



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

**TENDENCIAS DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE
CONSULTA EN PREVENCIÓN EN LA PRIMERA INFANCIA
DE LA ZONA 6 DEL ECUADOR, 2020 – 2024.**

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL

TÍTULO DE MAGISTER EN SALUD PÚBLICA

AUTOR: LCDA. FANNY ISABEL PONCE REMACHE

DIRECTOR: DR. RUZBELT CASTILLO MORALES

CUENCA - ECUADOR

2025

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE POSGRADO MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

**TENDENCIAS DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA EN
PREVENCIÓN EN LA PRIMERA INFANCIA DE LA ZONA 6 DEL ECUADOR,
2020 – 2024.**

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

AUTOR: LCDA. FANNY ISABEL PONCE REMACHE

DIRECTOR: DR. RUZBELT CASTILLO MORALES

CUENCA – ECUADOR

2025

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

Declaratoria de autoría y Responsabilidad

Fanny Isabel Ponce Remache portador(a) de la cedula de ciudadanía N.º 0302612775, declaro ser el autor de la obra: “Tendencias de las Principales Causas de Consulta en Prevención en la Primera Infancia de la Zona 6 del Ecuador 2020 - 2024”, sobre el 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, 24 de noviembre de 2025

F:

Fanny Isabel Ponce Remache

C.I. 0302612775

DEDICATORIA:

A Dios, quien me ha brindado salud, fuerza, sabiduría, resiliencia y protección durante esta trayectoria académica. A mis hijos Pamela y Mateo quienes fueron mi motivo e inspiración fundamental de mi vida para alcanzar cada uno de mis objetivos; por su paciencia cuando tuve que dedicar tiempo a este proyecto.

A mis hermanas/o, madre y Luis Guamán por su ayuda incondicional durante todo este proceso. Ustedes me han enseñado más sobre la vida y la perseverancia, por ser mi pilar para seguir superándome en lo profesional, por su confianza y apoyo incondicional, este logro es nuestro.

- *Fanny Ponce Remache*

AGRADECIMIENTOS.

Un enorme agradecimiento a hermanas/o, madre e hijos que han estado junto a mí en cada momento, a la Universidad Católica de Cuenca – Unidad académica de Posgrados por abrirme sus puertas, brindarme la oportunidad de adquirir conocimientos y haber conocido a diferentes personas a lo largo del trayecto con quienes he podido forjar lazos de amistad y apoyo, al igual a todos los docentes que me brindaron sus enseñanzas que atesorare de aquí en adelante.

Un agradecimiento encarecido al Coordinador de la Maestría Dr. Ebingen Villavicencio y a mi tutor el Dr. Ruzbelt Castillo Morales, por brindarme su apoyo y conocimientos para culminar este trabajo de titulación. Finalmente, un gran agradecimiento a Luis Guamán por su apoyo incondicional y motivación durante este proceso.

- Fanny Ponce Remache

RESUMEN:

Introducción: La atención preventiva en la primera infancia (1 a 4 años) es fundamental para detectar tempranamente riesgos de salud, fomentar hábitos saludables y reducir la morbimortalidad infantil. En la Zona 6 del Ecuador, las condiciones geográficas, culturales y socioeconómicas limitan el acceso equitativo a estos servicios, especialmente en áreas rurales. Aunque existen registros del Ministerio de Salud Pública, la investigación regional sobre las tendencias y causas de las consultas preventivas pediátricas sigue siendo limitada. Persisten desigualdades en el acceso de los servicios de salud, por lo que se debe fortalecer la continuidad de los servicios y focalizar intervenciones en los periodos críticos esto resultara clave para mejorar la equidad y el bienestar infantil. **Objetivo:** Identificar las principales causas de consulta preventiva en la primera infancia en la Zona 6, Ecuador 2020 a 2024. **Metodología:** Cuantitativo, descriptivo y longitudinal retrospectivo, con una muestra de 1.191.881 niños/as, de la Zona 6, los cuales fueron procesados utilizando herramientas como Excel y SPSS. **Resultados:** Se evidencio que las principales causas de consulta preventiva en la primera infancia fueron el examen médico general, el control rutinario del niño sano, los exámenes odontológicos, las consultas de vigilancia nutricional y las medidas profilácticas específicas. Se identificó un patrón estacional repetido, con picos de atención en los meses de abril y octubre. Además, se evidenció una alta variabilidad en la frecuencia de consultas según el territorio, lo cual refleja desigualdades estructurales, más que diferencias por sexo. **Conclusión:** Esta investigación demuestra que, si bien existen esfuerzos significativos en la atención preventiva infantil, aún persiste una marcada dependencia de campañas temporales y una distribución desigual de los servicios, lo que limita su continuidad y sostenibilidad. Fortaleciendo la planificación estratégica, garantizar recursos permanentes y promover un enfoque territorial e integral permitiría consolidar una atención preventiva más equitativa y efectiva en la primera infancia. Por ello, se recomienda fortalecer una atención continua y equitativa a lo largo del año, especialmente en áreas críticas como salud bucal, nutrición infantil y medidas profilácticas, adaptando los recursos a las realidades locales de la Zona 6.

Palabras claves: atención, infantil, prevención, salud.

ABSTRACT

Introduction: Preventive care in early childhood (1 to 4 years) is essential for the early detection of health risks, promoting healthy habits, and reducing childhood morbidity and mortality. In Zone 6 of Ecuador, geographic, cultural, and socioeconomic conditions limit equitable access to these services, especially in rural areas. Although records from the Ministry of Public Health exist, regional research on the trends and causes of pediatric preventive consultations remains limited. Inequalities in access to health services persist, so the continuity of services must be strengthened and interventions focused on critical periods. This will be key to improving equity and child well-being. **Objective:** To identify the main causes of preventive consultation in early childhood in Zone 6, Ecuador, from 2020 to 2024. **Methodology:** Quantitative, descriptive, and longitudinal retrospective study, with a sample of 1,191,881 children from Zone 6, which were processed using tools such as Excel and SPSS. **Results:** It was found that the main reasons for preventive consultations in early childhood were general medical examinations, routine well-child checkups, dental exams, nutritional monitoring visits, and specific prophylactic measures. A repeated seasonal pattern was identified, with peak visits in the months of April and October. Furthermore, high variability in the frequency of visits was evident by region, reflecting structural inequalities rather than gender differences. **Conclusion:** This research demonstrates that, although significant efforts have been made in preventive care for children, there remains a marked dependence on temporary campaigns and an unequal distribution of services, limiting their continuity and sustainability. Strengthening strategic planning, ensuring permanent resources, and promoting a comprehensive, territorial approach would allow for more equitable and effective preventive care in early childhood. Therefore, it is recommended to strengthen continuous and equitable care throughout the year, especially in critical areas such as oral health, child nutrition, and prophylactic measures, adapting resources to the local realities of Zone 6.

Keywords: care, children, prevention, health.

ÍNDICE DE CONTENIDO

Declaratoria de autoría y Responsabilidad	I
DEDICATORIA:	II
AGRADECIMIENTOS.	III
RESUMEN:	IV
ABSTRACT	V
ÍNDICE DE GRÁFICOS	VIII
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
1. PLANTEAMIENTO PROBLEMA.....	3
1.1. Situación problemática:	3
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 específico:	9
CAPÍTULO II	10
2. MARCO TEÓRICO	10
2.1 Antecedentes de la Investigación:	10
2.2. Bases Teóricas Filosóficas:	12
2.3. Marco Conceptual.....	14
2.3.1. Primera infancia (1 a 4 años):	14
2.3.2. Cuidado cariñoso y sensible:	14
2.3.3. El desarrollo psicológico en esta etapa:.....	14
2.3.4. La salud de los niños durante la primera infancia:	15
2.3.5. Causa de consulta:	16
2.3.6. Zona 6 del Ecuador:.....	17
2.3.7. CIE-10:.....	17
2.3.8. Principales motivos de consulta preventiva.	18
2.3.9. Salud pública:	20
2.3.10. Equidad en salud:	20
2.3.11. Atención Primaria en Salud (APS).....	21
2.3.12. Factores Determinantes en la Utilización de Servicios Preventivos	22
2.3.13. Vigilancia epidemiológica:.....	22
2.3.14. Determinantes sociales de la salud:	23

2.3.15. Salud bucal.....	24
2.3.16. Nutrición infantil	25
2.3.17. Morbilidad respiratoria	27
CAPÍTULO III	28
3. VARIABLES	28
3.1. Identificación de variables:.....	28
3.2. Operacionalización de variables:	28
3.3. Indicadores	30
3.4. Matriz de consistencia:	31
CAPÍTULO IV	32
4. METODOLOGÍA	32
4.1 Tipo y Diseño de Investigación:	32
4.2. Selección de Muestra	32
4.3. Tamaño de la Muestra	33
4.4. Técnicas de Recolección de Datos.....	33
4.5. Análisis e Interpretación de la información.	33
4.5.1. Ubicación espacial:	33
4.5.2. Ubicación temporal:	33
4.5.3. Procedimiento de la toma de datos:.....	33
4.5.4. Procedimientos para el análisis de datos:.....	34
4.5.5. RESULTADOS.....	35
4.5.6. DISCUSIÓN.....	52
4.5.7. CONCLUSIONES.....	55
PRESUPUESTO	57
5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	58
Bibliografía	59
Anexos	63

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1:-----	35
Gráfico 2:-----	36
Gráfico 3:-----	36
Gráfico 4:-----	38
Gráfico 5:-----	39
Gráfico 6:-----	40
Gráfico 7:-----	41
Gráfico 8:-----	42
Gráfico 9:-----	43
Gráfico 10:-----	44
Gráfico 11:-----	46
Gráfico 12:-----	47
Gráfico 13:-----	48
Gráfico 14:-----	49
Gráfico 15:-----	50

INTRODUCCIÓN

La salud infantil constituye un eje fundamental para el desarrollo humano, social y económico de una nación. Durante la primera infancia (1 a 4 años), la atención preventiva adquiere especial relevancia, pues permite garantizar un crecimiento y desarrollo adecuados, reducir la morbimortalidad y promover hábitos saludables que impactan a lo largo de toda la vida. En esta etapa crítica, las consultas médicas preventivas, los controles de niño sano, las valoraciones nutricionales, los exámenes odontológicos y la aplicación de medidas profilácticas específicas representan estrategias claves para la detección temprana de riesgos y la promoción del bienestar integral.

En este contexto, se identifica un problema sistemático de las principales causas de consulta preventiva en la primera infancia dentro de la Zona 6. Esta carencia impide comprender de manera precisa cuáles son los motivos predominantes de atención y qué patrones temporales se presentan, limitando así la planificación de políticas públicas efectivas y adaptadas a la realidad regional.

En el ámbito internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han señalado que los primeros años de vida constituyen una ventana de oportunidad única para implementar acciones de prevención^{1, 2}. En América Latina, persisten desafíos importantes: las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas, la desnutrición y los problemas odontológicos continúan siendo causas frecuentes de consulta y hospitalización en menores de cinco años³. Asimismo, informes de la UNICEF destacan que, a pesar de los avances, gran parte de los países de la región aún presentan brechas en la cobertura y calidad de los servicios preventivos infantiles (3).

En el contexto ecuatoriano, el Ministerio de Salud Pública (MSP) ha desarrollado el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural (MAIS-FCI), que prioriza la atención primaria y preventiva. Sin embargo, la Zona 6 del país, conformada por Azuay, Cañar y Morona Santiago, enfrenta retos específicos derivados de su diversidad geográfica, cultural y socioeconómica, lo que genera desigualdades en el acceso oportuno y continuo a los servicios de

salud, particularmente en comunidades rurales e indígenas. Aunque existen bases de datos institucionales que registran información sobre la atención pediátrica, la investigación científica con enfoque regional es aún limitada, lo que dificulta la generación de estrategias focalizadas y el aprovechamiento eficiente de los recursos disponibles⁴.

Diversos estudios en Ecuador evidencian que las infecciones respiratorias agudas representan un motivo frecuente de atención en menores de cinco años, siendo de origen viral en la mayoría de los casos⁵. Asimismo, investigaciones odontológicas han demostrado que gran parte de los niños entre 1 y 4 años acuden a su primera consulta dental por caries activas, lo que evidencia una atención preventiva tardía⁶. Estos hallazgos resaltan la importancia de contar con un análisis regional que permita comprender mejor las causas de consulta preventiva en la Zona 6.

Ante esta situación, el presente estudio tiene como propósito contribuir al conocimiento local mediante el análisis de las tendencias de consulta preventiva en la primera infancia de la Zona 6, durante el periodo 2020–2024, a partir de registros del MSP.

CAPÍTULO I

1. PLANTEAMIENTO PROBLEMA

1.1. Situación problemática:

La salud infantil constituye uno de los pilares fundamentales del desarrollo humano y social de un país. En este contexto, la atención preventiva en la infancia temprana (1 a 4 años) es vital para asegurar un crecimiento saludable, prevenir enfermedades y detectar condiciones de riesgo que puedan afectar el desarrollo físico, cognitivo y emocional de los niños. A pesar de los avances logrados por los sistemas de salud, persisten desafíos importantes en la cobertura, calidad y seguimiento de los servicios de salud preventiva para la primera infancia, especialmente en zonas geográficas con vulnerabilidades sociales, económicas y estructurales, como ocurre en la Zona 6 del país, conformada por las provincias de Azuay, Cañar y Morona Santiago. Esta región presenta una diversidad geográfica y cultural significativa, incluyendo tanto zonas urbanas como rurales, pueblos indígenas y comunidades en situación de pobreza. Esta heterogeneidad representa un desafío para la provisión equitativa de servicios de salud, en especial para la niñez. En este contexto, uno de los problemas que persiste y requiere análisis es la alta demanda de consultas preventivas pediátricas, especialmente en el grupo de 1 a 4 años.

El problema principal radica en la falta de análisis sistemático de las principales causas de consulta en servicios de prevención infantil, lo cual dificulta la toma de decisiones informadas por parte de los gestores de salud pública. Si bien el Ministerio de Salud Pública (MSP) del Ecuador cuenta con plataformas que recogen grandes volúmenes de datos sobre atenciones en salud, dichos datos no siempre han sido utilizados para generar investigaciones específicas a nivel regional que permitan entender los patrones locales de consulta, especialmente en zonas como la Zona 6, donde confluyen factores como dispersión territorial, limitaciones en acceso a servicios y condiciones socioeconómicas desiguales.

Esta contrariedad afecta directamente a la población infantil de entre 1 y 4 años, uno de los grupos etarios más vulnerables en términos de salud. A esta

edad, los niños/as deben recibir un seguimiento continuo a través de controles de crecimiento, vacunación, evaluación del desarrollo psicomotor y prevención de enfermedades infecciosas comunes. Si no se identifican oportunamente las razones más frecuentes por las que acuden a consulta preventiva, es difícil enfocar los recursos en intervenciones específicas que reduzcan riesgos y promuevan la salud de forma efectiva; sin embargo, no se cuenta con estudios que clasifiquen ni analicen en detalle las causas de estas consultas, lo cual genera una brecha entre la información disponible y su aplicación en políticas y programas efectivos.

Según el Informe de Rendición de Cuentas 2023, el Ministerio de Salud Pública reportó un cumplimiento del 60,54 % de la meta de cobertura de control de niño sano en menores de 5 años, alcanzando un avance acumulado del 114,70 % y atendiendo a 679.313 niños.

A pesar de este logro nacional, se mantienen desigualdades territoriales, especialmente en la Zona 6 (Azuay, Cañar y Morona Santiago), donde factores geográficos, limitaciones en infraestructura y escasez de personal especializado pueden afectar la cobertura y continuidad de los controles preventivos. Esto evidencia la necesidad de fortalecer estrategias diferenciadas que garanticen un acceso equitativo a los servicios de salud infantil.

La frecuencia y tendencia de las consultas preventivas en este grupo de edad también requieren un análisis riguroso. Existe la percepción de que algunas causas de consulta han aumentado en los últimos años, especialmente después de la pandemia de COVID-19, cuando muchas familias retomaron los controles de salud infantil y los programas de prevención recibieron nuevos lineamientos.

El problema se localiza específicamente en la Zona 6 del Ecuador, que presenta una combinación de desafíos geográficos (zonas rurales de difícil acceso), culturales (diversidad étnica y lingüística) y estructurales (limitada infraestructura en salud en algunos sectores). Estas condiciones pueden influir en el tipo y frecuencia de consultas preventivas, por lo que es

fundamental contar con una caracterización propia de la región que no dependa de promedios nacionales.

La evidencia empírica necesaria para abordar este problema se encuentra en las bases de datos del Ministerio de Salud Pública, donde se registra información detallada sobre causas de consulta, número de atenciones y características básicas como el sexo del niño. Sin embargo, estos datos no han sido suficientemente analizados ni utilizados para generar conocimiento útil y contextualizado sobre la salud preventiva infantil en la región. Existe, por tanto, una brecha importante entre la información disponible y la respuesta institucional o académica que permita interpretar y aplicar dicha información para la mejora del sistema.

Desde una perspectiva de salud pública, el problema es relevante por varias razones: la prevención es un componente clave del enfoque de atención primaria en salud; las intervenciones preventivas en la primera infancia tienen un alto impacto en la reducción de enfermedades a corto y largo plazo, disminuyen los costos en atención curativa y promueven el desarrollo integral del niño. Conocer las principales causas de consulta permite orientar programas de capacitación, distribución de recursos y políticas públicas específicas para reducir riesgos y mejorar la calidad de vida de los niños y sus familias. Finalmente, al identificar diferencias por sexo, se puede avanzar hacia una atención más equitativa y sensible al género desde edades tempranas.

Existe una brecha evidente entre la disponibilidad de datos y su aprovechamiento en investigaciones que permitan entender y resolver los problemas de salud infantil desde una mirada preventiva. Esta investigación busca contribuir a llenar esa brecha mediante un análisis detallado de las causas de consulta en niños de 1 a 4 años en la Zona 6 del Ecuador, desagregando la información según sexo y utilizando fuentes oficiales del Ministerio de Salud Pública.

1.2. Formulación del problema:

La atención preventiva en la primera infancia es un componente esencial dentro de los sistemas de salud pública, ya que permite detectar de manera temprana alteraciones en el crecimiento, nutrición, desarrollo psicomotor y prevenir enfermedades comunes.

La Zona 6 del Ecuador, conformada por las provincias de Azuay, Cañar y Morona Santiago, muestra una realidad diversa en cuanto al acceso, cobertura y calidad de los servicios de salud preventiva. Según datos del Ministerio de Salud Pública disponibles en su plataforma, se registran anualmente miles de consultas preventivas en niños de 1 a 4 años,

Esta situación representa un problema real porque impide priorizar los recursos sanitarios según las necesidades específicas de la población infantil de esta zona. El desconocimiento sobre los motivos predominantes de consulta también genera una brecha entre la información recolectada por el sistema y su aplicación en la mejora de la gestión en salud pública.

En este contexto, surge la necesidad de analizar sistemáticamente los registros de consultas preventivas en niños de 1 a 4 años en la Zona 6, identificando las causas más frecuentes de atención.

¿Cuáles son las principales causas de consulta en servicios de prevención en la primera infancia de la Zona 6, Ecuador?

1.3. Justificación de la investigación.

La presente investigación adquiere gran relevancia en el ámbito de la salud pública, al centrarse en la identificación de las principales causas de consulta en prevención en niños de 1 a 4 años, residentes en la Zona 6 del Ecuador. Este análisis es fundamental para comprender los motivos que llevan a la población infantil a acudir a los servicios de salud preventiva y, en consecuencia, facilitar la toma de decisiones orientadas a mejorar la cobertura y calidad de la atención en esta etapa crítica del desarrollo.

El estudio se sustenta en el análisis de datos secundarios provenientes de las plataformas oficiales del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), garantizando así la pertinencia, validez y viabilidad metodológica del trabajo. Esta fuente de información confiable permite realizar un diagnóstico exhaustivo de las consultas preventivas, identificando las tendencias y patrones de atención que caracterizan a la población infantil en la región de estudio.

De esta manera, la investigación no solo aporta al conocimiento local, sino que también constituye una herramienta clave para optimizar la planificación de estrategias en salud infantil, ajustadas a las necesidades reales del territorio.

La salud infantil constituye un indicador clave del desarrollo y la equidad social de un país. Las consultas preventivas contribuyen a disminuir la incidencia de enfermedades, mejorar el crecimiento y desarrollo infantil, e impactar positivamente en la calidad de vida de los niños y sus familias (1)(2). En la Zona 6, que comprende las provincias de Azuay, Cañar y Morona Santiago, la diversidad geográfica, cultural y socioeconómica representa un desafío para garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud. En este contexto, resulta prioritario generar evidencia local que oriente la planificación de intervenciones adaptadas a las necesidades territoriales, en línea con los principios de la atención primaria en salud.

Esta investigación permitirá identificar con precisión las causas más frecuentes de consulta preventiva en este grupo etario, facilitando una mejor orientación a padres, madres y cuidadores sobre temas clave para el cuidado

infantil. Asimismo, los resultados generarán insumos útiles para los equipos de salud, al momento de diseñar estrategias comunitarias, reforzar acciones educativas o ajustar recursos según las demandas reales de la población infantil en la región.

Desde el punto de vista científico y técnico, el estudio representa un aporte significativo al conocimiento local. Ofrece datos desagregados y actualizados que pueden ser utilizados en investigaciones posteriores, diagnósticos situacionales o procesos de planificación en salud pública. La viabilidad está plenamente garantizada, dado que se emplearán datos secundarios de libre acceso, lo que elimina la necesidad de trabajo de campo y permite optimizar recursos en términos de tiempo, costos y logística. Además, el enfoque geográfico delimitado (Zona 6) y el grupo etario específico (1 a 4 años) hacen que el volumen de información sea manejable mediante herramientas estadísticas convencionales.

La originalidad de este trabajo radica en su enfoque específico: se centra exclusivamente en la consulta preventiva infantil en una zona geográfica concreta, utilizando medidas estadísticas (mediana, percentiles) que permiten describir el comportamiento de las consultas por causa (CIE-10) y sexo. Hasta la fecha, no se han identificado investigaciones que analicen este tema de forma desagregada y contextualizada en la Zona 6 del Ecuador, lo cual otorga un valor añadido a sus resultados.

Definitivamente, desde una perspectiva formativa, esta investigación permite aplicar de manera práctica los conocimientos adquiridos durante el proceso académico de maestría en salud pública, fortaleciendo competencias en análisis de datos sanitarios, interpretación estadística, uso de fuentes institucionales y generación de evidencia útil para la toma de decisiones. Este aporte no solo mejora el perfil profesional del investigador, sino que contribuye activamente al fortalecimiento del sistema de salud en contextos locales.

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general:

- Identificar las principales causas de consulta en los servicios de prevención dirigidos a la primera infancia en la Zona 6 de Ecuador, a partir del análisis de los datos registrados por el Ministerio de Salud Pública.

1.4.2. Objetivos específico:

- Determinar las cinco causas de consulta preventiva más frecuentes en la primera infancia (según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10) en la Zona 6 del Ecuador.
- Comparar la distribución de las consultas preventivas según el sexo de los pacientes, aplicando medidas de tendencia central (mediana) y de dispersión (percentiles 25, 75 y 90).

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación:

La atención preventiva en la primera infancia es una estrategia esencial para disminuir enfermedades, detectar factores de riesgo y promover un desarrollo adecuado desde los primeros años de vida. En niños de 1 a 4 años, esta atención incluye controles de crecimiento, vacunación, evaluación del desarrollo psicomotor y educación para la salud familiar. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos de los sistemas de salud pública, existe escasa investigación sobre las principales causas de consulta preventiva en este grupo etario, especialmente con enfoque regional como en la Zona 6 del Ecuador.

De acuerdo con informes del MSP (2023–2024), solo el 10% de los menores de 2 años recibe controles prenatales y atención del niño sano de manera oportuna y completa. Asimismo, alrededor del 36.5% de la población infantil accede a servicios integrales del paquete priorizado (3).

Silva-Guayasamín en su estudio describe, las IRA constituyeron aproximadamente el 37 % de las consultas pediátricas registradas en un centro de atención general del país, y fueron responsable del 12 % de todas las hospitalizaciones por enfermedades infantiles en el mismo periodo, destaca que, en Ecuador, el 90% de las IRA en menores de 5 años son de origen viral, y afectan especialmente a los menores de 3 años. Entre los virus más comunes se encuentran el rinovirus (35%), la influenza A y B (30%) y el virus sincitial respiratorio (11%) (4).

Carmen Díaz Martínez realizó un estudio en Machalilla, Ecuador, se encontró que el 68.5 % de los niños de 1 a 4 años acudieron a su primera consulta dental por caries activas, con fines de evaluación y control preventivo. Esta situación refleja una demanda importante por parte de los cuidadores, aunque también evidencia la llegada tardía al sistema de salud, cuando la patología ya está presente (5).

Según la Organización Panamericana de la Salud, en América Latina las consultas preventivas pediátricas se concentran en los primeros años de vida,

ya que esta etapa representa una ventana crítica para prevenir enfermedades respiratorias, gastrointestinales, desnutrición y retrasos en el desarrollo. No obstante, en la mayoría de los países de la región, los sistemas de información en salud no desagregan adecuadamente las causas específicas de estas consultas por edad y sexo, lo que limita el desarrollo de estrategias focalizadas. (1).

En América Latina, las infecciones respiratorias agudas (IRA) continúan siendo una de las principales causas de atención en menores de cinco años, representando hasta el 11 % de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) en esta población. Le siguen las enfermedades diarreicas (6,7 %) y la desnutrición infantil (5,4 %) como causas frecuentes de consulta y hospitalización. A pesar de estas cifras, los registros de salud suelen ser generales y no se enfocan específicamente en el grupo de 1 a 4 años, lo que oculta patrones diferenciales de morbilidad y limita las decisiones basadas en evidencia local (6).

Un estudio realizado en Estados Unidos sobre la atención médica preventiva familiar evidenció una asociación directa entre el comportamiento preventivo de los padres y el uso de servicios de salud por parte de sus hijos. Específicamente, se observó que los niños cuya madre recibió atención preventiva presentaron una tasa de visitas anuales al médico un 6 % mayor en comparación con aquellos cuya madre no recibió dicha atención. En los hogares monoparentales con figura paterna, la tasa de visitas médicas en los niños fue 7 % mayor cuando el padre accedió a servicios preventivos. Finalmente, en hogares con ambos padres, la tasa de visitas anuales de los niños aumentó hasta 11 % cuando ambos progenitores accedieron a atención preventiva, en comparación con los casos en los que ninguno lo hizo (7).

2.2. Bases Teóricas Filosóficas:

Esta investigación parte de una postura realista y objetiva, que considera que los problemas de salud infantil existen independientemente de si han sido estudiados o no. Es decir, las causas de consulta médica, los datos de atención en prevención y los patrones de morbilidad son hechos observables y cuantificables, que pueden analizarse con base en los registros clínicos recopilados por las instituciones de salud.

El estudio no busca interpretar subjetividades individuales ni percepciones de los actores, sino describir lo que ocurre en la realidad, tal como está registrado en los sistemas del Ministerio de Salud Pública. Se parte del supuesto de que el número de consultas, sus causas y su distribución reflejan una realidad concreta y medible en la que pueden identificarse patrones, tendencias y brechas, por lo que se adopta un enfoque cuantitativo, empírico y verificable, típico de los estudios descriptivos en salud pública.

El conocimiento se construye mediante la recolección y el análisis de datos numéricos provenientes de fuentes oficiales, con el fin de generar terminaciones objetivas que puedan ser replicadas y contrastadas. Además, se reconoce que el conocimiento en salud pública es siempre contextual, por lo que se enfatiza en el análisis de una región específica (Zona 6) y de un grupo etario determinado (niños de 1 a 4 años). Esto responde a la idea de que el conocimiento útil para la acción debe adaptarse a las realidades locales y no limitarse a promedios nacionales o generalizaciones.

Esta investigación se fundamenta en valores de equidad, justicia social, bienestar infantil y acceso universal a la salud. Analizar las causas más frecuentes de consulta preventiva en niños pequeños no es solo un ejercicio académico, sino un compromiso con la mejora de las condiciones de vida de una población vulnerable.

Asimismo, se valora el principio de ética pública, ya que el estudio se basa en información que ha sido recolectada con fines sanitarios y debe ser manejada con responsabilidad, respetando la confidencialidad, la integridad de los datos y el uso transparente de la evidencia. Sin embargo, se reconoce que toda investigación parte de una motivación humana: en este caso, la preocupación

por mejorar la atención en salud infantil en una región del país donde persisten desigualdades. Por tanto, aunque el enfoque sea cuantitativo y objetivo, existe una orientación ética hacia la transformación social a través del conocimiento aplicado.

2.3. Marco Conceptual

2.3.1. Primera infancia (1 a 4 años):

La primera infancia constituye una etapa decisiva que sienta las bases del desarrollo integral de niñas y niños, influyendo en su bienestar presente y en su futuro. Las interacciones tempranas con el entorno tienen un impacto profundo en las dimensiones física, cognitiva, emocional y social, tanto en contextos de estabilidad como de crisis, y en comunidades rurales y urbanas. Un desarrollo saludable en esta etapa coloca a la niñez en la senda para alcanzar su máximo potencial en la vida adulta; en contraste, las carencias durante este periodo incrementan la vulnerabilidad frente a la mortalidad, enfermedades, bajo rendimiento escolar y limitaciones en el futuro desempeño económico, perpetuando ciclos de pobreza y desigualdad. No obstante, la implementación de intervenciones oportunas e intersectoriales en la primera infancia puede mitigar estos riesgos y favorecer trayectorias de vida más equitativas (8).

2.3.2. Cuidado cariñoso y sensible:

Para que niñas y niños logren desarrollar plenamente su potencial, requieren de cinco componentes fundamentales e interdependientes dentro del cuidado cariñoso y sensible: una nutrición adecuada, un entorno de cuidado receptivo, condiciones de seguridad y protección, oportunidades de aprendizaje temprano y el acceso a una buena salud. Estos elementos, al ser indivisibles, conforman la base del desarrollo integral en la primera infancia y deben ser garantizados de manera articulada por la familia, la comunidad y el sistema de salud (8).

2.3.3. El desarrollo psicológico en esta etapa:

Los primeros años de vida constituyen un periodo decisivo en la construcción del desarrollo subjetivo. Durante el primer año, se producen múltiples transformaciones relacionadas con la movilidad, el aprendizaje, la comunicación y las interacciones sociales. Entre los principales logros psíquicos se destacan la consolidación de la permanencia del objeto, la comprensión de relaciones de causa y efecto, la capacidad de explorar el entorno y la habilidad de imitar y comprender el lenguaje. Estos avances permiten al niño asimilar las dinámicas conductuales y relacionales de su entorno inmediato, sentando así las bases de su estructura psicosocial (9).

En los años posteriores, el niño desarrolla progresivamente nociones de cooperación, reciprocidad, negociación y consenso, mientras su lenguaje y capacidad de socialización se amplían de manera significativa. Estos avances se consolidan a partir de interacciones cada vez más frecuentes en contextos que trascienden el núcleo familiar (9).

Hacia los cuatro o cinco años de edad, el niño consolida sus modelos internos de relación, que servirán como base para el establecimiento de vínculos sociales futuros y tendrán efectos determinantes a largo plazo. Estos patrones relacionales, que pueden facilitar o dificultar la adaptación al entorno, dependen en gran medida de la seguridad proporcionada por los vínculos primarios en las primeras etapas de vida. En este proceso, el lenguaje ocupa un papel central como eje del desarrollo armónico, dado que desde el nacimiento el niño busca establecer contacto y socialización a través de la mirada, el llanto, el balbuceo y, posteriormente, la palabra. Reconocer esta progresión implica que los adultos consideren la subjetividad del niño y su derecho a ser escuchado y comprendido, lo cual constituye un elemento esencial para favorecer su desarrollo y su salud integral (10).

2.3.4. La salud de los niños durante la primera infancia:

El derecho de los niños a la salud implica asegurar condiciones que les permitan crecer, desarrollarse y desplegar plenamente su potencial en interacción con su entorno. Durante esta etapa, los múltiples factores que inciden en su bienestar pueden convertirse en riesgos o en oportunidades para promover la salud. La OMS subraya la necesidad de adoptar un enfoque integral de la salud a lo largo del ciclo vital, que considere tanto el desarrollo físico como psicosocial. Bajo este principio, la inversión en la primera infancia no solo favorece el bienestar inmediato, sino que determina en gran medida la salud y el desarrollo en etapas posteriores de la vida. El crecimiento físico y el desarrollo psicosocial del niño dependen en gran medida de la influencia de entornos familiares, escolares y sociales positivos. La salud y la supervivencia en la primera infancia están estrechamente relacionadas con el estado de salud materno durante el embarazo, la calidad de la atención médica recibida, la nutrición, el entorno físico, así como el bienestar emocional y conductual de la madre. En esta etapa, resulta fundamental que los padres o cuidadores aseguren el cuidado, la crianza,

la educación, la alimentación, el desarrollo integral y la protección de los derechos del niño, promoviendo un ambiente saludable con relaciones respetuosas y estabilidad emocional, psicológica y social. Todo ello debe estar respaldado por el compromiso del Estado, como primer responsable de garantizar las condiciones necesarias para que la familia pueda cumplir adecuadamente con su rol (10).

2.3.4.1. Consulta preventiva:

La atención preventiva en salud infantil es un componente esencial para garantizar el bienestar integral y reducir la incidencia de enfermedades en las primeras etapas de la vida. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la atención preventiva comprende “todas las acciones orientadas a promover el bienestar y evitar la aparición de enfermedades mediante el control periódico, la educación sanitaria, la vacunación y el seguimiento del crecimiento y desarrollo del niño” (11). De igual forma, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que el enfoque de Atención Primaria en Salud (APS) “ubica a las consultas preventivas como un eje estratégico para disminuir las desigualdades y asegurar una atención oportuna a los grupos más vulnerables, especialmente durante la primera infancia” (12).

En el contexto ecuatoriano, el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) del Ministerio de Salud Pública (MSP) establece que la atención preventiva debe ser “continua, integral, familiar y comunitaria”, con prioridad en el ciclo de vida infantil. Dentro de este modelo, las consultas preventivas odontológicas incluyen acciones de promoción de la salud bucal, control del crecimiento y desarrollo facial, aplicación de flúor y educación en hábitos saludables (13).

2.3.5. Causa de consulta:

La causa de consulta constituye el motivo primordial que impulsa a un paciente, o en este caso a sus padres o cuidadores, a acudir a un servicio de salud. En el ámbito de la atención preventiva infantil, estas razones pueden estar vinculadas a actividades programadas dentro del calendario de control, como la aplicación de vacunas, la vigilancia del crecimiento y desarrollo, o la valoración periódica del estado nutricional. Sin embargo, no siempre la consulta se origina en una necesidad planificada: en muchos casos, surgen a partir de hallazgos detectados durante las revisiones médicas, tales como signos de desnutrición, obesidad

inicial, problemas en el desarrollo psicomotor, o antecedentes de infecciones respiratorias o gastrointestinales recurrentes.

De esta manera, la causa de consulta no solo refleja una demanda explícita de atención, sino que también puede evidenciar problemas de salud latentes que el niño aún no manifiesta de forma evidente, pero que requieren intervención temprana para prevenir complicaciones. En este sentido, comprender la naturaleza de las causas de consulta en pediatría preventiva permite anticipar riesgos, identificar determinantes sociales de la salud y orientar acciones oportunas de promoción y prevención, fortaleciendo así el cuidado integral durante los primeros años de vida (14).

2.3.6. Zona 6 del Ecuador:

La Zona 6 del Ecuador es una región administrativa del sistema nacional de salud que incluye las provincias de Azuay, Cañar y Morona Santiago. Esta zona tiene características geográficas, culturales y sociales diversas: incluye tanto centros urbanos como comunidades rurales e indígenas de difícil acceso, con variabilidad en el nivel de cobertura y calidad de servicios de salud. Estudiar esta zona permite observar realidades contrastantes dentro de una misma región, lo que puede evidenciar diferencias en el acceso, frecuencia y tipo de consultas preventivas. Además, es una zona estratégica en términos de planificación sanitaria, ya que combina zonas andinas con sectores amazónicos.

2.3.7. CIE-10:

Es un sistema diagnóstico estandarizado desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para clasificar enfermedades y problemas relacionados con la salud. La décima revisión (CIE-10) fue adoptada oficialmente en 1990 y ha sido ampliamente utilizada en todo el mundo para registrar datos de morbilidad y mortalidad, facilitar la vigilancia epidemiológica y la toma de decisiones en salud pública (15).

La CIE-10 se emplea en distintos niveles del sistema de salud, como atención primaria, permite registrar diagnósticos y facilitar el seguimiento epidemiológico, en hospitales, se usa para codificar diagnósticos al egreso y justificar procedimientos médicos y cobros, en salud pública, permite analizar tendencias, establecer prioridades sanitarias y formular políticas públicas (16).

2.3.8. Principales motivos de consulta preventiva.

2.3.8.1. Examen médico general: El examen médico general en la primera infancia constituye la base de la atención preventiva, ya que permite evaluar el estado de salud integral del niño, detectar signos tempranos de enfermedades y orientar intervenciones oportunas. Incluye la valoración de crecimiento, desarrollo neuromotor, estado nutricional, vacunación y tamizajes básicos. Según la Organización Panamericana de la Salud (1), estas consultas son esenciales para reducir la morbilidad infantil y garantizar un adecuado seguimiento del desarrollo.

2.3.8.2. Control de salud de rutina del niño: El control rutinario de salud consiste en visitas periódicas planificadas con el fin de supervisar el desarrollo físico, emocional y cognitivo de los niños, aun cuando no presenten síntomas de enfermedad. Durante estas evaluaciones se aplican vacunas según el calendario, se mide el crecimiento mediante indicadores antropométricos y se ofrece orientación a los cuidadores (17).

2.3.8.3. Examen odontológico: El examen odontológico en niños de 1 a 4 años es una medida clave para la prevención de enfermedades bucales como caries dental y enfermedad periodontal. Estas patologías son altamente prevalentes en la infancia y, de no ser detectadas a tiempo, pueden afectar la nutrición, el habla y la autoestima del niño.

Según Amirian, la atención odontológico-preventiva en esta etapa reduce la necesidad de tratamientos invasivos a futuro y promueve la salud bucal como parte integral del bienestar infantil. Las guías internacionales recomiendan que la primera visita al odontólogo se realice antes del primer año de vida, con controles periódicos anuales (18).

Este tipo de consulta está orientada a educar a los padres y cuidadores sobre prácticas de alimentación saludable, adecuadas a la edad del niño, y a vigilar el cumplimiento de las recomendaciones nutricionales. Durante estas visitas, se identifican riesgos de malnutrición, obesidad o deficiencias específicas.

La evidencia muestra que la educación alimentaria en la primera infancia tiene un efecto protector frente a la obesidad y enfermedades crónicas no

transmisibles (19). La vigilancia de la dieta en consultas preventivas permite corregir hábitos inadecuados y promover un desarrollo físico y cognitivo óptimo.

2.3.8.4. Otras medidas profilácticas específicas: Incluyen intervenciones preventivas adicionales como la suplementación con micronutrientes (hierro, vitamina A), desparasitación, control de anemia, aplicación de flúor tópico y orientación sobre higiene. Estas medidas son esenciales para prevenir enfermedades prevalentes en la infancia, especialmente en contextos de vulnerabilidad.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) enfatiza que las acciones profilácticas implementadas en los primeros años de vida constituyen una de las estrategias más efectivas para proteger la salud infantil y garantizar un adecuado desarrollo. Estas intervenciones no se limitan únicamente a la aplicación de vacunas o al control del crecimiento y desarrollo, sino que abarcan un conjunto de medidas preventivas que incluyen la promoción de la lactancia materna, la educación sobre hábitos de higiene, la desparasitación periódica, la suplementación con micronutrientes y la vigilancia nutricional constante.

De acuerdo con la OPS, la puesta en práctica temprana de estas medidas reduce significativamente la incidencia de enfermedades infecciosas comunes en la infancia, como las infecciones respiratorias agudas y las diarreas, así como la prevalencia de parasitismo intestinal, que constituye un factor de riesgo importante para la desnutrición crónica y el retraso en el crecimiento. Del mismo modo, contribuye a disminuir la aparición de deficiencias nutricionales esenciales como anemia por déficit de hierro o hipovitaminosis, que pueden afectar de manera irreversible el desarrollo cognitivo y físico del niño. Además, el impacto de estas acciones trasciende el plano individual, pues al mejorar de manera sostenida los indicadores de salud en la niñez, se fortalece la equidad en el acceso a oportunidades de vida saludable. Esto significa que los niños provenientes de contextos vulnerables con menores recursos económicos, acceso limitado a servicios básicos o baja escolaridad de los padres se benefician de forma proporcionalmente mayor, logrando cerrar brechas de inequidad en salud y garantizando condiciones más justas para el desarrollo integral en la población infantil. (20).

2.3.9. Salud pública:

La salud pública es el conjunto de acciones, políticas y servicios orientados a proteger y mejorar la salud de la población, abarcando desde la promoción de estilos de vida saludables hasta la prevención y control de enfermedades. A diferencia de la medicina individual, que se centra en el diagnóstico y tratamiento de pacientes de manera particular, la salud pública adopta un enfoque colectivo, preventivo e intersectorial, considerando los determinantes sociales, económicos, culturales y ambientales que influyen en la salud. Su propósito es generar y mantener condiciones que favorezcan el bienestar integral de las comunidades, reduciendo inequidades y garantizando el acceso universal a los servicios esenciales.

En este sentido, esta investigación se enmarca dentro del campo de la salud pública al analizar los patrones de consulta en la infancia, etapa crítica para el desarrollo físico, cognitivo y social. El estudio no solo busca describir tendencias, sino también ofrecer insumos que permitan a las autoridades de salud y a otros actores del sector implementar políticas y estrategias basadas en evidencia. Comprender cómo, cuándo y por qué las familias llevan a sus hijos a consultas preventivas es clave para identificar brechas en el acceso, fortalecer la cobertura y optimizar los recursos disponibles. En zonas con particularidades geográficas y culturales, como la Zona 6 del Ecuador, este análisis adquiere mayor relevancia, ya que posibilita adaptar las intervenciones a las necesidades reales de la población, mejorando la efectividad de los programas de salud infantil y contribuyendo al cumplimiento de los objetivos de salud pública establecidos a nivel nacional e internacional (1).

2.3.10. Equidad en salud:

La equidad en salud es el principio que sostiene que todas las personas deben tener las mismas oportunidades de alcanzar su máximo nivel de salud, sin que su origen étnico, sexo, ubicación geográfica, condición socioeconómica o cualquier otra característica social represente una barrera para acceder a servicios y beneficios sanitarios. Este concepto va más allá de la igualdad formal, ya que reconoce que diferentes grupos pueden requerir apoyos diferenciados para superar las desventajas históricas y estructurales que afectan su bienestar. Alcanzar la equidad implica diseñar políticas, asignar recursos y organizar los

sistemas de salud de manera que se reduzcan las brechas existentes, priorizando a las poblaciones más vulnerables.

En este marco, estudiar las consultas preventivas por sexo y territorio en niños de 1 a 4 años adquiere un valor estratégico. El análisis de estas variables permite identificar patrones de acceso y posibles desigualdades, evidenciando si existen sectores de la población infantil que, por razones geográficas, culturales o de género, reciben menos atención preventiva o la reciben con menor frecuencia. Esta información es clave para orientar intervenciones focalizadas, tales como la redistribución de recursos, el fortalecimiento de servicios en zonas rurales y de difícil acceso, la implementación de brigadas móviles o programas interculturales, y la sensibilización de las familias sobre la importancia de la prevención. De esta manera, se avanza hacia una atención más justa, efectiva y coherente con los principios fundamentales de la salud pública, contribuyendo al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y de las metas nacionales en materia de equidad sanitaria. (21).

2.3.11. Atención Primaria en Salud (APS)

La Atención Primaria en Salud (APS) es la estrategia organizativa y filosófica que orienta los sistemas de salud hacia la prevención, la participación comunitaria y el acceso universal, garantizando que la salud se aborde como un derecho y no como un privilegio. Surge como respuesta a la Declaración de Alma-Ata de 1978, que estableció la necesidad de desarrollar servicios de salud integrales, accesibles y culturalmente pertinentes, enfocados en las necesidades reales de la población. La APS se basa en el primer nivel de atención, donde se concentra la mayor parte de los controles infantiles, las acciones de promoción de la salud y la prevención de enfermedades, incluyendo vacunaciones, controles de crecimiento y desarrollo, educación alimentaria y medidas profilácticas.

Esta estrategia busca integrar los servicios sanitarios con la realidad social, económica, cultural y geográfica de cada territorio, reconociendo que la salud está determinada por múltiples factores más allá del ámbito clínico. Prioriza la atención continua, integral y cercana a las familias, favoreciendo el vínculo entre los equipos de salud y la comunidad, y promoviendo la corresponsabilidad ciudadana en el cuidado de la salud. En Ecuador, la APS se formaliza a través del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural

(MAIS-FCI), que incorpora un enfoque intercultural, de género y de ciclo de vida. Este modelo propone un abordaje articulado que va desde la identificación temprana de riesgos hasta el seguimiento a largo plazo, integrando acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. En el contexto de esta investigación, la APS representa el marco operativo donde se desarrollan la mayoría de las consultas preventivas infantiles en la Zona 6, constituyéndose en el espacio clave para detectar inequidades, fortalecer la cobertura y mejorar la calidad de la atención en las primeras etapas de la vida (22).

2.3.12. Factores Determinantes en la Utilización de Servicios Preventivos

- **Factores socioeconómicos:** Los niños de familias con menores ingresos presentan menor frecuencia de visitas preventivas (Lebrun-Harris et al., 2019). Además, el nivel educativo de los cuidadores influye en la percepción de la importancia del control de salud infantil.
- **Accesibilidad geográfica y barreras del sistema de salud:** La falta de cobertura en zonas rurales limita el acceso a servicios preventivos (17). En Ecuador, la dispersión geográfica y la escasez de recursos humanos en salud en la región amazónica y la sierra rural dificultan la atención continua y oportuna.
- **Percepción de necesidad y cultura de prevención:** Muchos padres solo llevan a sus hijos a consulta cuando presentan síntomas visibles. La ausencia de síntomas en la niñez temprana genera la falsa idea de que no se requiere atención médica (23). Cambiar esta percepción requiere campañas educativas y la integración efectiva del primer nivel de atención.

2.3.13. Vigilancia epidemiológica:

La vigilancia epidemiológica consiste en la recopilación, análisis e interpretación continua de datos de salud con el fin de planificar, implementar y evaluar intervenciones en salud pública. En este estudio, se aplica una forma de vigilancia pasiva a través del análisis de registros de atención médica. El uso de datos de consultas del Ministerio de Salud Pública permite identificar tendencias y patrones locales, lo cual es esencial para diseñar estrategias regionales más efectivas y basadas en evidencia.

2.3.14. Determinantes sociales de la salud:

Los determinantes sociales de la salud son las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y constituyen un conjunto de factores sociales, económicos, culturales, ambientales y políticos que influyen de manera directa o indirecta en el estado de salud de la población. Entre ellos se incluyen aspectos como el nivel educativo y ocupacional de los padres, la estabilidad económica del hogar, la disponibilidad y calidad del agua potable, el acceso a saneamiento básico, la seguridad alimentaria, el entorno físico y ambiental, así como las creencias y prácticas culturales que inciden en la búsqueda de atención. Estos determinantes no actúan de forma aislada, sino que interactúan entre sí, generando condiciones de mayor o menor vulnerabilidad para las personas y comunidades.

Aunque este estudio se centra en el análisis de datos cuantitativos provenientes de registros de consultas preventivas, se reconoce que dichos patrones no pueden interpretarse de manera completa sin considerar la influencia de los determinantes sociales. Por ejemplo, un alto número de consultas por enfermedades infecciosas o por medidas profilácticas puede estar estrechamente relacionado con la falta de acceso a agua segura o a un adecuado saneamiento, así como con condiciones de hacinamiento o deficiente manejo de residuos. De igual manera, las brechas en el acceso a consultas odontológicas o nutricionales pueden estar vinculadas a limitaciones económicas, falta de educación en salud o ausencia de servicios en zonas rurales y dispersas. En el contexto de la Zona 6 del Ecuador, donde coexisten áreas urbanas con infraestructura sanitaria adecuada y comunidades rurales e indígenas con condiciones estructurales desfavorables, la comprensión de los determinantes sociales es esencial para conocer el problema que presentan y de este modo proponer intervenciones efectivas. Incorporar esta perspectiva permite que las acciones de salud pública no se limiten a la atención clínica, sino que también aborden las raíces sociales de las desigualdades, avanzando hacia soluciones más integrales y sostenibles (24).

2.3.15. Salud bucal.

La salud bucal abarca el buen estado de los dientes, encías y estructuras relacionadas, permitiendo funciones como alimentarse, hablar y socializar sin dolor ni limitaciones. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la salud oral forma parte esencial del bienestar general debido a que las enfermedades en la boca pueden afectar el estado nutricional, la comunicación y la calidad de vida en general (25).

2.3.15.1. Relevancia de la salud bucal:

Mantener una adecuada salud bucodental favorece el bienestar físico, emocional y social. Los problemas orales pueden producir dolor, dificultades para comer y alteraciones en la autoestima. En la infancia, las afecciones bucales representan una causa frecuente de ausentismo escolar y bajo rendimiento académico (26).

2.3.15. 2.Principales afecciones que comprometen la salud bucal.

- **Caries dental:** La caries es una de las patologías más prevalentes en el mundo. Resulta de la interacción entre bacterias, azúcares y una higiene deficiente, que terminan deteriorando los tejidos duros del diente. Cuando progresa, puede causar dolor, infecciones y pérdida de piezas dentales (27).
- **Enfermedad periodontal:** La enfermedad periodontal afecta los tejidos que sostienen los dientes e incluye gingivitis y periodontitis. Su principal causa es la acumulación de placa bacteriana, aunque también influyen factores como el tabaquismo y determinadas enfermedades sistémicas (28).
- **Maloclusiones:** Corresponden a alteraciones en la alineación de los dientes o en la relación entre los maxilares. Estas condiciones pueden generar dificultades en la masticación, el habla y afectar la estética facial (29).
- **Pérdida dental:** La pérdida de dientes compromete la masticación, altera la nutrición y puede provocar cambios estéticos y emocionales en la persona (27).

2.3.15.3. Determinantes de la salud bucal.

- **Higiene oral:** El cepillado regular con pasta fluorada, acompañado del uso de hilo dental, es fundamental para prevenir caries y enfermedades gingivales (25).

- **Alimentación:** Las dietas ricas en azúcares simples incrementan notablemente la probabilidad de desarrollar caries. En cambio, una alimentación equilibrada y la ingesta de agua potable favorecen la salud oral (26).
- **Acceso a servicios odontológicos:** La atención odontológica periódica permite identificar problemas de forma temprana, aplicar medidas preventivas como fluorización o sellantes, y brindar educación en salud (30).
- **Factores socioeconómicos:** El nivel educativo, los ingresos económicos y el acceso limitado a servicios de salud influyen directamente en la aparición de enfermedades bucales (31).
- **Promoción y prevención en salud bucal:** La educación en higiene oral, el cepillado supervisado, la reducción del consumo de azúcar y el uso adecuado del flúor constituyen pilares para prevenir la mayoría de las enfermedades orales. Programas escolares y comunitarios han demostrado mejorar los hábitos de higiene y disminuir la prevalencia de caries (30).
- **Salud bucal en la infancia:** Los dientes temporales cumplen funciones esenciales en la masticación, fonación y guía de los dientes permanentes. La caries temprana es común en niños pequeños, asociada al consumo de bebidas azucaradas, mala higiene oral y falta de controles odontológicos. Educar a los cuidadores es determinante para reducir estos problemas (29).
- **Relación entre salud bucal y salud general:** La cavidad oral puede reflejar el estado de salud de una persona. Enfermedades como la diabetes pueden agravar los problemas periodontales, mientras que infecciones orales pueden influir en el sistema cardiovascular. Una mala salud bucal afecta la alimentación, el sueño y el bienestar psicológico (28).

2.3.16. Nutrición infantil

La nutrición infantil comprende el conjunto de procesos mediante los cuales los niños obtienen y utilizan los nutrientes necesarios para desarrollarse física, cognitiva y emocionalmente. En esta etapa de vida, el crecimiento acelerado hace indispensable una alimentación adecuada y equilibrada, pues influye en la salud, el aprendizaje y el bienestar futuro (32).

2.3.16.1. Importancia de la nutrición en la primera infancia:

Los primeros años representan un periodo decisivo para la vida. Durante la primera infancia, el cerebro alcanza gran parte de su desarrollo estructural, y las deficiencias nutricionales pueden dejar consecuencias permanentes en el crecimiento y en la capacidad intelectual (33). De acuerdo con UNICEF (2020), garantizar una alimentación adecuada en esta fase temprana reduce el riesgo de enfermedades, favorece el rendimiento escolar y promueve un desarrollo integral más sólido.

2.3.16.2. Componentes esenciales de la alimentación infantil:

- **Lactancia materna:** La OMS (2021) indica que la lactancia materna debe ser exclusiva durante los primeros seis meses y mantenerse como complemento hasta los dos años o más. La leche materna contiene una combinación óptima de nutrientes y factores protectores que fortalecen el sistema inmunológico.
- **Alimentación complementaria:** La Organización Panamericana de la Salud recomienda iniciar la alimentación complementaria a partir de los seis meses. Durante esta etapa se deben integrar alimentos variados, nutritivos, seguros y culturalmente aceptados, priorizando aquellos que aporten hierro, proteínas y vitaminas (34).
- **Macronutrientes:** Son indispensables para cubrir el gasto energético, favorecer el desarrollo corporal y mantener funciones biológicas vitales.
- **Micronutrientes:** Como el hierro, zinc y vitaminas A y D cumplen funciones clave en la salud infantil. La deficiencia de hierro es una de las carencias más comunes y afecta negativamente el desarrollo neurológico (35).

2.3.16.3. Malnutrición infantil

- **Desnutrición:** Se manifiesta como bajo peso, talla reducida o adelgazamiento extremo, la desnutrición crónica compromete el rendimiento escolar, debilita el sistema inmunológico y aumenta la vulnerabilidad frente a enfermedades.
- **Obesidad infantil:** En la niñez ha aumentado en las últimas décadas y está relacionada con hábitos alimentarios inadecuados, ingesta elevada de ultraprocesados y sedentarismo (36).

2.3.17. Morbilidad respiratoria

La morbilidad respiratoria en la infancia incluye enfermedades del sistema respiratorio que van desde infecciones leves de las vías aéreas superiores hasta cuadros graves como la neumonía y bronquiolitis, que son agentes de alta demanda asistencial. Entre estas enfermedades, las infecciones respiratorias agudas son especialmente prevalentes y representan una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en niños pequeños (37).

La neumonía, por ejemplo, constituye una proporción significativa de muertes en niños menores de cinco años, y puede ser causada por virus, bacterias u hongos. Factores prevenibles como la vacunación, la nutrición adecuada y el control ambiental (por ejemplo, exposición al humo) son clave para su prevención (38, 39).

El virus respiratorio sincitial (VRS) es uno de los principales causantes de infecciones respiratorias bajas en lactantes y niños pequeños, provocando millones de episodios al año y significativas hospitalizaciones, especialmente en países de ingresos bajos y medianos (40, 41). Además, los prematuros tienen un riesgo significativamente mayor de presentar VRS grave con hospitalización o complicaciones (42).

Los factores que aumentan el riesgo de morbilidad respiratoria incluyen la desnutrición, el hacinamiento, la exposición al humo y la falta de acceso a servicios de salud o atención médica oportuna. Estas condiciones sociodemográficas exacerban la frecuencia y la gravedad de los episodios respiratorios.

Para abordar esta carga, las estrategias efectivas combinan vacunación, mejoras en las condiciones del hogar, promoción de la lactancia y diagnóstico temprano. La vigilancia epidemiológica también es esencial para detectar picos estacionales y organizar respuestas sanitarias oportunas (39, 41).

CAPÍTULO III

3. VARIABLES

3.1. Identificación de variables:

- Variable dependiente:

Causa de consulta

Frecuencias

- Variable independiente:

Sexo del paciente

3.2. Operacionalización de variables:

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Tipo de estadística	Escala de medición	Fuente de datos
Causa de consulta (CIE-10)	Motivo de consulta médica registrada bajo la Clasificación Internacional de Enfermedades	Código CIE-10 registrado en consulta preventiva para niños/as de 1 a 4 años	Clasificación diagnóstica	Z00.0 Examen médico general. Z00.1 Control de salud de rutina del niño. Z012 Examen odontológico. Z713 Consulta para instrucción y vigilancia de la dieta. Z298 Otras medidas	Cuantitativa	nominal	Base de datos del MSP de libre acceso.

				profilácticas especificadas.			
Frecuencia	Cantidad de veces que se registra una causa específica de consulta preventiva	Número mensual de registros por código CIE-10 en población de 1 a 4 años	Volumen y distribución estadística	Mediana, percentil 25, percentil 75, percentil 90.	Cuantitativa	Continua	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 cedula de identidad	Masculino Femenino	Número de casos por sexo. Porcentaje de casos por sexo. Comparación entre sexo por enfermedad prevalente.	Cuantitativa	Nominal (dicotómica)	Base de datos del MSP de libre acceso.
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo, generalmente medidos en años.	Niños y niñas entre 1 y 4 años según fecha de nacimiento registrada en la plataforma	Unidimensional	Años y meses cumplidos	Cualitativa	ordinal	Base de datos del MSP de libre acceso.
Zona geográfica	Región según división territorial del MSP	Zona 6: Azuay, Cañar, Morona Santiago.	Territorio	Zona 6 registrada en base de datos	Cualitativa	Nominal	Base de datos del MSP de libre acceso.

Mes del año	Periodo calendario de registro	Mes en el que se realiza la consulta (enero – diciembre)	Tiempo/ estacional	Enero, febrero, marzo, abril, mayo, junio, julio, agosto, septiembre, octubre, noviembre, diciembre.	Cualitativa	Ordinal	Base de datos del MSP de libre acceso.
-------------	--------------------------------	--	--------------------	--	-------------	---------	--

3.3. Indicadores

Variable prevalencia.

- Número total de casos por consulta.
- Prevalencia mensual de cada consulta.
- Ranking de las 5 enfermedades más frecuentes por año.

Variable de sexo

- Número de casos por sexo.
- Porcentaje de casos por sexo.
- Comparación entre sexo por consulta.

3.4. Matriz de consistencia:

Problema	Objetivos	Hipótesis	Marco teórico	Técnica	Instrumento	Estadística
¿Cuáles son las principales causas de consulta en la prevención en la primera infancia de la Zona 6 del Ecuador?	Objetivo específico 1. Identificar las cinco consultas más frecuentes en la primera infancia en Ecuador, según el sexo.		Categoría biológica que distingue a los seres humanos como masculino y femenino	Análisis de datos secundarios (Consiste en examinar y utilizar información previamente recolectada y disponible en las bases de datos accesibles del Ministerio de Salud Pública)	Documento de identidad	Estadística descriptiva (frecuencia por sexo, porcentajes, tendencias por año)

CAPÍTULO IV

4. METODOLOGÍA

Este capítulo expone la metodología aplicada en la investigación, precisando el enfoque, el tipo y el diseño del estudio, así como la población y muestra consideradas. Asimismo, se describen las técnicas e instrumentos empleados para la recolección y el análisis de los datos. La elección de esta metodología busca asegurar la coherencia con los objetivos planteados, garantizando la validez, confiabilidad y pertinencia de los resultados alcanzados.

4.1 Tipo y Diseño de Investigación:

El presente estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, basado en el análisis numérico de datos provenientes de registros oficiales del Ministerio de Salud Pública. El diseño de investigación fue descriptivo, orientado a caracterizar las principales causas de consulta preventiva en la primera infancia a partir de información secundaria. Según su temporalidad, se clasifica como longitudinal retrospectivo, ya que analiza datos recopilados entre los años 2020 y 2024.

La unidad de análisis correspondió a los niños y niñas de 1 a 4 años de edad, mientras que la población de estudio incluyó la totalidad de los registros de consultas preventivas realizadas a este grupo etario en la Zona 6 del Ecuador, abarcando las provincias de Azuay, Cañar y Morona Santiago.

4.2. Selección de Muestra

4.2.1. Criterios de inclusión:

- Información reportada en la base de datos de libre acceso del MSP.
- Niños de 1 a 4 años de edad.
- Registro de consultas evidentes de la plataforma de MSP Ecuador de la zona 6.
- Las cinco consultas más frecuentes en la zona 6, Ecuador.
- Registros comprendidos en el periodo 2020-2024.

4.2.2. Criterios de exclusión:

- Información que este fuera de la base de datos de libre acceso del MSP.
- Niños menores de 1 año y mayores de 4 años.

4.3. Tamaño de la Muestra

En el presente estudio se trabajó con el total de registros reportados por las bases de datos de libre acceso del Ministerio de Salud Pública (MSP), correspondientes a consultas preventivas en la primera infancia en la Zona 6 del Ecuador. El tamaño final de la muestra fue de 1.191.881 registros válidos.

4.4. Técnicas de Recolección de Datos

4.4.1. instrumentos documentales:

Se utilizó la base de datos de MSP de libre acceso para la recolección de información. (Anexo 1).

4.4.2. instrumentos mecánicos:

Para la toma de datos se utilizó una laptop portátil de marca HP 240 G8 Notebook PC.

4.4.3. Materiales:

Se utilizó únicamente materiales de escritorio.

4.4.4. Recursos:

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

4.5. Análisis e Interpretación de la información.

4.5.1. 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.

4.5.2. Ubicación temporal:

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

4.5.3. Procedimiento 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 descarga la información con respecto al tema de investigación:

“TENDENCIAS DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA EN PREVENCIÓN EN LA PRIMERA INFANCIA DE LA ZONA 6 DEL ECUADOR 2020 - 2024”

4.5.3.1. Método de examen.

La recolección de datos se realizó mediante revisión documental secundaria, utilizando la información disponible en la plataforma oficial de datos del Ministerio de Salud Pública.

4.5.3.2. Criterios de registro de hallazgos.

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

4.5.4. Procedimientos para el análisis de datos:

Los datos obtenidos de los registros del Ministerio de Salud Pública fueron sistematizados en una base digital mediante Microsoft Excel y posteriormente analizados con el software estadístico IBM SPSS Statistics versión 27.0.1. Se realizaron análisis descriptivos de las variables de interés, que incluyeron medidas de tendencia central (mediana) y de dispersión (percentiles 25, 75 y 90)

Con el propósito de identificar las principales causas de consulta preventiva en niños de 1 a 4 años, se elaboraron gráficos que facilitaron la visualización de la distribución según edad y sexo en la Zona 6.

Validez y Confiabilidad de los datos.

Validez de los datos: Es la información que se garantizó mediante el uso de registros oficiales del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), los cuales constituyen la fuente primaria de los datos en salud en el país. Estos registros siguen protocolos estandarizados de registro y consolidación de información, lo que asegura la correspondencia entre los datos y la realidad estudiada. Asimismo, las categorías de las causas de consulta utilizadas corresponden a clasificaciones establecidas institucionalmente, lo que refuerza la validez de contenido.

Confiabilidad de los datos: Se respaldó en el hecho de que los registros del MSP son sistemáticos y se actualizan de manera periódica, minimizando sesgos de registro. Además, se aplicó un proceso de depuración de la base de datos,

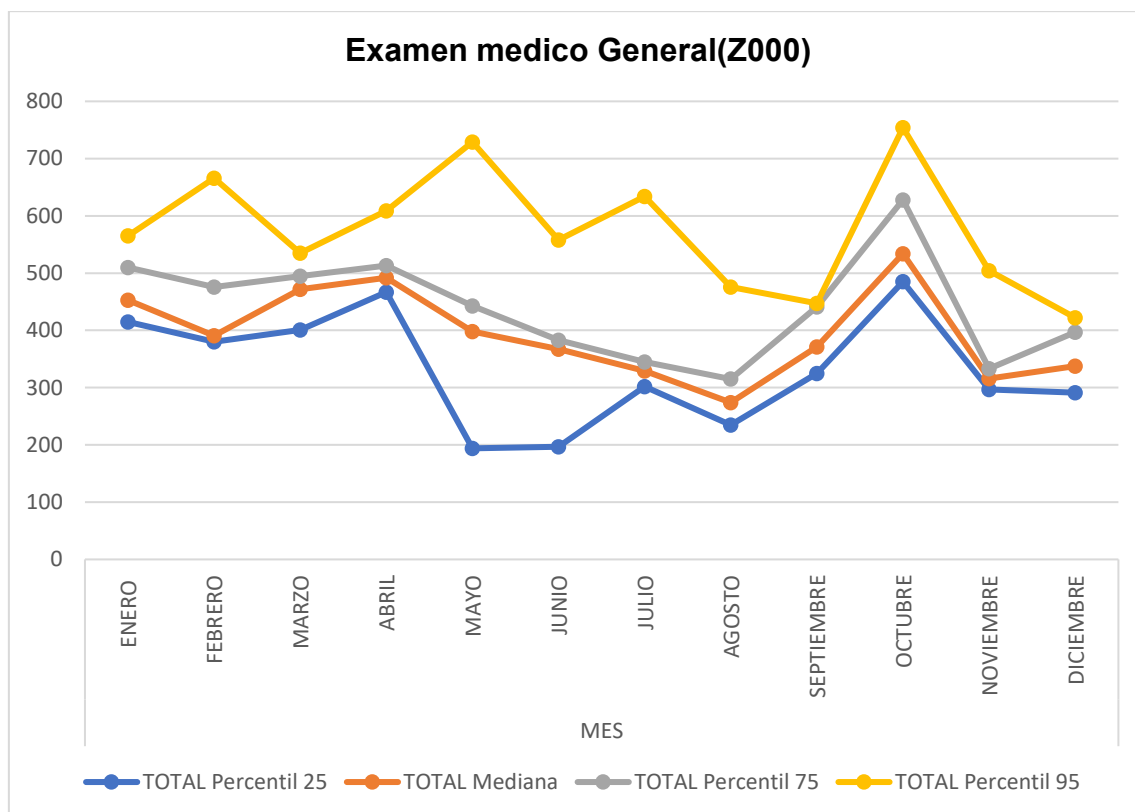
eliminando duplicados y valores inconsistentes para asegurar la consistencia interna de la información.

4.5.5. RESULTADOS

Análisis e interpretación de los resultados

Gráfico 1:

Tendencia mensual de consultas por examen médico general en la primera infancia, Zona 6 del Ecuador.



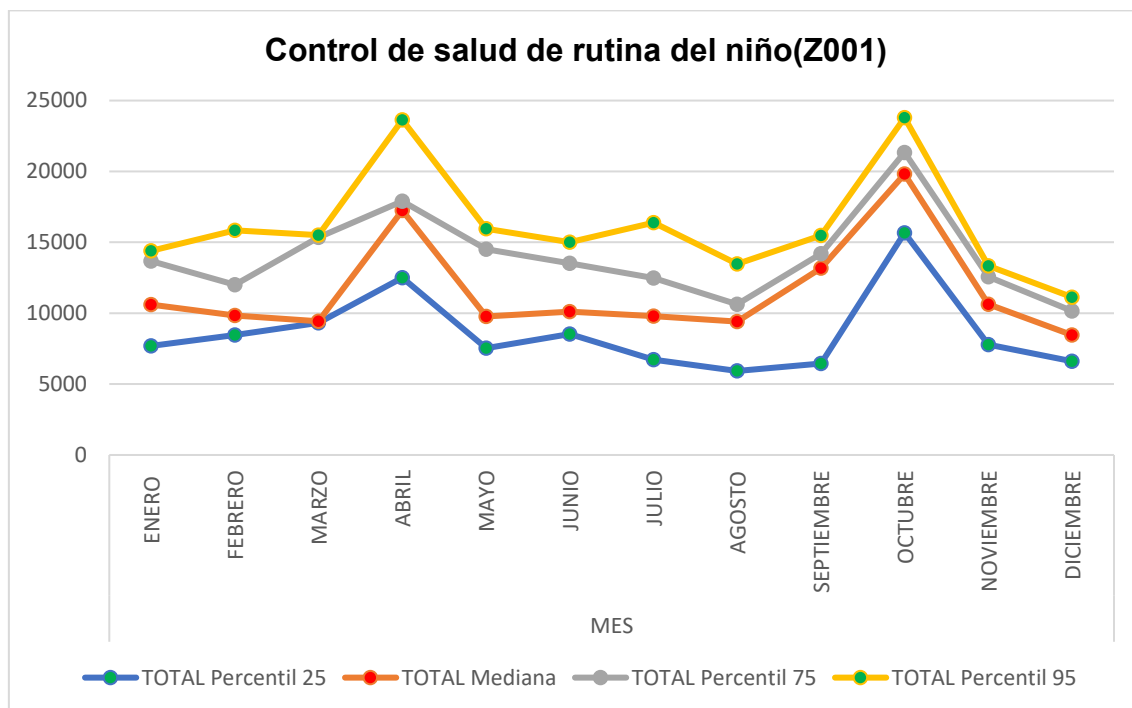
Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la plataforma pública del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). Procesamiento y análisis realizados en SPSS y Microsoft Excel, 2024.

Interpretación: Se observa una variación moderada en la cantidad de consultas a lo largo del año, con un patrón de aumento y descenso mensual en todos los percentiles, en el mes de octubre se registra el valor más alto en todos los percentiles, especialmente en el percentil 90 con más de 750 consultas, lo que indica un pico significativo de atención en ese mes, mientras que los valores más bajos se presentan entre los meses de mayo a agosto, con la mediana descendiendo por debajo de 350 consultas en algunos casos, lo que refleja una reducción estacional en la demanda.

La mediana se mantiene relativamente estable entre 350 y 500 consultas mensuales, con leves oscilaciones, en cuanto a la distancia entre el percentil 25 y el 90 muestra una amplia variabilidad.

Gráfico 2:

Tendencia mensual de consultas por control de salud del niño en la infancia, Zona 6 del Ecuador.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la plataforma pública del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). Procesamiento y análisis realizados en SPSS y Microsoft Excel, 2024.

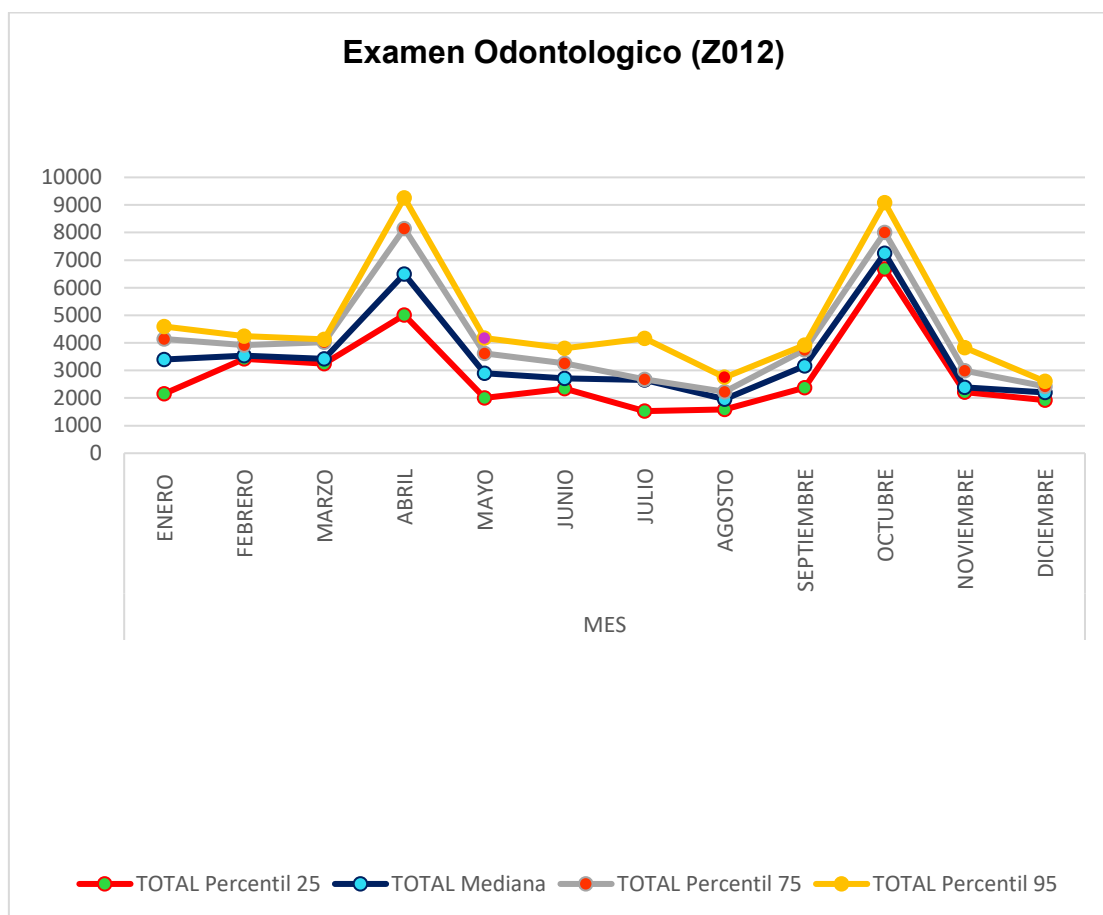
Interpretación: Es observable que el control de atención del niño sano se muestra en el mes de octubre el valor más alto del año en todos los percentiles, con el percentil 90 superando las 24.000 atenciones, lo que evidencia una fuerte concentración de controles en ese mes, en el mes de abril la mediana y los percentiles 75 y 90 aumentan de manera notable, mientras que los controles son menores en el mes de agosto y diciembre aquí todos los percentiles disminuyen de forma considerable, indicando una caída en la asistencia a consultas preventivas posiblemente relacionada con vacaciones escolares, feriados.

La línea de la mediana se mantiene entre 9.000 y 12.000 consultas mensuales, evidenciando una frecuencia relativamente estable a lo largo del año, con incrementos notorios en abril y octubre. En contraste, la amplitud entre los

percentiles 25 y 90 indica una alta variabilidad en el número de consultas durante el periodo analizado.

Gráfico 3:

Tendencia mensual de consultas por examen Odontológico en la primera infancia, Zona 6 del Ecuador.



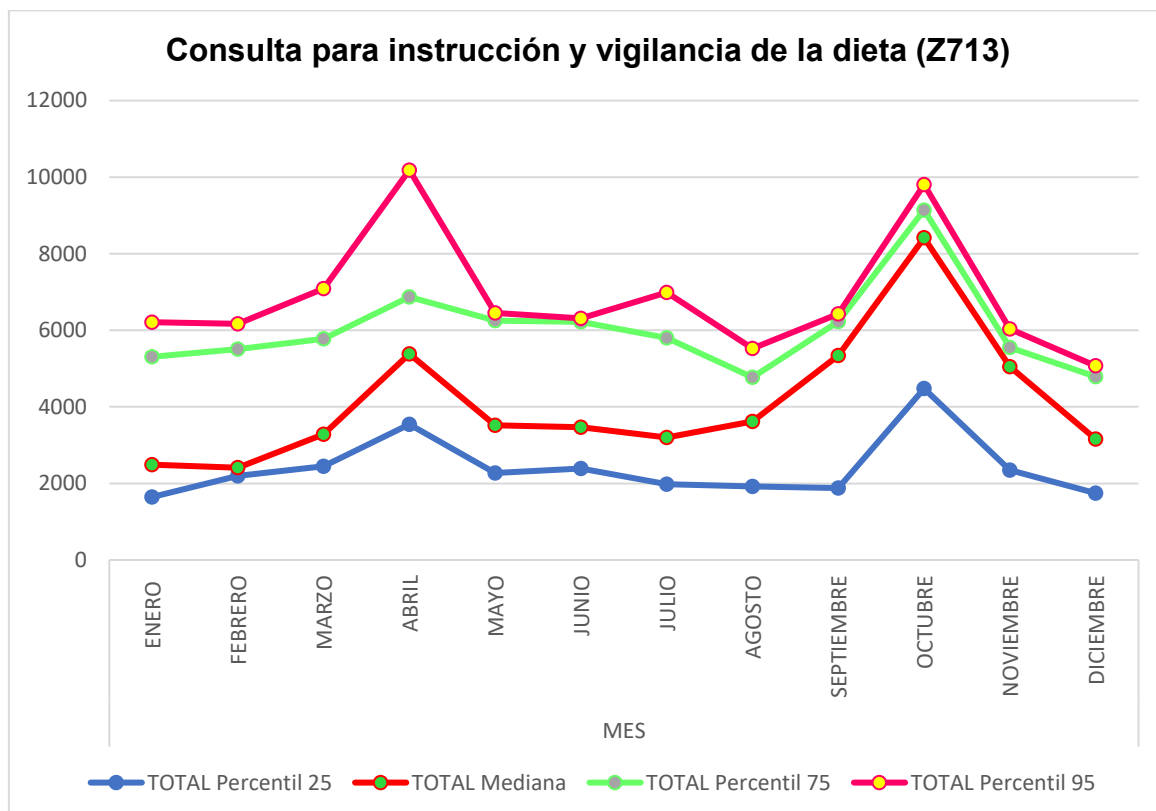
Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la plataforma pública del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). Procesamiento y análisis realizados en SPSS y Microsoft Excel, 2024.

Interpretación: La atención odontológica es evidente en el abril y octubre en ambos, el percentil 90 supera los 9.000 controles odontológicos, mientras que la mediana alcanza más de 6.000 consultas, mientras que, en agosto y diciembre, todos los percentiles descienden notablemente, con la mediana apenas superando las 2.000 atenciones. Esto puede estar relacionado con el calendario escolar, vacaciones. A lo largo del año, la mediana se mantiene entre 3.000 y 6.500 consultas odontológicas, lo que evidencia un nivel medio de cobertura en la atención bucodental preventiva en la población infantil.

Dispersión entre percentiles: Existe una clara brecha entre los establecimientos en el percentil 25 (atenciones mínimas) y el percentil 90 (máximas), lo cual refleja desigualdad territorial o institucional en la prestación del servicio odontológico.

Gráfico 4:

Tendencia mensual de consultas por consulta para instrucción y vigilancia de la dieta en la primera infancia, Zona 6 del Ecuador.



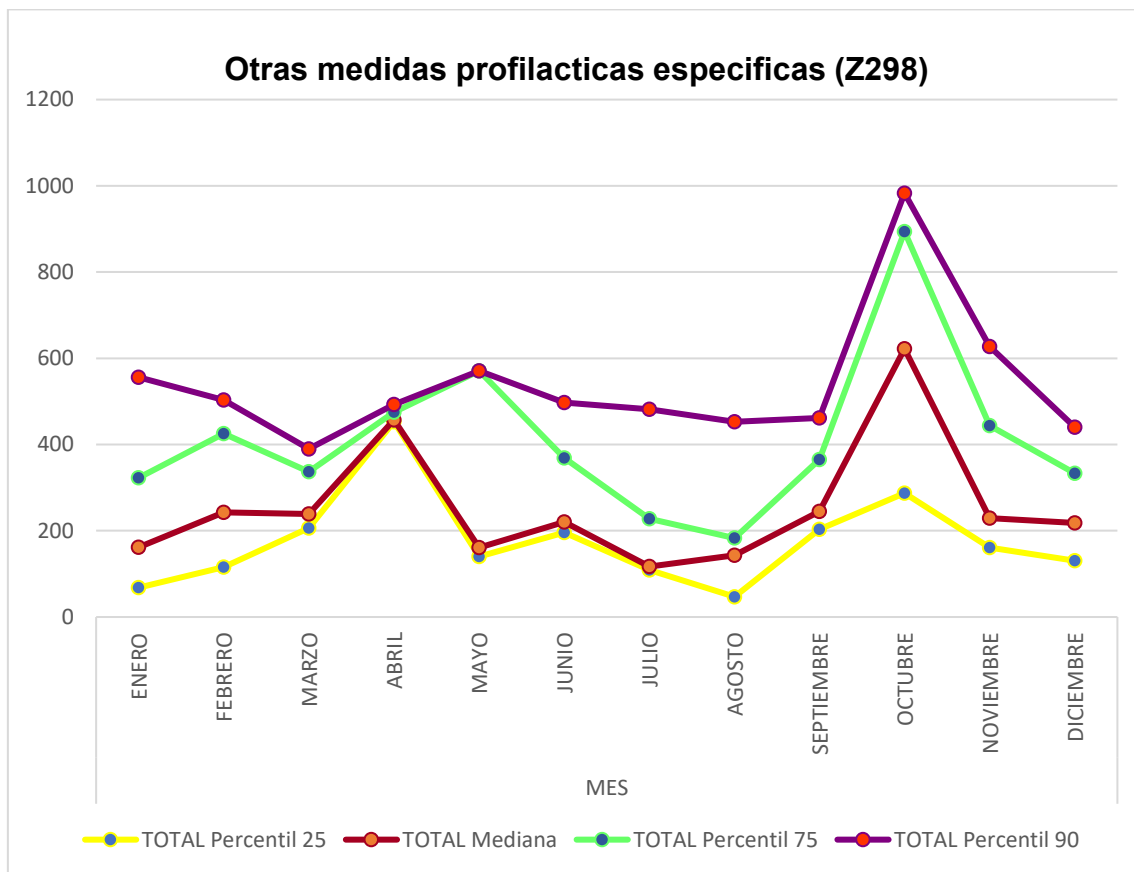
Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la plataforma pública del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). Procesamiento y análisis realizados en SPSS y Microsoft Excel, 2024.

Interpretación: La consulta para instrucción y vigilancia en abril y octubre presentan los picos más altos, especialmente en el percentil 90, superando las 10 000 consultas, mientras que la mediana mantiene relativamente estable entre 3 000 y 5 000 consultas durante el año, con un leve incremento en abril y octubre.

Existe una alta dispersión entre el percentil 25 y el percentil 90, lo que indica desigualdad significativa en la cantidad de consultas, esta variabilidad se acentúa en los meses de abril y octubre.

Gráfico 5:

Tendencia mensual de consultas por otras medidas profilácticas específicas en la primera infancia, Zona 6 del Ecuador.

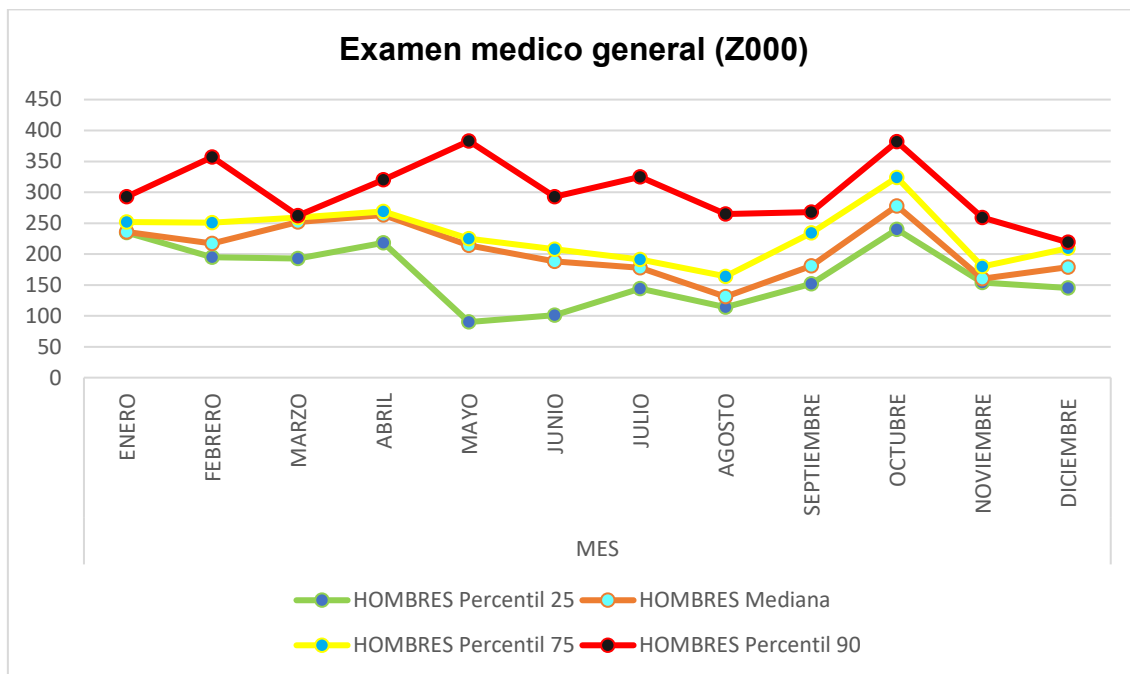


Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la plataforma pública del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). Procesamiento y análisis realizados en SPSS y Microsoft Excel, 2024.

Interpretación: Se observa que el mes de octubre muestra un pico marcado en todos los percentiles, alcanzando cerca de 1 000 atenciones en el percentil 90 y más de 600 en la mediana, lo que indica una actividad preventiva intensificada ese mes, mientras que en mayo hay un descenso en los percentiles más bajos, hay una brecha evidente entre el percentil 25 y el 90, lo cual refleja desigualdades.

Gráfico 6:

Tendencia mensual de examen médico general en hombres en la primera infancia, Zona 6 del Ecuador.

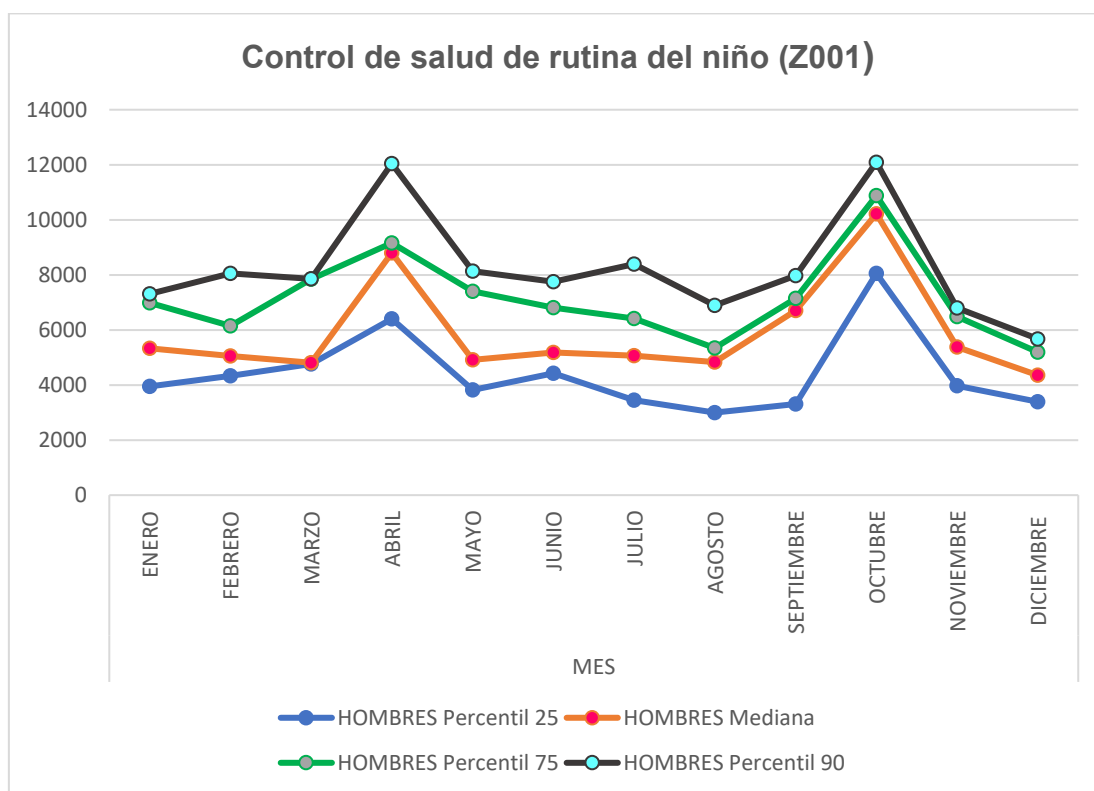


Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la plataforma pública del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). Procesamiento y análisis realizados en SPSS y Microsoft Excel, 2024.

Interpretación: El pico más alto en atenciones a los hombres es octubre se registra el mayor número de exámenes, especialmente en el percentil 90, con más de 400 atenciones, los percentiles 75, mediana y 25 también muestran aumentos significativos en ese mes, mientras que en el mes de mayo se observa una disminución notoria en el percentil 25, que cae por debajo de 100. A partir de ahí, hay una lenta recuperación. Julio y agosto presentan los valores más bajos en la mayoría de los percentiles, especialmente la mediana.

Gráfico 7:

Tendencia mensual de control de salud de rutina del niño en hombres en la primera infancia, Zona 6 del Ecuador.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la plataforma pública del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). Procesamiento y análisis realizados en SPSS y Microsoft Excel, 2024.

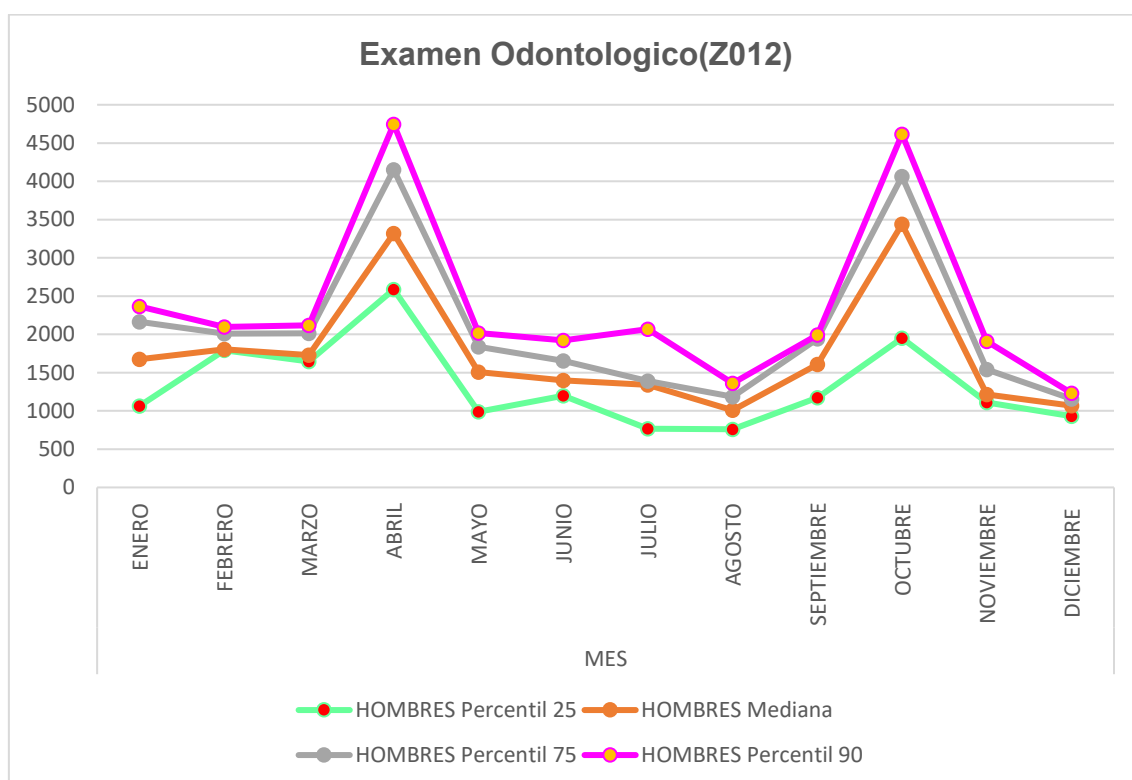
Interpretación: Se observa que la frecuencia de controles presenta una variación estacional, con dos picos notables en los meses de abril (mes 4) y octubre (mes 10), donde los valores alcanzan su máximo en todos los percentiles, particularmente en el percentil 90, que supera los 12.000 registros, lo que sugiere una mayor concentración de controles en determinados periodos del año.

La mediana se mantiene relativamente estable durante la mayor parte del año, con ligeras oscilaciones, lo que indica que la mayoría de los niños reciben controles de forma regular. Sin embargo, la marcada diferencia entre el percentil 90 y los percentiles inferiores en los meses de mayor demanda evidencia la existencia de un subgrupo que incrementa significativamente la utilización de estos servicios en dichos periodos.

Los meses con menor frecuencia de controles (febrero, agosto y diciembre) muestran valores reducidos en todos los percentiles, lo que podría asociarse a factores como periodos vacacionales o disminución en la oferta y demanda de consultas médicas.

Gráfico 8:

Tendencia mensual de examen odontológico en hombres en la primera infancia, Zona 6 del Ecuador.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la plataforma pública del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). Procesamiento y análisis realizados en SPSS y Microsoft Excel, 2024.

Interpretación: Se identifica picos significativos en los meses de abril y octubre, en los cuales todos los percentiles muestran incrementos marcados, siendo el percentil 90 el que alcanza los valores más altos, cercanos a 5.000 consultas.

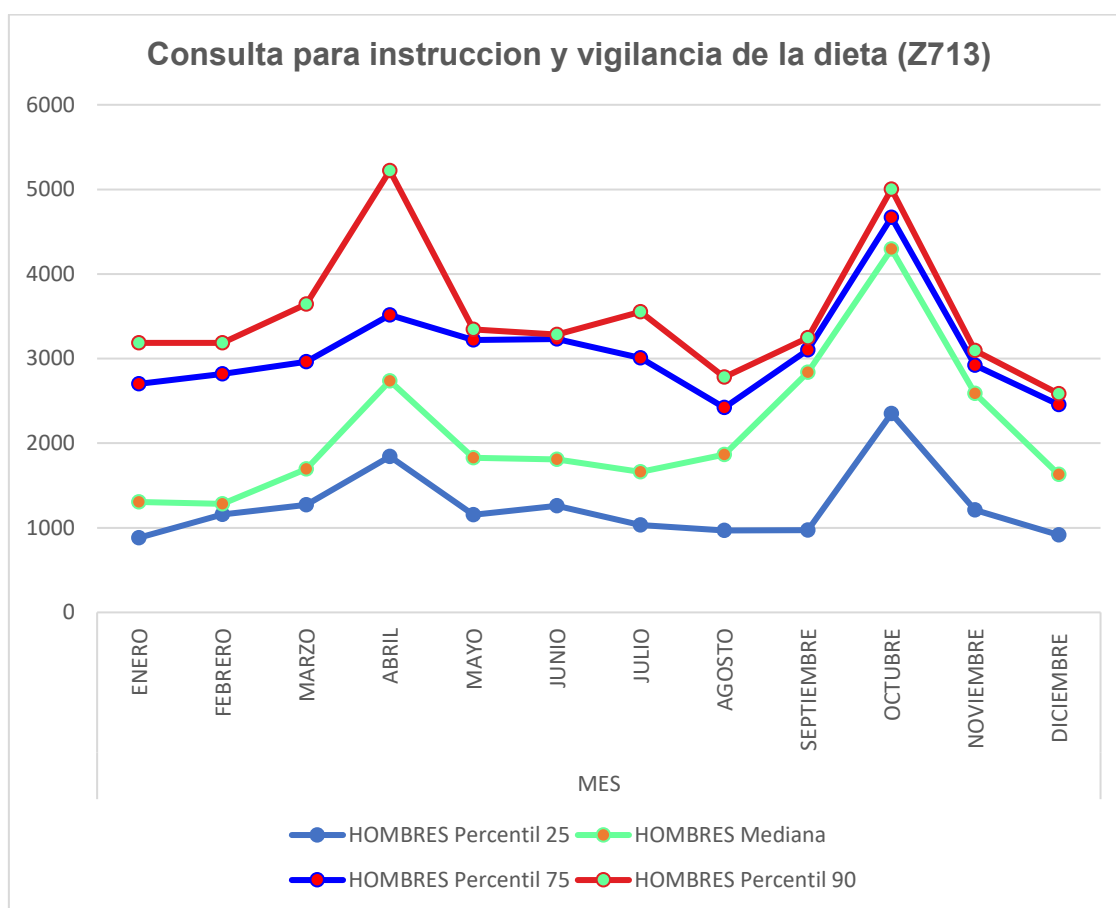
Durante el resto del año, la frecuencia de exámenes se mantiene en niveles estables, con ligeras oscilaciones, aunque se observa una disminución notable en los meses de julio a septiembre y en diciembre, donde los valores son menores en todos los percentiles. La mediana permanece dentro de un rango intermedio, lo que indica que, para la mayoría de los niños, la realización de

exámenes odontológicos sigue un patrón relativamente constante, excepto en los periodos de mayor demanda.

En términos generales, el comportamiento observado pone de manifiesto la necesidad de planificar recursos odontológicos de manera focalizada en los meses de mayor demanda, así como de promover estrategias que fomenten la atención odontológica regular durante todo el año, reduciendo así los picos de utilización concentrados.

Gráfico 9:

Tendencia mensual de consulta instrucción y vigilancia de la dieta en hombres en la primera infancia, Zona 6 del Ecuador.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la plataforma pública del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). Procesamiento y análisis realizados en SPSS y Microsoft Excel, 2024.

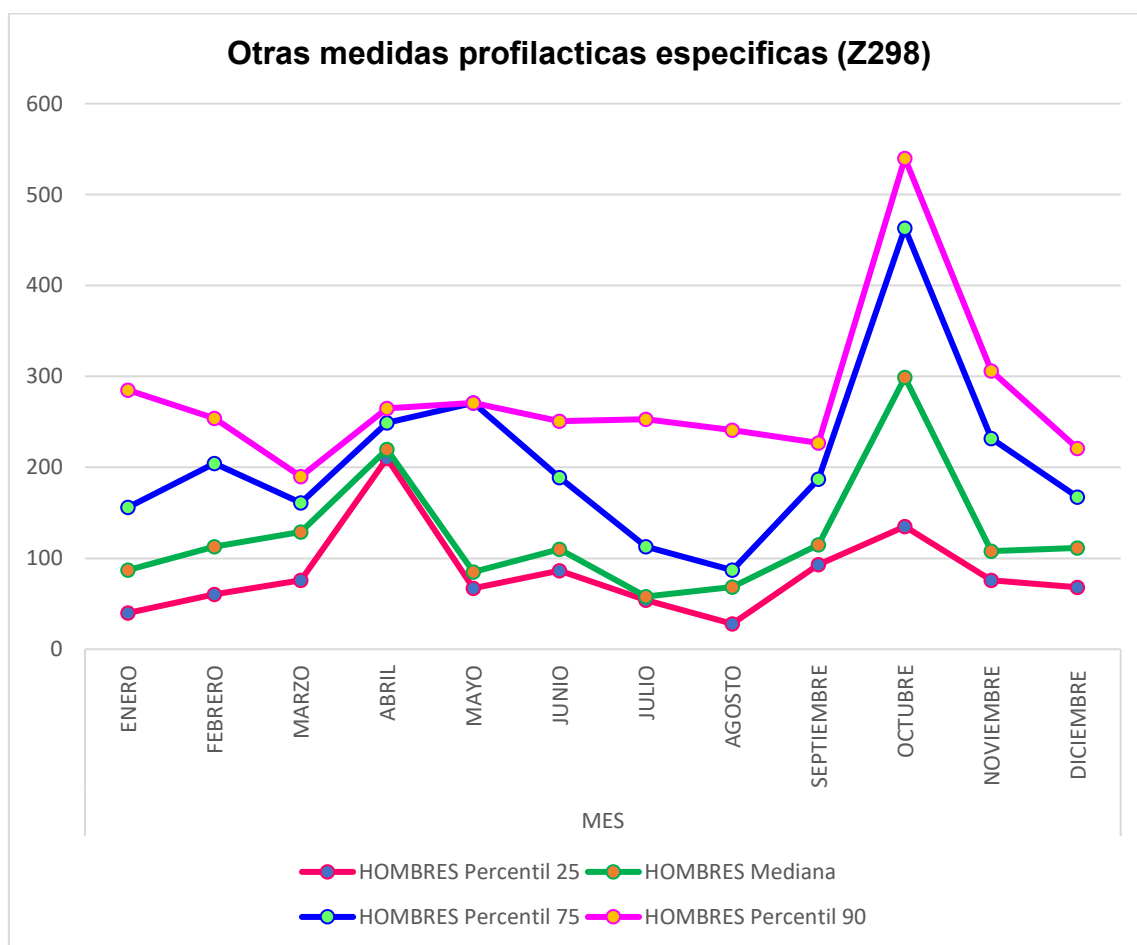
Interpretación: Se evidencia picos notables en los meses de abril y octubre en los cuales el percentil 90 alcanza valores superiores a 5.000 consultas, mientras que los percentiles 25 y 75, junto con la mediana, también muestran incrementos significativos, aunque menos pronunciados.

Durante el resto del año, los datos se mantienen relativamente estables, con ligeras oscilaciones, destacando menores frecuencias de consulta en enero, agosto y diciembre. La diferencia observada entre el percentil 90 y los valores centrales (mediana y percentil 75) en los meses de mayor demanda sugiere la existencia de un subgrupo que accede de manera intensiva a este servicio en periodos específicos.

En conjunto, los resultados sugieren que, aunque existe un nivel de atención constante durante el año, los meses de abril y octubre concentran la mayor carga de consultas, lo que implica la necesidad de una planificación estratégica de recursos en nutrición pediátrica para atender la demanda estacional y fomentar un acceso equitativo y continuo a este tipo de atención.

Gráfico 10:

Tendencia mensual de otras medidas profilácticas específicas en hombres en la primera infancia, Zona 6 del Ecuador.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la plataforma pública del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). Procesamiento y análisis realizados en SPSS y Microsoft Excel, 2024.

Interpretación: Se observa que los valores son considerablemente menores, lo que indica que este tipo de intervenciones tiene una frecuencia más reducida en comparación con otros controles preventivos.

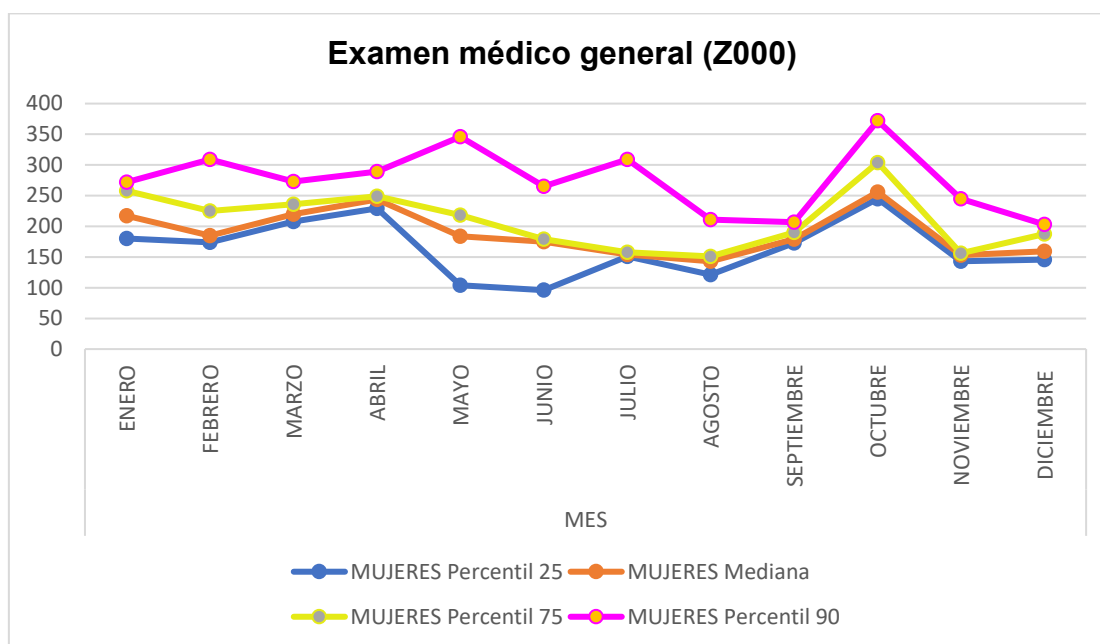
Se identifica un patrón con dos picos, aunque menos marcados: uno moderado en abril y otro más significativo en octubre donde el percentil 90 alcanza su máximo con aproximadamente 550 casos. Durante el resto del año, los valores permanecen estables y bajos, especialmente en los meses de enero, julio, agosto y septiembre, donde los percentiles 25 y la mediana se aproximan a mínimos absolutos.

La mayor diferencia entre el percentil 90 y la mediana en octubre evidencia que un grupo reducido concentra una utilización intensiva de estas medidas profilácticas, mientras que la mayoría de la población mantiene una baja frecuencia de acceso a este servicio. Estos resultados sugieren que las medidas profilácticas específicas son aplicadas de manera focalizada y estacional, probablemente en el marco de campañas puntuales de prevención o requerimientos institucionales.

Desde un enfoque de salud pública, estos hallazgos subrayan la necesidad de reforzar la promoción y accesibilidad de medidas profilácticas durante todo el año, evitando que su aplicación dependa exclusivamente de periodos específicos de mayor demanda.

Gráfico 11:

Tendencia mensual de examen médico general en mujeres en la primera infancia, Zona 6 del Ecuador.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la plataforma pública del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). Procesamiento y análisis realizados en SPSS y Microsoft Excel, 2024.

Interpretación: Se observa a diferencia de los servicios preventivos previamente evaluados, no se identifican picos pronunciados en meses específicos; sin embargo, existe un incremento leve en los meses de febrero, mayo y octubre, con el percentil 90 alcanzando un máximo aproximado de 370 casos en octubre. La mediana y los percentiles 25 y 75 muestran fluctuaciones mínimas, reflejando un patrón de atención más constante y homogénea en la población femenina.

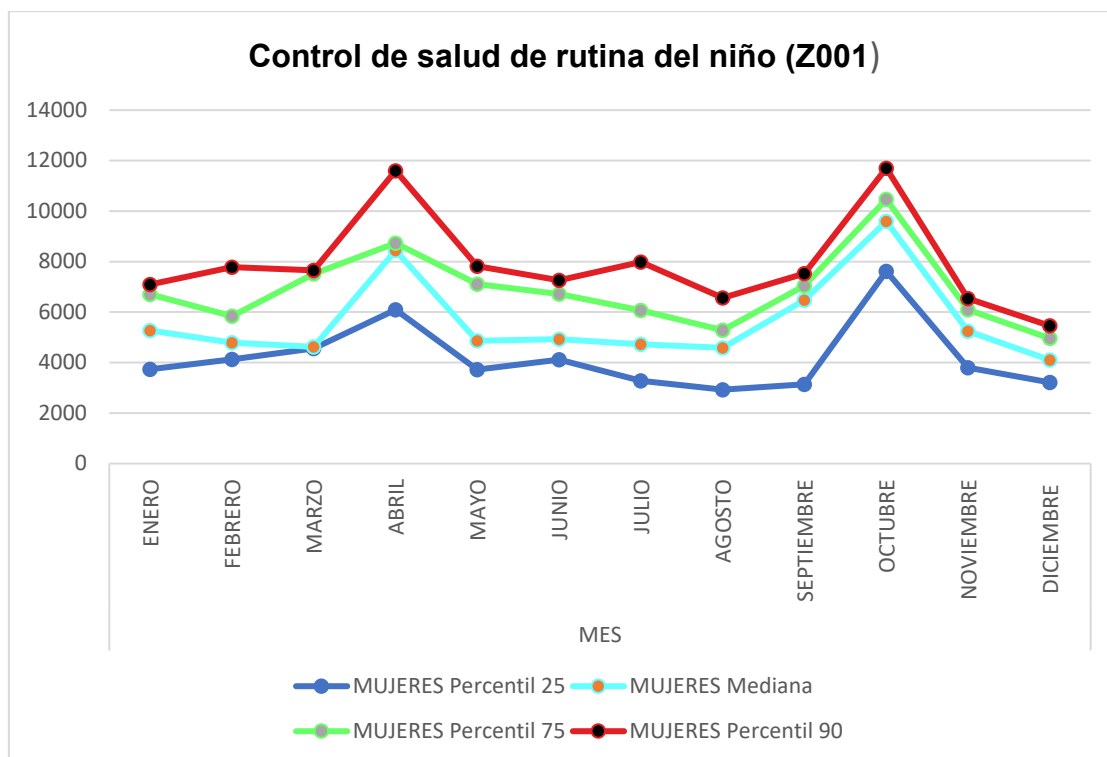
Los meses con menor frecuencia de exámenes son junio, julio, agosto y noviembre, donde todos los percentiles disminuyen ligeramente, aunque sin descensos abruptos. La menor dispersión entre los percentiles sugiere una variabilidad limitada en la utilización del servicio, lo que indica que, a diferencia de otros controles preventivos, los exámenes médicos generales son realizados de manera más uniforme entre los distintos subgrupos poblacionales.

Desde una perspectiva de salud pública, este patrón resalta la importancia de mantener estrategias de promoción que sostengan la regularidad de los

exámenes médicos generales, favoreciendo su integración como parte de los controles de salud continuos y no únicamente estacionales.

Gráfico 12:

Tendencia mensual de control de salud de rutina del niño en mujeres en la primera infancia, Zona 6 del Ecuador.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la plataforma pública del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). Procesamiento y análisis realizados en SPSS y Microsoft Excel, 2024.

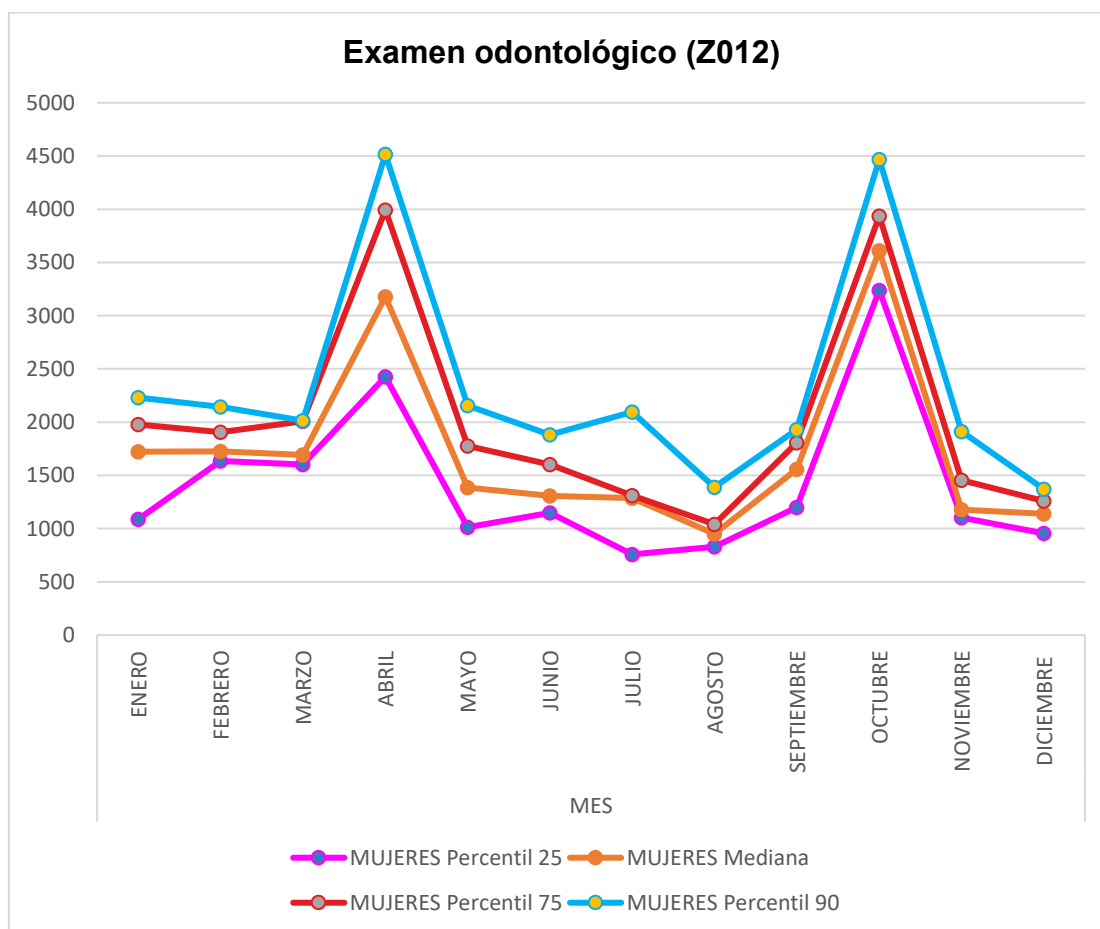
Interpretación: Se observa un patrón bimodal, con picos significativos en los meses de abril y octubre comportamiento similar al identificado en la población masculina. En estos meses, el percentil 90 alcanza valores cercanos a los 12.000 registros, mientras que la mediana y los percentiles intermedios (25 y 75) también presentan aumentos notables.

Durante el resto del año, los valores permanecen relativamente estables, con ligeras disminuciones en febrero, agosto y diciembre, que representan los meses con menor frecuencia de controles. La brecha entre el percentil 90 y la mediana en los picos de abril y octubre evidencia la existencia de un subgrupo con alta demanda de atención en estos periodos, mientras que la mayoría de la población mantiene un patrón regular de consultas.

En términos de salud pública, este hallazgo destaca la necesidad de fortalecer estrategias que promuevan la distribución equitativa de los controles durante el año, evitando la concentración excesiva en periodos específicos y optimizando el uso de recursos asistenciales.

Gráfico 13:

Tendencia mensual de examen odontológico en mujeres en la primera infancia, Zona 6 del Ecuador.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la plataforma pública del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). Procesamiento y análisis realizados en SPSS y Microsoft Excel, 2024.

Interpretación: Se identifican picos marcados en los meses de abril y octubre, en los cuales el percentil 90 registra valores cercanos a 4.500 consultas, mientras que los percentiles 25 y 75 reflejan una distribución intermedia que evidencia la variabilidad en la demanda de atención preventiva.

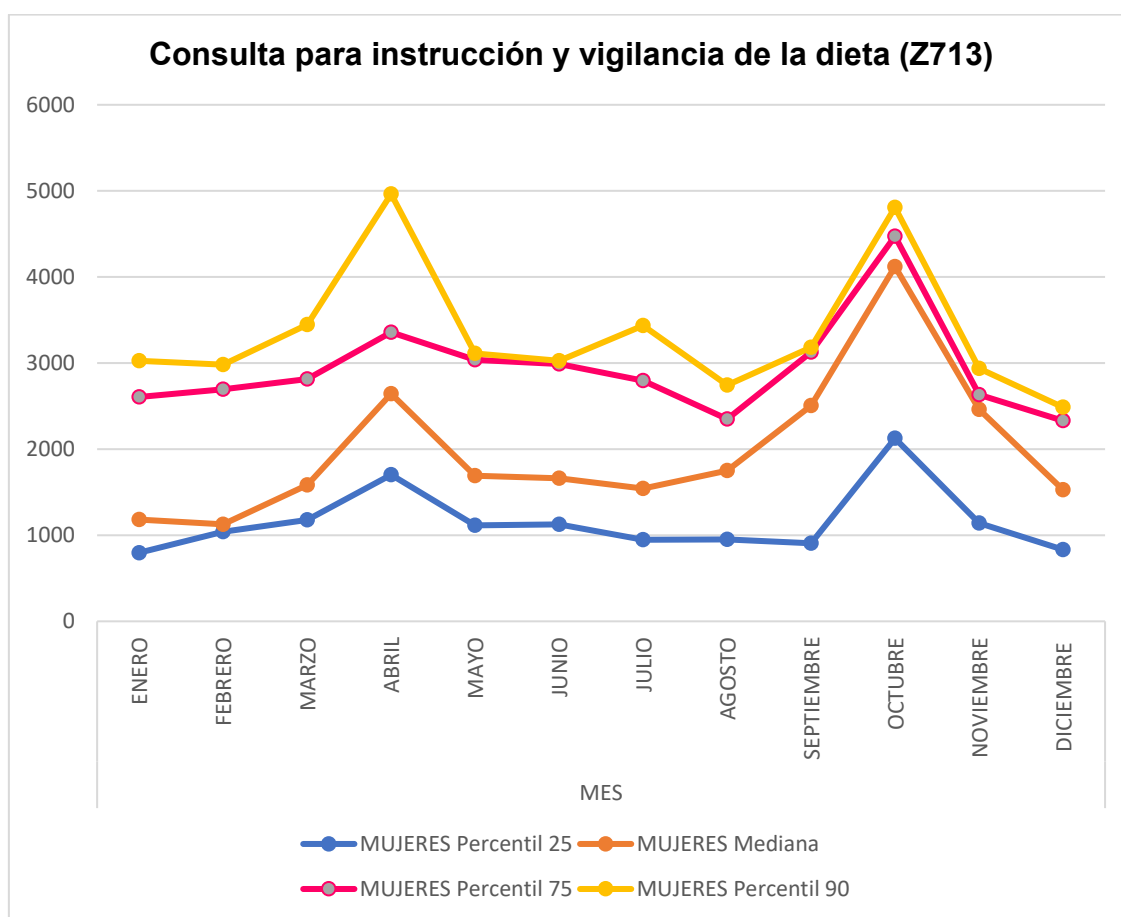
Durante el resto del año, los valores se mantienen relativamente estables, con menores frecuencias en junio, julio, agosto y diciembre, meses en los que los percentiles inferiores se aproximan a los mínimos anuales. La cercanía entre los

percentiles y la mediana fuera de los picos sugiere que, en la mayoría de los meses, la utilización de este servicio se distribuye de manera uniforme en la población.

Estos hallazgos refuerzan la necesidad de planificación anticipada de recursos odontológicos en los meses de mayor demanda, así como de estrategias educativas que fomenten la atención regular a lo largo del año, con el fin de evitar la concentración de consultas en periodos específicos.

Gráfico 14:

Tendencia mensual de consulta para instrucción y vigilancia de la dieta en mujeres en la primera infancia, Zona 6 del Ecuador.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la plataforma pública del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). Procesamiento y análisis realizados en SPSS y Microsoft Excel, 2024.

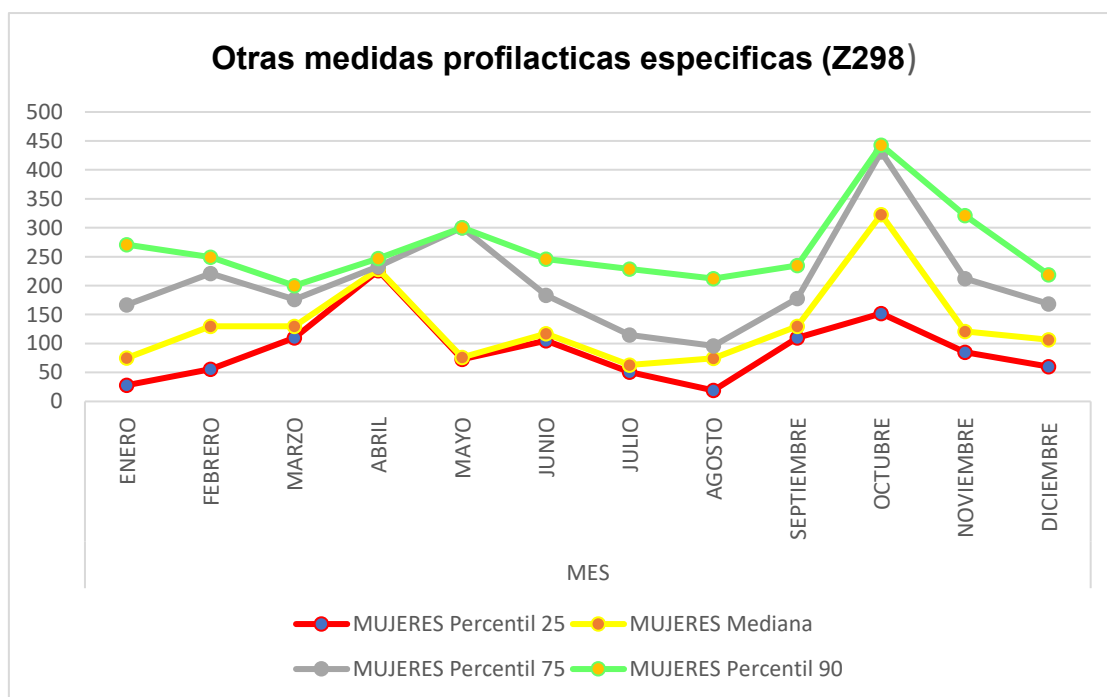
Interpretación: Se observa picos importantes en los meses de abril y octubre, donde el percentil 90 alcanza valores cercanos a 5.000 consultas. En dichos meses, la mediana y los percentiles intermedios también muestran incrementos significativos, lo que indica un aumento generalizado en la demanda de este

servicio. Durante el resto del año, los datos permanecen relativamente estables, con una disminución progresiva en los meses de enero, agosto y diciembre, que registran las frecuencias más bajas en todos los percentiles. La diferencia entre el percentil 90 y los percentiles inferiores en los meses pico sugiere la presencia de un subgrupo con alta utilización del servicio en periodos específicos.

En términos de gestión sanitaria, estos resultados evidencian la importancia de fortalecer los programas de educación nutricional durante todo el año para reducir la concentración de la demanda en periodos específicos y garantizar una atención equitativa y sostenida.

Gráfico 15:

Tendencia mensual de otras medidas profilácticas específicas en mujeres en la primera infancia, Zona 6 del Ecuador.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la plataforma pública del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). Procesamiento y análisis realizados en SPSS y Microsoft Excel, 2024.

Interpretación: Se identifican dos picos de menor magnitud en abril y octubre, donde el percentil 90 alcanza valores cercanos a 450 casos, mientras que la mediana y los percentiles inferiores presentan incrementos más moderados. En contraste, los meses de enero, julio y agosto muestran las frecuencias mínimas en todos los percentiles, reflejando una demanda reducida en dichos periodos.

Desde una perspectiva de salud pública, este comportamiento resalta la necesidad de ampliar la cobertura y regularidad de las medidas profilácticas específicas, promoviendo su integración continua en la atención pediátrica preventiva y evitando su dependencia de eventos estacionales.

4.5.6. DISCUSIÓN

La evidencia muestra un patrón bimodal en la mayoría de las causas de consulta preventiva, con incrementos notables en los meses de abril y octubre, tanto en población masculina como femenina. Este comportamiento es particularmente evidente en los controles de salud rutinarios, consultas odontológicas y actividades de vigilancia nutricional. Un estudio realizado en Ecuador reportó que el 68,5 % de los niños de 1 a 4 años acudieron a su primera consulta odontológica por la presencia de caries activas, con fines de evaluación y control preventivo. Este hallazgo sugiere una alta demanda de atención por parte de los cuidadores, pero también pone en evidencia un acceso tardío al sistema de salud, dado que la enfermedad ya se encuentra presente al momento de la atención (5).

Los exámenes odontológicos (Z01.2) estos picos de atención coinciden en abril y octubre, lo que evidencia que la atención bucodental preventiva continúa dependiendo de campañas temporales más que de un acceso continuo y planificado. Este patrón refleja una debilidad en la sostenibilidad de las estrategias preventivas, pues la demanda se activa principalmente por incentivos externos y no por una conciencia consolidada de cuidado oral. En este sentido, se pone de manifiesto la necesidad de fortalecer la educación sanitaria y la atención primaria, de modo que la prevención se incorpore de forma permanente en los hábitos y en la planificación institucional, situación también reportada por Díaz-Martínez, en contextos ecuatorianos. La baja frecuencia de consultas en meses intermedios refleja la necesidad de fortalecer programas permanentes de salud oral desde el primer nivel de atención (43).

Las consultas nutricionales siguieron la misma tendencia estacional, con dispersión marcada entre percentiles en los meses pico. Este hallazgo se vincula con estrategias institucionales de control nutricional intensivo en periodos específicos, aunque se evidencia una falta de seguimiento sostenido durante el año. La literatura respalda que la educación nutricional temprana es crucial para prevenir malnutrición y obesidad infantil, por lo que la concentración estacional podría limitar su efectividad a largo plazo (44).

Por su parte, las medidas profilácticas específicas mostraron frecuencias significativamente menores, aunque también con picos en octubre. Esto refleja

su dependencia de campañas masivas de desparasitación o suplementación, más que de un enfoque continuo e integrado.

Respecto a diferencias por sexo, aunque los patrones de distribución fueron semejantes, las niñas presentaron menor dispersión (los resultados fueron más homogéneos) en los exámenes médicos generales, sugiriendo una mayor homogeneidad en el acceso. No obstante, los datos generales no evidencian disparidades sustanciales entre hombres y mujeres, lo cual coincide con informes regionales que indican que las inequidades en salud preventiva infantil están más relacionadas con factores geográficos y socioeconómicos que con diferencias de género (45).

Estos hallazgos confirman la necesidad de reorganizar los recursos en salud preventiva, priorizando un enfoque longitudinal y continuo, en lugar de dependiente de campañas estacionales, y garantizando la equidad territorial en la Zona 6. Además, se recomienda integrar la vigilancia epidemiológica basada en datos administrativos con intervenciones educativas comunitarias, para promover una cultura preventiva sostenida desde el hogar.

Las medidas profilácticas muestran el menor volumen de atenciones dentro de las causas preventivas, lo que denota baja prioridad o limitaciones logísticas en su implementación. Este hallazgo es relevante, dado que la OPS (2023) reconoce que la suplementación y la desparasitación son intervenciones costo-efectivas para mejorar la salud infantil (46).

Las consultas para instrucción y vigilancia de la dieta presentan picos definidos, pero carecen de un patrón sostenido. Esta situación contrasta con la recomendación de la OMS (2020) de realizar controles nutricionales continuos para prevenir tanto la desnutrición como la obesidad. La estacionalidad observada puede reducir el impacto de la educación alimentaria, ya que los cambios de hábitos requieren intervenciones repetidas y acompañamiento constante (47).

La diversidad cultural de la Zona 6 podría influir en los patrones de asistencia, especialmente en comunidades indígenas donde las prácticas tradicionales pueden reemplazar o retrasar la búsqueda de atención preventiva. La literatura indica que la integración de promotores de salud comunitarios y el respeto a la

medicina ancestral son estrategias efectivas para aumentar la adherencia a controles preventivos (48).

Respecto al servicio de instrucción y vigilancia de la dieta, los picos estacionales identificados indican que las intervenciones nutricionales aún dependen en gran medida de campañas específicas más que de una promoción educativa continua. Esta tendencia concuerda con reportes de UNICEF y la OMS, que advierten que la educación alimentaria suele ser fragmentada y concentrarse en periodos puntuales, lo cual puede limitar su impacto sostenido en la prevención de la desnutrición infantil (49,50).

En el caso de la atención odontológica, los resultados muestran picos pronunciados en abril y octubre, junto con una elevada dispersión entre percentiles, lo cual evidencia una cobertura irregular. Investigaciones previas señalan que la atención bucodental infantil en Ecuador se caracteriza por limitaciones en infraestructura y disponibilidad profesional, especialmente en zonas rurales, lo que repercute en la continuidad de los controles y en la prevención de caries desde edades tempranas (51,52). Esto sugiere que, a pesar de los esfuerzos institucionales, persisten desafíos para garantizar una oferta equitativa de servicios odontológicos preventivos.

Los resultados muestran que las cinco consultas más frecuentes se encuentran con una dispersión significativa entre los percentiles 25 y 90 en la mayoría de las causas de consulta, lo que evidencia inequidades en el acceso según el territorio. Este hallazgo coincide con lo reportado por la OPS (2019), que advierte que las zonas rurales y de difícil acceso presentan sistemáticamente menores niveles de cobertura en los controles infantiles. En el caso de la Zona 6, la marcada heterogeneidad geográfica que combina áreas urbanas consolidadas con comunidades rurales e indígenas profundiza estas brechas y plantea la necesidad de diseñar e implementar estrategias de atención diferenciadas. Entre ellas, destacan el fortalecimiento de brigadas móviles, la expansión de la telemedicina y la articulación con redes comunitarias de apoyo, como mecanismos clave para garantizar un acceso más equitativo y oportuno a los servicios de salud infantil (53).

4.5.7. CONCLUSIONES.

- Las principales causas de consulta preventiva en la primera infancia corresponden a los exámenes médicos generales y los controles rutinarios de salud, seguidos por las consultas odontológicas, la vigilancia nutricional y las medidas profilácticas específicas. Este patrón evidencia que la atención en la primera infancia se orienta, en su mayoría, a actividades destinadas a la detección temprana de enfermedades y al seguimiento del crecimiento y desarrollo infantil. No obstante, la menor frecuencia relativa de consultas odontológicas, nutricionales y profilácticas pone de manifiesto la necesidad de fortalecer estos componentes, considerando su relevancia en la prevención de problemas de salud a largo plazo. En este sentido, los resultados destacan la importancia de consolidar políticas públicas y estrategias de promoción que garanticen un abordaje integral y continuo de la salud infantil, centrado en la prevención y el bienestar durante los primeros años de vida.
- Las consultas preventivas mostraron una alta variabilidad entre percentiles, lo que refleja diferencias en la frecuencia de atención y en la utilización de los servicios de salud.
- No se evidenciaron diferencias significativas entre sexos en la frecuencia de consultas, lo que sugiere una distribución equitativa del acceso a los servicios preventivos según el género.
- Es necesario consolidar la atención preventiva de manera sostenida, disminuyendo la dependencia de intervenciones temporales y optimizando la gestión de recursos destinados a salud oral, nutrición y acciones profilácticas.
- Esta modalidad limita la continuidad y el impacto de los resultados en la población infantil. Por ello, fortalecer una atención preventiva permanente resulta fundamental para promover la equidad y sostenibilidad en salud.
- Los resultados evidencian que persisten limitaciones en el acceso a los servicios preventivos de salud, lo que resalta la necesidad de fortalecer estrategias que promuevan una atención equitativa e inclusiva. Acciones como el fortalecimiento de brigadas móviles, la incorporación de telemedicina y la articulación con redes comunitarias pueden contribuir a ampliar la cobertura y mejorar la oportunidad de atención en la primera infancia.

- La baja frecuencia de consultas odontológicas y de vigilancia nutricional fuera de los picos de campaña sugiere que estas áreas requieren una atención prioritaria, ya que influyen de manera significativa en el desarrollo integral infantil.
- El uso de datos administrativos permitió identificar patrones relevantes, pero la ausencia de sistemas de monitoreo en tiempo real limita la capacidad de respuesta inmediata. Integrar estos datos a la gestión operativa favorecería la toma de decisiones oportuna.
- Las diferencias observadas en las consultas preventivas no se explican únicamente por la organización y disponibilidad de los servicios de salud, sino que están estrechamente vinculadas con determinantes sociales más amplios. Entre ellos destacan el nivel educativo de los cuidadores, que condiciona el grado de conocimiento y valoración de la prevención; las condiciones de vivienda, que influyen en la exposición a riesgos y en la capacidad de mantener prácticas saludables; y el acceso a servicios básicos como agua potable, saneamiento y transporte, que facilitan o limitan la utilización efectiva de la atención. En este sentido, las desigualdades en las consultas preventivas son el reflejo de inequidades estructurales que trascienden al sector salud y que requieren de un abordaje integral. Por ello, se refuerza la necesidad de implementar intervenciones intersectoriales, donde educación, desarrollo social, infraestructura y salud trabajen de manera articulada. Solo a través de estas estrategias conjuntas será posible garantizar un acceso equitativo, reducir las brechas en la atención preventiva y promover mejores condiciones de vida para la primera infancia.

PRESUPUESTO

PRESUPUESTO DE LA INVESTIGACIÓN, TENDENCIAS DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA EN PREVENCIÓN EN LA PRIMERA INFANCIA DE LA ZONA 6 DEL ECUADOR 2020 A 2024

Nombre: Fanny Isabel Ponce Remache

Fecha elaboración:

RUBRO	DETALLE	UNIDAD	COSTO
Adquisición de software	Licencia temporal del programa estadístico SPSS (instalación y activación)	1	15\$
Acceso a bases de datos	Descarga de información secundaria del Ministerio de salud Pública (sin costo)	0	0,0\$
Conectividad	Traslados o conectividad a internet para acceso y análisis de datos.	1	20\$
TOTAL			35\$

5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN PRECISA DEL APOORTE
Actividad 1.1. Aprobación del Comité de Bioética	X	X				Investigador	Obtener aval ético para iniciar formalmente el trabajo investigativo.
Actividad 1.2. Recolección de datos del MSP (libre acceso)		X	X			Investigador	Descargar, filtrar y estructurar datos por sexo y consulta.
Actividad 1.3. Análisis estadístico.			X	X		Investigador	Procesar los datos y construir gráficos por enfermedad y sexo.
Actividad 1.4. Desarrollo del documento				X		Investigador	Interpretar los hallazgos en función del objetivo específico.
Actividad 1.5. Revisión y corrección del documento					X	Investigador	Revisión por parte del tutor a cargo.
Actividad 1.6. Presentación oral y físico del informe de tesis.					X	investigador	Exponer el informe ante el comité evaluador y presentar el físico.

Bibliografía

1. Organización Panamericana de la Salud. Atención integrada para las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2019 [citado 2025 ago 8]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/atencion-integrada-enfermedades-prevalentes-la-infancia-aiepi>
2. UNICEF. La salud en la primera infancia en América Latina y el Caribe: avances y desafíos [Internet]. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2021 [citado 2025 ago 8]. Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/media/18456/file/Salud-Primera-Infancia-ALC.pdf>
3. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Informe del Estado de Situación de la Desnutrición Crónica Infantil y cobertura de controles prenatales y de niño sano. Quito: MSP; 2023–2024.
4. Silva-Guayasamín MJ, Callejas D, Silva-Sarabia CA, Silva-Orozco GS. Perfil epidemiológico de infecciones respiratorias agudas en pacientes pediátricos en Ecuador. Enfermería Investiga. 2022;7(2):87–92. doi:10.31243/ei.uta.v7i2.1620.2022
5. Del Carmen Díaz Martínez M, Rodríguez M, Pérez C. First dental consultation in pediatric patients. Machalilla, period September 2022 to July 2023. Salud Cienc Tecnol [Internet]. 2024 [citado 2025 ago 8]; Disponible en: <https://doi.org/10.56294/saludcyt2024.559>
6. Organización Panamericana de la Salud. Reporte sobre infecciones respiratorias en salud infantil [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2021 [citado 2025 jul 8].
7. Adams SH, Park MJ, Irwin CE Jr, Brindis CD, Ozer EM. Association of parent preventive care with their child's recommended well-child visits. Pediatrics [Internet]. 2018 Apr;141(4):e20172735 [citado 2025 jul 16]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5878186/>
8. Ministerio de Educación Nacional de Colombia. Desarrollo infantil y competencias en la primera infancia [Internet]. Bogotá: MEN; 2009 [citado 2025 ago 23]. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/primerainfancia/1739/articles-178053_archivo_PDF_libro_desarrolloinfantil.pdf
9. UNICEF. ECD brochure [Internet]. Spanish version. New York: UNICEF; 2023 [citado 2025 ago 23]. Disponible en: [https://www.unicef.org/media/163286/file/ECD%20Brochure%20\(Spanish%20Language\).pdf.pdf](https://www.unicef.org/media/163286/file/ECD%20Brochure%20(Spanish%20Language).pdf.pdf)
10. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.^a revisión (CIE-10) [Internet]. Ginebra: OMS; 2019 [citado 2025 jul 18]. Disponible en: <https://www.who.int/classifications/icd/es/>

11. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la equidad en salud: la atención primaria como base de los sistemas de salud resilientes. Ginebra: OMS; 2021.
12. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia de atención primaria en salud integral para las Américas 2021-2030. Washington, D.C.: OPS; 2022.
13. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI). Quito: MSP; 2012.
14. Benavides Borja MT, Orbe Nájera CE, Monesterolo Lencioni AM. Desarrollo integral en la primera infancia: una aproximación al abordaje interdisciplinario. Revista PUCE. 2022 nov 28;114:33–55.
15. Organización Panamericana de la Salud. Aplicación de la CIE-10 en los sistemas de salud de América Latina [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2023 [citado 2025 ago 8]. Disponible en: <https://www.paho.org/es>
16. Lebrun-Harris L, Canto M. Preventive oral health care use and oral health status. Pediatrics. 2019;143(5):e20183647. Disponible en: <https://consensus.app/papers/preventive-oral-health-care-use-and-oral-health-status-lebrun-harris-canto/2a58262d4c805c139bb772a68fa25eeb>
17. Amirian R, Razeghi M, et al. Preventive and curative dental services utilization. J Dent Res. 2025;104(2):212–8.
18. Adjaye-Gbewonyo K, Black L. Dental care utilization among children aged 1–17 years. Matern Child Health J. 2021;25(3):378–87.
19. Organización Panamericana de la Salud. Reporte sobre medidas preventivas en salud infantil [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2023 [citado 2025 jul 8].
20. Organización Mundial de la Salud. Promover la equidad en salud: marco conceptual para la acción sobre los determinantes sociales de la salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2021 [citado 2025 jul 8]. Disponible en: <https://www.who.int/es>
21. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural (MAIS-FCI) [Internet]. Quito: MSP; 2023 [citado 2025 jul 8]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec>
22. Sklar M, Rapoport A. Preventative dental care delivery in children. J Can Dent Assoc [Internet]. 2020 [citado 2025 ago 8]. Disponible en: <https://consensus.app/papers/preventative-dental-care-delivery-in-children-with-sklar-rapoport/509cfe4ffaf657fd99b34d7f200401c8>
23. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2021 [citado 2025 ago 8]. Disponible en: <https://www.who.int/es>
24. Organización Panamericana de la Salud. Informe regional sobre intervenciones profilácticas en salud infantil [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2023 [citado 2025 ago 8]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/informe-regional-intervenciones-profilacticas-salud-infantil>
25. Organización Mundial de la Salud. Directrices sobre la prevención y el tratamiento de la malnutrición infantil [Internet]. Ginebra: OMS; 2020 [citado

- 2025 ago 8]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240004841>
26. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Indicadores de salud infantil y cobertura de atención primaria [Internet]. Quito: MSP; 2023 [citado 2025 ago 8]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec>
 27. Organización Panamericana de la Salud. Atención integrada para las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2019 [citado 2025 ago 8]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/atencion-integrada-enfermedades-prevalentes-la-infancia-aiepi>
 28. Black RE, Victora CG, Walker SP, Bhutta ZA, Christian P, de Onis M, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2013;382(9890):427-51.
 29. Dewey KG, Begum K. Long-term consequences of stunting in early life. *Matern Child Nutr*. 2011;7(3):5-18.
 30. Organización Mundial de la Salud (OMS). Nutrición del lactante y del niño pequeño [Internet]. Ginebra: OMS; 2021 [citado año mes día]. Disponible en: <https://www.who.int>
 31. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Guías alimentarias para la población infantil [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2019 [citado año mes día]. Disponible en: <https://www.paho.org>
 32. UNICEF. The State of the World's Children 2020: Children, food and nutrition [Internet]. Nueva York: UNICEF; 2020 [citado año mes día]. Disponible en: <https://www.unicef.org>
 33. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century. *Lancet*. 2016;387(10017):475-90.
 34. Petersen PE, Kwan S. Equity, social determinants and public health programmes – the case of oral health. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2011;39(6):481–7.
 35. Kassebaum NJ, Bernabé E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJ, Marcenes W. Global burden of untreated dental caries. *J Dent Res*. 2015;94(5):650–8.
 36. Peres MA, Sheiham A, Liu P, Demarco FF, Silva AE, Assunção MC, et al. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet*. 2019;394(10194):249–60.
 37. Marinho VC. Cochrane reviews of randomized trials of fluoride therapies for preventing dental caries. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2009;10(3):183–91.
 38. Watt RG, Sheiham A. Integrating the common risk factor approach into a social determinants framework. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2012;40(4):289–96.
 39. Black RE, Victora CG, Walker SP, Bhutta ZA, Christian P, de Onis M, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2013;382(9890):427-51.
 40. Organización Mundial de la Salud (OMS). Nutrición del lactante y del niño pequeño [Internet]. Ginebra: OMS; 2021 [citado año mes día]. Disponible en: <https://www.who.int>

41. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Guías alimentarias para la población infantil [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2019 [citado año mes día]. Disponible en: <https://www.paho.org>
42. UNICEF. The State of the World's Children 2020: Children, food and nutrition [Internet]. Nueva York: UNICEF; 2020 [citado año mes día]. Disponible en: <https://www.unicef.org>
43. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century. *Lancet*. 2016;387(10017):475-90.
44. WHO. Pneumonia. World Health Organization; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>
45. PAHO. La neumonía es la causa principal de muerte de niños. Organización Panamericana de la Salud; [citado en 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/node/74693>
46. PAHO/WHO. La neumonía es la causa principal de muerte de niños. OPS/OMS; [fecha]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/11-11-2011-neumonia-es-causa-principal-muerte-ninos>
47. Nair H, Nokes DJ, Gessner BD, Dherani M, Madhi SA, Singleton RJ, et al. Global burden of acute lower respiratory infections due to respiratory syncytial virus in young children: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2010;375(9725):1545-55.
48. Shi T, McAllister DA, O'Brien KL, et al. Global, regional, and national disease burden estimates of acute lower respiratory infections due to respiratory syncytial virus in young children in 2019: a systematic analysis. *Lancet*. 2022;400(10328):946-58.
49. Scheltema NM, Gentile A, Lucero MG, et al. Global disease burden of and risk factors for acute lower respiratory infections caused by respiratory syncytial virus in preterm infants and young children: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2024;12(3):e555-65.
50. Organización Mundial de la Salud. Nutrición del lactante y del niño pequeño. OMS; 2021.
51. Pan American Health Organization. Oral health status in the Region of the Americas. PAHO; 2022.
52. Peres MA, et al. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet*. 2019;394(10194):249-60.
53. Dewey KG, Begum K. Long-term consequences of stunting in early life. *Matern Child Nutr*. 2011;7(3):5-18.

Anexos

Anexo 1.

BASE DE DATOS

- Plataforma del Ministerio de Salud Pública utilizada para la obtención de datos.



- Ingresado en opción productividad, aplicamos los filtros por el año de estudio, los meses, la Zona y el grupo etario.

CIE10 - Descripción	Hombre	Mujer	Total
J00X - RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	510	473	983
B829 - PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	476	459	935
K021 - CARIES DE LA DENTINA	250	316	566
D509 - ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SIN OTRA ESPECIFICACION	250	232	482
E46X - DESNUTRICION PROTEICOALORICA, NO ESPECIFICADA	179	135	314
A09X - DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	170	132	302
A090 - OTRAS GASTROENTERITIS Y COLITIS DE ORIGEN INFECCIOSO	140	106	246
J029 - FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	116	99	215
J039 - AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	106	97	203

CIE10 - Descripción	Hombre	Mujer	Total
Z001 - CONTROL DE SALUD DE Rutina DEL NIÑO	3.974	3.803	7.777
Z713 - CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA DE LA DIETA	1.209	1.141	2.350
Z012 - EXAMEN ODONTOLOGICO	1.109	1.104	2.213
Z000 - EXAMEN MEDICO GENERAL	149	138	287
Z010 - EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	56	57	113
Z132 - EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TRASTORNOS DE LA NUTRICION	52	47	99
Z011 - EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	38	34	72
Z134 - EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA CIERTOS TRASTORNOS DEL DESARROLLO EN EL NIÑO	24	21	45
Z288 - OTRAS MEDIDAS PROFILACTICAS ESPECIFICADAS	25	16	41
Z135 - EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TRASTORNOS DEL OJO Y DEL OIDO	22	18	40

Resumen	Lista	Hombre	Mujer	Total
Todas las demás enfermedades	Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	785	649	1.434
	Resto de enfermedades del sistema digestivo	490	553	1.043
	Resto de las enfermedades

- Consolidado de información en Excel descargada del sistema del Ministerio de Salud Pública.

	A	B	C	D	E	F	G	H
1	AÑO	MES	Cronología	CIE 10	CONSULTAS	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
2	2020	1	1	Z001	CONTROL DE	5337	5272	10609
3	2020	1	2	Z012	EXAMEN OD	2365	2231	4596
4	2020	1	3	Z713	CONSULTA P	1306	1180	2486
5	2020	1	4	Z010	EXAMEN DE	308	295	603
6	2020	1	5	Z000	EXAMEN ME	236	217	453
7	2020	1	6	Z719	CONSULTA, M	90	89	179
8	2020	1	7	Z298	OTRAS MEDI	87	75	162
9	2020	1	8	Z108	OTROS CONT	75	76	151
10	2020	1	9	Z132	EXAMEN DE	44	40	84
11	2020	1	10	Z011	EXAMEN DE	42	34	76
12	2020	2	1	Z001	CONTROL DE	4338	4128	8466
13	2020	2	2	Z012	EXAMEN OD	2011	1905	3916
14	2020	2	3	Z713	CONSULTA P	1066	940	2006
15	2020	2	4	Z010	EXAMEN DE	211	189	400
16	2020	2	5	Z000	EXAMEN ME	195	185	380
17	2020	2	6	Z298	OTRAS MEDI	71	67	138
18	2020	2	7	Z719	CONSULTA, M	54	43	97
19	2020	2	8	Z108	OTROS CONT	48	45	93
20	2020	2	9	Z911	HISTORIA PE	42	32	74
21	2020	2	10	Z017	EXAMEN DE	26	38	64
22	2020	3	1	Z001	CONTROL DE	2902	2903	5805

- Codificación y procesamiento de datos en IBM SPSS Statistics.

The screenshot shows the IBM SPSS Statistics interface with a syntax editor. The menu bar includes Archivo, Edición, Ver, Datos, Transformar, Analizar, Marketing directo, Gráficos, Utilidades, Ejecutar, Herramientas, Ventana, and Ayuda. The toolbar contains various icons for file operations, editing, and analysis. The active window is 'Conjunto_de_datos1'. The syntax editor shows the following code:

```

81 /CRITERIA CIELEVEL=95
82 /TITLES
83 TITLE=[Expresión de tabla].
84
85 USE ALL.
86 COMPUTE filter_$=(cCIE10 = 18).
87 VARIABLE LABELS filter_$ 'cCIE10 = 18 (FILTER)'.
88 VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
89 FORMATS filter_$ (f1.0).
90 FILTER BY filter_$.
91 EXECUTE.
92 _SLINE OFF.
93
94 DATASET ACTIVATE ConjuntoDatos3.
95 * Tablas personalizadas.
96 CTABLES
97 /VARIABLES=MES HOMBRES DISPLAY=LABEL
98 /TABLE MES BY HOMBRES [PTILE 25, MEDIAN, PTILE 75, PTILE 90]
99 /CATEGORIES VARIABLES=MES ORDER=A KEY=VALUE EMPTY=INCLUDE
100 /CRITERIA CIELEVEL=95
101 /TITLES
102 TITLE=[Expresión de tabla].
103
104
105
106
107
108
109 FREQUENCIES VARIABLES=CIE10 HOMBRES
110 /ORDER=ANALYSIS.

```

Anexo 2. Certificado de aprobación del comité de ética



Anexo 4 A Formato de Carta de exención

Oficio Nro.

Lugar y fecha: Cuenca, 26 de mayo de 2025

Señor/a,

Jacinto Eugenio Pérez Ramírez

Investigador Principal

Programa de posgrado en salud pública de la Universidad Católica de Cuenca

Nombre de la Institución

Presente

De mi consideración,

El Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad Católica de Cuenca (CEISH-UCACUE), una vez que revisó el protocolo de investigación titulado "Principales causas de consulta preventiva y morbilidad en la Zona 6 de Ecuador, reportadas por el Ministerio de Salud Pública durante el periodo 2020–2024", codificado como CEISH-UCACUE-2025-071, notifica a Usted que este proyecto es una investigación exenta de evaluación por parte del CEISH, de acuerdo con lo establecido en la normativa legal vigente.

Descripción de la Investigación:

- Tipo de estudio: Estudio observacional, descriptivo y transversal
- Duración del estudio (meses): 2020 - 2024
- Instituciones participantes.
- Investigadores del estudio: Jacinto Eugenio Pérez Ramírez, Quizhpe Tacuri Daniela Michelle, Navas Abad Milton Fernando, Chimbay Cajamarca María Eugenia, Sanchez Sanabria Luis Andres, Ramírez Padrón Fernanda Elizabeth, Mayely Cristina Gálvez Córdova, Tufiño Bejarano Doménica Alexandra, Suqui Pandi Maria Veronica, Cañar Camacho Jinnson Francisco, Ross Mery Ramirez Hidalgo, Ponce Remache Fanny Isabel Aguirre Zamora Andres Geovanny, Carangui Vázquez Carlos Fernando, Cajamarca Tigre Sandra Margarita, Nelly Josefina Enrique Encarnación, Villavicencio Caparó Ebingen, Cuenca Leon Katherine De Los Ángeles, Orellana Barros Marco Ruben.

Documentación de la investigación:

Nombre de Documentos	Número de páginas	Fecha
ANEXO 2 SOLICITUD DE EXENCIÓN DE EVALUACIÓN	1 PÁGINA	24-04-2025
Anexo 3 Formulario de exención de evaluación CEISH	10 páginas	24-04-2025
Anexo 9 Formato de Hoja de vida de los investigadores	85 paginas	24-04-2025

Esta carta de exención tiene una vigencia de un año, contado desde la fecha de recepción de esta documentación. La investigación deberá ejecutarse de conformidad a lo descrito en el protocolo de investigación presentado al CEISH-UCACUE. Cualquier modificación a la documentación antes descrita, deberá ser presentada a este Comité para su revisión y aprobación.

Atentamente,

Firma del Presidente del CEISH-UCACUE

Susana Janeth Peña Cordero

Nombre del Presidente del CEISH-UCACUE

Presidente CEISH-UCACUE

Institución: Universidad Católica de Cuenca

Correo electrónico: ceish@ucacue.edu.ec.



*Adaptado del CEISH codificado DIS-CEISH-USFQ-17-004

Tomado del Anexo 11 del ACUERDO No 00005 – 2022 REGLAMENTO SUSTITUTIVO DEL REGLAMENTO PARA LA APROBACIÓN Y SEGUIMIENTO DE COMITÉS DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS (CEISH) Y COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIALES PARA LA SALUD (CEAS), publicado en el Quinto Suplemento del Registro Oficial No.118 , 2 de Agosto 2022