



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

**CANAL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE
MORBILIDAD EN LA PRIMERA INFANCIA DE LA ZONA 6 DE
SALUD DE ECUADOR, 2020 - 2024**

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL

TÍTULO DE MAGISTER EN SALUD PÚBLICA

**AUTOR: MD. DOMÉNICA ALEXANDRA
TUPIÑO BEJARANO**

DIRECTOR: DR. JOSÉ POZO MOSQUERA

CUENCA - ECUADOR

2024

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

**CANAL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS PRINCIPALES CAUSAS
DE MORBILIDAD EN LA PRIMERA INFANCIA DE LA ZONA
6 DE SALUD DE ECUADOR, 2020 - 2024**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MAGISTER EN SALUD PÚBLICA**

AUTOR: MD. DOMÉNICA ALEXANDRA TUFÍÑO BEJARANO

DIRECTOR: DR. JOSÉ POZO MOSQUERA

CUENCA– ECUADOR

2025

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Doménica Alexandra Tufiño Bejarano portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0105590723**. Declaro ser el autor de la obra: “**Canal epidemiológico de las principales causas de morbilidad en la primera infancia de la zona 6 de salud de Ecuador, 2020 a 2024**”, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 25 de noviembre de 2025

F:

Doménica Alexandra Tufiño Bejarano

C.I. 0105590723

Dedicatoria

Dedico este trabajo, a mis padres, por ser mi pilar más firme, por creer en mí incluso cuando yo dudaba, por sostenerme con sus palabras de aliento y su apoyo incondicional, ya sea emocional o económico, gracias por enseñarme que el amor y el esfuerzo siempre abren camino.

A mis hermanos con la esperanza de que este logro sea para ustedes un ejemplo de que los sueños sí se cumplen cuando se trabaja con constancia y fe, que mi camino les inspire a construir el suyo con valentía y determinación.

A mi familia en general, por estar presente con su cariño, su impulso constante y su confianza en mi capacidad de lograr lo que me proponga. Cada palabra, gesto y abrazo fueron combustibles en mi trayecto.

A mi novio, mi compañero de vida y de batallas, con quien he formado un equipo sólido y lleno de amor, gracias por estar a mi lado en los días de luz y en los de tormenta, por celebrar mis logros como tuyos y por sostenerme en mis caídas. Contigo, el camino se ha vuelto más fuerte, más noble y más esperanzador.

Y a mí, a la mujer que no se rindió, que siguió adelante incluso con el corazón cansado, a esa versión de mí que lloró en silencio, que dudó, que cayó, pero que jamás se detuvo. Gracias por nunca abandonar tus sueños.

Agradecimiento

Un profundo agradecimiento a la Universidad Católica de Cuenca, por brindarme la oportunidad de ser parte de la Maestría en Salud Pública, permitiéndome crecer académica y profesionalmente. Ha sido un privilegio formar parte de esta institución que ha fortalecido mis conocimientos y reafirmado mi vocación de servicio.

A mis docentes y tutores, gracias por su dedicación, por compartir su experiencia y por impulsarme a dar lo mejor de mí en cada etapa del proceso. Su guía ha sido clave en mi formación.

A mis compañeros de maestría, gracias por el trabajo en equipo, la colaboración y el apoyo mutuo. Compartir este camino con ustedes ha enriquecido mi aprendizaje y lo ha hecho más llevadero.

Y finalmente, gracias a mi familia, a mi novio y a todas las personas que me acompañaron durante esta etapa. Este logro también es suyo.

Resumen:

Introducción: La salud en la primera infancia (1-4 años) es determinante para el desarrollo integral y la equidad social. En Ecuador, persisten problemas prevenibles como neumonía, diarrea, parasitosis, desnutrición crónica y sobrepeso, con mayor impacto en zonas rurales e indígenas. La Zona 6 (Azuay, Cañar, Morona Santiago) presenta alta vulnerabilidad por factores geográficos y socioeconómicos, pero carece de datos actualizados. Este estudio utiliza el canal epidemiológico para analizar la morbilidad infantil (2020-2024), con el fin de orientar políticas y acciones de salud pública eficaces y focalizadas. **Objetivo:** Identificar las principales causas de morbilidad en la primera infancia en la Zona 6 de salud de Ecuador, durante el período 2020 - 2024, mediante el análisis de datos de acceso libre del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. **Metodología:** Estudio cuantitativo y descriptivo basado en registros del MSP para niños de 1 a 4 años en la Zona 6 (2020-2024). Se analizaron 401,738 casos con estadística descriptiva usando Excel y SPSS. La investigación se realizó entre enero y julio de 2025 con recursos institucionales y autofinanciados.

Resultados: Entre 2020 y 2024, las principales causas de morbilidad en la primera infancia de la Zona 6 de Ecuador fueron diarrea y gastroenteritis, desnutrición proteicoalórica, anemia por deficiencia de hierro, amigdalitis aguda, rinofaringitis aguda, parasitosis intestinal y caries dental. Se identificaron picos estacionales en abril, septiembre y octubre, vinculados a lluvias y, para infecciones respiratorias, al inicio y fin del ciclo escolar. La pandemia de COVID-19 redujo temporalmente la atención en 2020–2021, con repunte posterior; la parasitosis aumentó durante campañas de desparasitación y la caries dental en octubre. Los meses con menor incidencia fueron agosto, noviembre y diciembre, asociados a vacaciones y festividades.

Conclusión: El estudio en la Zona 6 de Ecuador (2020–2024) mostró picos estacionales de morbilidad infantil en abril y octubre, influenciados por factores ambientales y sociales. Las principales causas fueron rinofaringitis aguda, anemia por deficiencia de hierro y parasitosis intestinal, con mayor incidencia en niños; mientras que la desnutrición proteicoalórica y caries dentinaria fueron más frecuentes en niñas. Se observaron variaciones interanuales que resaltan la importancia de una vigilancia epidemiológica continua para orientar recursos y diseñar intervenciones focalizadas que mejoren la salud infantil.

Palabras claves: Morbilidad, primera infancia, epidemiología, Ecuador, salud.

Abstract

Introduction: Early childhood health (ages 1-4) is crucial for comprehensive development and social equity. In Ecuador, preventable issues such as pneumonia, diarrhea, parasitosis, chronic malnutrition, and overweight persist, with greater impact in rural and indigenous areas. Zone 6 (Azua, Cañar, Morona Santiago) is highly vulnerable due to geographic and socioeconomic factors but lacks updated data. This study uses the epidemiological channel to analyze childhood morbidity (2020–2024) to guide effective and targeted public health policies and actions. **Objective:** To identify the main causes of morbidity in early childhood in the Health Zone 6 of Ecuador during the period 2020–2024 through analysis of open-access data from the Ministry of Public Health of Ecuador. **Methodology:** Quantitative, descriptive study based on Ministry of Public Health records for children aged 1 to 4 in Zone 6 (2020–2024). A total of 401,738 cases were analyzed using descriptive statistics with Excel and SPSS. The research was conducted between January and July 2025 with institutional and self-funded resources. **Results:** Between 2020 and 2024, the main causes of morbidity in early childhood in Zone 6 were diarrhea and gastroenteritis, protein-energy malnutrition, iron-deficiency anemia, acute tonsillitis, acute rhinopharyngitis, intestinal parasitosis, and dental caries. Seasonal peaks were identified in April, September, and October, linked to rainy seasons and, for respiratory infections, to the start and end of the school year. The COVID-19 pandemic temporarily reduced healthcare demand during 2020–2021, followed by a rebound; parasitosis increased during deworming campaigns and dental caries peaked in October. The months with lowest incidence were August, November, and December, associated with holidays and festivities. **Conclusion:** The study in Zone 6 Ecuador (2020–2024) showed seasonal peaks of childhood morbidity in April and October influenced by environmental and social factors. The main causes were acute rhinopharyngitis, iron-deficiency anemia, and intestinal parasitosis, with higher incidence in boys; while protein-energy malnutrition and dental caries were more frequent in girls. Interannual variations highlight the importance of continuous epidemiological surveillance to guide resources and design targeted interventions to improve child health.

Key words: Morbidity, Preschool Child, Epidemiology, Ecuador, Health

Índice de contenido

Declaratoria de Autoría y Responsabilidad	I
Dedicatoria.....	II
Agradecimiento	III
Resumen:	IV
Abstract.....	V
Índice de contenido	VI
Índice de gráficos	VIII
INTRODUCCIÓN	1
1. Planteamiento del problema.....	5
1.1 Situación problemática	5
1.2 Formulación del problema	6
1.3 Justificación de la Investigación	7
1.4 Objetivos de la Investigación	9
1.4.1 Objetivo General	9
1.4.2 Objetivos Específicos	9
2. Marco teórico.....	11
2.1 Antecedentes de la investigación.....	11
2.2 Bases Teóricas Filosóficas	12
2.3 Marco Conceptual.....	14
3. Hipótesis y Variables de Investigación	18
3.1 Hipótesis general.....	18
3.2 Hipótesis específicas	18
3.3 Identificación de variables.....	18
3.4 Operacionalización de variables.....	18
3.5 Indicadores.....	21
3.6 Matriz de Consistencia.....	21
4. Metodología	24
4.1 Tipo y diseño de Investigación	24
4.2 Unidad de Análisis	24
4.3 Población de estudio	24
4.4 Selección de muestra	24
4.4.1 Criterios de inclusión:	24
4.4.2 Criterios de exclusión:	24

4.5	<i>Tamaño de la muestra</i>	25
4.6	<i>Técnicas de recolección de datos</i>	25
4.6.1	Procedimientos	25
4.6.2	Instrumentos mecánicos	25
4.6.3	Materiales	25
4.6.4	Recursos	25
4.7	<i>Cronograma de actividades</i>	25
4.8	<i>Análisis e interpretación de la información</i>	27
4.8.1	Ubicación espacial	27
4.8.2	Ubicación temporal	27
4.8.3	Procedimientos de la toma de datos	27
4.8.4	<i>Procedimientos para el análisis de datos</i>	27
4.9	<i>Análisis e Interpretación</i>	28
4.9.1	Resultados	28
4.9.2	<i>Discusión</i>	51
4.9.3	<i>Conclusiones</i>	58
	Bibliografía	59
	ANEXOS	68
	<i>Anexo 1</i>	68

Índice de gráficos

<i>Gráfico 1. Distribución de casos con diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (CIE 10: A09X) en la población de la primera infancia perteneciente a la Zona 6.</i>	28
<i>Gráfico 2. Distribución de casos con desnutrición proteicocalórica no especificada (CIE 10: E46X) en la población de la primera infancia perteneciente a la Zona 6.</i>	30
<i>Gráfico 3. Distribución de casos con anemia por deficiencia de hierro sin otra especificación (CIE 10: D509) en la población de la primera infancia perteneciente a la Zona 6.</i>	30
<i>Gráfico 4. Distribución de casos con amigdalitis aguda, no especificada (CIE 10: J039) en la población de la primera infancia perteneciente a la Zona 6.</i>	33
<i>Gráfico 5. Distribución de casos con rinofaringitis aguda (resfriado común) (CIE 10: J00X) en la población de la primera infancia perteneciente a la Zona 6.</i>	34
<i>Gráfico 6. Distribución de casos con parasitosis intestinal, sin otra especificación (CIE 10: B829) en la población de la primera infancia perteneciente a la Zona 6.</i>	35
<i>Gráfico 7. Distribución de casos con caries de la dentina (CIE 10: K021) en la población de la primera infancia perteneciente a la Zona 6.</i>	36
<i>Gráfico 8. Distribución de casos con diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (CIE 10: A09X) en la población de la primera infancia perteneciente a la Zona 6.</i>	37
<i>Gráfico 9. Distribución de casos con desnutrición proteicocalórica no especificada (CIE 10: E46X) en la población de la primera infancia perteneciente a la Zona 6.</i>	38
<i>Gráfico 10. Distribución de casos con anemia por deficiencia de hierro sin otra especificación (CIE 10: D509) en la población de la primera infancia perteneciente a la Zona 6.</i>	39
<i>Gráfico 11. Distribución de casos con amigdalitis aguda, no especificada (CIE 10: J039) en la población de la primera infancia perteneciente a la Zona 6.</i>	40
<i>Gráfico 12. Distribución de casos con rinofaringitis aguda (resfriado común) (CIE 10: J00X) en la población de la primera infancia perteneciente a la Zona 6.</i>	41
<i>Gráfico 13. Distribución de casos con parasitosis intestinal, sin otra especificación (CIE 10: B829) en la población de la primera infancia perteneciente a la Zona 6.</i>	42
<i>Gráfico 14. Distribución de casos con caries de la dentina (CIE 10: K021) en la población de la primera infancia perteneciente a la Zona 6.</i>	43
<i>Gráfico 15. Distribución de casos con diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (CIE 10: A09X) en la población de la primera infancia perteneciente a la Zona 6.</i>	44
<i>Gráfico 16. Distribución de casos con desnutrición proteicocalórica no especificada (CIE 10: E46X) en la población de la primera infancia perteneciente a la Zona 6.</i>	45
<i>Gráfico 17. Distribución de casos con anemia por deficiencia de hierro sin otra especificación (CIE 10: D509) en la población de la primera infancia perteneciente a la Zona 6.</i>	46
<i>Gráfico 18. Distribución de casos con amigdalitis aguda, no especificada (CIE 10: J039) en la población de la primera infancia perteneciente a la Zona 6.</i>	47
<i>Gráfico 19. Distribución de casos con rinofaringitis aguda (resfriado común) (CIE 10: J00X) en la población de la primera infancia perteneciente a la Zona 6.</i>	48
<i>Gráfico 20. Distribución de casos con parasitosis intestinal, sin otra especificación (CIE 10: B829) en la población de la primera infancia perteneciente a la Zona 6.</i>	49
<i>Gráfico 21. Distribución de casos con caries de la dentina (CIE 10: K021) en la población</i>	

de la primera infancia perteneciente a la Zona 6. 50

INTRODUCCIÓN

Cuidar y mejorar la salud de los niños durante sus primeros años de vida constituye una inversión clave para garantizar un desarrollo físico, cognitivo y emocional óptimo, así como para potenciar sus capacidades a lo largo del ciclo vital(1). Diversas investigaciones coinciden en que las condiciones de salud en la primera infancia tienen efectos duraderos sobre el capital humano, la productividad futura y la equidad social. Las deficiencias nutricionales, especialmente durante los primeros dos años de vida, pueden afectar de forma irreversible el desarrollo neurológico, limitar el aprendizaje, reducir la capacidad laboral en la adultez y aumentar el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, que actualmente constituyen una de las principales causas de mortalidad en Ecuador(2).

En este sentido, la morbilidad infantil continúa siendo un desafío prioritario para la salud pública, tanto por su impacto en la mortalidad y la discapacidad, como por las implicaciones económicas y sociales que conlleva para las familias y al sistema sanitario. La primera infancia, etapa comprendida entre los 1 y 4 años, es especialmente vulnerable a enfermedades infecciosas, trastornos nutricionales y condiciones ambientales adversas. A nivel global, las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias bajas continúan siendo responsables de una parte significativa de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) en este grupo etario, a pesar de tratarse de patologías prevenibles con intervenciones efectivas y oportunas(3).

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2019 murieron 5.2 millones de niños menores de 5 años, en su mayoría por causas evitables y tratables mediante el acceso oportuno a los servicios de salud(4). En el contexto ecuatoriano, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) reportó para el año 2022 una tasa de mortalidad infantil en menores de cinco años de 10.6 por cada mil nacidos vivos, cifra inferior al promedio mundial, pero aún indicativa de desafíos persistentes en cuanto a cobertura, equidad y calidad de la atención en salud infantil(5).

En Ecuador, las principales causas de atención médica en la infancia siguen siendo enfermedades prevenibles tales como la neumonía, la diarrea aguda y las parasitosis intestinales(6). A esto se suma una carga nutricional doblemente preocupante, reflejada en la coexistencia de desnutrición crónica y sobrepeso infantil, fenómeno que evidencia profundas inequidades socioeconómicas, especialmente en zonas rurales e indígenas. Se estima que uno de cada cuatro niños menores de

5 años presenta retraso en el crecimiento, mientras que el 8% muestra signos de sobrepeso, datos que revelan una transición epidemiológica acelerada y desigual(7). Esta situación se intensifica en zonas rurales, donde uno de cada dos niños puede presentar desnutrición crónica, con sus respectivas consecuencias en el desarrollo físico y mental(8).

Por otro lado, las infecciones de las vías respiratorias agudas bajas continúan ocupando el tercer lugar en los perfiles de morbilidad. En Ecuador, constituyen la principal causa de años de vida perdidos (AVP), lo cual exige una evaluación más precisa del impacto que tienen y de la eficiencia de las intervenciones en salud pública. La falta de una estacionalidad clara de los virus respiratorios, sumado a la variabilidad de sus manifestaciones clínicas, dificulta su detección y control oportuno, contribuyendo una carga subestimada en los registros epidemiológicos. Entre 2011 y 2015, la pérdida anual de productividad asociada a estas enfermedades se estimó en 152.14 millones de dólares(9).

Además, la carga de enfermedades crónicas no transmisibles en la infancia ha aumentado, siendo la caries temprana una de las más prevalentes. En Ecuador se estima que esta condición afecta al 79.4% de los niños en la primera infancia, una cifra alarmante que refleja barreras en el acceso a la atención odontológica, la escasa educación en salud oral y una ingesta desregulada de alimentos, en especial aquellos con alto potencial cariogénico incluidos habitualmente en la dieta diaria(10).

Las enfermedades infecciosas intestinales, por su parte, continúan siendo una fuente importante de morbilidad infantil. Están fuertemente influenciadas por determinantes sociales como el acceso a agua potable, saneamiento básico, nivel educativo materno y la pobreza estructural. En Ecuador, durante el período 2014 – 2019, se registraron 209.668 casos, con mayor incidencia en menores de 5 años y una distribución geográfica desfavorable en las regiones sur y suroeste(11).

Dentro de este panorama, la Zona 6 del Ecuador, conformada por las provincias de Azuay, Cañar y Morona Santiago, presenta características geográficas, culturales y socioeconómicas que influyen directamente en los perfiles epidemiológicos. Estas provincias se caracterizan por alta ruralidad, diversidad étnica, desigualdad en el acceso a servicios y condiciones de pobreza multidimensional, que afectan la salud infantil de manera estructural. Sin embargo, existe escasa evidencia desagregada y actualizada que permita analizar con precisión las principales causas de morbilidad en esta etapa clave del desarrollo.

En este contexto, la vigilancia epidemiológica se convierte en una herramienta estratégica para guiar las políticas sanitarias y las intervenciones preventivas. El canal epidemiológico constituye una herramienta técnica que permite monitorear la incidencia de las enfermedades, comparar con valores esperados, identificar brotes y alertas y evaluar la magnitud de desviaciones epidemiológicas junto con la efectividad de las acciones en salud pública. Por ello, el presente estudio tiene como objetivo identificar las principales causas de morbilidad en la primera infancia de la Zona 6 de salud de Ecuador durante el período 2020 - 2024, mediante el análisis de datos de acceso libre del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Con esta investigación se busca generar evidencia útil para la planificación sanitaria, orientar acciones de vigilancia y control, y promover políticas focalizadas que garanticen el derecho a una salud equitativa, integral y sostenible desde los primeros años de vida.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. Planteamiento del problema

1.1 Situación problemática

La primera infancia, comprendida entre los 1 y 4 años de edad, constituye una etapa crítica en el desarrollo humano, caracterizada por un acelerado crecimiento físico, cognitivo y emocional. Durante este periodo, los niños enfrentan una alta vulnerabilidad a factores biológicos, sociales y ambientales que pueden afectar su salud tanto a corto como a largo plazo. En Ecuador, la morbilidad en la primera infancia continúa siendo un problema persistente y multifactorial, a pesar de los esfuerzos normativos e institucionales dirigidos a mejorar las condiciones de salud infantil(1).

La magnitud de este problema resulta alarmante. En el año 2019, se registraron 14.231 hospitalizaciones por enfermedades diarreicas en Ecuador, de las cuales el 28.57% correspondieron a niños de 0 a 2 años y el 17.54% a menores de 4 a 6 años(12). Estas enfermedades representan una prioridad en salud pública debido a que se constituyen como la segunda causa de muerte prevenible en la población pediátrica. A nivel mundial, se estiman 1.700 millones de casos de enfermedades diarreicas agudas cada año, las cuales pueden complicarse con deshidratación y desnutrición, especialmente en contextos con limitado acceso a servicios básicos(13).

Asimismo, la parasitosis intestinal es otra afección frecuente y desatendida en la niñez ecuatoriana. Se estima que afecta al 85,7% de los niños, siendo la segunda causa de morbilidad ambulatoria pediátrica en el país. Esta condición, a pesar a su alta prevalencia, recibe escasa atención desde los programas de prevención comunitaria(14).

La malnutrición infantil, en sus formas de desnutrición crónica y anemia por deficiencia de hierro, continúa siendo uno de los desafíos estructurales más graves para la salud pública del país. Ecuador presenta una de las tasas más elevadas de desnutrición crónica infantil en América Latina, afectando especialmente a niños de hogares con ingresos inferiores a los 80 dólares mensuales, sin acceso a servicios básicos como alcantarillado o agua potable segura. Asimismo, la falta de controles prenatales adecuados en el primer trimestre del embarazo ha sido identificada como un factor de riesgo determinante para este problema nutricional (15).

Del mismo modo, las infecciones respiratorias agudas también figuran entre las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil. Aunque la mayoría son de etiología viral y autolimitada, representa una carga importante para el sistema de salud por la elevada demanda de atención y hospitalización. En Ecuador, durante el año 2023, se evidenció una mayor afectación en niños del sexo masculino (63.8%), y entre 2010 y 2021 se reportaron 268.895 hospitalizaciones pediátricas por IRA y 4.669 fallecimientos, principalmente por infecciones respiratorias(16).

En el ámbito del desarrollo neurológico, los trastornos del espectro autista (TEA) y otras alteraciones del neurodesarrollo han empezado a cobrar mayor visibilidad en la agenda sanitaria y educación nacional, sin embargo, persiste un notable subregistro y una limitada comprensión de su magnitud real, debido a factores como la falta de protocolos estandarizados de tamizaje, el bajo acceso a evaluaciones neuropsicológicas y una insuficiente captación del personal de salud y educación en la detección temprana de señales de alerta. Esta situación afecta con mayor severidad a niños en zonas rurales, donde el acceso a servicios de salud mental y evaluaciones del neurodesarrollo es limitado. En Ecuador, según datos del Ministerio de Educación, existen 4.179 estudiantes del sistema público que cuentan con un diagnóstico formal de TEA(17).

La ausencia de información precisa, actualizada y desagregada por territorio constituye una de las principales brechas que obstaculizan la formulación de estrategias eficaces en salud pública. La ausencia de datos específicos sobre las principales causas de morbilidad en la primera infancia, su comportamiento estacional y su distribución geográfica dificulta la priorización de recursos, la focalización de intervenciones sanitarias y la evaluación del impacto real de las políticas públicas implementadas. Esta carencia es particularmente crítica en regiones como la Zona 6 del Ecuador, caracterizada por altos índices de pobreza, dispersión poblacional y limitada infraestructura de salud.

1.2 Formulación del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que cada año nacen aproximadamente 15 millones de niños a nivel mundial y cerca del 10% de ellos no llegan a cumplir los cinco años de vida, falleciendo por causas mayoritariamente prevenibles como la diarrea, neumonía y otras

infecciones. La mayoría de estas muertes se concentra en países de ingresos bajos y medianos, donde el déficit en atención sanitaria básica es crítico y refleja sistemas de salud insuficientes. Ante esta situación crítica, la comunidad internacional ha reconocido la necesidad de fortalecer el acceso a los servicios sanitarios, priorizando la atención profesional durante el embarazo, el parto y el puerperio. Además, consideran la morbilidad materno infantil como una emergencia global que requiere acciones integrales sobre los factores económicos, nutricionales, educativos y comunitarios para mejorar los resultados en salud(18).

En Ecuador, aunque el gasto público en salud alcanzó en 2022 un 4,6% del producto interno bruto (PIB), con un gasto per cápita aproximado de 315 dólares, aún no se dispone de un desglose específico que permita conocer cuánto de este presupuesto se destina a la atención en la primera infancia, dificultando una planificación eficiente de recursos. Además, persisten barreras estructurales y sociales que limitan el acceso oportuno a servicios médicos(19). Según datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), el 25,7% de los cuidadores de niños menores de cinco años no buscó atención médica cuando los menores presentaron enfermedades, con una tendencia más marcada en las zonas rurales. Asimismo, se reportó que la prevalencia estimada de infecciones respiratorias agudas (IRA) fue del 34,2%, mientras que las enfermedades diarreicas agudas (EDA) alcanzaron un 12,7% en zonas rurales(1).

La limitada disponibilidad de análisis desagregados por edad y sexo en el ámbito subnacional, como ocurre en la Zona 6 del país, reduce la capacidad de los organismos de salud para diseñar intervenciones específicas, focalizadas y basadas en evidencia. Aunque existen registros estadísticos, la ausencia de evaluaciones detalladas para el grupo etario de 1 a 4 años dificulta valorar la efectividad de las políticas públicas implementadas y realizar un seguimiento preciso del cumplimiento de los objetivos de salud infantil en la región.

En este marco, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las principales causas de morbilidad en la primera infancia en la Zona 6 de salud de Ecuador, durante el período 2020 - 2024?

1.3 Justificación de la Investigación

La investigación sobre las principales causas de morbilidad en la primera infancia de la Zona 6

de salud de Ecuador entre los años 2020 y 2024 resulta altamente pertinente, ya que responde a la necesidad de comprender los problemas de salud que afectan a uno de los grupos poblacionales más vulnerables del país. Abordar esta problemática permite generar conocimiento útil para orientar políticas públicas, optimizar la atención sanitaria y reducir las brechas en el acceso a servicios de salud.

Desde una perspectiva social, esta investigación tiene el potencial de generar beneficios directos para la población infantil y sus familias. Identificar las causas más frecuentes de morbilidad, así como su comportamiento según el sexo permitirá diseñar estrategias de prevención y atención más eficaces, contextualizadas y equitativas. Al visualizar las realidades locales de salud en la Zona 6, se podrán tomar decisiones informadas que beneficien tanto a áreas urbanas como rurales, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de los niños de la región. El impacto de este estudio puede traducirse en un acceso más oportuno a servicios médicos, una reducción en la incidencia de enfermedades prevenibles y, en consecuencia, un mejor desarrollo físico, mental y emocional en la niñez.

Desde el ámbito científico, este estudio constituye un aporte significativo al conocimiento sobre salud infantil en el contexto ecuatoriano. Aunque existen datos generales, la información disponible suele presentarse de forma agregada, lo cual limita la identificación de patrones regionales o específicos por sexo. Al enfocarse en la Zona 6 y emplear un análisis desagregado, esta investigación permitirá una comprensión más profunda del problema, ofreciendo insumos valiosos para futuras investigaciones, diagnósticos comunitarios o intervenciones en salud pública.

En cuanto a la viabilidad, el estudio es factible con los recursos disponibles. Se utilizarán bases de datos oficiales del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, lo cual facilita el acceso a información confiable y actualizada, sin requerir una inversión económica significativa. La delimitación geográfica y temporal (2020 – 2024) permite acotar el alcance del análisis sin sacrificar profundidad. Además, el uso de técnicas epidemiológicas descriptivas y comparativas está dentro de las competencias académicas adquiridas en el proceso formativo. El proyecto se encuentra dentro de las líneas de investigación de la Universidad Católica de Cuenca y con los temas priorizados por la Maestría en Salud Pública, cumpliendo así con las políticas institucionales de investigación.

Esta investigación se diferencia de estudios previos al centrarse específicamente en la Zona 6 de Ecuador, una región frecuentemente subrepresentada en la literatura nacional. Asimismo, al integrar el análisis por sexo y el uso del canal epidemiológico como herramienta técnica, se ofrece una perspectiva integral y dinámica de la evolución de la morbilidad infantil. Este enfoque no solo permite identificar las causas principales, sino también observar variaciones temporales y espaciales, fundamentales para la planificación y evaluación de políticas sanitarias.

Finalmente, desde una perspectiva personal y profesional, esta investigación representa una oportunidad para consolidar las competencias adquiridas durante la Maestría en Salud Pública, al aplicar conocimientos teóricos y metodológicos en un estudio concreto y alineado con la realidad nacional. Además de cumplir con un requisito académico para la obtención del título de Magister en la Universidad Católica de Cuenca, el trabajo refleja un compromiso ético con la mejora del sistema de salud, especialmente en lo que respecta a la atención de grupos históricamente vulnerables. El conocimiento generado será esencial para impulsar una carrera orientada a la gestión, investigación y promoción de políticas públicas que garanticen el bienestar integral de la infancia.

1.4 Objetivos de la Investigación

1.4.1 Objetivo General

- Identificar las principales causas de morbilidad en la primera infancia en la Zona 6 de salud de Ecuador, durante el período 2020 - 2024, mediante el análisis de datos de acceso libre del Ministerio de Salud Pública del Ecuador

1.4.2 Objetivos Específicos

- Identificar las cinco enfermedades prevalentes en la primera infancia según el sexo, en la zona 6 del Ecuador, a partir de los datos de acceso libre del Ministerio de Salud Pública.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2. Marco teórico

2.1 Antecedentes de la investigación

En Ecuador, diversos estudios han abordado la morbilidad en menores de cinco años; sin embargo, son escasos aquellos centrados específicamente en el grupo de 1 a 4, especialmente a nivel regional. Un análisis epidemiológico nacional correspondiente del periodo 2004 - 2017 reportó más de 1,6 millones de egresos hospitalarios y cerca de 63.700 defunciones en niños en este grupo etario. La neumonía fue la principal causa de hospitalización (15 %), mientras que las enfermedades infecciosas y parasitarias representaron la mayor proporción de muertes (12,9 %). Se registraron 28.999 defunciones y 745.121 hospitalizaciones en niñas, y 35.747 muertes y 918.807 egresos hospitalarios en niños. A nivel provincial, Guayas presentó las tasas más altas en menores de un año, mientras que, en el grupo de 1 a 4 años fue Pastaza la que reportó mayores niveles de morbilidad(20).

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018, realizada en hogares con menores de cinco años, reveló que el 24,8% había sufrido de enfermedades diarreicas agudas (EDA) y el 43,2 % de infecciones respiratorias agudas (IRA) en las últimas dos semanas previas a la encuesta. Estas condiciones se presentaron con mayor frecuencia en niños de 1 a 2 años (30,2 %) y de 3 a 4 años (26,6 %). La mayor prevalencia de IRA se concentró en la zona rural (50,2 %), y en los grupos étnicos afroecuatoriano (53,6 %) e indígena (46,7 %). Por otro lado, un 25,5 % de los hogares ecuatorianos experimentaron algún grado de inseguridad alimentaria, un fenómeno que afecta con mayor frecuencia a las zonas rurales (33,6 %), especialmente a hogares encabezados por mujeres y pertenecientes a los grupos étnicos afroecuatoriano e indígena. Esta problemática puede estar relacionada con la elevada incidencia de enfermedades prevenibles, como EDA e IRA, ya que la malnutrición debilita el sistema inmunológico y aumenta la vulnerabilidad de los niños a enfermedades infecciosas(21).

En este sentido, la desnutrición crónica infantil (DCI) constituye una de las formas más comunes de malnutrición y afecta significativamente al desarrollo de los niños ecuatorianos. La ENSANUT 2018 determinó que el 23,1 % de los menores de cinco años presentaban DCI, una cifra que se eleva al 27,2 % en la región Sierra. Se identificó una mayor prevalencia en hogares de menores ingresos y entre la población indígena, alcanzando hasta el 34,7 %. Estas cifras reflejan una marcada desigualdad que afecta de manera desproporcionada a los grupos en

situación de vulnerabilidad. La DCI puede incrementar el riesgo de enfermedades como la diarrea, neumonía y otras infecciones, debido a su impacto sobre el sistema inmunológico. Si bien se han registrado leves disminuciones en la prevalencia de DCI en las últimas décadas, Ecuador aún presenta niveles alarmantes en comparación con otros países de la región. Además, persiste una brecha de género: los niños tienen una prevalencia del 24,5 % frente al 21,6 % en las niñas. Esta diferencia sugiere la posible influencia de factores biológicos, sociales o culturales, cuya naturaleza aún requiere mayor investigación(22).

Además de los datos hospitalarios, en el ámbito de la morbilidad ambulatoria infantil, el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) reportó que las enfermedades más frecuentes en niños menores de cinco años en el año 2022 fueron: infecciones respiratorias agudas de vías altas (59,3 %), síndrome diarreico agudo (6,8 %) e infecciones intestinales (3,6 %). Estos datos subrayan la urgencia de implementar políticas de salud pública más eficaces para reducir la morbilidad infantil y mejorar el acceso a servicios de salud en zonas vulnerables del país(23).

2.2 Bases Teóricas Filosóficas

La presente investigación se inscribe dentro del enfoque filosófico del bienestar colectivo, el cual reconoce a la salud como un derecho fundamental que debe ser garantizado por el Estado. Desde esta concepción, el análisis de las principales causas de morbilidad en la primera infancia en la Zona 6 del Ecuador trasciende un mero ejercicio estadístico y se orienta a visibilizar problemas de salud pública que afectan a un grupo poblacional vulnerable, con el objetivo de generar información útil para la toma de decisiones sanitarias(24).

En cuanto a la visión de la realidad, esta investigación se fundamenta en un enfoque positivista, que parte de la premisa de que el conocimiento puede construirse de manera objetiva mediante la observación y el análisis sistemático de datos empíricos. Este enfoque considera que la realidad es medible y cuantificable, por lo tanto, susceptible de ser estudiada con rigor científico. En esta línea, las cifras de morbilidad recopiladas por el Ministerio de Salud Pública (MSP) constituyen una fuente válida y confiable para comprender la situación de salud infantil en la región objeto de estudio(25).

Adicionalmente, se adopta un enfoque empírico – analítico, centrado en la recolección y análisis de información verificable y comprobable. Este tipo de enfoque, es característico de las ciencias

de la salud, ya que busca establecer patrones, relaciones y tendencias basadas en evidencia. Así, los reportes de vigilancia epidemiológica, las tasas de incidencia, y otros indicadores oficiales son considerados insumos clave para la generación de conocimiento en esta investigación(26).

Desde el punto de vista disciplinar, se incorpora el enfoque de la epidemiología social, que busca comprender cómo los determinantes sociales, económicos y ambientales inciden en la salud de las poblaciones. Este enfoque permite entender que las enfermedades no son únicamente fenómenos biológicos, sino también expresiones de desigualdades estructurales que afectan de manera diferenciada a ciertos grupos sociales, como es el caso de los niños y niñas en situación de pobreza o con acceso limitado a servicios de salud. La epidemiología social, por tanto, permite articular el análisis cuantitativo con una interpretación contextual y crítica de los datos(24).

Asimismo, esta investigación se apoya en el principio de equidad en salud, el cual plantea que todas las personas deben tener las mismas oportunidades de alcanzar su máximo nivel de bienestar. En el caso específico de la primera infancia, esto implica garantizar el acceso a servicios de salud adecuados, prevenir de enfermedades y promover políticas públicas que aborden de manera oportuna las causas que generan morbilidad en este grupo etario. La identificación de las principales enfermedades que afectan a los niños y niñas entre 1 y 4 años se convierte así en un insumo esencial para orientar recursos, diseñar estrategias de intervención y reducir brechas de salud(27).

Esta investigación se fundamenta, por tanto, en una concepción filosófica integral que articula diversas dimensiones para comprender el fenómeno de la morbilidad en la primera infancia. Desde una perspectiva ontológica, se reconoce que la realidad de la salud infantil es objetiva y puede ser comprendida a través del análisis sistemático de datos. En el plano epistemológico, se adopta un enfoque positivista, que valora el conocimiento científico derivado de la evidencia empírica como base para entender los determinantes de la morbilidad. Metodológicamente, se enmarca en una lógica empírico-analítica, orientada a la recolección y análisis de datos verificables, como los registros oficiales de salud, lo que permite generar conocimiento útil y riguroso. En cuanto a su dimensión axiológica y ética, este estudio se orienta por principios como la equidad, la justicia social y la garantía del derecho a la salud, especialmente en lo que respecta a las poblaciones infantiles. Se reconoce la responsabilidad del Estado en la protección de los derechos de la niñez, entendiendo la salud pública como un instrumento clave para la transformación de las condiciones de vida de los sectores más vulnerables. Así, el abordaje de

esta problemática trasciende lo técnico y se convierte en una propuesta comprometida con el bienestar colectivo, en concordancia con los postulados contemporáneos de la salud pública y el enfoque de epidemiología social(27).

2.3 Marco Conceptual

Morbilidad

La morbilidad se refiere a la frecuencia con la que se presentan enfermedades en una población específica durante un periodo determinado. Este indicador permite identificar patologías prevalentes, grupos poblacionales más afectados y prioridades en salud pública. En primera infancia, el análisis de la morbilidad es clave debido a la vulnerabilidad inmunológica, nutricional y social de este grupo etario(28).

Primera infancia

La primera infancia abarca desde el primer año hasta los cuatro años de edad. Esta etapa es fundamental para el desarrollo integral, pues establece los fundamentos biológicos, cognitivos y sociales que influirán a lo largo de la vida. La OMS, subraya que las condiciones de vida y salud en este periodo determinan en gran medida el estado de salud futuro. Enfermedades durante esta fase puede afectar el crecimiento, desarrollo neurológico y capacidades cognitivas del niño(29).

Epidemiología

La epidemiología es la disciplina científica encargada del estudio de la distribución, frecuencia y los determinantes del estado salud-enfermedad en poblaciones humanas. Su objetivo principal es identificar patrones, causas y factores de riesgo para orientar estrategias de prevención, control y promoción. Además, proporciona herramientas metodológicas clave para la investigación en salud pública basada en evidencia científica(30).

Salud

La salud, desde un enfoque integral, no es solo ausencia de enfermedad, sino un estado de bienestar físico, mental y social completo(31). En salud pública, este concepto abarca el acceso equitativo a servicios, protección social y entornos saludables. El análisis de morbilidad infantil debe considerar múltiples factores determinantes del estado de salud(32).

Canal epidemiológico

El canal epidemiológico es una herramienta gráfica utilizada para la vigilancia y el monitoreo de enfermedades, especialmente transmisibles, a lo largo del tiempo. Permite establecer umbrales de alerta y epidemia mediante la comparación de datos actuales con los históricos, lo cual facilita la identificación oportuna de brotes o anomalías en la incidencia de enfermedades(33).

Vigilancia epidemiológica

La vigilancia epidemiológica es un componente esencial de los sistemas de salud pública, que consiste en la recolección sistemática, continua y oportuna de datos sobre eventos de salud, su análisis, interpretación y difusión para la toma de decisiones en la prevención y control de enfermedades. Esta herramienta permite detectar brotes, identificar factores de riesgo, establecer tendencias temporales y espaciales, y evaluar el impacto de las intervenciones sanitarias(34).

Determinantes sociales de la salud

Los determinantes sociales de la salud (DSS) son las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y que están influenciadas por la distribución del poder, los recursos y las políticas públicas. Estos factores incluyen el nivel de ingresos, educación, empleo, condiciones de vivienda, acceso a servicios básicos y salud, así como el entorno social y comunitario(35).

En el contexto de la primera infancia, los determinantes sociales tienen un impacto profundo sobre el desarrollo integral y el estado de salud de los niños. La pobreza, la inseguridad alimentaria, la falta de acceso a servicios de salud y educación, y la marginación social contribuyen significativamente a la aparición y persistencia de enfermedades prevalentes(36).

Zona 6 del Ecuador

La Zona 6 es una de las zonas de planificación nacional del Ecuador, integrada por las provincias de Azuay, Cañar y Morona Santiago. Esta zona presenta diversidad geográfica y cultural, con poblaciones urbanas, rurales e indígenas. En salud pública, enfrenta desafíos estructurales: altas tasas de morbilidad infantil, desnutrición, limitaciones de acceso a servicios de salud por barreras geográficas, económicas y sociales (37).

Enfermedades prevalentes en la primera infancia

Las enfermedades prevalentes son aquellas con mayor carga de morbilidad en un grupo y periodo específico. En primera infancia, incluyen infecciones respiratorias agudas, enfermedades

diarreicas, parasitosis intestinales y afecciones cutáneas. Estas reflejan condiciones sociales, económicas y ambientales adversas. En Ecuador, su alta incidencia en zonas vulnerables convierte a estas enfermedades en desafíos persistentes de salud pública(38).

CAPÍTULO III
HIPÓTESIS Y VARIABLES

3. Hipótesis y Variables de Investigación

3.1 Hipótesis general

El presente trabajo de investigación no precisa hipótesis, por tratarse de un estudio de tipo descriptivo.

3.2 Hipótesis específicas

El presente trabajo de investigación no precisa hipótesis, por tratarse de un estudio de tipo descriptivo.

3.3 Identificación de variables

Tipo de variable	Variable
Variable única	Morbilidad
Covariables	Sexo

3.4 Operacionalización de variables

Variable	Definición teórica	Definición operativa	Dimensiones	Indicador	Tipo estadístico	Escala	Dato	Instrumento
Morbilidad en la primera infancia	La morbilidad hace referencia a la presencia de enfermedades o condiciones de salud que afectan a una población en un periodo determinado.	Número de casos nuevos diagnosticados por mes durante los años 2020 a 2024 en niños de la primera infancia (1 a 4 años), reportados por unidades de salud del sistema nacional de vigilancia epidemiológica en Ecuador.	Frecuencia mensual <ul style="list-style-type: none"> - Año de ocurrencia - Tipo de enfermedad - Grupo etario (1 a 4 años) 	Número total de casos por enfermedad <ul style="list-style-type: none"> - Prevalencia mensual de cada enfermedad - Ranking de las 5 enfermedades más frecuentes por año 	Cuantitativo	Ordinal	Datos recolectados reportados por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador	Base de datos del MSP de libre acceso

Sexo	Categoría biológica que distingue a los seres humanos como masculino y femenino	Clasificación biológica registrada en la cédula de identidad	<ul style="list-style-type: none"> - Masculino - Femenino 	<ul style="list-style-type: none"> - Número de casos por sexo - Porcentaje de casos por sexo - Comparación entre sexo y enfermedad prevalente 	Cualitativo	Nominal (dicotómica)	Registros secundarios del MSP (base de datos)	Base de datos de acceso libre del MSP
------	---	--	---	--	-------------	----------------------	---	---------------------------------------

3.5 Indicadores

- **Variable Morbilidad**

- Número de casos por causa.
- Número de casos por año.
- Tasa de morbilidad específica por cada 1000 niños
- Tendencia anual de casos por causa de enfermedad

- **Variable sexo**

- Porcentaje de casos por sexo
- Comparación entre sexos por causa.

3.6 Matriz de Consistencia

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variable	Técnica	Instrumento	Estadística
¿Cuáles son las principales causas de morbilidad en la primera infancia en la Zona 6 de Ecuador, durante el período 2020 - 2024?	Objetivo Específico 1. Identificar las cinco enfermedades prevalentes en la primera infancia según el sexo.		- Categoría biológica que distingue a los seres humanos como masculino y femenino	Análisis de datos secundarios	Documento de identidad	Estadística descriptiva (frecuencia por sexo, porcentajes, tendencias por año)

CAPÍTULO IV
METODOLOGÍA

4. Metodología

4.1 Tipo y diseño de Investigación

Enfoque: Cuantitativo

Diseño de Investigación: Descriptivo

Nivel de Investigación: Descriptivo

Tipo de Investigación:

- **Por el ámbito:** Documental
- **Por la técnica:** Observacional
- **Por la temporalidad:** Transversal actual

4.2 Unidad de Análisis

Niños de 1 a 4 años registrados en los datos abiertos del Ministerio de Salud Pública, correspondientes a la Zona 6 de Ecuador.

4.3 Población de estudio

Todos los niños de 1 a 4 años registrados por el Ministerio de Salud Pública de Ecuador durante los años 2020, 2021, 2022, 2023 y 2024 en la Zona 6.

4.4 Selección de muestra

No probabilística por conveniencia: se toman todos los casos publicados en los informes del MSP.

4.4.1 Criterios de inclusión:

- Información reportada en la base de datos de libre acceso del MSP.
- Información únicamente de niños de 1 a 4 años, que pertenezcan a causas de morbilidad.

4.4.2 Criterios de exclusión:

- Información que esté fuera de la base de datos del MSP.

4.5 Tamaño de la muestra

En el presente estudio se trabajó con el tamaño total de la unidad de estudio reportada por la base de datos de libre acceso de MSP. Por lo tanto, para el tamaño de la muestra para el tema de investigación canal epidemiológico de las principales causas de morbilidad en la primera infancia fue 401.738.

4.6 Técnicas de recolección de datos

4.6.1 Procedimientos

Se utilizó la base de datos del MSP de libre acceso para la recolección de información (Anexo 1). Y se aplicaron filtros en base a nuestro tema de investigación, los cuales fueron la Zona 6 y la edad en este caso de 1 – 4 años.

4.6.2 Instrumentos mecánicos

Para la toma de datos se utilizó una laptop portátil de marca Dell Core i7 vPro 8th Gen.

4.6.3 Materiales

Se utilizó únicamente materiales de escritorio.

4.6.4 Recursos

Para llevar a cabo el estudio se utilizó recursos institucionales (UCACUE), recursos humanos (Estudiante y Tutor) y recursos financieros (autofinanciados).

4.7 Cronograma de actividades

Actividades	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Responsable	Descripción precisa del aporte
Objetivo específico: Identificar las cinco enfermedades prevalentes en la primera infancia según el sexo, en la zona 6 del Ecuador, a partir de los datos de acceso libre del Ministerio de Salud Pública.							
Actividad 1.1. Aprobación del Comité de Ética	x	x				Investigadora	Obtener aval ético para iniciar formalmente el trabajo investigativo.
Actividad 1.2. Recolección y organización de datos del MSP (libre acceso)		x	x			Investigadora	Descargar, filtrar y estructurar datos por sexo y enfermedad.
Actividad 1.3. Análisis estadístico y elaboración del canal epidemiológico			x	x		Investigadora	Procesar los datos y construir gráficos por enfermedad y sexo.
Actividad 1.4. Redacción de resultados y discusión				x	x	Investigadora	Interpretar los hallazgos en función del objetivo específico.
Actividad 1.5. Elaboración del informe final					x	Investigadora	Integrar todas las secciones del documento final.
Actividad 1.6. Presentación oral y físico del informe de tesis					x	Investigadora	Exponer el informe ante el comité evaluador y presentar el físico.

4.8 Análisis e interpretación de la información

4.8.1 Ubicación espacial

Al ser un estudio de tipo documental los datos fueron extraídos de la base de datos de acceso libre del MSP desde nuestro lugar de estudio La Estancia Luis Cordero “El Grande” calle Camino a Patamarca y Cojimíes Sector La Uncovía. Cuenca - Ecuador.

4.8.2 Ubicación temporal

La investigación y la recolección de datos se realizó entre los meses de enero a julio del año 2025.

4.8.3 Procedimientos de la toma de datos

Para el registro de datos, se procedió a ingresar al apartado de base de datos del MSP <https://www.salud.gob.ec/produccion-de-salud/> , se ingresó al apartado producción y se descargó la información con respecto al tema de investigación: “CANAL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN LA PRIMERA INFANCIA DE LA ZONA 6 DE SALUD DE ECUADOR 2020 - 2024”.

- **Método de examen**

Para recolectar la información no fue necesario un examen, ya que los datos estuvieron expuestos en una base de datos de acceso libre. Pero los datos utilizados pasaron un control de calidad para comprobar que no haya errores.

- **Criterios de registro de hallazgos**

Los datos obtenidos mediante la base de datos del MSP, fueron procesados en el programa Microsoft Excel, donde se creó una base de datos digital.

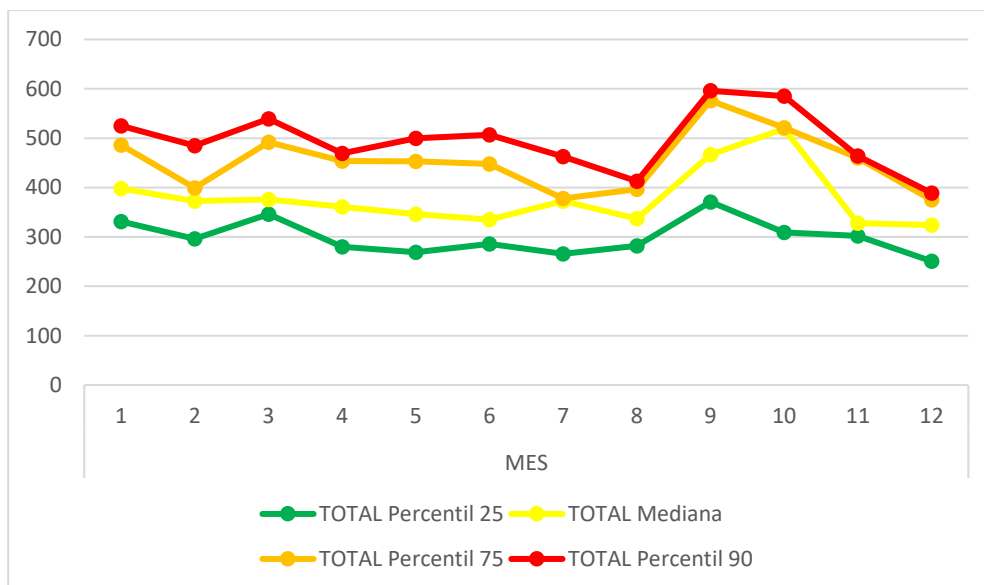
4.8.4 Procedimientos para el análisis de datos

Una vez recolectados los datos, fueron procesados en el programa estadístico SPSS IBM SPSS Statistics 27.0.1, donde se realizó estadística descriptiva y se aplicó una codificación para asociar la variable principal de estudio con las covariables.

4.9 Análisis e Interpretación

4.9.1 Resultados

Gráfico 1. Distribución de casos con diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (CIE 10: A09X) en la población de la primera infancia perteneciente a la Zona 6.



Fuente: Base de datos

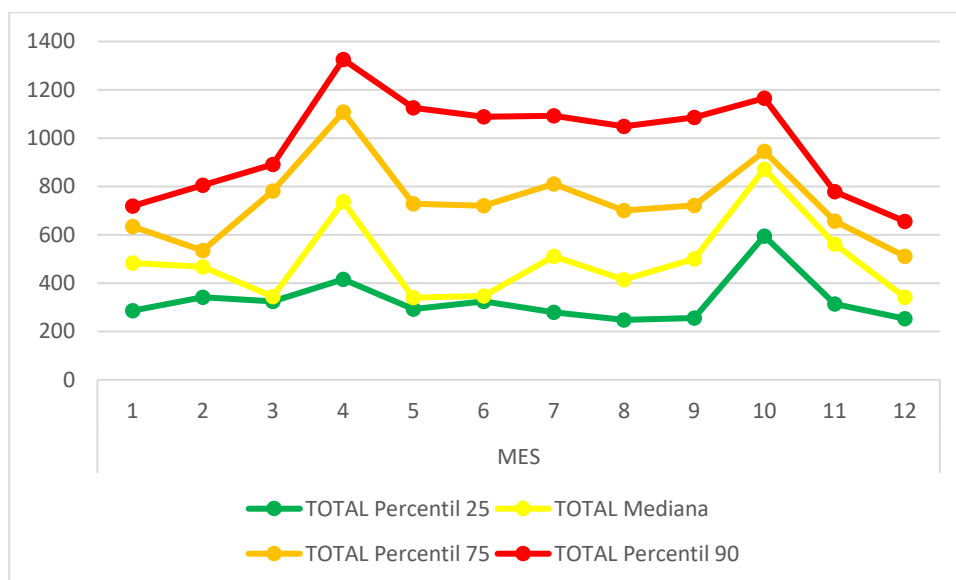
Autor: Tufiño (2025)

Análisis. Durante los cinco años analizados, los casos de diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (CIE-10: A09X) en la población de la primera infancia presentan sus picos más altos en **octubre** (mediana: 519; percentil 90: 585) y **septiembre** (mediana: 467; percentil 90: 596), evidenciando un incremento marcado hacia el final del tercer trimestre. Marzo también muestra una carga considerable (mediana: 376; percentil 90: 539), seguido de mayo (mediana: 346; percentil 90: 500), lo que indica un patrón ascendente desde el primer trimestre. En estos meses, la amplitud entre el percentil 25 y el 90 es amplia, lo que refleja la posible ocurrencia de brotes o casos de mayor severidad. Este comportamiento sugiere que en determinados periodos del año aumenta la exposición a factores de riesgo gastrointestinal.

Por otro lado, los meses con menor incidencia fueron **diciembre** (mediana: 324), **noviembre** (328) y **agosto** (337), con percentiles 25 por debajo de 310, lo que indica baja concentración de casos. No obstante, incluso en estos meses los percentiles 90 superaron los 380, lo que demuestra que persisten casos más severos a lo largo del año. En conjunto, la distribución mensual sugiere un patrón estacional con incrementos sostenidos de marzo a octubre,

posiblemente relacionados con variaciones climáticas, contaminación de fuentes de agua o deficiencias en prácticas de higiene, lo que subraya la importancia de fortalecer las acciones de prevención y vigilancia epidemiológica antes del inicio de la temporada de mayor riesgo.

Gráfico 2. Distribución de casos con desnutrición proteicoenergética no especificada (CIE 10: E46X) en la población de la primera infancia perteneciente a la Zona 6.



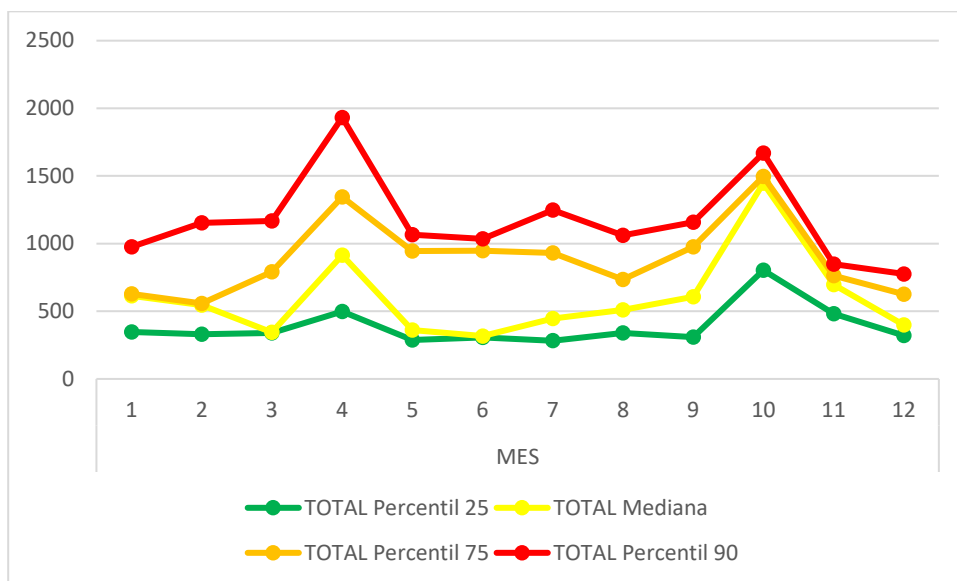
Fuente: Base de datos

Autor: Tufiño (2025)

Análisis. Durante los cinco años analizados, los casos de la desnutrición proteicoenergética no especificada en la población de la primera infancia muestran sus picos más altos en **octubre** (mediana: 872; percentil 90: 1165) y **abril** (mediana: 738; percentil 90: 1326), con valores que reflejan una carga muy elevada de casos y gran dispersión entre percentiles, lo que sugiere la presencia de brotes importantes en estas fechas. Julio (mediana: 511; percentil 90: 1093) y septiembre (mediana: 501; percentil 90: 1086) también presentan cifras altas, indicando que el tercer trimestre mantiene niveles significativos de incidencia. En marzo, aunque la mediana es baja (344), el percentil 90 alcanza 891, lo que denota eventos puntuales de alta magnitud.

En contraste, los meses con menor carga corresponden a **agosto** (mediana: 415), **enero** (483) y **diciembre** (342), todos con percentiles 25 por debajo de 300, lo que evidencia baja concentración en la mayoría de los registros. Sin embargo, incluso en estos meses, los percentiles 90 superan los 650, lo que indica que la enfermedad se presenta de forma sostenida durante todo el año, con picos esporádicos de severidad. Este comportamiento sugiere un patrón de incremento pronunciado entre abril y octubre, posiblemente vinculado a factores estacionales, cambios en el comportamiento social o condiciones ambientales favorables para la transmisión, lo que refuerza la necesidad de intervenciones preventivas anticipadas en el primer trimestre.

Gráfico 3. Distribución de casos con anemia por deficiencia de hierro sin otra especificación (CIE 10: D509) en la población de la primera infancia perteneciente a la Zona 6.



Fuente: Base de datos

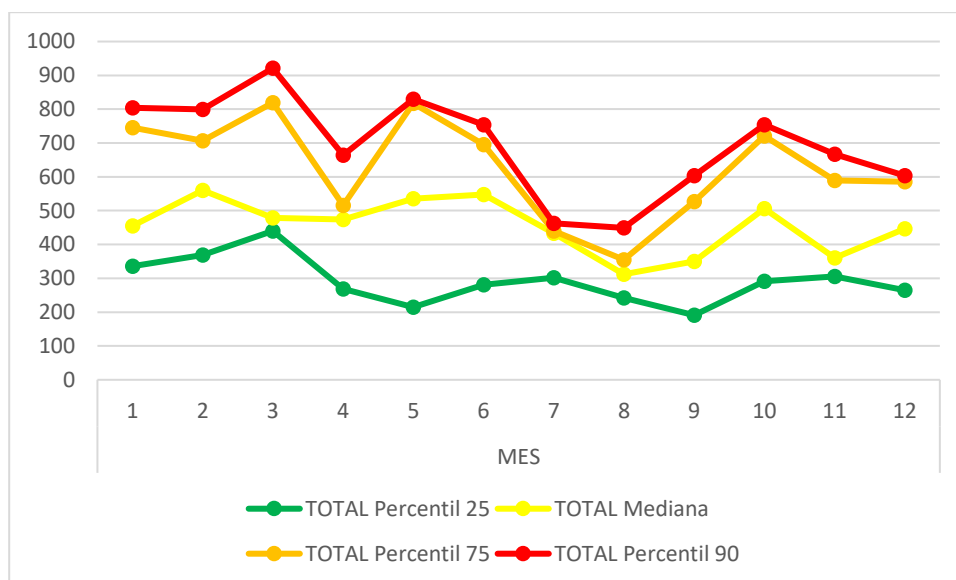
Autor: Tufiño (2025)

Análisis. Durante los cinco años analizados, los casos de anemia por deficiencia de hierro sin otra especificación en la población de la primera infancia muestran sus picos más altos en **octubre** (mediana: 1446; percentil 90: 1668) y **abril** (mediana: 915; percentil 90: 1932), con valores que superan ampliamente el resto del año, reflejando un aumento sustancial de la carga de enfermedad y alta dispersión entre percentiles, lo que indica brotes o concentraciones de casos graves en estos periodos. Septiembre (mediana: 606; percentil 90: 1158) y noviembre (mediana: 697; percentil 90: 848) también presentan cifras elevadas, lo que sugiere que el último trimestre concentra una proporción importante de los diagnósticos. Incluso meses como marzo, con una mediana baja (345), registran un percentil 90 alto (1168), evidenciando picos puntuales de gran magnitud.

Los meses con menor carga corresponden a **junio** (mediana: 317), **julio** (447) y **diciembre** (400), todos con percentiles 25 por debajo de 350, lo que refleja baja incidencia general en la mayoría de registros. Sin embargo, los percentiles 90 en estos meses superan los 770, lo que confirma que la enfermedad persiste en todo el año con episodios de mayor severidad. El comportamiento observado sugiere un patrón de incremento marcado entre abril y octubre, posiblemente asociado a cambios estacionales, variaciones en la disponibilidad y calidad de

alimentos o deficiencias en la suplementación y control nutricional, aspectos clave para la planificación de intervenciones preventivas y de vigilancia en salud pública.

Gráfico 4. Distribución de casos con amigdalitis aguda, no especificada (CIE 10: J039) en la población de la primera infancia perteneciente a la Zona 6.



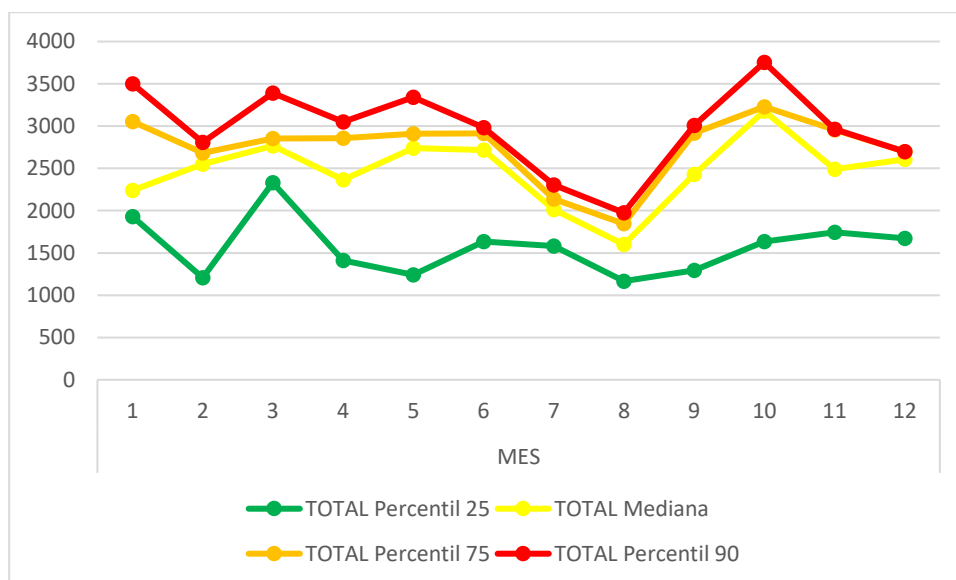
Fuente: Base de datos

Autor: Tufiño (2025)

Análisis. Durante los cinco años analizados, los casos de amigdalitis aguda, no especificada en la población de la primera infancia presentan sus picos más altos en **marzo** (mediana: 479; percentil 90: 921) y **mayo** (mediana: 535; percentil 90: 830), con valores que indican una elevada carga de enfermedad y una dispersión amplia entre percentiles, lo que sugiere la presencia de brotes o una mayor incidencia asociada a cambios estacionales o epidemiológicos. Febrero (mediana: 560; percentil 90: 799) y octubre (mediana: 506; percentil 90: 754) también muestran cifras altas, manteniendo un nivel sostenido de casos en el primer y último trimestre del año. Incluso en meses como abril, con una mediana moderada (474), los percentiles 75 y 90 son elevados, lo que evidencia casos de mayor severidad.

Por el contrario, los meses con menor carga corresponden a **septiembre** (mediana: 350), **agosto** (312) y **diciembre** (447), con percentiles 25 por debajo de 270, lo que refleja menor incidencia general. No obstante, los percentiles 90 en estos periodos superan los 440, lo que indica persistencia de casos graves a lo largo del año. La distribución mensual sugiere un patrón de incremento principal entre febrero y mayo, con repuntes en octubre, posiblemente relacionados con cambios en la circulación de agentes respiratorios y variaciones climáticas. Este patrón refuerza la importancia de implementar estrategias de prevención y control antes de los picos identificados.

Gráfico 5. Distribución de casos con rinofaringitis aguda (resfriado común) (CIE 10: J00X) en la población de la primera infancia perteneciente a la Zona 6.



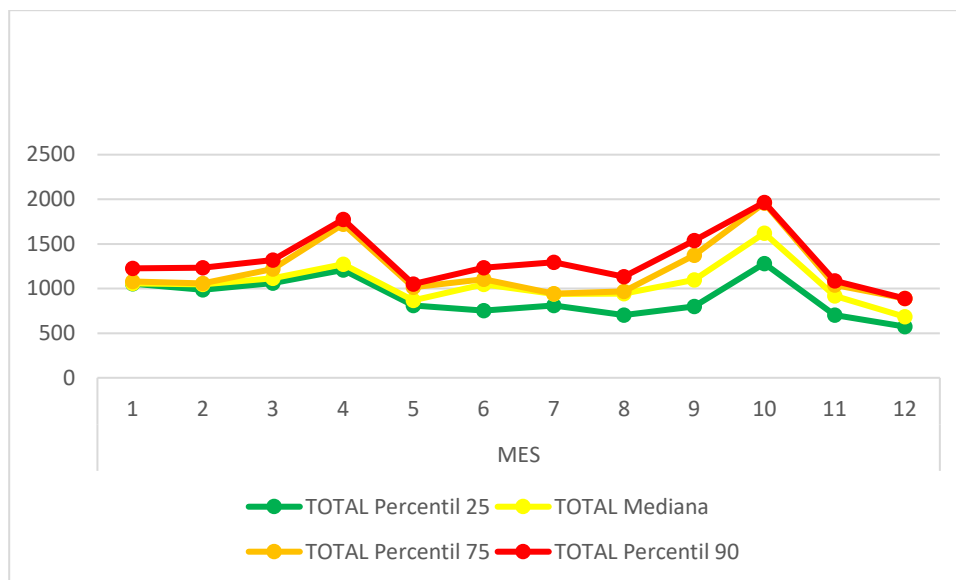
Fuente: Base de datos

Autor: Tufiño (2025)

Análisis. Durante los cinco años analizados, los casos de rinofaringitis aguda (resfriado común) en la población de primera infancia presentan sus picos más altos en **octubre** (mediana: 3178; percentil 90: 3754) y **marzo** (mediana: 2766; percentil 90: 3391), evidenciando una alta carga de casos con considerable dispersión, lo que indica episodios importantes de incidencia en estos meses. Mayo (mediana: 2740; percentil 90: 3341) y junio (mediana: 2715; percentil 90: 2980) también presentan cifras elevadas, manteniendo una tendencia sostenida durante el segundo trimestre. Enero, aunque tiene una mediana menor (2239), alcanza un percentil 90 elevado (3499), mostrando la persistencia de casos graves o brotes puntuales en ese mes.

En contraste, los meses con menor carga corresponden a **agosto** (mediana: 1601), **febrero** (2552) y **septiembre** (2428), con percentiles 25 que oscilan entre 1167 y 1581, lo que refleja menor concentración de casos. Sin embargo, los percentiles 90 continúan siendo elevados durante todo el año, indicando que la rinofaringitis aguda es una enfermedad con circulación constante y picos estacionales marcados. Este patrón sugiere una relación con las condiciones climáticas y la mayor exposición a agentes respiratorios en los meses de transición, reforzando la importancia de medidas preventivas durante todo el año, especialmente antes del pico en octubre.

Gráfico 6. Distribución de casos con parasitosis intestinal, sin otra especificación (CIE 10: B829) en la población de la primera infancia perteneciente a la Zona 6.



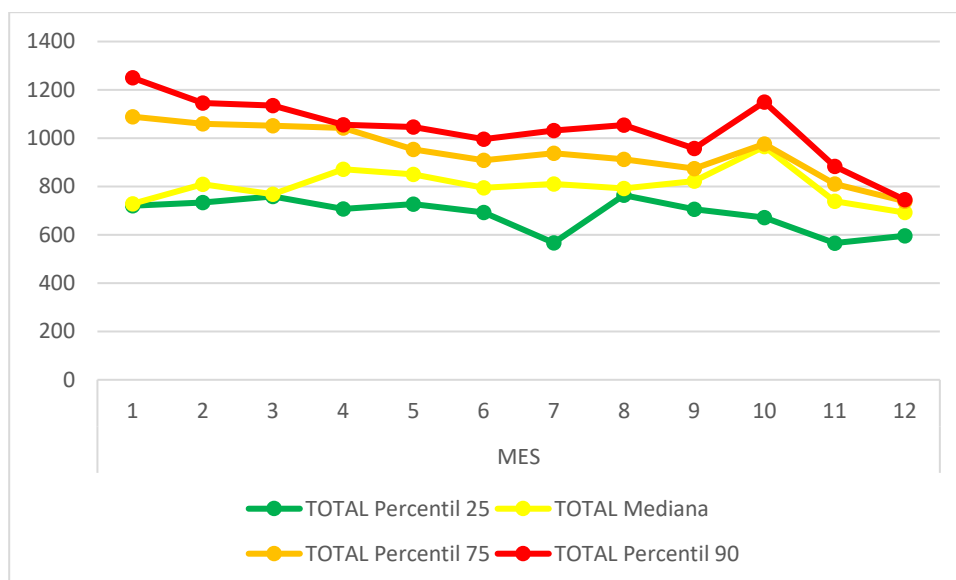
Fuente: Base de datos

Autor: Tufiño (2025)

Análisis. Durante los cinco años analizados, los casos de parasitosis intestinal, sin otra especificación en la población de primera infancia muestran un pico destacado en **octubre** (mediana: 1620; percentil 90: 1966), seguido por abril (mediana: 1273; percentil 90: 1776), indicando un aumento importante de la incidencia en estos meses. Marzo y septiembre también presentan medianas elevadas (1115 y 1096, respectivamente) con percentiles 90 superiores a 1300, lo que evidencia un patrón de incremento que se extiende desde el primer trimestre hasta el último trimestre del año. La dispersión entre percentiles sugiere la ocurrencia de brotes localizados o casos severos en estas épocas.

Por otro lado, los meses con menor carga son **diciembre** (mediana: 684), **noviembre** (917) y **agosto** (942), con percentiles 25 que reflejan baja concentración de casos. Sin embargo, incluso en estos meses el percentil 90 se mantiene cercano a 1100, lo que indica una circulación constante de la parasitosis durante todo el año. Este comportamiento estacional sugiere que factores ambientales y hábitos higiénicos, posiblemente influenciados por las condiciones climáticas, favorecen la transmisión en los meses señalados, lo que destaca la importancia de fortalecer las acciones de prevención, educación sanitaria y control en los periodos previos a los picos.

Gráfico 7. Distribución de casos con caries de la dentina (CIE 10: K021) en la población de la primera infancia perteneciente a la Zona 6.



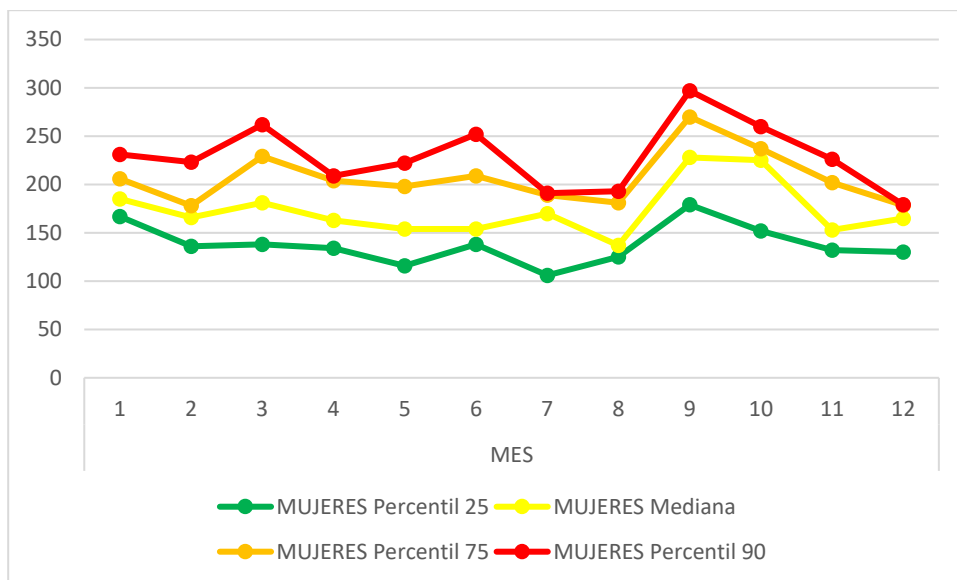
Fuente: Base de datos

Autor: Tufiño (2025)

Análisis. Durante los cinco años analizados, los casos de caries de la dentina en la población de primera infancia presentan sus picos más altos en **abril** (mediana: 872; percentil 90: 1055) y **octubre** (mediana: 965; percentil 90: 1150), mostrando un aumento significativo en estos meses. Febrero (mediana: 809) y marzo (768) también presentan valores medianos elevados, indicando una carga moderada-alta de casos en el primer trimestre del año. La dispersión entre percentiles 25 y 90 es amplia en varios meses, lo que sugiere la presencia de casos de diversa severidad o posibles brotes localizados.

En contraste, los meses con menor carga de casos fueron **noviembre** (mediana: 739), **diciembre** (692) y **julio** (811), con percentiles 25 inferiores a 600 en noviembre y diciembre, lo que refleja una menor incidencia general. Sin embargo, los percentiles 90 en estos meses superan los 745, lo que indica que persisten casos graves a lo largo del año. Este patrón sugiere una distribución relativamente estable con aumentos estacionales en primavera y otoño, posiblemente relacionados con cambios en la dieta, hábitos de higiene oral y acceso a servicios odontológicos, aspectos relevantes para el diseño de programas preventivos y educativos.

Gráfico 8. Distribución de casos con diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (CIE 10: A09X) en la población de la primera infancia perteneciente a la Zona 6.



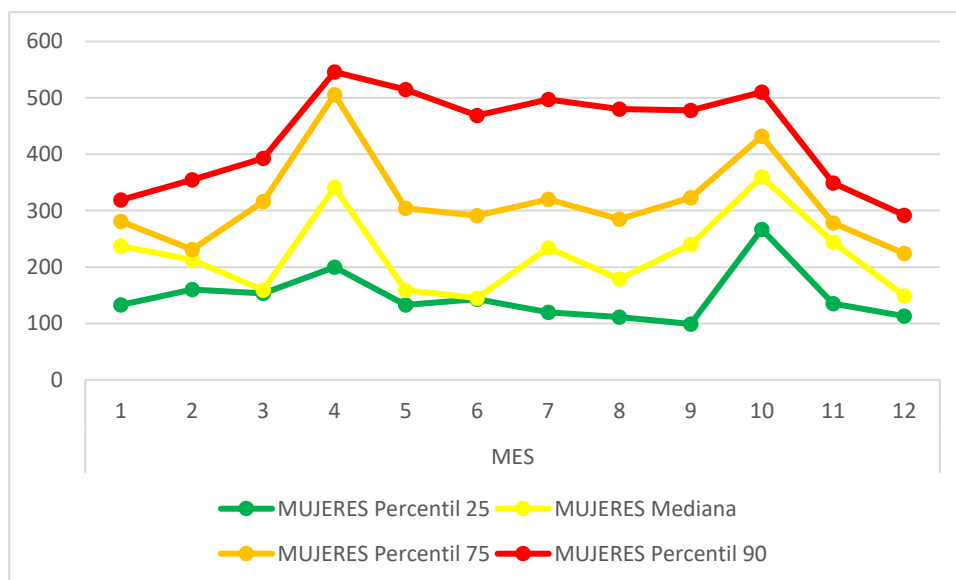
Fuente: Base de datos

Autor: Tufiño (2025)

Análisis. Durante los cinco años analizados, los casos de diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso en niñas presentan sus picos más altos en **septiembre** (mediana: 228; percentil 90: 297) y **octubre** (mediana: 225; percentil 90: 260), lo que indica un incremento sostenido hacia el final del tercer trimestre. Marzo también muestra una carga considerable (mediana: 181; percentil 90: 262), seguido de junio (mediana: 154; percentil 90: 252), evidenciando un patrón de aumento entre el primer y segundo trimestre. En estos meses, la dispersión entre percentiles 25 y 90 es amplia, lo que refleja la posible presencia de brotes o casos graves en determinados periodos.

Por otro lado, los meses con menor incidencia son **julio** (mediana: 170), **agosto** (137) y **mayo** (154), con percentiles 25 por debajo de 130, lo que indica una baja concentración de casos. Sin embargo, incluso en estos meses los percentiles 90 se mantienen relativamente elevados, lo que demuestra la persistencia de casos severos durante todo el año. Este comportamiento sugiere un patrón estacional marcado, probablemente asociado a factores climáticos, condiciones sanitarias y hábitos higiénicos, aspectos fundamentales para orientar estrategias de prevención y vigilancia epidemiológica en la población infantil femenina.

Gráfico 9. Distribución de casos con desnutrición proteicoenergética no especificada (CIE 10: E46X) en la población de la primera infancia perteneciente a la Zona 6.



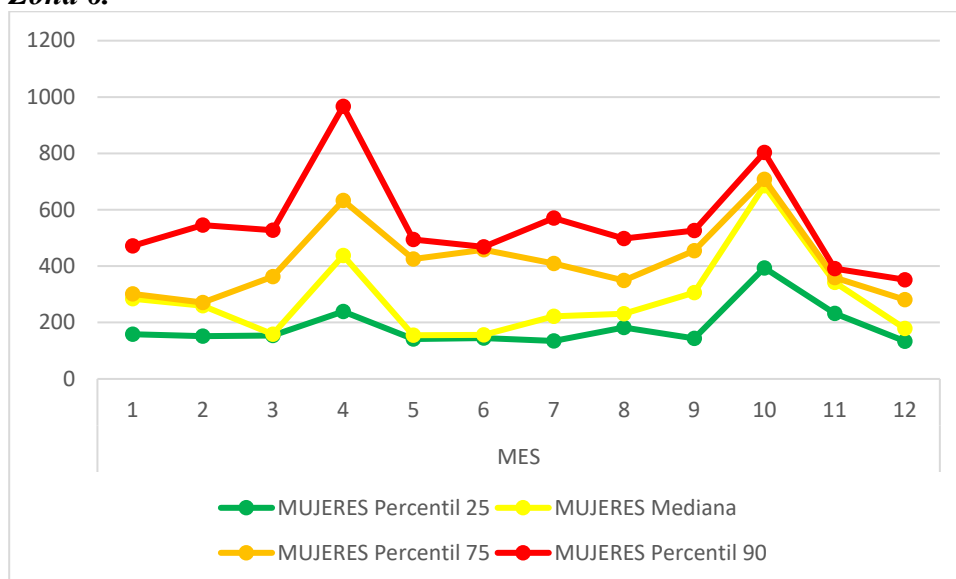
Fuente: Base de datos

Autor: Tufiño (2025)

Análisis. Durante los cinco años analizados, los casos de desnutrición proteicoenergética no especificada en niñas presentan sus picos más altos en **octubre** (mediana: 360; percentil 90: 510) y **abril** (mediana: 341; percentil 90: 546), mostrando un aumento significativo en estos meses. Septiembre (mediana: 240) y julio (234) también presentan medianas elevadas, con percentiles 75 y 90 que reflejan casos de mayor severidad, lo que indica una carga considerable durante el último y segundo trimestre del año. La dispersión entre percentiles sugiere la presencia de brotes o episodios de desnutrición severa en periodos puntuales.

En contraste, los meses con menor carga corresponden a **septiembre** (mediana: 99), **diciembre** (149) y **junio** (145), con percentiles 25 bajos, reflejando una incidencia más baja y concentrada en esos meses. No obstante, los percentiles 90 continúan siendo elevados en la mayoría de meses, lo que evidencia que la desnutrición persiste a lo largo del año con episodios de gravedad variable. Este patrón sugiere la influencia de factores estacionales, condiciones socioeconómicas y variabilidad en el acceso a alimentos adecuados, aspectos fundamentales para orientar programas de intervención nutricional y vigilancia epidemiológica.

Gráfico 10. Distribución de casos con anemia por deficiencia de hierro sin otra especificación (CIE 10: D509) en la población de la primera infancia perteneciente a la Zona 6.



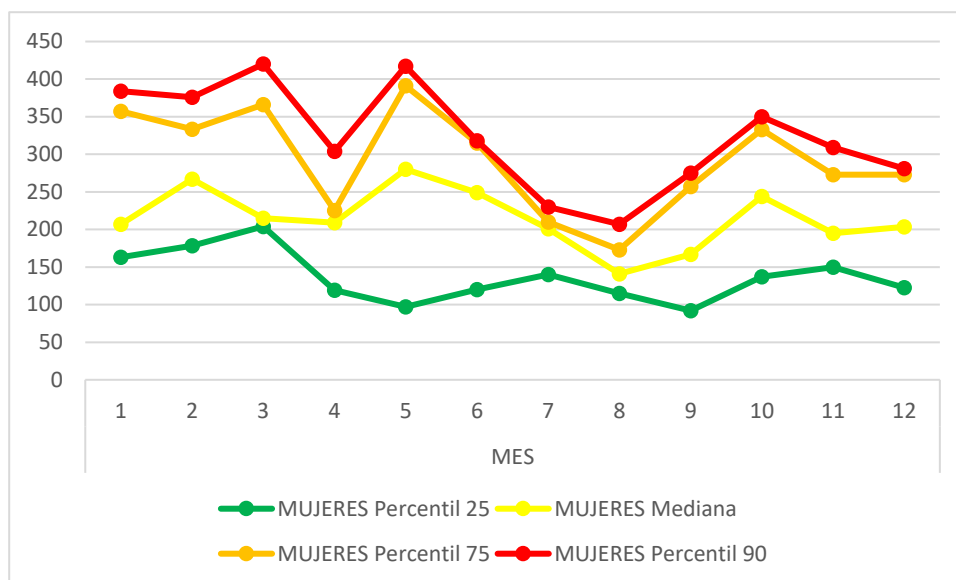
Fuente: Base de datos

Autor: Tufiño (2025)

Análisis. Durante los cinco años analizados, los casos de anemia por deficiencia de hierro sin otra especificación en niñas presentan sus picos más altos en **octubre** (mediana: 685; percentil 90: 803) y **abril** (mediana: 438; percentil 90: 967), mostrando un incremento importante de la incidencia en estos meses. Septiembre (mediana: 306) y noviembre (mediana: 342) también presentan cifras elevadas, con percentiles 75 y 90 que evidencian casos de mayor severidad. La dispersión entre percentiles sugiere la presencia de brotes o episodios graves en determinados periodos del año.

En contraste, los meses con menor carga son **marzo** (mediana: 158), **junio** (156) y **diciembre** (180), con percentiles 25 bajos, reflejando una menor incidencia general. Sin embargo, los percentiles 90 en estos meses superan los 350, lo que indica la persistencia de casos severos durante todo el año. Este patrón sugiere una dinámica estacional, posiblemente relacionada con variaciones en la dieta, suplementación y condiciones socioeconómicas, que debe considerarse para planificar intervenciones nutricionales y programas de vigilancia en la población femenina infantil.

Gráfico 11. Distribución de casos con amigdalitis aguda, no especificada (CIE 10: J039) en la población de la primera infancia perteneciente a la Zona 6.



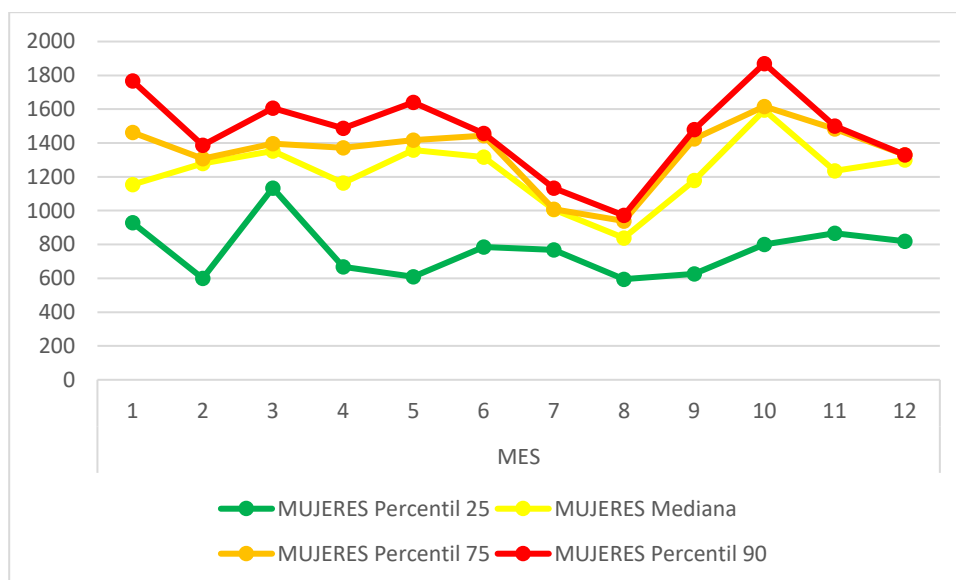
Fuente: Base de datos

Autor: Tufiño (2025)

Análisis. Durante los cinco años analizados, los casos de amigdalitis aguda, no especificada en niñas presentan sus picos más altos en **mayo** (mediana: 280; percentil 90: 417) y **febrero** (mediana: 267; percentil 90: 376), evidenciando un aumento significativo en estos meses. Octubre (mediana: 244) y marzo (215) también muestran cifras elevadas, con percentiles 75 y 90 que reflejan casos más severos o brotes puntuales. La dispersión entre percentiles sugiere variabilidad en la intensidad de los casos durante el año.

Por otro lado, los meses con menor carga son **septiembre** (mediana: 167), **agosto** (141) y **abril** (209), con percentiles 25 bajos, lo que indica menor incidencia. Sin embargo, los percentiles 90 en estos meses aún superan los 270, evidenciando la persistencia de casos graves a lo largo del año. Este patrón estacional sugiere una mayor circulación de agentes infecciosos en meses específicos, lo que resalta la importancia de intensificar las medidas preventivas y vigilancia epidemiológica en los periodos identificados.

Gráfico 12. Distribución de casos con rinofaringitis aguda (resfriado común) (CIE 10: J00X) en la población de la primera infancia perteneciente a la Zona 6.



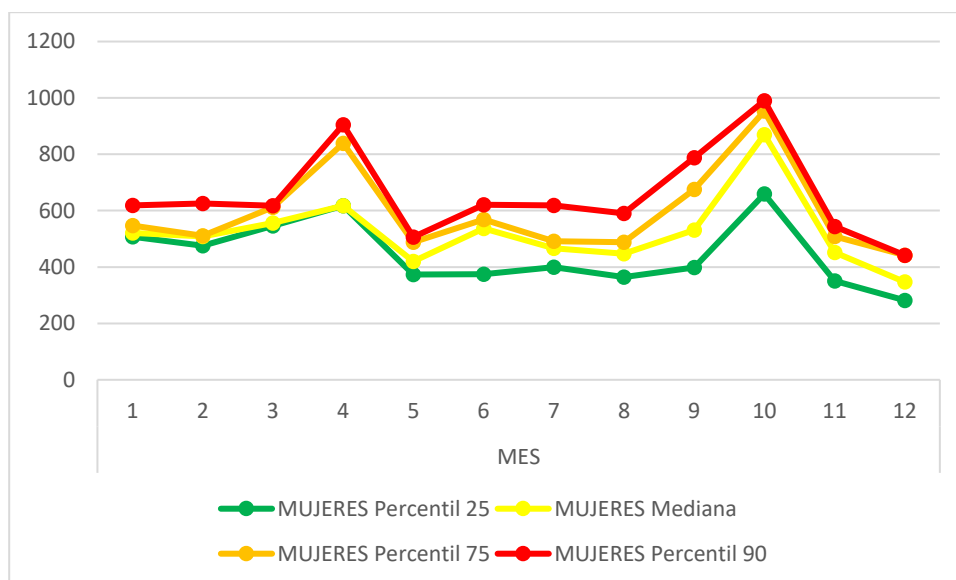
Fuente: Base de datos

Autor: Tufiño (2025)

Análisis. Durante los cinco años analizados, los casos de rinofaringitis aguda (resfriado común) en niñas presentan sus picos más altos en **octubre** (mediana: 1594; percentil 90: 1870) y **marzo** (mediana: 1352; percentil 90: 1606), lo que indica una alta carga de casos durante estos meses con una considerable dispersión entre percentiles, reflejando episodios significativos de enfermedad. Mayo (mediana: 1359) y junio (mediana: 1317) también presentan cifras elevadas, manteniendo una incidencia elevada en el segundo trimestre. Enero, aunque con una mediana menor (1154), registra un percentil 90 alto (1767), lo que evidencia la circulación constante del agente causante durante todo el año.

En contraste, los meses con menor carga corresponden a **agosto** (mediana: 839), **febrero** (1279) y **julio** (1007), con percentiles 25 entre 595 y 768, indicando menor concentración de casos en esos periodos. Sin embargo, los percentiles 90 permanecen elevados durante todo el año, lo que sugiere una enfermedad con circulación sostenida y picos estacionales bien definidos. Este patrón resalta la importancia de implementar estrategias preventivas y de vigilancia reforzadas en los meses previos al pico de octubre.

Gráfico 13. Distribución de casos con parasitosis intestinal, sin otra especificación (CIE 10: B829) en la población de la primera infancia perteneciente a la Zona 6.



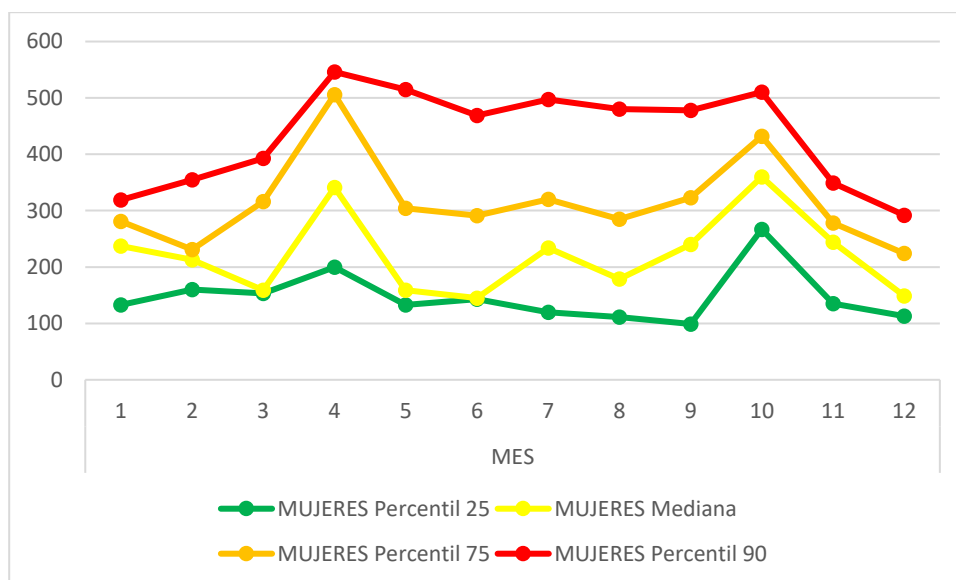
Fuente: Base de datos

Autor: Tufiño (2025)

Análisis. Durante los cinco años analizados, los casos de parasitosis intestinal, sin otra especificación en niñas presentan sus picos más altos en **octubre** (mediana: 870; percentil 90: 990) y **abril** (mediana: 618; percentil 90: 905), mostrando un aumento notable en la incidencia durante estos meses. Marzo (mediana: 556) y septiembre (mediana: 531) también presentan cifras medianas elevadas, con percentiles 75 y 90 que reflejan casos más severos o brotes localizados. La dispersión entre percentiles sugiere variabilidad en la gravedad de los casos a lo largo del año.

Por otro lado, los meses con menor carga corresponden a **diciembre** (mediana: 347), **noviembre** (452) y **mayo** (420), con percentiles 25 bajos, indicando menor concentración de casos en esos periodos. No obstante, los percentiles 90 en estos meses se mantienen superiores a 440, lo que evidencia la circulación constante de la parasitosis durante todo el año. Este patrón estacional sugiere una relación con factores ambientales y hábitos higiénicos que favorecen la transmisión, especialmente en los meses previos al pico, subrayando la importancia de fortalecer acciones preventivas y educativas.

Gráfico 14. Distribución de casos con caries de la dentina (CIE 10: K021) en la población de la primera infancia perteneciente a la Zona 6.



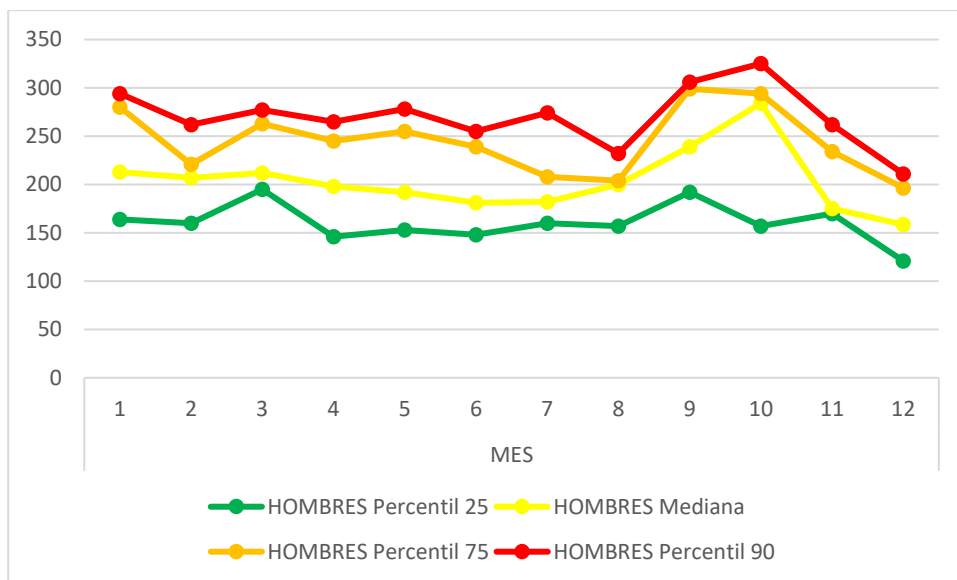
Fuente: Base de datos

Autor: Tufiño (2025)

Análisis. Durante los cinco años analizados, los casos de caries de la dentina en niñas presentan sus picos más altos en **octubre** (mediana: 360; percentil 90: 510) y **abril** (mediana: 341; percentil 90: 546), mostrando un aumento significativo en la incidencia durante estos meses. Septiembre (mediana: 240) y noviembre (244) también presentan cifras medianas elevadas, con percentiles 75 y 90 que indican casos más severos o brotes localizados. La dispersión entre percentiles evidencia una variabilidad en la severidad de los casos a lo largo del año.

En contraste, los meses con menor carga corresponden a **septiembre** (mediana: 99), **diciembre** (149) y **junio** (145), con percentiles 25 bajos, reflejando una menor concentración de casos en estos periodos. No obstante, los percentiles 90 en estos meses permanecen elevados, lo que evidencia la persistencia de casos graves durante todo el año. Este patrón estacional sugiere la influencia de factores dietéticos, hábitos de higiene oral y acceso a servicios odontológicos, elementos clave para la planificación de programas preventivos y educativos en la población infantil femenina.

Gráfico 15. Distribución de casos con diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (CIE 10: A09X) en la población de la primera infancia perteneciente a la Zona 6.

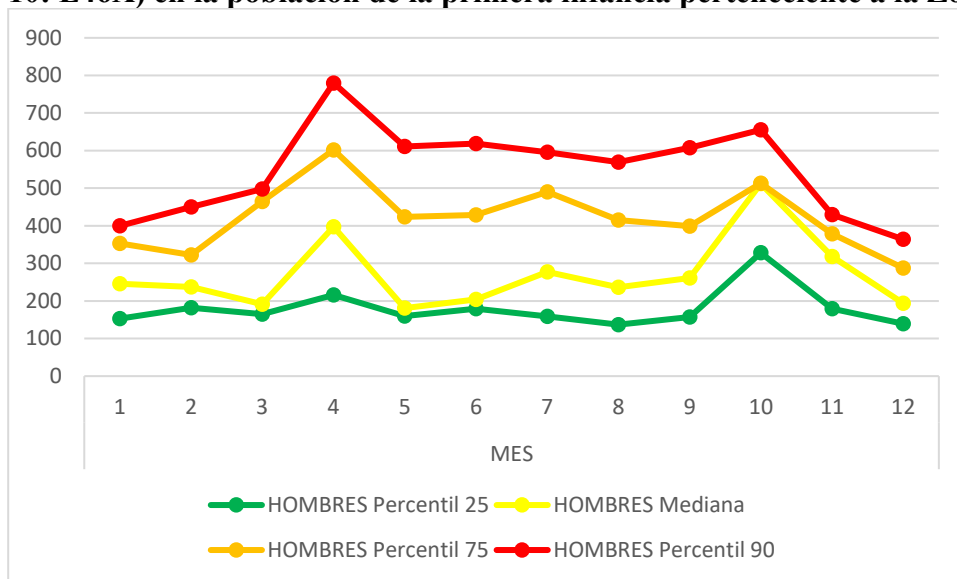


Fuente: Base de datos

Autor: Tufiño (2025)

Análisis. Durante los cinco años analizados, los casos de diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso en niños presentan sus picos más altos en **octubre** (mediana: 284; percentil 90: 325) y **septiembre** (mediana: 239; percentil 90: 306), lo que indica un incremento sostenido hacia el final del tercer trimestre. Marzo también muestra una carga moderada (mediana: 212; percentil 90: 277), seguido de mayo (mediana: 192; percentil 90: 278), evidenciando un patrón de aumento entre el primer y segundo trimestre. En estos meses, la dispersión entre percentiles 25 y 90 es amplia, lo que refleja la presencia de brotes o casos graves en determinados periodos. Por otro lado, los meses con menor incidencia son **diciembre** (mediana: 159), **abril** (198) y **junio** (181), con percentiles 25 por debajo de 160, lo que indica una baja concentración de casos. Sin embargo, incluso en estos meses los percentiles 90 se mantienen relativamente elevados, demostrando la persistencia de casos severos durante todo el año. Este comportamiento sugiere un patrón estacional marcado, probablemente asociado a factores climáticos, condiciones sanitarias y hábitos higiénicos, aspectos clave para orientar estrategias de prevención y vigilancia epidemiológica en la población infantil masculina.

Gráfico 16. Distribución de casos con desnutrición proteicoenergética no especificada (CIE 10: E46X) en la población de la primera infancia perteneciente a la Zona 6.



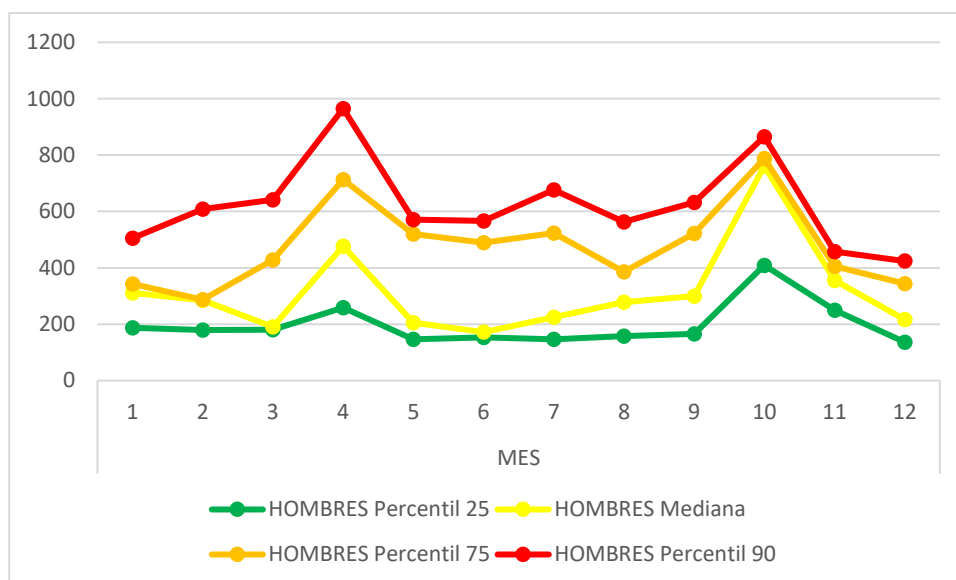
Fuente: Base de datos

Autor: Tufiño (2025)

Análisis. Durante los cinco años analizados, los casos de desnutrición proteicoenergética no especificada en niños presentan sus picos más altos en **octubre** (mediana: 512; percentil 90: 655) y **abril** (mediana: 397; percentil 90: 780), mostrando un aumento importante en la incidencia durante estos meses. Julio (mediana: 277) y septiembre (mediana: 261) también presentan cifras medianas elevadas, con percentiles 75 y 90 que reflejan casos severos o brotes localizados. La dispersión entre percentiles indica variabilidad en la severidad de los casos a lo largo del año.

En contraste, los meses con menor carga corresponden a **diciembre** (mediana: 194), **agosto** (236) y **marzo** (191), con percentiles 25 bajos, reflejando una menor concentración de casos en esos periodos. No obstante, los percentiles 90 se mantienen elevados durante la mayoría del año, evidenciando la persistencia de la desnutrición con episodios de gravedad variable. Este patrón estacional sugiere la influencia de factores socioeconómicos, variaciones en el acceso a alimentos y condiciones ambientales, aspectos clave para orientar intervenciones nutricionales y políticas de salud pública dirigidas a la infancia masculina.

Gráfico 17. Distribución de casos con anemia por deficiencia de hierro sin otra especificación (CIE 10: D509) en la población de la primera infancia perteneciente a la Zona 6.



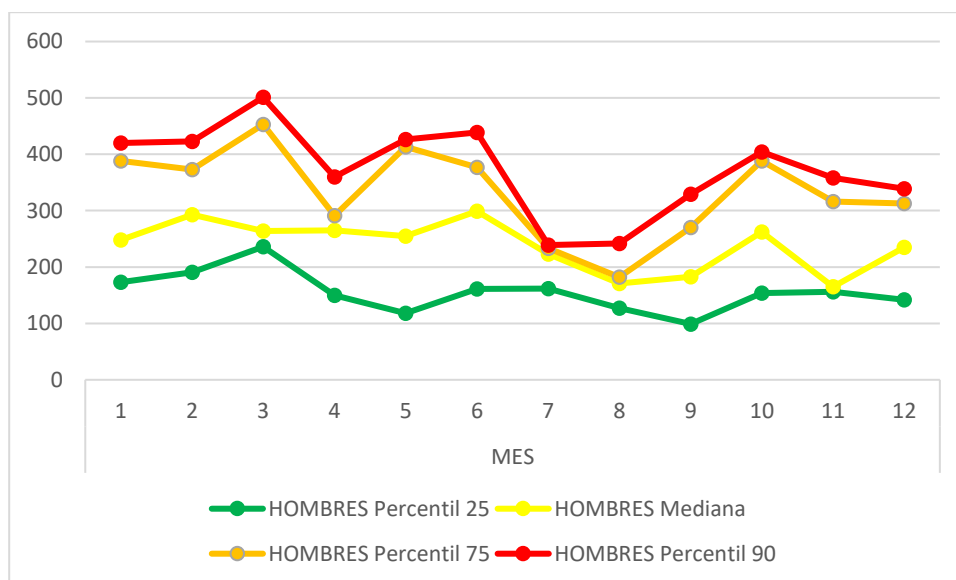
Fuente: Base de datos

Autor: Tufiño (2025)

Análisis. Durante los cinco años analizados, los casos de anemia por deficiencia de hierro sin otra especificación en niños presentan sus picos más altos en **octubre** (mediana: 761; percentil 90: 865) y **abril** (mediana: 477; percentil 90: 965), mostrando un marcado incremento en la incidencia durante estos meses. Septiembre (mediana: 300) y noviembre (mediana: 355) también presentan cifras elevadas, con percentiles 75 y 90 que reflejan la presencia de casos graves o brotes significativos. La dispersión entre percentiles indica variabilidad en la severidad y posible concentración de casos en determinados periodos.

En contraste, los meses con menor carga corresponden a **diciembre** (mediana: 217), **junio** (172) y **marzo** (191), con percentiles 25 bajos, lo que refleja una menor incidencia general. Sin embargo, los percentiles 90 en estos meses superan los 420, evidenciando la persistencia de casos severos durante todo el año. Este patrón estacional sugiere la influencia de factores nutricionales, socioeconómicos y ambientales, que deben considerarse para planificar intervenciones y programas de vigilancia dirigidos a la población masculina infantil.

Gráfico 18. Distribución de casos con amigdalitis aguda, no especificada (CIE 10: J039) en la población de la primera infancia perteneciente a la Zona 6.



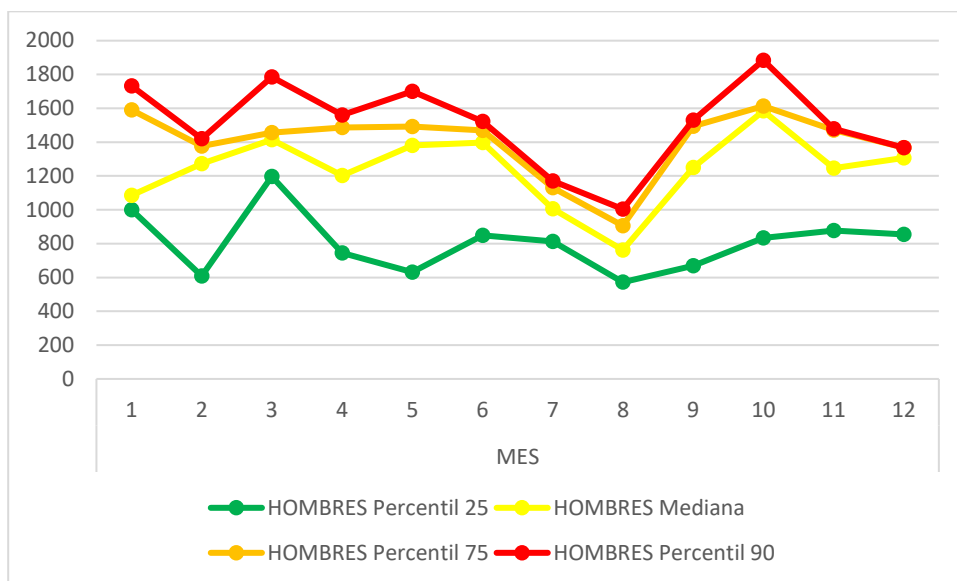
Fuente: Base de datos

Autor: Tufiño (2025)

Análisis. Durante los cinco años analizados, los casos de amigdalitis aguda, no especificada en niños presentan sus picos más altos en **febrero** (mediana: 293; percentil 90: 423) y **junio** (mediana: 299; percentil 90: 439), evidenciando un aumento significativo en estos meses. Marzo (mediana: 264) y mayo (mediana: 255) también muestran cifras elevadas, con percentiles 75 y 90 que reflejan la presencia de casos graves o brotes puntuales. La dispersión entre percentiles indica una variabilidad en la severidad de los casos durante el año.

En contraste, los meses con menor carga corresponden a **septiembre** (mediana: 183), **agosto** (171) y **noviembre** (165), con percentiles 25 bajos, lo que indica una menor incidencia general. Sin embargo, los percentiles 90 en estos meses aún superan los 320, evidenciando la persistencia de casos severos a lo largo del año. Este patrón estacional sugiere una mayor circulación de agentes infecciosos en meses específicos, resaltando la necesidad de intensificar las medidas preventivas y vigilancia epidemiológica en los periodos identificados.

Gráfico 19. Distribución de casos con rinofaringitis aguda (resfriado común) (CIE 10: J00X) en la población de la primera infancia perteneciente a la Zona 6.



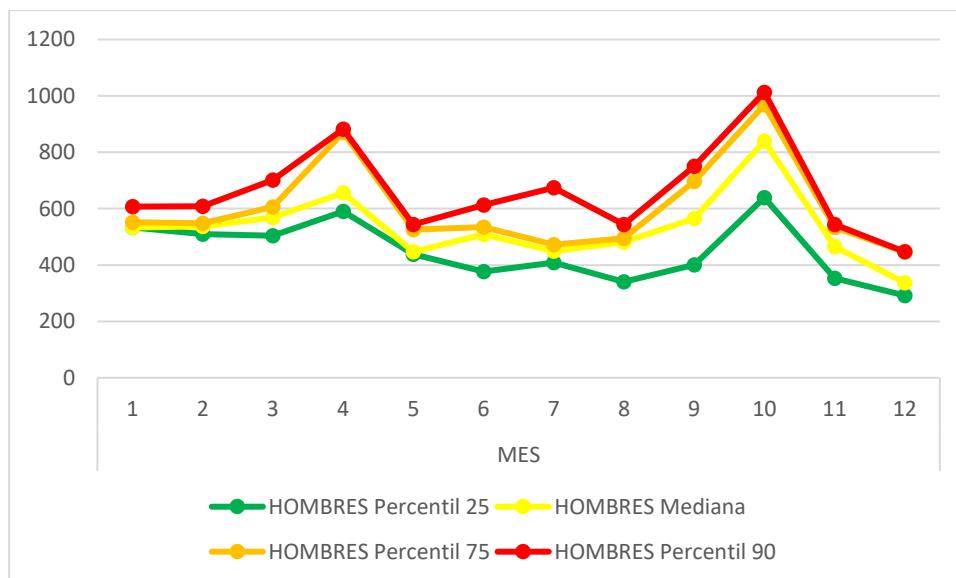
Fuente: Base de datos

Autor: Tufiño (2025)

Análisis. Durante los cinco años analizados, los casos de rinofaringitis aguda (resfriado común) en niños presentan sus picos más altos en **octubre** (mediana: 1584; percentil 90: 1884) y **marzo** (mediana: 1414; percentil 90: 1785), evidenciando una alta carga de casos en estos meses con una considerable dispersión entre percentiles, lo que indica episodios significativos de la enfermedad. Mayo (mediana: 1381) y junio (mediana: 1398) también registran cifras elevadas, manteniendo una incidencia alta durante el segundo trimestre del año.

En contraste, los meses con menor carga corresponden a **agosto** (mediana: 762), **febrero** (1273) y **julio** (1006), con percentiles 25 entre 572 y 813, indicando una menor concentración de casos en esos periodos. No obstante, los percentiles 90 se mantienen elevados durante todo el año, lo que sugiere una circulación sostenida y picos estacionales bien definidos. Este patrón resalta la necesidad de fortalecer las medidas preventivas y la vigilancia epidemiológica, especialmente antes del pico de octubre.

Gráfico 20. Distribución de casos con parasitosis intestinal, sin otra especificación (CIE 10: B829) en la población de la primera infancia perteneciente a la Zona 6.



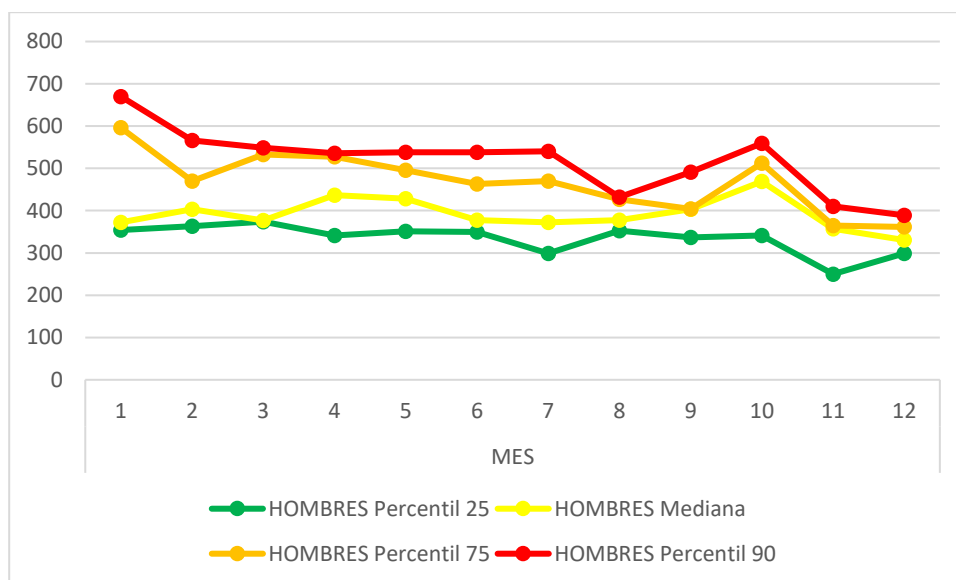
Fuente: Base de datos

Autor: Tufiño (2025)

Análisis. Durante los cinco años analizados, los casos de parasitosis intestinal, sin otra especificación en niños presentan sus picos más altos en **octubre** (mediana: 840; percentil 90: 1013) y **abril** (mediana: 656; percentil 90: 882), evidenciando un aumento considerable en la incidencia durante estos meses. Marzo (mediana: 569) y septiembre (mediana: 565) también muestran cifras medianas elevadas, con percentiles 75 y 90 que reflejan casos más severos o brotes localizados. La dispersión entre percentiles sugiere variabilidad en la gravedad de los casos a lo largo del año.

En contraste, los meses con menor carga corresponden a **diciembre** (mediana: 337), **noviembre** (466) y **agosto** (481), con percentiles 25 bajos, lo que indica una menor concentración de casos en esos periodos. Sin embargo, los percentiles 90 permanecen por encima de 540 durante la mayor parte del año, evidenciando la circulación constante de la parasitosis. Este patrón estacional sugiere la influencia de factores ambientales y hábitos higiénicos que favorecen la transmisión, destacando la necesidad de fortalecer las acciones preventivas y educativas en los meses previos al pico.

Gráfico 21. Distribución de casos con caries de la dentina (CIE 10: K021) en la población de la primera infancia perteneciente a la Zona 6.



Fuente: Base de datos

Autor: Tufiño (2025)

Análisis. Durante los cinco años analizados, los casos de caries de la dentina en niños presentan sus picos más altos en **octubre** (mediana: 469; percentil 90: 559) y **abril** (mediana: 437; percentil 90: 536), evidenciando un aumento significativo en la incidencia durante estos meses. Febrero (mediana: 403) y septiembre (mediana: 403) también muestran cifras medianas elevadas, con percentiles 75 y 90 que reflejan casos más severos o brotes localizados. La dispersión entre percentiles indica variabilidad en la severidad de los casos a lo largo del año. En contraste, los meses con menor carga corresponden a **noviembre** (mediana: 357), **diciembre** (331) y **julio** (372), con percentiles 25 bajos, reflejando una menor concentración de casos en esos periodos. Sin embargo, los percentiles 90 permanecen elevados durante todo el año, lo que evidencia la persistencia de casos graves. Este patrón estacional sugiere la influencia de factores dietéticos, hábitos de higiene oral y acceso a servicios odontológicos, elementos clave para la planificación de programas preventivos en la población infantil masculina.

4.9.2 Discusión

Esta investigación tuvo como propósito identificar las principales causas de morbilidad en la primera infancia en la Zona 6 de Ecuador, durante el periodo 2020 – 2024. Los hallazgos revelaron que las patologías más frecuentes fueron diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, desnutrición proteicoenergética no especificada, anemia por deficiencia de hierro sin otra especificación, amigdalitis aguda no especificada, rinofaringitis aguda (resfriado común), parasitosis intestinal sin otra especificación y caries de la dentina. Esto concuerda con hallazgos en Latinoamérica, donde las enfermedades diarreicas y respiratorias y desnutrición generan más del 40% de las muertes infantiles en menores de 5 años(39). Por ejemplo, Rodríguez, en el primer nivel de atención en Chimborazo – Ecuador reportó que las infecciones respiratorias agudas fueron la principal causa de morbilidad, seguidas por diarrea y gastroenteritis, parasitosis intestinal, dermatitis alérgica de contacto e infecciones de las vías urinarias(40). Sin embargo, estos resultados difieren del estudio de Vega (41) en unidades de salud del cantón Macará, donde la dermatitis junto con la parasitosis y la anemia ferropénica, fue la enfermedad más prevalente en la población pediátrica. La ausencia de dermatitis en nuestra investigación puede deberse a variaciones en la demanda de atención, ya que las enfermedades cutáneas a menudo son atendidas en consultorios dermatológicos o en otros servicios especializados.

Respecto a la caries dental, estudios en América Latina indican que puede ser la condición más prevalente en la infancia, alcanzando hasta el primer lugar en algunos países; por ejemplo, Brasil registra una prevalencia conjunta aproximada de 70%. Países como Brasil reportan una prevalencia de hasta 52%, mientras que en México y países centroamericanos oscila entre el 60% y 93%, y Guatemala reporta un 81.8% (42). Esta alta prevalencia refleja la necesidad de fortalecer los programas de prevención y promoción en la salud bucal en la región.

Los resultados de este estudio evidencian un patrón estacional claro en la morbilidad infantil, con picos significativos en los meses de abril, septiembre y octubre, especialmente en patologías como diarrea y gastroenteritis, desnutrición, parasitosis intestinal y enfermedades respiratorias agudas. Esta estacionalidad se relaciona directamente con la temporada de lluvias en la región, que incrementa la contaminación de las fuentes hídricas, la proliferación de agentes infecciosos gastrointestinales y respiratorios(43) y limita en ciertos casos el acceso a servicios de salud. Según el Instituto Nacional de Meteorología e Hidrología (INAMHI), en las

ciudades de Cuenca y Azogues se observa un repunte notable de precipitaciones en septiembre y octubre, con incrementos en la humedad ambiental y escorrentías, que elevan el riesgo de contaminación del agua. En Morona Santiago, aunque las lluvias son intensas durante gran parte del año, los meses de septiembre y octubre registran precipitaciones mensuales superiores a 150mm, consolidando estos periodos como críticos para la salud pública (44).

A nivel global, estudios han reportado patrones similares, donde las enfermedades diarreicas, como la gastroenteritis, junto con infecciones respiratorias como la influenza, rinofaringitis aguda y neumonía presentan incrementos durante temporadas lluviosas, periodos de inundaciones o cuando la humedad relativa es alta(45).

Si bien es cierto que las enfermedades diarreicas, parasitarias y la desnutrición presentan picos estacionales en los meses de mayor precipitación (abril, septiembre y octubre), la relación con el clima no siempre es directa. En el caso de la desnutrición, Según la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han señalado que los eventos climáticos extremos generan perturbaciones en los sistemas agroalimentarios, incrementando la vulnerabilidad de los grupos más pobres frente a la malnutrición. Dichos efectos parecen estar mediados por determinantes socioeconómicos y de disponibilidad alimentaria. Las lluvias intensas afectan la producción agrícola, el transporte y la oferta de alimentos en los mercados locales, lo que se traduce en una menor disponibilidad de productos frescos y nutritivos. Esta reducción en la accesibilidad se combina con limitaciones económicas de las familias, acentuando la inseguridad alimentaria(46). Estudios en comunidades rurales de Ecuador han documentado que la desnutrición infantil se vincula más estrechamente con el acceso económico a alimentos y el nivel educativo de los hogares que con la estacionalidad climática(47).

Por el contrario, las enfermedades respiratorias y diarreicas muestran una relación más directa con las condiciones ambientales. Durante los meses de mayor precipitación y humedad, se favorece la proliferación de virus, bacterias y parásitos que aumentan la incidencia de gastroenteritis, parasitosis intestinales e infecciones respiratorias agudas, como influenza y neumonía. Los climas cálidos y húmedos también facilitan la reproducción de vectores como mosquitos, garrapatas y pulgas, que actúan como reservorios de enfermedades como dengue,

malaria y fiebre amarilla, incrementando la vulnerabilidad de la población infantil. Los patógenos transmitidos por mosquitos presentan una transmisión máxima en un rango de temperatura de 21–29 °C y disminuyen significativamente por debajo o por encima de estos límites, evidenciando cómo los cambios climáticos pueden modular la dinámica de transmisión de vectores ectotérmicos(48).

Asimismo, los extremos estacionales de temperatura y lluvia pueden afectar a los reservorios animales, generando aumentos rápidos en su densidad poblacional y facilitando la transmisión de enfermedades zoonóticas a humanos, como ocurrió con brotes de SARS-CoV-2, cuya propagación se ha vinculado parcialmente a cambios climáticos y patrones de comportamiento humano inducidos por la temperatura. Además, el cambio climático puede afectar la disponibilidad de agua, incrementando la contaminación de fuentes hídricas y favoreciendo brotes de enfermedades transmitidas por el agua, como cólera, salmonelosis y criptosporidiosis (49).

Por último, la contaminación del aire y las variaciones de temperatura y humedad actúan sinérgicamente sobre la inmunidad, potenciando la susceptibilidad a infecciones respiratorias. La exposición crónica a partículas finas, gases contaminantes y cambios térmicos puede inducir inflamación, estrés oxidativo y debilitamiento de la respuesta inmunológica, aumentando la morbilidad por enfermedades respiratorias en niños(50).

Estos hallazgos subrayan la importancia de implementar estrategias integrales de prevención que incluyan vigilancia de vectores y reservorios, control de la calidad del agua, manejo ambiental y educación en salud, con el fin de reducir la transmisión de infecciones respiratorias y gastrointestinales en la infancia. En Ecuador, Molleda (51) ha correlacionado eventos climáticos como el fenómeno del Niño con aumentos en la incidencia de parasitosis, diarrea y gastroenteritis e influenza, lo que refuerza la importancia de considerar las condiciones ambientales en la planificación de intervenciones sanitarias.

Las infecciones respiratorias agudas, como la amigdalitis y la rinofaringitis aguda, presentan

picos de incidencia que coinciden con la reanudación y cierre del ciclo escolar, lo que resalta la importancia de los espacios educativos como focos de transmisión viral entre la primera infancia. Esta relación se debe a que, al inicio de clases, los niños regresan a ambientes cerrados con contacto estrecho, lo que facilita la propagación de virus respiratorios, especialmente cuando sus sistemas inmunológicos pueden estar menos estimulados tras las vacaciones(52). Además, durante estos períodos, los hábitos higiénicos pueden no estar completamente establecidos, aumentando la transmisión. En el cierre del ciclo escolar, la acumulación de casos y la mayor interacción social en eventos escolares también contribuyen a los picos(53)(54). Aunque la población estudiada corresponde a menores de 5 años, estos comparten dinámicas con el calendario escolar a través de la asistencia a guarderías o por estar en contacto con hermanos mayores en edad escolar que actúan como vectores de transmisión viral hacia los más pequeños.

Estudios en Latinoamérica confirman esta relación; por ejemplo, Ciaponni et al.(55) describen un aumento significativo de casos respiratorios al inicio y final del año escolar, debido a la alta concentración de niños en ambientes cerrados y el contacto cercano que facilita la diseminación de virus. De manera similar, Gonzáles, et al (56)en Ambato evidencian que los picos de infecciones respiratorias agudas coinciden con el calendario escolar, y sugieren que las campañas de vacunación y programas educativos deben sincronizarse con estos periodos para maximizar su efectividad preventiva. Además, Pico et al. (2022) reportan que infecciones gastrointestinales, como la diarrea, también aumentan tras la vuelta a clases, posiblemente por cambios en hábitos higiénicos y mayor exposición a agentes infecciosos en entornos escolares(57).

Es importante destacar el impacto de la pandemia de COVID-19 en la morbilidad infantil durante los años 2020 y 2021. Diversos estudios en Ecuador y América Latina han documentado una reducción temporal en la demanda de atención médica, junto con la interrupción o disminución de programas preventivos esenciales como la vacunación, control de crecimiento y desarrollo, y desparasitación (58). Estas interrupciones probablemente contribuyeron a fluctuaciones en las tasas de morbilidad observadas, con un descenso inicial

seguido de un aumento tras la reapertura progresiva de los servicios de salud y la reactivación de la vigilancia epidemiológica(59). Este comportamiento resalta la necesidad de fortalecer la resiliencia del sistema sanitario para garantizar la continuidad de la atención primaria y los programas preventivos, incluso en contextos de emergencias sanitarias.

Los picos en parasitosis intestinal durante los meses de abril y octubre coinciden con las campañas nacionales de desparasitación implementadas en Ecuador, particularmente en el contexto escolar y en consulta en el control del niño sano, lo que permite alcanzar una amplia cobertura entre la población infantil(60). Sin embargo, la persistencia de casos incluso en estos periodos sugiere que, aunque estas jornadas son esenciales, requieren ser complementadas con intervenciones sostenidas en educación sanitaria, acceso a agua potable y mejoras en el saneamiento para lograr un control a largo plazo(61).

La parasitosis intestinal constituye además un factor determinante en el desarrollo de anemia en la infancia. Martínez y Baptista (62) señalan que los parásitos interfieren con la capacidad del intestino para absorber nutrientes esenciales como el hierro, reduciendo así los niveles de hemoglobina. Esta malabsorción, sumada a las pérdidas de sangre ocasionadas por micro lesiones intestinales, se reconoce como una de las principales causas de anemia(63). De forma complementaria, Castro, et al(64) destacan que estas infecciones guardan una relación directa con el consumo de agua no segura, lo que refuerza la necesidad de intervenciones integrales que aborden simultáneamente la infección y sus determinantes sociales.

Los meses con menor incidencia de atención, como agosto, noviembre y diciembre, coinciden con períodos vacacionales y festividades en el calendario escolar y nacional, lo que reduce la asistencia regular a los centros de salud. Durante estos meses, muchas familias priorizan actividades recreativas o viajes, y en zonas rurales aumenta la participación en labores agrícolas estacionales, lo que retrasa la búsqueda de atención médica. Asimismo, la reducción de jornadas laborales y turnos en los establecimientos de salud durante feriados puede limitar la disponibilidad de servicios. Además, Zambrano, et al(65) señalan que esta disminución también puede estar asociada a factores como la falta de tiempo para acudir a las citas, problemas de transporte, tiempos de espera prolongados y la insatisfacción con la atención recibida, lo que desincentiva la demanda de servicios incluso ante la presencia de enfermedad.

Los resultados de este estudio evidencian diferencias sutiles pero significativas en la morbilidad infantil según el sexo. En general, tanto niñas como niños presentan un patrón estacional similar, con picos en abril, septiembre y octubre; sin embargo, algunos indicadores muestran variaciones en magnitud y distribución. Por ejemplo, la anemia y las enfermedades respiratorias agudas presentan medianas y percentiles 90 ligeramente superiores en los niños, lo que sugiere una mayor susceptibilidad, exposición o diagnóstico en esta población. En cambio, las niñas mostraron una carga relativamente mayor en desnutrición y caries dental, probablemente asociada con factores socio-culturales, hábitos alimenticios y diferencias en el acceso a servicios preventivos de salud bucal.

Estudios en Latinoamérica respaldan estas observaciones. Por ejemplo, Rodríguez et al (40) en Chimborazo, Ecuador, reportan que los niños presentan mayor incidencia de enfermedades respiratorias y diarrea, mientras que las niñas muestran mayor prevalencia de desnutrición y problemas dentales. De manera similar, en México y Brasil se han descrito diferencias por sexo en la susceptibilidad a infecciones gastrointestinales y respiratorias, atribuibles a factores biológicos y comportamentales (56). Estas evidencias refuerzan la necesidad de diseñar intervenciones de salud pública diferenciadas por sexo, que prioricen la prevención de anemia y enfermedades respiratorias en niños, y la nutrición y salud bucal en niñas, para optimizar el impacto de las políticas sanitarias.

En conclusión, los hallazgos de este estudio evidencian que la morbilidad en la primera infancia en la Zona 6 de Ecuador presenta patrones estacionales claros, con incrementos significativos en enfermedades gastrointestinales, respiratorias, nutricionales y dentales durante determinados meses del año. La identificación de picos específicos y diferencias por sexo permite orientar de manera más precisa las intervenciones de prevención, promoción de la salud y vigilancia epidemiológica. Estos resultados subrayan la importancia de fortalecer programas integrales de salud infantil, que consideren factores ambientales, hábitos higiénicos, calendario escolar, y necesidades diferenciadas según sexo, para reducir la carga de enfermedad y mejorar la calidad

de vida de la población infantil.

4.9.3 Conclusiones

- Las principales causas de morbilidad en la primera infancia en la Zona 6 de Ecuador durante 2020–2024 fueron diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, desnutrición proteicoenergética, anemia por deficiencia de hierro, amigdalitis aguda, rinofaringitis aguda, parasitosis intestinal y caries dental.
- Existe un patrón estacional claro, con picos de incidencia en abril, septiembre y octubre, asociado a la temporada de lluvias, aumento de humedad y reanudación del ciclo escolar, que favorecen la transmisión de agentes infecciosos y la exposición a factores de riesgo nutricionales y ambientales.
- Se observaron diferencias por sexo: los niños presentaron mayor incidencia de anemia y enfermedades respiratorias, mientras que las niñas mostraron mayor carga en desnutrición y caries dental, lo que justifica el diseño de intervenciones de salud pública diferenciadas por sexo.
- Los resultados destacan la relevancia del canal epidemiológico como herramienta de vigilancia, permitiendo identificar picos de morbilidad y orientar la planificación de programas preventivos y educativos en los meses críticos.
- La persistencia de casos durante todo el año, incluso fuera de los picos estacionales, subraya la necesidad de intervenciones sostenidas en educación sanitaria, acceso a agua segura, saneamiento y promoción de hábitos de higiene y nutrición
- Es imprescindible fortalecer la resiliencia del sistema sanitario para garantizar la continuidad de la atención primaria y los programas preventivos, especialmente en contextos de emergencia sanitaria o variaciones en la demanda de servicios.

Bibliografía

1. Tello B, Rivadeneira M, Rubio-Codina M, Parra J, Medina D. Reportes de la ENSANUT 2018. En: Chalela L, Andrade C, editores. Estudios Temáticos INEC [Internet]. Quito; 2022 [citado el 23 de julio de 2025]. p. 1–49. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Libros/Reportes/Reportes_ENSANUT_Vol1_Salud_de_la_Ninez.pdf
2. Alderman H, Fernald L. The Nexus Between Nutrition and Early Childhood Development. *Annu Rev Nutr* [Internet]. el 21 de agosto de 2025 [citado el 23 de julio de 2025];15(2017):447–76. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28564554/>
3. Organización Panamericana de la Salud. Salud del niño. [citado el 23 de julio de 2025]; Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-nino>
4. Organización Mundial de la Salud. Mejorar la supervivencia y el bienestar de los niños [Internet]. 2020 [citado el 23 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>
5. INEC. Estadísticas Vitales [Internet]. 2023 sep [citado el 23 de julio de 2025]. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales_2022/Principales_resultados_EDG_2022.pdf
6. Acosta J, Arnao A, Rodriguez A. Pneumonia, diarrhoea, tuberculosis, malaria, and HIV among children and adolescents in Ecuador: A cross-sectional national study, 2015-2021. *Res Sq* [Internet]. el 13 de junio de 2023 [citado el 23 de julio de 2025];1–6. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/371553543_Pneumonia_diarrhoea_tuberculosis_malaria_and_HIV_among_children_and_adolescents_in_Ecuador_A_cross-sectional_national_study_2015-2021. DOI: https://www.researchgate.net/deref/https%3A%2F%2Fdoi.org%2F10.21203%2Frs.3.rs-3001291%2Fv1?_tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIiwicGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIn19
7. Hajri T, Angamarca V, Cáceres L. Prevalence of stunting and obesity in Ecuador: a systematic review. *Public Health Nutr* [Internet]. el 1 de junio de 2021 [citado el 23 de julio de 2025];24(8):2259–72. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/public-health-nutrition/article/prevalence-of-stunting-and-obesity-in-ecuador-a-systematic->

review/3CCDCFCAE611A046836E6A755B34BB69.

DOI:<https://doi.org/10.1017/S1368980020002049>

8. Guanga V, Miranda A, Azogue J, Galarza R. Desnutrición infantil en Ecuador, emergencia en los primeros 1000 días de vida, revisión bibliográfica. *Mediciencias UTA* [Internet]. el 1 de julio de 2022 [citado el 23 de julio de 2025];6(3):24–36. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/medi/article/view/1703>
9. Chicaiza W, Henríquez A, Ortiz E, Douce R, Coral M. The burden of acute respiratory infections in Ecuador 2011-2015. *PLoS One* [Internet]. el 1 de mayo de 2018 [citado el 23 de julio de 2025];13(5):e0196650. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5929540/>. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196650>
10. Robalino A, Collantes J, Flores M. Caries dental en la primera infancia asociada a alimentos cariogénicos: una revisión de literatura: Array. *Maestro y Sociedad* [Internet]. el 7 de octubre de 2021 [citado el 23 de julio de 2025];3(01):177–87. Disponible en: <https://maestroysociedad.uo.edu.cu/index.php/MyS/article/view/5455>
11. Lalangui K, Cotera M, Sánchez M, Carrera A, Duque M, Quentin E. Space–time distribution of intestinal infectious diseases and their association with socioeconomic variables in Ecuador. *Front Public Health* [Internet]. el 10 de julio de 2024 [citado el 23 de julio de 2025];12:1412362. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2024.1412362/full>. DOI: 10.3389/FPUBH.2024.1412362/BIBTEX
12. Peñaherrera Lozada CE. Enfermedad Diarreica aguda en Ecuador en el periodo 2017-2022. Revisión sistemática. En: *Investigación en Ciencias de la Salud desde la academia Tomo 2*. Red Editorial Latinoamericana de Investigación Contemporánea; 2023.
13. Torres R, Acosta M, Sánchez A, Cedeño J. Enfermedades diarreicas agudas en niños entre 2-5 años en el Ecuador, un análisis sobre su etiopatogenia. *Polo del Conocimiento* [Internet]. el 30 de septiembre de 2020 [citado el 23 de julio de 2025];5(9):1367–80. Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/2307>. DOI: 10.23857/pc.v5i9.2307
14. Chuqui L, Poveda F. Prevalencia de parasitosis intestinal en niños y niñas del Ecuador. *Revista Científica Arbitrada Multidisciplinaria PENTACIENCIAS* [Internet]. el 15 de junio de 2023

[citado el 23 de julio de 2025];5(4):535–50. Disponible en: <https://www.editorialalema.org/index.php/pentaciencias/article/view/691>. DOI: <https://doi.org/10.59169/pentaciencias.v5i4.691>

15. Rivadeneira M, Moncayo A, Tello B, Torres AL, Buitrón GJ, Astudillo F, et al. A Multi-causal Model for Chronic Malnutrition and Anemia in a Population of Rural Coastal Children in Ecuador. *Matern Child Health J* [Internet]. el 1 de abril de 2019 [citado el 23 de julio de 2025];24(4):472. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7078138/> DOI: 10.1007/s10995-019-02837-x
16. Ortiz E, Cortez M, Vasconez J, Izquierdo J, Peñafiel J, Vistor G. Pediatric pneumonia across altitudes in Ecuador: a countrywide, epidemiological analysis from 2010–2021. *Ital J Pediatr* [Internet]. el 1 de diciembre de 2025 [citado el 23 de julio de 2025];51(1):165. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12123815/>. DOI:10.1186/s13052-025-02004-9
17. López C, Larrea M. Autismo en Ecuador: Un grupo social en espera de atención. *Revista Ecuatoriana de Neurología* [Internet]. diciembre de 2017 [citado el 23 de julio de 2025];26(3). Disponible en: http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2631-25812017000200203
18. Cantos J, Vinuesa M. Consideraciones sobre el impacto de la morbilidad y mortalidad neonatal y pediátrica en la salud pública ecuatoriana. *Enfermería Investiga* [Internet]. el 31 de octubre de 2019 [citado el 23 de julio de 2025];3(1 Sup):9–14. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/735>
19. Expansión. Datosmacro.com. [citado el 23 de julio de 2025]. Ecuador - Gasto público Salud 2022 . Disponible en: <https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud/ecuador>
20. Hidalgo Corral IJ. Análisis epidemiológico y sociodemográfico de las principales causas de morbimortalidad en niños menores de 5 años en el Ecuador desde 2004 a 2017. Universidad de las Américas [Internet]. 2020 [citado el 25 de julio de 2025]; Disponible en: <http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/566>
21. Meza L, Macias D. Inseguridad alimentaria y su relación con la morbilidad infantil en niños menores de 5 años en las diferentes regiones y áreas del Ecuador, encuesta ENSANUT 2018. 2022 [citado el 25 de julio de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.puce.edu.ec/handle/123456789/25046>
22. Montenegro M, Meneses M. Factores de riesgo que influyen en la desnutrición crónica infantil

en niños menores de 5 años en la provincia de Morona Santiago - Ecuador. *Revista Espacios* [Internet]. el 30 de noviembre de 2024 [citado el 25 de julio de 2025]; Disponible en: <https://www.revistaespacios.com/a24v45n06/a24v45n06p05.html?>

23. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Ecuador - Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud 2019 - variable - V23081 [Internet]. [citado el 25 de julio de 2025]. Disponible en: <https://anda.inec.gob.ec/anda/index.php/catalog/957/variable>
24. López D, Chunhuei C. Inequity in health care utilization in Ecuador: an analysis of current issues and potential solutions. *International Journal for Equity in Health* 2012 11:1 [Internet]. el 23 de enero de 2015 [citado el 5 de agosto de 2025];11(1):1–2. Disponible en: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-11-S1-A6>
25. Hernández R, Feránadez C, Baptista M. Metodología de la investigación. *Metodología de la investigación* [Internet]. 2014 [citado el 5 de agosto de 2025];6:91. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=775008&info=resumen&idioma=SPA>
26. Sanguinety N. Paradigmas de investigación en las Ciencias de la Salud. *Revista Latinoamericana de Difusión Científica* [Internet]. el 30 de junio de 2024 [citado el 5 de agosto de 2025];6(11):157–78. Disponible en: <https://www.difusioncientifica.info/index.php/difusioncientifica/article/view/170>
27. Bermeo M, Pardo I. De la ética a la bioética en las ciencias de la salud. *SciELO* [Internet]. 2020 [citado el 5 de agosto de 2025];1:1–340. Disponible en: <https://books.scielo.org/id/trn8b/pdf/bermeo-9786287501638.pdf>
28. Mont D. Morbidity Measures. *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research* [Internet]. 2023 [citado el 25 de julio de 2025];4458–9. Disponible en: https://link.springer.com/rwe/10.1007/978-3-031-17299-1_1849
29. Vaivada T, Gaffey M, Bhutta Z. Promoting early child development with interventions in health and nutrition: A systematic review. *Pediatrics* [Internet]. el 1 de agosto de 2017 [citado el 25 de julio de 2025];140(2). Disponible en: </pediatrics/article/140/2/e20164308/38702/Promoting-Early-Child-Development-With>
30. Frérot M, Lefebvre A, Aho S, Callier P, Astruc K, Glélé SA. What is epidemiology? Changing definitions of epidemiology 1978-2017. *PLoS One* [Internet]. el 1 de diciembre de 2018 [citado el 5 de agosto de 2025];13(12). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30532230/>
31. Schramme T. Health as Complete Well-Being: The WHO Definition and Beyond. *Public*

- Health Ethics [Internet]. el 1 de noviembre de 2023 [citado el 5 de agosto de 2025];16(3):210. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10849326/>
32. Jarvis T, Scott F, El-Jardali F, Alvarez E. Defining and classifying public health systems: A critical interpretive synthesis. *Health Res Policy Syst* [Internet]. el 16 de junio de 2020 [citado el 5 de agosto de 2025];18(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32546163/>
 33. Fernández G, Suarez F, Amado J, Federico L, De Cosio G. Módulo 4: Vigilancia en salud pública . [citado el 25 de julio de 2025]; Disponible en: www.paho.org
 34. Olshan AF, Roux AVD, Hatch M, Klebanoff MA. Epidemiology: Back to the Future. *Am J Epidemiol* [Internet]. el 1 de mayo de 2019 [citado el 5 de agosto de 2025];188(5):814–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30877290/>
 35. Graham H, White PCL. Social determinants and lifestyles: integrating environmental and public health perspectives. *Public Health* [Internet]. el 1 de diciembre de 2016 [citado el 5 de agosto de 2025];141:270–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27814893/>
 36. Tufiño D. Impacto de los determinantes sociales en la desnutrición infantil - Revista CISTEI. CISTEI [Internet]. 2024 [citado el 5 de agosto de 2025]; Disponible en: <https://www.cisteijournal.com/impacto-de-los-determinantes-sociales-en-la-desnutricion-infantil/>
 37. Secretaría Nacional de Planificación. Dirección Zonal de Planificación 6 – Secretaría Nacional de Planificación [Internet]. [citado el 25 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.planificacion.gob.ec/coordinacion-zonal-planificacion-6/>
 38. Bartsch L, Souza Cavalheiro V, Verissimo Couto K, Cristina Limberger D, Cammarano Ribeiro A, Resta Fontana D, et al. Incidence of prevalent diseases in infants in Primary Health Care: a cohort study. *Journal of school of nursing* [Internet]. 2025 [citado el 5 de agosto de 2025];59. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0358en>
 39. Orbea M. La mortalidad en la niñez, un tema de prioridad a nivel internacional. *Revista Novedades en Población* [Internet]. 2019 [citado el 6 de agosto de 2025];15(30):178–88. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782019000200178&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 40. Rodríguez L. Morbilidad atendida por médicos del posgrado en Medicina Familiar y Comunitaria en el primer nivel de atención. Chimborazo, Ecuador. *MediSur* [Internet]. 2018 [citado el 6 de agosto de 2025];16(2):241–7. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2018000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es

41. Vega C. Caracterización de pacientes pediátricos atendidos en las unidades de salud del cantón Macará [Internet]. [Loja]: Universidad Nacional de Loja; 2022 [citado el 6 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.unl.edu.ec/sites/default/files/archivo/2023-11/Cinthy%20Rodriguez.pdf>
42. Araújo A, Nathália I, Vieira U, Nayara J, Da Silva F, Pereira De Faria S, et al. Avaliação do consumo alimentar em pacientes com diagnóstico de depressão e/ou ansiedade. Referências em Saúde do Centro Universitário Estácio de Goiás [Internet]. 2020 [citado el 6 de agosto de 2025];3(01):18–26. Disponible en: <https://estacio.periodicoscientificos.com.br/index.php/rrsfesgo/article/view/193>
43. Ghazani M, Fitzgerald G, Hu W, Toloo GS, Xu Z. Temperature Variability and Gastrointestinal Infections: A Review of Impacts and Future Perspectives. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. el 16 de abril de 2018 [citado el 7 de agosto de 2025];15(4):766. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5923808/>
44. Instituto Nacional de Meteorología E Hidrología - INAMHI. Catálogo de Datos Abiertos Ecuador [Internet]. 2023 [citado el 7 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://datosabiertos.gob.ec/dataset/?organization=instituto-nacional-de-meteorologia-e-hidrologia-inamhi>
45. Carazo B, Montesinos E, Martínez L, López EM, Alegría I. Enfermedades infecciosas más frecuentes asociadas a inundaciones en niños. *An Pediatr (Engl Ed)* [Internet]. el 1 de marzo de 2025 [citado el 7 de agosto de 2025];102(3). Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-enfermedades-infecciosas-mas-frecuentes-asociadas-articulo-S1695403325000128>
46. Food and Agriculture Organization of the United Nations. Climate change and food security: risks and responses. *Climate change and food security: risks and responses* [Internet]. 2015 [citado el 10 de septiembre de 2025];1:11–21. Disponible en: <https://openknowledge.fao.org/items/8d799d5f-60e4-4ff9-87dd-d33289abb482>
47. Albuja Echeverría WS, Albuja Echeverría WS. Determinantes socioeconómicos de la desnutrición crónica en menores de cinco años: evidencia desde Ecuador. *Inter disciplina* [Internet]. el 3 de septiembre de 2022 [citado el 10 de septiembre de 2025];10(28):591–611.

Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-57052022000300591&lng=es&nrm=iso&tlng=es

48. Liao H, Lyon CJ, Ying B, Hu T. Climate change, its impact on emerging infectious diseases and new technologies to combat the challenge. *Emerg Microbes Infect* [Internet]. 2024 [citado el 11 de septiembre de 2025];13(1):2356143. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11138229/>
49. Levy K, Woster AP, Goldstein RS, Carlton EJ. Untangling the Impacts of Climate Change on Waterborne Diseases: a Systematic Review of Relationships between Diarrheal Diseases and Temperature, Rainfall, Flooding, and Drought. *Environ Sci Technol* [Internet]. el 17 de mayo de 2016 [citado el 11 de septiembre de 2025];50(10):4905–22. Disponible en: <https://pubs.acs.org/doi/abs/10.1021/acs.est.5b06186>
50. Poniedziałek B, Rzymyski P, Zarębska-Michaluk D, Flisiak R. Viral respiratory infections and air pollution: A review focused on research in Poland. *Chemosphere* [Internet]. el 1 de julio de 2024 [citado el 11 de septiembre de 2025];359:142256. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0045653524011494>
51. Molleda P, Velásquez Serra G, Molleda P, Velásquez Serra G. El Fenómeno del Niño y la prevalencia de enfermedades infecciosas: revisión. *LA GRANJA Revista de Ciencias de la Vida* [Internet]. el 1 de septiembre de 2024 [citado el 7 de agosto de 2025];40(2):9–36. Disponible en: http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1390-85962024000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
52. Córdova D, Chávez C, Bermejo E, Jara X, Córdova D, Chávez C, et al. Prevalencia de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años en un centro materno-infantil de Lima. *Horizonte Médico (Lima)* [Internet]. el 26 de marzo de 2020 [citado el 7 de agosto de 2025];20(1):54–60. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2020000100054&lng=es&nrm=iso&tlng=es
53. Doctores Otorrinolaringología. Centro de ORL. 2024 [citado el 7 de agosto de 2025]. Infecciones respiratorias en niños: relación con el retorno escolar - Centro De ORL. Disponible en: <https://centrodeorl.com/infecciones-respiratorias-en-ninos/>
54. Zurita B, Inturias B, Laura D. Frecuencia de Infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años, Centro de Salud Rio Blanco, 2027. *Revista Científica Ciencia Médica* [Internet]. 2020

- [citado el 7 de agosto de 2025]; Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332020000200011
55. Ciapponi A, Palermo MC, Sandoval MM, Baumeister E, Ruvinsky S, Ulloa-Gutierrez R, et al. Respiratory syncytial virus disease burden in children and adults from Latin America: a systematic review and meta-analysis. *Front Public Health* [Internet]. el 16 de octubre de 2024 [citado el 7 de agosto de 2025];12:1377968. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2024.1377968/>
 56. González V, Camaño L, García M, Castro Z. Incidencia de infecciones respiratorias agudas en estudiantes de una Unidad Educativa de Ambato, años 2016 y 2017. *Dilemas contemporáneos: Educación, Política y Valores* [Internet]. el 1 de diciembre de 2019 [citado el 7 de agosto de 2025]; Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/341836241_Incidencia_de_infecciones_respiratorias_agudas_en_estudiantes_de_una_Unidad_Educativa_de_Ambato_anos_2016_y_2017
 57. Mireya O, Pico A, Ribel Z, Chugá N, Clemencia M, Ger V. Proposal for educational intervention to prevent risk factors that determine the prevalence of gastrointestinal infections in children under 5 years of age. *Conrado* [Internet]. 2022 [citado el 7 de agosto de 2025];18(87). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442022000400379
 58. Osorio E, Urquieta J, Quevedo M, Espinoza J, Becerril V. Efectos de la pandemia de COVID-19 en el programa de inmunizaciones de los menores de cinco años en Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública* [Internet]. 2024 [citado el 7 de agosto de 2025];48:e134. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11616460/>
 59. Pibaque B, Sornoza M. El impacto de covid-19 y su efecto en el acceso de los servicios de Salud Pública. *Polo del Conocimiento* [Internet]. el 18 de marzo de 2025 [citado el 7 de agosto de 2025];10(3):1318–33. Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/9127>
 60. Pincay D, Estefanía Y, De Rodríguez Zulbey R, Cantos Q, Yelania Y, Figueroa G, et al. Parasitosis intestinales en el ecuador. *Revisión Sistemática. Kasmera* [Internet]. el 19 de abril de 2023 [citado el 7 de agosto de 2025];51:e5137705–e5137705. Disponible en: <https://produccioncientificaluz.org/index.php/kasmera/article/view/37705/45265>
 61. Vanegas P, Prieto C, Aspiazu K, Peña S, Flores D, Jaramillo M, et al. Epidemiología de las

infecciones por parásitos intestinales en el Cantón Nabón, Ecuador. FACSALUD-UNEMI [Internet]. el 6 de junio de 2022 [citado el 7 de agosto de 2025];6(10):51–7. Disponible en: <https://ojs.unemi.edu.ec/index.php/facsalud-unemi/article/view/1578/1445>

62. Martínez O, Baptista H. Anemia por deficiencia de hierro en niños: un problema de salud nacional* Anemia due to iron deficiency in children: a national health problem. *Rev Hematol Mex* 2019 abril-junio [Internet]. 2019 [citado el 7 de agosto de 2025];20(2):96–105. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/hematologia/re-2019/re192e.pdf>
63. Mancheno A, Valverde C, Sulbarán M, Paguay L. La Parasitosis Intestinal como una de las Causas para el Desarrollo de Anemia en la Población Infantil en Zonas Rurales del Ecuador. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar* [Internet]. el 30 de septiembre de 2024 [citado el 7 de agosto de 2025];8(5):215–28. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/13290/19148>
64. Castro-Jalca JE, Mera-Villamar L, Schettini Álava M. Epidemiología de las enteroparasitosis en escolares de Manabí, Ecuador. [citado el 7 de agosto de 2025]; Disponible en: <https://zenodo.org/records/3872171>
65. Zambrano W, Fernández J, Macías D, Zambrano M. Factores determinantes de la inasistencia a las citas médicas: un enfoque mixto. *Revista Minerva* [Internet]. el 19 de abril de 2024 [citado el 7 de agosto de 2025];5(14):52–62. Disponible en: <https://ve.scielo.org/pdf/minerva/v5n14/2697-3650-minerva-5-14-52.pdf>

ANEXOS

Anexo 1

app.powerbi.com/view?r=eyJrIjo1ZDk3YTJjYzQ0NWUwNi00M2ZkLTlTY2ItYjZlMGVmOWI4MDQzIiwidCI6ImQxMDMxZjJkLWlW0zAtNDM...



República del Ecuador

2020 2021 2022 2023

Mes: Todas

Zona: 200

Provincia: Todas

Cantón: Todas

Parroquia: Todas

Distrito: Todas

Nivel de atención: Todas

Tipología: Todas

Establecimiento: Todas

Grupo de edad: 2. De 1 a 4 años

Diagnóstico

Consulta externa

Ministerio de Salud Pública

Información de consultas en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública


Remover los filtros
Siguiente
Inicio

Número de consultas según mes atención



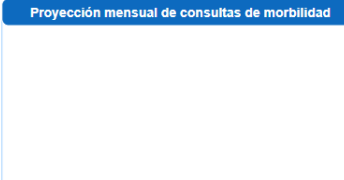
En el año 2024, en noviembre las consultas ascienden a: **31.288**

Número de consultas según tipo de atención

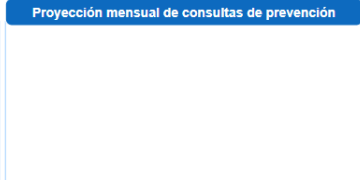


En el año 2020 las consultas ascienden a: **222.888**

Proyección mensual de consultas de morbilidad



Proyección mensual de consultas de prevención



Principales causas de consulta en morbilidad

CE10 - Descripción	Hombre	Mujer	Total
J00X - RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMÚN) ESPECIFICACIÓN	7.518	6.986	14.514
B829 - PARASITOSIS INTESTINAL SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	4.581	4.556	9.137
K1021 - CARIES DE LA DENTINA	3.071	3.111	6.182
D509 - ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	2.442	2.441	4.883
Z039 - AMIGALGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	2.101	1.849	3.950
J029 - FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	1.722	1.576	3.298
E46X - DESNUTRICIÓN PROTEICOALORICA, NO ESPECIFICADA	1.847	1.440	3.287
R09X - DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	1.643	1.417	3.060
A090 - OTRAS GASTROENTERITIS Y COLITIS DE ORIGEN INFECCIOSO	1.352	1.139	2.491
E440 - DESNUTRICIÓN PROTEICOALORICA MODERADA	944	770	1.714

Principales causas de consulta en prevención

CE10 - Descripción	Hombre	Mujer	Total
Z001 - CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO	37.001	35.579	72.580
Z012 - EXAMEN ODONTOLÓGICO	11.860	11.637	23.497
Z713 - CONSULTA PARA INSTRUCCIÓN Y VIGILANCIA DE LA DIETA	8.897	8.100	16.997
Z000 - EXAMEN MÉDICO GENERAL	1.754	1.706	3.460
Z010 - EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN	952	878	1.830
Z298 - OTRAS MEDIDAS PROFILÁCTICAS ESPECIFICADAS	390	342	732
Z132 - EXAMEN DE PREGUNTA ESPECIAL PARA TRASTORNOS DE LA NUTRICIÓN	362	342	704
Z719 - CONSULTA, NO ESPECIFICADA	336	309	645
Z011 - EXAMEN DE OÍDOS Y DE LA AUDICIÓN	224	255	579
Z134 - EXAMEN DE PREGUNTA ESPECIAL PARA CIERTOS TRASTORNOS DEL DESARROLLO EN EL NIÑO	259	234	493
Z762 - CONSULTA PARA ATENCIÓN Y SUPERVISIÓN DE LA SALUD DE OTROS NIÑOS O LACTANTES SANOS	219	200	419

68