

**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA
SEDE QUITO
UNIDAD DE POSTGRADOS**

**MAESTRÍA EN POLÍTICA SOCIAL PARA PROMOCIÓN DE LA INFANCIA
Y ADOLESCENCIA**

Tesis previa la obtención del título

**MAGÍSTER EN POLÍTICA SOCIAL PARA PROMOCIÓN DE LA
INFANCIA Y ADOLESCENCIA**

**“ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA VULNERACION DEL DERECHO A
UNA ALIMENTACION ADECUADA EN DOS COMUNIDADES RURALES
DE LA PROVINCIA DE CHIMBORAZO.”**

AUTOR

DIEGO SUÁREZ BURBANO

DIRECTOR

ERNESTO DELGADO R.

Quito, Diciembre del 2013

DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIZACIÓN DE USO DEL TRABAJO DE GRADO

Yo Diego Iván Suárez Burbano, autorizo a la Universidad Politécnica Salesiana la publicación total o parcial de este trabajo de grado y su reproducción sin fines de lucro.

Además declaro que los conceptos y análisis desarrollados y las conclusiones del presente trabajo son de exclusiva responsabilidad de autor.

.....

Diego Iván Suárez Burbano

CC. 0602048100

DEDICATORIA

A las personas quienes son protagonistas de esta descripción por conversar y dar a conocer sus percepciones silenciadas y, a quienes tratan día a día con su trabajo mejoran su convivencia con los demás, a mis compañeros / compañeras de labores en VM Ecuador por el apoyo brindado.

El presente trabajo está dirigido a recuperar un pensamiento integral para el análisis del tema sobre la Desnutrición Infantil, la vulneración de derechos esenciales con la supervivencia de niños y niñas menores de 5 años de edad, en dos comunidades rurales de la sierra central ecuatoriana.

AGRADECIMIENTO

A mi tutor de tesis: Ernesto Delgado, por su paciencia, solidaridad y dedicación a mi persona y en el trabajo.

A mi familia: mi amada madre y padre, hermanos y sobrinos por apoyarme y cuidarme.

A mi esposa y Camilo por ser parte de mi vida, darme la fortaleza de avanzar de nuevo.

INDICE	
RESUMEN	
INTRODUCCION	10
ANTECEDENTES	14
CAPITULO 1 UNA MIRADA A LOS DERECHOS HUMANOS EN TEMAS DE SALUD Y NUTRICION	20
1.1 Los Objetivos del Milenio (ODM) en salud y nutrición	26
1.2 Convención sobre los derechos de los niños, niñas y adolescentes	29
1.3 Constitución de la República del Ecuador 2008	32
1.4 Plan Nacional del Buen Vivir 2013 – 2017	37
1.5 Código de la Niñez y Adolescencia del Ecuador	43
1.6 Sistema nacional descentralizado de Protección Integral de la niñez y adolescencia	44
CAPITULO 2 DESCRIPCION DE LA DESNUTRICION EN EL ECUADOR	46
2.1 Intervenciones para la reducción de la desnutrición	51
2.2 Intervención en la provincia de Chimborazo en tema de la desnutrición	54
CAPITULO 3 IMAGINARIOS Y ACCIONES EN SALUD Y DERECHOS ESTUDIO DE CAMPO	58
3.1 Experiencia familiar en los servicios de salud	61
3.2 Concepción sobre salud y derechos	63
3.3 Niños y Niñas con baja talla y/o bajo peso	65
3.4 Los niños, niñas y la familia	69
3.5 Las madres y su percepción sobre la desnutrición y derechos	72
3.6 Desnutrición e interculturalidad	75
3.7 Inseguridad alimentaria y desnutrición	76
3.8 Percepción de otros actores y servidores públicos sobre desnutrición y derechos	78
3.9 Género y Derechos	82
3.10 Una mirada al vínculo de salud – derechos en la familia	83
CONCLUSIONES	87
RECOMENDACIONES	90
GLOSARIO	93
BIBLIOGRAFÍA	97
ANEXOS	100

“Estudio descriptivo sobre la vulneración del derecho a una alimentación adecuada en dos comunidades rurales de la provincia de Chimborazo”

“El niño y niña con poquito se pone muy mal,
Pero con poquito se recupera...”¹

RESUMEN

No se puede considerar que el tema de la desnutrición se haya posicionado de manera fuerte en las familias y/o comunidad, aun cuando las condiciones de atención en calidad y calidez en las unidades operativas de salud han ido mejorando en los últimos años. Hablar de desnutrición se ha vuelto normal, algo tan cotidiano en nuestra sociedad, que no lo consideramos como lo que realmente es: una violación de derechos fundamentales. Esto ha dado lugar al establecimiento de algunas estrategias para evitar y disminuir su prevalencia, puesto que afecta a un importante número de comunidades en el país.

Factores multicausales como: dieta inadecuada y no balanceada, problemas con la digestión y/o absorción, ciertas infecciones/enfermedades, pobreza, déficit de servicios, y otros, han ido afectando de manera especial a niños y niñas menores de 5 años y mujeres en estado de gestación.

El análisis integral permite visualizar la situación de vulnerabilidad en la que viven algunas familias ubicadas en la sierra central y que marca el camino para ser parte del círculo de la desnutrición.

Para enfrentar este escenario es importante establecer estrategias únicas, mediante alianzas y/o socios, que permitan un trabajo articulado entre las instituciones privadas y públicas, religiosas, autoridades locales, líderes de las zonas, etc.

El fortalecer las capacidades de la población y propiciar su empoderamiento, apoyará a la toma de conciencia para una interacción colectiva.

¹ Red Cone – Red Cuidado Obstétrico Neo natal. Cantón Pujili. Documento de presentación de la red

El establecer un sistema único de vigilancia comunitaria, ayudará al cumplimiento y exigibilidad de los derechos de los niños y niñas.

Con el presente estudio de tesis, tratamos de posicionar un sistema de protección integral en relación a la salud y nutrición de los niños y niñas, puesto que nos corresponde a todos / todas tener un rol más activo por entender la desnutrición desde una intervención holística, para modificarla y fortalecer el manejo del enfoque de derechos a las familias, comunidades e instituciones que brindan servicios.

"Descriptive study on violation of the right to an adequate feeding in two rural communities in the Chimborazo province"

"The boy and girl with a little get very bad,
but with a little they recover... "

SUMMARY

We cannot consider the issue of malnutrition has been positioned strongly in families and/or community, even when the conditions of a warm and quality care in operational health units have improved in recent years. Talking of malnutrition has become normal, something so common in our society, that we do not consider what it really is: a violation of a fundamental right. This has resulted in the establishment of some strategies to prevent and reduce the prevalence of this problem, since it affects a significant number of communities in the country.

Multi-causal factors as: inadequate and unbalanced diet, problems with digestion and/or absorption, certain infections/diseases, poverty, lack of services, and others, have been affecting especially to children under 5 and women in gestation.

This comprehensive analysis allows visualizing the situation of vulnerability which some families located in the central highlands are living, which marks the way to be part of the cycle of malnutrition.

To address this scenario it is important to establish unique strategies through partnerships that allow articulated work between private, public and religious institutions, local authorities, leaders of the areas, etc.

Strengthening the capacities of the population and promote their empowerment will support awareness for collective interaction.

Establishing a unique system of community policing will help the compliance and enforceability of the rights of children.

In this thesis study, we try to position a comprehensive protection system in relation to the health and nutrition of children, since it is up to everyone to have a more active role in understanding the malnutrition from a holistic intervention to modify and strengthen the management of the rights approach to families, communities and institutions that provide services.

INTRODUCCIÓN

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (DH), que reconoció por primera vez, a escala internacional, los derechos fundamentales de la persona, ha adquirido en los años transcurridos un progresivo reconocimiento y presencia, en la conciencia de los hombres, en los ordenamientos jurídicos de los Estados, y en las políticas de los gobiernos, pero sigue planteando la gran alternativa para el futuro de la humanidad: garantizar todos los derechos humanos para todos los seres humanos o caer en la barbarie.

De acuerdo con las estadísticas de la FAO, más de mil millones de personas se encuentran actualmente subalimentadas en el mundo, principalmente en los países en desarrollo. Entre esos mil millones de personas, 6 millones de niños mueren cada año, directa o indirectamente como consecuencia de la malnutrición – es decir que un niño muere cada 5 segundos. (FAO, 2005, pág. 20)

Para luchar contra el hambre, los Estados asumieron dos compromisos que reflejan cifras concretas. En, 1996, en la Declaración de Roma sobre la seguridad alimentaria mundial y en el Plan de Acción de la Cumbre Mundial de Alimentación (denominada después CMA), se comprometieron a reducir a la mitad el número de personas subalimentadas de aquí a 2015. Cuatro años después, con la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, se comprometieron a reducir a la mitad la proporción de estas mismas personas subalimentadas de aquí a 2015.²

Antes de la crisis alimentaria mundial, los especialistas seguramente comprobaron que estos dos objetivos serían difíciles de alcanzar. (Asamblea General NNUU, 2007 pág. 120). Desde 1996, el número de personas subalimentadas aumentó cada año y fue sólo hasta 2007 cuando su proporción disminuyó en un 3%. (FAO, 2008, pág. 6) Esta situación se agravó aún más en 2008 y 2009.

² La diferencia entre estos dos compromisos es la siguiente: según el objetivo de la CMA de 1996, la cantidad de personas subalimentadas de aquí a 2015 debería ser de 408 millones, mientras que de acuerdo al objetivo establecido en la Declaración del Milenio, dicho número corresponde a 591 millones. KRACHT, U, “Whose Right to Food? Vulnerable Groups and the Hungry Poor” In EIDE, W. B, KRACHT, U (eds), 2005, p. 120.

Habiendo constatado este mismo fracaso, los Estados y la FAO, impulsados por las organizaciones de la sociedad civil, trataron de revertir la tendencia desde 2002. ***Para ello, en su lucha contra el hambre decidieron cambiar de paradigma y así pasar de un enfoque basado en la seguridad alimentaria a uno basado en el derecho a la alimentación.*** (Barth Eide W, 2005, pág.67-97).

La decisión de promover una nueva perspectiva fue tomada durante la CMA de 2002. Los 179 Estados que participaron reafirmaron entonces el derecho a la alimentación y encargaron a un grupo de trabajo intergubernamental de la FAO de elaborar las directrices voluntarias en apoyo a la realización progresiva del derecho a una alimentación adecuada en el contexto de la seguridad alimentaria nacional (denominadas a continuación directrices sobre el derecho a la alimentación) para brindarles orientaciones prácticas sobre cómo realizar los objetivos estipulados en 1996. (FAO, Declaración de la Cumbre mundial sobre la Alimentación: cinco años después, párrafo. 10)

Esas directrices fueron adoptadas por unanimidad por parte del Consejo de la FAO en noviembre de 2004. Este ha sido el primer intento por medio del cual los gobiernos han buscado interpretar un derecho económico y socio cultural, y establecer recomendaciones sobre las medidas que deberían ser adoptadas para garantizar su realización (Diouf, J). Aceptadas por todos los Estados, estas directrices representan un instrumento práctico que puede ser utilizado de forma inmediata en la lucha contra la subalimentación y la malnutrición.

Casi 371.000 niños menores de cinco años en el Ecuador están con desnutrición crónica; y de ese total, unos 90 mil la tienen grave. Los niños indígenas, siendo únicamente el 10% de la población, constituyen el 20% de los niños con desnutrición crónica y el 28% de los niños con desnutrición crónica grave. Los niños mestizos representan, respectivamente, el 72% y el 5% del total. El 60% de los niños con desnutrición crónica y el 71 % de los niños con desnutrición crónica grave, habitan en las áreas (aunque la población rural es tan solo el 45 % del total poblacional del Ecuador). También se da una concentración muy elevada en las áreas de la Sierra, que tiene el 60 % de los niños con desnutrición crónica y el 63 % con desnutrición crónica extrema. El 71 % de los niños con desnutrición crónica

proviene de hogares clasificados como pobres, lo cual se aplica también al 81% de los niños con desnutrición crónica extrema.

Numerosos estudios han demostrado que la desnutrición infantil produce un retardo en el crecimiento y éste puede ser más o menos severo dependiendo del grado de desnutrición, pero estos estudios quedan en un sistema biológico, que no enumeran las causas que conllevan a esta vulneración de un derecho esencial, no logran evidenciar el sentir de la madre / padre o del cuidador frente a la enfermedad de su hijo / hija.

Se conoce que la desnutrición afecta el desarrollo psicomotor del lactante y, en especial del niño o niña comprendido hasta los 24 meses de edad, por lo tanto, las secuelas en el desarrollo psicológico, se evidencia con mayor fuerza en la edad escolar.

Los niños y niñas menores de 5 años permanecen en los CIBV que son centros de cuidado diario, se encuentra al momento con una vigilancia y recuperación nutricional, pero que sucede cuando regresa a su hogar, el niño no tiene la misma ingesta alimentaria, por lo que la prevalencia de la desnutrición continúa. No se puede garantizar los derechos desde un solo espacio de vida, tiene que dimensionarse todos los espacios, tiempos y responsables a fin de garantizar el derecho a una alimentación digna y adecuada, de calidad y calidez en todas sus dimensiones.

Los estudios en temas de nutrición se utilizan puntos de corte, que son proporcionados por la OMS, que técnicamente está muy bien, pero no evidencian algunos aspectos culturales, comunitarios, territoriales, de accesibilidad u otros que pueden hacer sub registros de los datos sobre la prevalencia de la desnutrición y no cumplimiento del derecho.

La presente tesis describe las principales aportaciones realizadas con madres, padres, familiares de 80 niños y niñas menores de 5 años, evidenciar el pensar y sentir de las familias, que es muy importante para conocer su interpretación frente al tema de la desnutrición, en las comunidades de Galte y Utucum del Cantón

Guamote de la provincia de Chimborazo en Ecuador, los métodos utilizados para este estudio se describen como:

1.- Entrevistas: Encuesta Conocimientos, Actitudes y Prácticas frente al tema de la alimentación, nutrición y salud en los hogares; grado de responsabilidad de los derechos por parte de la familia.

Los datos obtenidos para antropometría se los ha obtenido manteniendo las normativas de estandarización que solicita el MSP. Para la información sobre el hogar, actividad, sentires, servicios etc., se utilizó conversatorios y aplicación de una guía de observación.

Los conversatorios que sirvieron para conocer el aspecto socio- cultural y el rescate de percepciones desde los delegados comunitarios, familias, funcionarios de salud, etc. Evidenciado su interpretación sobre los derechos, interculturalidad, género.

2.- Observaciones: realizaremos una indagación de orden cualitativo, con la que se busca conocer un poco más del relacionamiento en la familia, busca ganar la confianza para observar aspectos que en las encuestas no se evidencian.

Al estudiar los factores que se encuentran en torno a esta problemática podríamos tener un enfoque más claro en los procesos para mejorar la calidad y calidez de atención de forma integrada, como respuesta a la **garantía del derecho a una alimentación adecuada** ; y por otro lado, tratamos de analizar que nos hace falta para la vivencia de los derechos de forma plena, dejando el discurso a un lado, procediendo a la acción, valorando los conocimientos, percepciones, y expresiones, que permita contribuir en la garantía del **derecho fundamental de estar protegido contra el hambre**.

Para facilitar la lectura de la investigación, se ha realizado un glosario que está presentado al final de este documento, que permitirá la aclaración de conceptos sobre derechos y conceptos técnicos del área de salud utilizados en relación a la temática.

ANTECEDENTES

“Los Derechos Humanos son un conjunto de prerrogativas y principios, de aceptación universal, jurídicamente reconocidos y garantizados, que aseguran al ser humano su dignidad, y que las personas tienen frente al Estado y a sus instituciones para impedir que este interfiera, limite, y/o viole el ejercicio de sus derechos”.(<http://dipronaturaleza.blogspot.com/2012/08/concepto-y-principios>)

Características y principios

Los derechos humanos, como tales, tienen atributos propios y específicos, lo que permite diferenciarlos y categorizarlos. A su vez, comparten los rasgos propios de todos los derechos en general. De acuerdo a algunas de sus características propias, los derechos humanos son:

Universales: Todas las personas son titulares o sujetos activos de todos los derechos humanos, sin distinción de edad, sexo, raza, idioma, nacionalidad, religión, condición económica o social, ideas políticas, preferencia sexual, impedimento físico, enfermedad o cualquier otra condición. Siendo el derecho a la cultura un derecho humano, el principio de universalidad lleva implícito su respeto por todas las culturas, lo que no impide el rechazo a aquellas prácticas culturales violatorias de los derechos humanos.

Indivisibles, interdependientes, integrales y complementarios: La dignidad de la persona humana se garantiza a través del respeto y reconocimiento de todos los derechos humanos, sean éstos de naturaleza política, civil, social, económica o cultural. Todos los derechos humanos tienen la misma importancia jerárquica y, en conjunto, permiten a las personas vivir dignamente. El goce y ejercicio de todos los derechos por igual permite a los seres humanos desarrollar y construir libremente su propio proyecto de vida, que es la síntesis de lo que se denomina vida digna. Existen algunos derechos que por su importancia y por permitir a quien los disfruta el acceso a otros derechos, se los denomina “derechos llave” (como es el caso del derecho a la salud, la alimentación y el de estar protegidos contra el hambre, y otros.).

El derecho a la alimentación tiene *dos componentes* en derecho internacional: ***el derecho a una alimentación adecuada y el derecho fundamental de estar protegido contra el hambre.*** (Alston P, 1984, pág. 32.)

El derecho a la alimentación adecuada se ejerce cuando todo hombre, mujer o niño, ya sea sólo o en común con otros, tiene acceso físico y económico, en todo momento, a la alimentación adecuada o a medios para obtenerla.

El contenido básico del derecho a la alimentación adecuada comprende la disponibilidad de alimentos en cantidad y calidad suficientes para satisfacer las necesidades alimentarias de los individuos, sin sustancias nocivas, y aceptables para una cultura determinada y la accesibilidad de esos alimentos en formas que sean sostenibles y que no dificulten el goce de otros derechos humanos.

El contenido normativo del derecho a una alimentación adecuada incluye, por lo tanto, tres elementos esenciales: la adecuación de la alimentación, su disponibilidad y su accesibilidad de forma duradera y digna.

Para ser adecuada, la alimentación debe ser al mismo tiempo suficiente y de calidad adecuada. El régimen de alimentación en conjunto aporta una combinación de productos nutritivos para el crecimiento físico y mental, el desarrollo y el mantenimiento, y la actividad física que sea suficiente para satisfacer las necesidades fisiológicas humanas en todas las etapas del ciclo vital, y según el sexo y la ocupación (Comité, observación general 12, párrafo 9). Es también esencial que éste contenga todos los micronutrientes necesarios.³ La alimentación además debe ser saludable, desprovista de elementos tóxicos y de contaminantes. La alimentación debe finalmente ser aceptable culturalmente.

La alimentación debe ser adecuada y *disponible*. Debe por consiguiente ser obtenida, ya sea directamente de la tierra o de otros recursos naturales, o por medio del sistema de distribución que conduzca la alimentación hasta la persona que la necesite.

³ Ver la directriz 10 sobre el derecho a la alimentación, consagrada a la nutrición.

Finalmente, la alimentación debe ser *accesible*. Todas las personas tienen derecho a tener acceso a la alimentación adecuada y disponible, es decir, tener el derecho “*de obtener esa alimentación de forma duradera y que no restrinja el disfrute de los otros derechos humanos*”. (Comité, obs. general 12, párr. 8 y 12)

El derecho de estar protegido contra el hambre fue consagrado en el artículo 11, párrafo 2, del PIDESC. (Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Este derecho es el único, entre todos los derechos humanos que han sido consagrados en derecho internacional, al cual se le ha reconocido un carácter fundamental. Para determinados autores, ese reconocimiento se deriva de la supremacía que se concede al derecho a la vida.

El derecho de estar protegido contra el hambre debe, por consiguiente, ser interpretado como la norma que en últimas protege al individuo contra el hambre, cuya definición abarca una absorción *insuficiente o inadecuada* de alimentos y una baja resistencia a aquellas enfermedades que llevan a la muerte. (Tomasevski K, 1995, p. 229.)

El derecho de estar protegido contra el hambre fue consagrado en el párrafo 2 del artículo 11 del PIDESC. (Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)

El presente estudio toma en cuenta la naturaleza y características de los Derechos Humanos, y en especial los derechos de la niñez y adolescencia y plantea los siguientes objetivos:

Objetivo General:

Analizar cómo visualizan los derechos a la salud y nutrición las familias y cuidadores de niños / niñas menores de 5 años, de las comunidades de Galte y Utucum Cantón Guamote.

Objetivos Específicos:

- Explicar los procesos de salud y desnutrición en relación a los derechos, en los imaginarios de los adultos de la comunidad con respecto a lo que es un niño, niña de 0 a 59 meses, que tiene desnutrición.
- Analizar los procesos de salud y desnutrición en relación a la cultura, género, seguridad alimentaria, en casos de niños y niñas con desnutrición.
- Identificar sentires de la población en relación a la situación de vulneración de derechos a la salud, alimentación y nutrición de manera especial en niños y niñas de 0 a 59 meses.

Para el año 1946 la Organización Mundial de la Salud, emite la concepción sobre lo que es salud, indicando que *“La salud es el estado de absoluto bienestar físico, mental y social, sin distinción de religiones, credos políticos o clases sociales”* e indicando asimismo en su documento de Constitución que es *“... uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”*. (Tomado OMS, <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>)

La situación del hambre en el mundo aún persiste, lo que no permite tener una salud plena, contrarrestando el concepto de la OMS, ya que la mayoría de las personas que sufren de hambre en el mundo vive en los países de Latinoamérica y África, según últimos datos de la FAO, el número de personas subnutridas alcanzan casi 1000 millones.

La lucha contra el hambre y la pobreza representa un costo de 450 000 millones de dólares al año a las naciones, en países como Somalia, los niños están subnutridos, en el borde del hambre y en el resto de países del segmento denominado Cuerno de África, los niños y niñas duermen con hambre, se quedan inconscientes o incluso mueren de hambre, que es el factor que provoca desnutrición grave, severa o crónica, aguda, global.

En América latina la desnutrición implica que hay niños y niñas, van o no a la cama tras haber comido por única vez en el día. En caso que se alimenten, probablemente se tratará una bebida, colada endulzado con panela, pedazo de pan, y/ o algún alimento de la zona; lo que significa que aunque haya mitigado el hambre, las consecuencias de esta malnutrición crónica serán irreversibles (en cuanto a su desempeño físico, emocional, intelectual).

Según la comisión económica para América Latina y el Caribe, el 18.8% de la población de América latina y el Caribe es extremadamente pobre, el 11% de los habitantes está subnutrido y casi 9% de los menores de cinco años están desnutridos.

En el Ecuador existe una prevalencia de Desnutrición Crónica, significa que hay periodos largos en que el niño o niña no ha accedido a alimentación, por lo que se encuentra entre los países con mayor prevalencia en desnutrición (junto con Bolivia y Perú). La población total del país, alcanza a unos 14 millones, el número de personas subnutridas es de 2 millones y la prevalencia de la subnutrición es del 15%, según estudios realizados nos indican que hay cerca de 300 000 niños y niñas menores de cinco años que tienen desnutrición crónica, lo cual equivale al 24%. (Banco Mundial, 2007, pág. 93)

La Subnutrición es la ingesta de alimentos que no cubre el requerimiento básico del niño de una manera continua, merma la cantidad de alimentos al día.

Entre las causas más frecuentes que producen desnutrición tenemos:

- Inequidad económica y social
- Malos hábitos alimentarios
- Deficiente acceso, disponibilidad y consumo de alimentos.

Entre las consecuencias más frecuentes que producen desnutrición tenemos:

- El aumento a la vulnerabilidad a enfermedades, lo que puede retrasar el ingreso al sistema educativo al niño o niña.
- Afecta a la sobrevivencia.

- Mantiene el círculo de la desnutrición, si un niño recién nacido con anemia y no se ha sido atendido, será un niño/ niña con anemia en edad escolar, más aun en caso de mujeres embarazadas, su nuevo ser nacerá con bajo peso y se mantiene una niñez, adolescencia y adultez desnutridos.

El déficit de ingesta de micronutrientes como el hierro se relaciona con un deterioro cognitivo que se traduce a menor aprendizaje, las familias acceden a una dieta híper hidrocarbonada. El consumo de harina, tiene la capacidad de saciar el hambre, pero su ingesta no contiene los nutrientes necesarios para el crecimiento del niño. El consumo de proteína es el mejor nutriente par que el niño pueda crecer de los 6 a los 24 meses de manera adecuada y saludable.

CAPITULO 1

UNA MIRADA A LOS DERECHOS HUMANOS EN TEMAS DE SALUD Y NUTRICION

Preámbulo de la declaración universal de derechos humanos

“Considerando que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana”;

“Considerando que el desconocimiento y el menosprecio de los derechos humanos han originado actos de barbarie ultrajantes para la conciencia de la humanidad, y que se ha proclamado, como la aspiración más elevada del hombre, el advenimiento de un mundo en que los seres humanos, liberados del temor y de la miseria, disfruten de la libertad de palabra y de la libertad de creencias”;

“Considerando esencial que los derechos humanos sean protegidos por un régimen de Derecho, a fin de que el hombre no se vea compelido al supremo recurso de la rebelión contra la tiranía y la opresión”;

“Considerando también esencial promover el desarrollo de relaciones amistosas entre las naciones”;

“Considerando que los pueblos de las Naciones Unidas han reafirmado en la Carta su fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana y en la igualdad de derechos de hombres y mujeres, y se han declarado resueltos a promover el progreso social y a elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad”;

“Considerando que los Estados Miembros se han comprometido a asegurar, en cooperación con la Organización de las Naciones Unidas, el respeto universal y efectivo a los derechos y libertades fundamentales del hombre”, y

“Considerando que una concepción común de estos derechos y libertades es de la mayor importancia para el pleno cumplimiento de dicho compromiso”;

“LA ASAMBLEA GENERAL proclama la presente DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS como ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las

*instituciones, inspirándose constantemente en ella, promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos, tanto entre los pueblos de los Estados Miembros como entre los de los territorios colocados bajo su jurisdicción”.*⁴

La Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH) es considerada generalmente el fundamento de las normas internacionales sobre derechos humanos. La DUDH ha inspirado un valioso conjunto de tratados internacionales de derechos humanos legalmente vinculantes y la promoción de estos derechos en todo el mundo a lo largo de las últimas siete décadas. Además, sigue siendo una fuente de inspiración para cada uno de nosotros, ya sea en momentos de conflicto, en sociedades que sufren represión, en la lucha contra las injusticias, y en nuestros esfuerzos por lograr el disfrute universal de los derechos humanos.

La Declaración supone el primer reconocimiento universal de que los derechos básicos y las libertades fundamentales son inherentes a todos los seres humanos, inalienables y aplicables en igual medida a todas las personas, y que todos y cada uno de nosotros hemos nacido libres y con igualdad de dignidad y de derechos.

Independientemente de nuestra nacionalidad, lugar de residencia, género, origen nacional o étnico, color de piel, religión, idioma o cualquier otra condición, el 10 de diciembre de 1948 la comunidad internacional se comprometió a defender la dignidad y la justicia para todos los seres humanos.

Los Derechos Humanos no describen los temas de salud, nutrición, alimentación, como elementos fundamentales para la vida, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el artículo 25 afirma que:

"Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los

⁴ Texto de la carta Universal de los Derechos Humanos. Organización de las Naciones Unidas

servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad."

Las Naciones Unidas es el organismo encargado de la vigilancia y cumplimiento de los Derechos Humanos, por tal motivo tienen a cargo la aplicabilidad de todos los derechos y en este caso específico del derecho a la alimentación. Como referencia en América Latina se realizó el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que indica que: *"El derecho a la alimentación adecuada se ejerce cuando todo hombre, mujer o niño, ya sea sólo o en común con otros, tiene acceso físico y económico, en todo momento, a la alimentación adecuada o a medios para obtenerla."*

El derecho a la alimentación adecuada presiona a los estados miembros para que cumplan con 3 tipos de obligaciones: la obligación a respetar, a proteger, y a realizar.

- Respeto: el Estado miembro tiene que reconocer que todas las personas tienen el derecho a la alimentación segura, y por eso tienen el derecho al acceso a alimentos de alto valor nutritivo. Respetando este derecho, el Estado no puede impedir el acceso a los alimentos.
- Protección: el Estado también tiene que garantizar que las familias tengan acceso a la alimentación.
- Realización: para satisfacer la necesidad a los alimentos, el Estado tiene que facilitar y proveer las soluciones de largo y corto plazo para la carencia de alimentos y la desnutrición. Los gobiernos de turno deben implementar políticas y programas que aseguran la seguridad alimentaria, eso incluye la educación de las personas sobre el uso más eficiente de los recursos, la reforma y redistribución de la tierra cultivable, o el empleo para que personas tengan dinero y puedan comprar adecuados alimentos.

El Estado asegura el acceso a alimentos diferentes y en situaciones de emergencias proveer de alimentos, en este caso el gobierno, puede entregar raciones alimentarias a la población directamente.

Con estos enunciados cada país tiene obligaciones pendientes frente a su población y a la ciudadanía, y se lo evidencia así en el artículo 15 del Pacto Internacional que dice:

"Cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos."

El Estado firmante al tratado tiene por obligación dar el cumplimiento a su rol, ya sea a través de una ley, convenio, tratado, decreto, reglamento jurídico, en la cual acoge su función frente al tema, según su jurisdicción territorial, y lo puede lograr a través de sus asambleas, congresos políticos, en la que están representados los ciudadanos.

El Estado ratifica o se adhiere al tratado, puede también realizar reservas a uno o más de los artículos, a no ser que el tratado las prohíba. Las reservas normalmente se pueden retirar en cualquier momento, algunos países los tratados internacionales priman sobre las leyes nacionales; mientras que en otros, se requiere de un proceso interno para su aval y este puede ser ratificado o adherido el carácter de ley nacional.

Prácticamente todos los estados que han ratificado o adherido a un tratado internacional deben expedir decretos, reformar la legislación existente en ocasiones o presentar nuevas leyes con el fin de que el tratado tenga efectos plenos dentro de su territorialidad.

En 1966 el Pacto Internacional afirma la igualdad entre hombre y mujeres, también menciona que la población debe estar en un nivel adecuado de vida y el derecho a estar libre de hambre. *“El Pacto obliga a los Estados miembros desarrollar programas específicas para garantizar los derechos y son obligados a trabajar para reducir la mortalidad infantil y las enfermedades.” Artículos 1, 3, 11,13.*

El marco de los derechos humanos ayuda a establecer los acuerdos que son beneficiosos para la población en general, como ejemplo se ha detallado los siguientes:

- Convención de los Derechos de los Niños realizada en 1989, en su artículo 24 reconoce que los niños deben tener un nivel de vida alto, los Estado miembros se comprometen a reducir la morbi-mortalidad de la infancia, la operatividad de acceso a alimentos y servicios de cuidado exclusivo para este grupo de edad. Se evidencia las ventajas de la lactancia materna, acceso a servicios públicos, higiene en forma general.
- Declaración sobre el derecho de la mujer a amamantar a sus niños, niñas desde su nacimiento hasta los 6 meses.
- Declaración sobre el Plan Mundial de Nutrición elaborado en 1992, esta fomenta la seguridad alimentaria y la prevención de las enfermedades de niños / niñas inclusive promueve la lactancia materna.
- La declaración sobre seguridad alimentaria mundial realizada en Roma 1996, reconoce la necesidad de acceso a alimentos a todas las personas por igual, con alimentos nutritivos, y elimina el hambre en el mundo. Se evidencia una relación directa con los objetivos del milenio 2015.
- Cumbre mundial sobre alimentación de 1996, consta de 7 obligaciones de los miembros para empezar la reducción del número de las personas desnutridas en el mundo.

- A nivel regional como Organismo de los Estados Americanos (OEA), realiza una carta en la que garantiza el acceso a alimentos adecuados, mejorando la producción y disponibilidad de ellos.
- Convención americana sobre los derechos humanos, con especificidad en los derechos económicos, sociales y culturales, realizados en el Salvador 1988, en el que reconoce el derecho a la alimentación.

Con estas normativas los países han desarrollado programas en relación al tema de salud, alimentación y nutrición, dirigidos a las poblaciones prioritarias de atención, la calidad del alimento con alto valor nutritivo y sobre todo la población debe recibir información sobre la inocuidad de alimentos.

En 1948 la Organización Mundial de la salud fue creada y desde su inicio forma parte de la O.N.U, la que ayuda a la promoción del enfoque de atención primaria de salud, su objetivo es "gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr". Son 190 estados adscritos y que conforman la Asamblea Mundial de la Salud, es en estos espacios que hablar de alimentación segura, es un tema principal de la OMS, para desarrollar estrategias que ayuden a eliminar el hambre y la desnutrición.

Otro brazo ejecutor por parte de la organización de las naciones unidas, que investiga los temas de agricultura y alimentación es la FAO establecido en el año 1945, fue creado para mejorar el nivel de la alimentación y el nivel de vida global de las personas y de los países.

Indica que sus miembros, deben dedicarse a proveer servicios, asistencia técnica, información sobre la alimentación, agricultura, para garantizar el acceso y disponibilidad de alimentos en la población en general.

Entre organismos de cooperación tenemos el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia o Unicef (UNICEF), que también es una agencia de la O.N.U dedicada a la protección de los derechos del niño y niña, quienes han implementado programas

específicos para mejorar la alimentación infantil, la calidad del agua y la sanidad de los pueblos.

Las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y su rol en los países, es la lucha para reducir la pobreza, abordan factores que causan la pobreza y buscan identificar soluciones sostenibles, su ámbito de desarrollo es la base comunitaria, la organización, en la que desarrollan temas de promoción y prevención salud, acceso a alimentos, entre otras.

Todas las agencias de cooperación conocen las causas que, en forma directa y/o indirecta contribuyen a la existencia de los problemas nutricionales de los niños y niñas, el consumo de una dieta inadecuada, la presencia de infecciones y enfermedades prevalentes de la infancia son causas directas que interfieren con la utilización adecuada de los nutrientes.

Las causas indirectas están relacionadas estrechamente con el índice de pobreza e incluyen la insuficiente disponibilidad de alimentos en cantidad y calidad, la inequidad en el acceso a los alimentos, conductas desfavorables de los miembros de la familia, en particular, los prestadores de cuidados, redundan en prácticas inadecuadas de alimentación, la deficiente calidad de los servicios básicos, salud (Acuerdo Nacional para alcanzar los Objetivos de Milenio en Ecuador”. Pág. 11-13).

1.1. Los Objetivos del Milenio (ODM) en salud y nutrición

En septiembre de 2000, en el marco de la Cumbre del Milenio, 190 países miembros de la Organización de Naciones Unidas suscribieron la Declaración del Milenio. El Ecuador es parte de esta declaración de los objetivos del milenio, por lo que se comprometió a dar cumplimiento a los 8 objetivos hasta el año 2015, tratando sobre todo de eliminar la pobreza.

Es interesante analizar rápidamente los contextos de los objetivos, que se relacionan al tema de salud, nutrición, alimentación:

- Objetivo 1 “Erradicar la Pobreza Extrema y los problemas Alimentarios”

- Objetivo 4 “Reducir la Mortalidad de la Niñez”
- Objetivo 5 “Mejorar la salud Materna”
- Objetivo 7 “Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente”

Si bien los países como el Ecuador ha establecido sus compromisos para el cumplimiento de los ODM, el gobierno ha desarrollado avances significativos para alcanzar las metas, entre ellas es la elaboración de un Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017, en la que, la participación de la comunidad y de las familias, asumen un rol protagónico.

Para el Ecuador el ODM 1 (meta2) plantea la Reducción de la Pobreza, toma en cuenta los siguientes elementos: contar con un sistema de protección social ante crisis naturales y/o macroeconómicas; fomentar el desarrollo de capacidades de los grupos prioritarios, en especial en educación y salud; crear mecanismos de inclusión productiva para los pobres; y, finalmente, contar con un sistema de seguridad social que cubra a los pobres.

El horizonte no será únicamente la reducción de la pobreza sino que avanzan a la reducción de las desigualdades sociales, territoriales, económicas, ambientales y culturales. (II informe Nacional de Desarrollo de los ODM, Pág. 15-22)

Para la reducción del hambre en el Ecuador, a la desnutrición infantil como problema fundamental. Según el II Informe Nacional sobre ODM, se presenta una reducción durante la última década de niños / niñas desnutridos, sin embargo, el país está lejos de poder compararse con países vecinos en relación a los avances realizados. Por otra parte es necesario añadir, como elemento de análisis, algunos factores que están incidiendo en la mala nutrición, como son los hábitos alimentarios, los accesos o no a alimentos con mayor calidad de nutrientes y también, el uso adecuado y frecuente de aquellos insumos alimenticios que si están a alcance de algunas poblaciones o asentamientos.

Afirmación que podemos resaltar según el Atlas de Desigualdades Socio económicas (Senplades 2013, pág. 38), la que informa que “persisten, sin embargo, varios problemas cruciales. La desnutrición crónica infantil, que reduce

irreversiblemente el desarrollo intelectual y psicomotor de los niños menores de 5 años, continuaba afectando al 26% de los niños en el país. Aunque este indicador también ha mantenido una tendencia declinante, todavía su prevalencia se encuentra en valores alarmantes. Además, la desnutrición afecta sobre todo a los niños indígenas, y en general es mayor en la Sierra rural. La mortalidad infantil es mayor en las áreas rurales (35 por mil nacidos vivos) frente a las urbanas (25 por mil nacidos vivos), y afecta principalmente a la Sierra y a la Amazonía”.

Se considera también como elementos la seguridad alimentaria y factores productivos, que prolongan el ciclo perverso de la pobreza y agudizan el tema alimentario y nutricional en el país.

Como hemos mencionado anteriormente los avances son grandes en el país, uno de los principales logros es que el Ministerio de Salud Pública, acogió de nuevo la rectoría en la política pública, con lo que se ha logrado desarrollar acciones como:

- Implementación de un registro social aplicando una encuesta nacional, la que describe la información del estado nutricional de niños y niñas menores de 5 años, como también de la población en general, ayudara a la formulación de políticas, a través de estadísticas actualizadas.
- Coordinación de las múltiples acciones alrededor de problemática como la desnutrición crónica, ayudado a establecer líneas de acción específicas en las zonas de mayor situación de vulnerabilidad.
- El establecimiento de una estrategia integral en la que se visualiza al niño en su entorno, se contempla su desarrollo físico, cognoscitivo, ayuda a entender de manera holística a los grupos prioritarios como indica la constitución.
- La promoción de la atención primaria de salud, con la comunidad que ayuda a fortalecer la dinámica social, incremento en las coberturas de atención que han crecido, se ha ayudado a la promoción de varios temas como: la promoción de la lactancia materna, la suplementación de alimentos con vitamina A, distribución de micronutrientes y el brindar capacitación nutricional, sobre todo a las madres.

- Implementación del Programa Integrado de Micronutrientes (PIM), que está dirigido a contribuir en la reducción de los problemas nutricionales de la población ecuatoriana de mayor riesgo social y biológico, y suplementar con hierro a todas las embarazadas que asisten a control prenatal, a todos los niños menores de un año atendidos por el MSP y al 80% de la población de niños entre 6 y 36 meses de edad atendidos por el MSP.

En el ODM 4 se describe la tasa de mortalidad de menores de cinco años, en el contexto latinoamericano, en el Ecuador se encuentran datos elevados sobre enfermedades prevalentes de la infancia, debemos analizar que este tiene estrecha relación con objetivo 1, que trata de garantizar una nutrición óptima a la población, considerando de manera especial situaciones como: lactancia materna exclusiva hasta los seis meses; administración de micronutrientes; educación y promoción de dietas saludables.

El ODM 7 en sus metas 10 y 11 da a conocer la prioridad del consumo y uso adecuado del agua potable y saneamiento básico, ya que las viviendas deben contar con sistemas básicos ambientales, que ayudan a mejorar la calidad de vida de la familia y por hecho de los niños y niñas.

1.2. Convención sobre los derechos de los niños, niñas y adolescentes

La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, es el primer tratado internacional especializado que reconoce los derechos humanos de todos los niños, niñas y adolescentes. A lo largo de sus 54 artículos, la Convención crea un marco inédito de protección integral a favor de las personas menores de 18 años, que exige a los Estados que la han ratificado a respetar, proteger y garantizar el ejercicio de los derechos civiles y políticos, económicos, sociales y culturales de este numeroso grupo de seres humanos. Los únicos Estados en no firmar son los de Somalia y los Estados Unidos.

El reconocimiento internacional de la titularidad de derechos en favor de los niños y niñas, la extensión de esa obligación adquirida por los Estados a todos los

miembros de la sociedad y a las familias implica, desde el punto de vista jurídico y cultural, un cambio sustancial en el modelo jerárquico y discrecional que tradicionalmente había caracterizado las relaciones entre los adultos y los niños. Para hacer realidad ese nuevo modelo y orientar su interpretación y aplicación nacional.

Los niños y niñas en reiteradas ocasiones han sido considerados como seres olvidados por la sociedad, incluso por sus propios padres. Desde un punto de vista sociológico el niño es considerado una persona inmadura, o sea, aquél que aún no crea conciencia respecto de ciertos aspectos de la vida, esta etapa puede extenderse desde el nacimiento hasta la adolescencia.

A pesar de ello, no es posible referirnos en términos generales a lo que significa crear conciencia, ello porque son los padres los responsables de la educación de sus hijos, y por lo tanto, ayudarlos a crear conciencia. El interés respecto de este tema, en las últimas décadas ha aumentado notablemente, por lo que muchos autores han intentado dar su propia definición.

Es necesario especificar lo que es niño, niña y lo que significa niñez. De esta manera encontramos que desde un punto de vista psico-biológico se entiende por niño a “toda criatura humana que no ha alcanzado la pubertad”, este concepto también se utiliza como sinónimo de infantil o pueril, o sea, “quien no es considerado adulto”. (Muñoz M, 2009, pág. 9)

Con respecto a la evolución Psico-afectiva, “los recién nacidos y durante la primera etapa de su vida, se les denomina comúnmente bebés para distinguirlos con los que han alcanzado cierta autonomía”. La Real Academia Española define a niño como aquel “que está en la niñez”.

Todas estas definiciones coinciden en que niño es una persona de poca edad. El concepto de niño también puede entenderse como “el proceso por el que pasamos todos los seres humanos para llegar a ser lo que hoy en día somos, adultos. Y somos los adultos quienes construimos en el día a día el proyecto de vida para contribuir al manejo del mundo”. (Muñoz N, 2009, pág. 14)

Los derechos de niños / niñas y adolescentes establecidos en la Convención, y determinados en el bloque de los derechos de supervivencia son considerados así porque garantizan lograr un nivel adecuado de salud, optimizan la esperanza de vida y previenen enfermedades graves. Estas aspiraciones no son muy distintas a las de los adultos, pues se encuentran presentes a lo largo de toda la vida.

Entre los derechos que se relacionan al estudio describiremos a:

- a) Derecho a la vida, supervivencia y desarrollo, establecido en el artículo 6 de la Convención.
- b) Derecho a la salud, alimentación, vivienda y seguridad social establecidos en los artículos veinticuatro al veintisiete. Estos artículos comprenden los requerimientos de alimentación, vivienda, vestuario e higiene, atención médica, descanso, espacio exterior y ejercicio físico.

El artículo 24 reconoce al niño, niña al disfrute pleno de salud y establece una obligación de los Estados a esforzarse por asegurar que ningún niño/ niña sea privado del acceso a los servicios sanitarios; también instituye a asegurar la adopción de medidas para la satisfacción del derecho a la salud.

Artículo 25 se refiere a la evaluación periódica de internamiento de los niños que reciben atención, protección o tratamiento de salud física o mental. Se trata de un derecho en el que no hay poder de disposición, debido a que el niño no puede decidir si desea o no recibir los medios de protección a la salud, desde la aplicación de una vacuna hasta la entrada en alguna institución. Por tal motivo se vuelve fundamental el contenido de esta norma, debiendo garantizarse que el niño no estará internado más de lo necesario, dado que él no puede disponer cuando quiere dejar de recibir el tratamiento.

El artículo 26 se refiere al acceso a la seguridad social, que podría considerarse un instrumento para hacer efectivo el derecho genérico a la salud.

Los tratamientos médicos se han vuelto un tema a discusión ya que tiene una implicación muy fuerte en la creencia religiosa, algunas religiones prohíben a sus feligreses la aplicación de ciertos métodos curativos.

Debido a esta creencia los estados han considerado que prevalece el derecho a la salud del niño sobre su libertad religiosa y la de sus padres, es decir, predomina el interés superior del niño por sobre el derecho de los padres o del mismo niño a la libertad en el ejercicio de sus propias creencias.

El artículo 27, se encuentra compuesto por un conjunto de disposiciones destinadas a la protección de la salud, que incluye derechos de los padres a recibir información sobre salud, nutrición, orientación y servicios relativos a la planificación familiar. Establece la responsabilidad de los padres o personas encargadas del niño de proporcionar las condiciones adecuadas para el desarrollo, mientras que a los estados se les imponen la obligación de adoptar las medidas para hacer efectivo este derecho y “en caso necesario, proporcionarán asistencia material y programas de apoyo, particularmente con respecto a la nutrición, el vestuario y la vivienda”

Por tal motivo el derecho a la salud, es entendido en un sentido amplio, es decir, no únicamente en lo que se refiere a la atención médica, sino que incluye el acceso a servicios básicos como alimentación adecuada, vivienda, vestidos e higiene, atención sanitaria, sueño y descanso, espacio exterior adecuado y ejercicio físico; de esta manera, el derecho a la salud debe contemplar la evolución del niño y las necesidades específicas de cada etapa, de tal forma que permita el buen desarrollo, pero promueva también el ejercicio de autonomías

1.3. Constitución de la República del Ecuador 2008

La presente sección tiene como propósitos analizar el cambio de modelo de Estado que trajo la Constitución del 2008, (Estado Constitucional de Derechos y Justicia), a diferencia de lo que estableció la Constitución de 1998, (Estado Social de Derecho), y en función de la transformación de este principio rector, evidenciar los avances en materia de derechos constitucionales, sus principios de aplicación, así

como la protección judicial de los mismos, dando especial énfasis en los derechos sociales y su justiciabilidad.

Mantener el orden constitucional implica la defensa de las garantías fundamentales a todo nivel. Afirmar que nos hallamos en un Estado Constitucional de Derecho, conlleva la aplicación no solo de normas de carácter ordinario, sino también en el mismo tiempo, momento y ámbito, el respeto a normas constitucionales existentes en el sistema constitucional. Se trata pues, de la coexistencia armónica de ambas en beneficio de un objetivo supremo, el orden constitucional.

Al introducimos al análisis del rol del juez en los diferentes sistemas de derecho, surge la inquietud de conocer si en el sistema jurídico ordinario se aplican las normas constitucionales como un medio de defensa del orden constitucional, haciéndose necesario detallar los antecedentes al Estado Constitucional de Derecho, con un examen del Estado Absolutista, el Estado de Derecho, el paso por el Estado Liberal de Derecho hacia un Estado Social de Derecho, diferenciando entre ellos sus limitantes, siendo que en el Estado absolutista, la actuación del juez era nula, supeditada a lo que el monarca decidiera, su actuar y decisiones sometidas a consideración del rey; por otro lado, en el Estado de Derecho existe una total sumisión a la ley, no importando de quién venga, es decir, los jueces aplican lo que la norma dice, sin verificar si está acorde a la constitución; y en el Estado liberal, se distingue el abstencionismo por parte del Estado, en la injerencia de la vida de sus integrantes, bajo la premisa "dejar hacer, dejar pasar" con la cual, se monopoliza la prestación servicios públicos esenciales; en tanto en el Estado Social de Derecho, con el resurgimiento de grupos sindicales se eleva a rango constitucional, el reconocimiento de derechos sociales laborales, de seguridad social y de salud, pero destaca que la actuación del juez, continúa bajo el matiz de la importancia de la ley y no de la constitucionalidad de la norma.

Por último, dentro del Estado Constitucional de Derecho, se fundamenta en los controles tradicionales, consistentes en la separación de poderes, pero más importante aún, la creación del "cuarto poder," que vela por la constitucionalidad de

la actuación judicial, administrativa y legislativa, en el marco de los tres ejes de los derechos fundamentales, dignidad, libertad e igualdad.

(www.monografias.com/trabajos59/rol-juez-constitucional/rol-juez-constitucional.shtml)

La Constitución de la República del Ecuador, evidencia innovaciones importantes sobre todo en temas de protección y participación de la ciudadanía, reconoce a los niños, niñas, ancianos y mujeres en estado de gestación como la población prioritaria de atención, como también reconoce por primera vez que la naturaleza tiene derechos.

La Constitución de la República del Ecuador está vigente desde el 2008 a través de la aplicación de una consulta nacional, en donde se recoge la voz de la ciudadanía que aspira alcanzar el “Buen Vivir” o “Sumak Kausay”.

La institucionalidad en el país ha mejorado, la creación del quinto poder, se basa en la Participación Ciudadana, ayudando a establecer un nuevo enfoque, una nueva mirada en relación a los derechos, lo que permite que la sociedad ecuatoriana tenga un rol. El mencionar el enfoque de derechos permite que se desarrolle un sistema para la articulación de la garantía (Gelacio Laguna, 2009: trab32)

El artículo 10, nos dice que: las personas, comunidades, pueblos, nacionalidades y colectivos son titulares y gozarán de los derechos garantizados en la Constitución y en los instrumentos internacionales. La naturaleza será sujeto de aquellos derechos que le reconozca la Constitución.

El artículo 11, se rige por los siguientes principios:

1. Los derechos se podrán ejercer, promover y exigir de forma individual o colectiva ante las autoridades competentes; estas autoridades garantizarán su cumplimiento.
2. Todas las personas son iguales y gozaran de los mismos derechos, deberes y oportunidades. Nadie podrá ser discriminado por razones de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil,

idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición socio-económica, condición migratoria, orientación sexual, estado de salud, portar VIH, discapacidad, diferencia física; ni por cualquier otra distinción, personal o colectiva, temporal o permanente, que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos.

La constitución marca un hito histórico en todo el mundo, busca la armonía entre el entorno y la población, también mira a la persona como prioridad antes que un interés del capital.

Para avances del presente estudio describiremos algunos artículos de la constitución, que desarrollan los temas de salud, nutrición y alimentación en los niños y niñas como grupo prioritario de atención, además tienen mucha relación para el cumplimiento de los objetivos del milenio, como del CDN.

En el capítulo segundo Derechos del Buen Vivir, en su sección primera agua y alimentación, en el artículo 12 y 13 habla de los derechos humanos al agua, dice lo fundamental e irrenunciable y que las personas y colectividades tienen derecho al acceso seguro y permanente a alimentos sanos, suficientes y nutritivos; preferentemente producidos a nivel local y en correspondencia con sus diversas identidades y tradiciones culturales. El Estado ecuatoriano promoverá la soberanía alimentaria.

Estos dos artículos aportan al marco legal que hemos desarrollado para la interpretación de lo que estamos entendiendo por la promoción de una adecuada nutrición y alimentación de los niños y niñas y de la familia en general, que armonice con tratados internacionales y convenciones.

En la sección segunda ambiente sano, en los artículos 14 y 15, reconoce el derecho de la población a vivir en un ambiente sano y ecológicamente equilibrado, que garantice la sostenibilidad y el buen vivir, Sumak Kausay. Se declara de interés público la preservación del ambiente, la conservación de los ecosistemas, la biodiversidad y la integridad del patrimonio genético del país y promoverá, en el sector público y privado, el uso de tecnologías ambientalmente limpias y de energías

alternativas no contaminantes y de bajo impacto, tiene mucha relación para la conservación del agua.

En la Sección séptima, artículo 32, nos indica la prioridad de la salud como un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva.

El capítulo tercero derechos de las personas y grupos de atención prioritaria, ayuda a describir que las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. Y en su sección quinta niñas, niños y adolescentes, en el artículo 44 indica que el estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas.

Es esencial conocer que las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad (art. 45). El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción.

Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social; a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria; a la participación social; al

respeto de su libertad y dignidad; a ser consultados en los asuntos que les afecten; a educarse de manera prioritaria en su idioma y en los contextos culturales propios de sus pueblos y nacionalidades; y a recibir información acerca de sus progenitores o familiares ausentes, salvo que fuera perjudicial para su bienestar.

La garantía de atención a niño y niñas menores de cinco años, en temas de nutrición, salud, educación se describe en un marco de protección integral de sus derechos, (art. 46).

En la naturaleza se reproduce y realiza la vida, es el medio donde se desarrolla la existencia, el mantenimiento y regeneración de sus ciclos vitales, estructura, funciones y procesos evolutivos. Toda persona, comunidad, pueblo o nacionalidad podrá exigir a la autoridad pública el cumplimiento de los derechos de la naturaleza (artículo 71)

En relación a las responsabilidades que se encuentra en el capítulo noveno, en el artículo 83, habla de deberes y responsabilidades de las ecuatorianos; habla del asistir, alimentar, educar y cuidar a las hijas e hijos. Este deber es corresponsabilidad de madres y padres en igual proporción, y corresponderá también a las hijas e hijos cuando las madres y padres lo necesiten.

1.4. Plan Nacional del Buen Vivir 2013 - 2017

Uno de los pasos para recobrar la institucionalidad del Estado, es a través del establecimiento de grandes lineamientos, plasmados en una agenda alternativa para el Ecuador. Denominado Plan Nacional para el Buen Vivir 2013 - 2017, este plantea nuevos retos orientados hacia la materialización y radicalización del proyecto de cambio, la construcción de un Estado Plurinacionalidad e Intercultural y finalmente a alcanzar el Buen Vivir de las y los ecuatorianos.

"El documento se basa firmemente en reconocer la importancia del aumento de la capacidad productiva en el proceso de desarrollo económico, que se refleja en los indicadores que se propone supervisar.... Al mismo tiempo, no se ubica en el otro extremo, que establece que el crecimiento es desarrollo. Tiene una visión mucho más

amplia en la que la naturaleza, la cultura y la evolución social desempeñan un papel clave. Este enfoque equilibrado ha de ser muy elogiado." (Plan Nacional 2013 -2017 Pág. 13).

El Plan Nacional del Buen Vivir tiene una plena relación, con la nueva Constitución que otorga derechos completos (incluyendo los sociales y económicos) a todos los ciudadanos, y además, obliga al Estado a priorizar el pago de la deuda social por encima de cualquier otra obligación.

El Ecuador, construye los derechos humanos, económicos, sociales, culturales y ambientales, con el pensamiento de él Buen Vivir que es el Sumak Kawsay, lo que es una visión ancestral de los países andinos. Se recoge y se promociona la solidaridad, la igualdad, el pensar en una nueva forma de distribución de la riqueza existente en el país, es ver más allá de un modelo de desarrollo, en donde la persona es primero, el mercado y el dinero es complementario.

La Revolución Social contempla en su Programa de Gobierno 2013-2017, el fortalecimiento de las políticas de generación de capacidades y oportunidades con la garantía y la protección de derechos. Los derechos no son favores ni privilegios. El cambio de época que vive el país demanda garantizar la igualdad en la diversidad y la erradicación progresiva de condiciones de pobreza, ya que constituyen fenómenos multidimensionales de carencias, violencia y desigualdad inaceptables. (Objetivos nacionales para el Buen Vivir, 2013 Pág. 26)

Para el período 2013-2017 se plantea profundizar la igualdad, y contempla la erradicación de la pobreza, mediante la garantía de derechos, la inclusión económica y social, la (re)distribución de la riqueza, la democratización de los medios de producción y la consolidación de mecanismos de protección integral a lo largo del ciclo de vida.

Este nuevo Plan del Buen Vivir, es resultado de la participación ciudadana, como parte de una larga búsqueda de modos, desde el reconocimiento, la valoración y el diálogo de los pueblos y de sus culturas, saberes y modos de vida.

El Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017 es el tercer plan a escala nacional. Tiene la experiencia de los dos planes anteriores, el Plan es un conjunto de objetivos que expresan la voluntad de continuar con la transformación histórica del Ecuador.

Los objetivos desarrollados en este nuevo plan, están organizados en tres ejes: 1) cambio en las relaciones de poder para la construcción del poder popular; 2) derechos, libertades y capacidades para el Buen Vivir; y 3) transformación económica-productiva a partir del cambio de la matriz productiva.

Lo que ayuda a establecer los 12 objetivos del Plan Nacional:

Primer eje:

1. Consolidar el Estado democrático y la construcción del poder popular.

Segundo eje:

2. Auspiciar la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social y territorial, en la diversidad.
3. Mejorar la calidad de vida de la población.
4. Fortalecer las capacidades y potencialidades de la ciudadanía.
5. Construir espacios de encuentro común y fortalecer la identidad nacional, las identidades diversas, la plurinacionalidad y la interculturalidad.
6. Consolidar la transformación de la justicia y fortalecer la seguridad integral, en estricto respeto a los derechos humanos.
7. Garantizar los derechos de la naturaleza y promover la sostenibilidad territorial y global.

Tercer eje:

8. Consolidar el sistema económico social y solidario, de forma sostenible.
9. Garantizar el trabajo digno en todas sus formas.
10. Impulsar la transformación de la matriz productiva.
11. Asegurar la soberanía y eficiencia de los sectores estratégicos para la transformación industrial y tecnológica.

12. Garantizar la soberanía y la paz, profundizar la inserción estratégica en el mundo y la integración latinoamericana.

La descripción de los objetivos que se relacionan directamente con el estudio, se establecen en las normativas de las políticas de salud, que promoverán las prácticas de calidad de vida y la medicina preventiva e integral, no solamente la curación de enfermedades.

En el Plan Nacional impulsa la universalización en el acceso a la atención primaria de salud y la expansión de su calidad y cobertura. Como resultado, la esperanza de vida al nacer ascenderá de su valor actual 66 años a 79 años y medio, en 2030, y la mortalidad de niños menores de cinco años, que entre 2005 y 2010 fue de 26 niños por cada mil nacidos vivos, descenderá a un valor entre 15 y 23 niños en el mismo intervalo (ONU, 2011).

Describe a dos problemas actuales que merecen especial atención son: la desnutrición crónica en menores de cinco años y el embarazo adolescente. La desnutrición infantil, que hoy afecta a casi uno de cada cuatro niños menores de cinco años y causa una reducción irreversible en su rendimiento escolar y en su futuro rendimiento laboral, puede bajar sustancialmente mediante un conjunto integrado de políticas de fortificación y suplementación alimentaria, capacitación y, sobre todo, impulso a la soberanía alimentaria en los hogares rurales de la Sierra, donde el problema alcanza mayor intensidad. (Documento Buen Vivir Plan Nacional 2013 -2017)

El objetivo 1: “Consolidar el Estado democrático y la construcción del poder popular” trata que los servicios públicos dejen de ser simples prestaciones sociales para convertirse en medios para la garantía de derechos con una atención de calidad y calidez. El ejercicio de los derechos humanos y de la naturaleza es fundamental para la planificación nacional. La pobreza es la expresión de la desigualdad, un problema estructural del capitalismo. Por lo tanto, su erradicación implica la generación de políticas públicas que permitan una distribución más igualitaria de la riqueza. A través de la participación política, poder popular.

Objetivo 2: “Auspiciar la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social y territorial, en la diversidad”, es el reconocimiento igualitario de los derechos de todos los individuos, implica la consolidación de políticas de igualdad que eviten la exclusión y fomenten la convivencia social y política. El desafío que enmarca es avanzar hacia la igualdad plena en la diversidad, sin exclusión, para lograr una vida digna, con acceso a salud, educación, protección social, atención especializada y protección especial.

El Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social es el “conjunto articulado y coordinado de sistemas, instituciones, políticas, normas, programas y servicios que aseguran el ejercicio, garantía y exigibilidad de los derechos establecidos en la Constitución” (art. 340) y está articulado al Plan Nacional de Desarrollo y al Sistema Nacional Descentralizado de Planificación Participativa. Los principios que guían al sistema son los de universalidad, igualdad, equidad, progresividad, interculturalidad, solidaridad y no discriminación y funcionan bajo los criterios de calidad, eficiencia, eficacia, transparencia, responsabilidad y participación.

Se habla fuertemente sobre temas de género, discapacidades, ciclos de vida, movilidad humana, atención especializada, seguridad social, equidad, cohesión social.

El objetivo 3 habla sobre el “Mejorar la calidad de vida de la población”, se busca mejorar la calidad de vida se incluyen el acceso al agua y a la alimentación (art. 12), a vivir en un ambiente sano (art. 14), a un hábitat seguro y saludable, a una vivienda digna con independencia de la situación social y económica (art. 30), al ejercicio del derecho a la ciudad (art. 31) y a la salud (art.32).

La salud se plantea como un instrumento para alcanzar el Buen Vivir, mediante la profundización de esfuerzos en políticas de prevención y en la generación de un ambiente saludable. El logro más significativo alcanzado es la expansión considerable de la cobertura y la calidad en la salud pública. El personal promedio de salud por cada 10 mil habitantes ha subido de 37 a 50 médicos equivalentes entre 2001 y 2010 (Senplades, 2013b).

Se describe temas de salud intercultural, ocio, tiempo libre y deporte, hábitat y vivienda, asentamiento humano y uso de suelo, gestión de riesgo.

Entre las metas que plantea el Plan hasta el 2017 están:

- a. Disminuir la razón de mortalidad materna año base 2011, 70,4 por cada 100mil nacidos vivos a 50 por cada 100 mil nacidos vivos.
- b. Reducir la tasa de mortalidad infantil en 41, %
- c. Erradicar la desnutrición crónica en niños menores de 24 meses de 24% a 0%.

Objetivo 4 “Fortalecer las capacidades y potencialidades de la ciudadanía”, principal rol, tiene la educación no es un fin en sí mismo, es un proceso continuo y de interés público que integra todos los niveles de formación. El Sistema de Educación Superior (art. 350) está llamado a consolidar las capacidades y oportunidades de la población y a formar académica y profesionalmente a las personas bajo una visión científica y humanista, que incluye los saberes y las culturas de nuestro pueblo.

La Revolución del Conocimiento implica una revisión profunda de la calidad de la educación en todos sus niveles y de los factores que la componen, como el equipamiento, que, si bien no genera conocimiento per se, es condición para el acceso a los contenidos educativos.

A continuación se desarrollaran: a) los aspectos relacionados a la nutrición; b) los que tienen que ver con la educación inicial y básica y el bachillerato: escolaridad, rezago y repetición; c) los aspectos transversales: acceso, calidad, currículo, docencia y convivencia pacífica; d) la ciencia y tecnología; e) los deportes.

Hablar de nutrición es un factor relevante para el desarrollo cognitivo de los niños y niñas. Desde la etapa de gestación, la mala nutrición de la madre puede afectar de manera irreversible la capacidad mental de sus hijos. Cuando nacen con bajo peso no alcanzan su verdadero potencial de crecimiento. El déficit de micronutrientes daña de manera permanente el cerebro, lo que dificulta el buen rendimiento escolar a corto plazo, ya que se ven afectadas la capacidad de

concentración de los niños, su relación con el entorno, su actividad y su facilidad para aprender (Blanco y Umayahara, 2004).

La falta de nutrientes como yodo e hierro en la alimentación de infantes (0 a 3 años de edad) provoca una disfunción cognitiva. La etapa prenatal y los primeros años de vida son determinantes para el desarrollo físico, cognitivo y emocional. En los casos de niños y niñas con desnutrición, es importante el cuidado de la salud y la alimentación con complementos nutricionales, además de una adecuada estimulación psicosocial que pueda contrarrestar los danos causados por la desnutrición; los dos primeros años de vida son críticos para la recuperación del infante. (Tomado Plan Nacional Buen Vivir 2013-2017).

1.5. Código de la Niñez y Adolescencia del Ecuador

El código de la niñez está vigente desde junio del 2003, en su artículo 1, dispone la protección integral que el Estado, la sociedad y la familia deben garantizar a todos los niños, niñas y adolescentes que viven en el Ecuador, en efecto, regula el goce y ejercicio de los derechos, deberes y responsabilidades de los niños, niñas y adolescentes y los medios para hacerlos efectivos, garantizarlos y protegerlos, conforme al principio del interés superior de la niñez y adolescencia y a la doctrina de protección integral.

La descripción en el libro 1 sobre los derechos de supervivencia, artículo 20 menciona el derecho a la vida para los seres humanos, desde la concepción y la protección prenatal es esencial, en el artículo 23 extiende la concepción hasta los 90 primeros días después del parto, enfatiza la lactancia materna para asegurar el vínculo afectivo con su madre, adecuada nutrición, crecimiento y desarrollo.

El artículo 26, describe el derecho a una vida digna, relacionado con el Sumak Kausay de la constitución de la república, en donde los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a una vida digna, que les permita disfrutar de las condiciones socioeconómicas necesarias para su desarrollo integral. Inclusive la alimentación nutritiva, equilibrada y suficiente, recreación y juego, acceso a los servicios de salud, a

educación de calidad, vestuario adecuado, vivienda segura, higiénica y dotada de los servicios básicos.

Es primordial detallar la información del artículo 27, derecho a la salud en la que los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, psicológica y sexual. Entre ellos el acceso gratuito a los programas y acciones de salud públicos, a una nutrición adecuada y a un medio ambiente saludable.

Tiene la posibilidad de fomentar las iniciativas necesarias para ampliar la cobertura y calidad de los servicios de salud, particularmente la atención primaria de salud; y adoptará las medidas apropiadas para combatir la mortalidad materna infantil, la desnutrición infantil y las enfermedades que afectan a la población infantil.

1.6. Sistema nacional descentralizado de Protección Integral de la niñez y adolescencia

El Sistema Nacional descentralizado de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia es un conjunto articulado y coordinado de organismos, entidades y servicios públicos privados, que definen, ejecutan, controlan y evalúan las políticas, programas y acciones con el propósito de garantizar la protección integral de la niñez y adolescencia define medidas, procedimientos, sanciones, y recursos en todos los ámbitos para asegurar la vigilancia, ejercicio, exigibilidad y restitución de los derechos de los niños, niñas y adolescentes establecidos en el código, la constitución de la república y los instrumentos jurídicos internacionales. (Artículo 190 del código de la niñez y adolescencia).

El sistema nacional descentralizado se articula en la constitución en el Art. 341.- El Estado generará las condiciones para la protección integral de sus habitantes a lo largo de sus vidas, que aseguren los derechos y principios reconocidos en la Constitución, en particular la igualdad en la diversidad y la no discriminación, y priorizará su acción hacia aquellos grupos que requieran consideración especial por la persistencia de desigualdades, exclusión, discriminación o violencia, o en virtud de

su condición etaria, de salud o de discapacidad. (Wilber Laime, 2013, pág. 79, 80, 81, 82).

La protección integral funcionará a través de sistemas especializados, de acuerdo con la ley. Los sistemas especializados se guiarán por sus principios específicos y los del sistema nacional de inclusión y equidad social.

El sistema nacional descentralizado de protección integral de la niñez y la adolescencia será el encargado de asegurar el ejercicio de los derechos de niñas, niños y adolescentes. Serán parte del sistema las instituciones públicas, privadas y comunitarias.

El sistema a nivel cantonal tiene a cargo la promulgación de ordenanzas locales, que es la máxima ley en la jurisdicción territorial, es esta la que regula, da coherencia y define como operara el sistema a nivel cantonal, de acuerdo a lo estipulado por el código de la niñez y adolescencia. La ordenanza deberá tomar en cuenta la realidad para definir los mecanismos de organización y articulación del sistema (CNNA, www.cnna.gob.ec).

CAPITULO 2

DESCRIPCION DE LA DESNUTRICION EN EL ECUADOR

Para el año 2006, se estimaba, en base a los datos obtenidos en la encuesta de condiciones de vida (ECV), que el 26% de los niños menores de cinco años padecía de desnutrición crónica, es decir que cerca de 371.856 niños presentaban una baja talla para su edad. Al desglosar esta tasa por zona urbana y rural, se encontró que el 19% de los desnutridos se ubica en la zona urbana, mientras el 36% está en la zona rural.

Sobre las anemias nutricionales, la única información existente en el ámbito nacional, es la encuesta DANS (Freire et a., 1988), que reportó que el 22% de los niños menores de cinco años sufría de anemia por falta de hierro. Cuando el análisis se realizó por grupos de edad, se observó que la mayor prevalencia de anemia se dio entre los niños de seis y doce meses, con tasas del 70%, y entre los niños de 12 y 24 meses, con prevalencia del 46%, períodos que coinciden con una mayor demanda de hierro por kilo de peso en los niños. En ese estudio, también se encontró que los niños más afectados fueron aquellos que viven en el área rural de la sierra. (Freire W, Páez R., Darquéa L. y Molina E)

Retardo en talla

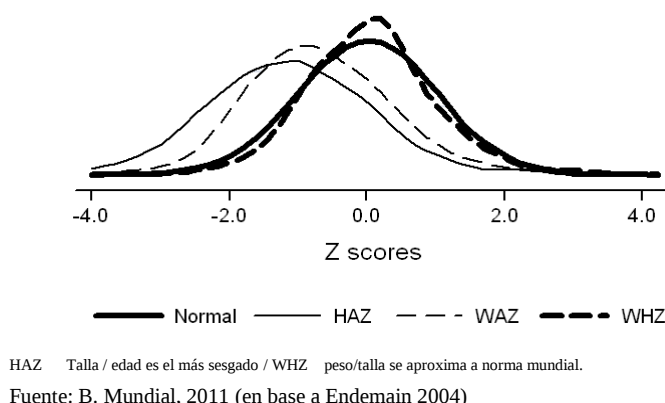
La medición de Talla para la edad refleja el patrón de crecimiento en forma longitudinal en los niños y niñas, siendo un indicador de efectos acumulativos. En referencia por debajo del valor límite de -2Desviaciones Estándar (DE).

Para el año 2006, se estimaba, en base a los datos obtenidos en la encuesta de condiciones de vida, que el 26% de los niños menores de cinco años padecía de desnutrición crónica, expresada en un retardo del crecimiento lineal.

Al desglosar esta tasa por zona urbana y rural, se encontró que el 19% de los desnutridos se ubica en la zona urbana, mientras el 36% está en la zona rural.

Cuando observamos la distribución de los índices de puntaje Z, de peso para la edad, talla para la edad y peso para la talla, de estos niños, se ve que el retardo en talla es el problema de mayor magnitud y que su dimensión hace que la distribución de los puntajes z de talla para la edad se desplace hacia la izquierda, en más de 1 desviación estándar, como se puede observar en el gráfico 1.

Gráfico 1. Problema principal: deficiencia del crecimiento lineal

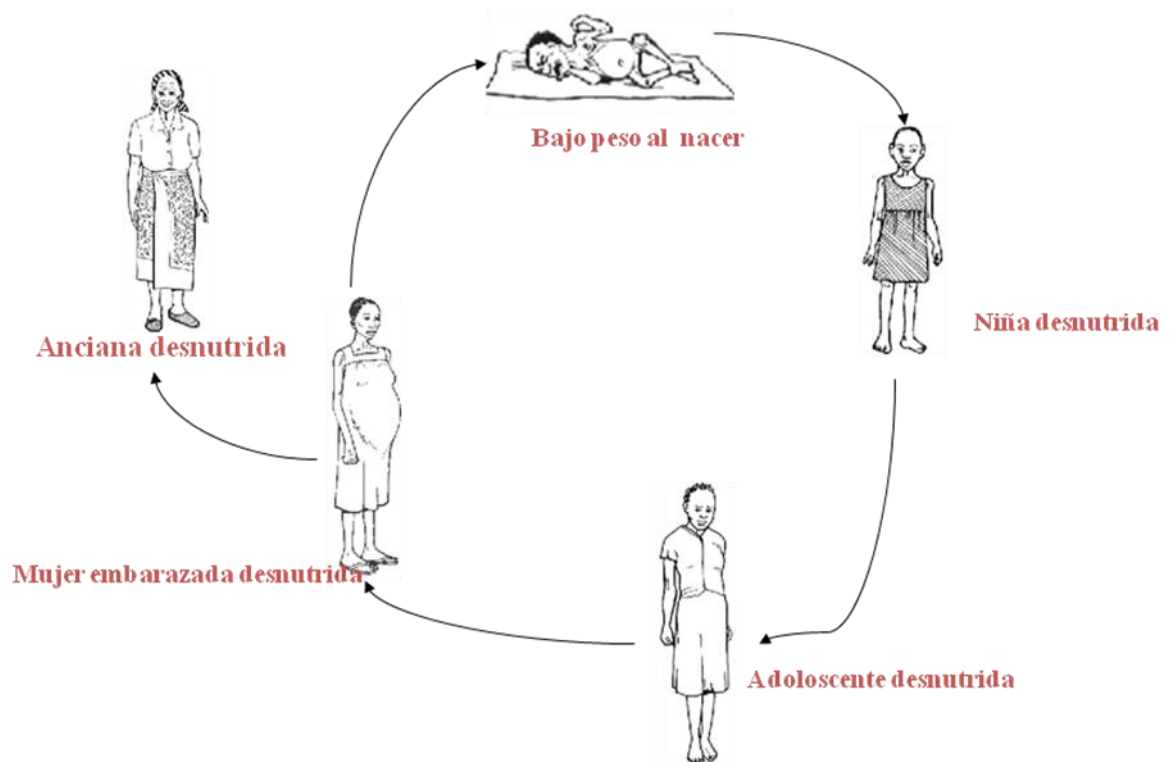


Esta nos indica claramente que los niños de nuestro país no han alcanzado su crecimiento real y es un efecto de la desnutrición por déficit alimentos en la ingesta de la familia.

Madre en etapa de gestación

Otro factor determinante para comprender que la desnutrición crónica, que se observa en los niños y niñas, es el de analizar la etapa de gestación y/o el período fetal, es decir cuando la madre está en el embarazo y su estado nutricional no es el adecuado teniendo déficit y su incremento de peso es inadecuado durante esta etapa. (Hipótesis de Baker 1999).

Según la OPS/OMS, 2003, la tasa más alta de desnutrición aparece alrededor de los 24 meses, siendo esta evidente cuando al recién nacido no accede a la leche materna en la primera hora después del nacimiento, y cuando la lactancia exclusiva se reduce a menos de seis meses, sustituyéndola con otras leches, que pueden estar diluidas o contaminadas, y se consolida cuando el bebé empieza a consumir otros alimentos en cantidades y variedad inadecuadas.



Circulo y/o ciclo de la desnutrición que se evidencia en la mujer gestante y en el niño con bajo peso al a nacer.

Anemia por déficit de hierro y otros micronutrientes

Anemia es la disminución de la hemoglobina, ocurre porque algo impide su formación, aumenta su destrucción o se altera el número de glóbulos rojos circulando en la sangre. Se considera como anemia, en niños menores de 5 años, un valor de hb sérica menor a 11 gm % (o gm/dl). Equivalente un valor de hematocrito menor de 33%.

En los niños y niñas menores de 6 a 59 meses, como también en el ámbito escolar y mujeres en edad gestacional es muy importante la ingesta de hierro, como esta es deficiente es la primera causa de la anemia (WHO/FAO 2006), siendo los grupos etareos descritos anteriormente los más afectados por sus requerimientos nutricionales no pueden cumplir con lo requerido para crecer. Es decir que la anemia por falta de hierro en los niños pequeños se debe a que la dieta familiar no alcanza a cubrir sus demandas.

Según el DANS de 1988 la mayor prevalencia de anemia se dio entre los niños de seis y doce meses, con tasas del 70%, y entre los niños de 12 y 24 meses, con prevalencia del 46%, períodos que coinciden con una mayor demanda de hierro por kilo de peso en los niños, siendo más evidente que los niños más afectados fueron aquellos que viven en el área rural de la sierra. (Única información existente en el ámbito nacional, es la encuesta DANS Freire *et al*, 1988).

El 22% de los niños menores de cinco años sufre de anemia por falta de hierro, estimación que se hizo a partir del estudio de los niveles de hemoglobina.

La vitamina A está presente en los alimentos de origen animal en forma de Vitamina A pre-formada y se llama retinol y es almacenado en el hígado, siendo también depositado en pulmones, riñones y grasa corporal, mientras que en los vegetales aparece como provitamina A conocida como carotenos o carotenoides, y el más reconocido es el beta caroteno que lo encontramos en frutas y hortalizas de color rojo, amarillo y/o también verdes oscuros (V.M.Bolivia; pág 6,7)

Este micronutriente es esencial para los niños de 6 a 59 meses juega un papel fundamental en la visión, crecimiento de los huesos, reproducción, división celular y diferenciación celular, en donde las células vienen a formar parte del cerebro, músculo, pulmones, sangre, y otros tejidos especializados. La vitamina A ayuda a regular el sistema inmune, con lo cual se previenen las infecciones, por la producción de células blancas que destruyen las bacterias y los virus.

Bajo peso y bajo peso al nacer

La prevalencia del bajo peso para la edad se la llama desnutrición Global es una pérdida de peso acompañada de carencias de micro elementos, esta es por la ingesta disminuida de los nutrientes. En nuestro País alcanza un 12 % de los niños menores de 5 años. Este se evidencia más en poblaciones con extrema pobreza (familias que viven con 1 dólar/ día).

El bajo peso al nacer en los niños y niñas hace que tengan una mayor probabilidad de enfermarse, como también limita su actividad física o

intelectualmente que aquellos que nacen con un peso normal, para poder explicar esta se la ha asociado con el grado de alfabetismo de la madre, enfermedades recurrentes y desnutrición, se lo toma como un indicador indirecto de la situación nutricional de la madre durante el embarazo.

La anemia por falta de hierro en los niños pequeños se debe a que la dieta no alcanza a cubrir sus demandas. Esta situación es aún más grave en el caso de los niños prematuros, porque sus depósitos de hierro al nacer están disminuidos y, por lo tanto, sus requerimientos son mayores (Olivares G. y T. Walter. “Consequences of Iron Deficiency”).

Inocuidad de alimentos y cambio de comportamientos

En el Ecuador todavía se habla de la Prevención de Enfermedades Prevalentes de la Infancia, y ante una de ellas son los episodios de EDA, están son producidas por un problema de control sanitario ya que los alimentos que se consumen están contaminados por bacterias, por otro lado los alimentos son contaminados por plaguicidas, fungicidas, etc. que provocan una contaminación con riesgos potenciales en contra de la salud.

El perfil epidemiológico de la nutrición en el Ecuador demuestra que la desnutrición crónica, global y déficit de micronutrientes está presente y que su prevalencia ha disminuido en estos años, pero no como se ha esperado para cumplir con Objetivos del Milenio, asumidos por el Estado. (ODM).

Que en el entorno donde se desarrollan los niños menores 59 meses hay una esencia de enfermedades infecciosas; con el consiguiente incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas, relacionadas con la mala nutrición.

La desnutrición y mal nutrición es mayor entre la población indígena del área rural y enfermedades crónicas empiezan a convertirse en problema de salud de los pobres. Y que han afectado a los grupos socioeconómicos que presentan niveles altos de desnutrición, denominados en los estándares de quintil 1 y 2 quienes no acceden a alimentos inocuos y viven con apenas 1usd por día.

Que la mujer en estado de gestión y principalmente adolescente debe ser cuidada y debe tener normas de prevención para evitar en el nuevo ser una desnutrición crónica como global, esta intervención es de forma integral.

Debemos buscar con las madres como primera fuente de cuidado del niño menor de 5 años que se mejore su alimentación, sin olvidar que el hombre debe tener un cambio (nuevas masculinidades) para garantizar el adecuado desarrollo de sus hijos e hijas.

Entre ellos tenemos:

- Mejorar y fortalecer los conocimientos de las familias en temas de alimentación y nutrición.
- Recuperar las experiencias exitosas de las madres, familias, comunidades frente a la alimentación y nutrición, con apoyo de técnicos especializados.
- Articular las actividades de nutrición del Estado como garante de derecho.
- Mejorar la calidad de la práctica de investigación que lo puedan desarrollar las mismas comunidades y sistematizar sus experiencias en relación a su vida y entorno.

2.1. Intervenciones para reducción de la desnutrición

En el Ecuador desde la década de los años 80 se trató de establecer programas que tengan la intención de erradicar las enfermedades e infecciones prevalentes de la infancia y de hecho la desnutrición.

Para este tiempo el proyecto estatal se basa en el Operación Rescate Infantil (ORI), a través de una campaña muy fuerte en medios de comunicación, establecen normativas para la inmunización de los niños y niñas menores de cinco años, la dotación de algunos alimentos como papilla y la campaña a favor de la lactancia materna e inmunización, va estableciendo algunos ítems de atención en la salud pública, pero lastimosamente el país no evidencia todavía, el cumplimiento de un derecho que corresponde a los niños y a la familia, es un proceso netamente de atención clientelar o en el mejor de los casos de prestación de servicios públicos.

Los ciudadanos no realizan ninguna demanda por mejorar los servicios de salud de índole público, su rol es netamente de acoger un servicio que brinda el estado, sin calidad ni calidez en la atención.

Para la década de los 90 e inicios del nuevo siglo, el Ecuador con apoyo de las organizaciones de cooperación y organismos de desarrollo, fomentan algunas estrategias para mejorar el estado de salud de la población en general, la difusión del programa AIEPI atención integral de enfermedades prevalentes del infante, busca prevenir las enfermedades diarreicas agudas, infecciones respiratorias, desnutrición, aumentar las coberturas de inmunización como mejorar el factor protector que es el relacionamiento entre la familia y el niño / niña.

Para los inicios del nuevo siglo (2002-2007) el Programa Aliméntate Ecuador (PAE), lanza su campaña de Papilla y bebida, que está dirigida a los niños mayores de 12 meses y mujeres embarazadas, suplementos alimenticios que el gobierno brinda para mejorar el estado de salud y nutrición. Se proporciona desayuno y almuerzo en las escuelas, por lo que se trata de cumplir con el derecho a una adecuada alimentación, nutrición y sobre todo trata de romper el círculo de la desnutrición desde la gestación.

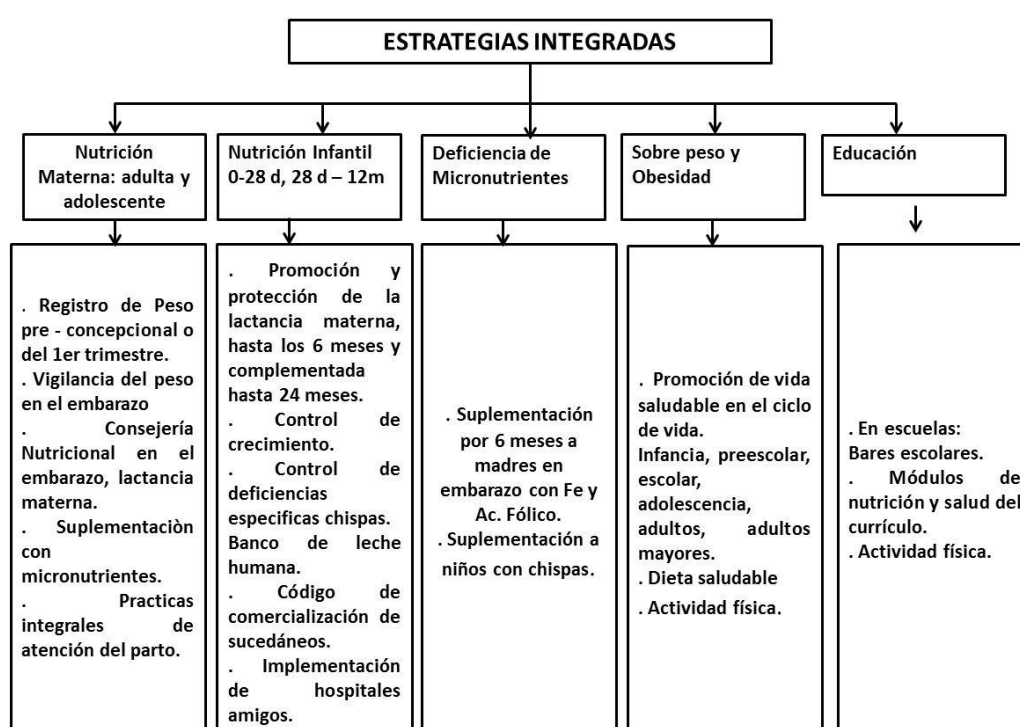
Los ciudadanos hacen uso de la exigibilidad de los derechos para que el estado cumpla con las normativas establecidas en tema de salud, así se ratifica el aportar al cumplimiento de los objetivos del milenio 1, 4 y 5 de forma especial.

Para el 2009 el estado ecuatoriano lanza un proyecto denominado Intervención Nacional Integral Territorial (INTI), que posteriormente cambiara su nombre a estrategia “hacia la desnutrición cero” establecido como eje del Programa Acción - Nutrición, desarrollado por el Ministerio de Salud Pública y coordinado en forma total por el Ministerio de Coordinador de Desarrollo Social.

El objetivo es eliminar la desnutrición de los recién nacidos hasta el año de vida, en las 303 parroquias seleccionadas, según el Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social, equivalentes a las parroquias más pobres del país, se tiene como

base la atención a la mujer durante todo el embarazo, desde el primer mes y al niño desde el momento que nace hasta el año de vida.

Un fin de la estrategia acción nutrición, es el incremento de las coberturas en de atención en salud, con el apoyo de un incentivo monetario para garantizar que la madre acuda al control prenatal, reciba la atención adecuada en el momento del parto y posparto y se asegure el control del niño hasta el año de vida. (Estrategia Nacional Integral Acción Nutrición, MSP 2011)



Tomado de la Estrategia que desarrolla el Ministerio de salud Pública en relación a “Hacia la Desnutrición Cero”
Elaboración: MSP-Ecuador

Los resultados de esta estrategia es el cumplimiento de los derechos de forma integral, reducir la desnutrición infantil desde su concepción, pero sobre todo busca un cambio en la calidad y calidez del servicio a nivel nacional. Proceso que se lo evidencia en el Plan Nacional del Buen Vivir 2013 – 2017.

2.2. Intervención a nivel de la Provincia de Chimborazo en tema de la desnutrición

Las últimas estimaciones de pobreza realizadas por el INEC y el SIISE, que utilizan como base de datos a la serie encuestas de condiciones de vida, los cantones en los que la situación de la pobreza por necesidades básicas insatisfechas (NBI) es más grave son: Río Verde y Eloy Alfaro (Esmeraldas), Taisha y Huamboya (Morona), Guamote y Colta (Chimborazo), Urbina Jado y Colimes (Guayas), Loreto (Orellana), Putumayo (Sucumbíos), Olmedo, 24 de Mayo y Pichincha (Manabí), entre otras.

En la siguiente tabla se presentan los resultados de las estimaciones del SIISE /INEC, en donde se visualiza que la provincia de Chimborazo alcanza un 54 % de pobreza, lo que permite visualizar que los derechos no han sido cumplidos y que los grupos prioritarios no han sido atendidos con los programas respectivos.

INCIDENCIA DE LA POBREZA Y EXTREMA POBREZA DE CONSUMO POR PROVINCIA		
PROVINCIA	EXTREMA	POBREZA
Bolívar	60,62	32,31
Amazonia	59,76	39,61
Carchi	54,59	24,73
CHIMBORAZO	54,09	28,76
Manabí	53,23	18,69
Esmeraldas	49,75	21,25
Los Ríos	49,09	12,61
Cotopaxi	47,93	21,66
Loja	47,16	19,90
Imbabura	43,69	19,81
Cañar	39,73	13,13
Tungurahua	36,20	10,19
Guayas	34,77	7,34
El Oro	28,07	5,13
Azuay	26,62	7,03
Pichincha	22,42	5,13
NACIONAL	38,28	12,8

Fuente: SIISE-INEC, con base en ECV 2005-2006. INEC / Elaboración: UNICEF-Ecuador

La pobreza entre quienes se identifican como indígenas y afro - ecuatorianos está por encima de la media nacional y es del 68% y 43% respectivamente. Por otro lado el indicador de desnutrición crónica en los menores de cinco años es el más

empleado comúnmente para evidenciar problemas nutricionales, ya que reporta carencias nutricionales acumuladas durante los primeros años de vida y que dependiendo de su agresividad, tiene efectos permanentes de largo plazo en la persona, disminuyendo su calidad de vida y de desarrollo.

En la provincia de Chimborazo, hablamos ahora de problemas por mal – nutrición, si el retardo en talla para la edad es el principal problema, existen otras características relacionadas con deficiencias nutricionales, como insuficiencias en micro nutrientes, en especial la deficiencia de hierro, zinc y vitamina A y, nuevas amenazas como el sobrepeso y la obesidad en la población infantil.

La deficiente educación alimentaria y nutricional en los hogares y a las madres, con niños / niñas menores de 5 años, que son quienes tienen a cargo el preparar los alimentos, abastecimiento han contribuido a tener niños mal nutridos, si añadimos la escasa diversificación productiva local, profundiza el problema nutricional se hace evidente las consecuencias de la pobreza.

Cuadro situación de Pobreza a nivel Nacional.

Provincia	NNA entre 5 y 17 años que trabajan y no estudian	NN menores de 5 años con desnutrición crónica	# de personas de 19 o menos años sin acceso a agua entubada por red pública en el hogar	# de personas de 19 o menos años sin acceso a un sistema adecuado de eliminación de excretas en el hogar
Azuay	6,613	23,412	84,138	38,531
Bolívar	925	10,860	47,990	33,973
Cañar	2,406	7,870	57,097	25,099
Carchi	1,535	4,753	19,003	14,612
Cotopaxi	3,707	19,282	89,700	63,185
Chimborazo	2,357	27,100	95,884	68,692
El Oro	3,593	8,988	32,529	24,365
Esmeraldas	3,681	10,354	84,190	66,208
Guayas	17,914	65,375	396,128	164,905

Fuente: SIISE en base a la Encuesta de Condiciones de Vida 2006, Elaboración: UNICEF-Ecuador

En Chimborazo encontramos familias en los quintiles 1 y 2 de extrema pobreza, según el Ministerio de Coordinación Desarrollo Social (MCDS 2010), indica que los niños y niñas indígenas menores de 5 años tienen una prevalencia de 50% de desnutrición crónica, el doble que el indicador nacional.

La localización a nivel provincial de los niños/niñas que presentaron desnutrición crónica en el 2006 es la siguiente:

Prevalencia niños / niñas menores de 5 años con Desnutrición Crónica

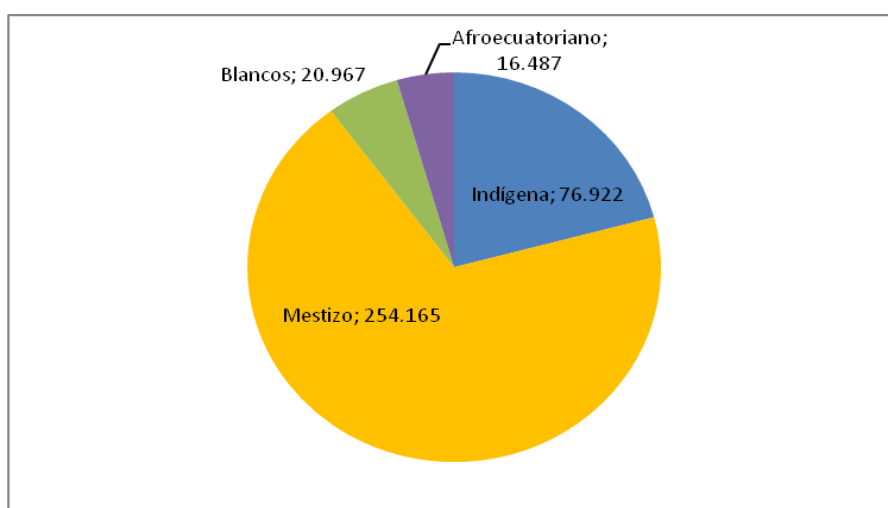
Provincia	Prevalencia (%)	Contribución (%)	NN con Desnutrición Crónica	NN total
Azuay	36.7	6.4	23,412	63,878
Bolívar	47.9	2.9	10,860	22,669
Cañar	34.9	2.1	7,870	22,521
Carchi	31	1.3	4,753	15,355
Cotopaxi	42.6	5.2	19,282	45,237
Chimborazo	52.6	7.4	27,100	51,492
El Oro	15.2	2.4	8,988	59,076
Esmeraldas	19.2	2.8	10,354	54,019
Guayas	16.8	17.7	65,375	389,318
Imbabura	40.2	4.4	16,326	40,639
Loja	34.7	4.2	15,309	44,091
Los Ríos	21.5	5.0	18,326	85,167
Manabí	24.7	9.6	35,367	142,971
Pichincha	22.5	15.8	58,203	258,757
Tungurahua	34.9	4.3	15,950	45,721
Amazonía	35.2	8.4	31,064	88,345
TOTAL	25.8	100	368,539	1,429,256

Fuente: SIISE en base a la Encuesta de Condiciones de Vida 2006

Elaboración: UNICEF-Ecuador

Las provincias de Bolívar, Cotopaxi, Chimborazo e Imbabura, son provincias con alta concentración indígena, es decir, 1 de cada 5 niños desnutridos en el Ecuador está ubicado en estas provincias.

Etnicidad de los niños y niñas que presentan baja talla para la edad en el 2006



Fuente: SIISE en base a la Encuesta de Condiciones de Vida 2006

Elaboración: UNICEF-Ecuador

La situación es alarmante en el tema de nutrición, la niñez indígena-mestiza está en una situación de alta prevalencia de la baja talla para la edad. La diversidad de la niñez en el Ecuador evidencia la necesidad de programas sociales y nacionales, en el marco de políticas públicas que garanticen la Protección Integral y que deben ser adaptados a la realidad territorial y cultural, además, que brinden calidad y calidez.

CAPITULO 3

IMAGINARIOS Y ACCIONES EN SALUD Y DERECHOS

Estudio de Campo

En armonía con los objetivos de la presente tesis, así como con el marco general descrito en los capítulos anteriores, se emprendió en un estudio de campo situado en dos comunidades de la provincia de Chimborazo, orientado a obtener percepciones y opiniones de quienes integran las familias que viven en la zona y que tienen situaciones de nutrición, inseguridad alimentaria en las cuales no necesariamente se aprecia la vigencia de derechos fundamentales.

En el presente estudio, no solo trata de evidenciar los puntos de corte para conocer el número de niños / niñas desnutridas, trata de evidenciar el pensar y sentir de las madres, padres y de las familias, frente a este tema de salud, su interpretación frente al tema de la desnutrición, alimentación y desarrollo integral en el marco de la garantía de derechos, el estudio realizado a niños y niñas menores de 5 años y sus familias en las comunidades de Galte y Utucum del Cantón Guamote de la provincia de Chimborazo en Ecuador.

El estudio se realizó con 80 niños y niñas menores de 5 años y sus familias, en algunos casos se detectaron bajo peso y bajo peso severo (desnutrición), también se identificaron algunos casos u episodios de diarrea y/o neumonía, enfermedades que corresponde a las prevalentes de la infancia.

En el ámbito social hablar del tema salud, es la búsqueda de fortalecer lazos entre las familias, comunidad, ya que desde ellos existen conocimientos que parten de las percepciones del que evidencia esa su realidad, es decir para una persona el concepto de salud, niño, familia puede tener varias representaciones simbólicas que dependen de la experiencia y la práctica de quien lo emite.

Los imaginarios que se crean a partir de la temática salud, nutrición, alimentación, permiten la construcción de una realidad, ya que tiene muchos

significados para la persona que lo emite. El punto de vista de una realidad entonces varía dependiendo del sujeto.

Para la creación de estos imaginarios la cultura tiene un efecto directo, que posteriormente en la sociedad provoca un análisis de conceptos que son transmitidos de generación en generación a través de un medio oral y al pasar el tiempo este conocimiento se lo aplica en la generación establecida.

Desde esta experiencia que brinda un nuevo conocimiento, buscamos entender a los niños, niñas que por diversas causas tienen algún grado de desnutrición, creando prejuicios sobre el cuidado más que en las causas directas por la que se encuentran en situación de vulnerabilidad de sus derechos, la vinculación familiar y también social, alcanza un nivel consciente e inconsciente actitudes, pensamientos, sentimientos y formas de actuar, lo que evidencia que somos productos de una relación de orden social, cultural, económico.

El orden social referido inicia con la familia y la comunidad, que es el lugar donde se producen las vivencias diarias y a la vez producen emociones que con llevan a tener aprendizajes frente a los eventos. Las relaciones que nacen son establecidas en relación con el entorno (unidades de salud) en atención de sus hijos.

La relación física, psicológica e intelectual de contacto con personas más afectivas al entorno del niño, según John Bowlby, dice que ayuda a la “Existencia de una intensa relación causal entre las experiencias de un individuo con sus padres y su posterior capacidad para establecer vínculos”. “Todo el que carezca de una base de confianza en un vínculo sólido se sentirá desarraigado e intensamente solo, a lo largo de su vida” (Burruelo, J y Arjona, 2002, número 15)

Desde este punto decimos que las personas, familias, viven en comunidades que son atendidas en su salud, carecen de un vínculo al hablar de la relación que existe entre salud y derecho, ya que ven la salud como el cuidado solo corporal y/u de órganos, sin analizar todos los proceso de desarrollo físico, cognoscitivo, emocional del niño o niña, una adecuada atención con calidad y calidez en la primera infancia ayuda a definir un adecuado y optimo crecimiento.

Todavía se evidencia que aún no se entiende en forma integral la salud, nutrición, alimentación, cuidado, en el niño y niña menor de 5 años, lo que ha producido en las familias y en la sociedad la aceptación del maltrato por parte de los prestadores de servicios.

Debemos concientizarnos que la primera infancia es la etapa fundamental para establecer un sentido de pertenencia en la temática de salud, así lograremos establecer los vínculos necesarios con calidad y calidez. Esto puede ser los principios, valores que posteriormente protegen a las personas con dignidad, respetando su integralidad llegando a satisfacer sus necesidades.

El encontrar una armonía física y mental, sin discrimen de ninguna clase, social, política, creencia, etc. ayudará a las personas a tener una óptima salud, para que los niños y niñas se desarrollen en un ambiente saludable.

Se evidencia como los derechos ayudan y orientan la convivencia - armonía humana, los principios de libertad e igualdad, son la base en la actualidad para no vulnerar a las personas.

Para formar al niño / niña los adultos recogen y asumen modelos familiares, sociales, en la que establecen roles y funciones, específicos para niños, y otras solo para niñas y/o viceversa, sometiendo también las subjetividades que imponen los adultos, muchas de las ocasiones el reflejo de lo que quisieron ser y no lo lograron.

Los adultos son quienes influyen en los niños y niñas para dar significados de vida, la influencia de la sociedad es marcada en cualquier etapa de la vida de cada uno de los individuos, pero muchas de las ocasiones son elementos no visibles o de forma inconsciente.

El estudio también da lugar a una reflexión en el sentido de que existe una diferencia en la prestación de servicios de salud, y por consiguiente en la atención de la nutrición, entre los niños y niñas de la zona rural, en relación con la que se ofrece a los que viven en la ciudad. A aquellos se los examina eventualmente y sin

un seguimiento, mientras que a éstos se los trata con mayor sostenimiento del servicio, es decir con mayor cuidado.

La mirada adultocéntrica tiene el afán de brindar un espacio de afecto sobreprotector principalmente para los niños y niñas, siendo el afecto un campo destinado a establecer por parte de la mujer, mientras que el hombre no desarrolla este espacio por motivos sociales.

En las zonas rurales la mayoría de ocasiones no se ha logrado desarrollar hacia los niños una mirada integral de atención, lo que puede perjudicar en la vida posterior a desarrollar responsabilidades en su salud corporal, emocional y sexual, con principios y valores para aceptar y sobrellevar los cambios en su vida, la experiencias, los imaginarios son vitales para la toma de decisiones.

3.1. Experiencia familiar en los servicios de salud

Si entendemos a la salud y nutrición como una parte del “Sumak Kausay”, estaríamos atacando de forma directa los factores que ponen en riesgo a los sujetos sociales de padecer cualquier tipo de enfermedades, sean estas corporales, espirituales, psicológicas o sociales.

El modelo de gestión de la salud, se desenvuelve en un contexto donde las enfermedades son provocadas por la pobreza, y co-existen con aquellas propias de los países, por tal motivo la prestación de servicios médicos, hospitalarios tienen un modelo de asistencia curativa, lo que ha determinado una participación casi inexistente por parte de la ciudadanía.

Se debe instaurar rápidamente el modelo de atención integral de salud, la que permite la participación de la ciudadanía, respetando a la comunidad y su territorio, como elemento indispensable de los procesos de organización y planificación, por cuanto en él, se desarrolla los comportamientos e interacciones de los diversos grupos humanos.

En este contexto y ante la exigencia ciudadana de ser parte activa del ejercicio de los derechos, se hace imprescindible, establecer de manera urgente mecanismos que vinculen a los actores sociales con las dinámicas de la gerencia institucional de la salud.

La descripción de las familias del sector de Guamote - Chimborazo, son familias enmarcadas en los quintiles 1 y 2, es una zona predominante con población indígena, los hábitos de alimentación y nutrición han sido modificados por factores externos a ellos, entre los que podemos mencionar esta la influencia de los medios de comunicación y la facilidad de ingreso de varias empresas internacionales que difunde su producto en forma de redes.

Las familias por la lejanía desde sus domicilios a los servicios más cercano de salud, no acceden de una manera permanente, es decir la familia todavía permanece en su casa si su hijo o hija menor de 5 años tienen alguna afectación en su salud prefieren ser tratados con la asistencia de una comadrona, partera o yachag de la comunidad.

La difusión de los programas que brindan las unidades operativas de salud, todavía es muy bajo, por lo que, el Ministerio de Salud debe acercarse más a la comunidad, en la temática identifican más a instituciones privadas locales entre las que constan las ONG, como los agentes de cambio y de atención, las unidades operativas se unen y crean alianzas para aumentar coberturas y son en estos eventos en los que se ha logrado muchas de las ocasiones la identificación de casos de malnutrición en los niños, y niñas.

Los equipos del Ministerio de Salud Pública a través de los técnicos de atención primaria denominados TAPS, acuden y realizan visitas domiciliarias, en los que logran identificar a grupos prioritarios de atención, como mujeres embarazadas, niños menores a un año, personas con discapacidad, etc., lastimosamente el número de personeros es muy bajo, lo que no permite el acceso a las comunidades de una forma más periódica y continua.

Las familias han desarrollado un cierto temor hacia el servicio debido a que no se encuentran en muchas ocasiones a los profesionales que brindan la atención,

como también mencionan mucho el trato que reciben por parte de algunos servidores públicos del sistema de salud.

3.2. Concepción sobre salud y derechos

El análisis de la concepción sobre los temas de salud y nutrición, han sido realizados a través de entrevistas a delegados de los centros de cuidado infantil y representantes de instituciones locales, este tema trata de identificar algunas características que describen a la salud como más cercana a la población.

Según Pêcheux (1969), supone de parte del emisor una anticipación de las representaciones del receptor, imagen anticipada en la cual basa sus estrategias discursivas. El sujeto interpretante, a su vez, se forja imágenes sobre sí mismo y sobre el emisor, y estas imágenes orientan su proceso interpretativo. Este es el proceso que por lo general se genera en el servicio de salud que se brinda en el sistema.

En su lenguaje, el sujeto enunciador construye y pone en escena, una imagen de tema de referencia que es salud, construye discursivamente una representación del mundo frente al tema:

Cuidadores de niños / niñas (CIBV).- la representación del cuidado en este grupo se da por el género femenino, aunque la sorpresa es que en algunos de los centros se encuentran hombres en la labor de cuidado y alimentación de los niños menores de 5 años.

Los cuidadores indican que los niños y niñas van a los centros porque los padres tienen que ir a trabajar y que la salud lo cuidan, porque es un estándar de los técnicos del MIES, no se evidencia un análisis mayoritario sobre el porqué es esencial el cuidado de los niños, indican que la salud les brindan con la alimentación y cuidándoles todos los días, pero cuando el niño regresa a su casa, no es lo mismo ya que los padres y madres no les limpian ni les cuidan como es debido.

Hacen un cumplimiento de funciones y roles por una remuneración económica, más no por el cumplimiento y promoción al ejercicio de un derecho que corresponde a los niños y niñas menores de 5 años y, que tenemos los adultos que cumplir con la responsabilidad de las familias.

Funcionarios de Salud.- los funcionarios que están en las unidades operativas de salud, indican que el tratar en temas de salud con las familias y comunidades, forman parte de su identidad profesional en trabajo social y, que es continua; su relación lo realizan entre el conocimiento adquirido en el sistema educativo formal y el conocimiento que van acogiendo en el campo con la atención, nos indican que la salud para el mundo indígena es la armonía con la naturaleza, con el entorno, con su “pacha mama”, mientras que en lo occidental es otra connotación.

Indican que el hablar de salud es realizar una atención de calidad para las familias, como representantes del Estado y su gestión profesional es siempre más fuerte si se tiene contacto directo con las familias, lo que permite conocer su desarrollo; cuando existe mayor tiempo de interacción en equipos de salud, existe mayor conocimiento de la zona de intervención, se presentan más argumentos y apreciaciones positivas.

Las familias u usuarios se molestan, cuando no nos encuentran en las unidades operativas, debido a que también tenemos a nuestro cargo la atención extra mural, lo que se puede mejorar con una planificación conjunta con los técnicos de atención primaria, que son quienes están en relación directa con las familias y comunidades.

Líderes.- la opinión de ancianos, líderes / lideresas comunitarios, agentes comunitarios de salud, son quienes concuerdan en que los niños y niñas menores de 5 años son los más activos pero también son los de mayor cuidado.

Lo importante dicen es que este sanito, aunque los servicios no son bien atendidos y que eso molesta a mucha gente, algunos funcionarios de salud, los ven todavía como ignorantes y a nuestros hijos como animalitos.

En la zonas rurales no hay trabajo por lo que los padres se dirigen a las grandes ciudades a laborar, las mujeres quedan a cargo de la salud de los niños y niñas, en momentos de enfermedad muchas de las ocasiones esperan que el hombre regrese a casa para que ellos tomen la decisión de “hacer ver” o no al niños con un profesional de la salud.

Algunos médicos tienen como prioridad su medicina occidental antes que nuestra creencia, es por eso que primero visitamos a la yachag cuando estamos enfermos, para los ancianos la salud es la armonía, que se representa en 3 partes, que nos dan a conocer:

- ANAN PACHA que tiene relación con mental e identidad.
- CAI PACHA que tiene relación con las necesidades biológicas.
- UCU/URI PACHA que tiene relación con los deseos y emociones.

Cuando hay un equilibrio entre estos 3 elementos se crea salud que es la armonía del cuerpo, y de hecho indican que es el cumplimiento de un derecho que nace primero en la persona.

En las comunidades no había esta concientización, ahora sigue siendo mínima la visualización de los derechos en el ámbito de las familias, ya que en solo en situaciones comprometidas llevan a los niños cuando están enfermos a un especialista.

3.3. Niños y niñas con baja talla y/o bajo peso

El análisis de la información presentada nos ayuda a identificar como están viviendo los derechos las familias y los niños; un porcentaje alto de prevalencia de desnutrición y/o enfermedad y las infecciones nos ayudan a entender que algo sucede en la zona y que son sectores en situación de vulnerabilidad.

Los criterios que se utilizaron son: ser madre de niños / niñas menores de 59 meses, que grado de salud y nutrición presentan y que tipo de desnutrición presentan

Cuadro de Referencia de niños menores de 5 años con Desnutrición

Rango de desviaciones	Talla/edad	
	GALTE /UTUCUM	
	Nº	%
Normal (+/-2DS)	16	30
Desnutrición (-2DS)	64	70

Fuente: Encuesta CAP VM del Ecuador 2012.

Con sorpresa se detecta creencias populares, mismas que son muy fuertes en el diario vivir de las familias, en algunos casos nos indican que las enfermedades son provocadas por un mal cuidado; pero fue relevante el “mal de ojo” de las personas cuando ven con envidia a sus hijos y, que son tratados con yachag o curanderos de la comunidad para solucionar el inconveniente.

Los conocimientos de las madres y/o cuidadores de los niños / niñas, fueron obtenidas de igual manera para conocer el cumplimiento de los derechos, tanto desde la co-responsabilidad de la familia y del estado, es así que podemos indicar entre lo principal que:

- El 69% de madres amamantan a sus hijos de manera exclusiva hasta los seis meses, esto se debe a que en especial en la zona de Cebadas, se realizó el kapak Raymi (capullos agronómicos), que asociado a la cultura occidental tiene que ver con el recién nacido, en esta feria se promocionó la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, pero la cobertura todavía es baja para la meta nacional del Ministerio de Salud.
- La alimentación complementaria, se realiza a partir de los seis meses iniciando con aguas o infusiones, frutas en forma escasa, pero las que más utilizan son la manzana y guineo, el alimento de mayor ingreso dietario es el arroz y harinas, que se ofrecen 2 a 3 veces al día. (CIBV principalmente)

- El 90% de Niños y niñas con sus cuidadores que participaron en la investigación presentan el esquema completo de vacunación según su edad, las campañas de vacunación son dos al año, la primera es una campaña de micro fase (barrido de todas las vacunas), y otra es con la visitas a los Centros Integrales del Buen Vivir (CIBV) y a los domicilios.
- Durante las visitas a los Sub centros de salud que realizan las familias, se proveen a los niños y niñas menores de cinco años hierro. En los CIBV han recibido las chispas, lamentablemente no han sido de mucha utilidad en vista de que la mayoría presentó diarreas frecuentes, con lo cual los padres no permitieron que se les siga administrando.
- Las capacitaciones de higiene y saneamiento se han realizado en coordinación con el Sub centro de salud, en algunas comunidades.
- La práctica de lavado de manos se lo realiza en los CIBV, pero en la familia no hay mayor práctica de esta actividad, las familias no tienen un mayor aporte para la seguridad alimentaria, todavía se mantiene que los productos que cultivan salen a la venta a la ciudad de Riobamba (sábados) y en Guamote (jueves), con la ganancia la familia adquiere otros tipos de alimento y productos que son de bajo valor nutricional.
- En la parroquia Cebadas se cuenta con la red de parteras y parteros, las mismas que en coordinación con el área de salud N° 3 Guamote han sido capacitadas en los siguientes temas:
 - Parto limpio
 - Emergencias obstétricas
 - Signos de peligro en el embarazo, parto y postparto
 - Nutrición en el embarazo y periodo de lactancia
 - AIEPI comunitario



Foto 1: Toma de encuestas con madres



Foto 2: Grupo focal de investigación.

Después de realizado la encuesta de conocimientos y prácticas, se realizaron entrevistas al azar la información fue recogida y transcrita manualmente y analizada para saber la percepción de la madre en relación a lo que significa madre de niño desnutrido:

- Datos generales de las madres en relación a la familia.
- Cuidados del padre y madre en relación a limpieza
- Prácticas de alimentación
- Que consume el niño o niña
- Sabe que es la desnutrición y derechos
- Practica la lactancia materna, etc.

Utilizando también el método de observación se logra analizar el estado de salud del niño, en forma especial la relación madre-niño, las condiciones sanitarias de las viviendas, las condiciones económicas y la organización de las madres en el hogar.

Las madres encuestadas tenían al momento de la investigación un rango de 17 años a 35 años; su convivencia se da con hombres que tienen como actividad laboral la construcción y/o agricultura.

Los esposos de las madres, ganan el salario mínimo, en muchas de las ocasiones se desvía el ingreso económico a la compra de licor y otras actividades, quedando muy poco para alimentar a su familia. Las mujeres para hacer frente a las

dificultades económicas trabajan, para cubrir en parte sus necesidades básicas familiares.

Varias madres manifestaron haber amamantado exclusivamente por encima de los 6 meses, una de ellas amamantó al bebe hasta más de los 24 meses en forma complementaria. Se pudo observar además, que la técnica para la lactancia no tiene para ellas ninguna complicación, ésta se hace en forma espontánea, natural, como lo vieron a sus madres. En relación a si están cumpliendo los derechos para los niños o niñas, las madres se quedan calladas sin saber que decir frente al tema.

En cuanto al nivel educativo, las madres estudiaron en la primaria y secundaria, las mujeres como son del área rural manifestaron carecer de servicios básicos como alcantarillado; poseen agua entubada; el agua sirve para aseo personal y las necesidades del hogar, información que se constató por la observación. Como es un servicio más visible las madres indican que eso si es un derecho de las familias y de la comunidad, tener lo servicios para la casa.

Las familias del área rural hacen sus necesidades fisiológicas en pozo séptico y la eliminación de desechos sólidos es través de la quema. Según las conversaciones sostenidas con las madres y los padres de familia durante los grupos focales y la observación no participante, se pudo constatar que la situación socioeconómica de las madres es precaria.

Las mujeres para ayudar a la economía de la familia, no cuentan con un trabajo estable bien remunerado; trabajan en la agricultura, lavando ropa en casas principalmente de la ciudad de Riobamba, por lo que sus hijos los encargan en los CIBV en donde les suministran la comida para los niños.

3.4. Los niños / niñas y la Familia

Buscamos conocer las percepciones que tienen las madres frente al proceso de desnutrición de sus hijos, nos permite comprender como las madres viven el episodio de la enfermedad, cómo la diagnostican, donde quién asisten, cómo la tratan, cómo la previenen y que sienten; estos conocimientos permiten articular los

procesos de diagnóstico, tratamiento y prevención de la desnutrición en una forma intercultural, para respetar su espacio y tratar de fortalecer su conocimiento.

Tratar de comprender cómo viven las madres el proceso de enfermedad, cuando se le dice que su hijo / hija tiene desnutrición, sirve de cierta forma, para contextualizar la atención en su realidad socio-cultural, que podría ser tomada en cuenta en la formulación de políticas públicas, para trascender a una mirada holística de la desnutrición, donde se recupere, se valore y se integre a la familia.

Es en este proceso de construcción del conocimiento es importante considerar el integrar los saberes ancestrales y los conocimientos aprendidos de una práctica cotidiana con los conocimientos conceptuales aprendidos en la academia, lo que nos permitirá la inclusión y el reconocimiento al otro como igual. Si el conocimiento se genera desde estas dos vías, se propician los espacios necesarios para la participación ciudadana en la promoción de la salud (Burruelo y Arjona, 2002). Estos saberes, conocimientos y experiencias podrían ser considerados como contextos importantes en la formulación de los currículos de las carreras del área de la salud y en las políticas públicas sobre alimentación y nutrición a nivel local, regional y nacional.

El hablar de temas de salud y sus afectaciones como la desnutrición, es importante también concebirlo como un proceso social y político, como proceso formativo urgente para crear nuevas habilidades y sobre todo conocimientos de los individuos en temas de salud; estas consideraciones pueden ayudar a aliviar su efecto público negativo y sobre todo concientizar en la importancia de llevar a los niños a controles médicos antes de esperar una enfermedad para ser atendidos.

Los problemas multicausales que afectan a las familias y que con lleva a que sus niños puedan tener desnutrición y posteriormente no tengan buen desarrollo cognoscitivo trascenderá en el rédito en edad escolar. Más de la mitad de la carga de enfermedades del mundo se puede atribuir al hambre, a la ingestión desequilibrada de energía o a la deficiencia de vitaminas y minerales. Quienes no tienen una cantidad suficiente de energía o nutrientes fundamentales no pueden llevar una vida sana y activa (VMEcuador, 2010)

De hecho, las familias del estudio tienen un bajo consumo de nutrientes y ponen en riesgo la vida de los niños y niñas; recordemos que cada año quedan parcial o totalmente ciegos niñas y niños debido a la deficiencia de vitamina A. El bajo consumo de nutrientes también aumenta la vulnerabilidad a las enfermedades, retrasa el crecimiento y el desarrollo y aumenta las tasas de mortalidad por sarampión, diarrea y enfermedades respiratorias. (NNUU, 2000)

Las familias no conocen bien sobre programas o estrategias que tratan de evitar la desnutrición y que son aplicadas por las unidades de salud, a más es preocupante, puesto que no todos los niños / niñas desnutridos acuden a una atención especializada, lo que quiere decir, que el número de niños con desnutrición puede ser mayor a esta cifra reportada.

Las familias no consideran a la desnutrición como una vulneración de derechos, las familias saben que su hijo está enfermo, pero que es por falta de una buena alimentación u otros motivos pero no lo relacionan con los otros requerimientos, necesidades y servicios que deben tener para lograr una atención integral de salud.

Si una familia no lleva a su niño a un control periódico, se puede decir que al hablar de desnutrición los datos están sub registrados y que la misma tiene un mayor peso en la mortalidad infantil, los patrones que manejamos para la valoración en estos casos son bajos; sería indispensable realizar estudios específicos para establecer los puntos de corte según la realidad nacional y que contengan características propias como ecuatorianos.

Es importante establecer que la literatura de la especialidad en estos casos tienen un punto biólogo y que se debe proyectar también los contextos multicausales que conllevan a la desnutrición; las investigaciones nacionales no expresan con mucha claridad, las percepciones y creencias de las madres sobre la desnutrición de sus hijos / hijas, ni la práctica de recuperación ancestral, que puede ser muy importante para la recuperación, y solo se ha mantenido el enfoque de la medicina occidental que se dedica más a diagnosticar y no a prevenir.

Con un enfoque más integral, lograremos que las madres perciban la desnutrición y la asocien con otras enfermedades, dolencias y dificultades que presentan los niños posteriormente para aprender en las escuelas; y si es así, se lograría entender la prioridad del cuidado del niño en los primeros años de vida. (Carvalho S, 1997, pág.1 36).

Evidenciamos que el análisis del problema de la desnutrición ha carecido de la concepción emocional y espiritual para atender estos casos, lo que ha impedido que las familias vean al niño menor de 59 meses como una persona que siente, piensa y actúa.

Desde la mirada integral se logra entender que la salud, el bienestar, la enfermedad y las formas de curar corresponden a construcciones también socio-culturales y que la salud es un término que indica un estado de bienestar que se define, valora y se practica también culturalmente. (Urrea F, 1992 pág. 22 30).

3.5. Las madres y su percepción sobre la desnutrición y derechos

La noción de percepción deriva del término latino *perceptio* y describe tanto a la acción como a la consecuencia de percibir (es decir, de tener la capacidad para recibir mediante los sentidos las imágenes, impresiones o sensaciones externas, o comprender y conocer algo). (Diccionario de la lengua española 2010)

La percepción es la capacidad de captar y conocer elementos de nuestro entorno, por medio de los sentidos. Es además una subestructura del conocimiento (al igual que la memoria y la senso -motricidad). Gracias a la percepción nos conectamos con la realidad, y nos relacionamos con ella y todos los individuos que la componen. (Wikipedia 2012 conceptos)

Otro concepto dice que los órganos de los sentidos son los primeros que dan sensaciones para conocer y la posibilidad de recoger esas emociones, expectativas, recuerdos, etc., en la percepción; ambos aspectos permiten la construcción de una visión propia del mundo, que viene hacer un nuevo conocimiento, en el que se involucra la percepción de lo que se vive y de lo que se vivió.

Las madres de los niños y niñas con algún grado de desnutrición, lo asocian con enfermedad, pero no conocen las secuelas que pueden tener posteriormente en la escuela y en su vida adulta. Me llamó la atención conocer a una madre de familia de la comunidad de Galte que nos respondió que todos sus hijos han nacido así (para mi punto de vista apatía, pero me falta entender la cosmo visión andina) y que está no puede atenderle solo a un hijo cuando tiene cuatro hijos a su cuidado.

La respuesta de la madre nos indica su percepción de la desnutrición, pero no hace mención ni tiene conocimiento o lo relaciona con los derechos que tiene que cumplir o que debe hacer cumplir como corresponsable.

Cuando a las madres del estudio se les preguntó por qué su hijo llegó a esta enfermedad principalmente responsabilizaron a los episodios diarreicos y a las infecciones respiratorias, pero al ganar la confianza de la familia, nos indican que no alcanza el dinero para la compra de alimentos, como para la compra de medicina, aunque también nos dice que el medicamento es gratuito en el hospital, pero la movilización cuesta mucho, lo que por lo general impide la atención de los menores de 5 años.

Se averiguo a través de esta entrevista si la madre a escuchado de algún programa de salud por parte del estamento a cargo de la atención en temas de salud, indicando que sí, “que ha escuchado que por ir hacerse chequear dan un bono (dinero), pero que a la vecina se había hecho inscribir pero hace más de 6 meses que no recibía nada”. Procedimos a mencionar si su marido / pareja ha hecho algo por este motivo, indicando que no, ya que su trabajo no le permitía averiguar más.

Al preguntarle de nuevo sobre el tema de la desnutrición y derecho, nos menciona:

“Escuchado de los derechos a la vida, nombre, familia, pero no sé dónde ir”

Sobre su conocimiento de alguna veeduría, defensoría, comité, sistema de protección, nos dan a conocer, que solo hay el Cabildo, pero que se trata cosas netamente de la comunidad como el agua, el terreno comunitario, temas de luz eléctrica, y a veces de seguridad.

Esto nos da evidencia que muchos de los Directivos tienen como función alcanzar los medios físicos de infraestructura, pero no se desarrolla un relacionamiento del cumplimiento y gozo pleno de los derechos, peor aún el tema de los niños y niñas en el ámbito comunitario es débil, sin tener en sus agendas / planificaciones, el tema de la infancia como prioridad.

Uno de los resultados del grupo focal es que algunas de las madres consideran que la enfermedad de sus hijos es producto de mal de ojo, por eso tienen fiebre, la diarrea, la infección, la inapetencia. La cantidad de alimentos que ingieren los niños y niñas menores de 5 años es una dieta baja, sumado a esta la ausencia de un adecuado lavado de manos y aseo en general, por lo que se considera un factor para enfermar al niño antes que el mal de ojo.

Es necesario analizar si esta falta de práctica y/o de conocimiento entra en el campo de la negligencia por parte de los padres y madres, siendo que los recursos y medios tanto económico y de servicios básicos no son aptos y adecuados para las familias y comunidades.

Cuando los niños y niñas de una comunidad, tienen un bajo peso, se vuelve algo normal a la mirada de los adultos y no se identifica como problema. Al respecto se visualiza que cuando el bajo peso y la desnutrición figuran como elementos comunes en el medio social o grupo familiar en el cual está inmerso, el crecimiento inadecuado puede ser considerado como normal, no siendo identificado como un problema o, por el contrario, si el síntoma no es tan frecuente, puede ser percibido a partir de la comparación del peso y la estatura entre los diversos niños (Urrea F, 1992).

Las madres y padres de niños menores de 5 años definen a la desnutrición, como algo muy peligroso, porque así les han dicho los médicos, pero no sabrían decir por qué se produce.

3.6. Desnutrición e Interculturalidad

En castellano la palabra cultura estuvo largamente asociada a las labores de la labranza de la tierra, significando cultivo (1515); según Diccionario Etimológico de la Lengua Castellana, y que el pensar ahora en el concepto "cultura" desde las ciencias sociales proviene más bien de la fuerte influencia que el saber norteamericano ha tenido sobre nuestra propia cultura hacia las décadas de los 50 y 60 (Rotenberg S, 1999. p.137.).

Se evidencia en el estudio que el aprendizaje para el cuidado de los niños y niñas por parte de las madres, es la réplica de su aprendizaje en su familia en la infancia, ya que muchas de ellas quedaron al cuidado de sus hermanos más pequeños, realizando la réplica con sus propios hijos ya sea en el cuidado, alimentación y nutrición, es así que las experiencias y vivencias durante su vida, viene a formar su cultura alimentaria.

Cuando el niño y niña nace recibe en su alimentación la leche materna, ya que la partera y/o la enfermera es lo que primero indica que le den de comer al niño o niña y, que a los pocos días la familia debe cuidar al recién nacido del mal de ojo que atrae de las personas, que es un riesgo de muerte de los niños, puede evidenciarse como diarrea, baja de peso.

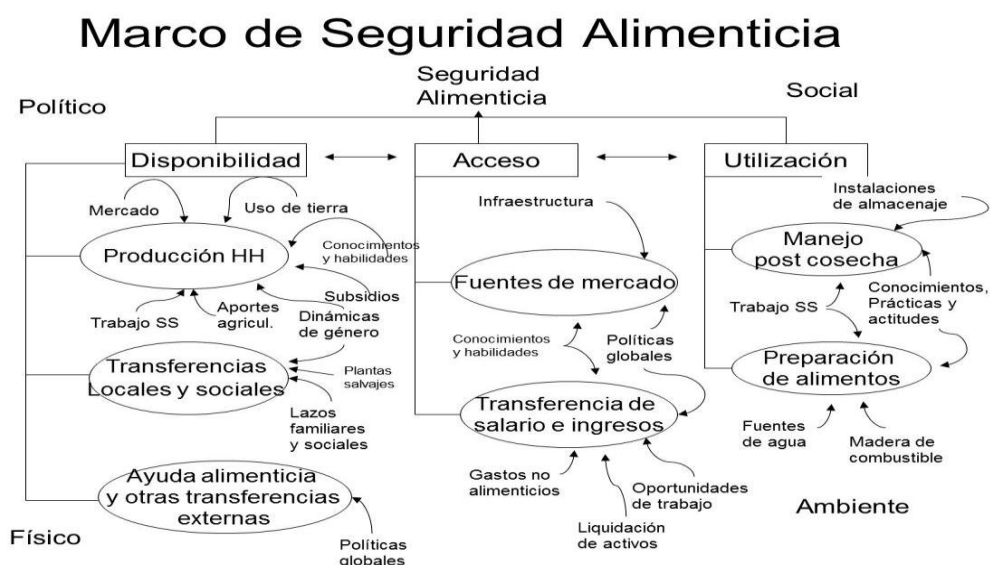
Depende de la percepción del profesional de Salud en el sistema de medicina occidental, para que prohíba o no el consumo de alimentos según la edad del niño o niña menor de 59 meses, la leche materna se mantiene y se la da cuantas veces sea necesaria, pero muchas de la ocasiones la creencia es evitar darle para que no se enferme más.

La práctica de la medicina occidental consiste en suministrar sobres de suero oral en episodios diarreicos, pero algunos médicos y enfermeras, por el tiempo destinado a cada paciente y la demanda de servicio que tienen, no logran especificar a las madres, sobre los alimentos que deben suministrársele al niño, en forma conjunta con el suero, por lo que las madres limitan el ofrecimiento de alimentos durante estos procesos, produciendo la baja de peso.

3.7. Inseguridad alimentaria y desnutrición

Existe una relación directa entre las líneas de trabajo del ámbito de la seguridad alimentaria y nutricional a escala local y nacional, las políticas deben ser de largo plazo para abordar estructuralmente la transformación de los patrones de producción y consumo, la inversión en agricultura debe aumentar y sobre todo que brinde la posibilidad de otorgar prioridad a la inclusión de la agricultura familiar en las cadenas de comercialización.

Adicionalmente, se requiere adaptar la agricultura al cambio climático y lograr una mayor resiliencia comunitaria en los mercados agroalimentarios, el sistema alimentario requieren ser complementadas con políticas de redistribución de los ingresos, tales como la ampliación de los sistemas de protección integral, reformas en los sistemas tributarios (comercio justo), y el cumplimiento de la legislación existente en los mercados laborales agrícolas (Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional de América Latina y el Caribe 2011, pág. 5)



Tomado de la Seguridad Alimentaria en LAC. Visión Mundial 2010

La mayoría de las madres de familias evidencian que no tienen una adecuada alimentación, pero no identifican que es el Estado quien debe garantizar una

adecuada distribución, acceso de los alimentos, mantener un precio justo de los alimentos y sostenerlos a través de los años.

Los alimentos y la frecuencia de comida, lo determinan como un lujo, ya que se evidencia a familias que tienen solamente dos tiempos de alimentación al día, y sobre todo el grupo de alimentos que menos consumen es la carne (proteína), consumiéndola hasta una o dos veces al mes, lo que produce una dieta hipo-proteica es decir baja en proteína ayudando así, a la prevalencia de la desnutrición en los niños y niñas menores de 5 años, también este caso se evidencia en las mujeres en estado de gestación, sobre todo en madres adolescentes embarazadas, estableciéndose en la población la denominada anemia.

Los alimentos que más consumen las familias son coladas (harinas), a partir de los 6 meses de edad se les provee de la colada de machica y maicena; éstos son los alimentos prioritarios en los niños y niñas que quedan en casa. Esta varía mucho cuando las madres tienen que trabajar ya que los niños quedan al cuidado en los CIBV en donde tienen una dieta más variada y completa.

El analizar los temas del hambre y la desnutrición, nos permite ver el extremo de los problemas sociales, económicos y de la inequidad por parte del Estado y que también es un problema de los directivos locales comunitarios por falta de incidencia política.

“La relación entre hambre y desnutrición empieza a aparecer entre 1507 y 1534 con los obreros, pero sólo hasta los siglos XVIII e inicios del siglo XIX el personal médico relaciona el hambre con el trabajo de los obreros; ya en el siglo XIX se ve claramente la relación hambre-desnutrición y enfermedad. Argumenta este autor que los últimos en darse cuenta de que la desnutrición existía fue el personal médico, y al parecer aun continua siendo así, los últimos en darse cuenta de la desnutrición son los médicos y los profesionales de la salud, cuando los niños son llevados al hospital por sus madres por el edema o caquexia”. (Ávila CA, 1990. p. 26-29)

3.8. Percepción de otros actores y servidores públicos sobre desnutrición y derechos

Los actores sociales de las comunidades, tratan de afrontar los temas referentes a satisfacciones de necesidades de quienes representan.

Entre los actores sociales podemos mencionar a los que conforman el sistema educativo, las organizaciones comunitarias, grupos de mujeres, representantes del gobierno local y los comités del servicio de salud, etc. Pero todos estos socios están desarrollando sus actividades en relación particular de un interés que tienen, por lo que han formado varias redes y en muchas ocasiones con las mismas personas, en vez de crear una sistema o circuito único, para fomentar el mejor servicio a favor de los y las ciudadanas de sus comunidades, de los grupos prioritarios de atención, fomentar en estos espacios el enfoque de derechos, para articularse a los sistemas existentes, fortalecer sus acciones para que las prácticas importantes y trascendentales de la población sean permanentes y no procesos inconclusos.

Por ejemplo, cuando una familia no lleva a sus niños y/o niñas a la inmunización sea por el motivo que sea, debe haber un organismo local que comprometa sus esfuerzos a fin de articular la intervención y el acceso al servicio, la creación de un único sistema a manera de circuito de atención, puede ser una opción para que esta comparta la información, sobre la importancia de la inmunización, para hacer respetar los derechos de los niños familia, para no multiplicar esfuerzos y optimizar recursos.

El manejo de un enfoque de derechos, es importante para que un servicio público pueda entregar una atención con calidad y calidez a sus usuarios como responsabilidad del Estado en lo local, este enfoque permitirá el rescate de los conocimientos propios de la zona, reconocer a la partera, yachag, etc., y respetar a las personas; así será posible garantizar una adecuada atención, llegando al punto como ejemplo, que una familia puede valorar el servicio de vacunación y se transforme en una práctica habitual a nivel familiar y comunitario.

Es importante que las organizaciones contemplen el cuidado del niño y la mujer gestante, que en la agenda de los gobiernos locales sean prioridad y que además se le asigne un presupuesto real a la salud y la promoción en los planes de los gobiernos autónomos descentralizados como son las parroquias.

Los agentes comunitarios de salud, técnicos de atención primaria de salud, etc., deben ser reconocidos y contar con un mayor apoyo, especialmente en aquellos lugares donde la prevalencia de enfermedades es mayor, se necesita que las creencias religiosas a través de sus cultos / misas y reuniones, permitan la promoción de mensajes claros para mejorar el cuidado de los niños, niñas y mujeres gestantes.

La Junta de Protección Cantonal, no ha realizado ninguna actividad o no tiene conocimiento de familias que no han sido atendidas en casos de desnutrición y en caso de haber recibido atención los resultados no han sido favorables. Siendo que sus funciones son las de proteger, vigilar y exigir que se cumplan los derechos individuales y colectivos de los niños, niñas y adolescentes y de implementar mecanismos de restitución cuando hayan sido vulnerados sus derechos.

No se evidencias mayoritariamente denuncias por parte de familiares, representantes, funcionarios en casos donde niños, niñas o adolescentes sientan estar amenazados sus derechos principalmente en salud, nutrición. Se desconocen las acciones que cualquier persona que conozca de una situación de amenaza o vulneración de derechos puede realizar.

Desde la formación académica se considera a la desnutrición como una enfermedad más que un estado de vulneración de derechos, ya que no se articula los elementos multicausales que producen la enfermedad, por lo que los profesionales o funcionarios solo ven como la prestación de un servicio: tratamiento, atención o rehabilitación.

Las familias son cuestionadas con toda la responsabilidad social y culpabilizados de que sus hijos / hijas menores de 5 años presenten los signos y síntomas de la desnutrición por la falta de cuidado.

Se puede recalcar que la atención en tanto a calidad y calidez del servicio ha mejorado notablemente, pero todavía no se ve una articulación plena de los servicios a favor del o la ciudadana, es como si se dejara de lado la responsabilidad del Estado frente a la necesidades básicas no satisfechas de los niños y niñas, pues se culpabiliza a la madre y de hecho a la familia, por falta de comida o alimento. A pesar de que en el Cantón Guamote han mejorado notablemente los servicios, aún falta muchísimo por hacer.

La poca o no visualización por parte de directivos comunitarios, de los niños y niñas como prioridad en sus agendas de trabajo, no permite articular un sistema de protección que busque la mejor atención y garantizar los derechos de los niños, niñas y adolescentes en el marco de la corresponsabilidad de la familia, comunidad y estado.

La coordinación entre las propuestas del sector de salud del estado y la comunidad es débil, por lo que se debe profundizar más en los temas, propuestas y alternativas y no quedar únicamente, en algunos casos, en campañas de inmunización y de toma de datos antropométricos.

El parto hospitalario y la atención del parto en casa por una partera, han aumentado, pero se debe fortalecer más la comprensión y el manejo cultural del tema dentro de un sistema único, en el que se encuentre articulado el bienestar de la infancia y la familia y en donde se vigile y se exija el cumplimiento de los derechos de los niños y niñas.

Una muy buena práctica encontrada en el sistema de salud (Cebadas), es el respeto y aplicación al conocimiento frente a los ciclos de vida reflejado en los RAYMIS:

- Kapac Raymi.- que tiene relación con la buena siembra, buena planta
- Pawkar Raymi.- floreciendo de la tierra
- Inti Raymi.- Cosecha

Este proceso fue compartido por el director del Sub centro de salud, quien hizo partícipe de esta concepción a los delegados de las instituciones presentes en la zona, así como también a los líderes comunitarios y familias.

El fortalecimiento y rescate del conocimiento ancestral, constituye un factor relevante para mejorar la capacidad de las parteras del sector, ellas promocionan el servicio de salud a la comunidad; lastimosamente no han sido contempladas en la estrategia que promociona el estado a través de la bonificación por los servicios prestados a las comunidades. La ayuda económica que brinda la estrategia es entregada únicamente a las familias que asisten, al control médico y control del niño sano.

Un desfase existente, es la tardanza en la entrega de la bonificación que promueve la estrategia, según lo manifestado en conversaciones con las madres, por tal motivo no permite que las familias tengan un mayor interés por seguir con los controles, quienes lo hacen es por un relacionamiento que tienen con los CIBV en donde permanecen sus niños y niñas.

La comunidad tampoco en estos casos se ha propuesto demandar y hacer cumplir sus derechos individuales como familiares, siendo que por mandato deben recibir este aporte económico, lo que evidencia más aun la falta de conocimiento y de mecanismos de exigibilidad de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

Los importantes cambios políticos y sociales promocionados por el actual Gobierno, ha logrado históricamente minimizar las grandes brechas y exclusión social, pero se debe fortalecer el enfoque de derechos, para generar nuevas formas de relación entre los representantes del Estado y la sociedad civil, así promoverá una participación de las población en situación de vulnerabilidad tradicionalmente excluidas de la gestión pública, el objetivo es lograr la Protección Integral como parte del buen vivir, el “Sumak Kausay”.

Es fundamental que todo el personal de salud maneje un enfoque interculturalidad que ayudará a la armonización de las diferencias posibles en las zonas rurales; al profesional de salud se lo mirará como más propio de la zona de

intervención, si se comprende de esta forma, puede transformarse en un medio fundamental para inculcar valores, principios y responsabilidad, por lo tanto se constituye en la puerta de ingreso a un sistema único que busca más igualdad para todos.

3.9. Género y Derechos

Porque hablar de género en temas de salud y desnutrición, es romper barreras que por varios años se establecieron, es un concepto social y las definiciones y percepciones varían según las culturas.

El género define y diferencia las funciones, los derechos, las responsabilidades y las obligaciones de las mujeres y los hombres. Las diferencias biológicas innatas entre mujeres y hombres forman la base de las normas sociales que definen los comportamientos apropiados para cada género. Las funciones propias de cada uno se aprenden, difieren según los diversos entornos y pueden cambiar con el transcurso del tiempo.

El asumir ciertos roles, atributos y representaciones sociales, todo ello pasa por un proceso de socialización a través de la familia, la escuela, la comunidad, la pertenencia a un pueblo específico, el grupo de pares y otras instituciones que norman los comportamientos, expectativas. Desde que se nace, e incluso desde el vientre materno, los seres humanos están expuestos a esa influencia social y cultural en la cual el lenguaje es un importante instrumento ya que expresa y reproduce modelos que condicionan la manera de ver el mundo (NNUU, 2005)

Escalante (2001) sostiene que la noción de niñez en los Andes es diferente que la de la cultura urbana, o de influencia occidental. En las comunidades andinas, un niño se integra desde temprana edad a las labores familiares, las cuales están determinadas no sólo de acuerdo al género sino también a la edad.

Pero el niño y niña no es visualizado como el ser integral a cuidar y con prioridad para su cuidado, la familia es el primer sistema social donde se inicia la transmisión de valores, roles, creencias, mitos, conocimientos y prácticas.

La figura de la madre es esencial no solo en las relaciones sociales, sino que también ejerce el cuidado de la familia, aunque ella no ejerce la autoridad dentro del hogar, se evidencia que tiene mayor participación en la decisión final, sobre todo en los casos de salud de sus hijos.

Podemos mencionar que uno de los cambios fundamentales es que los hombres, aunque pocos, se han dedicado al cuidado de los niños y niñas menores de 5 años en los espacios formales de cuidado como por ejemplo los CIBV, existe un alto porcentaje de hombres cubriendo este servicio, mismo que anteriormente era exclusivo de las mujeres, quienes vienen asumiendo nuevas funciones sociales y se movilizan en y fuera de la comunidad.

3.10. Una mirada al vínculo de salud – derechos en la familia

La promoción de los Derechos Humanos, incide en el reconocimiento de los niños y niñas, jóvenes, mujeres, la familia, como sujetos sociales, lo que implica mejorar la protección de la vida familiar, sin dependencia al modelo familiar, tradicional o familia ampliada; pues en cualquiera de ellas siempre hay alguien que está a cargo del cuidado de los niños menores de 5 años.

Se debe fomentar con mayor fuerza los conceptos de personas con dignidad, respetar sus creencias, conocimientos y cualidades del ser, toda persona, por el hecho de serlo, posee una dignidad connatural, que es preciso reconocerla y respetarla.

Las Universidades deben promover y reflejar un nuevo modelo de aprendizaje a sus alumnos, en los que su formación contemple visiones más amplias, multi-causales; los profesionales en salud deben reafirmar la prevalencia de ser primero personas que les permita incorporarse en el ámbito comunitario, tiene que volverse un miembro más de la comunidad, que vive y siente en la zona de intervención y, sobre todo generar confianza para que crean en él como el motivador de cambios.

El profesional de salud tiene que conocer los marcos jurídicos y constitucionales, los nuevos enfoques de vida, como son interculturalidad, derechos, género; tener una mirada integradora de las políticas públicas y planes de desarrollo, lo que le permitirá ser un agente de desarrollo y promotor de la protección Integral en favor de toda la población y en especial de los grupos de atención prioritaria.

Las familias, comunidades, Gobiernos Autónomos Descentralizados deben comprometerse de forma decidida en la garantía y ejercicio de derechos de todos y en especial de los niños y niñas, desde una práctica más efectiva que sobre pase el discurso pasivo.

La promoción del buen trato, la cultura de paz, el rescate de valores y principios, el respeto a la cultura y cosmovisión de los pueblos ayudará a la familia a establecer nuevas relaciones con su hijos, fomentando así un vínculo de amor, principio fundamental en la provisión de mejores servicios que garanticen los derechos a la salud, alimentación y nutrición de los pueblos y comunidades.

Resultados

Item	Instrumento aplicado	Resultados expresados en hallazgos / experiencias / vínculos
Experiencia familiar en los servicios de salud	Preguntas generadoras Grupo focal	Las familias han desarrollado un cierto temor hacia el servicio debido a que no se encuentran en muchas ocasiones a los profesionales que brindan la atención, como también mencionan mucho el trato que reciben por parte de algunos servidores públicos del sistema de salud.
Concepción sobre salud y derechos	Entrevistas Conversatorio	Para el mundo indígena o la cosmovisión indígena la salud que es la armonía del cuerpo. En las comunidades no hay la visualización de los derechos de salud, ya que en solo en situaciones comprometidas llevan a los niños cuando están enfermos a un especialista
Niños y niñas con baja talla y/o bajo peso	Antropometría peso, talla, edad, sexo. Encuesta CAP.	Hay un promedio de 70 % de niños y niñas con baja talla para su edad. El 69% de madres amamantan a sus hijos

	Entrevista	de manera exclusiva hasta los seis meses, esto se debe a que en especial en la zona de Cebadas, se realizó el kapak Raymi (capullos agronómicos). El 90% de Niños y niñas con sus cuidadores que participaron en la investigación presentan el esquema completo de vacunación según su edad.
Los niños / niñas y la Familia	Preguntas generadoras Grupo Focal Conversatorio	Las familias no conocen bien sobre programas o estrategias que tratan de evitar la desnutrición y que son aplicadas por las unidades de salud, a más es preocupante, puesto que no todos los niños / niñas desnutridos acuden a una atención especializada, lo que quiere decir, que el número de niños con desnutrición puede ser mayor a esta cifra reportada.
Las madres y su percepción sobre la desnutrición y derechos	Preguntas generadoras Grupo Focal Conversatorio / Entrevista	La respuesta de la madre nos indica su percepción de la desnutrición, pero no hace mención ni tiene conocimiento o lo relaciona con los derechos que tiene que cumplir o que debe hacer cumplir como corresponsable.
Desnutrición / Interculturalidad	Encuesta CAP Conversatorio	Se evidencia en el estudio que el aprendizaje para el cuidado de los niños y niñas por parte de las madres, es la réplica de su aprendizaje en su familia en la infancia, ya que muchas de ellas quedaron al cuidado de sus hermanos más pequeños, realizando la réplica con sus propios hijos.
Inseguridad Alimentaria y desnutrición	Conversatorio Encuesta CAP	La mayoría de las madres de familias evidencian que no tienen una adecuada alimentación, pero no identifican que es el Estado quien debe garantizar una adecuada distribución, acceso de los alimentos, mantener un precio justo de los alimentos y sostenerlos a través de los años.
Percepción de otros actores y servidores públicos sobre desnutrición y derechos	Conversatorios Entrevista con delegados	La Junta de Protección Cantonal, no ha realizado ninguna actividad o no tiene conocimiento de familias que no han sido atendidas en casos de desnutrición y en caso de haber recibido atención los resultados no han sido favorables.

Género y Derechos	Observación Conversatorio	En las comunidades andinas, un niño se integra desde temprana edad a las labores familiares, las cuales están determinadas no sólo de acuerdo al género sino también a la edad. La figura de la madre es esencial no solo en las relaciones sociales, sino que también ejerce el cuidado de la familia, aunque ella no ejerce la autoridad dentro del hogar.
Una mirada al vínculo de salud – derechos en la familia	Conversatorio	El profesional de salud tiene que conocer los marcos jurídicos y constitucionales, los nuevos enfoques de vida, como son interculturalidad, derechos, género.

CONCLUSIONES

De la investigación

1. El estudio plantea la importancia en el tema de desnutrición en niños y niñas menores de 5 años, mujeres embarazadas adolescentes y adultas.

De lo familiar

2. Las familias identifican a la desnutrición, como el resultado de una creencia (el mal de ojo), que tiene como origen la envidia de un adulto. La familia aun no logra ver que la salud es un derecho y que nos concierne a todos y a todas.
3. Los problemas de salud son enfrentados en el aquí y ahora, no hay proyección futura, por lo que las familias no visualizan las consecuencias que deriven de una falta o mala atención de la salud y que al no ser atendidas a tiempo y eficazmente podrían haber secuela en el futuro de sus hijos e hijas.

De lo Territorial y comunitario

4. Los grupos organizados en la comunidad, los representantes comunitarios, de servicios (educación), los Gobiernos Locales, etc., han formado cada uno sus propias redes de servicio con los mismos actores comunitarios y desarrollan sus funciones acorde a sus propios objetivos que los distingue de otros actores sociales. Cada red practica su mejor forma de gestión y se articula de manera particular, por lo que no llegan a terminar procesos que promuevan el bien familiar / comunitario.
5. Siendo el problema de la salud un tema territorial, cantonal, parroquial, comunitario y familiar aún no se ha logrado articular completamente en un sistema cantonal, mismo que deberá ser fortalecido con la ayuda de la actoría ciudadana, la participación ciudadana en temas de salud es fundamental, hace falta establecer nuevas formas de comunicación.

6. El cantón Guamote ha sido eje de intervención de estrategias para mejorar el estado de salud de la población, pero sus indicadores siguen reflejando los más altos índices en temas de prevalencia de enfermedades de la infancia.

De lo Estatal

7. El abordaje por parte del Estado es débil, las políticas públicas no se articulan en los Gobiernos Autónomos Parroquiales y peor aún en los sectores populares.
8. Los programas y estrategias del estado deben ser socializados constantemente en la comunidad, hace falta información sobre el ejercicio de derechos en general y de salud en particular que permita acceder a los usuarios a prestaciones de calidad y calidez para evitar un sistema de maltrato y negligencia.

De los prestadores de servicios

9. La intervención en casos de desnutrición en los niños y niñas menores de 5 años, mantiene el enfoque biológico y curativo, por lo que su atención está basada en la prestación de servicios y no en función de la garantía de derechos, además, aun no se prioriza plenamente el enfoque preventivo y curativo desde la multicausalidad, debe trabajarse con las bases estructurales de la sociedad y en el sector gubernamental local, para alcanzar un trabajo holístico e integral.
10. Hay buenos avances en el sistema local de salud para recoger y respetar el conocimiento ancestral, pero no logran articularse con todas las unidades operativas e integrar a los prestadores de servicios que brindan atención con formación en medicina tradicional (partera, el yachag, etc.).

De la Academia

11. La educación superior no refleja en su modelo de aprendizaje en salud lo territorial, lo comunitario, lo cultural e integral, los enfoques de género y

derechos. Hace falta vincular las capacidades y oportunidades de la población que permita una formación académica y profesional bajo una visión científica y humanista, que incluye los saberes y las culturas de nuestros pueblos.

De lo Cultural

12. Las unidades de salud del sector, están posicionando un enfoque intercultural como una puerta de ingreso para coordinar algunas acciones con la comunidad, el conocimiento ancestral sobre los tiempos, RAYMIS, no es un conocimiento de todos los funcionarios, lo que provoca desarticulación en las acciones.

RECOMENDACIONES

En lo familiar

1. Promover mayor y eficiente participación ciudadana que se refleje en la conformación de redes integrales de atención, que el involucramiento de los actores locales apunte al cumplimiento y gozo de los derechos colectivos e individuales.
2. Promocionar en los usuarios de las unidades operativas de salud a que realicen las prácticas de cambio propuestas, exige para ello procesos de seguimiento, acompañamiento y evaluación, sobre todo de resultados. Es fundamental incorporar programas preventivos de salud utilizando metodologías participativas y lúdicas, para establecer nuevos conocimientos y formas de garantizar la salud familiar como derecho.
3. La bonificación o ayuda económica debe ser entregada a las familias que asisten a los programas de salud, en el tiempo establecido según la estrategia; se podría pensar en incrementar el apoyo a las parteras, apoyo para la remisión de embarazos de alto riesgo, así como también mejorar las coberturas de atención.

En lo territorial y comunitario

4. El sistema de Protección Integral de niñez y adolescencia debe articularse a los Consejos de la Igualdad y Juntas Cantonales de Derechos y a las redes locales de atención que permita obtener mejores logros en materia de promoción, exigibilidad y restitución de derechos y contribuir de manera más eficiente en la garantía de derechos a los niños y niñas.
5. Es muy importante la vinculación articulada de los servidores y delegados del sector de la medicina ancestral, deben ser actores de los procesos de planificación, la misma que debe ser conjunta. Por otro lado hay que dar más fuerza a la postulación a técnicos de atención primaria de salud, revisar los

procesos y que éstos sean inclusivos, que las pruebas a rendir sean orales y no escritas, en referencia a que el conocimiento ancestral, pasa de generación en generación a través de una cultura oral antes que escrita.

6. Articular rutas y protocolos de atención, exigibilidad, denuncia y restitución de derechos por parte del Consejo Cantonal aplicados a todos los ciclos de vida y en especial en casos de niños o niñas con desnutrición.

En lo Estatal

7. Establecer Políticas que promuevan planes, programas, proyectos y servicios Integrales y que sean difundidos de forma total a fin de que todos puedan acceder a la atención primaria de salud.
8. Desarrollar programas de atención primaria de salud, que contemplen las necesidades específicas de los niños y niñas y desde su propio contexto; estos programas deben estar establecidos en los Planes de Desarrollo Parroquial o Cantonal, integrando de manera plena el posicionamiento del principio del “interés superior del niño”.

A los prestadores de servicios

9. Los servidores públicos y representantes locales, deben conocer las estrategias estatales, la propuesta normativa para la implementación del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social que es el “conjunto articulado y coordinado de sistemas, instituciones, políticas, normas, programas y servicios que aseguran el ejercicio, garantía y exigibilidad de los derechos establecidos en la Constitución”.
10. Es imperante reconocer las implicaciones, causas y consecuencias de la desnutrición infantil, no sólo mencionarlas, hay que sumarle la esencia y la vivencia de las personas desde su sentir, género, interculturalidad, derechos; que permita al profesional tener una mirada holística para mejorar la calidad de vida de niños, niñas, mujeres.

11. Fortalecer las capacidades, habilidades y destrezas de los profesionales y servidores públicos, con procesos de coordinación y articulación interinstitucional en temas de salud, nutrición, enfoques; que sus actuaciones sean más propositivas que permita desarrollar modelos de atención oportunos, eficaces y eficientes, de calidad y calidez y sobre todo en el marco de la garantía de derechos.
12. Es fundamental que el personal especializado, técnico y administrativo de salud de las zonas rurales pueda radicarse más tiempo en los territorios. El fin debe ser de tener identidad propia, por parte de las unidades de salud, que en el sentido de su pertenencia a la comunidad y no como una organización aparte.

A la academia

13. Es urgente que los nuevos profesionales en el ámbito de salud y nutrición sean formados con una visión humanista y holística, que visualice al usuario como un ser integral que vive, siente, y que el profesional se vea a sí mismo como un agente de cambio, este nuevo funcionario debe manejar enfoques como derechos, género, interculturalidad, territorialidad entre otros.

GLOSARIO

1. **AIEPI:** Atención Integral de enfermedades prevalentes del Infante.
2. **Alimentación:** Es el conjunto de actividades por las cuales tomamos los alimentos y estos se introducen en el cuerpo. Es consciente y voluntaria por lo tanto es susceptible de ser educada.
3. **Alimento:** Son las sustancias que ingerimos. Proporcionan a los seres vivos energía, materia prima y compuestos químicos indispensables para el buen funcionamiento o regulación de los mecanismos vitales.
4. **Antropometría:** Proporciona indicadores que miden una determinada situación y a su vez, son un reflejo de las condiciones y recursos de una comunidad.
5. **Calidad de vida:** Es un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por un programa en relación con ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida de cada uno: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social, y derechos.
6. **Caloría:** cantidad de energía calorífica necesaria para elevar la temperatura de un gramo de agua pura, un grado Celsius desde 14,5°C a 15,5 °C, a la presión normal de una atmósfera. Una caloría (cal) equivale exactamente a 4,1868 julios (J).
7. **CAP:** Conocimientos actitudes y prácticas.
8. **Carbohidratos.-** Carbohidratos o glúcidos o azúcares. Los más importantes incluyen a los pequeños azúcares y las grandes moléculas de almidón, celulosa y fibra. En general, su aporte dietético se deriva hacia la obtención de energía. Su combustión produce cuatro calorías por gramo.
9. **CIBV:** Centros Infantiles del Buen Vivir
10. **Deficiencia:** Es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica/sensorial.
11. **Derechos Humanos:** Los derechos humanos son derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Todos tenemos los mismos derechos humanos, sin discriminación alguna. Estos derechos son interrelacionados, interdependientes e indivisibles.

12. **Desnutrición:** estado patológico provocado por la falta de ingesta o absorción de alimentos, o por estados de exceso de gasto energético. Situación originada por la ingestión de una dieta no equilibrada, o por la ingestión insuficiente de alimentos para cubrir las necesidades corporales.
13. **Disponibilidad de alimentos:** La existencia de cantidades suficientes de alimentos de calidad adecuada, suministrados a través de la producción del país o de importaciones (comprendida la ayuda alimentaria).
14. **Edad:** es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.
15. **Emaciación:** del Latín EMACIARE, adelgazar / Bajo Peso para la Talla / Enflaquecimiento extremo por una causa.
16. **Estado Nutricional.-** la valoración del estado nutricional tiene como objetivo obtener datos aproximados de la estructura corporal de un individuo. Incluye antropometría, parámetros bioquímicos, indicadores de independencia funcional y actividad física; además de la evaluación de patrones de alimentación e ingesta de nutrientes.
17. **Estatura:** se obtiene con el niño de pie. Ambas resultan de la suma de tres componentes, cabeza, tronco y extremidades inferiores.
18. **Hierro (Fe):** mineral esencial que forma parte de la sangre, específicamente de la hemoglobina. Es responsable del transporte de oxígeno a todas las células del organismo. No aporta energía. Su carencia acarrea consecuencias a nivel funcional.
19. **Indicadores antropométricos:** Son valores corporales que se recopilan de una persona para ser analizados posteriormente para ofrecer un cuadro o diagnóstico de salud y nutricional, con el fin de tratar a un paciente o grupo.
20. **Malnutrición:** Cualquier trastorno de la alimentación tanto por exceso como por defecto en la misma, por desequilibrio en la alimentación. El predominio de unos principios inmediatos y la escasez de otros por debajo de los límites fisiológicos necesarios de cada persona.
21. **Maltrato institucional:** Se entiende por maltrato institucional a cualquier legislación, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos, o bien derivada de la actuación individual de los profesionales que comporte abuso, negligencia, detrimento de la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico, la correcta maduración o que viole los derechos

básicos de una persona bien sea adulto o menor de edad. Se refiere a las inadecuadas ó insuficientes prácticas llevadas a cabo por los siguientes sectores: ámbito sanitario, justicia, educación, servicios sociales, centros de acogimiento/ familias sustitutas, medios de comunicación, asociaciones para la prevención del maltrato infantil y ONG.

22. **Maltrato:** toda conducta, de acción u omisión, que provoque o pueda provocar daño a la integridad o salud física, psicológica o sexual de un niño, niña o adolescente, por parte de cualquier persona incluido sus progenitores, otros parientes, educadores y personas a cargo de su cuidado, cualquiera sea el medio utilizado para el efecto, sus consecuencias y el tiempo necesario para la recuperación de la víctima. Se incluye en esta calificación el trato negligente o descuido grave o reiterado en el cumplimiento de las obligaciones para con los niños, niñas y adolescentes, relativas a la prestación de alimentos, alimentación, atención médica, educación, cuidados diarios, y su utilización en la mendicidad.
23. **MSP:** Ministerio salud Pública
24. **Nutrición:** Es el conjunto de transformaciones que experimentan los alimentos que tomamos dentro del cuerpo y que éste utiliza. Estas transformaciones son necesarias para que los nutrientes puedan entrar en el interior de todas las células y para poder obtener la energía necesaria para vivir así como la materia para crecer. Todas estas transformaciones se llevan a cabo en el sistema digestivo.
25. **Nutriente:** Son las sustancias básicas que necesitamos para constituirnos y para subsistir. Se obtienen a través de la alimentación.
26. **OMS:** Organismo Mundial de la Salud
27. **OPS:** Organización Panamericana de la Salud.
28. **Prevención primaria:** Son un conjunto de actividades sanitarias que se realizan tanto por la comunidad o los gobiernos como por el personal sanitario antes de que aparezca una determinada enfermedad
29. **Proteína:** Cualquiera de las numerosas sustancias químicas formadas por aminoácidos que forman parte de la materia fundamental de las células y de las sustancias vegetales y animales: Son macromoléculas compuestas por carbono, hidrógeno, oxígeno y nitrógeno. El orden y disposición de los aminoácidos en una proteína depende del código genético, ADN, de la persona.

30. **Seguridad alimentaria:** existe seguridad alimentaria cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos a fin de llevar una vida activa y sana.
31. **Sexo:** Se refiere a la división del género humano en dos grupos: mujer u hombre.
32. **SIISE:** Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador
33. **Sistema de Protección Integral:** es un conjunto articulado y coordinado de organismos, entidades y servicios, públicos y privados, que definen, ejecutan; controlan y evalúan las políticas, planes, programas y acciones, con el propósito de garantizar la protección integral de la niñez y adolescencia; define medidas, procedimientos; sanciones y recursos, en todos los ámbitos, para asegurar la vigencia, ejercicio, exigibilidad y restitución de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, establecidos en este Código, la Constitución Política y los instrumentos jurídicos internacionales.
34. **Titularidad de Derechos:** los niños, niñas y adolescentes son sujetos de derechos y garantías, y, como tales, gozan de todos aquellos que las leyes contemplan a favor de las personas, además de aquellos específicos para su edad.
35. **Violación de Derechos Humanos:** las violaciones a los Derechos Humanos son aquellos delitos que atentan contra los derechos fundamentales del hombre, en cuanto miembro de la humanidad, que se encuentran definidas en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, y que son realizadas por el Estado - directa, indirectamente o por omisión - al amparo de su poder único. De esta manera, el Estado anula su finalidad esencial y provoca la inexistencia del estado de derecho. El sujeto o hechor de la violación a los derechos humanos, es un agente del Estado, un funcionario público; persona o grupo de personas, que cuentan con la protección, consentimiento o aquiescencia del Estado. En cambio, si el Estado lo pone a disposición de la justicia ordinaria y no le brinda defensa, se entenderá como un delito común
36. **Vulneración:** transgresión, quebranto, violación de una ley o precepto.

BIBLIOGRAFIA

- ALSTON, P, (1984), Hacia la exigibilidad de los derechos económicos, sociales y culturales. Estándares internacionales y criterios de aplicación ante los tribunales locales.
- Asamblea General (2007), Derecho a la alimentación. Informe del Relator especial sobre el derecho a la alimentación Doc. A/62/289.
- Ávila CA, (1990) Hambre, desnutrición y sociedad. La investigación epidemiológica de la desnutrición en México. México: Universidad de Guadalajara.
- Banco Mundial, (2007), Insuficiencia Nutricional en el Ecuador, causas, consecuencias y soluciones. Washington, D.C. 20433, EE.UU.
- BARTH EIDE, W, (2005) “From Food Security to the Right to Food”
- Burruelo J, Arjona. (2002) Primeros vínculos (en la vida y en las consultas) Revista Pediatría de Atención Primaria Volumen IV. Número 15.
- Burruelo J, Arjona. (2002) Primeros vínculos (en la vida y en las consultas) Revista Pediatría de Atención Primaria Volumen IV.
- Carta Universal de los Derechos Humanos. Organización de las Naciones Unidas.
- Carvalho S, (1997). Percepción de la madre de niños desnutridos en relación a la desnutrición de sus hijos.
- CNNA, (2013), Sistema Descentralizado de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia. www.cnna.gob.ec.
- Cordova J, <http://www.monografias.com/trabajos59/rol-juez-constitucional/rol-juez-constitucional.shtml>.
- Diccionario de la lengua española (2010).
- DIOUF, J, “Prefacio” de las Directrices sobre el derecho a la alimentación. <http://dipronaturaleza.blogspot.com/2012/08/concepto-y-principosbasicosdelosderechos>
- FAO, (1996) Declaración de la Cumbre mundial sobre la Alimentación: cinco años después.
- FAO, (2005) El estado de inseguridad alimentaria en el mundo.
- FAO, (2008) El estado de inseguridad alimentaria en el mundo.

- FAO, (2008) El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo.
- FAO, Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación.
- FAO, (2006), Informe de Políticas Seguridad Alimentaria.
- Freire W., Dirren H., Mora JO., Arenales P., Granda E., Breilh J., Campana A., Páez R., Darquía L. y Molina E. “Diagnóstico de la Situación Alimentaria, Nutricional y de Salud de la Población Ecuatoriana menor de cinco años”. DANS. Quito. CONADE/MSP. 1988.
- Gelacio L, (2009) Democracia y Participación Ciudadana.
- Hacia un Acuerdo Nacional para alcanzar los Objetivos de Milenio en Ecuador”. Notas para la estrategia nacional de desarrollo Pág. 11, 12, 13.
- KRACHT, U, (2005) “Whose Right to Food? Vulnerable Groups and the Hungry Poor”
- La diferencia entre estos dos compromisos es la siguiente: según el objetivo de la CMA de 1996, la cantidad de personas subalimentadas de aquí a 2015 debería ser de 408 millones, mientras que de acuerdo al objetivo establecido en la Declaración del Milenio, dicho número corresponde a 591 millones.
- MSP (2011) Estrategia Nacional Integral Acción Nutrición. Ecuador.
- Muñoz M, (2009), Convención sobre los derechos de los niños. Iquique Chile.
- Naciones Unidas (2005), Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, Grupo de Trabajo sobre Educación e Igualdad de Género.
- Naciones Unidas / Gobiernos de la República del Ecuador (2007): II informe Nacional de Desarrollo de los ODM, Alianzas para el Desarrollo
- Naciones Unidas, (2000) Comité de Observación general, párrafo 9. Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.
- Naciones Unidas, (2000) Comité de Observación general, párrafos 8 y 12. Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.
- Olivares G, M. y T. Walter. (2004) “Consequences of Iron Deficiency”.
- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. (2000), El espectro de la malnutrición. Dirección de Alimentación y Nutrición.

- Organización Mundial de la salud: Preguntas más frecuentes / <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional de América Latina y el Caribe (2011).
- Plan Nacional del Buen Vivir (2013-2017) Objetivos nacionales para el Buen Vivir.
- Plan Nacional del Buen Vivir (2013-2017).
- Red Cuidado Obstétrico Neo natal, (Red CONE). Documento de presentación de la red, Cantón Pujili- Ecuador.
- Rotenberg S. (1999), Practicas alimentares e o cuidado da saude da crinca de baixo-peso. Rio de Janeiro.
- Senplades (2013) Atlas de Desigualdades Socio económicas. Quito Ecuador.
- TOMASEVSKI, K, (1995), “Justiciabilité des droits économiques, sociaux et culturels” in La Revue, Commission internationale de juristes, décembre.
- Urrea F. (1992), La salud en la perspectiva de la comunicación intercultural. Revista Universidad del Valle.
- Urrea F. (1992), La salud en la perspectiva de la comunicación intercultural. Revista Universidad del Valle.
- Visión Mundial Bolivia, (2010) Estrategia sectorial de Nutrición Bolivia.
- Visión Mundial Ecuador, (2010), Vigilancia Comunitaria de Salud.
- Wikipedia (2012) conceptos básicos.
- Wilber Laime, (2013), Manual de capacitación en Protección de la Niñez.

ANEXOS

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA
UNIDAD DE POSTGRADOS
Maestría en Política Social para la Infancia y Adolescencia

Tema: “Desnutrición Infantil una vulneración de derechos de niños y niñas”. Estudio

INVESTIGACION INFLUYENTES EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS

DESCRIPCION DEL GRUPO:

LUGAR:.....

FECHA:.....

- **Lugar:** Seleccionar un lugar tranquilo donde se pueda escuchar las respuestas de las madres. Otras personas pueden estar presentes (en adición a las madres), pero hágales saber que quiere escuchar las respuestas de las madres en el círculo solamente.
- **Participantes:**
- **Materiales:** Papel, esferográfico, grabadora, baterías y adaptador eléctrico, 10-15 sillas colocadas en círculo, un lugar tranquilo, algún artículo promocional del proceso que se está investigando.
- **Objetivos:** Identificar las percepciones de delegados de locales, madres y representantes de niños entre 0-60 meses de edad.

Los centros de salud y hospitales en el área (incluyendo el acceso a estos centros),

Sus problemas comunitarios principales.

Problemas principales de salud y de sus niños,

Prácticas y creencias sobre el tratamiento de sus problemas principales de salud y aspectos alimentarios

Comportamientos asociados con salud.

DESARROLLO DEL GRUPO FOCAL.

(5 minutos)

1. Introducción:

- Explicar quiénes somos.
- Explicar por qué queremos hablar con ellas:

Quisiéramos tener una mejor idea de cómo está la vida en estas comunidades.

Pienso que la reunión tomará una hora y media, más o menos.

No tiene que participar si no quiere, pero su participación nos ayudaría.

Pueden ayudarme a entender mejor la situación aquí?

Pida que cada persona diga su nombre, cuántos niños tiene, el sexo y edad de cada niño.

(Empezar por sus datos personales.)

NOMBRE

No NIÑ@S

EDAD

SEXO

Transición: Vamos a hablar ahora sobre los logros y problemas que ustedes han visto aquí en su comunidad, zona etc.

(10 minutos). Percepción De Problemas Comunitarios y de Salud De Sus Niños:

- a. Cuáles son los logros más grandes de esta comunidad en los últimos 10 años? Qué ha pasado aquí como una cosa buena para la comunidad?
- b. Qué organizaciones han trabajado en esta comunidad?
- c. En general, cuáles son los problemas más grandes que la comunidad ha sufrido en los últimos años o actualmente?
- d. Cuáles son las enfermedades que sus niños chiquitos han tenido más frecuentemente este año?
- e. Cuáles son las enfermedades más graves que sus niños chiquitos han tenido?
- f. Para curar estas enfermedades cuesta mucho, en términos de dinero o tiempo?

Transición: Vamos a hablar de las facilidades de salud aquí.

20 minutos

- a. Díganme algo sobre las clínicas, puestos de salud, curandero local, y otros lugares donde ustedes van cuando sus niños están enfermos.

A dónde van?

Cómo les reciben allá?

Han tenido buenas experiencias o malas, con la gente que les ayuda cuando sus niños están enfermos?

b. usted ha escuchado sobre la palabra desnutrición.
Qué significa?

Donde le ha hecho ver?

Que le dicen los vecinos, médicos, etc. si su hijo esta enfermito?

c. usted ha escuchado sobre la palabra derechos.
Qué significa?

Donde le ha escuchado?

Cree usted que su hijito tiene derechos?.

e. ha escuchado quien da ayuda cuando su hijo o un niño tiene desnutrición.
Quien apoya?

Dónde?

Que dan?

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA
UNIDAD DE POSTGRADOS
Maestría en Política Social para la Infancia y Adolescencia

Tema: “Desnutrición Infantil una vulneración de derechos de niños y niñas”. Estudio

INSTRUCTIVO

Anotar únicamente lo que ve en relación a las preguntas. No incluir supuestos ni conclusiones. Si la observación muestra algo trascendente relacionado a la finalidad de esta actividad y que no está contemplado en las preguntas, adjuntar una nota al pie de la matriz con la descripción de la observación.

Comunidad:.....

Nombre de la niña(o) _____

Fecha_____

Apellido de la Familia_____

1. Niña(o) Seleccionada/o	
1.1 ¿Está bien nutrida(o) o mal nutrida(o)?	
1.2 ¿Cómo es ella (el)? (¿activa(o), alegre?)	
1.3 ¿Esta limpia(o) o no? (cuerpo y vestimenta)	
1.4 Otras observaciones: Esta enfermo en ese momento	
2. Persona Principal encargada del Cuidado de la(el) niña(o):	
2.1 ¿Quién es? (¿la madre?)	
2.3 ¿Cómo está su cuidado personal?	
2.4 Otras observaciones:	
3. Persona Secundaria encargada del Cuidado de la(el) niña(o):	
3.1 ¿Quién es? (¿la abuela?)	
3.2 ¿Esta limpia(o) o no?	

3.3 Otras observaciones:	
4. Hermanas(os) de la(el) niña(o):	
4.1 ¿Están bien nutridas(os) o mal nutridas(os)?	
4.2 ¿Están limpias(os) o no?	
4.3 Otras observaciones	
5. Padre de la(el) niña(o):	
5.1 ¿Cómo está el cuidado de padre?	
5.2 Otras observaciones:	
6. Prácticas Alimentarias	
6.1 ¿Se lavan las manos antes y después de alimentar a la guagua?	
6.2 ¿La (el) niña(o) come alimentos recogidos del suelo?	
6.3 ¿La (el) niña(o) come alimentos tocados por animales?	
6.4 ¿Lavan los platos/trastes?	
6.5 Otras observaciones:	
7. vacunación	
7.1 ¿le ha hecho vacunar a su hijo)?	
7.2 ¿Dónde y con quién?	
8. Interacción entre el niño (a) y la persona encargada de su Cuidado	

8.1 ¿Supervisión y cuidado de la (el) niña(o)?	
8.2 ¿Conductas afectuosas?	
8.3 ¿Enseñan a la (el) niña(o) a caminar, hablar, jugar?	
8.4 Otras observaciones:	
9. Lavado de manos	
9.1 ¿explique cómo e lava las manos	
9.2 ¿en qué momento se debe lavar las manos?	
10. Lactancia materna	
10.1 ¿hasta qué mes le dio el seno a su hijo	
10.2 ¿Cuándo en que mes comenzó a darle otros alimentos?	
10.3 ¿hasta qué edad le dio el seno?	
11. visitas en casa	
11.1 ¿Quién le visita en casa y pregunta por la salud del niño o su hijo?	
11.2 ¿cada que tiempo vienen?	
12. Disponibilidad de Alimentos	
12.1 ¿Cantidad y variedad de alimentos?	
12.2 ¿Tiene huerto familiar y que alimentos del huerto consume?	
12.3 ¿Alimentos de origen animal?	
12.5 ¿Tiene un lugar adecuado para guardar los alimentos?	