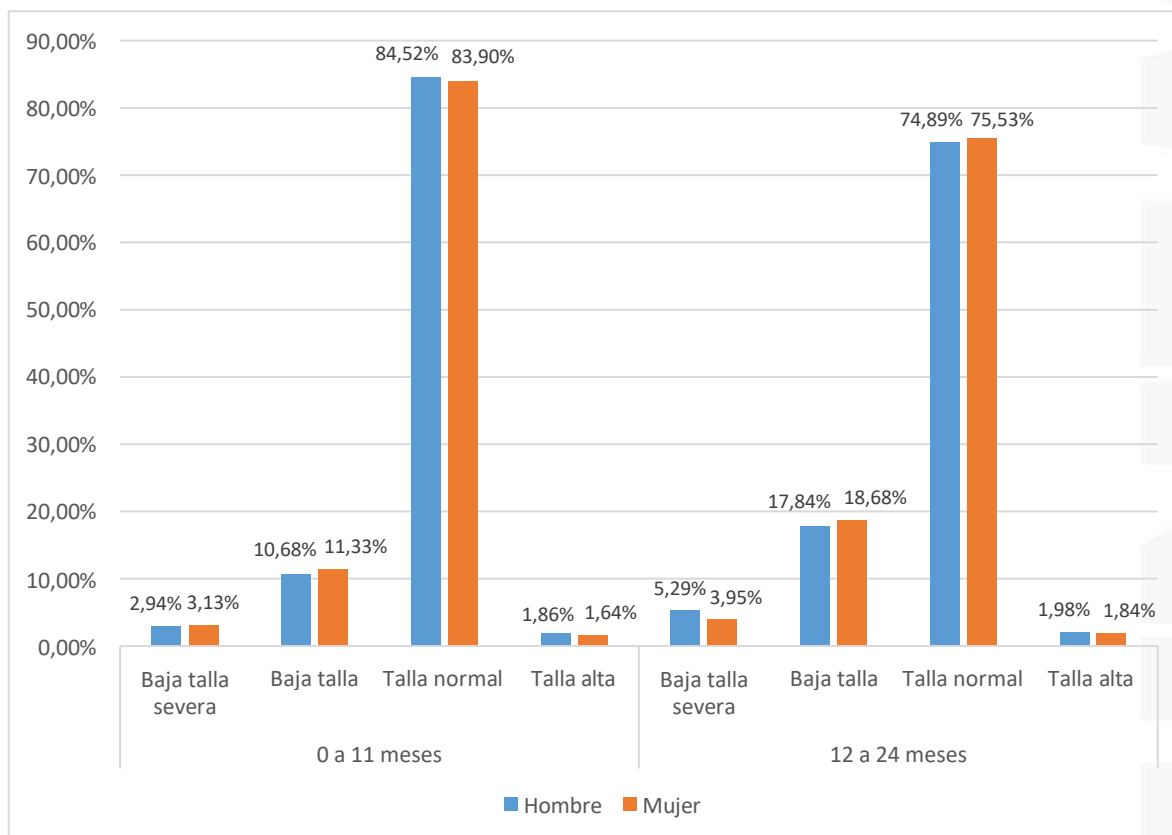
Este notable incremento también se refleja en el número de controles completos, que pasaron de 18 casos en enero a 322 casos en agosto, lo cual evidencia una mejora en la adherencia al seguimiento y cumplimiento de los controles durante este período. Este resultado implica que, al mejorar el acceso y cumplimiento de los paquetes priorizados, se está contribuyendo a un mejor estado de salud y desarrollo infantil, lo que puede traducirse en mejores resultados a largo plazo en términos de crecimiento y bienestar en los primeros años de vida.

Tabla 4 Estado del niño de acuerdo a la talla para la edad distribuido por sexo

Edad	Talla para la edad	Hombre		Mujer	
		f	%	f	%
0 a 11 meses	Baja talla severa	19	2,94%	21	3,13%
	Baja talla	69	10,68%	76	11,33%
	Talla normal	546	84,52%	563	83,90%
	Talla alta	12	1,86%	11	1,64%
12 a 24 meses	Baja talla severa	24	5,29%	15	3,95%
	Baja talla	81	17,84%	71	18,68%
	Talla normal	340	74,89%	287	75,53%
	Talla alta	9	1,98%	7	1,84%

Nota: Información obtenida de la base de datos del Centro de Salud.

Gráfico 3 Estado del niño de acuerdo a la talla para la edad distribuido por sexo



La interpretación de los resultados revela que el 84,52% de los niños y el 83,90% de las niñas de 0 a 11 meses de edad tienen una talla normal para la edad, lo cual es un indicador positivo de un crecimiento adecuado y una baja prevalencia de desnutrición crónica en esta primera etapa de vida. Esto refleja que los esfuerzos realizados en los primeros meses, como el control nutricional y la atención temprana brindada en el Centro de Salud Pascuales, han sido efectivos en prevenir el retardo en el crecimiento. En el grupo de 12 a 24 meses, el 74,89% de los niños y el 75,53% de las niñas continúan con una talla dentro del rango normal, pero esta reducción, aunque leve, puede ser una señal de que los desafíos nutricionales aumentan conforme los niños se acercan a los dos años de vida.

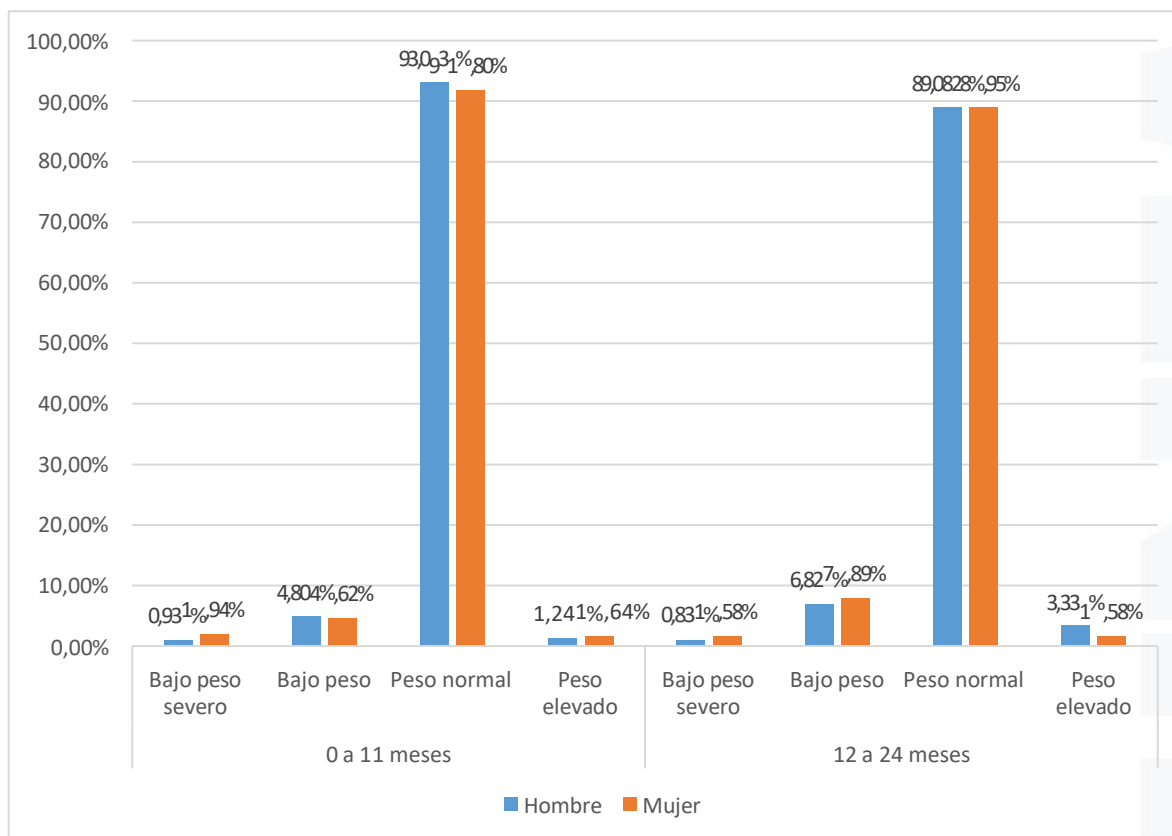
Este cambio destaca la importancia de continuar reforzando el programa “Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil (ENECSDI)”, que está diseñado para prevenir y combatir la desnutrición crónica en los primeros mil días de vida, período relevante para el desarrollo integral de los niños. La implementación de este programa en el Centro de Salud Pascuales ha mostrado ser fundamental para asegurar que se mantengan las condiciones necesarias para un crecimiento saludable, en particular en los niños más pequeños. Sin embargo, los resultados muestran que es esencial intensificar los esfuerzos a medida que los niños crecen, ya que los problemas relacionados con la talla y el desarrollo pueden hacerse más evidentes durante el segundo año de vida.

Tabla 5 Estado del niño de acuerdo al peso para la edad distribuido por sexo

Edad	Peso para la edad	Hombre		Mujer	
		f	%	f	%
0 a 11 meses	Bajo peso severo	6	0,93%	13	1,94%
	Bajo peso	31	4,80%	31	4,62%
	Peso normal	601	93,03%	616	91,80%
	Peso elevado	8	1,24%	11	1,64%
12 a 24 meses	Bajo peso severo	5	0,83%	6	1,58%
	Bajo peso	41	6,82%	30	7,89%
	Peso normal	535	89,02%	338	88,95%
	Peso elevado	20	3,33%	6	1,58%

Nota: Información obtenida de la base de datos del Centro de Salud.

Gráfico 4 Estado del niño de acuerdo al peso para la edad distribuido por sexo



Los resultados revelan que el 94,19% de las niñas y el 91,95% de los niños de 0 a 11 meses de edad tienen un peso normal, lo que refleja un buen estado nutricional en la mayoría de los lactantes. Esto puede ser atribuido en parte, a la implementación del programa “Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil” en el Centro de Salud Pascuales, que busca promover la lactancia materna, una alimentación adecuada y controles médicos regulares en los primeros meses de vida. Sin embargo, en el grupo de 12 a 24 meses, estos porcentajes descienden, con un 92,89% de las niñas y un 86,56% de los niños dentro del rango de peso normal, lo cual pone de relieve la importancia de continuar fortaleciendo este tipo de programas para mantener y mejorar los resultados.

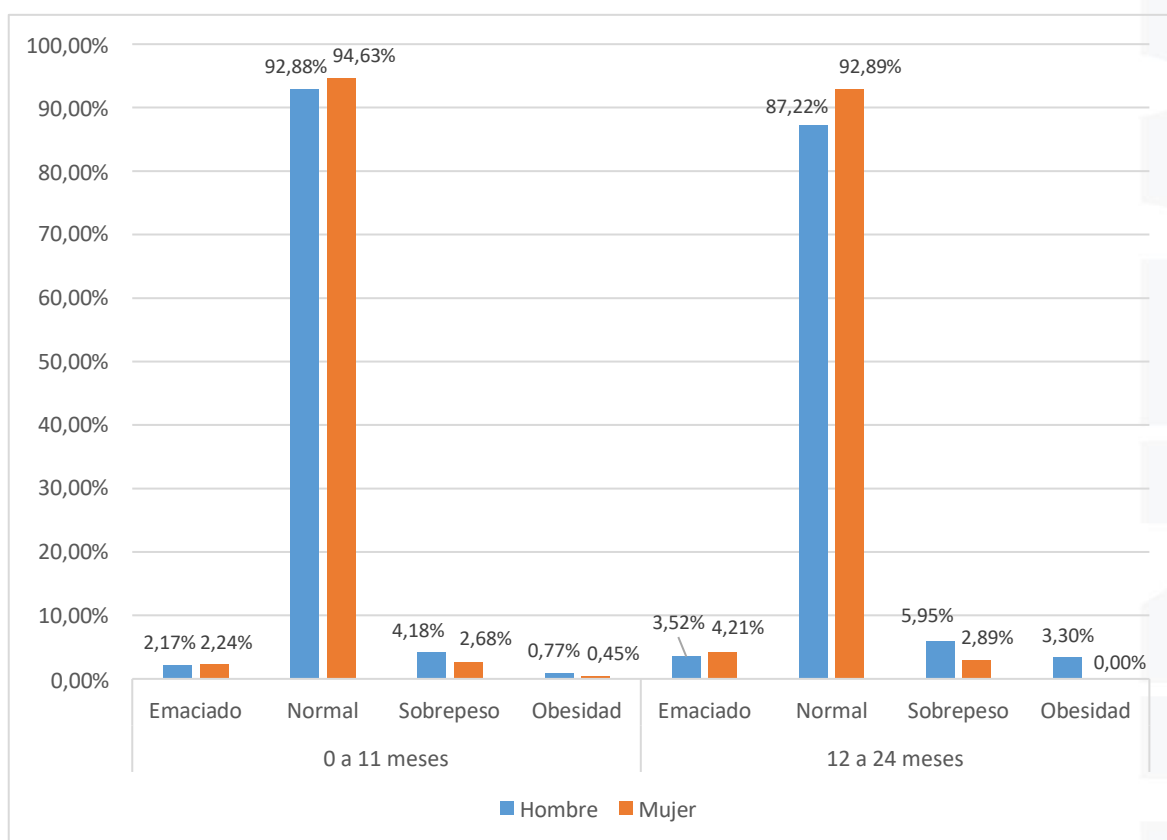
Aunque estos datos son alentadores, es importante prestar atención al porcentaje restante que presenta problemas de baja talla o peso, ya que estos niños podrían experimentar desnutrición global, lo que implica dificultades nutricionales o de salud que requieren seguimiento. En este contexto, la Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil desempeña un papel importante, no solo en mantener los avances, sino también en ampliarse y adaptarse para cubrir las necesidades de los niños con riesgo de desnutrición global, en especial en etapas críticas de crecimiento. Es fundamental que el programa se implemente de manera integral, con un enfoque continuo en la detección temprana y el tratamiento de cualquier deficiencia nutricional que pudiera comprometer el desarrollo infantil.

Tabla 6 Estado del niño de acuerdo al IMC/edad distribuida por sexo

Edad	IMC para la edad	Hombre		Mujer	
		f	%	f	%
0 a 11 meses	Emaciado	14	2,17%	15	2,24%
	Normal	600	92,88%	635	94,63%
	Sobrepeso	27	4,18%	18	2,68%
	Obesidad	5	0,77%	3	0,45%
12 a 24 meses	Emaciado	16	3,52%	16	4,21%
	Normal	396	87,22%	353	92,89%
	Sobrepeso	27	5,95%	11	2,89%
	Obesidad	15	3,30%	0	0,00%

Nota: Información obtenida de la base de datos del Centro de Salud.

Gráfico 5 Estado del niño de acuerdo al IMC/edad distribuida por sexo



Los resultados obtenidos muestran que el 94,63% de las niñas y el 92,88% de los niños de 0 a 11 meses de edad presentaron un IMC normal para su edad, lo que sugiere un estado nutricional adecuado en la gran mayoría de los lactantes durante esta etapa temprana de desarrollo. Estos porcentajes favorables son indicativos de que las estrategias de prevención y promoción de la salud implementadas en el Centro de Salud Pascuales, a través del programa "Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil", genera resultados positivos, en los primeros meses de vida. La intervención temprana, como el fomento de la lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación complementaria, ha sido decisivo para mantener estos índices favorables en la población infantil.

Estos porcentajes se mantienen en el grupo de 12 a 24 meses, con un 92,89% de las niñas y un 87,22% de los niños que también mostraron un IMC dentro del rango normal. Sin embargo, este leve descenso en los valores refleja la necesidad de continuar reforzando las intervenciones del programa, ya que, durante esta etapa, los niños están más expuestos a factores de riesgo relacionados con la nutrición, como una alimentación inadecuada o deficiente en nutrientes. Es necesario asegurar que las familias reciban educación constante sobre la alimentación saludable y que se realicen controles regulares del crecimiento y desarrollo infantil para prevenir desviaciones en el estado nutricional.

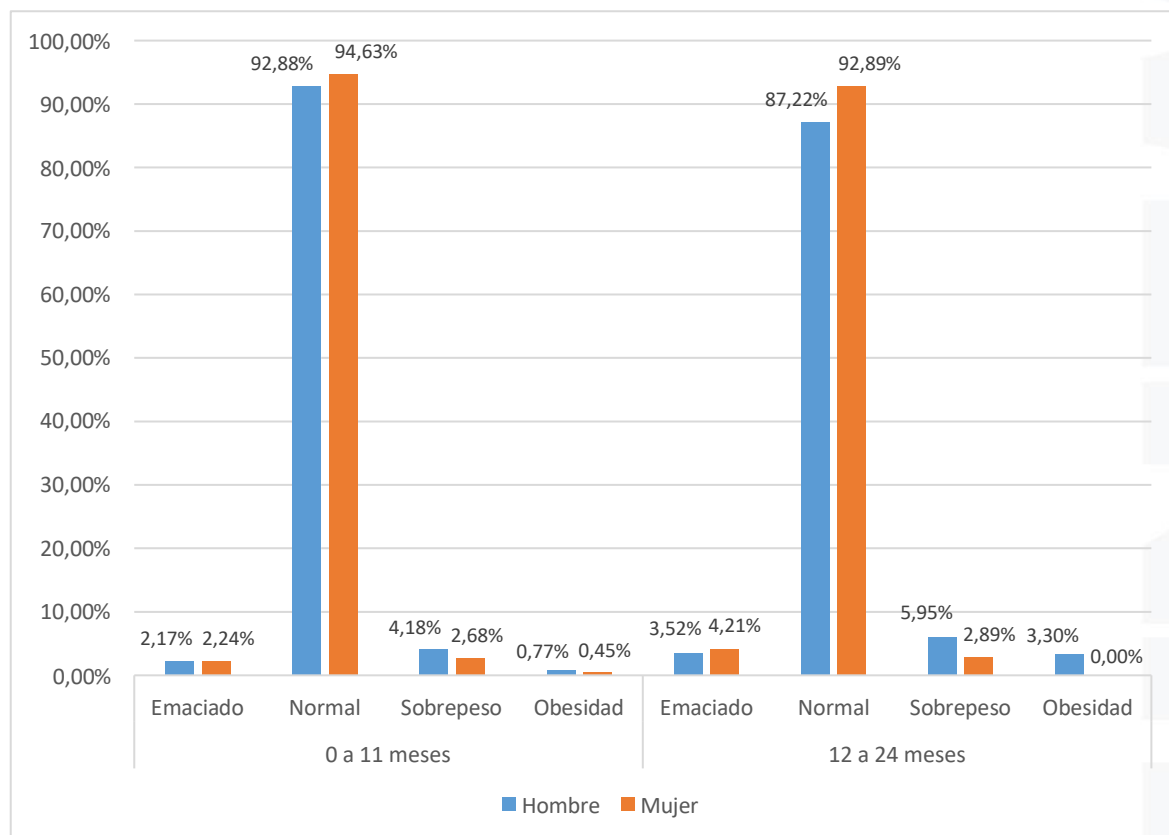
Sin embargo, a pesar de este predominio de niños con un IMC normal, es fundamental no perder de vista el porcentaje restante de menores que presentan problemas relacionados con el IMC, como emaciación (IMC bajo), sobrepeso y obesidad. Estos casos, aunque representan una minoría, deben recibir una atención prioritaria. En este contexto, la "Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil" cobra especial relevancia, ya que debe enfocarse no solo en la prevención de la desnutrición crónica, sino también en el manejo de otros desequilibrios nutricionales que puedan afectar el desarrollo óptimo de los niños.

Tabla 7 Estado del niño de acuerdo al peso para la longitud distribuido por sexo

Edad	Peso para la longitud	Hombre		Mujer	
		f	%	f	%
0 a 11 meses	Emaciado	13	2,01%	14	2,09%
	Normal	594	91,95%	632	94,19%
	Sobrepeso	33	5,11%	21	3,13%
	Obesidad	6	0,93%	4	0,60%
12 a 24 meses	Emaciado	22	4,85%	16	4,21%
	Normal	393	86,56%	353	92,89%
	Sobrepeso	25	5,51%	11	2,89%
	Obesidad	14	3,08%	0	0,00%

Nota: Información obtenida de la base de datos del Centro de Salud.

Gráfico 6 Estado del niño de acuerdo al peso para la longitud distribuido por sexo



Los resultados muestran que un 94,19% de las niñas y un 91,95% de los niños de 0 a 11 meses de edad presentaban un peso normal para la longitud, lo que indica un adecuado estado nutricional y un crecimiento saludable en la mayoría de los lactantes durante sus primeros meses de vida. Estos resultados pueden estar asociados al impacto positivo del programa “Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil” en el Centro de Salud Pascuales, que fomenta la lactancia materna exclusiva, la vigilancia periódica del crecimiento y el acceso a suplementos nutricionales en caso de necesidad. Este enfoque preventivo y de seguimiento constante es importante durante los primeros meses, cuando los niños son más vulnerables a deficiencias nutricionales.

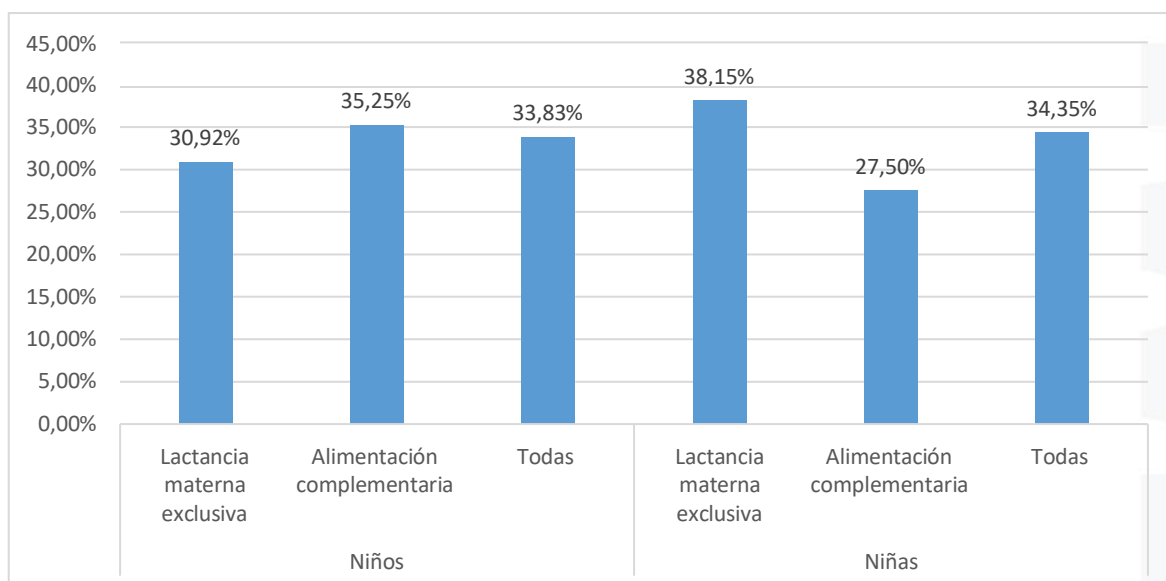
Esta tendencia también se observa en el grupo de 12 a 24 meses, donde el 92,89% de las niñas y el 86,56% de los niños continúan manteniendo un peso normal en relación con su longitud. No obstante, aunque los resultados en general son positivos, se percibe una leve disminución en el porcentaje de niños que mantienen un peso adecuado en comparación con el grupo de menores de 12 meses. Esto puede señalar la presencia de desnutrición aguda, lo que destaca la necesidad de intensificar las intervenciones del programa durante la transición hacia la alimentación complementaria, que es una etapa crítica para asegurar que los niños reciban los nutrientes necesarios para evitar la pérdida de peso o el estancamiento en el crecimiento.

Sin embargo, a pesar de este predominio de niños con peso normal, es importante no pasar por alto el porcentaje restante que se encuentra fuera de los rangos esperados de peso para la longitud, ya que presentan problemas nutricionales significativos, como sobrepeso, emaciación y obesidad. Aunque representan una minoría en comparación con el grupo mayoritario de niños con peso normal, estos casos no deben ser subestimados, ya que los desequilibrios nutricionales pueden tener consecuencias negativas para la salud de los menores a corto y largo plazo, como alteraciones en el desarrollo físico o riesgos metabólicos.

Tabla 8 Consejerías recibidas por los cuidadores de niños

Sexo	Consejería	f	%
Niños	Lactancia materna exclusiva	350	30,92%
	Alimentación complementaria	399	35,25%
	Todas	383	33,83%
Niñas	Lactancia materna exclusiva	401	38,15%
	Alimentación complementaria	289	27,50%
	Todas	361	34,35%

Nota: Información obtenida de la base de datos del Centro de Salud.

Gráfico 7 Consejerías recibidas por los cuidadores de niños

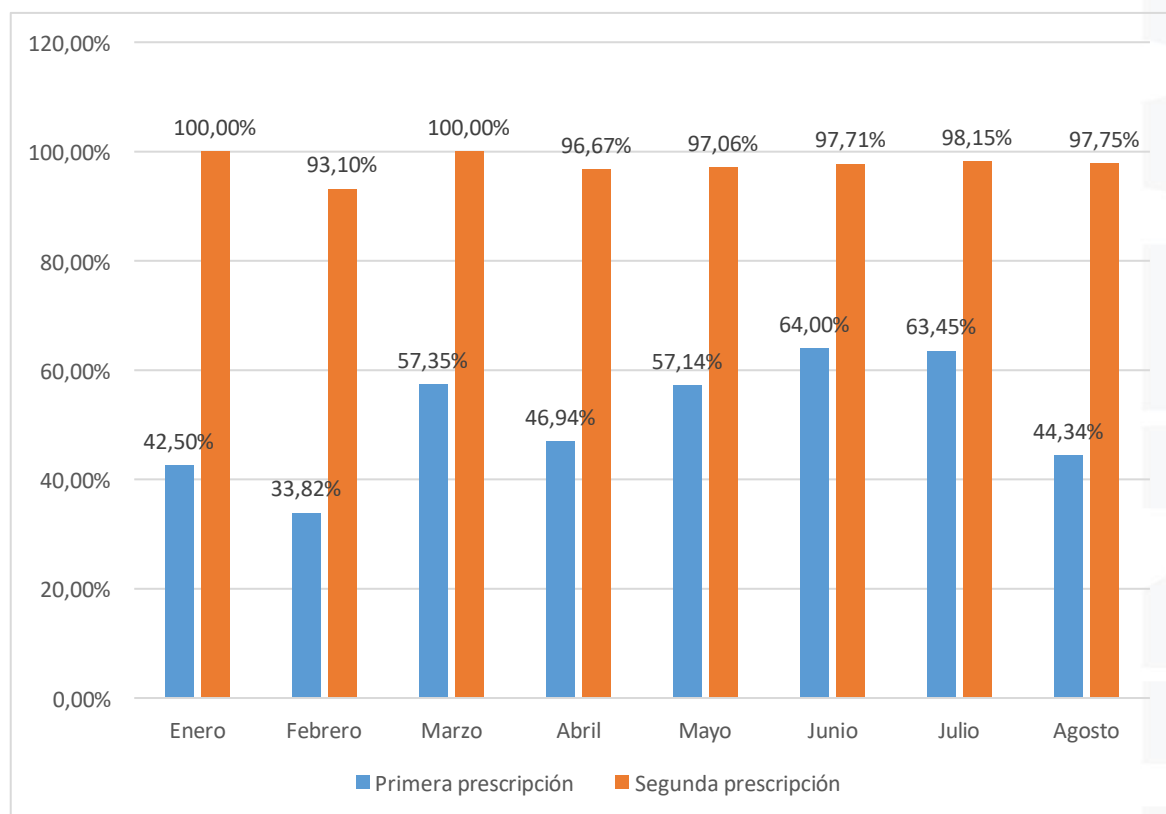
Los resultados muestran diferencias en la recepción de consejerías: el 35.25% de los niños recibió orientación sobre alimentación complementaria, y el 33.83% accedió a todas las consejerías. En las niñas, el 38.15% recibió consejería solo sobre lactancia materna exclusiva, y el 34.35% recibió todas las consejerías. Esto sugiere que, aunque una parte significativa ha recibido orientación nutricional, hay variaciones según el género. La recepción completa de estas consejerías es vital para proporcionar a madres y cuidadores la información necesaria para una lactancia y alimentación complementaria adecuadas, fundamentales para el desarrollo saludable en los primeros años de vida.

Tabla 9 Prescripción de micronutrientes en niños menos de 24 meses

Mes	Primera prescripción		Segunda prescripción	
	f	%	f	%
Enero	17	42,50%	26	100,00%
Febrero	23	33,82%	27	93,10%
Marzo	39	57,35%	47	100,00%
Abril	23	46,94%	29	96,67%
Mayo	44	57,14%	99	97,06%
Junio	80	64,00%	128	97,71%
Julio	151	63,45%	212	98,15%
Agosto	317	44,34%	217	97,75%

Nota: Información obtenida de la base de datos del Centro de Salud.

Gráfico 8 Prescripción de micronutrientes en niños menos de 24 meses



En cuanto a la primera prescripción de micronutrientes, hay un predominio significativo en el mes de junio, donde el 64% de los niños menores de 2 años recibieron su primera dosis. Esto podría atribuirse al refuerzo del programa de la Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil (ENECSDI), lo que habría intensificado los esfuerzos del centro de salud en ese mes para asegurar que los niños accedan a los micronutrientes. Sin embargo, en los demás meses, los porcentajes de cumplimiento son menores, lo que sugiere una variabilidad en la constancia del seguimiento inicial del programa.

Por otro lado, en la ****segunda prescripción de micronutrientes****, los picos más altos de cumplimiento se observan en enero y marzo, donde el 100% de los menores recibieron sus micronutrientes en esos meses. En los otros meses, aunque no se alcanza el 100%, los porcentajes se mantienen dentro del 90%, lo que indica un seguimiento más uniforme y efectivo en esta fase del tratamiento.

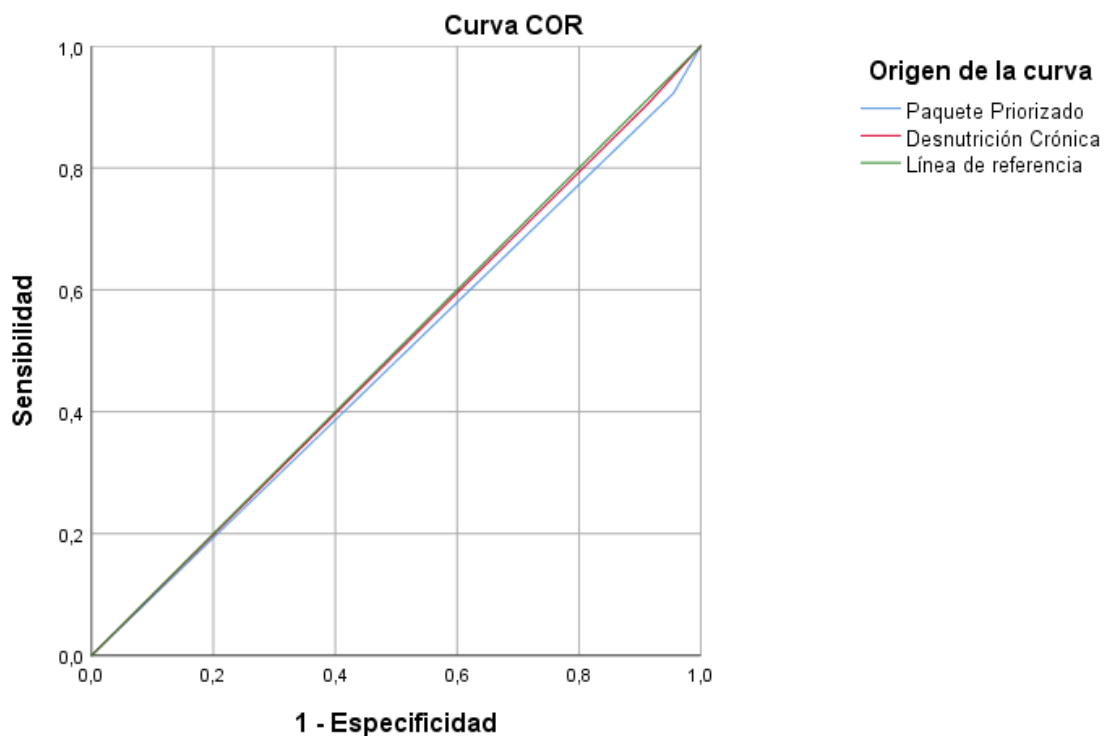
Este comportamiento puede explicarse porque, aunque en la primera prescripción algunos padres no inicien el proceso a tiempo o se enfrenten a barreras logísticas, una vez iniciada la administración de micronutrientes, el seguimiento por parte del programa ENECSDI se fortalece, lo que explica el alto porcentaje en la segunda prescripción y refleja una mayor adherencia al tratamiento.

4.2. Análisis Comparativo

A continuación, se presenta el análisis de la efectividad del paquete priorizado ENECSDI en la prevención de la desnutrición infantil en niños menores de 2 años:

Tabla 10 Sensibilidad y especificidad del análisis de índice de desnutrición crónica versus paquete priorizado.

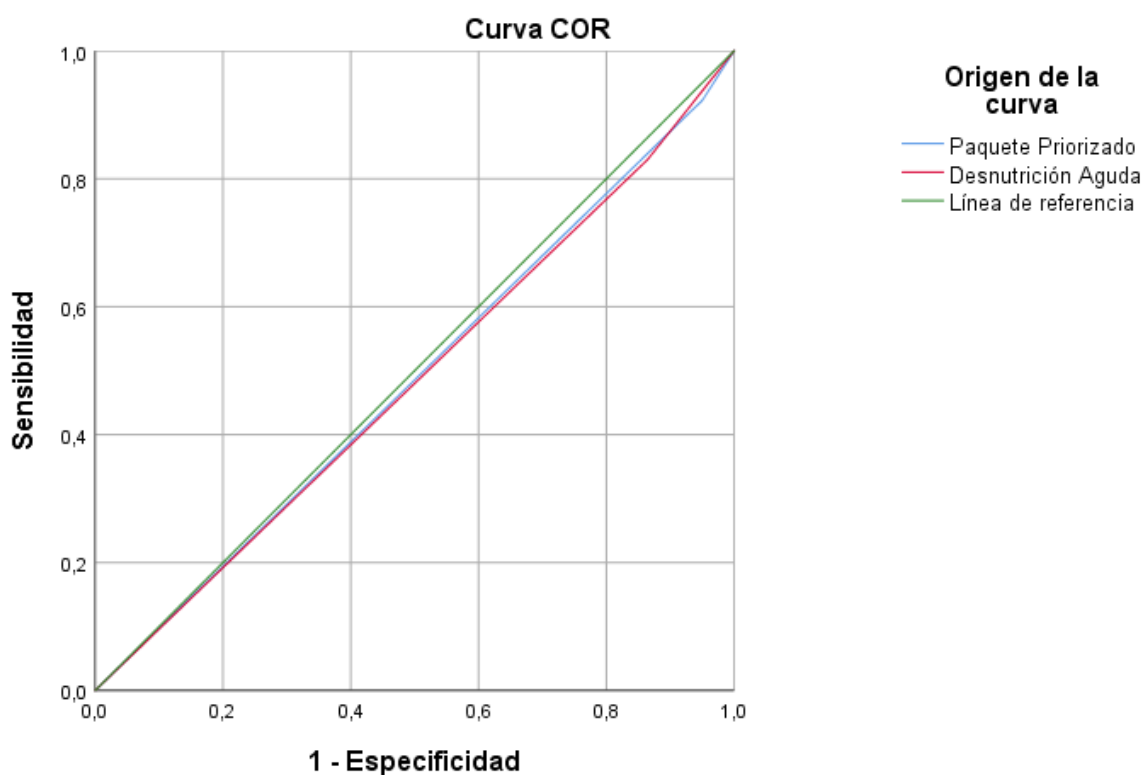
Variables de resultado de prueba	Área bajo la curva			95% de intervalo de confianza asintótico	
	Área	Desv. Error ^a	Significación asintótica ^b	Límite inferior	Límite superior
Paquete Priorizado	,484	,017	,320	,451	,516
Desnutrición Crónica	,496	,016	,807	,464	,528



En esta tabla, el área bajo la curva (0.484 para el paquete priorizado y 0.496 para la desnutrición crónica) está cercana a 0.5, lo que indica que no hay una relación clara entre el estado de desnutrición crónica y el uso del paquete priorizado ENECSDI. Esto es consistente con la idea de que la mayoría de los niños ya cuentan con el paquete completo y, como resultado, los casos de desnutrición crónica son menos frecuentes en esta población. La falta de significación estadística sugiere que el paquete, al estar implementado, podría estar cumpliendo su objetivo preventivo, al ayudar a reducir la prevalencia de la desnutrición crónica entre los niños menores de 2 años atendidos en el Centro de Salud Pascuales. Sin embargo, estos resultados también reflejan la necesidad de considerar otros factores, como las condiciones socioeconómicas y el acceso a servicios básicos, que podrían influir en los resultados de salud y deben ser incluidos para evaluar el impacto del paquete de manera consistente.

Tabla 11 Sensibilidad y especificidad del análisis de índice de desnutrición aguda versus paquete priorizado.

Área bajo la curva					
Variables de resultado de prueba	Área	Desv. Error ^a	Significación asintótica ^b	95% de intervalo de confianza asintótico	
				Límite inferior	Límite superior
Paquete Priorizado	,486	,037	,705	,413	,559
Desnutrición Aguda	,483	,037	,635	,410	,556



Los segmentos de diagonal se generan mediante empates.

De manera similar a la Tabla 11, el área bajo la curva para el paquete priorizado (0.486) y para la desnutrición aguda (0.483) no muestra una relación significativa, lo cual se interpreta en el contexto de que el paquete ENECSDI busca prevenir la desnutrición y no identificar casos. La falta de asociación estadística puede interpretarse como una señal positiva de que la implementación del paquete podría lograr su objetivo preventivo, manteniendo bajas tasas de desnutrición aguda en esta población infantil. Este hallazgo sugiere que, dado que la mayoría de los niños cuentan con el paquete completo, el ENECSDI podría ayudar a mantener un estado nutricional adecuado en los menores. Aun así, sería beneficioso complementar el análisis con estudios a largo plazo para observar el impacto sostenido del paquete y, de ser posible, comparar con poblaciones sin acceso al mismo, a fin de confirmar su efectividad en la prevención de la desnutrición aguda.

4.3. Verificación del Chi Cuadrado

Tabla 12 Validación de hipótesis: Prueba de Chi Cuadrado

Recuento		Tabla cruzada Paquetes priorizados*IMC					Total
		IMC					
		Delgado	Normal	Obesidad	Severamente delgado	Sobrepeso	
Paquetes priorizados	Enero	0	64	0	0	2	66
	Febrero	0	94	0	0	4	98
	Marzo	0	113	0	0	2	115
	Abril	0	77	0	0	2	79
	Mayo	0	173	0	0	6	179
	Junio	0	239	5	0	12	256
	Julio	0	433	4	7	10	454
	Agosto	19	869	5	0	43	936
Total		19	2062	14	7	81	2183

P uebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	40,186 ^a	28	,044
Razón de verosimilitud	45,241	28	,021
N de casos válidos	2183		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,39.

Según el análisis de Chi-cuadrado, con un valor de 40.186 y una significación asintótica de 0.044; esto sugiere que existe una relación estadística significativa entre la implementación del programa ENECSDI y el desarrollo infantil en los niños menores de 2 años del Centro de Salud Pascuales. Dado que el valor de p es inferior a 0.05, se puede afirmar con confianza que las diferencias observadas no son atribuibles a fluctuaciones aleatorias, sino que reflejan un efecto tangible del fortalecimiento integral del programa sobre el desarrollo infantil. Estos hallazgos respaldan la hipótesis planteada, al confirmar que la intervención implementada tiene un impacto positivo y significativo en el desarrollo de los niños evaluados.

CAPÍTULO V: Discusión, conclusiones y recomendaciones

5.1. Discusión

Al comparar los resultados con otros estudios, se observan tanto contrastes como similitudes. Ghodsi et al. (2021) reportan que el 62% de los menores eran niñas, de las cuales el 59% tenía entre 12 y 24 meses. En cambio, investigaciones como las de Jardi y Casanova (2021) presentan una tendencia similar en cuanto al predominio de niños, ya que el 61% de su muestra eran varones, aunque en un rango de edad diferente, de 0 a 12 meses. Estos hallazgos concuerdan con los del presente estudio, donde el 51.86% de los menores que completaron el paquete priorizado son niños y el 48.14% niñas.

Además, se destaca un predominio del 54.44% en niños de 12 a 24 meses y un equilibrio cercano al 50.26% en niñas del mismo rango etario. Lo novedoso de estos resultados radica en la evidencia de un patrón más equilibrado en la distribución por género en los menores de un año, mientras que los estudios previos muestran una mayor variabilidad. Estos hallazgos permiten conocer con mayor precisión cómo se comporta la adherencia a los paquetes priorizados en distintas edades, lo que puede influir en la planificación de intervenciones específicas para aumentar el cumplimiento del programa en ambos géneros.

Sobre el cumplimiento del paquete priorizado, estudios como el de Mora et al. (2024) señalan que en Machala el 60% de los menores cumple con este paquete. Por otro lado, Amaro (2024) muestra cierta similitud en sus resultados, al evidenciar una reducción en los problemas de nutrición infantil hasta 2023. A su vez, Nayak et al. (2023) indican que los programas de intervención en desnutrición infantil han logrado un avance significativo en seis meses, incrementando la cobertura de un 25% a un 63% de menores beneficiados, lo que ha contribuido a reducir los casos de malnutrición.

Estos resultados son comparables con los del presente estudio, donde se observó que en enero solo 66 menores habían recibido el paquete priorizado,

pero para agosto esta cifra aumentó, alcanzando los 323 casos con el paquete completo. Lo novedoso de estos resultados radica en la progresión constante y notable del cumplimiento del paquete priorizado en un corto periodo de tiempo, lo cual es un reflejo del impacto positivo de las estrategias de intervención y seguimiento implementadas en el Centro de Salud Pascuales. Estos datos permiten evaluar no solo la eficacia del programa, sino también su capacidad para adaptarse y mejorar a lo largo del año, proporcionando una base sólida para futuras mejoras en la planificación de la intervención nutricional.

En cuanto al estado nutricional, estudios como el de Das et al. (2020) muestran que, tras la implementación de programas contra la desnutrición infantil, los casos de bajo peso se redujeron del 59% al 17%. Por su parte, Jardi y Casanova (2021), en España revelan que, a pesar de aplicar programas de prevención, solo el 42% de los menores de 24 meses tiene un peso normal. Fisberg et al. (2021) añaden que solo el 32% de los menores muestra un peso y talla normales, y apenas el 29% posee un IMC dentro de los rangos adecuados.

En este contexto, los resultados de estos autores guardan cierta similitud con los hallazgos de este estudio, donde el 96.29% de las niñas y el 92.75% de los niños presentan un IMC normal. La particularidad de estos hallazgos es el alto porcentaje de menores con un IMC adecuado en comparación con otros estudios, lo que sugiere un impacto positivo de las intervenciones nutricionales aplicadas en el Centro de Salud Pascuales. Estos datos permiten no solo corroborar la efectividad del programa en el contexto local, sino también subrayar su éxito en la mejora del estado nutricional infantil, proporcionando un punto de referencia importante para futuras investigaciones y políticas de salud pública enfocadas en la infancia.

En relación con las consejerías, estudios como el de Bhutta (2022) revelan que el 75% de los cuidadores o madres de familia reciben consejería sobre alimentación o lactancia materna. Por otro lado, Nayak et al. (2023) mencionan que solo el 54% de las consejerías dadas a los cuidadores trataban sobre

lactancia materna, y el 42% incluían consejos sobre la alimentación complementaria. Asimismo, Das et al. (2020) indican que el 49% de los menores tenían cuidadores que recibieron consejería sobre alimentación complementaria. Estos hallazgos son consistentes con los resultados de este estudio, donde el 35.25% de los niños recibieron orientación sobre alimentación complementaria y el 38.15% sobre lactancia materna exclusiva.

Por lo tanto, la relevancia de estos hallazgos radica en la identificación de brechas en la cobertura de consejerías en comparación con otros estudios internacionales. Aunque se muestra un esfuerzo considerable en la entrega de orientación sobre lactancia y alimentación complementaria, las cifras sugieren la necesidad de mejorar el alcance de estos servicios en el Centro de Salud Pascuales. Estos datos proporcionan una visión detallada sobre la recepción de consejerías, permitiendo ajustar las intervenciones educativas para garantizar una mayor equidad en la distribución y la calidad de la información.

5.1. Conclusiones

En cuanto a las características demográficas, se observó una leve predominancia de niños de entre 12 y 24 meses que cumplieron con el paquete priorizado, mientras que en el grupo de menores de un año, la distribución fue equitativa entre niños y niñas. Esto refleja un equilibrio en la atención por género en los primeros meses de vida y una ligera tendencia hacia un mayor cumplimiento en niños de mayor edad.

Respecto al cumplimiento del paquete priorizado y los controles de rutina, los resultados evidencian una mejora significativa en la adherencia al programa a lo largo del año. Si bien en enero de 2024 solo un pequeño porcentaje de menores había cumplido con el paquete completo, para agosto de 2024 este porcentaje se incrementó de forma considerable, lo que sugiere un impacto positivo de las estrategias de seguimiento implementadas por el centro de salud.

En relación con el estado nutricional de los niños menores de 24 meses, los resultados indican que la mayoría presenta un índice de masa corporal adecuado, lo que refleja el impacto positivo de la prescripción de micronutrientes. No obstante, es fundamental continuar vigilando a aquellos menores que muestran índices fuera de los rangos normales, a fin de asegurar una intervención nutricional oportuna que favorezca su desarrollo global.

En este contexto, en relación con las consejerías sobre lactancia materna y alimentación complementaria, aunque una proporción considerable de los cuidadores recibió orientación, se observan variaciones por género en la distribución de las consejerías. Esto destaca la necesidad de reforzar la educación nutricional de manera más uniforme, asegurando que tanto niños como niñas reciban la misma calidad de consejería para fomentar un desarrollo completo.

5.3. Recomendaciones

Se debe optimizar el proceso de supervisión y monitoreo en la implementación del programa ENECSDI para garantizar que los niños de 0 a 11 meses reciban la misma atención priorizada que los mayores de 12 meses. Para lograr esto, es esencial establecer un sistema de procesamiento de datos efectivo que permita recolectar información precisa desde una línea base inicial.

Es necesario implementar estrategias nacionales que fortalezcan el seguimiento y cumplimiento del paquete priorizado, en especial en los primeros meses del año cuando el cumplimiento es menor. El refuerzo de políticas encaminadas a mejorar la distribución equitativa de recursos y servicios sociales será importante para asegurar que los niños continúen recibiendo controles y monitoreos periódicos.

Para garantizar la adecuada atención nutricional, se deben fortalecer los mecanismos de evaluación y control del estado nutricional de los menores, enfocándose en aquellos que presentan tallas, pesos o IMC fuera de los rangos normales. Es necesario realizar un monitoreo continuo con el fin de identificar de manera oportuna los casos de desnutrición o sobrepeso, permitiendo una intervención temprana.

Es fundamental mejorar la equidad en la distribución de las consejerías sobre lactancia materna y alimentación complementaria entre niños y niñas. Para ello, se recomienda fortalecer las estrategias educativas enfocadas en los cuidadores, asegurando que todos reciban una orientación completa y adecuada. Además, se debe mejorar el monitoreo y seguimiento de estas consejerías mediante políticas públicas que promuevan una mayor inversión social en educación nutricional, con énfasis en los sectores vulnerables, garantizando así un desarrollo consistente más equitativo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acebo, M. E. C., & Poveda, A. G. C. (2020). Aspectos fundamentales de los programas de estimulación temprana y sus efectos en el desarrollo de los niños de 0 a 6 años. *RECIMUNDO*, 4(1), Article 1. [https://doi.org/10.26820/recimundo/4.\(1\).enero.2020.499-520](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(1).enero.2020.499-520)
- Ahmed, K. Y., Rwabilimbo, A. G., Abrha, S., Page, A., Arora, A., Tadese, F., Beyene, T. Y., Seiko, A., Endris, A. A., Agho, K. E., & Ogbo, F. A. (2020). Factors associated with underweight, overweight, and obesity in reproductive age Tanzanian women. *PLoS ONE*, 15(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237720>
- Amaro, W. (2024). Implementación de intervenciones para la desnutrición crónica y anemia infantil en América y El Caribe: Una revisión sistemática. *Polo del Conocimiento*, 9(1), Article 1. <https://doi.org/10.23857/pc.v9i1.6459>
- Asif, M., Aslam, M., Mazhar, I., Ali, H., Ismail, T., Matłosz, P., & Wyszzyńska, J. (2022). Establishing Height-for-Age Z-Score Growth Reference Curves and Stunting Prevalence in Children and Adolescents in Pakistan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19). <https://doi.org/10.3390/ijerph191912630>
- Attanasio, O., Baker-Henningham, H., Bernal, R., Meghir, C., Pineda, D., & Rubio-Codina, M. (2022). Early Stimulation and Nutrition: The Impacts of a Scalable Intervention. *Journal of the European Economic Association*, 20(4). <https://doi.org/10.1093/jeea/jvac005>
- Barroga, E., & Matanguihan, G. J. (2022). A Practical Guide to Writing Quantitative and Qualitative Research Questions and Hypotheses in Scholarly Articles. *Journal of Korean Medical Science*, 37(16). <https://doi.org/10.3346/jkms.2022.37.e121>
- Berky, A. J., Robie, E., Ortiz, E. J., Meyer, J. N., Hsu-Kim, H., & Pan, W. K. (2020). Evaluation of Peruvian Government Interventions to Reduce Childhood Anemia. *Annals of Global Health*, 86(1). <https://doi.org/10.5334/aogh.2896>

- Bhutta, Z. A. (2022). Optimizing prevention and community-based management of severe malnutrition in children. *PLoS Medicine*, 19(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003924>
- Brummelman, E., van Atteveldt, N., Wolf, S., & Sierksma, J. (2024). Using social and behavioral science to address achievement inequality. *Npj Science of Learning*, 9(1), 1–6. <https://doi.org/10.1038/s41539-024-00259-1>
- Campos-Campos, K., Cruces, G. M., Marcelo, M. P., Segura, K. A., Castelli, L. F., & Rocha, C. L. (2021). Importancia de la estimulación temprana para el desarrollo motor en niños con síndrome de Down: Una revisión sistemática. *Revista Peruana de ciencia de la actividad física y del deporte*, 8(3), 10–10. <https://doi.org/10.53820/rpcafd.v8i3.152>
- Candela, Y. (2020). Malnutrición en niños beneficiarios de programas comunitarios en alimentación y nutrición. *Anales Venezolanos de Nutrición*, 33(2). http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0798-07522020000200123&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Chiopris, G., Chiopris, C., Valenti, M., & Esposito, S. (2024). Determinants of Undernutrition among Children Admitted to a Pediatric Hospital in Port Sudan, Sudan. *Nutrients*, 16(6). <https://doi.org/10.3390/nu16060787>
- Das, J. K., Salam, R. A., Saeed, M., Kazmi, F. A., & Bhutta, Z. A. (2020). Effectiveness of Interventions for Managing Acute Malnutrition in Children under Five Years of Age in Low-Income and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*, 12(1). <https://doi.org/10.3390/nu12010116>
- Elhady, G. W., Ibrahim, S. kamal, Abbas, E. S., Tawfik, A. M., Hussein, S. E., & Salem, M. R. (2023). Barriers to adequate nutrition care for child malnutrition in a low-resource setting: Perspectives of health care providers. *Frontiers in Public Health*, 11, 1064837. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1064837>
- Espinosa, T. C. (2020). Educación inicial y sus estrategias desde la política pública. *Polo del Conocimiento*, 5(7), Article 7. <https://doi.org/10.23857/pc.v5i7.1494>

- Ferreira, H. da S. (2020). Anthropometric assessment of children's nutritional status: A new approach based on an adaptation of Waterlow's classification. *BMC Pediatrics*, 20. <https://doi.org/10.1186/s12887-020-1940-6>
- Fisberg, M., Duarte Batista, L., Nogueira-de-Almeida, C. A., Sarti, F. M., Albuquerque, M. P. de, & Fisberg, R. M. (2021). Integrative Strategies for Preventing Nutritional Problems in the Development of Children in Brazil. *Frontiers in Nutrition*, 8. <https://doi.org/10.3389/fnut.2021.662817>
- Francke, P., & Acosta, G. (2021). Impacto del programa de alimentación escolar Qali Warma sobre la anemia y la desnutrición crónica infantil. *Apuntes. Revista de ciencias sociales*, 48(88), Article 88. <https://doi.org/10.21678/apuntes.88.1228>
- Ghanad, A. (2023). An Overview of Quantitative Research Methods. *INTERNATIONAL JOURNAL OF MULTIDISCIPLINARY RESEARCH AND ANALYSIS*, 06(08). <https://doi.org/10.47191/ijmra/v6-i8-52>
- Ghods, D., Omidvar, N., Nikooyeh, B., Roustae, R., Shakibazadeh, E., & Al-Jawaldeh, A. (2021). Effectiveness of Community Nutrition-Specific Interventions on Improving Malnutrition of Children under 5 Years of Age in the Eastern Mediterranean Region: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15). <https://doi.org/10.3390/ijerph18157844>
- Gobierno del Ecuador. (2020). *Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil – Ministerio de Economía y Finanzas*. <https://www.finanzas.gob.ec/estrategia-nacional-ecuador-crece-sin-desnutricion-infantil/>
- Gobierno del Ecuador. (2023). *Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil: Avances de la política pública orientada al abordaje de la desnutrición crónica infantil*. <https://www.infancia.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2023/11/BasePoliticaNov2023V16FINAL.pdf>
- Gualtieri, S., & Finn, A. S. (2022). The Sweet Spot: When Children's Developing Abilities, Brains, and Knowledge Make Them Better Learners Than Adults.

- Perspectives on Psychological Science*, 17(5).
<https://doi.org/10.1177/17456916211045971>
- Gupta, P. M., Wieck, E., Conkle, J., Betters, K. A., Cooley, A., Yamasaki, S., Laibhen-Parkes, N., & Suchdev, P. S. (2020). Improving assessment of child growth in a pediatric hospital setting. *BMC Pediatrics*, 20(1).
<https://doi.org/10.1186/s12887-020-02289-1>
- Halas, J. G., & Grimberg, A. (2020). Dilemmas of Growth Hormone Treatment for GH Deficiency and Idiopathic Short Stature: Defining, Distinguishing, and Deciding. *Minerva pediatrica*, 72(3). <https://doi.org/10.23736/S0026-4946.20.05821-1>
- Hines, J. M. (2017). An Overview of Head Start Program Studies. *Journal of Instructional Pedagogies*, 18. <https://eric.ed.gov/?id=EJ1151726>
- INEC. (2023). *Primera encuesta especializada revela que el 20.1% de los niños en Ecuador padecen de Desnutrición Crónica Infantil – Instituto Nacional de Estadística y Censos*.
<https://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/primera-encuesta-especializada-revela-que-el-20-1-de-los-ninos-en-ecuador-padecen-de-desnutricion-cronica-infantil/>
- Jardí, C., Casanova, B. D., & Arija, V. (2021). Nutrition Education Programs Aimed at African Mothers of Infant Children: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(14).
<https://doi.org/10.3390/ijerph18147709>
- Likhar, A., Baghel, P., & Patil, M. (2022). Early Childhood Development and Social Determinants. *Cureus*, 14(9). <https://doi.org/10.7759/cureus.29500>
- Lomaglio, D. B., & Agüero, R. E. P. (2022). Effects of the nutrition transition in Argentinean children and adolescents: A narrative review of overweight and obesity prevalence between 2000 and 2021. *Journal of Public Health and Emergency*, 6(0), Article 0. <https://doi.org/10.21037/jphe-22-36>
- Ma, X., & Ping, W. (2022). Empirical Design. En W. Cui, S. Fu, & Z. Hu (Eds.), *Encyclopedia of Ocean Engineering* (pp. 446–451). Springer Nature.
https://doi.org/10.1007/978-981-10-6946-8_62

- Malik, F., & Marwaha, R. (2024). Developmental Stages of Social Emotional Development in Children. En *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534819/>
- Ministerio de Salud Pública. (2020). *Lineamientos implementación del modelo de atención integral de salud*. <https://enlace.17d07.mspz9.gob.ec/biblioteca/juri/LEGSALUD/LINEAMIENTOS%20IMPLEMENTACION%20DEL%20MODELO%20DE%20ATENCION%20INTEGRAL%20DE%20SALUD.pdf>
- Mora, K., Pangay, M., & Vera, S. (2024). *Nursing practices in the management of pediatric malnutrition in a hospital in the Machala canton*. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.13345371>
- Morejón-Terán, Y. (2024). Governmental institutionalization of corporate influence on national nutrition policy and health: A case study of Ecuador. *Lancet Regional Health - Americas*, 31. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100683>
- Mwene-Batu, P., Bisimwa, G., Baguma, M., Chabwine, J., Bapolisi, A., Chimanuka, C., Molima, C., Dramaix, M., Kashama, N., Macq, J., & Donnen, P. (2020). Long-term effects of severe acute malnutrition during childhood on adult cognitive, academic and behavioural development in African fragile countries: The Lwiro cohort study in Democratic Republic of the Congo. *PLoS ONE*, 15(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244486>
- Nayak, B. S., Unnikrishnan, B., Shashidhara, Y. N., & Mundkur, S. C. (2023). Effect of nutrition intervention on cognitive development among malnourished preschool children: Randomized controlled trial. *Scientific Reports*, 13(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-023-36841-7>
- Ochoa, L., Peñafiel, A., Vinueza, N., & Sánchez, R. (2021). Interés superior de los niños, niñas y adolescentes en Ecuador. *Conrado*, 17(83), 422–429.
- PAHO. (2022). *Regional overview of food security and nutrition in America And the Caribbean*. <https://openknowledge.fao.org/server/api/core/bitstreams/b3516131-63b2-4172-a989-8f7ac031688b/content>

- Peahl, A., Turrentine, M., Srinivas, S., King, T., & Zahn, C. (2023). Routine Prenatal Care. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 50(3). <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2023.03.002>
- Permatasari, T. A. E., & Chadirin, Y. (2022). Assessment of undernutrition using the composite index of anthropometric failure (CIAF) and its determinants: A cross-sectional study in the rural area of the Bogor District in Indonesia. *BMC Nutrition*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/s40795-022-00627-3>
- Phadke, M., Nair, R., Menon, P., & V.Singal. (2020). Evolution of Anthropometry in Malnutrition. *International Journal of Nutrition*, 4(4). <https://doi.org/10.14302/issn.2379-7835.ijn-19-3111>
- Prime, H., Andrews, K., Markwell, A., Gonzalez, A., Janus, M., Tricco, A. C., Bennett, T., & Atkinson, L. (2023). Positive Parenting and Early Childhood Cognition: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 26(2), 362–400. <https://doi.org/10.1007/s10567-022-00423-2>
- Rana, J., Gutierrez, P. L., & Oldroyd, J. C. (2020). Quantitative Methods. En A. Farazmand (Ed.), *Global Encyclopedia of Public Administration, Public Policy, and Governance* (pp. 1–6). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-31816-5_460-1
- Roberts, M., Tolar-Peterson, T., Reynolds, A., Wall, C., Reeder, N., & Rico Mendez, G. (2022). The Effects of Nutritional Interventions on the Cognitive Development of Preschool-Age Children: A Systematic Review. *Nutrients*, 14(3). <https://doi.org/10.3390/nu14030532>
- Schickedanz, A., & Halfon, N. (2020). Evolving Roles for Health Care in Supporting Healthy Child Development. *The Future of children*, 30(2), 143–164.
- Seboka, B. T., Hailegebreal, S., Yehualashet, D. E., & Demeke, A. D. (2021). Tracking progress in anthropometric failure among under-five children in Ethiopia: A geospatial and multilevel analysis. *Archives of Public Health*, 79. <https://doi.org/10.1186/s13690-021-00615-2>

- Shang, G., & Rönkkö, M. (2022). Empirical research methods department: Mission, learnings, and future plans. *Journal of Operations Management*, 68(2). <https://doi.org/10.1002/joom.1171>
- Thurstans, S., Sessions, N., & Dolan, C. (2022). *The relationship between wasting and stunting in young children: A systematic review—PMC*. <https://doi.org/doi:10.1111/mcn.13246>
- WHO. (2024). *Fact sheets—Malnutrition*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>
- World Health Organization. (2024). *Fact sheets—Malnutrition*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>

ANEXOS

No.	Mes	Sexo	Grupo etario	Talla	Peso	IMC	Valoracion de hemoglobina	Micronutrientes
1	Enero	Hombre	U a 12 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
2	Enero	Hombre	U a 12 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	
3	Enero	Mujer	U a 12 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
4	Enero	Hombre	U a 12 meses	Normal	Normal	Sobrepeso		
5	Enero	Hombre	U a 12 meses	Normal	Normal	Normal		Primera
6	Enero	Mujer	U a 12 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
7	Enero	Hombre	U a 12 meses	Normal	Normal	Normal		
8	Enero	Hombre	U a 12 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
9	Enero	Mujer	U a 12 meses	Normal	Normal	Normal		
10	Enero	Mujer	U a 12 meses	Normal	Normal	Normal		
11	Enero	Hombre	U a 12 meses	Normal	Normal	Normal		Primera
12	Enero	Mujer	U a 12 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	
13	Enero	Mujer	U a 12 meses	Normal	Normal	Normal		Primera
14	Enero	Hombre	U a 12 meses	Normal	Normal	Normal		
15	Enero	Mujer	U a 12 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	
16	Enero	Hombre	U a 12 meses	Normal	Normal	Normal		Primera
17	Enero	Hombre	U a 12 meses	Normal	Normal	Normal		
18	Enero	Mujer	U a 12 meses	Normal	Normal	Normal		
19	Enero	Mujer	U a 12 meses	Normal	Normal	Normal		Primera
20	Enero	Mujer	U a 12 meses	Normal	Normal	Normal		Primera
21	Enero	Mujer	U a 12 meses	Normal	Normal	Sobrepeso	Realizado	Primera
22	Enero	Mujer	U a 12 meses	Normal	Normal	Normal		
23	Enero	Hombre	U a 12 meses	Normal	Normal	Normal		
24	Enero	Hombre	U a 12 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
25	Enero	Mujer	U a 12 meses	Baja Talla	Bajo Peso	Normal		
26	Enero	Hombre	U a 12 meses	Baja Talla	Bajo Peso	Delgado		
27	Enero	Hombre	U a 12 meses	Baja Talla	Bajo Peso	Normal	Realizado	Primera
28	Enero	Hombre	U a 12 meses	Baja Talla	Normal	Normal		
29	Enero	Mujer	U a 12 meses	Baja Talla	Normal	Normal		
30	Enero	Mujer	U a 12 meses	Baja Talla	Normal	Normal		Primera
31	Enero	Hombre	U a 12 meses	Baja Talla	Normal	Normal	Realizado	
32	Enero	Hombre	U a 12 meses	Baja Talla	Normal	Normal		Primera
33	Enero	Mujer	U a 12 meses	Baja Talla	Normal	Normal	Realizado	
34	Enero	Hombre	U a 12 meses	Baja Talla	Normal	Normal		
35	Enero	Hombre	U a 12 meses	Baja Talla	Normal	Normal		Primera
36	Enero	Hombre	U a 12 meses	Baja Talla	Normal	Severamen	Realizado	
37	Enero	Hombre	U a 12 meses	Baja Talla	Normal	Normal		Primera
38	Enero	Hombre	U a 12 meses	Baja Talla	Normal	Normal		
39	Enero	Mujer	U a 12 meses	Baja Talla	Normal	Normal	Realizado	
40	Enero	Mujer	13 a 24 meses	Baja Talla	Normal	Normal		Segunda
41	Enero	Hombre	13 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
42	Enero	Mujer	13 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
43	Enero	Hombre	13 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
44	Enero	Hombre	13 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
45	Enero	Hombre	13 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
46	Enero	Mujer	13 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
47	Enero	Mujer	13 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
48	Enero	Mujer	13 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
49	Enero	Mujer	13 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
50	Enero	Mujer	13 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
51	Enero	Mujer	13 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
52	Enero	Mujer	13 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
53	Enero	Mujer	13 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
54	Enero	Mujer	13 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
55	Enero	Mujer	13 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
56	Enero	Mujer	13 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
57	Enero	Mujer	13 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
58	Enero	Mujer	13 a 24 meses	Normal	Normal	Obesidad		Segunda
59	Enero	Hombre	13 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
60	Enero	Mujer	13 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
61	Enero	Mujer	13 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
62	Enero	Hombre	13 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
63	Enero	Mujer	13 a 24 meses	Baja Talla	Normal	Normal		Segunda
64	Enero	Mujer	13 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
65	Enero	Mujer	13 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
66	Enero	Hombre	13 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
67	Febrero	Mujer	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
68	Febrero	Hombre	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
69	Febrero	Mujer	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
70	Febrero	Hombre	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
71	Febrero	Mujer	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
72	Febrero	Hombre	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
73	Febrero	Mujer	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
74	Febrero	Mujer	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
75	Febrero	Hombre	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
76	Febrero	Hombre	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal		Primera
77	Febrero	Hombre	U a 11 meses	Normal	Normal	Sobrepeso		
78	Febrero	Mujer	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
79	Febrero	Mujer	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
80	Febrero	Mujer	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
81	Febrero	Mujer	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
82	Febrero	Mujer	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
83	Febrero	Mujer	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
84	Febrero	Hombre	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
85	Febrero	Mujer	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
86	Febrero	Mujer	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal		

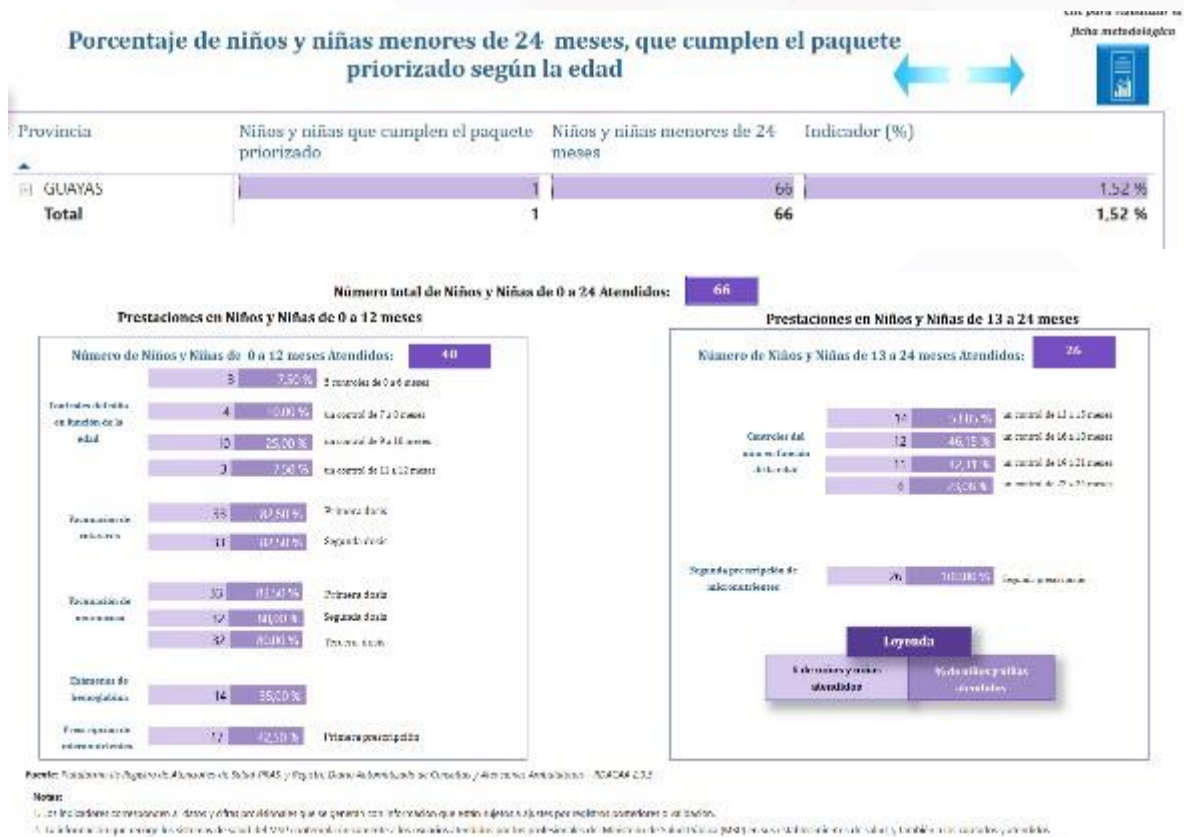
No.	Mes	Sexo	Grupo etario	Talla	Peso	H/L	Valoracion de hemoglobina	Micronutrientes
87	Febrero	Mujer	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
88	Febrero	Hombre	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
89	Febrero	Hombre	U a 11 meses	Baja l alla	Normal	Normal	Realizado	Primera
90	Febrero	Hombre	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
91	Febrero	Hombre	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
92	Febrero	Hombre	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
93	Febrero	Hombre	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
94	Febrero	Hombre	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
95	Febrero	Hombre	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
96	Febrero	Mujer	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
97	Febrero	Hombre	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
98	Febrero	Hombre	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
99	Febrero	Hombre	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
100	Febrero	Hombre	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal		Primera
101	Febrero	Mujer	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	
102	Febrero	Hombre	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal		Primera
103	Febrero	Hombre	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
104	Febrero	Mujer	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
105	Febrero	Hombre	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
106	Febrero	Hombre	U a 11 meses	Baja l alla	Normal	Normal		
107	Febrero	Mujer	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
108	Febrero	Mujer	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal		Primera
109	Febrero	Hombre	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	
110	Febrero	Hombre	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
111	Febrero	Mujer	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal		Primera
112	Febrero	Hombre	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal		Primera
113	Febrero	Hombre	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	
114	Febrero	Mujer	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
115	Febrero	Hombre	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal		Primera
116	Febrero	Mujer	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
117	Febrero	Hombre	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	
118	Febrero	Mujer	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal		Primera
119	Febrero	Mujer	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
120	Febrero	Hombre	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	
121	Febrero	Mujer	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
122	Febrero	Mujer	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
123	Febrero	Mujer	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
124	Febrero	Hombre	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
125	Febrero	Hombre	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
126	Febrero	Hombre	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
127	Febrero	Hombre	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
128	Febrero	Hombre	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
129	Febrero	Hombre	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
130	Febrero	Mujer	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	
131	Febrero	Mujer	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
132	Febrero	Hombre	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
133	Febrero	Hombre	U a 11 meses	Baja l alla	Bajo Peso	Normal		Primera
134	Febrero	Hombre	U a 11 meses	Baja l alla	Bajo Peso	Normal	Realizado	
135	Febrero	Mujer	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
136	Febrero	Mujer	12 a 24 meses	Baja l alla	Bajo Peso	Normal		Segunda
137	Febrero	Hombre	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
138	Febrero	Hombre	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
139	Febrero	Mujer	12 a 24 meses	Baja l alla	Normal	Normal		Segunda
140	Febrero	Hombre	12 a 24 meses	Baja l alla	Normal	Normal		Segunda
141	Febrero	Mujer	12 a 24 meses	Baja l alla	Normal	Normal		Segunda
142	Febrero	Mujer	12 a 24 meses	Baja l alla	Normal	Severamente delgado		Segunda
143	Febrero	Hombre	12 a 24 meses	Baja l alla	Normal	Normal		
144	Febrero	Hombre	12 a 24 meses	Baja l alla	Normal	Normal		Segunda
145	Febrero	Mujer	12 a 24 meses	Baja l alla	Normal	Normal		Segunda
146	Febrero	Hombre	12 a 24 meses	Baja l alla	Normal	Normal		Segunda
147	Febrero	Mujer	12 a 24 meses	Baja l alla	Normal	Normal		Segunda
148	Febrero	Mujer	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
149	Febrero	Mujer	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
150	Febrero	Mujer	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
151	Febrero	Hombre	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
152	Febrero	Hombre	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
153	Febrero	Hombre	12 a 24 meses	Normal	Normal	Obesidad		Segunda
154	Febrero	Hombre	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
155	Febrero	Hombre	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		
156	Febrero	Hombre	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		
157	Febrero	Hombre	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
158	Febrero	Hombre	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
159	Febrero	Hombre	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
160	Febrero	Hombre	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
161	Febrero	Hombre	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
162	Febrero	Mujer	12 a 24 meses	Baja l alla	Normal	Sobrepeso		Segunda
163	Febrero	Mujer	12 a 24 meses	Baja l alla	Normal	Sobrepeso		Segunda
164	Febrero	Mujer	12 a 24 meses	Baja l alla	Normal	Sobrepeso		Segunda
165	Marzo	Mujer	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
166	Marzo	Hombre	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
167	Marzo	Hombre	U a 11 meses	Normal	Normal	Sobrepeso		
168	Marzo	Mujer	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
169	Marzo	Hombre	U a 11 meses	Baja l alla	Normal	Delgado	Realizado	Primera
170	Marzo	Mujer	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
171	Marzo	Mujer	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
172	Marzo	Mujer	U a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera

No.	Mes	Sexo	Grupo etario	Talla	Peso	IMC	Valoracion de hemoglobina	Micronutrientes
173	Marzo	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
174	Marzo	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
175	Marzo	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
176	Marzo	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
177	Marzo	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
178	Marzo	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
179	Marzo	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
180	Marzo	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
181	Marzo	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
182	Marzo	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
183	Marzo	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
184	Marzo	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
185	Marzo	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
186	Marzo	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
187	Marzo	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
188	Marzo	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
189	Marzo	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
190	Marzo	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
191	Marzo	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
192	Marzo	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
193	Marzo	Mujer	0 a 11 meses	Baja Talla	Normal	Normal	Realizado	Primera
194	Marzo	Hombre	0 a 11 meses	Baja Talla	Bajo Peso	Severamente delgado		
195	Marzo	Hombre	0 a 11 meses	Baja Talla	Bajo Peso	Normal		Primera
196	Marzo	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
197	Marzo	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
198	Marzo	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
199	Marzo	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
200	Marzo	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
201	Marzo	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
202	Marzo	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
203	Marzo	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
204	Marzo	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
205	Marzo	Mujer	0 a 11 meses	Baja Talla	Normal	Normal	Realizado	Primera
206	Marzo	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
207	Marzo	Hombre	0 a 11 meses	Baja Talla	Normal	Normal		Primera
208	Marzo	Hombre	0 a 11 meses	Baja Talla	Normal	Normal	Realizado	Primera
209	Marzo	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
210	Marzo	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
211	Marzo	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Obesidad		
212	Marzo	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		Primera
213	Marzo	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
214	Marzo	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
215	Marzo	Mujer	0 a 11 meses	Baja Talla	Normal	Normal		
216	Marzo	Hombre	0 a 11 meses	Baja Talla	Bajo Peso	Normal		
217	Marzo	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Sobrepeso		Primera
218	Marzo	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
219	Marzo	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
220	Marzo	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
221	Marzo	Mujer	0 a 11 meses	Baja Talla	Bajo Peso	Normal		
222	Marzo	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
223	Marzo	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
224	Marzo	Mujer	0 a 11 meses	Baja Talla	Normal	Normal	Realizado	Primera
225	Marzo	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		Primera
226	Marzo	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
227	Marzo	Hombre	0 a 11 meses	Baja Talla	Normal	Normal		
228	Marzo	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
229	Marzo	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		Primera
230	Marzo	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
231	Marzo	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
232	Marzo	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
233	Marzo	Mujer	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
234	Marzo	Hombre	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
235	Marzo	Hombre	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
236	Marzo	Mujer	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
237	Marzo	Hombre	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
238	Marzo	Mujer	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
239	Marzo	Mujer	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
240	Marzo	Hombre	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
241	Marzo	Mujer	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
242	Marzo	Hombre	12 a 24 meses	Baja Talla	Bajo Peso	Normal		Segunda
243	Marzo	Mujer	12 a 24 meses	Baja Talla	Normal	Normal		Segunda
244	Marzo	Hombre	12 a 24 meses	Baja Talla	Normal	Normal		Segunda
245	Marzo	Mujer	12 a 24 meses	Baja Talla	Normal	Normal		Segunda
246	Marzo	Mujer	12 a 24 meses	Baja Talla	Normal	Normal		Segunda
247	Marzo	Hombre	12 a 24 meses	Baja Talla	Normal	Normal		Segunda
248	Marzo	Mujer	12 a 24 meses	Baja Talla	Normal	Normal		Segunda
249	Marzo	Hombre	12 a 24 meses	Baja Talla	Normal	Normal		Segunda
250	Marzo	Hombre	12 a 24 meses	Baja Talla	Normal	Normal		Segunda
251	Marzo	Hombre	12 a 24 meses	Baja Talla	Normal	Normal		Segunda
252	Marzo	Hombre	12 a 24 meses	Baja Talla	Normal	Normal		Segunda
253	Marzo	Hombre	12 a 24 meses	Baja Talla	Normal	Normal		Segunda
254	Marzo	Hombre	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
255	Marzo	Hombre	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
256	Marzo	Hombre	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
257	Marzo	Hombre	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
258	Marzo	Hombre	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda

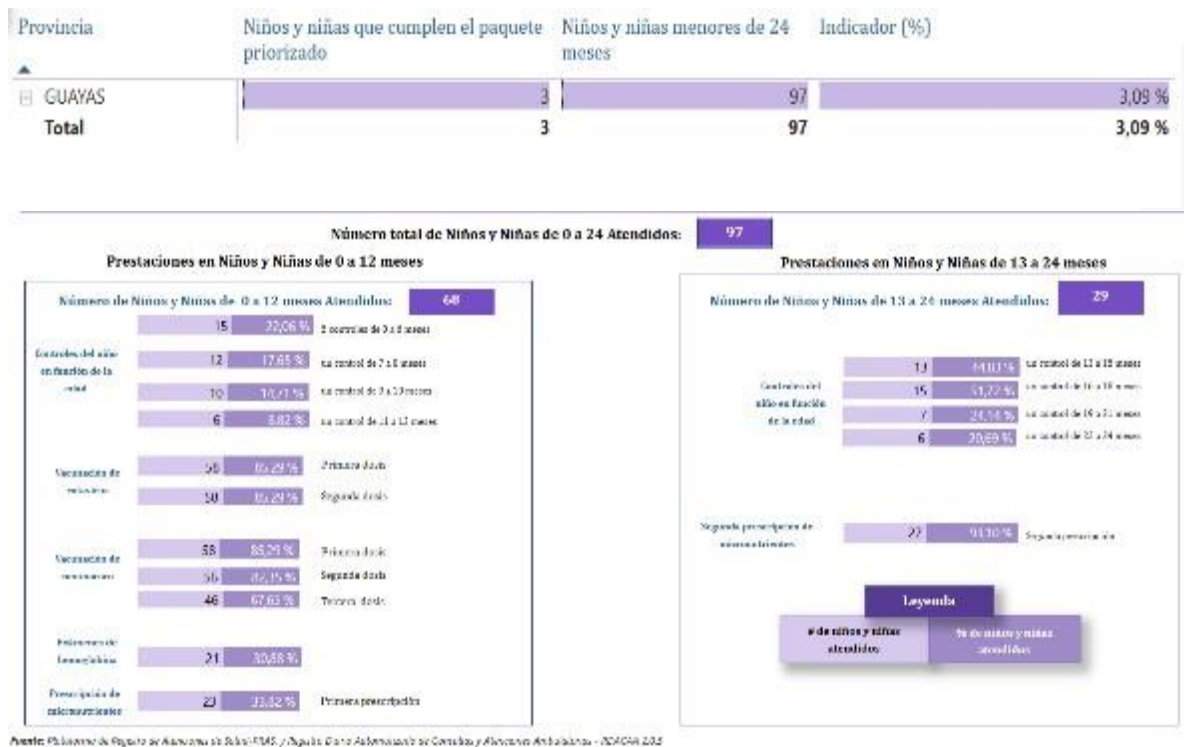
No.	Mes	Sexo	Grupo etario	Talla	Peso	IMC	Valoracion de hemoglobina	Micronutrientes
253	Marzo	Hombre	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
260	Marzo	Hombre	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
261	Marzo	Hombre	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
262	Marzo	Hombre	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
263	Marzo	Hombre	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
264	Marzo	Hombre	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
265	Marzo	Hombre	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
266	Marzo	Mujer	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
267	Marzo	Mujer	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
268	Marzo	Mujer	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
269	Marzo	Mujer	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
270	Marzo	Hombre	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
271	Marzo	Hombre	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
272	Marzo	Hombre	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
273	Marzo	Hombre	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
274	Marzo	Hombre	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
275	Marzo	Hombre	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
276	Marzo	Mujer	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
277	Marzo	Mujer	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
278	Marzo	Mujer	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
279	Marzo	Mujer	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
280	Abril	Hombre	0 a 11 meses	Baja Talla	Normal	Delgado	Realizado	Primera
281	Abril	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
282	Abril	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
283	Abril	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
284	Abril	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
285	Abril	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
286	Abril	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
287	Abril	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
288	Abril	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
289	Abril	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
290	Abril	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
291	Abril	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
292	Abril	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
293	Abril	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
294	Abril	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
295	Abril	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
296	Abril	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
297	Abril	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
298	Abril	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
299	Abril	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
300	Abril	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
301	Abril	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
302	Abril	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Sobrepeso		
303	Abril	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
304	Abril	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
305	Abril	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
306	Abril	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
307	Abril	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		Primera
308	Abril	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
309	Abril	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
310	Abril	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
311	Abril	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
312	Abril	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
313	Abril	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
314	Abril	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		Primera
315	Abril	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
316	Abril	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Sobrepeso		
317	Abril	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
318	Abril	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
319	Abril	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
320	Abril	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
321	Abril	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
322	Abril	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		Primera
323	Abril	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
324	Abril	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
325	Abril	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
326	Abril	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
327	Abril	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
328	Abril	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
329	Abril	Hombre	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
330	Abril	Hombre	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
331	Abril	Hombre	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
332	Abril	Hombre	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
333	Abril	Hombre	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
334	Abril	Hombre	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
335	Abril	Mujer	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
336	Abril	Hombre	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
337	Abril	Mujer	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
338	Abril	Hombre	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
339	Abril	Hombre	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
340	Abril	Hombre	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
341	Abril	Hombre	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
342	Abril	Hombre	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
343	Abril	Hombre	12 a 24 meses	Normal	Normal	Severamente delgado		Segunda
344	Abril	Mujer	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		

No.	Mes	Sexo	Grupo etario	Talla	Peso	IMC	Valoracion de hemoglobina	Micronutrientes
517	Mayo	Mujer	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
518	Mayo	Mujer	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		
519	Mayo	Mujer	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		
520	Mayo	Mujer	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
521	Mayo	Mujer	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		
522	Mayo	Mujer	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		
523	Mayo	Mujer	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
524	Mayo	Mujer	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		
525	Mayo	Mujer	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
526	Mayo	Hombre	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		
527	Mayo	Hombre	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		
528	Mayo	Hombre	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
529	Mayo	Hombre	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		
530	Mayo	Hombre	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
531	Mayo	Hombre	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		
532	Mayo	Mujer	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
533	Mayo	Mujer	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		
534	Mayo	Mujer	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		
535	Mayo	Mujer	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
536	Mayo	Mujer	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Segunda
537	Mayo	Mujer	12 a 24 meses	Normal	Normal	Normal		Primera
538	Junio	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	
539	Junio	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		Primera
540	Junio	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
541	Junio	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		Primera
542	Junio	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	
543	Junio	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
544	Junio	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		Primera
545	Junio	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
546	Junio	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Peso Elevado	Normal	Realizado	Primera
547	Junio	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
548	Junio	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
549	Junio	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
550	Junio	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		Primera
551	Junio	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
552	Junio	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Sobrepeso		Primera
553	Junio	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	
554	Junio	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		Primera
555	Junio	Hombre	0 a 11 meses	Baja Talla	Normal	Normal		Primera
556	Junio	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	
557	Junio	Mujer	0 a 11 meses	Baja Talla	Normal	Obesidad		
558	Junio	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
559	Junio	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		Primera
560	Junio	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
561	Junio	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
562	Junio	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
563	Junio	Mujer	0 a 11 meses	Baja Talla	Normal	Normal		Primera
564	Junio	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		Primera
565	Junio	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		Primera
566	Junio	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	
567	Junio	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		Primera
568	Junio	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		Primera
569	Junio	Hombre	0 a 11 meses	Baja Talla	Bajo Peso	Normal		Primera
570	Junio	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	
571	Junio	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		Primera
572	Junio	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		Primera
573	Junio	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	
574	Junio	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		Primera
575	Junio	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
576	Junio	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		Primera
577	Junio	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
578	Junio	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
579	Junio	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
580	Junio	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		Primera
581	Junio	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		Primera
582	Junio	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
583	Junio	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		Primera
584	Junio	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
585	Junio	Hombre	0 a 11 meses	Baja Talla	Normal	Sobrepeso	Realizado	Primera
586	Junio	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		Primera
587	Junio	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	
588	Junio	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		Primera
589	Junio	Hombre	0 a 11 meses	Baja Talla	Normal	Sobrepeso		Primera
590	Junio	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Peso Elevado	Sobrepeso		Primera
591	Junio	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	
592	Junio	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
593	Junio	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
594	Junio	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		Primera
595	Junio	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	
596	Junio	Hombre	0 a 11 meses	Baja Talla	Normal	Normal		Primera
597	Junio	Hombre	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	Primera
598	Junio	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		
599	Junio	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	
600	Junio	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal		Primera
601	Junio	Mujer	0 a 11 meses	Baja Talla	Normal	Normal		Primera
602	Junio	Mujer	0 a 11 meses	Normal	Normal	Normal	Realizado	

Enero



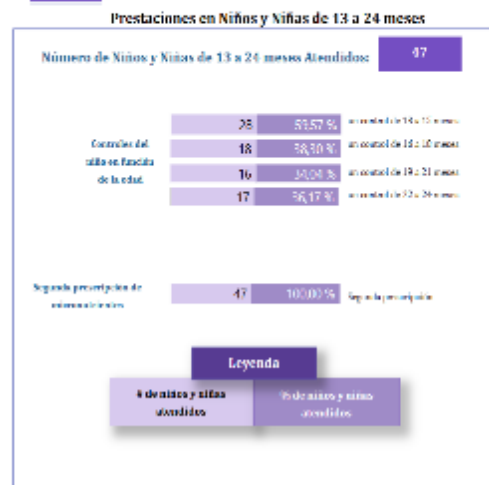
FEBRERO



MARZO

Provincia	Niños y niñas que cumplen el paquete priorizado	Niños y niñas menores de 24 meses	Indicador (%)
GUAYAS	1	115	0,87 %
Total	1	115	0,87 %

Número total de Niños y Niñas de 0 a 24 Atendidos: 115

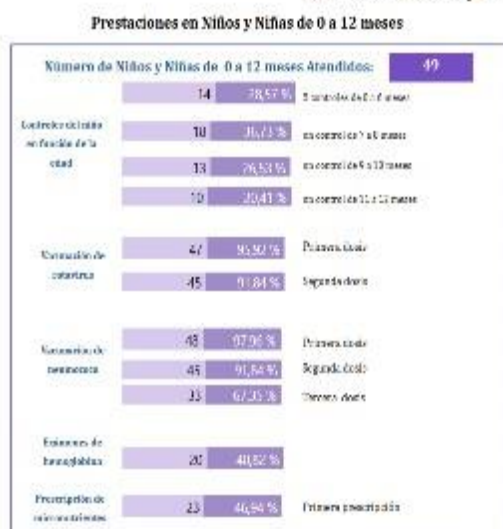


Fuente: Ministerio de Registro de Atención de Salud (RAS) y Registro Clínico Asistencial de Control y Atención de Ambulatorio - MORGAM 2023

ABRIL

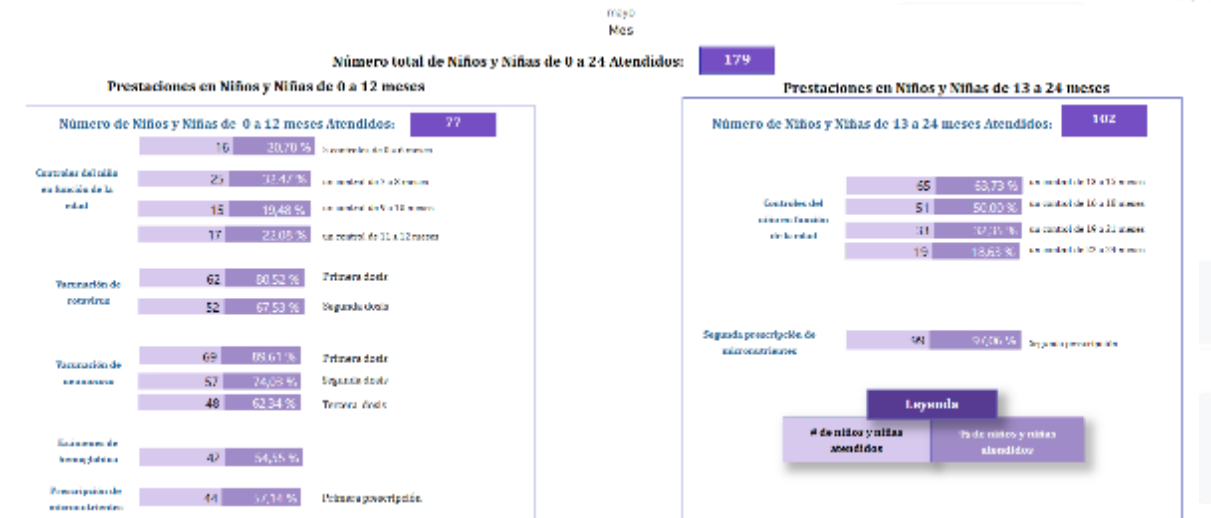
Provincia	Niños y niñas que cumplen el paquete priorizado	Niños y niñas menores de 24 meses	Indicador (%)
GUAYAS	6	79	7,59 %
Total	6	79	7,59 %

Número total de Niños y Niñas de 0 a 24 Atendidos: 79



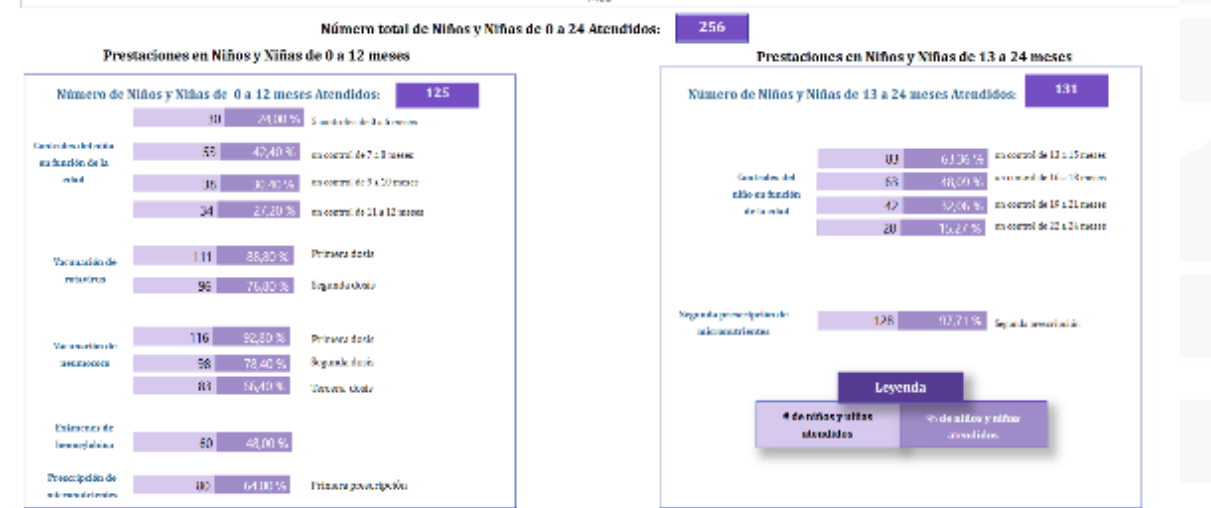
Fuente: Ministerio de Registro de Atención de Salud (RAS) y Registro Clínico Asistencial de Control y Atención de Ambulatorio - MORGAM 2023

MAYO



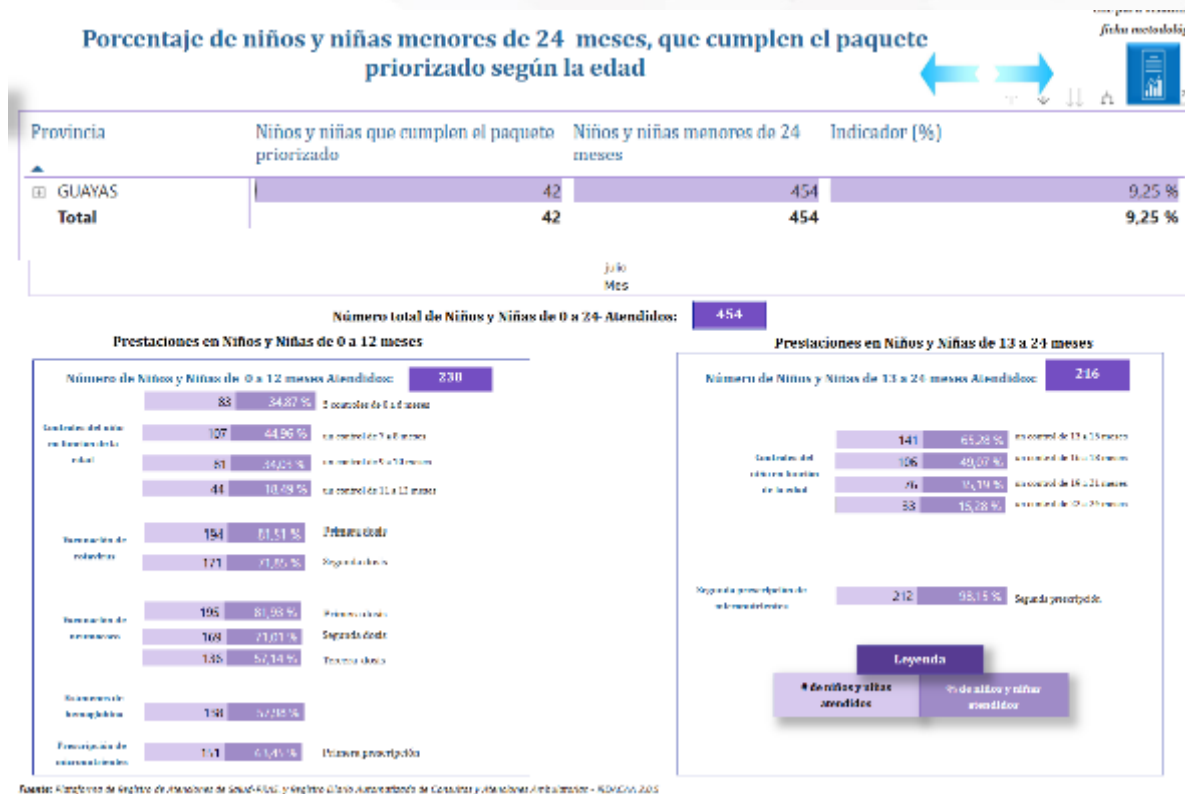
Elaboración: Dirección de Gestión de Atención al Ciudadano y Atención Integral al Paciente de la Secretaría de Salud Pública - Guayas, 2015

JUNIO

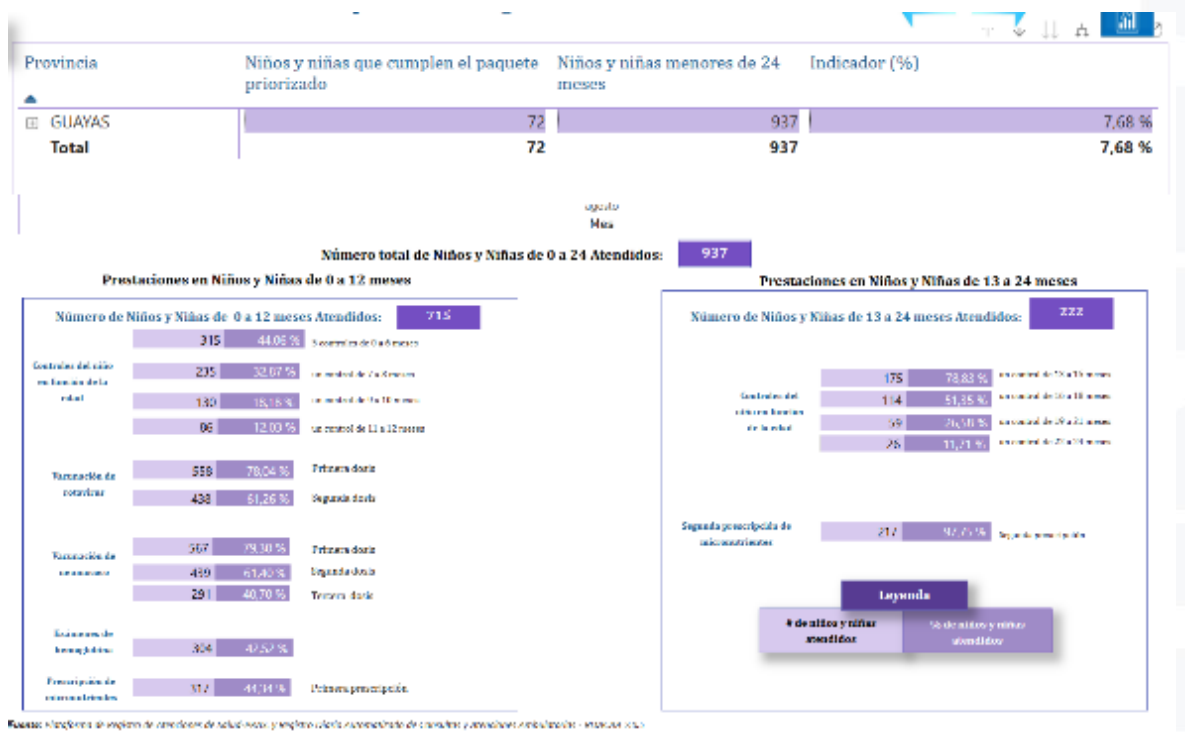


Fuente: Análisis de los datos de atención de la Secretaría de Salud Pública y Gestión Integral al Paciente de la Secretaría de Salud Pública - Guayas, 2015

JULIO



AGOSTO

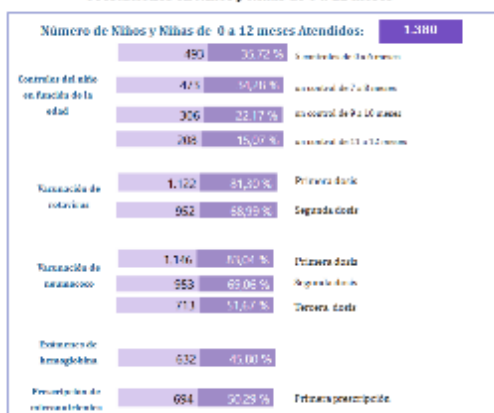


EN LOS 8 MESES

Provincia	Niños y niñas que cumplen el paquete priorizado	Niños y niñas menores de 24 meses	Indicador (%)
GUAYAS	148	2.183	6,78 %
Total	148	2.183	6,78 %

Número total de Niños y Niñas de 0 a 24 Atendidos: **2.183**

Prestaciones en Niños y Niñas de 0 a 12 meses



Prestaciones en Niños y Niñas de 13 a 24 meses



Julio Lozano

TESIS ENECSDI SIN TABULACIONES.docx

 tesis maestría salud pública

 tesoristas unemi

 Salud

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trnoid::1:3085208152

Fecha de entrega

19 nov 2024, 9:20 a.m. GMT-5

Fecha de descarga

19 nov 2024, 9:27 a.m. GMT-5

Nombre de archivo

TESIS_ENECSDI_SIN_TABULACIONES.docx

Tamaño de archivo

103.8 KB

48 Páginas

14,340 Palabras

78,194 Caracteres

9% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...




Filtrado desde el informe

- Fuentes de Internet

Exclusiones

- N.º de coincidencias excluidas

Fuentes principales

- 0%  Fuentes de Internet
- 5%  Publicaciones
- 6%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

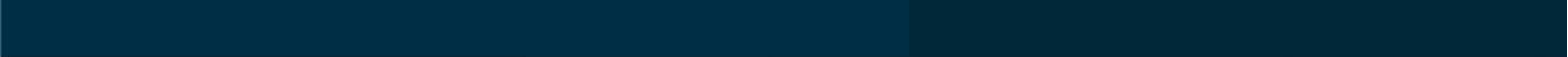
Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitan distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.



UNIVERSITY