



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
CONSULTAS EN PREVENCIÓN EN RECIÉN NACIDOS Y
LACTANTES DE LA ZONA 6 DE ECUADOR 2020-2024**

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

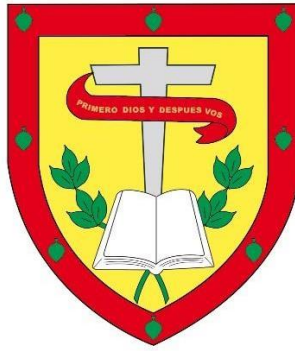
AUTOR: LIC. ROSS MERY RAMÍREZ HIDALGO

DIRECTOR: DR. JOSÉ POZO

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 consultas en
prevención en recién nacidos y lactantes de la zona 6 de
ecuador 2020-2024**

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

AUTOR: LIC. ROSS MERY RAMÍREZ HIDALGO

DIRECTOR: DR. JOSÉ POZO

CUENCA– ECUADOR

2025

Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Ross Mery Ramírez Hidalgo portador(a) de la cédula de ciudadanía N.º 1727351304., Declaro ser el autor de la obra: “Tendencias de las principales causas de consultas en prevalencias en recién nacidos y lactantes de la zona 6 de Ecuador 2020-2024”, sobre la cual me responsabilizo sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido desarrollada, respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamo que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi trabajo de investigación ha sido realizada cumpliendo debidamente 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 tipo de reclamo al respecto.

Cuenca, 27 de julio del 2025

F:

Ross Mery Ramírez Hidalgo

C.I. 1727351304

“Por eso, nunca pierdas la oportunidad de impulsar un comienzo práctico, por pequeño que sea, pues es maravilloso ver con qué frecuencia en estos asuntos la semilla de mostaza germina y echa raíces”.

Florence
Nightingale.

DEDICATORIA:

En primer lugar a Dios, quien me ha brindado salud, fuerza, sabiduría, y protección durante esta etapa Académica. A mis hijas Allisson, Selene y Glendy; quienes fueron mi motivo, inspiración y empuje fundamental de mi vida para alcanzar cada uno de mis metas; por su paciencia cuando tuve que dedicar tiempo a este proyecto. A mis padres María y Enrique, a mis mamita Miriam a mi tía Susana y ami papito Pedro que desde ese cielo me guio en mi camino profesional durante todo este proceso. Ustedes me han enseñado más sobre la vida y la perseverancia de lo que cualquier libro podría. A mi esposo Wilson E. por ser mi pilar para seguir superándome en lo profesional, por su confianza y apoyo incondicional, este logro es nuestro y de nuestros hijos.

- Ross Mery Ramírez Hidalgo

AGRADECIMIENTOS.

Un enorme agradecimiento a mis padres, abuelita, esposo 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 atesoraré de aquí en adelante. Un agradecimiento encarecido al Coordinador de la maestría Dr. Ebingen por brindarme su apoyo y conocimientos para culminar este trabajo de titulación. Finalmente, a mi compañeros de esta maestría por su apoyo y motivación durante este proceso,

-Ross Mery Ramírez Hidalgo

RESUMEN

Introducción: A pesar de la existencia de políticas de salud como el modelo MAIS en Ecuador, persiste una brecha en el uso de datos sanitarios para la planificación local. Este vacío de información en zonas heterogéneas como la Zona 6 de Salud limita la capacidad de diseñar intervenciones basadas en evidencia para la población infantil, un grupo de alta vulnerabilidad.

Objetivo: Analizar las tendencias y características de las principales causas de consulta para atención preventiva y morbilidad en recién nacidos y lactantes atendidos en la Zona 6 de Salud de Ecuador, durante el período 2020–2024.

Metodología: Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y transversal. Se analizaron los registros de atención del Repositorio de Datos del Ministerio de Salud Pública, utilizando estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes y percentiles) mediante el software IBM SPSS Statistics v.25.

Resultados: La atención preventiva se concentró en el "Control de salud de rutina del niño" (64,9%) y la consejería nutricional (21,3%), con un acceso equitativo entre sexos. El perfil de morbilidad fue liderado por la rinoфарингитis aguda (38,2%), seguida por condiciones prevenibles como la anemia ferropénica (11,7%) y la desnutrición (4,7%). Se identificaron diferencias por sexo en la morbilidad, con mayor frecuencia de desnutrición en varones, y una marcada estacionalidad para las infecciones respiratorias.

Conclusión: Los hallazgos revelan una brecha entre los protocolos preventivos y los resultados en salud, dado el predominio de enfermedades evitables. La caracterización epidemiológica obtenida fundamenta una planificación sanitaria anticipatoria que permita optimizar los recursos del Modelo de Atención Integral de Salud para responder a las necesidades estacionales y demográficas reales del territorio.

Palabras claves: Atención preventiva infantil, morbimortalidad neonatal, sistema de salud pública, epidemiología

ABSTRAC

Introduction: Despite the existence of health policies such as the MAIS model in Ecuador, a gap remains in the use of health data for local planning. This lack of contextualized information in heterogeneous areas like the Zone 6 of Health limits the ability to design evidence-based interventions for the pediatric population, a group of high vulnerability.

Objective: To analyze the trends and characteristics of the main causes of consultation for preventive care and morbidity in newborns and infants attended in the Zone 6 of Health of Ecuador, during the period 2020–2024.

Methodology: A quantitative, descriptive, retrospective, and cross-sectional study was conducted. Health care records from the Data Repository of the Ministry of Public Health were analyzed using descriptive statistics (frequencies, percentages, and percentiles) through IBM SPSS Statistics v.25 software.

Results: Preventive care was concentrated on “Routine child health check-up” (64.9%) and nutritional counseling (21.3%), with equitable access between sexes. The morbidity profile was led by acute nasopharyngitis (38.2%), followed by preventable conditions such as iron deficiency anemia (11.7%) and malnutrition (4.7%). Differences in morbidity by sex were observed, with a higher frequency of malnutrition in males, and a marked seasonality in respiratory infections.

Conclusion: The findings reveal a gap between preventive protocols and health outcomes, given the predominance of preventable diseases. The resulting epidemiological characterization supports anticipatory health planning aimed at optimizing the resources of the Integral Health Care Model to meet the real seasonal and demographic needs of the territory.

Keywords: Child preventive care, neonatal morbimortality, public health system, epidemiology

INDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	12
CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.1. Situación problemática.....	15
1.2. Formulación del problema.....	15
1.3. Justificación de la investigación.....	16
1.4. Objetivos de la investigación	17
1.4.1. Objetivo general.....	17
1.4.2. Objetivos específicos.....	17
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO	18
2.1. Antecedentes de la investigación	19
2.2. Bases teóricas filosóficas.....	22
2.2.1. Principios de la Atención Primaria de Salud (APS) y su rol en la salud materno-infantil.	22
2.2.2. El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) en Ecuador.	22
2.2.3. Medicina preventiva y su impacto en la reducción de la morbilidad infantil.....	23
2.3. Componentes de la atención preventiva en neonatos y lactantes	24
2.3.1. El control de niño sano como eje de la vigilancia del desarrollo.	24
2.3.2. Inmunizaciones y el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en Ecuador.	25
2.4. Contexto epidemiológico y demográfico.....	25
2.4.1. Perfil de morbilidad en la población menor de un año en Ecuador y Latinoamérica.	25
2.4.2. Caracterización sociodemográfica y sanitaria de la Zona 6 de Salud (Azuay, Cañar, Morona Santiago).....	26
2.5. Sistemas de información en salud para la vigilancia epidemiológica	27
2.5.1. La clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) en la codificación de atenciones.	27
2.5.2. La clasificación internacional de morbilidad (CIE-10) en la codificación de atenciones.	28
2.5.3. Uso de plataformas de inteligencia de negocios (power BI) en la gestión de datos de salud pública.....	31

2.3. Marco Conceptual	31
CAPITULO III. HIPOTESIS Y VARIABLES	33
3.1. Hipótesis General.....	34
3.2. Hipótesis Específicas	34
3.3. Identificación de variables.....	34
3.4. Operacionalización de variables	35
3.5. Indicadores	37
3.6. Matriz de Consistencia.....	38
CAPITULO IV. METODOLOGÍA.....	40
4.1. Tipo y diseño de investigación.....	41
4.2. Unidad de análisis	41
4.3. Población de estudio.....	41
4.4. Selección de muestra.....	41
4.4.1. Criterios de inclusión	41
4.4.2. Criterios de exclusión	41
4.5. Tamaño de la muestra	42
4.6. Técnica de recolección de datos e información	42
4.6.1. Instrumentos documentales:	42
4.6.2. Instrumentos mecánicos:.....	42
4.6.3. Materiales:	42
4.6.4. Recursos:.....	42
4.7. Análisis e interpretación de la información	42
4.7.1. Procedimientos para la toma de datos.	42
4.7.2. Procedimientos para el análisis de datos	42
CAPITULO V. RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	44
5.1. Resultados.....	45
5.2. Discusión	64
5.3. Conclusiones.....	68
BIBLIOGRAFÍA	69

ANEXOS..... 77

INTRODUCCIÓN

El primer año de vida constituye una etapa biológica y socialmente determinante, en la que se concentran procesos de crecimiento acelerado, maduración neurológica e inmunológica, así como una elevada susceptibilidad a factores de riesgo de diversa índole, sin embargo desde la perspectiva de la salud pública global, esta fase representa una ventana crítica para establecer trayectorias de desarrollo saludable, razón por la cual las intervenciones preventivas dirigidas a la primera infancia han sido ampliamente reconocidas por su alto impacto y costo-efectividad, por tal motivo la Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca que la vigilancia sistemática del desarrollo, la promoción de la lactancia materna, el cumplimiento del calendario de inmunizaciones y los controles médicos periódicos permiten reducir la morbilidad infantil, mitigar desigualdades estructurales y mejorar el capital humano a largo plazo.¹

En este contexto, la medicina preventiva en pediatría se operacionaliza a través de la Atención Primaria de Salud (APS), la cual se concibe no solamente como el primer nivel de contacto con el sistema sanitario, sino como el núcleo articulador de un cuidado continuo, integral y orientado a la equidad. Las consultas programadas para el control del niño sano permiten la identificación temprana de desviaciones del crecimiento y del neurodesarrollo, al tiempo que constituyen una plataforma educativa para las familias y una vía eficaz para la implementación de estrategias de prevención primaria y secundaria.² Estudios regionales han documentado que, cuando estos servicios son accesibles, oportunos y culturalmente pertinentes, permiten disminuir la utilización inadecuada de las salas de emergencia por condiciones no urgentes, optimizando así los recursos del sistema de salud.³

A pesar de los avances logrados en la reducción de la mortalidad infantil a nivel global —como lo evidencia la disminución del 51% en los fallecimientos de menores de cinco años desde el año 2000—, las Naciones Unidas advierten sobre una desaceleración en este progreso, donde solo en 2022, se registraron aproximadamente 4.9 millones de muertes en menores de cinco años, muchas de ellas evitables y concentradas en la etapa neonatal según la UNICEF, (2023).⁴ En América Latina y el Caribe, si bien se han implementado modelos de atención orientados a la prevención, persisten inequidades significativas en el acceso a servicios de calidad entre áreas urbanas y rurales, así como entre distintos grupos socioeconómicos, esta desigualdad se traduce, entre otros efectos, en la subutilización de controles preventivos y en una atención fragmentada, con consecuencias adversas para la detección oportuna de patologías prevalentes.⁵

En Ecuador, el Ministerio de Salud Pública (MSP) promueve el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), el cual enfatiza el seguimiento del niño sano y la prevención de enfermedades desde los primeros días de vida, sin embargo, la evidencia empírica sobre la demanda real de estos servicios continúa siendo limitada, especialmente en zonas caracterizadas por alta diversidad geográfica, cultural y de acceso, como es el caso de la Zona 6 de Salud, que comprende las provincias de Azuay, Cañar y Morona Santiago, además aunque se dispone de bases de datos institucionales de gran volumen generadas por sistemas como Power BI, su potencial analítico ha sido escasamente aprovechado para identificar tendencias locales, mapear brechas de atención y orientar la toma de decisiones basada en evidencia.⁶

Ante esta problemática, la presente investigación tiene como objetivo analizar las tendencias de las principales causas de consulta para atención preventiva en recién nacidos y lactantes atendidos en establecimientos de salud de la Zona 6 de Ecuador durante el período 2020–2024, a través de un estudio descriptivo, retrospectivo y basado en registros secundarios, se busca caracterizar el comportamiento temporal y territorial de la demanda de estos servicios, considerando variables clave como el sexo del paciente, la provincia de atención y los códigos diagnósticos según la CIE-10, por lo tanto los hallazgos permitirán generar evidencia científica local que contribuya a fortalecer la planificación sanitaria en salud materno-infantil, promoviendo una asignación de recursos más equitativa y ajustada a las realidades epidemiológicas del territorio.

CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Situación problemática

La inversión en salud durante los primeros 1000 días de vida es una intervención crucial para el desarrollo humano y la reducción de inequidades, según directrices de la OMS (2018)⁷, además la vigilancia del crecimiento y la inmunización son pilares de la Estrategia para la Salud Universal (OPS, 2019).⁸ Acorde con ello, el Ministerio de Salud Pública de Ecuador (MSP) implementa el Modelo de Atención Integral (MAIS-FCI), que prioriza la prevención y se apoya en sistemas de información robustos para la vigilancia epidemiológica a nivel nacional (MSP, 2018).⁹

A pesar de la existencia de políticas y plataformas tecnológicas, su aplicación efectiva para la gestión local sigue siendo un desafío, tanto que la literatura evidencia una brecha persistente en América Latina entre la recolección masiva de datos y su análisis sistemático para la toma de decisiones.¹⁰ Una planificación sanitaria eficaz exige análisis detallados que superen los promedios nacionales, especialmente en zonas tan heterogéneas como la Zona 6, que presenta realidades sociodemográficas y de acceso muy diversas.

Estudios recientes advierten que condiciones como la sepsis neonatal, las malformaciones congénitas, el bajo peso al nacer y la prematuridad siguen siendo causas predominantes de morbilidad infantil en el país¹¹, además que estas patologías son detectadas frecuentemente durante controles preventivos, y su seguimiento depende de la continuidad y calidad del primer nivel de atención, sin embargo pese a ello, no existen análisis sistemáticos que permitan establecer tendencias epidemiológicas, evaluar la distribución territorial o priorizar acciones basadas en evidencia en esta región.

Este vacío de información local limita la capacidad de los gestores para asignar recursos eficientemente y diseñar intervenciones de salud pública pertinentes, así como la falta de un perfil epidemiológico claro sobre el uso de servicios preventivos impide identificar patrones de demanda, variaciones en el tiempo o posibles inequidades en el acceso a la atención, por lo tanto resulta fundamental generar evidencia científica contextualizada que permita orientar la planificación estratégica y así optimizar la salud materno-infantil en la región.

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son las características y la tendencia de la demanda de servicios de salud preventivos en la población menor de un año de la Zona 6 de Salud de Ecuador durante el período 2020-2024, para la generación de evidencia que oriente la planificación de estrategias de salud materno-infantil?

1.3. Justificación de la investigación

La presente investigación se fundamenta en su alta relevancia práctica para la gestión sanitaria, al responder a la necesidad crítica de evidencia local para la toma de decisiones informada, tal como señalan diversos estudios, la brecha entre la recolección de datos nacionales y su aplicación a nivel territorial limita la efectividad de las políticas de salud¹², por lo tanto este estudio generará un perfil epidemiológico específico para la Zona 6, permitiendo a los gestores optimizar la asignación de recursos y adecuar la oferta de servicios preventivos a las necesidades reales de la población infantil.

Desde una perspectiva científica y epidemiológica, el estudio aporta conocimiento valioso a la salud pública del Ecuador, debido a que el análisis de tendencias es una herramienta fundamental para la vigilancia, permitiendo identificar patrones y cambios en la utilización de servicios, especialmente en un período de disrupciones sanitarias como la pandemia por COVID-19, cuyo impacto en el acceso a la salud ha sido documentado globalmente¹³, donde los hallazgos servirán como línea de base para futuras investigaciones analíticas y para la evaluación del impacto de las intervenciones sanitarias implementadas en la región.

La investigación es pertinente al centrarse en la salud de un grupo de alta vulnerabilidad y al abordar el principio de equidad, donde desagregar los datos por provincia y sexo, el estudio permitirá identificar posibles disparidades en el acceso y utilización de los servicios preventivos, un objetivo central de la Estrategia para la Salud Universal¹⁴, de esta manera, los resultados pueden orientar acciones específicas para reducir brechas y garantizar que los beneficios de la atención preventiva lleguen a todos los niños y niñas de la Zona 6, independientemente de su condición geográfica o social.

Finalmente, el proyecto posee una notable utilidad metodológica al demostrar la viabilidad de realizar investigaciones de impacto mediante el análisis de fuentes de datos secundarios, este enfoque, además de ser costo-efectivo, promueve una cultura de aprovechamiento de la información ya disponible en el sistema de salud, una práctica recomendada para fortalecer la investigación en salud en diversos contextos, por lo tanto el diseño ofrece un modelo de análisis eficiente y replicable que puede ser adaptado para investigar otras problemáticas en el país.

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Analizar las tendencias de las principales causas de consulta para atención preventiva en recién nacidos y lactantes atendidos en los establecimientos de la Zona 6 de Salud de Ecuador, durante el período comprendido entre 2020 y 2024.

1.4.2. Objetivos específicos

- Identificar las principales causas de consulta para atención preventiva y morbilidad (CIE-10) en la población menor de un año, registradas en la Zona 6 de Salud durante el período 2020-2024.
- Describir el comportamiento tendencial por mes, de las cinco principales causas de consulta en morbilidad identificadas en menores de un año para la Zona 6 de Salud, en el período 2020-2024.
- Caracterizar la distribución de las consultas mensuales por las cinco principales causas de morbilidad en menores de un año, diferenciando por sexo, en la Zona 6 de Salud durante el período 2020-2024.

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

En un contexto andino similar, Sotelo-Daza et al. (2023), en su investigación, tuvieron como objetivo identificar las desigualdades en salud asociadas a la mortalidad perinatal durante el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 en el departamento del Cauca, Colombia. Se empleó un estudio ecológico con datos de fuentes secundarias procedentes del Departamento Administrativo Nacional de Estadística. La población de estudio fueron los registros de mujeres entre 12 y 49 años residentes en los 42 municipios del Cauca. Los resultados revelaron que la pertenencia étnica, el analfabetismo y el Índice de Pobreza Multidimensional se asociaron estadísticamente con la mortalidad perinatal, observándose una desigualdad más pronunciada en los municipios con condiciones socioeconómicas más desfavorables. Este estudio es de gran relevancia, ya que utiliza una metodología de análisis de datos secundarios a nivel territorial para explorar inequidades, un enfoque similar al de la presente tesis, y sus hallazgos sobre determinantes sociales refuerzan la importancia de analizar variables como la provincia de residencia.¹⁵

Por su parte, Más et al. (2021) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de describir las características de las consultas de recién nacidos en el servicio de urgencias de un prestador de salud privado en Uruguay durante el año 2018. Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo, mediante la revisión de 237 historias clínicas correspondientes a 209 recién nacidos. Los resultados mostraron que casi la mitad de las consultas (49%) correspondían a patologías agudas, mientras que el 51% restante se vinculaban a aspectos de puericultura y procesos fisiológicos. Se concluyó que una proporción importante de las consultas eran potencialmente evitables mediante un mejor acceso al primer nivel de atención y una mayor información a los padres. Este antecedente es valioso, pues permite comparar los tipos de consulta preventiva y su frecuencia, ofreciendo un marco para discutir si los motivos de consulta en la Zona 6 se asemejan a los de otros contextos latinoamericanos.¹⁶

En Brasil, Bartsch et al. (2025) tuvieron como propósito analizar los problemas de salud prevalentes en lactantes durante su primer año de vida en un municipio del norte de Rio Grande do Sul. Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo y documental, analizando las historias clínicas electrónicas de 350 nacidos vivos en el año 2022, a quienes se les dio seguimiento en la Atención Primaria de Salud. Los resultados indicaron que más de la mitad de los lactantes recibieron al menos una atención por una afección prevalente, siendo los problemas respiratorios los más comunes. Se concluyó que existe un patrón de morbilidad que inicia después del segundo mes de vida, destacando la importancia de la vigilancia continua. Este estudio es relevante, ya que caracteriza la demanda de atención por enfermedad en el primer nivel, lo que complementa la visión de la presente tesis, centrada en

la prevención, y permite contextualizar la importancia de los controles sanos para la detección de estas patologías.¹⁷

En una línea similar, Curiel Téllez (2022) se propuso analizar los principales motivos de consulta en las urgencias pediátricas de un hospital en Valladolid, España. Se ejecutó un estudio descriptivo y unicéntrico, revisando 22,888 historias clínicas de menores de 14 años atendidos durante 2019. Los resultados mostraron que el grupo de lactantes fue el que más acudió al servicio (35.53%), y que el motivo de consulta más frecuente fue la fiebre (23.70%), seguido de sintomatología gastrointestinal y respiratoria. Se concluyó que la mayoría de las visitas fueron clasificadas con un nivel de prioridad bajo, indicando que no eran urgencias reales. Este estudio aporta un punto de comparación sobre la demanda de atención no programada y refuerza la importancia de diferenciarla de las consultas preventivas, objeto de la presente tesis.¹⁸

Por otra parte, Zimmer et al. (2005) examinaron las tendencias demográficas y las características de las consultas en un servicio de urgencias pediátrico urbano en Estados Unidos durante tres años. Se realizó un análisis de los registros administrativos de aproximadamente 25,000 visitas anuales de niños de 0 a 18 años. Los resultados mostraron que casi la mitad de las visitas (46%) fueron por motivos no urgentes, y que el grupo etario de 1 a 4 años fue el más frecuente. Se concluyó que existen disparidades raciales en el uso del servicio de urgencias para atención no urgente, posiblemente relacionadas con la proximidad al hospital. Este antecedente es útil para la presente investigación, ya que subraya la importancia de analizar la naturaleza de las consultas y los factores demográficos asociados, aportando una perspectiva internacional sobre la utilización de servicios de salud pediátricos.¹⁹

Desde una perspectiva internacional, AlGhamdi et al. (2024) buscaron determinar las características de presentación, manejo y destino de los neonatos que acudieron a un servicio de urgencias en Arabia Saudita. Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y transversal de 649 registros médicos de neonatos (menores de 28 días) atendidos entre 2021 y 2022. Los resultados mostraron que las causas más comunes de consulta fueron las infecciones del tracto respiratorio superior (26.8%), la ictericia fisiológica (20.2%) y los cólicos (14%), con una baja tasa de hospitalización (12.2%). El estudio concluye que muchas visitas no son urgentes, lo que subraya la necesidad de educar a los cuidadores. Este antecedente refuerza la idea de que la demanda de atención neonatal en servicios de emergencia a menudo se debe a condiciones manejables en el primer nivel, un hallazgo relevante para contextualizar la importancia de las consultas preventivas en la Zona 6.²⁰

Asimismo, Ortiz-Gonzalez et al. (2024) se plantearon como objetivo comparar las percepciones de padres y pediatras sobre las infecciones respiratorias leves en la infancia en España. Para ello, se realizaron dos encuestas transversales en línea a 504 pediatras y 1,447 familias con niños de 6 meses a 12 años. Los resultados mostraron diferencias significativas en la percepción; por ejemplo, el 70.2% de los pediatras consideraba normal que un niño tuviera 4 resfriados al año, en comparación con solo el 25.5% de los padres. Se concluyó que existe una brecha de comunicación que lleva a una mayor preocupación parental y a una mayor demanda de atención médica. Este estudio es relevante para la presente tesis, ya que ayuda a comprender por qué los padres acuden a consultas por motivos que, desde la perspectiva médica, pueden no ser urgentes, un factor clave para interpretar la demanda de servicios preventivos.²¹

En Turquía, Turan et al. (2021) se propusieron analizar los factores que afectan las visitas de neonatos a un servicio de urgencias terciario. Se realizó un estudio prospectivo que incluyó a 2,109 neonatos (menores de 28 días) admitidos en un servicio de urgencias pediátrico. Se registraron variables demográficas, perinatales y sociales. Los resultados mostraron que la queja más común fue la ictericia (66.3%), seguida de la irritabilidad (9.3%). La tasa de hospitalización fue del 13%, y se encontró que las madres primerizas y las que tuvieron un alta posparto temprano utilizaron el servicio de urgencias con frecuencia para condiciones no graves. El estudio concluye que una atención posparto y primaria adecuada podría prevenir derivaciones innecesarias, lo cual es un aporte significativo para la presente investigación al destacar la importancia de la educación y el seguimiento como factores que modulan la demanda de atención.²²

En Francia, Tran et al. (2022) tuvieron como objetivo evaluar el cumplimiento de las recomendaciones de seguimiento posparto y la frecuencia de visitas innecesarias a urgencias pediátricas. Se realizó un estudio prospectivo y observacional en un solo centro, incluyendo a 249 recién nacidos. Los resultados mostraron que el 77.5% de los recién nacidos no cumplía con las rutas de atención recomendadas y que el 43% de las visitas a urgencias fueron innecesarias. Se concluyó que un adecuado seguimiento posparto puede disminuir las visitas innecesarias a urgencias. Este antecedente es de gran valor, ya que vincula directamente el cumplimiento de los controles preventivos programados con una menor utilización de los servicios de emergencia, reforzando la hipótesis central de que la atención primaria es clave para la gestión racional de los recursos sanitarios.²³

Finalmente, en Brasil, Oliveira Beleza et al. (2019) tuvieron como objetivo analizar el perfil de una cohorte de recién nacidos de riesgo atendidos por enfermeros en un ambulatorio de seguimiento multidisciplinario. Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo, analizando 882

atenciones de 629 bebés. Los resultados mostraron que el seguimiento de enfermería fue crucial para promover la lactancia materna exclusiva y un aumento de peso adecuado. Se concluyó que el acompañamiento ambulatorio por parte de enfermería es fundamental, especialmente para recién nacidos prematuros y de bajo peso. Este estudio es relevante para la presente investigación, ya que destaca el rol del seguimiento en la atención primaria para garantizar el crecimiento saludable, uno de los componentes clave de las consultas preventivas.²⁴

2.2. Bases teóricas filosóficas

2.2.1. Principios de la Atención Primaria de Salud (APS) y su rol en la salud materno-infantil.

La Atención Primaria de Salud es la base de los sistemas de salud sostenibles y equitativos a nivel mundial, la idea formal fue concebida en la Declaración de Alma Ata, 1978, donde se describe más como una estrategia holística que una capa inicial de contacto clínico y se ocupa no solo de los aspectos clínicos de la medicina sino también de los factores sociales, económicos y políticos del enfoque de salud.²⁵ En el caso de la salud materno-infantil, la aplicación rigurosa de los principios de la APS se postula como la intervención más costo-efectiva y humanitaria para reducir la frecuencia y magnitud de las brechas de inequidad en estos indicadores en esta población vulnerable. Uno de estos principios es el de accesibilidad, este es uno de los más importante ya que asegura que todos los niños, niñas y adolescentes, sin distinción socioeconómico, étnico o que tenga alguna discapacidad, deban recibir atención de calidad. Reduciendo costos, incluso mínimos, para que las familias puedan acceder a tratamientos eficaces para enfermedades infantiles. La accesibilidad geográfica para poder atender las necesidades materno-infantil, con la implementación de estrategias, como telesalud en zonas rurales. Por último, la accesibilidad cultural, el cual los profesionales de salud deben respetar las creencias y culturas de la comunidad donde estén ubicados, esto es valioso, para lograr que acepten las campañas de vacunación, asesoría de lactancia materna, programas de nutrición, formando una relación de confianza y alianza, incluyendo también, la integralidad del cuidado, donde no solo debe curarse una enfermedad, todo lo contrario, se debe prevenir, hasta llegar a un diagnóstico y tratamiento, para así, asegurar un desarrollo saludable del infante a lo largo del curso de vida, de esta manera, se puede llevar a cabo la atención preventiva y, por ende, reducir la morbilidad tanto materno como infantil.²⁶

2.2.2. El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) en Ecuador.

La implementación del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) en Ecuador, es un representativo del esfuerzo que el sistema nacional de la salud, realizó por operacionalizar los principios de atención primaria de salud renovada, este modelo tiene un enfoque familiar,

intercultural y comunitario, donde el diseño del mismo, se basa en torno al concepto del ciclo de vida, considerando que las necesidades de salud y varios factores de riesgo, son distintas en las etapas del desarrollo humano, cabe destacar que uno de los principales objetivos del MAIS, es priorizar las estrategias de los primeros 1000 días de vida, es preciso mencionar que este periodo se da, desde la gestación hasta los dos primeros años de vida del niño, por tanto, existen acciones de carácter obligatorio y gratuito, enfocadas en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades para la madre y el hijo. Esto se enfoca a través de, controles prenatales, aquí se incluye la suplementación con hierro y ácido fólico, incluso la realización de ecografías, tamizajes para algunas enfermedades como VIH/Sífilis, y una buena preparación para un parto seguro, seguidamente, la atención al recién nacido, como lo es la compresión del cordón umbilical, contacto piel con piel apenas nace el bebé y, el inicio de la lactancia materna en esas primeras horas de vida, además, se debe realizar tamizajes metabólicos y auditivos, para prevenir patologías futuras, por último, el seguimiento y monitoreo del niño sano, donde se establece controles de crecimiento y desarrollo durante los dos primeros años, que incluye el estado nutricional, el neurodesarrollo y el seguimiento de las vacunas, considerando la suplementación con micronutrientes, como hierro, vitamina A, para prevenir anemia u otras deficiencias.^{27,28}

2.2.3. Medicina preventiva y su impacto en la reducción de la morbilidad infantil.

Un reciente informe del Grupo Interinstitucional para la estimación de la mortalidad en la niñez de las Naciones Unidas (UN IGME), comunicado por UNICEF, donde ofrece una perspectiva de suma importancia y relevancia para el análisis de medicina preventiva, por ello, cuantifica el éxito que tuvo por las intervenciones preventivas, y, por otro, manifiesta una urgente advertencia sobre la fragilidad de los logros mencionados. Aquí el UNIGME, menciona y proporciona evidencia a nivel global, que respalda la efectividad de las políticas de medicina preventiva, donde fueron implementadas en los últimos años, aquí menciona que la tasa mundial de mortalidad de niños menores de cinco años, disminuyó en un 51% desde el año 2000, por consiguiente, la tasa de mortalidad neonatal, especialmente el primer mes de vida, se redujo a un 44%, y la tasa de mortalidad, descendió en un 35 %. Esto es un resultado medible en el mundo, gracias a las intervenciones preventivas de alto impacto como, por ejemplo, programas de inmunización, seguimiento de lactancia materna, mejora de la nutrición, acceso a agua potable, y el cuidado prenatal. El aspecto más grave, es sobre la afirmación de que las muertes infantiles actuales, son prevenibles, aunque a pesar de un buen progreso, las cifras en el 2021, nos menciona que fallecieron 2.3 millones en el primer mes de vida y, 5 millones de niños antes de cumplir cinco años. Esta evidencia, demuestra que el problema actual no es la falta de conocimiento, o de intervenciones eficaces, sino las fallas en el acceso y la calidad de la atención primaria de salud, esto se debe especialmente, a que

en la etapa de pandemia de COVID-19, han interrumpido las campañas de vacunación, afectando así los servicios y charlas de nutrición, poniendo en peligro décadas de progreso. Finalmente, el comunicado de UNICEF, demostró que los datos globales de la medicina preventiva ha sido un mayor logro en salud pública de nuestro tiempo, reduciendo la morbilidad infantil, y la desaceleración de ese proceso se debe especialmente a una inversión y enfoque insuficiente en estos principios y para salvar millones de vidas, debería establecer financiación de los sistemas de atención primaria.²⁹

2.3. Componentes de la atención preventiva en neonatos y lactantes

2.3.1. El control de niño sano como eje de la vigilancia del desarrollo.

El control de Niños Sano es una estrategia central en el cual, se basa en la pediatría preventiva, este se adapta a tres componentes importantes y complementario, las cuales son:

Vigilancia del crecimiento y desarrollo: En esta fase se realiza el crecimiento físico, como el peso, la longitud y, el perímetro cefálico, y se grafican los resultados en los Patrones de crecimiento de la OMS, cabe destacar que estas curvas, son producto del estudio multicéntrico de referencia sobre el crecimiento, por ellos, se basan en un estudio global con lactantes sanos y amamantados, sabiendo así que es un estándar prescriptivo sobre cómo deben crecer los niños, en buenas condiciones, de la misma manera, se vigila la adquisición de hitos del desarrollo en las áreas motoras, de lenguaje y social, el objetivo de esto, es la detección precoz de cualquier retraso para poder así, activar los protocolos de intervención temprana.^{30,31}

Tamizaje neonatal: En esta fase, se realizan un conjunto de pruebas para detectar enfermedades graves, pero que tengan tratamiento antes de que aparezcan síntomas, con el único fin de prevenir daños irreversibles, mencionando la prueba metabólica o llamado prueba del talón, para prevenir discapacidad intelectual, también la prueba importante es la auditiva, para asegurar el desarrollo del lenguaje y, por último la prueba de pulsioximetría (cardíaco), este utilizado para prevenir colapsos súbitos y la muerte del recién nacido.^{30,31}

Consejería integral y guía anticipatoria: Este componente es complementario y educativo, ya que capacita a la familiar del lactante y, recién nacido, para crear un entorno seguro y saludable, este mismo, está enfocado en brindar apoyo práctico para lactancia materna segura y nutritiva de la alimentación complementaria, finalmente se ofrece una guía anticipatoria, educando así a los padres sobre los riesgos en cada etapa del desarrollo del niño, por ejemplo, un sueño seguro para evitar muerte súbita, prevenir asfixias o caídas, para que se pueda prevenir lesiones.^{30,31}

2.3.2. Inmunizaciones y el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en Ecuador.

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) constituye una de las piedras angulares de la salud pública en Ecuador, donde el resultado de un diseño estratégico basado en tres pilares fundamentales, como el esquema de vacunación estructurado rigurosamente, un impacto epidemiológico y el uso de la cobertura, es un indicador clave del desempeño del sistema de salud (Tabla 1).

Tabla 1. Pilares estratégicos del programa ampliado de inmunizaciones (PAI)

Componente Clave del PAI	Principio Fundamental	Meta Estratégica
Esquema de Vacunación (< 1 año)	Administración programada de vacunas combinadas en las edades de máxima vulnerabilidad (2, 4, 6 meses).	Protección temprana y eficiente contra más de 10 enfermedades graves.
Impacto Epidemiológico	Uso de la inmunización masiva como la intervención de salud pública más costo-efectiva y de mayor impacto.	Erradicación y eliminación regional de enfermedades devastadoras como la Polio, el Sarampión y la Rubéola.
Cobertura Vacunal	La cobertura es un "indicador trazador" que refleja la capacidad y funcionalidad del sistema de atención primaria.	Mantener coberturas superiores al 95% para garantizar la inmunidad comunitaria y prevenir rebrotes.

Fuente: Organización panamericana de la salud.³²

2.4. Contexto epidemiológico y demográfico

2.4.1. Perfil de morbilidad en la población menor de un año en Ecuador y Latinoamérica.

Existe una clara dicotomía en el perfil epidemiológico del lactante menor de un año, en Ecuador y Latinoamérica, donde la mortalidad está predominantemente ligada a factores de alta complejidad, por otro lado, la morbilidad, es decir, la principal carga de enfermedad que motiva la consulta y satura los servicios de salud, está dominada por enfermedades infecciosas (Tabla 2).

Tabla 2. Perfil de morbilidad en menores de 1 año - Ecuador y Latinoamérica

Perfil	Datos (2022-2023)	Principales Causas	Intervención Preventiva Clave
---------------	--------------------------	---------------------------	--------------------------------------

	Ecuador: ~8.5 por 1,000 nacidos vivos.	1. Afecciones Perinatales (Prematurez, sepsis)	•Control prenatal de calidad. •Atención calificada del parto.
MORTALIDAD	Latinoamérica y Caribe: ~13.1 por 1,000 nacidos vivos.	2. Malformaciones Congénitas	•Tamizaje neonatal (cardíaco, metabólico). •Vacunación.
	>300,000 casos anuales (IRA + EDA combinadas).	1. Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)	•Lactancia materna exclusiva. •Vacunación(Rotavirus, Neumococo).
MORBILIDAD		2. Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA)	•Consejería en higiene y signos de alarma. • Agua segura.

Fuente: INEC³³, UNIFEC³⁴, MSP Ecuador, Boletines Epidem 2022.³⁵

2.4.2. Caracterización sociodemográfica y sanitaria de la Zona 6 de Salud (Azuay, Cañar, Morona Santiago).

La zona 6 de Salud de Ecuador, compuesta por las provincias de Azuay, Cañar y Morona Santiago, es un lugar idóneo para investigar la geografía, la cultura y la estructura de los servicios sanitarios como determinantes de la salud, de este modo, evidenciar los factores que modelan los patrones de consulta y necesidades sanitarias, con bases a estrategias de salud pública pertinentes y diferenciadas (Tabla 3).

Tabla 3. Caracterización de la Zona 6 de Salud (Azuay, Cañar, Morona Santiago)

Características	Azuay	Cañar	Morona Santiago
	Sierra. Alta altitud.	Sierra. Alta altitud.	Amazonía. Baja altitud.
Perfil Geo demográfico	Población: ~801,500 hab.	Población: ~227,600 hab.	Población: ~196,500 hab.
	Patrón: Urbano-Concentrado.	Patrón: Rural-Disperso.	Patrón: Rural-Remoto y Disperso.
Perfil Cultural	Predominio Mestizo-Fuerte cultura urbana y académica.	Mayoría Kichwa-Cañari. Uso mixto de medicina formal y tradicional andina.	Mayoría Shuar-Achuar. La medicina ancestral es la primera línea de atención.

Acceso a Salud	Red Densa y de Alta Complejidad. Centrada en la capital, Cuenca. Barrera Principal: Geográfica (periferia rural).	Red de Menor Complejidad. Con enfoque intercultural. Barreras Principales: Geográficas y Culturales.	Red Mínima y de Baja Complejidad. Basada en puestos remotos y brigadas móviles. Barreras Principales: Geográficas Extremas (distancia, ríos).
Tendencia de Consulta	Urbano: Demanda de especialidades. Rural: Morbilidad aguda.	Búsqueda inicial en medicina tradicional, y tardía en el sistema formal, a menudo por complicaciones.	Consulta formal solo para emergencias, enfermedades tropicales y partos complicados.

Fuente: Agenda de coordinación zonal 6.³⁶

2.4.3. Determinantes sociales de la salud en la población infantil.

La salud infantil está ligada a los determinantes sociales de la salud (DSS), las cuales atribuyen responsabilidad de generar falta de inequidad desde el día de nacimiento, por lo tanto, son principales determinantes estructurales, como por ejemplo, el nivel socioeconómico y la educación de los padres, este grupo poblacional, crea vulnerabilidades y factores asociados al acceso a servicios de salud, condiciones de vivienda y, la nutrición, que son vías directas que pueden afectar la salud e integridad del niño.³⁷ De esta manera, la pobreza es una causa para generar riesgos de desnutrición e infecciones infantiles; del mismo modo, un bajo nivel educativo de los padres, genera que haya una barrera para la práctica preventiva de las enfermedades; y las barreras geográficas, para acceder a los servicios o sistemas de salud, donde impide una buena atención. Por tal razón, abordar el tema de salud infantil debe ir más allá del tratamiento de una enfermedad, es un enfoque a que se actúe tempranamente sobre las causas sociales para garantizar así, un desarrollo equitativo.³⁸

2.5. Sistemas de información en salud para la vigilancia epidemiológica

2.5.1. La clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) en la codificación de atenciones.

Los factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud, es una herramienta designada dentro de la CIE-10, utilizada para la codificación de interacciones con el sistema sanitario que no se deben a una enfermedad, lesión o causa externa, como tal,

donde su propósito u objetivo es permitir el registro estandarizado de situaciones en las que una persona, puede o no estar enferma, y acude a los servicios de salud para un fin específico, como el de una consulta preventiva, o una consulta rutinaria, por lo tanto, es importante para un correcto análisis y codificación de las consultas preventivas en la población pediátrica. Dentro de este existen varios grupos específicos que permite detallar una consulta preventiva, como el control de Niño sano.³⁹

Z00.1- Control de salud de rutina del niño: Aquí incluye solo las pruebas del desarrollo del lactante o del niño, donde se utiliza este código, los sistemas de salud pueden cuantificar el número de controles preventivos ya realizados. ³⁹

Z13- Examen de pesquisa especial para otras enfermedades y trastornos: Se utiliza para registrar casos de tamizajes específicos. ³⁹

Z23, Z24 y Z27- Necesidad de inmunización: Aquí se registran los pacientes que se administran vacunas para las enfermedades bacterianas y virales. ³⁹

Esta clasificación, permite que los profesionales de salud y sistemas, puedan diferenciar las atenciones preventivas de las curativas. ³⁹

2.5.2. La clasificación internacional de morbilidad (CIE-10) en la codificación de atenciones.

- **J00X - RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMUN]**

Es una infección viral, autolimitada, benigna de la nariz y garganta, donde los niños menores de 5 años son los más afectados, presentando entre 6 a 10 episodios al año, esto se debe a que el sistema inmunológico del niño aún es inmaduro, también se debe al estar constantemente en contacto con otros niños, ya sea de guardería o escuela, esta enfermedad es causada por una variedad de virus, como por ejemplo, el rinovirus, el cual es el responsable de más de 50% de los casos, del mismo modo el coronavirus, el virus sincitial respiratorio, adenovirus y el virus de la influenza y parainfluenza, como consecuencia, se transmite a través de gotas respiratorias expulsadas al toser o estornudar, de la misma manera, por contacto directo con superficies contaminadas, los síntomas comunes son congestión y secreción nasal, estornudos, tos, dolor de garganta, fiebre baja (común en lactantes y niños pequeños), malestar general como irritabilidad, falta de apetito y pérdida de sueño, por lo tanto, al ser una infección viral, los antibióticos no son efectivos y no deberían utilizarse, así que solo se centra en aliviar el malestar, como mantener hidratado al niño y así ayudar a fluidificar las secreciones, los lavados nasales también son importantes, con el uso de solución salina, ayuda a mejorar la respiración, es fundamental en lactante, siguiendo con esto, el reposo

ayuda a combatir la infección, controlar la fiebre, utilizando paracetamol o ibuprofeno, según las indicaciones del pediatra y el peso del niño.⁴⁰

- **D509 - ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SIN OTRA ESPECIFICACION**

La anemia por deficiencia de hierro es un problema nutricional más común a nivel mundial, de tal manera que se ve afectada toda la población infantil, especialmente los lactantes, por lo cual, esta condición es definida por el nivel de hemoglobina inferior a 11g/dL, y tiene una alta prevalencia global, como consecuencias adversas para la salud, compromete el desarrollo a largo plazo, las causas principales o comunes de la anemia ferropénica en lactantes es la prematuridad y bajo peso al nacer, ya que los depósitos de hierro del feto se acumulan principalmente en el último trimestre de gestación, esto implica que no tiene reservas de hierro suficientes para satisfacer las demandas del rápido crecimiento del lactante, así mismo, las dietas inadecuadas o trastornos gastrointestinales pueden impedir la correcta absorción del hierro, que contienen los alimentos, otro factor son las costumbres alimenticias deficientes, tanto la madre como el lactante, durante la introducción de la alimentación complementaria, son un factor crucial e importante, dado que la leche de vaca en el primer año de vida, se asocia con una mayor prevalencia. Como consecuencias en el desarrollo infantil, la deficiencia de hierro, al disminuir la oxigenación de los tejidos, tiene secuelas, como lo son: El retraso en el desarrollo psicomotor y cognitivo, ya que la falta de hierro afecta al metabolismo energético del cerebro y la integridad de las neuronas, implicando a largo plazo el desempeño académico, también la alteración del crecimiento, otro efecto perjudicial es en el sistema inmunológico, haciendo que el niño/lactante, sea más susceptible a todo tipo de infecciones.⁴¹

- **L22X - DERMATITIS DEL PAÑAL**

La dermatitis del pañal es una dermatitis irritativa por contacto en el área cubierta por el pañal, esta no es una enfermedad única, sino el resultado de una interacción de múltiples factores, pero la causa principal es la humedad macera de la piel, mientras que la orina y las heces aumentan el pH cutáneo, esto daña el estrato córneo, altera la función de barrera y permite la irritación y sobreinfección, principalmente por el hongo *Cándida albicans*. Donde los factores de riesgo son la fricción, la diarrea, el uso de antibióticos y el tipo de alimentación, como consecuencia se presenta como un eritema (enrojecimiento), que afecta distintas áreas, tales son, los glúteos, muslos y genitales), pero se deben considerar otras causas de erupción en el área del pañal como la dermatitis seborreica, atópica, la psoriasis, y en algunos casos la deficiencia de zinc, un punto importante es el tratamiento y la prevención de esta enfermedad, uno de ellos es exponer la piel al aire libre al mayor tiempo posible, aplicar cremas que ayuden a proteger la piel en cada cambio de pañal, que contenga como base el óxido de zinc o petrolato, la limpieza también es importante, el uso y cambio frecuente del pañal minimiza el

contacto con la humedad y, por último, educar a los padres que estas medidas son fundamentales para un buen tratamiento y prevención de la enfermedad, finalmente, el tratamiento farmacológico para la inflamación se pueden usar corticoides tópicos de baja potencia en periodos cortos, y si se sospecha una sobreinfección por Cándida, un antifúngico tópico.⁴²

- **E46X - DESNUTRICION PROTEICOALORICA, NO ESPECIFICADA**

La desnutrición calórico-proteica es una de las problemáticas de salud pública más importantes a nivel global, siendo esta la causa de más de la mitad de las muertes infantiles en el mundo, como consecuencia de esta enfermedad afecta al crecimiento y desarrollo de los niños que pueden ser irreversibles si no se interviene de manera oportuna y adecuada, esto se da por falta de acceso a alimentos o prácticas de lactancia y alimentación complementaria inadecuada, las patologías recurrentes como la diarrea e infecciones respiratorias, disminuyen el apetito y afecta a la absorción de nutrientes, como consecuencia la desnutrición, la pobreza, el bajo nivel educativo de la madre, la falta de saneamiento básico y acceso limitado a los servicios de salud, son las causas principales que afectan al mismo. Existen donde presentaciones de la desnutrición proteico calórica graves, como lo es el marasmo y el Kwashiorkor, el primero es el resultado de una deficiencia severa y crónica de calorías y proteínas, que da una pérdida visible de masa corporal y tejido adiposo, donde el niño presenta irritabilidad y gran apetito, y el segundo es por una deficiencia predominante de proteínas, con un aporte calórico que puede ser cercano al normal, se caracteriza por edemas, que suele empezar en las extremidades inferiores y puede enmascarar la pérdida de peso, esto presenta alteraciones en la piel, despigmentación y fragilidad del cabello, irritabilidad e hígado graso palpable. Como consecuencia mixta, de estas dos formas que se mencionan, hay un aumento de la mortalidad, deterioro inmunológico, retraso del crecimiento y daño al desarrollo cognitivo.⁴³

- **P599 - ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA**

La ictericia neonatal tiene como coloración amarillenta de la piel y mucosas del recién nacido, debido al aumento de la bilirrubina en sangre o hiperbilirrubinemia, esto aborda un proceso mayoritariamente fisiológico y benigno, pero debe haber vigilancia activa para detectar ictericia patológica, que conlleva complicaciones neurológicas como el Kernicterus, por ello, la ictericia ocurre en un 60% de los recién nacidos y en el 80% de los prematuros, ocurre por un desequilibrio entre la producción y eliminación de bilirrubina, esto es normal los primeros días, debido a una alta producción de glóbulos rojos, por ende, una vida más corta de los mismos, la inmadurez hepática, ya que el hígado para conjugarse la bilirrubina es limitada, y el aumento de la circulación enterohepática, por ello, existen dos tipos de ictericia, la primera la

ictericia fisiológica, que aparece después de las 24 horas de vida, y que se resuelve en máximo dos semanas, y la otra es la ictericia patológica, esta se sospecha cuando aparece en las primeras 24 horas, y va en aumento, los niveles de la bilirrubina son muy elevados y dura más de dos semanas, las causas de esto incluye la incompatibilidad sanguínea, deficiencia de G6PD, infecciones y obstrucciones biliares.⁴⁴

2.5.3. Uso de plataformas de inteligencia de negocios (power BI) en la gestión de datos de salud pública.

La importancia de las herramientas de inteligencia de negocios (Power BI), en la gestión de datos de salud pública tiene una gran capacidad de transformar mucha información en conocimiento de estrategia para la toma de correcta decisiones, por ello, el monitoreo de la situación de salud se ve potenciado mediante la creación de tableros de control, que permite al personal de salud observar en tiempo real el comportamiento de indicadores claves, como la prevalencia de enfermedades, programas y disponibilidad de recursos, como indicativo el análisis, ya que el acceso a la información permite que personas no especializadas, puedan acceder a los datos de manera interactiva, ver tendencias y correlaciones, por último, la visualización de datos permite que información compleja, se conviertan en gráficos, mapas, y otros, para un mejor entendimiento, por esto, es impactante y relevante que la inteligencia de negocios actúe dentro de la gestión de la salud, garantizando eficiencia y eficacia, para hallazgos claros.^{45,46}

2.3. Marco Conceptual

Atención Primaria de Salud (APS)

Es una estrategia sanitaria integral proclamada en Alma-Ata, enfocada en la salud y el bienestar. Sus principios son la accesibilidad, la integralidad del cuidado y la participación comunitaria. Constituye el eje para las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Recién Nacido (Neonato)

Corresponde al período que abarca desde el nacimiento hasta los 28 días de vida cumplidos, se caracteriza por ser una etapa de alta vulnerabilidad y adaptación fisiológica a la vida extrauterina.

Lactante

Es el niño o niña desde los 29 días hasta los 24 meses de edad, esta es una etapa de crecimiento acelerado y rápido desarrollo psicomotor e inmunológico, es considerado el grupo etario central para la vigilancia del desarrollo, inmunizaciones y consejería preventiva.

Consulta Preventiva

Es un encuentro proactivo y sistemático del equipo de salud con un individuo asintomático, su objetivo es promover la salud, prevenir enfermedades y detectar riesgos de forma temprana.

Frecuencia

Es la medida que indica el número de veces que ocurre un evento en una población y tiempo definidos, puede expresarse como un conteo absoluto (número de casos) o relativo (proporción/porcentaje).

Prevalencia

Es un indicador epidemiológico que mide la proporción de casos existentes de una enfermedad en una población, se calcula en un punto o período de tiempo específico.

Tendencia

Es el patrón o la dirección general que muestra el cambio de un indicador a lo largo del tiempo, se determina analizando una serie de datos recolectados en distintos momentos.

CAPITULO III. HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis General

El presente trabajo de investigación no presenta hipótesis, debido a que es un estudio de tipo descriptivo.

3.2. Hipótesis Específicas

El presente trabajo de investigación no presenta hipótesis, debido a que es un estudio de tipo descriptivo.

3.3. Identificación de variables

- **Variable dependiente**

Causa de consulta (CIE-10)

- **Variable independiente**

Año, mes, sexo, edad, establecimiento, distrito/cantón, tipo de consulta

3.4. Operacionalización de variables

Variable	Definición teórica	Definición operativa	Dimensiones	Indicador	Tipo estadístico	Escala	Dato	Instrumento
Causa de consulta por atención preventiva o morbilidad <i>(Variable dependiente)</i>	Conjunto de diagnósticos clínicos o motivos de atención registrados en la población menor de un año, agrupados según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).	Códigos CIE-10 registrados como causa principal en la ficha de atención del paciente menor de un año atendido en consulta preventiva o por morbilidad, entre los años 2020 y 2024, en la Zona 6 de Salud.	Unidimensional	Número de consultas por causa CIE-10 en menores de 1 año en un mes/año determinado.	Cualitativa nominal	Nominal (politómica)	CIE-10: J00X, D509, L22X, E46X, P599	Base de datos del Repositorio de Datos del MSP (Power BI).
Año y mes de atención <i>(Variable independiente)</i>	Período cronológico en el cual se realizó la consulta médica, correspondiente a una serie temporal mensual dentro de un quinquenio de observación.	Fecha registrada (año y mes) de atención médica, utilizada para el análisis de tendencias mensuales y	Unidimensional	Número de consultas por mes y año.	Cuantitativa discreta	Ordinal	2020, 2021, 2022, 2023, 202401–12	Base de datos del Repositorio de Datos del MSP (Power BI).

		anuales en la frecuencia de causas de consulta.						
Sexo del paciente <i>(Variable independiente)</i>	Condición biológica asignada al nacimiento, registrada oficialmente, y utilizada como categoría de análisis demográfico y epidemiológico.	Registro del sexo (masculino o femenino) del paciente menor de un año al momento de la consulta, consignado en la historia clínica electrónica o ficha individual.	Unidimensional	Proporción de consultas según sexo en cada causa identificada.	Cualitativa	Nominal (dicotómica)	Masculino / Femenino	Base de datos del Repositorio de Datos del MSP (Power BI).

3.5. Indicadores

Número de consultas por causa CIE-10 en menores de 1 año en un mes/año determinado.

Número de consultas por mes y año.

Proporción de consultas según sexo en cada causa identificada.

3.6. Matriz de Consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	MARCO TEÓRICO	TÉCNICA	INSTRUMENTO	ESTADISTICA
¿Cuáles son las características y la tendencia de la demanda de servicios de salud preventivos en la población menor de un año de la Zona 6 de Salud de Ecuador durante el período 2020-2024, para la generación de evidencia que oriente la planificación de estrategias de	General: Analizar las tendencias de las principales causas de consulta para atención preventiva en recién nacidos y lactantes en la Zona 6 de Salud (2020-2024).		Principios de la Atención Primaria de Salud (APS) y su rol en la salud materno-infantil.	Observacional	Base de datos del Repositorio de Datos del MSP (Power BI).	Tabla de frecuencia y porcentaje
	Identificar las principales causas de consulta para atención preventiva y morbilidad (CIE-10) en la población menor de un año, registradas en la Zona 6 de Salud durante el período 2020-2024.		La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) en la codificación de atenciones.	Observacional	Base de datos del Repositorio de Datos del MSP (Power BI).	Tabla de frecuencia y porcentaje
	Describir el comportamiento tendencial por mes, de las cinco principales causas de consulta en morbilidad identificadas en menores de un año para la Zona 6 de Salud, en el período 2020-2024.		Sistemas de información en salud para la vigilancia epidemiológica	Observacional	Base de datos del Repositorio de Datos del MSP (Power BI).	Cálculo de mediana de tendencia central y percentiles

salud materno-infantil?	Caracterizar la distribución de las consultas mensuales por las cinco principales causas de morbilidad en menores de un año, diferenciando por sexo, en la Zona 6 de Salud durante el período 2020-2024.		Sistemas de información en salud para la vigilancia epidemiológica	Observacional	Base de datos del Repositorio de Datos del MSP (Power BI).	Cálculo de mediana de tendencia central y percentiles
-------------------------	--	--	--	---------------	--	---

CAPITULO IV. METODOLOGÍA

4.1. Tipo y diseño de investigación

Enfoque: Cuantitativo.

Diseño de Investigación: No experimental.

Nivel de investigación: Descriptivo.

Tipo de Investigación:

- **Por el ámbito:** Documental
- **Por la técnica:** Observacional
- **Por la temporalidad:** Retrospectivo y transversal.

4.2. Unidad de análisis

Lactantes y recién nacidos menor a 1 año.

4.3. Población de estudio

La población está constituida por 10.638.948 personas que conforman el universo de registros de atenciones para consulta preventiva en menores de un año, correspondientes a los establecimientos de salud de la Zona 6 (provincias de Azuay, Cañar y Morona Santiago), durante el período comprendido entre el 1 de enero de 2020 y el 31 de diciembre de 2024, disponibles en el Repositorio de Datos del Ministerio de Salud Pública.

4.4. Selección de muestra

4.4.1. Criterios de inclusión

- Registros de atenciones realizadas en establecimientos de salud de la Zona 6.
- Registros cuya fecha de atención esté comprendida entre el 1 de enero de 2020 y el 31 de diciembre de 2024.
- Registros de pacientes cuya edad sea menor a un año.
- Registros cuyo diagnóstico principal corresponda a una causa de atención preventiva, clasificada en el Capítulo XXI (códigos Z00-Z99) de la CIE-10.

4.4.2. Criterios de exclusión

- Registros de atenciones realizadas fuera de la Zona 6 o del período de estudio.
- Registros de pacientes con edad igual o superior a un año.
- Registros cuyo diagnóstico principal no corresponda a una atención preventiva.
- Registros que presenten datos incompletos o inconsistentes en las variables clave para el estudio (causa de consulta, sexo, provincia, año).

4.5. Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra lo corresponde la población total que cumplió con los criterios de inclusión y exclusión, extraídos de la base de datos del MSP para el período y zona definidos.

4.6. Técnica de recolección de datos e información

4.6.1. Instrumentos documentales:

Se utilizó una matriz de recolección de datos diseñada en una hoja de cálculo (Microsoft Excel), la cual permitirá registrar de forma sistemática y ordenada las variables de interés (año, causa, sexo, provincia) extraídas de la fuente original.

4.6.2. Instrumentos mecánicos:

Para la recolección de datos se empleó una laptop Lenovo Core i3.

4.6.3. Materiales:

Se utilizó artículos de oficina.

4.6.4. Recursos:

Se empleó recursos institucionales como la biblioteca institucional, recursos humanos (investigador y tutor) y recursos financieros (autofinanciados).

4.7. Análisis e interpretación de la información

4.7.1. Procedimientos para la toma de datos.

Se accedió a la plataforma Power BI del Repositorio de Datos del MSP. Se aplicaron los filtros correspondientes a la Zona 6, el período 2020-2024 y el grupo etario menor de un año. Los datos filtrados serán exportados y transferidos a la matriz de recolección en Microsoft Excel. Finalmente, se realizará un control de calidad y limpieza de la base de datos para asegurar la consistencia y validez de la información antes del análisis.

4.7.2. Procedimientos para el análisis de datos

Una vez consolidada y depurada la base de datos, se procedió a su importación al software estadístico IBM SPSS Statistics (versión 25) para su procesamiento. El tratamiento de los datos será de naturaleza estrictamente descriptiva, en concordancia con el alcance de la investigación. Para dar cumplimiento a los objetivos específicos, se seguirán los siguientes pasos:

Análisis de causas de consulta: Para determinar y jerarquizar las cinco principales causas de atención preventiva y morbilidad (Objetivo 1), se utilizará el procedimiento "Frecuencias". Se generarán tablas de frecuencias absolutas y relativas (porcentajes) para la variable "Causa de la consulta".

Análisis de tendencias: Para describir la evolución temporal de las principales causas de consulta en menores de un año, conforme al segundo objetivo específico, se empleó una matriz por diagnósticos codificados según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) en los doce meses del año, a lo largo del período 2020-2024. El análisis se basará en medidas de tendencia central y dispersión, específicamente la mediana, así como los percentiles 25 (P25), 75 (P75) y 90 (P90), con el fin de caracterizar el comportamiento mensual y detectar patrones estacionales o picos atípicos en la distribución de las consultas.

Análisis de caracterización: Para describir la distribución de las consultas según el sexo, se empleó una matriz por diagnósticos codificados según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) en los doce meses del año, a lo largo del período 2020-2024. El análisis se basará en medidas de tendencia central y dispersión, específicamente la mediana, así como los percentiles 25 (P25), 75 (P75) y 90 (P90), con el fin de caracterizar el comportamiento mensual y detectar patrones estacionales o picos atípicos en la distribución de las consultas.

CAPITULO V. RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

5.1. Resultados

Tabla 4. Principales causas de consulta en atención preventiva CIE10 del 2020-2024

CIE10	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Z001 - CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO	401967	64,9	64,9
Z713 - CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA DE LA DIETA	131797	21,3	86,2
Z012 - EXAMEN ODONTOLOGICO	22810	3,7	89,9
Z000 - EXAMEN MEDICO GENERAL	11954	1,9	91,8
Z011 - EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	11601	1,9	93,7
Z134 - EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA CIERTOS TRASTORNOS DEL DESARROLLO EN EL NIÑO	10047	1,6	95,3
Z762 - CONSULTA PARA ATENCION Y SUPERVISION DE LA SALUD DE OTROS NIÑOS O LACTANTES SANOS	6442	1,0	96,4
Z010 - EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	5669	0,9	97,3
Z132 - EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TRASTORNOS DE LA NUTRICION	5201	0,8	98,1
Z138 - EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA OTRAS ENFERMEDADES Y TRASTORNOS ESPECIFICADOS	3037	0,5	98,6
Z298 - OTRAS MEDIDAS PROFILACTICAS ESPECIFICADAS	1601	0,3	98,9
Z719 - CONSULTA, NO ESPECIFICADA	1220	0,2	99,1
Z008 - OTROS EXAMENES GENERALES	1135	0,2	99,3
Z135 - EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TRASTORNOS DEL OJO Y DEL OIDO	993	0,2	99,4
Z206 - CONTACTO CON Y EXPOSICION AL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH]	826	0,1	99,6
Z258 - NECESIDAD DE INMUNIZACION CONTRA OTRAS ENFERMEDADES VIRALES UNICAS ESPECIFICADAS	682	0,1	99,7
Z027 - EXTENSION DE CERTIFICADO MEDICO	598	0,1	99,8
Z017 - EXAMEN DE LABORATORIO	570	0,1	99,9
Z501 - OTRAS TERAPIAS FISICAS	457	0,1	99,9
Z279 - NECESIDAD DE INMUNIZACION CONTRA COMBINACIONES NO ESPECIFICADAS DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS	410	0,1	100,0
Total	619017	100,0	

El análisis de las consultas preventivas demuestra que el control de salud de rutina del niño constituye la causa de atención predominante, en segundo lugar, se ubica la instrucción y vigilancia de la dieta, definiendo un claro enfoque en la salud pediátrica y nutricional y el resto de los servicios preventivos, como los exámenes odontológicos o generales, representan una fracción minoritaria del volumen total de consultas.

Tabla 5. Principales causas de consulta por sexo en atención preventiva CIE10 del 2020-2024.

CIE10	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
Z001 - CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO	206366	64,9%	195601	65,0%	401967	64,9%
Z713 - CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA DE LA DIETA	67748	21,3%	64049	21,3%	131797	21,3%
Z012 - EXAMEN ODONTOLOGICO	11778	3,7%	11032	3,7%	22810	3,7%
Z000 - EXAMEN MEDICO GENERAL	6241	2,0%	5713	1,9%	11954	1,9%
Z011 - EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	6044	1,9%	5557	1,8%	11601	1,9%
Z134 - EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA CIERTOS TRASTORNOS DEL DESARROLLO EN EL NIÑO	5004	1,6%	5043	1,7%	10047	1,6%
Z762 - CONSULTA PARA ATENCION Y SUPERVISION DE LA SALUD DE OTROS NIÑOS O LACTANTES SANOS	3286	1,0%	3156	1,0%	6442	1,0%
Z010 - EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	2936	0,9%	2733	0,9%	5669	0,9%
Z132 - EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TRASTORNOS DE LA NUTRICION	2657	0,8%	2544	0,8%	5201	0,8%
Z138 - EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA OTRAS ENFERMEDADES Y TRASTORNOS ESPECIFICADOS	1573	0,5%	1464	0,5%	3037	0,5%
Z298 - OTRAS MEDIDAS PROFILACTICAS ESPECIFICADAS	854	0,3%	747	0,2%	1601	0,3%
Z719 - CONSULTA, NO ESPECIFICADA	623	0,2%	597	0,2%	1220	0,2%
Z008 - OTROS EXAMENES GENERALES	597	0,2%	538	0,2%	1135	0,2%

Z135 - EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TRASTORNOS DEL OJO Y DEL OIDO	452	0,1%	541	0,2%	993	0,2%
Z206 - CONTACTO CON Y EXPOSICION AL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH]	403	0,1%	423	0,1%	826	0,1%
Z258 - NECESIDAD DE INMUNIZACION CONTRA OTRAS ENFERMEDADES VIRALES UNICAS ESPECIFICADAS	367	0,1%	315	0,1%	682	0,1%
Z027 - EXTENSION DE CERTIFICADO MEDICO	319	0,1%	279	0,1%	598	0,1%
Z017 - EXAMEN DE LABORATORIO	271	0,1%	299	0,1%	570	0,1%
Z501 - OTRAS TERAPIAS FISICAS	250	0,1%	207	0,1%	457	0,1%
Z279 - NECESIDAD DE INMUNIZACION CONTRA COMBINACIONES NO ESPECIFICADAS DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS	219	0,1%	191	0,1%	410	0,1%
	317988	100,0%	301029	100,0%	619017	100,0%

El análisis estratificado por sexo evidencia una notable equidad en los patrones de consulta preventiva. Tanto en hombres como en mujeres, el control de salud infantil y el asesoramiento dietético son las causas de atención predominantes de forma casi idéntica. Se concluye que no existen diferencias significativas basadas en el sexo en la utilización de los servicios de salud preventiva registrados.

Tabla 6. Principales causas de consulta en morbilidad CIE10 del 2020-2024.

CIE10	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
J00X - RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMUN]	57247	38,2	38,2
D509 - ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SIN OTRA ESPECIFICACION	17574	11,7	49,9
L22X - DERMATITIS DEL PAÑAL	8008	5,3	55,3
E46X - DESNUTRICION PROTEICOCALORICA, NO ESPECIFICADA	7111	4,7	60,0
P599 - ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	7006	4,7	64,7
A09X - DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	6384	4,3	69,0
J209 - BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	5454	3,6	72,6
J029 - FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	5446	3,6	76,2
A090 - OTRAS GASTROENTERITIS Y COLITIS DE ORIGEN INFECCIOSO	4246	2,8	79,1
J189 - NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	3990	2,7	81,7
J039 - AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	3471	2,3	84,1
L209 - DERMATITIS ATOPICA, NO ESPECIFICADA	3296	2,2	86,3
D508 - OTRAS ANEMIAS POR DEFICIENCIA DE HIERRO	3148	2,1	88,4
E441 - DESNUTRICION PROTEICOCALORICA LEVE	3070	2,0	90,4
D649 - ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO	2515	1,7	92,1
R509 - FIEBRE, NO ESPECIFICADA	2509	1,7	93,8
E440 - DESNUTRICION PROTEICOCALORICA MODERADA	2370	1,6	95,3
K590 - CONSTIPACION	2221	1,5	96,8
E45X - RETARDO DEL DESARROLLO DEBIDO A DESNUTRICION PROTEICOCALORICA	2813	1,9	98,7
A099 - GASTROENTERITIS Y COLITIS DE ORIGEN NO ESPECIFICADO	1946	1,3	100,0
Total	149825	100,0	

La principal causa de consulta por enfermedad es, por un amplio margen, la rinofaringitis aguda (resfriado común). Un segundo componente de gran peso en la carga de morbilidad lo representan las deficiencias nutricionales, principalmente la anemia ferropénica y la

desnutrición. El perfil se completa con otras infecciones agudas (gastrointestinales y respiratorias) y patologías comunes de la edad pediátrica.

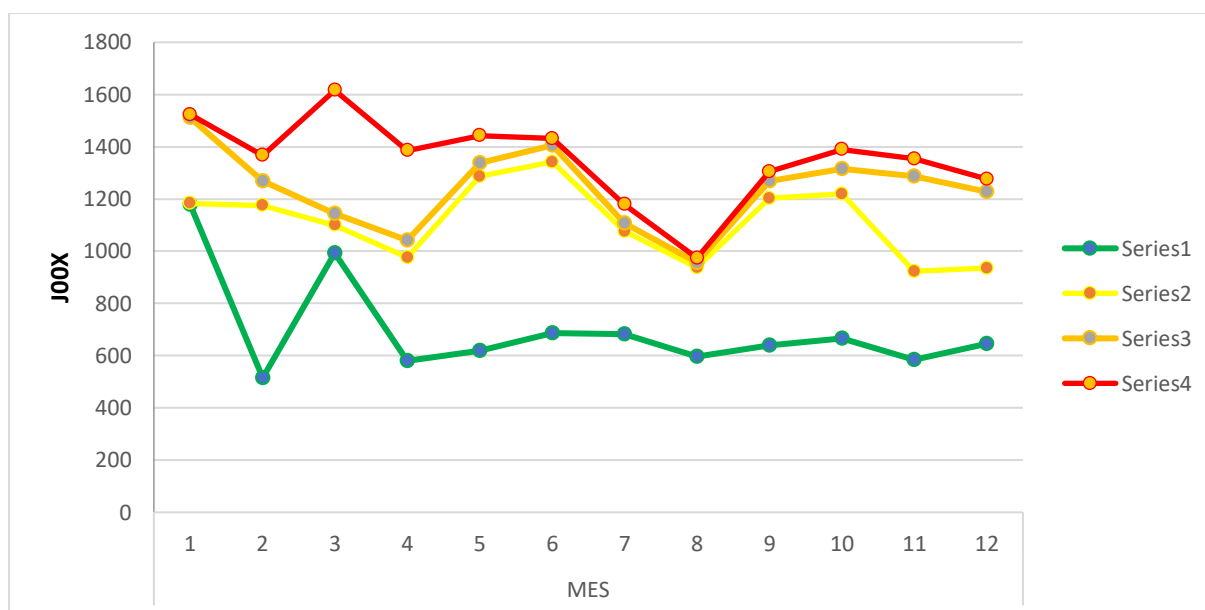
Tabla 7. Principales causas de consulta por sexo en morbilidad CIE10 del 2020-2024.

CIE10	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
J00X - RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMUN]	29761	36,9%	27486	39,8%	57247	38,2%
D509 - ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SIN OTRA ESPECIFICACION	9640	11,9%	7934	11,5%	17574	11,7%
L22X - DERMATITIS DEL PAÑAL	3862	4,8%	4146	6,0%	8008	5,3%
E46X - DESNUTRICION PROTEICOALORICA, NO ESPECIFICADA	4261	5,3%	2850	4,1%	7111	4,7%
P599 - ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	3806	4,7%	3200	4,6%	7006	4,7%
A09X - DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	3535	4,4%	2849	4,1%	6384	4,3%
J209 - BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	3101	3,8%	2353	3,4%	5454	3,6%
J029 - FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	2905	3,6%	2541	3,7%	5446	3,6%
A090 - OTRAS GASTROENTERITIS Y COLITIS DE ORIGEN INFECCIOSO	2405	3,0%	1841	2,7%	4246	2,8%
J189 - NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	2220	2,8%	1770	2,6%	3990	2,7%
J039 - AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	1875	2,3%	1596	2,3%	3471	2,3%
L209 - DERMATITIS ATOPICA, NO ESPECIFICADA	1808	2,2%	1488	2,2%	3296	2,2%
D508 - OTRAS ANEMIAS POR DEFICIENCIA DE HIERRO	1767	2,2%	1381	2,0%	3148	2,1%
E441 - DESNUTRICION PROTEICOALORICA LEVE	1841	2,3%	1229	1,8%	3070	2,0%
D649 - ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO	1388	1,7%	1127	1,6%	2515	1,7%
R509 - FIEBRE, NO ESPECIFICADA	1291	1,6%	1218	1,8%	2509	1,7%
E440 - DESNUTRICION PROTEICOALORICA MODERADA	1406	1,7%	964	1,4%	2370	1,6%
K590 - CONSTIPACION	1083	1,3%	1138	1,6%	2221	1,5%
E45X - RETARDO DEL DESARROLLO DEBIDO A DESNUTRICION PROTEICOALORICA	1707	2,1%	1106	1,6%	2813	1,9%

A099 - GASTROENTERITIS Y COLITIS DE ORIGEN NO ESPECIFICADO	1049	1,3%	897	1,3%	1946	1,3%
	80711	100,0%	69114	100,0%	149825	100,0%

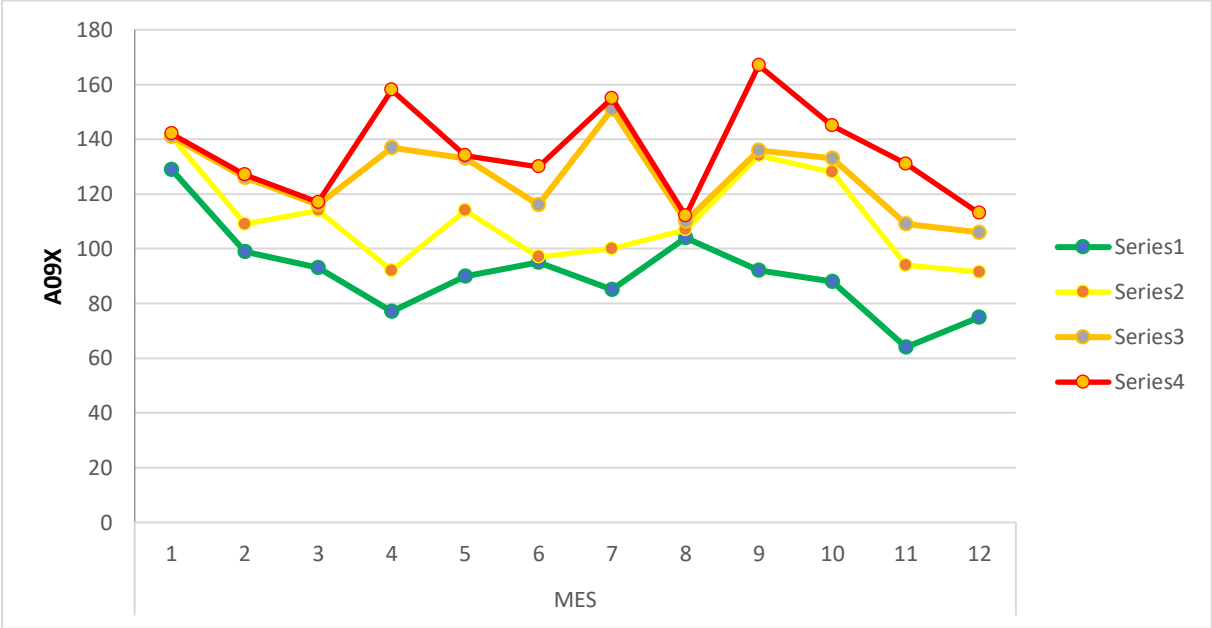
Aunque las principales causas de enfermedad son las mismas para ambos sexos, el análisis estratificado revela patrones diferenciales clave. El sexo masculino muestra una prevalencia consistentemente mayor en todas las formas de desnutrición y en la mayoría de las enfermedades infecciosas. Por el contrario, el sexo femenino presenta una frecuencia relativa superior para condiciones como la dermatitis del pañal y la rinofaringitis aguda.

Figura 1. Tendencia de la J00X - RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMUN] por mes del 2020-2024



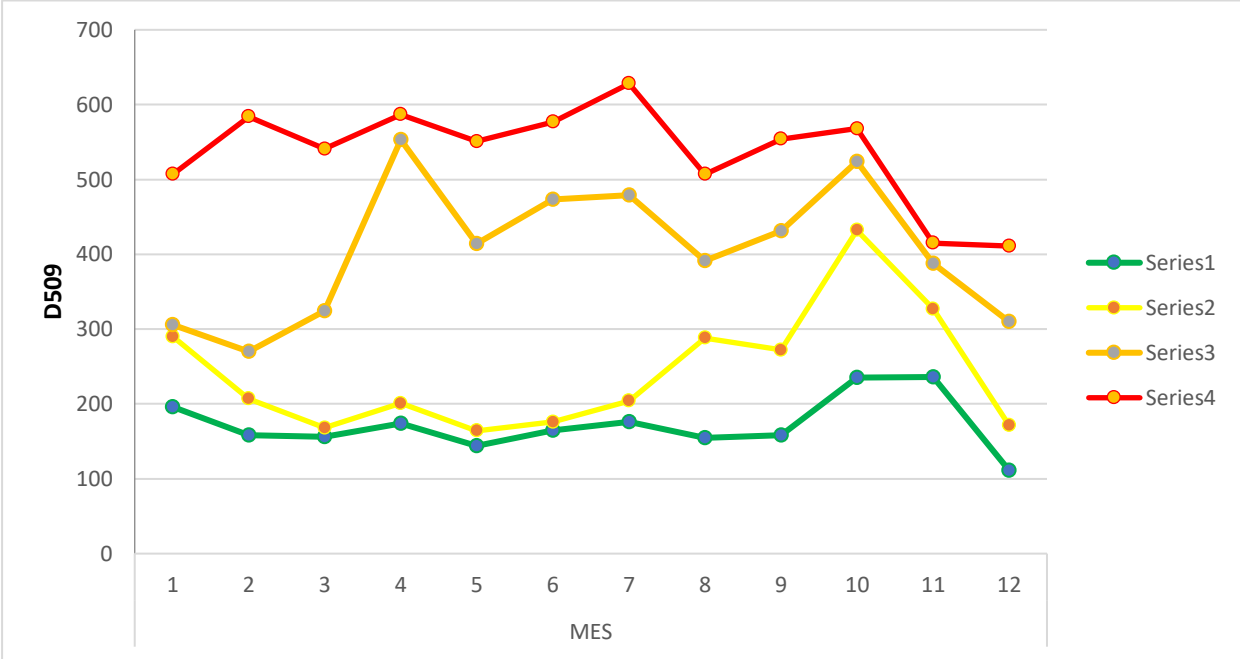
La tendencia de la rinofaringitis muestra un pico principal de casos a mitad de año (mayo-junio) y uno secundario en septiembre-octubre. La variabilidad es alta en los meses pico, pero notablemente baja y predecible en marzo, lo que indica una casuística muy consistente. A pesar de su estabilidad, marzo exhibe el mayor potencial para brotes epidémicos severos, como lo demuestra su elevado percentil 90.

Figura 2. Tendencia de la A09X - DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO por mes del 2020-2024



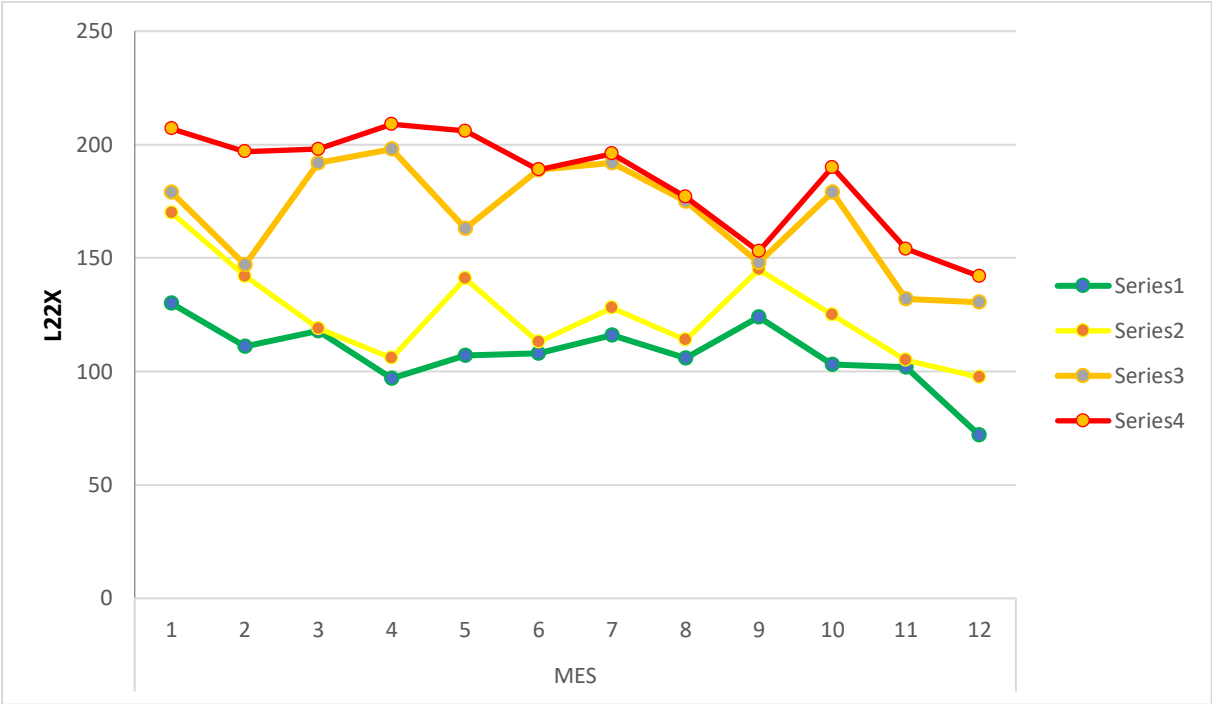
La enfermedad diarreica presenta un pico de alta incidencia, pero muy estable, en enero, y un segundo pico en septiembre. Los meses de abril y julio, a pesar de tener una carga de enfermedad típica más baja, son los más impredecibles y con mayor riesgo de brotes severos. Agosto se destaca como el mes más estable y predecible, con una variabilidad interanual mínima.

Figura 3. Tendencia de la D509 - ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SIN OTRA ESPECIFICACION por mes del 2020-2024



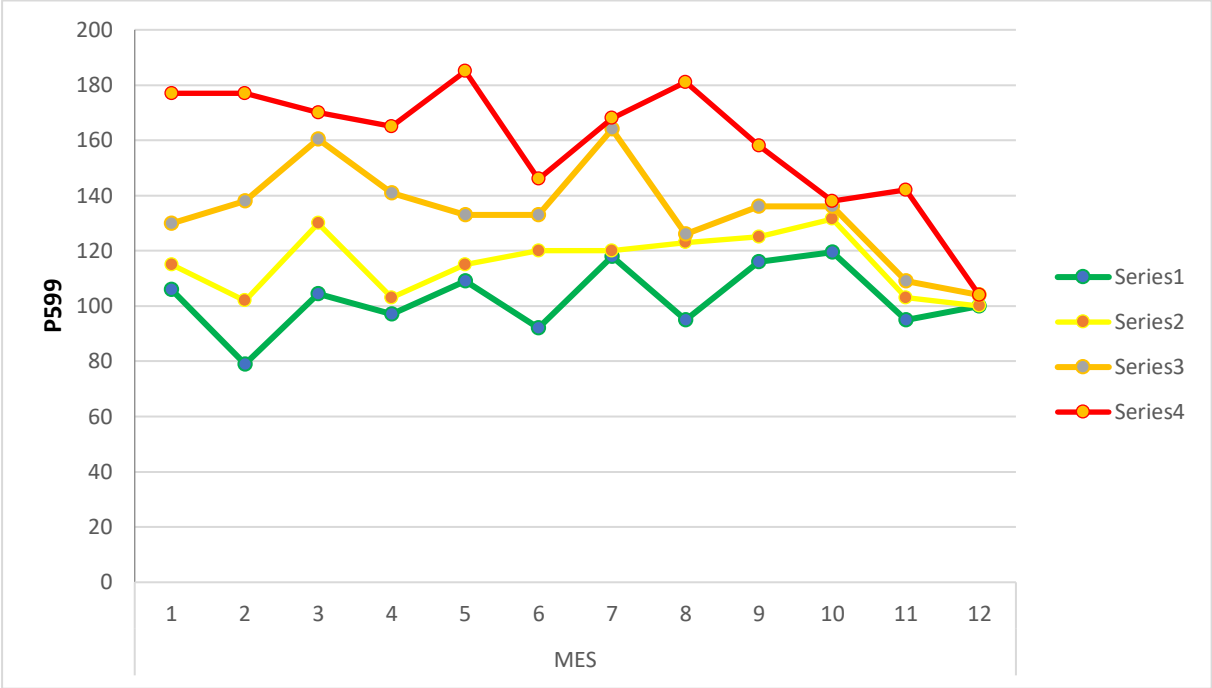
El registro de anemia muestra un patrón programático, no biológico, con un pico de diagnóstico muy pronunciado y predecible en octubre. Los meses intermedios del año (abril-julio) son extremadamente variables y, a pesar de tener una mediana baja, registran los picos de diagnóstico más extremos. Esta dinámica sugiere que la tendencia está fuertemente influenciada por campañas de tamizaje de intensidad y calendario irregulares.

Figura 4. Tendencia de la L22X - DERMATITIS DEL PAÑAL por mes del 2020-2024



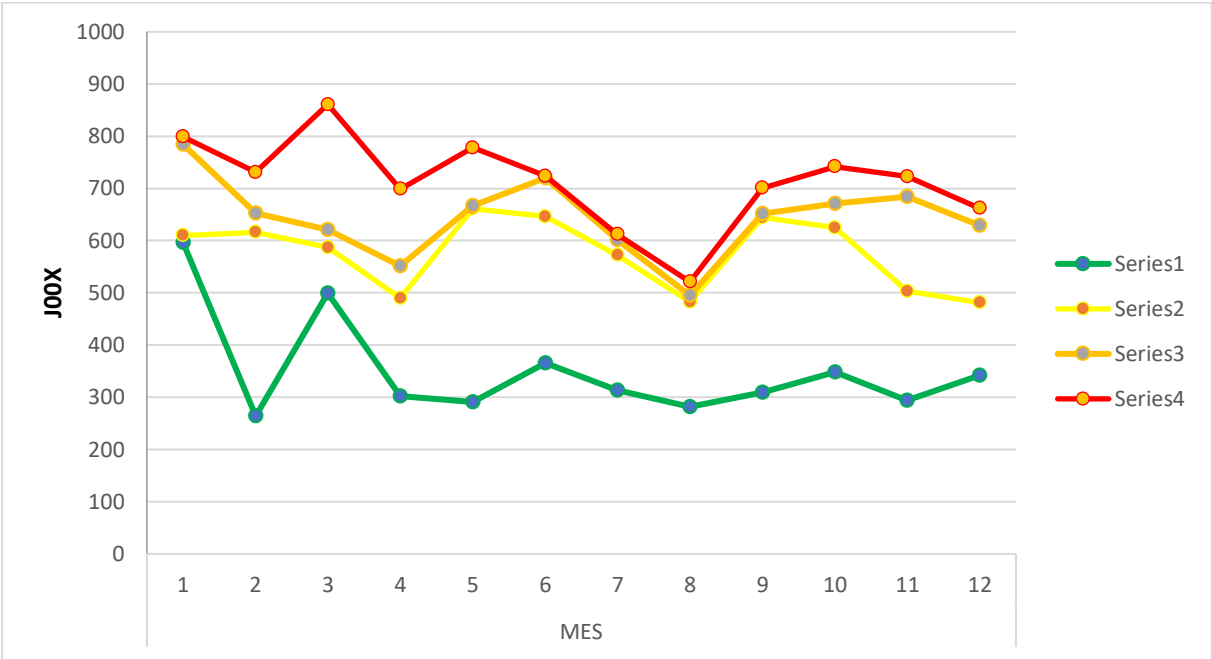
La incidencia de la dermatitis del pañal presenta un pico estacional en enero, asociado a la estación lluviosa, y un pico secundario muy estable en septiembre. Abril, a pesar de tener una baja incidencia típica, es el mes más impredecible y con el mayor potencial para brotes severos. Por el contrario, septiembre es el mes más estable, mientras que la menor cantidad de casos se registra consistentemente al final del año.

Figura 5. Tendencia de la P599 - ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA por mes del 2020-2024



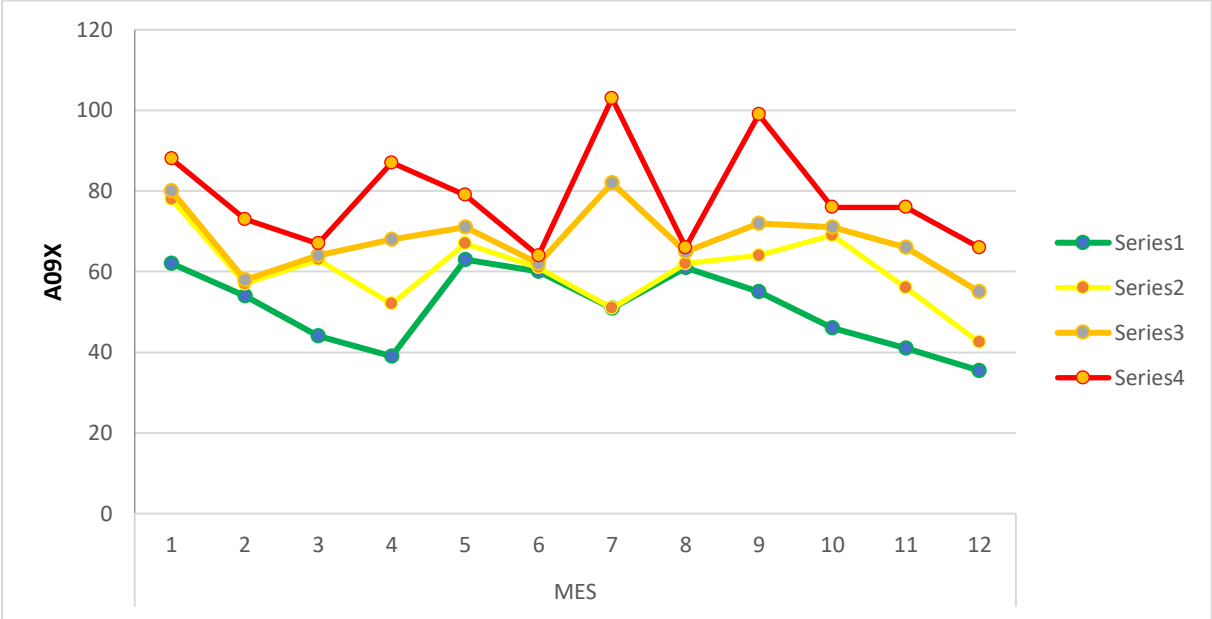
La tendencia de la ictericia neonatal sugiere un patrón bimodal de nacimientos con picos en marzo y entre agosto y octubre. El final del año, especialmente diciembre, presenta la menor incidencia y una estabilidad interanual excepcional. Meses como mayo y agosto, aunque no son picos típicos, muestran el mayor potencial para registrar aumentos extremos de casos.

Figura 6. Distribución de la J00X - RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMUN] en hombres por mes del 2020-2024



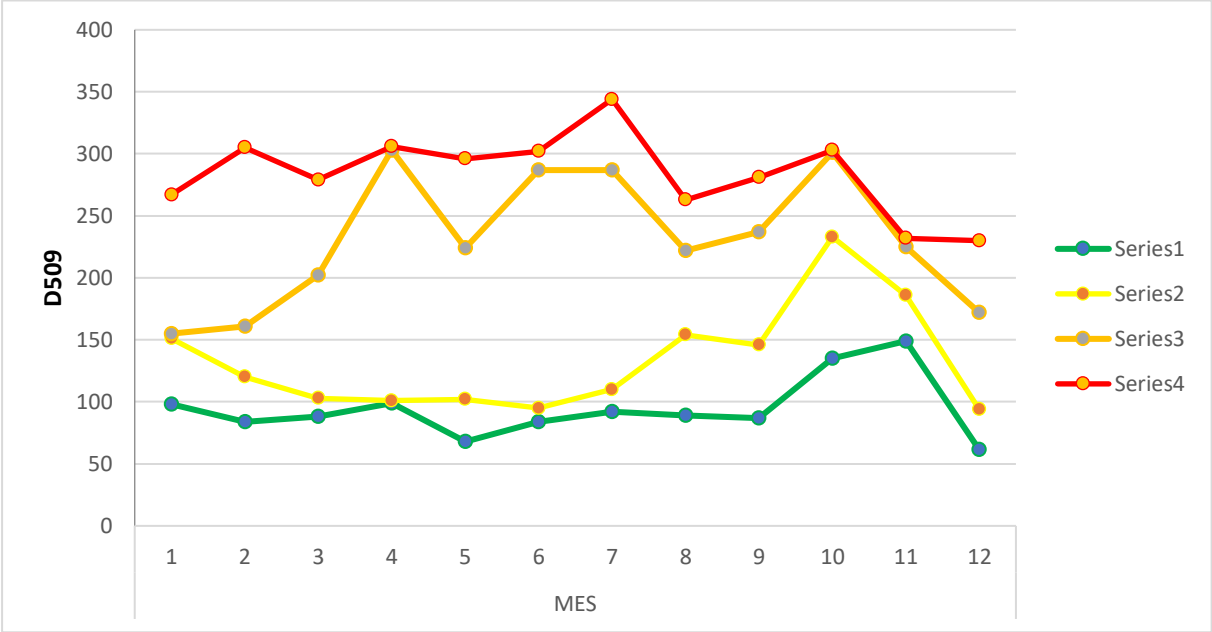
La tendencia de la rinofaringitis en hombres sigue el patrón general, con picos de casos en mayo-junio y septiembre. Marzo se destaca como un mes de incidencia excepcionalmente estable, mientras que noviembre y febrero son los más impredecibles. A pesar de su estabilidad, marzo es el mes con el mayor potencial para registrar los brotes epidémicos más severos en la población masculina.

Figura 7. Distribución de la A09X - DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO en hombres por mes del 2020-2024



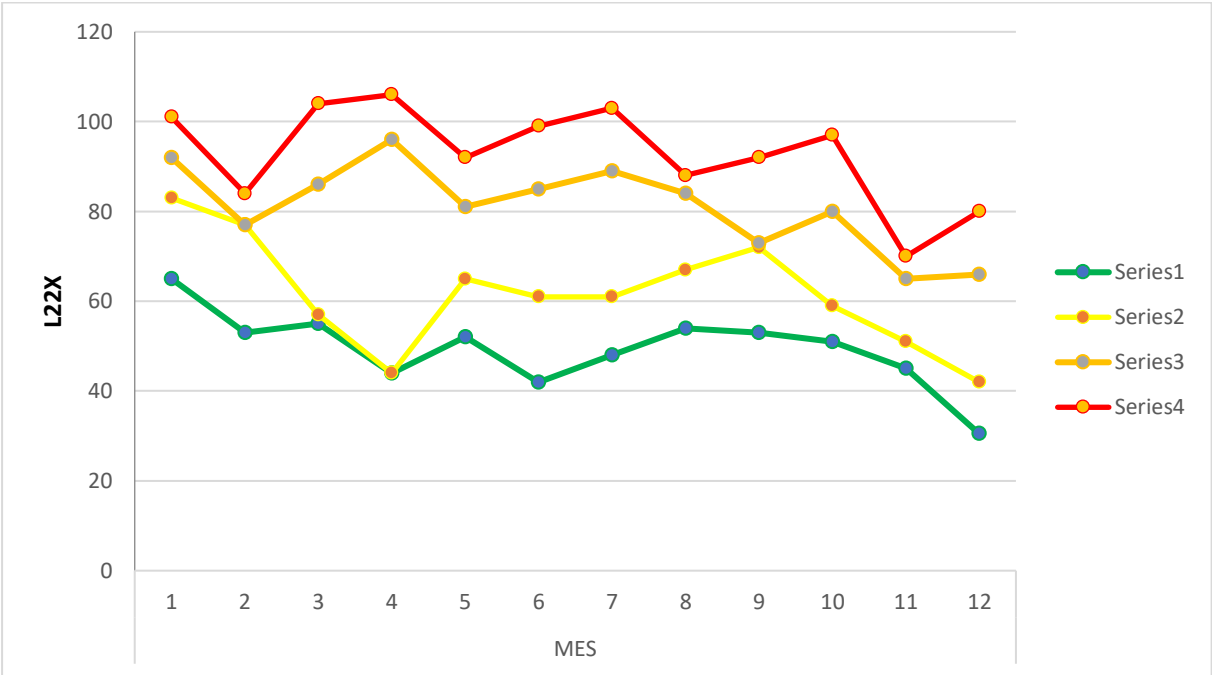
La tendencia de la enfermedad diarreica en hombres presenta un pico de casos predecible y estable en enero. Meses como junio, febrero y agosto son excepcionalmente estables, mientras que julio y abril son los más variables. Críticamente, julio, a pesar de su baja incidencia típica, es el mes con el mayor potencial para brotes epidémicos severos en la población masculina.

Figura 8. Distribución de la D509 - ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SIN OTRA ESPECIFICACION en hombres por mes del 2020-2024



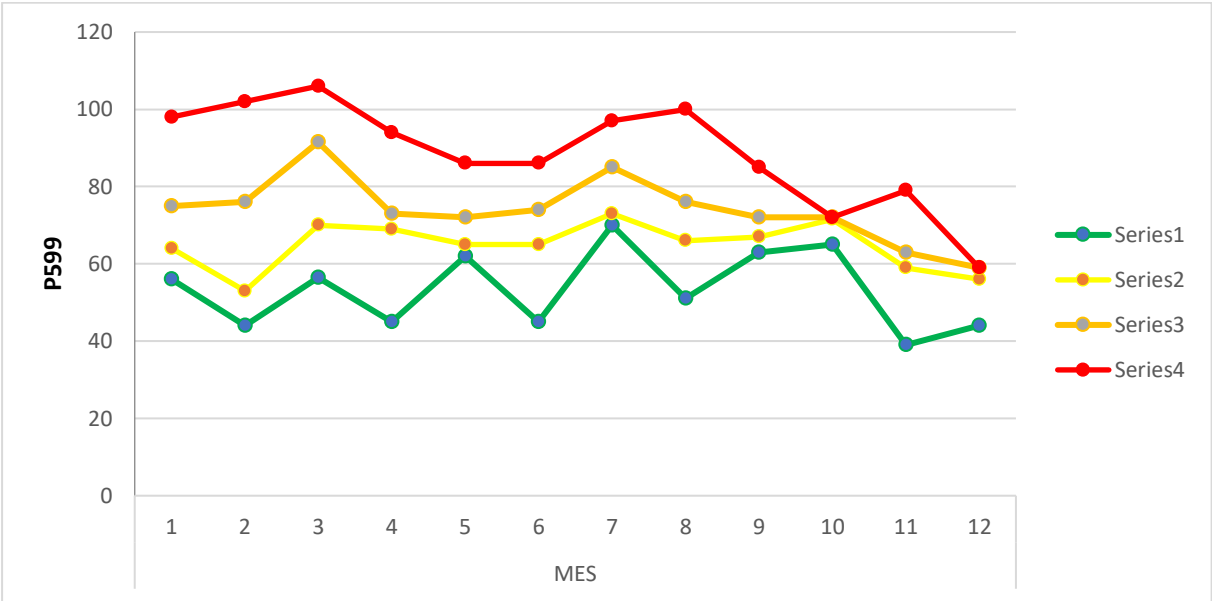
El patrón de diagnóstico de anemia en hombres es de naturaleza programática, con un pico definido y predecible en octubre. Los meses de abril a julio son extremadamente variables, mientras que el inicio del año es el período más estable. Críticamente, los meses de mayor variabilidad, como julio y abril, son los que registran el potencial de picos diagnósticos más extremos, no el mes del pico habitual.

Figura 9. Distribución de la L22X - DERMATITIS DEL PAÑAL en hombres por mes del 2020-2024



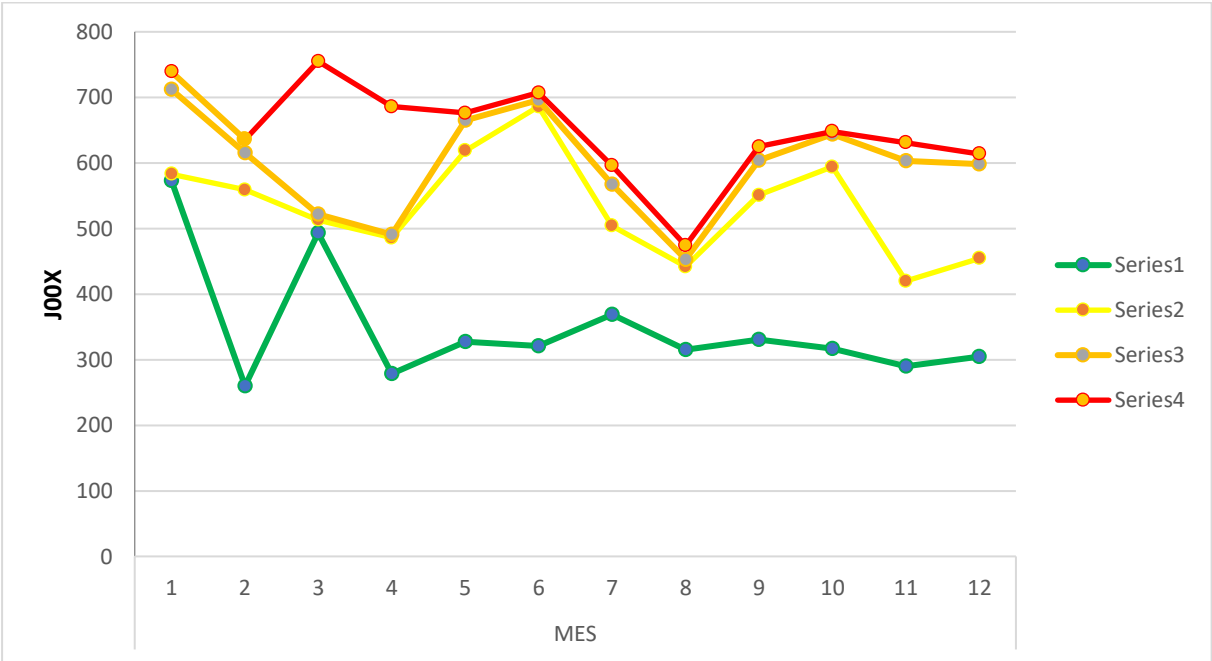
La incidencia de dermatitis del pañal en hombres muestra un pico estacional en enero-febrero, ligado a la estación lluviosa de la región. Abril es el mes más impredecible y, a pesar de su baja incidencia típica, presenta el mayor riesgo para brotes severos. Por el contrario, septiembre y noviembre son los meses más estables, mientras que la menor incidencia se registra al final del año.

Figura 10. Distribución de la P599 - ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA en hombres por mes del 2020-2024



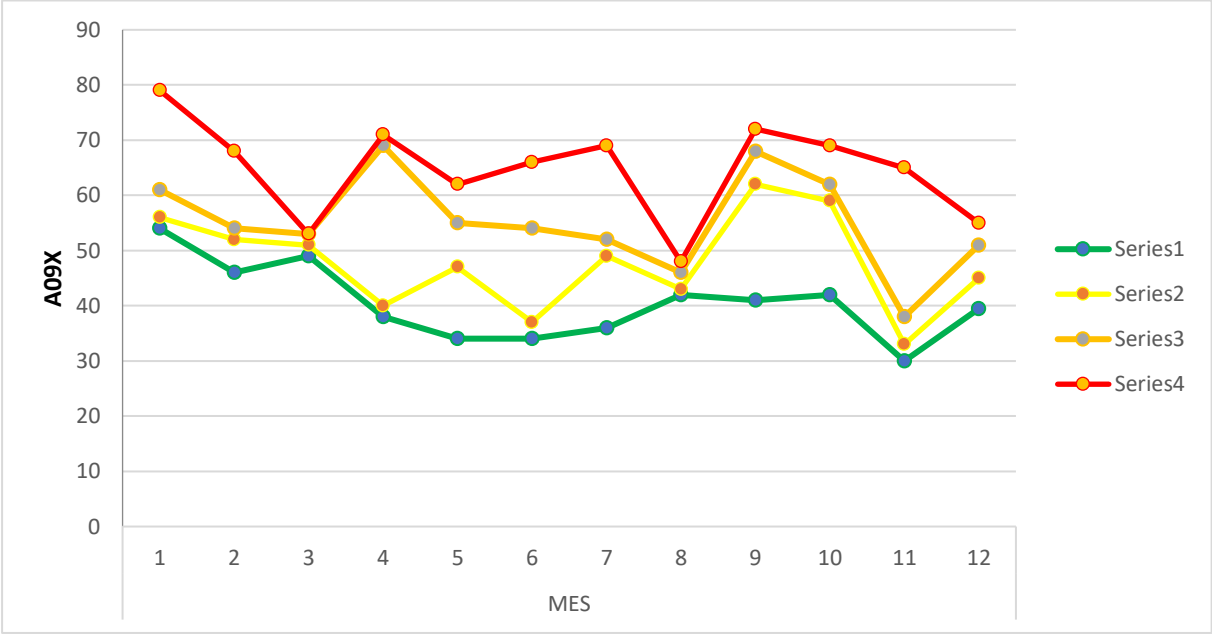
La tendencia de la ictericia en varones sugiere picos de natalidad en marzo, julio y octubre, con las tasas más bajas al final del año. El primer trimestre es el período más variable y con el mayor potencial para registrar aumentos extremos en el número de nacimientos masculinos. En contraste, la segunda mitad del año, y sobre todo el último cuatrimestre, es excepcionalmente estable y predecible.

Figura 11. Distribución de la J00X - RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMUN] en mujeres por mes del 2020-2024



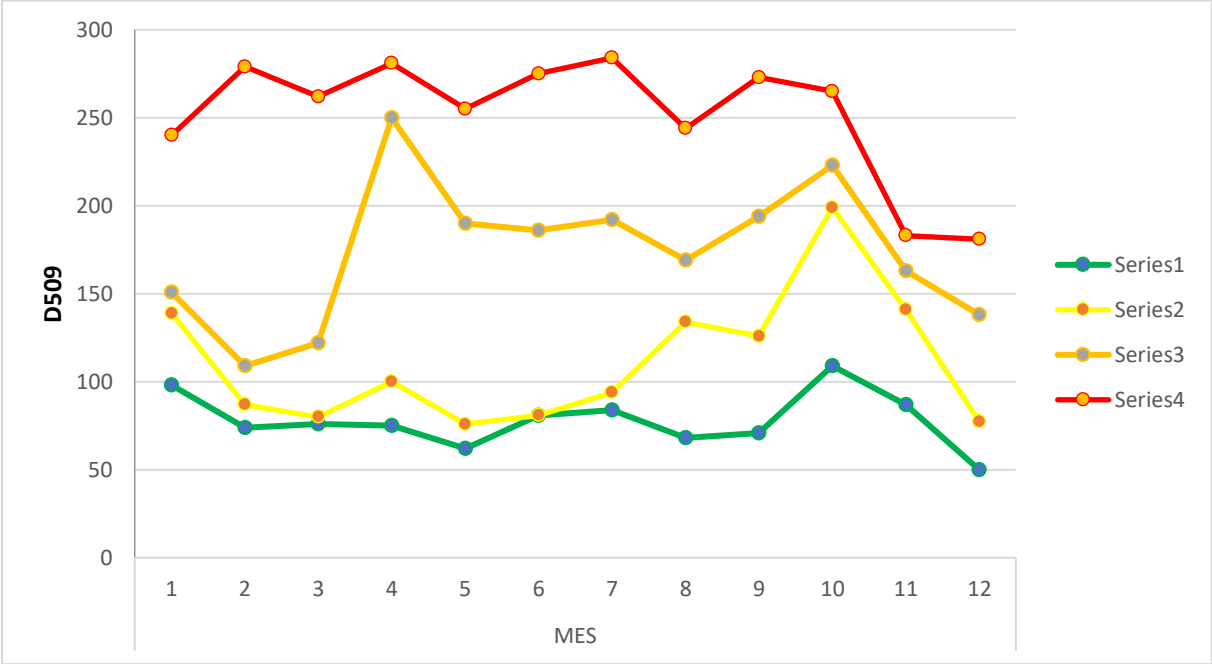
La distribución de la rinofaringitis en mujeres muestra un pico de casos predominante en junio, consistente con el patrón general. Marzo se confirma como el mes de más alta predictibilidad y estabilidad, mientras que el pico de junio es el más variable. De manera crucial, marzo, a pesar de su estabilidad, alberga el mayor potencial para registrar los brotes epidémicos más severos en la población femenina.

Figura 12. Distribución de la A09X - DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO en mujeres por mes del 2020-2024



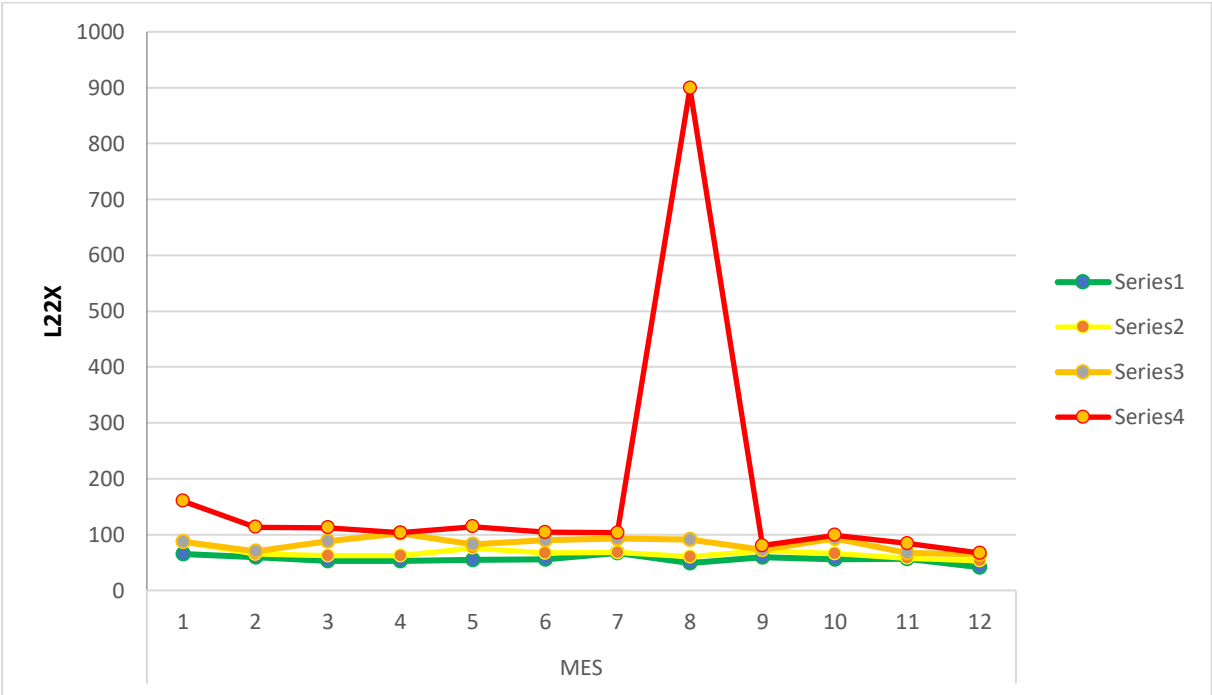
La tendencia de la enfermedad diarreica en mujeres difiere del patrón masculino, con un pico de incidencia principal que se desplaza al período de septiembre-octubre. El primer trimestre del año es excepcionalmente estable y predecible, mientras que abril y septiembre son los meses de mayor variabilidad. El riesgo de brotes severos en mujeres se distribuye entre los meses de enero, abril y septiembre.

Figura 13. Distribución de la D509 - ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SIN OTRA ESPECIFICACION en mujeres por mes del 2020-2024



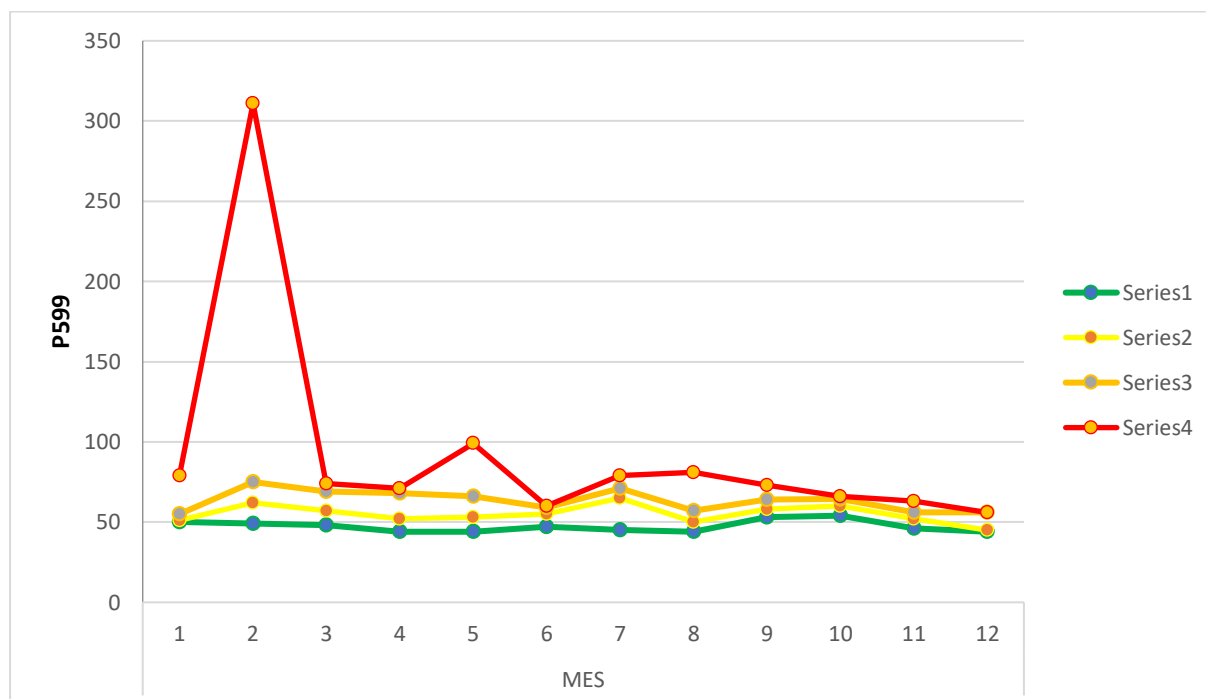
El patrón de diagnóstico de anemia en mujeres confirma la tendencia programática, con un pico de casos en octubre y una alta estabilidad en el primer trimestre. Abril es el mes de mayor variabilidad e impredecibilidad en el registro de casos para la población femenina. De manera crucial, los meses de alta variabilidad como julio y abril son los que presentan el mayor riesgo de picos diagnósticos extremos, un patrón consistente en ambos sexos.

Figura 14. Distribución de la L22X - DERMATITIS DEL PAÑAL en mujeres por mes del 2020-2024



La tendencia de la dermatitis del pañal en mujeres muestra un pico estacional típico en enero, pero el hallazgo dominante es un valor extremo en el percentil 90 de agosto. Este valor anómalo sugiere un evento único de muy alto impacto, como un brote severo, o un posible error de datos que requiere investigación. Excluyendo esta anomalía, abril y agosto son los meses más variables, mientras que noviembre y septiembre son los más estables.

Figura 15. Distribución de la P599 - ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA en mujeres por mes del 2020-2024



La tendencia de la ictericia neonatal en mujeres indica un pico de nacimientos típico en julio, pero el análisis está dominado por un valor extremo en el percentil 90 de febrero. Este valor anómalo sugiere un evento único de muy alto impacto, esporádico o un artefacto de datos. Aparte de esta anomalía, el inicio y el final del año son períodos de alta estabilidad y predictibilidad en la natalidad femenina.

5.2. Discusión

La identificación de las causas que motivan la atención preventiva y curativa en menores de un año en la Zona 6 del Ecuador revela un perfil epidemiológico robusto, coherente con los principios de atención primaria en salud, pero no exento de contradicciones reveladoras, los datos analizados evidencian que la causa más frecuente de consulta preventiva fue el control de salud rutinario del niño (Z00.1), que representa el 64,9% del total de atenciones registradas en el período de estudio, seguido por la consulta para instrucción y vigilancia de la dieta (Z71.3) con un 21,3%, mientras que otras causas, como los exámenes odontológicos, auditivos, oftalmológicos y tamizajes especiales, conforman porcentajes significativamente menores, configurando así un patrón asistencial centrado casi exclusivamente en la vigilancia del crecimiento y la orientación nutricional.

Este predominio, aunque en apariencia alentador, podría también ser interpretado como una focalización limitada del espectro preventivo, ya que la baja proporción de códigos asociados a inmunizaciones, pesquisa metabólica, evaluación auditiva o visual, pone en entredicho la

integralidad de la atención preventiva en la práctica real, de manera paralela, el análisis de las causas de consulta por morbilidad revela una carga patológica dominada por afecciones prevenibles, siendo la rinofaringitis aguda (J00X) la primera causa con el 38,2% de las atenciones, seguida por anemia por deficiencia de hierro (D50.9), dermatitis del pañal (L22X), desnutrición proteico-calórica no especificada (E46X) e ictericia neonatal (P59.9), las cuales en conjunto configuran más del 60% de los diagnósticos registrados, y reflejan una interacción compleja entre factores ambientales, prácticas alimentarias, condiciones de cuidado y acceso oportuno a los servicios de salud.

Estas tendencias son congruentes con estudios recientes realizados en diversos contextos latinoamericanos. En Lima, Perú, Córdova-Sotomayor et al. (2020)⁴⁷ evidenciaron una alta prevalencia de enfermedades respiratorias en el primer nivel de atención lo cual guarda relación con las causas de atención preventivas de la investigación, así mismo, investigaciones desarrolladas por Rodríguez et al. (2020)⁴⁸ en Chongón Ecuador, confirman la alta prevalencia de infecciones respiratorias agudas principalmente la J00X como causa dominantes de morbilidad en la infancia temprana, lo cual refuerza el valor epidemiológico de los hallazgos obtenidos en la Zona 6.

Sin embargo, no todo lo evidenciado es concordante, estudios como el de Guerra et al. (2022)⁴⁹, centrado en el tamizaje del desarrollo psicomotor en el primer año de vida, alertan sobre el subregistro crónico de condiciones del neurodesarrollo, que rara vez son identificadas o registradas bajo los códigos correspondientes del CIE-10, y que no figuran de manera representativa en los datos analizados, por lo tanto esta omisión refleja una debilidad estructural en los sistemas de vigilancia clínica, donde el control del niño sano se limita en muchos casos a parámetros antropométricos, ignorando aspectos clave del desarrollo cognitivo, sensorial y emocional que definen la calidad real de la atención preventiva.

En consecuencia, si bien los resultados obtenidos corroboran parcialmente las tendencias ya documentadas en la región, también exponen vacíos críticos en el alcance, calidad y registro de las acciones preventivas, lo cual limita la eficiencia de la planificación sanitaria basada en datos, de tal manera la alta frecuencia de patologías prevenibles, como la rinofaringitis, la anemia y la desnutrición, debería ser entendida no como una constatación esperada, sino como una alerta estructural que evidencia la insuficiencia de las intervenciones anticipatorias en la primera infancia, de este modo la medicina preventiva, en tanto estrategia sanitaria prioritaria, no puede reducirse a un acto protocolar repetitivo, sino que debe ser repensada como una herramienta integral, contextualizada y orientada a resultados medibles en salud poblacional.

El análisis del comportamiento mensual de las cinco principales causas de consulta por morbilidad en menores de un año en la Zona 6 de Salud revela un patrón epidemiológico que exhibe una marcada variabilidad estacional, evidenciando picos y descensos mensuales que se relacionan con factores climáticos, ambientales, socioeconómicos y estructurales del sistema de salud, entre estas causas, la rinoфаринgitis aguda (J00X) se destaca como la patología más recurrente, con mayor frecuencia en los meses fríos del año, particularmente entre junio y agosto, lo que concuerda con estudios epidemiológicos previos que señalan una alta incidencia de infecciones respiratorias durante la temporada seca y de transición térmica en zonas andinas.⁴⁷

La anemia por deficiencia de hierro (D50.9), por su parte, no exhibe una estacionalidad marcada, pero mantiene una presencia constante y significativa a lo largo del año, lo cual sugiere un problema de carácter estructural más que coyuntural, relacionado con deficiencias en la alimentación complementaria, acceso limitado a micronutrientes y prácticas de salud materna inadecuadas, de tal manera que coincide con lo reportado por Moyano et al. (2019)⁵⁰, quienes documentaron que la anemia en lactantes ecuatorianos tiene una distribución homogénea a lo largo del año, sin variaciones sustantivas estacionales, y responde principalmente a condiciones sociales y económicas persistentes.

En cuanto a la dermatitis del pañal (L22X) y la desnutrición proteico-calórica no especificada (E46X), se evidencia un comportamiento mensual más irregular, sin una clara tendencia estacional, aunque con ligeras concentraciones en los primeros meses del año, periodo que podría coincidir con mayores limitaciones en el acceso a insumos higiénicos o con el incremento de enfermedades infecciosas que alteran el estado nutricional del niño, de tal manera que la dermatitis del pañal, aunque comúnmente subestimada en los análisis de morbilidad, refleja indirectamente condiciones de higiene, cuidado domiciliario y acceso a servicios de salud.⁵¹

La ictericia neonatal no especificada (P59.9), en cambio, muestra un patrón más concentrado en los meses de enero a marzo, lo cual puede estar vinculado con variaciones en la captación oportuna de recién nacidos al sistema de salud, particularmente en contextos rurales donde la institucionalidad del parto es menor durante el primer trimestre del año, por lo tanto esta observación es coherente con Taipe et al. (2022)⁵², quienes identificaron una alta prevalencia de América Latina (60-80%) donde su aparición no está distribuida homogéneamente en la población.

La caracterización de las principales causas de consulta por morbilidad según sexo biológico en menores de un año, en el contexto geográfico y temporal de la Zona 6 de Salud del Ecuador, permite una aproximación crítica a la presencia de posibles desigualdades o

patrones diferenciados en la morbilidad temprana obtenidos, indican que las cinco causas más frecuentes—rinofaringitis aguda (J00X), anemia por deficiencia de hierro (D50.9), dermatitis del pañal (L22X), desnutrición proteico-calórica no especificada (E46X) e ictericia neonatal (P59.9)—presentan una distribución diferenciada según sexo, aunque con matices que deben ser analizados a la luz de la fisiología, la exposición ambiental y la conducta de atención en salud.

En términos absolutos, la rinofaringitis aguda muestra una leve mayor frecuencia en varones, lo cual es congruente con la evidencia epidemiológica que atribuye a los niños una mayor susceptibilidad inmunológica a infecciones respiratorias en la primera infancia, debido a factores hormonales y diferencias anatómicas de las vías respiratorias superiores, de tal manera investigaciones como las de Klein et al. (2008)⁵³ documentan que los varones menores de un año presentan tasas significativamente más altas de infecciones respiratorias agudas comparados con las niñas, lo cual coincide con el patrón observado en el presente estudio.

La anemia por deficiencia de hierro, por el contrario, revela una mayor prevalencia en niñas, lo cual puede estar relacionado con diferencias en la captación y seguimiento clínico, así como con factores socioculturales que inciden en la alimentación infantil diferencial por sexo, donde estudios realizados en Etiopia, como el de Getaneh et al. (2017)⁵⁴, sustentan que la inequidad de género en el acceso temprano a micronutrientes y suplementos nutricionales persiste en zonas rurales, donde las niñas pueden ser menos priorizadas en los programas de prevención, a pesar de estar biológicamente más protegidas contra la anemia en condiciones normales, por lo tanto este hallazgo, en lugar de ser interpretado como un resultado esperable, debe analizarse como una alerta sobre prácticas culturales que podrían generar inequidades desde etapas muy tempranas de la vida.

Respecto a la dermatitis del pañal, la distribución por sexo no presenta diferencias sustanciales, lo cual es coherente con estudios internacionales como el de Negera et al. (2025)⁵¹, quienes determinaron que la dermatitis asociada a pañales no posee una predisposición sexual marcada, pero sí está fuertemente asociada al tipo de cuidado, frecuencia de higiene y uso de productos tópicos, variables que no fueron abordadas en esta investigación pero que podrían ser exploradas en futuras intervenciones cualitativas.

En el caso de la desnutrición proteico-calórica, el comportamiento por sexo muestra una mayor concentración en varones, lo cual podría explicarse tanto por el mayor requerimiento energético de los lactantes masculinos como por su mayor vulnerabilidad ante infecciones intercurrentes que comprometen el estado nutricional, lo cual se sustenta en hallazgos reportados por Thurstanset et al. (2020)⁵⁵, quienes identificaron una mayor prevalencia de

desnutrición leve y moderada en niños varones en áreas rurales de la Sierra centro-norte del Ecuador, atribuyendo dicho patrón a factores metabólicos, inmunológicos y de respuesta inflamatoria diferencial.

Finalmente, la ictericia neonatal muestra una mayor incidencia en recién nacidos varones, patrón que ha sido descrito previamente en la literatura científica, pues trabajos como el de Lin et al. (2022)⁵⁶, confirman que la ictericia fisiológica y la hiperbilirrubinemia son más frecuentes en varones, especialmente cuando coexisten factores de riesgo como parto por cesárea, incompatibilidad sanguínea o lactancia deficiente en los primeros días de vida, factores que podrían también estar presentes en la población estudiada, aunque no hayan sido evaluados directamente en el presente análisis.

5.3. Conclusiones

- El análisis exhaustivo de los registros sanitarios de la Zona 6 de Salud entre 2020 y 2024 revela un perfil epidemiológico preventivo centrado en el control de salud de rutina del niño (CIE10 Z001), que representó más del 64% del total de atenciones, seguido de la consulta nutricional (Z713) y el examen odontológico (Z012), lo que demuestra la adecuada implementación de los lineamientos de la Atención Primaria en cuanto a crecimiento, nutrición e higiene oral infantil, no obstante, en el ámbito de la morbilidad, la rinofaringitis aguda (J00X) se posiciona como la principal causa de consulta por enfermedad en menores de un año, reflejando la alta frecuencia de afecciones respiratorias en esta franja etaria, a ello se suman condiciones prevenibles como la anemia ferropénica (D509), la dermatitis del pañal (L22X) y la desnutrición proteicoalórica (E46X), que en conjunto delimitan un patrón de enfermedad que es altamente sensible a intervenciones desde el primer nivel de atención.
- El comportamiento temporal de la demanda de morbilidad infantil durante el quinquenio evaluado permite establecer tendencias estacionales claras y picos mensuales específicos en la consulta por infecciones respiratorias, gastrointestinales y deficiencias nutricionales. se identificó una concentración de casos de rinofaringitis aguda y bronquitis en los meses de mayor circulación viral, usualmente entre junio y agosto, mientras que la incidencia de diarreas infecciosas tiende a aumentar en los primeros meses del año, coincidiendo con condiciones climáticas propicias para la transmisión entérica como la consulta por anemia ferropénica y desnutrición mostró una distribución más homogénea a lo largo del año, sugiriendo una afectación crónica más que aguda, de tal manera este análisis tendencial no solo aporta evidencia sobre la estacionalidad de la morbilidad pediátrica, sino que también ofrece fundamentos sólidos para una planificación sanitaria anticipatoria que optimice recursos humanos, logísticos y terapéuticos en función de la variabilidad temporal observada.

- El análisis estratificado por sexo evidenció una distribución proporcionalmente equilibrada en la mayoría de las principales causas de morbilidad infantil, sin que se registraran diferencias estadísticamente significativas en la demanda de consultas entre varones y mujeres, no obstante, se observó una ligera mayor prevalencia de consultas por dermatitis del pañal en el sexo femenino y una mayor frecuencia de casos de desnutrición y anemia en varones, hallazgos que podrían estar vinculados a diferencias en patrones de cuidado o condiciones sociales específicas por provincia, aunque no determinantes por sí mismos, este resultado refuerza la noción de equidad de acceso en los servicios de salud preventiva, al tiempo que plantea la necesidad de investigar con mayor profundidad las posibles interacciones entre sexo, factores socioculturales y salud infantil, con el fin de ajustar las estrategias preventivas de manera sensible al género desde las primeras etapas del ciclo vital.

BIBLIOGRAFÍA

1. Almazán Fernández de Bobadilla MV, García Mérida MJ, Ruiz Chércoles E, Castell Miñana M, Rodríguez Delgado J, Carbajo Ferreira ÁJ, et al. Análisis crítico de las nuevas directrices de la OMS sobre alimentación complementaria en el lactante de 6 a 23 meses de edad. *Pediatría Aten Primaria* [Internet]. septiembre de 2024 [citado 3 de agosto de 2025];26(103):e51-65. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1139-76322024000300016&lng=es&nrm=iso&tlng=en
2. Almeida PF de, Giovanella L, Schenkman S, Franco CM, Duarte PO, Houghton N, et al. Perspectivas para las políticas públicas de Atención Primaria en Salud en Suramérica. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 1 de julio de 2024 [citado 3 de agosto de 2025];29:e03792024. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/csc/2024.v29n7/e03792024/>
3. Calle EJR, Prado CER. Gestión de procesos y optimización de recursos en una gerencia pública de salud de Lima. *UCV Hacer* [Internet]. 1 de abril de 2023 [citado 3 de agosto de 2025];12(2):18-28. Disponible en: <https://revistas.ucv.edu.pe/index.php/ucv-hacer/article/view/2542>
4. Tasa de mortalidad infantil: definición y cifras actuales | UNICEF [Internet]. [citado 3 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.unicef.es/blog/salud/tasa-de-mortalidad-infantil-definicion-y-cifras-actuales>

5. Salgado Oviedo PB. Desigualdad educativa en zonas rurales y urbanas del Ecuador. *Perspect Soc Adm* [Internet]. 2 de enero de 2025 [citado 3 de agosto de 2025];3(1):5-16. Disponible en: <https://perspectivas.esprint.tech/index.php/perspectivas/article/view/73>
6. Bernal DSD, Veliz EGV, Solórzano SES, López DD. Vigilancia epidemiológica y actividades de atención primaria en salud (APS) del Ecuador. *RECIMUNDO* [Internet]. 4 de febrero de 2021 [citado 3 de agosto de 2025];5(1):286-97. Disponible en: <https://www.recimundo.com/~recimund/index.php/es/article/view/1006>
7. World Health Organization. Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [citado 1 de agosto de 2025]. 55 p. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/272603>
8. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud [Internet]. Washington, D.C: OPS; 2014 p. 1-32. Report No.: 66. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-para-acceso-universal-salud-cobertura-universal-salud>
9. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS -... [Internet]. 2018 [citado 2 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://ebooks.ucacue.edu.ec/reader/manual-del-modelo-de-atencion-integral-de-salud-mais-1683220662>
10. Bagolle A, Casco M, Nelson J, Orefice P, Raygada G, Tejerina L. The Golden Opportunity of Digital Health for Latin America and the Caribbean [Internet]. Inter-American Development Bank; 2022 abr [citado 2 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://publications.iadb.org/en/golden-opportunity-digital-health-latin-america-and-caribbean>
11. Delgado Bernal DS, Bravo Bonoso DG, López Miladys P, Sidar Edgardo SS. Prevalencia de morbilidad neonatal. *Rev Científica Higía Salud* [Internet]. 7 de enero de 2021 [citado 2 de agosto de 2025];3(2). Disponible en: <https://revistas.itsup.edu.ec/index.php/Higia/article/view/481>
12. Verstraeten SPA, Van Oers HAM, Mackenbach JP. Contribution of amenable mortality to life expectancy differences between the Dutch Caribbean islands of Aruba and Curaçao and the Netherlands. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 21 de mayo de 2020 [citado 2 de agosto de 2025];44:1. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52084>

13. Moynihan R, Sanders S, Michaleff ZA, Scott AM, Clark J, To EJ, et al. Impact of COVID-19 pandemic on utilisation of healthcare services: a systematic review. *BMJ Open* [Internet]. marzo de 2021 [citado 2 de agosto de 2025];11(3):e045343. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2020-045343>
14. Cassiani SHDB. Strategy for universal access to health and universal health coverage and the contribution of the International Nursing Networks. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. diciembre de 2014 [citado 2 de agosto de 2025];22(6):891-2. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000600891&lng=en&tlng=en
15. Sotelo-Daza J, Quiñonez Zúñiga YA, Castro-Delgado OE, Polanco-Pasaje JE. Desigualdades en salud en mortalidad perinatal durante el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Cauca, Colombia: Desigualdades en salud y mortalidad perinatal en Cauca Colombia. *Gac Médica Boliv* [Internet]. 29 de diciembre de 2023 [citado 2 de agosto de 2025];46(2):37-45. Disponible en: <http://www.gacetamedicaboliviana.com/index.php/gmb/article/view/600>
16. Características de las consultas de los recién nacidos en un servicio de emergencia pediátrica. *Rev MEDICA Urug* [Internet]. 9 de diciembre de 2021 [citado 2 de agosto de 2025];37(4). Disponible en: <https://revista.rmu.org.uy/ojsrmu311/index.php/rmu/article/view/763>
17. Bartsch L, Souza Cavalheiro V, Verissimo Couto K, Limberger DC, Ribeiro AC, Fontana DR, et al. Incidencia de enfermedades prevalentes en lactantes en Atención Primaria de Salud: estudio de cohort. *Rev Esc Enferm USP*. 2025;59(3):1-9.
18. Téllez MC, Madrigal MAP. Motivos de consulta más frecuentes en las urgencias pediátricas del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid. 2022;
19. Zimmer KP, Walker A, Minkovitz CS. Epidemiology of Pediatric Emergency Department Use at an Urban Medical Center: *Pediatr Emerg Care* [Internet]. febrero de 2005 [citado 2 de agosto de 2025];21(2):84-9. Disponible en: <http://journals.lww.com/00006565-200502000-00002>
20. AlGhamdi MA, Alnaim A, M. Alibrahim H, A. Aldajani A, A.Alabdulqader M. The most common neonatal presentations to the pediatric emergency department. *F1000Research* [Internet]. 21 de octubre de 2024 [citado 3 de agosto de 2025];13:1261. Disponible en: <https://f1000research.com/articles/13-1261/v1>

21. Ortiz-Gonzalez L, Delgado-Ojeda J, Guisado-Rasco MC, Santamaria-Orleans A, Coronel-Rodríguez C. Differences between parents' and paediatricians' perceptions of mild respiratory infections in childhood: contrast study. *Front Public Health* [Internet]. 9 de mayo de 2024 [citado 2 de agosto de 2025];12:1377803. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2024.1377803/full>
22. Division of Pediatric Emergency, Department of Pediatrics, Ege University School of Medicine, Izmir, Turkey, Turan C, Keskin G, Department of Pediatrics, Ege University Faculty of Medicine, Izmir, Turkey, Turan B, Department of Pediatrics, Ege University Faculty of Medicine, Izmir, Turkey, et al. A Prospective Investigation of Factors Influencing Neonatal Visits to a Tertiary Emergency Department. *Turk Arch Pediatr* [Internet]. 12 de julio de 2021 [citado 2 de agosto de 2025];56(4):386-91. Disponible en: <https://turkarchpediatr.org/en/a-prospective-investigation-of-factors-influencing-neonatal-visits-to-a-tertiary-emergency-department-131241>
23. Tran A, Hérissé AL, Isoardo M, Valo P, Maillotte AM, Haas H, et al. Evaluation of compliance with early postbirth follow-up and unnecessary visits to the paediatric emergency department: a prospective observational study at the Lenval Children's Hospital in Nice. *BMJ Open* [Internet]. enero de 2022 [citado 2 de agosto de 2025];12(1):e056476. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2021-056476>
24. Beleza LDO, Ribeiro LM, Paula RAP, Guarda LEDA, Vieira GB, Costa KSF. Profile of at-risk newborns attended by nurses in outpatient follow-up clinic: a retrospective cohort study. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2019 [citado 2 de agosto de 2025];27:e31113. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100302&tlng=en
25. Declaration of Alma-Ata [Internet]. [citado 2 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-EURO-1978-3938-43697-61471>
26. Julio DV. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Interna*. 2011;11-4.
27. Naranjo Ferregut JA, Delgado Cruz A, Rodríguez Cruz R, Sánchez Pérez Y. Consideraciones sobre el Modelo de Atención Integral de Salud del Ecuador. *Rev Cuba Med Gen Integral* [Internet]. 2014;30(3):375-81. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>

28. Vásquez FMT, Fray V del PG, Quispe AEV, Álvarez AFL. El impacto del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) en la gestión sanitaria dentro del marco del Estado de Derecho en Ecuador. *Dominio Las Cienc* [Internet]. 31 de enero de 2025 [citado 2 de agosto de 2025];11(1):1675-87. Disponible en: <https://www.dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/4263>
29. Peligran décadas de progresos en la reducción de la mortalidad infantil y la mortinatalidad, advierten las Naciones Unidas [Internet]. [citado 2 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/peligran-decadas-progresos-reduccion-mortalidad-infantil-mortinatalidad>
30. Flores-Peña Y, Ortiz-Félix RE, Cárdenas-Villarreal VM. Percepciones maternas del Cuidado del Niño Sano. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. abril de 2012 [citado 2 de agosto de 2025];20:274-81. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/xYqvXPwbZwBJnkgGR564HmG/?lang=es>
31. Ebrahim GJ. WHO Child Growth Standards. Growth Velocity Based on Weight, Length and Head Circumference. * *Methods and Development. J Trop Pediatr* [Internet]. 1 de abril de 2010 [citado 2 de agosto de 2025];56(2):136-136. Disponible en: <https://academic.oup.com/tropej/article-lookup/doi/10.1093/tropej/fmp086>
32. Inmunización - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 2 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/inmunizacion>
33. Nacidos Vivos y Defunciones Fetales | [Internet]. [citado 2 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacidos-vivos-y-defunciones-fetales/>
34. Arora A. Levels and trends in child mortality 2024 [Internet]. UNICEF DATA. 2025 [citado 2 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-child-mortality-2024/>
35. Boletines e informes de actualización epidemiológica 2022 – Ministerio de Salud Pública [Internet]. [citado 2 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/boletines-e-informes-de-actualizacion-epidemiologica-2022/>
36. Secretaria nacional de planificacion. Agenda de coordinacion Zonal 6 [Internet]. Quito, Ecuador; 2023 [citado 2 de agosto de 2025] p. 1-35. Report No.: 1. Disponible en: <https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2023/09/Agenda-Zonal-6.pdf>

37. Ríos-García AL, Baquero-Latorre HM, Ruiz-Martínez L, Castro-Mercado S, Alonso-Palacio LM, Tuesca-Molina R, et al. Determinantes sociales de salud y su relación con desnutrición infantil en dos comunidades étnicas colombianas. *Rev Salud Pública* [Internet]. agosto de 2021 [citado 2 de agosto de 2025];23(4):1. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0124-00642021000400010&lng=en&nrm=iso&tlng=es
38. Ruiz Álvarez M, Aginagalde Llorente AH, del Llano Señarís JE. Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021). *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2022;96(1). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8620643>
39. PAHO. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud: Volumes 1, 2 & 3. 10th ed. Vol. 1. Washington, D. C: Pan American Health Organization; 2002. 1 p.
40. Pondaven Letourmy S. Rinofaringitis en el niño. *EMC - Otorrinolaringol* [Internet]. julio de 2022 [citado 5 de agosto de 2025];51(3):1-15. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1632347522467099>
41. Fuentes-Sánchez E, Alvarado-Macías DE, Zambrano-Palacios TC. Anemia por deficiencia de hierro en lactantes, causas y consecuencias. *MQRInvestigar* [Internet]. 19 de julio de 2023 [citado 5 de agosto de 2025];7(3):1175-90. Disponible en: <https://www.investigarmqr.com/ojs/index.php/mqr/article/view/506>
42. Sosa I, Kutscher P, Acosta A, Álvarez M. Psoriasis del área del pañal: revisión de la Literatura. *Arch Pediatría Urug* [Internet]. 11 de junio de 2025 [citado 5 de agosto de 2025];96(1):e201. Disponible en: <https://adp.sup.org.uy/index.php/adp/article/view/667>
43. Crespo-Venega M, Montejil-Rogers I, Mirabal-Sánchez H, Carbonell-Montiel Y, Abreu-Rivero Y, Leal-Yanes J. Alteraciones del sistema inmune en menores de cinco años con desnutrición proteicoenergética Alterations of the immune system in children under five years of age with protein-energy malnutrition. *Rev Medica Electron Ciego Avila* [Internet]. 1821;1(1):1-13. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2022/mdc221d.pdf>
44. Salazar Porrás D, Aguilar Hernández LM, González Alfaro FJ. Ictericia neonatal: manifestación clínica frecuente en pediatría. *Rev Medica Sinerg* [Internet]. 1 de agosto de 2023 [citado 5 de agosto de 2025];8(8):e1085. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/1085>

45. Prada Penagos CR. Diagnóstico de la incidencia de la calidad del aire en la prevalencia de enfermedades respiratorias, mediante el uso de datos abiertos y el análisis bajo la herramienta Power BI, en la ciudad de Bogotá [Internet]. [Colombia]: Universidad cooperativa de Colombia; 2023 [citado 2 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12494/55220>
46. Perez Ccancce NM, Torrejon Burgos JA. Implementación de inteligencia de negocios con Power BI para visualizar la disponibilidad de productos farmacéuticos sector salud - Lima Norte [Internet]. [Lima]: Universidad de ciencias y humanidades; 2022 [citado 2 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.uclm.edu.pe//handle/20.500.12872/685>
47. Córdova Sotomayor DA, Chávez Bacilio CG, Bermejo Vargas EW, Jara Ccorahua XN, Santa María Carlos FB, Córdova Sotomayor DA, et al. Prevalencia de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años en un centro materno-infantil de Lima. Horiz Méd Lima [Internet]. enero de 2020 [citado 5 de agosto de 2025];20(1):54-60. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-558X2020000100054&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
48. Rodríguez TV, Arias EYZ. Atención a los niños del centro de salud Chongón por infecciones respiratorias agudas. Rev Publicando [Internet]. 2020;7(24):71-9. Disponible en: <https://revistapublicando.org/revista/index.php/crv/article/view/2062>
49. Guerra Domínguez E, González Carrazana YA, Pérez Marín D, Gamboa Suárez D, Contreras Rodríguez T, Guerra Domínguez E, et al. Atención temprana a niños con retardo del desarrollo psicomotor. Multimed [Internet]. agosto de 2022 [citado 5 de agosto de 2025];26(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1028-48182022000400005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
50. Moyano Brito EG, Calderon Guaraca B, Vintimilla Molina J, Parra Perez C del R. Factores asociados a la anemia en niños ecuatorianos de 1 a 4 años. Rev Avft [Internet]. 2019;38(6):13. Disponible en: https://www.revistaavft.com/images/revistas/2019/avft_6_2019/2_factores_anemia.pdf
51. Bante A, Girma M, Ahmed M, Aschalew Z. Diaper dermatitis and associated factors among 1–24 months children visiting public health facilities of Arba Minch town, Gamo zone, southern Ethiopia. Heliyon [Internet]. 7 de octubre de 2023 [citado 5 de agosto de 2025];9(10):e20785. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10582394/>

52. Taípe-Paucar A, Toaquiza-Alvarado A, Merchán-Coronel G. Ictericia Neonatal a Nivel de América Latina. FACSALUD-UNEMI [Internet]. 6 de junio de 2022 [citado 5 de agosto de 2025];6(10):76-84. Disponible en: <https://ojs.unemi.edu.ec/index.php/facsalud-unemi/article/view/1581>
53. Klein MI, Bergel E, Gibbons L, Coviello S, Bauer G, Benitez A, et al. Differential Gender Response to Respiratory Infections and to the Protective Effect of Breast Milk in Preterm Infants. *Pediatrics* [Internet]. junio de 2008 [citado 5 de agosto de 2025];121(6):e1510-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2631928/>
54. Getaneh Z, Enawgaw B, Engidaye G, Seyoum M, Berhane M, Abebe Z, et al. Prevalence of anemia and associated factors among school children in Gondar town public primary schools, northwest Ethiopia: A school-based cross-sectional study. *PLOS ONE* [Internet]. 28 de diciembre de 2017 [citado 5 de agosto de 2025];12(12):e0190151. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0190151>
55. Thurstans S, Opondo C, Seal A, Wells J, Khara T, Dolan C, et al. Boys are more likely to be undernourished than girls: a systematic review and meta-analysis of sex differences in undernutrition. *BMJ Glob Health*. diciembre de 2020;5(12):e004030.
56. Lin Q, Zhu D, Chen C, Feng Y, Shen F, Wu Z. Risk factors for neonatal hyperbilirubinemia: a systematic review and meta-analysis. *Transl Pediatr* [Internet]. junio de 2022 [citado 5 de agosto de 2025];11(6):1001-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9253931/>

ANEXOS



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 Maria Eugenia, Sanchez Sanabria Luis Andres, Ramirez Padrón Fernanda Elizabeth, Mayely Cristina Gálvez Córdova, Tufiño Bejarano Doménica Alexandra, Suqui Pandí 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