



ENSAYO

Tras las huellas de la desnutrición crónica infantil: problema de salud global endémico en Chota, Cajamarca, Perú

Oblitas Gonzales Anibal¹, Carranza Carranza Wilder Ovidio², Herrera Ortiz José Uberli³

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

RESUMEN

Historia del artículo:

Recibido el 20 de septiembre de 2020

Aceptado el 19 de octubre de 2020

Palabras clave:

Desnutrición

Hecho social

Salud colectiva

Epidemiología crítica

Políticas públicas

El presente estudio tenía por objetivo analizar la desnutrición crónica infantil como un hecho social, expresión de subdesarrollo y consecuencia de las desigualdades sociales (epidemiología convencional versus epidemiología crítica) que se engendran en los espacios de la vida cotidiana de los más desprotegidos. Su abordaje implica apartarse de la epidemiología convencional - de sus "fríos" determinantes estadísticos y su "famosa" multicausalidad (causa/efecto) - donde prima el plano individual y biológico, sobre el plano comunitario y social. Además, es sabido que esta ha traído consigo fragmentación y estancamiento en su abordaje; ya que, por más "exactos" y "exhaustivos" que sus "métodos" sean, al momento los resultados de sus intervenciones resultan insuficientes. En este contexto planteamos una intervención desde la epidemiología crítica de: Breilh J (2003), Bengoa JM (2008), Lévi-Strauss (1956), Arendt Hannah (1997), aceptando que esta es una realidad compleja (hecho social) que tiene dimensiones (general, particular y singular), y donde cada individuo se convierte en un todo único y unitario. Para ello es prioritario establecer políticas de salud con carácter de cuidado humanizado (conectividad, receptividad y reciprocidad), y el fortalecimiento de la participación del estado empoderado y de la sociedad civil organizada. En conclusión: Después de más de medio ciclo de intensa "investigación científica", es hora de que la desnutrición crónica infantil como hecho social sea contemplada desde la perspectiva transdisciplinaria que plantea el enfoque crítico/dialéctico de la nueva epidemiología; priorizando lo colectivo por encima de lo individual, conformando equipos transdisciplinarios, promoviendo la eficiencia y eficacia en el cuidado, y diseñando y ejecutando estrategias de intervención más coherentes e integrales para combatirla.

¹ Magíster en Gestión de los servicios de salud. Docente de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, Cajamarca, Perú. Email: oblitag0309@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3578-7558>

² Magíster en Salud Pública. Docente de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, Cajamarca, Perú. Email: wilycarranza1989@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5365-9499>

³ Magíster en Salud Pública. Docente de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, Cajamarca, Perú. Email: jaguar_306@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8491-1132>

In the footsteps of chronic childhood malnutrition: an endemic global health problem in Chota, Cajamarca, Peru

ABSTRACT

Keywords:

Malnutrition
Social fact
Collective health
Critical epidemiology
Public policies

The present study aims to analyze chronic child malnutrition as a social fact, an expression of underdevelopment and a consequence of social inequalities (conventional epidemiology versus critical epidemiology) that are generated in the spaces of daily life of the most unprotected. Its approach implies departing from conventional epidemiology - from its "cold" statistical determinants and its "famous" multicausality (cause / effect) - where the individual and biologist level prevails over the community and social level. Furthermore, it is known that this has brought with it fragmentation and stagnation in its approach; since, no matter how "exact" and "exhaustive" their "methods" are, at the moment the results of their interventions are insufficient. In this context we propose an intervention from the critical epidemiology of: Breilh J (2003), Bengoa JM (2008), Lévi-Strauss (1956), Arendt Hannah (1997), accepting that this is a complex reality (social fact) that has dimensions (general, particular and singular), and where each individual becomes a unique and unitary whole. For this, it is a priority to establish health policies with a humanized care character (connectivity, receptivity and reciprocity), and the strengthening of the participation of the empowered state and organized civil society. In conclusion: After more than half a cycle of intense "scientific research", it is time for chronic child malnutrition as a social fact to be viewed from the transdisciplinary perspective posed by the critical / dialectical approach of the new epidemiology; prioritizing the collective over the individual, forming transdisciplinary teams, promoting efficiency and effectiveness in care, and designing and executing more coherent and comprehensive intervention strategies to combat it.

Introducción

La desnutrición crónica indica la carencia de los nutrientes necesarios durante un tiempo prolongado¹, es un grave problema de salud pública que quebranta irreversiblemente el derecho a la vida, el crecimiento y desarrollo, produce daños físicos y deficiencia de aprendizajes que se proyectan por generaciones mermando la productividad y el capital humano de los países². Esta situación indica la existencia de inequidades socioeconómicas, especialmente en los países en vías de desarrollo, que ha traído como consecuencia más pobreza y subdesarrollo³.

En la actualidad se dispone de cuantiosos datos estadísticos que nos permiten seguir los pasos de la desnutrición crónica a través del tiempo⁴ en sus diferentes espacios geográficos y sociales; pero estos cuantiosos datos no han sido suficientes para prevenirla ni mucho menos erradicarla. Las estadísticas en desnutrición son señales inequívocas, de que las políticas públicas en salud⁵

ofertadas para combatirlas no han sido suficientemente efectivas⁶. Los grandes o pequeños avances al respecto deben ser analizados con mesura, porque objetivamente no se ven reflejados en una calidad de vida óptima de las poblaciones. Por lo tanto, reducir las inequidades es la clave para el desarrollo de nuestros pueblos, lo cual sería posible, mediante políticas públicas de salud articuladas, multisectoriales y multidimensionales, más aún en situaciones de pobreza y pobreza extrema.

Desde la mirada de la desnutrición como una calamidad social, expresión de subdesarrollo y consecuencia de las desigualdades sociales, abordamos esta problemática desde dos perspectivas. Por un lado, contextualizando el hecho desde las tan mencionadas y abundantes estadísticas producidas por la comunidad científica hegemónica, representada por instituciones como la Organización de la Naciones Unidas (ONU), la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Instituto de Estadística e

Informática del Perú (INEI) y académicos como Mariños et al.⁷, Osorio et al.⁸, entre otros. Estadísticas que casi siempre dejan de lado el espacio sociocultural y sanitario donde se engendra la desnutrición.

Por otro lado, se pretende hacer un abordaje epistémico de la desnutrición desde la mirada de la epidemiología crítica, utilizando concepciones como las de: Breilh J⁹, Bengoa JM¹⁰, Lévi-Strauss¹¹, Arendt Hannah¹², entre otros, aproximándose a comprender esta realidad más profundamente (más allá de los datos y las evidencias de los estudios existentes). Para ello partimos de que la construcción de la salud colectiva y el comprender – no tras un escritorio, sino en el “corazón” donde se presenta; no eventualmente, sino tras periodos prolongados – del proceso salud/enfermedad pasa por el rescate de la memoria colectiva y la revaloración del sujeto histórico⁹ como fuentes generadoras de información que van más allá de las “frías” estadísticas, negar la importancia de lo histórico y de las condiciones específicas de la estratificación y desigualdad social existente.

En ese sentido abordar la desnutrición crónica infantil desde la epidemiología crítica⁹ requiere enfrentar los tradicionales y hegemónicos paradigmas “cuantificadores” del problema y ubicarse en el lado contra-hegemónico, desde: la situación de la sociedad civil oprimida, los comités de acción y gremios laborales, los colegios profesionales, las organizaciones comunales, los espacios políticos, los ámbitos académicos y no académicos, y desde los organismos de desarrollo social. Esto implica encarar al “poder” representado por el propio estado^{5,10}; y tener presente que la desnutrición crónica infantil es un hecho social^{13,14} de realidad compleja. Entonces es fundamental promover la identificación de las causas sociales de la desnutrición (prevenibles y por lo tanto inaceptables) que nos permitan implementar políticas de salud, económicas y sociales con miradas de abordaje transdisciplinar (integrado, visión conjunta, entendimiento mutuo, multidimensional e integral), y promover posibles soluciones desde el potencial del ser humano y sus comunidades como agentes promotores de decisiones políticas.

Desarrollo

Contextualizando la desnutrición crónica: Las “frías” estadísticas

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se prevé que hacia el 2030 la desnutrición será responsable de aproximadamente 250 mil muertes anuales⁵. Asimismo, de

los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible planteados en el 2015, específicamente el Objetivo uno refiere “poner fin a la pobreza” y el dos “hambre cero”, ambos relacionados con la desnutrición crónica infantil (DCI)¹⁵.

La desnutrición crónica es producto de los lamentables determinantes sociales en los que viven la mayoría de las familias, afirma Mariños⁷. Por ello, sigue siendo el arma más crítica de la exclusión social que margina y “mata” a los más excluidos y vulnerables. La UNICEF¹⁶ lo define como el retraso del crecimiento, e indicador de un proceso crónico de malnutrición, producto de los efectos acumulados de la inadecuada ingesta de nutrientes durante un periodo prolongado, que aumenta el riesgo de contraer enfermedades.

Esto implica un problema de salud pública multicausal, potencialmente reversible, que afecta el desarrollo físico y mental del niño, perpetuando la transmisión intergeneracional de la pobreza, con consecuencias permanentes en la salud y educación de las poblaciones más vulnerables (pobreza, pobreza extrema y ruralidad)^{17,18}.

A nivel mundial

Se observa una reducción lenta en la prevalencia de DCI, en el 2016 fueron 155 millones de niños, mientras que al 2017 está afecto a 151 millones de niños (el 90% vive en Asia y África con prevalencias superiores al 40%)^{16,19}. Sin dudas es un avance sustancial, pero sigue siendo imperante y una gran carga social en los países de medianos y bajos ingresos.

En América Latina y el Caribe (LAC)

Osorio⁸ afirma que, la situación nutricional de la región es un indicador más de las desigualdades sociales, y a su vez causa y consecuencia de la pobreza. Según UNICEF¹⁹ la tendencia ha venido a la baja, en general en Suramérica 7.5%, (2,5 millones), en Mesoamérica, 14.1% (2,3 millones) y, en el Caribe 8% (286 000 mil) de niños se vieron afectados en el 2017. El caso más alarmante es Guatemala con tasas superiores al 50%^{7,19}. De mantenerse la tendencia en el 2025 el Caribe y Sudamérica reducirán un 40% la proporción de niños menores de cinco años con DCI¹⁶. Múltiples estudios como los de Jasso y López²⁰, Buitrón et al.²¹, Mamani et al.²², y Bubak et al.²³ corroboran la tendencia. Pero ¿Nos estamos olvidando de los rezagados?, ¿No será que son los socialmente más excluidos y vulnerables?, ¿Acaso ellos no tienen los mismos derechos?

En el Perú

El 2018, la DCI afectó al 12.2% de los niños menores de cinco años, cifra que disminuyó en 0.7 puntos porcentuales en comparación al 2017 y en un 5.3% en los últimos cinco años. Es mayor, en el área rural (25.7%) que en el área urbana (7.3%), en niños de madres con nivel educativo primario o inferior (25.6%) y en menores de tres años (13.1%)^{17,24}. Datos parecidos a los reportados por Perdomo²⁵, Cruzado de la Vega²⁶, Castillo y Calsin²⁷, y Díaz et al.²⁸. Las tasas más altas se reportaron en Huancavelica (32.0%) y Cajamarca (27.4%), se redujo en las regiones de Loreto (3.8%), Pasco (3.5%) e Ica (3.3%), y aumentó en regiones como: Amazonas (3.3%), Huánuco (2.8%) y Junín (1.9%)^{17,29}. Del 2000 al 2018 tan solo se redujo en 11.6%; siendo las zonas rurales las más afectadas³⁰, y las que presentan mayores desigualdades.

Cajamarca es una de las 24 regiones del Perú, ubicada al norte del país, aproximadamente el 75% de su población procede o vive en la zona rural, es la región menos competitiva del país, la primera en cuanto a índices de pobreza y pobreza extrema, y las brechas de inequidades sociales, y económicas son alarmantes.

Ante esto, es válido mencionar que, la extensa “literatura” producida en el mundo entero, ha generado abundante conocimiento cuantitativo, el mismo que se ha traducido en la puesta en marcha de innumerables intervenciones y esfuerzos para combatirla³¹⁻³⁴. Pero entonces, a pesar de tanta dedicación, ¿por qué no podemos mejorar el problema de la desnutrición crónica?

Abordaje epistémico de la desnutrición crónica: Una mirada desde la epidemiología crítica

El terreno de la vida cotidiana con matices de sentido común que utilizamos en el actuar diario; espacio donde la praxis y las concepciones teóricas de una formación académica europeizada muestran sus limitaciones al asumir un verdadero diagnóstico de la realidad socio-sanitaria, choca con la realidad que implica el abordaje de la DCI. La misma que necesita ser estudiada in situ y con nuevas formas de intervención en la que se plantee una nueva construcción teórica/metodológica, que explique la realidad con una perspectiva crítico-dialéctica desde el mismo “corazón” de este espacio.

Acurio³⁵ plantea abordar el tema de la desnutrición desde la epidemiología crítica, aceptando que esta es una realidad compleja (hecho social) que tiene dimensiones (general, particular y singular), y donde cada individuo se

convierte en un todo único y unitario. Apartándose de la epidemiología tradicional (causa - efecto), donde prima el plano individual y biológico, sobre el comunitario y social; pues es sabido que esta ha traído consigo, la fragmentación de la realidad social y el estancamiento del abordaje de la desnutrición; ya que por más “exactos” y “exhaustivos” que sus “métodos” sean, al momento los resultados de sus intervenciones resultan insuficientes.

Al respecto Breilh⁹, desde la epidemiología crítica plantea, que para entender la realidad socio-sanitaria como colectivo social debemos abrirnos a las posibilidades más objetivas de la complejidad y la diversidad de esta realidad; tratando de comprender la diversidad de sujetos y la valoración igualitaria de “lo distinto” en estos sujetos. Para ello se tiene que romper el cerco de la ciencia hegemónica dominante, de la priorización de lo cuantitativo – estadísticas – buscando mantener viva la dialéctica de diversidad y unidad para la mejor comprensión de esta realidad (considerar al individuo como algo complejo y no como algo complicado). Realidad que debe ser abordada desde lo ontológico (comprender la realidad del ser), lo epistemológico (el cómo aproximarse al conocer) y lo praxiológico (el modo de hacer).

En este punto Levi Strauss, afirma que para entender un problema, es necesario un “ojo de pescado” con un rango óptico de 360°, que nos permite acercarnos, observar y comprender los acontecimientos de la vida desde una perspectiva holística que integre la realidad como un todo¹¹. Realidad compleja como lo es la DCI, que hoy en día se manifiesta como uno de los problemas sociales más deshumanizantes que doblega a las sociedades menos favorecidas.

Bajo la concepción de la epidemiología crítica, la cual tiene inclinación por la praxis, con énfasis en lo humano, científico y político; mediante la construcción consciente de una forma de modelo de desarrollo que nos permita conocer la realidad desde adentro “desde el mismo corazón de la sociedad (persona, familia, comunidad)”, además de tener la virtud de vincular el conocimiento y la práctica al campo ético de la investigación; nos preguntamos: ¿Qué hacer: para cambiar, aplacar y tratar de resolver esta situación social deshumanizante e injusta de salud pública, denominada desnutrición crónica?

¿Qué acciones y actitudes debemos tomar y asumir para cambiar este padecimiento y liberar de estas injusticias a los más desprotegidos?... La solución quizá sea pasar del período de la comprensión de la realidad (todo el conocimiento teórico/conceptual de la desnutrición

crónica), a otra realidad que implique el compromiso ético-moral de la sociedad en su conjunto para con los más desfavorecidos. Pasando del investigar al accionar, lo que formaría parte de un deber más general, el del proteger los intereses de estos “seres humanos”³⁶; esto a través de un abordaje transdisciplinar que incluya planes y estrategias que peritan a los equipos transdisciplinarios brindar cuidados coherentes, efectivos, eficaces e integrales a los niños y sus familias.

Comprender donde se gesta la DCI nos acerca a valorar la experiencia del contexto, y nos facilita su extenso entender como condición fundamental para el aprendizaje y la comprensión total de esa realidad. El interactuar prolongado (convivencia) con esa realidad y con los sujetos (niños, madres, familiares, comunidad, etc) nos permite presenciar y sentir lo que sufren en estos extremos escenarios de la vida quienes la padecen.

En ese sentido Bengoa menciona “...el producto de estancias cortas y circunstanciales en el mundo rural, nos limitan a una observación parcial y una idea focalizada, superficial y fragmentada de la realidad social”³⁷. Entonces para entender el panorama general de la DCI debemos observar esta realidad desde “fuera” y luego intervenir en su solución desde “adentro”, desde el mismo lugar donde se produce, incluyendo además el componente intercultural, afectivo y espiritual. Todo ello permitirá construir una visión global de la desnutrición crónica, donde estado y colectivo social, identifican y relacionan la multidimensionalidad de la DCI que aqueja a los más desprotegidos.

Breilh propone que la salud colectiva y la epidemiología deben construirse desde la interculturalidad, para así aprovechar la propia riqueza, crecimiento y renovación del pensamiento popular; a través de nuevos marcos interpretativos, traducción recíproca de conocimiento, nuevas formas de análisis y generar conceptos sanitarios renovados⁹.

En palabras de Arendt, se deben establecer consensos que deben ser implementados según la responsabilidad de los decisores¹². Es en esta situación, que es imprescindible integrar la dimensión política a los problemas de salud pública, como un aspecto fundamental, para crear e impulsar estrategias de intervención capaces de disminuir y prevenir esta injusticia. Esta integración tiene implícita el cuidado humanizado; donde el estado por su responsabilidad social asumirá el rol de cuidador y la sociedad civil un rol de demandante de cuidado. Por lo tanto, una política de cuidado humanizado engloba esa

relación interactiva entre Estado efector y cuidador de salud, y por otro lado la persona y/o colectivo receptor del cuidado³⁸.

El cuidado humanizado incluye lucha, rebeldía y auto-protesta contra esta sociedad que observa inmutable la vida de los más desfavorecidos y que a la luz del día merecen por lo menos algo más que compasión^{39,40}. Para ello el cuidado debe ser abordado desde la transdisciplinaridad, es decir, buscando establecer relaciones intensas de interacción entre los miembros del equipo de salud (equipo transdisciplinar), lo que les permitirá intercambiar información, conocimientos y habilidades, y trabajar de forma cooperante y complementaria entre sí; brindar cuidados orientados en la familia, coordinados e integrados para afrontar las complejas necesidades de los niños con DCI; esto ayudara en la eficiencia y efectividad del cuidado, mayor libertad y menos confusión en la familia, planes y estrategias de intervención más coherentes e integrales, y el fortalecimiento del desarrollo profesional que mejore su conocimiento. Además, cabe precisar que entre los miembros del equipo transdisciplinar, la familia es un miembro clave.

Cabe preguntarnos entonces ¿Por qué tanta injusticia y egoísmo en estos tiempos?, ¿Acaso será que nos hemos convertido en “humanos” “deshumanizados y deshumanizantes”?, la verdad es que las personas, las familias y las sociedades se construyen mutuamente, nadie puede construirse solo. Por todo esto, las posturas individualistas o egocéntricas, no tienen lugar para quienes trabajen en los espacios de la DCI.

Dejar de lado el egoísmo y el individualismo, implica adoptar compromisos ético/morales - establecer políticas de salud pública que consideren a la DCI como una forma de exclusión e injusticia, y actuar con energía y urgencia en su solución, a través de la prestación de cuidados con enfoque transdisciplinarios que se encuentren fundamentados en una ética de protección y no solo en el “discurso” del derecho - con la sociedad más desposeída (pobres y pobres extremos=desnutrición), y hacerle frente a esta realidad de profundas desigualdades, de exclusión y “teratologías sociales” alarmantes, donde la denominada “economía de libre mercado” a diario especula con los precios de los alimentos y amplía las brechas sociales. ¿Cómo es posible concebir tanto egoísmo?, ¿Cómo hacer más dinero, especulando con la comida de los más pobres? Por lo tanto, en este contexto es fundamental comprender los mecanismos y ámbitos donde se origina la injusticia de la desnutrición, y se perpetúa la exclusión social.

La DCI siempre ha estado vinculada con la pobreza, pero con una pobreza monetaria, la misma que permite una supervivencia prolongada, triste y lamentable en lo que se refiere a calidad de vida, y que continúa siendo un obstáculo para el desarrollo; sin embargo la pobreza de hoy, es distinta, es una pobreza interna que sumerge a la familia en la depresión al no poder salir de ella sin la ayuda de la sociedad, a la cual se suma la descomposición familiar. Carmona¹⁴ enfatiza que, la pobreza económica es el origen de la salud-enfermedad y está resultado de procesos sociales estructurales equitativos o inequitativos que determinan la desnutrición. En tanto que Bengoa al referirse a los tipos de pobreza, refiere “de la pobreza externa se puede salir con oportunidades de trabajo y buena salud, pero de la pobreza interna no se sale solo, aunque existan buenas oportunidades”¹⁰.

Finalmente diremos que transcurridos 20 años del siglo XXI, nos encontramos aún frente al desafío de empezar a luchar verdaderamente por combatir la DCI, sin egoísmos e individualismos, desde la investigación pero sobre todo desde la acción, desde afuera pero sobre todo desde adentro “desde el corazón del problema”; es decir, ver la desnutrición como un todo (realidad compleja) y no en partes fragmentada “en trozos”. Pero aún nos encontramos sin un proyecto de sociedad viable para la humanidad; por lo tanto, nos urge desarrollar un proyecto social que responda al reto de preservar la vida, la libertad y la dignidad humana³⁶, considerando a la alimentación, como un derecho humano fundamental.

Conclusiones

Después de 50 años de intensa investigación, es hora de que la desnutrición crónica infantil como hecho social sea contemplada desde la perspectiva transdisciplinar que plantea el enfoque crítico/dialéctico de la nueva epidemiología. Puesto que, la parafernalia científicista con la que se ha investigado ha sido insuficiente para erradicarla, pues casi todos los países en los que hace medio ciclo la desnutrición crónica infantil imperaba como problema de salud pública, son los mismos en los que hoy en día persiste.

Es indudable que para erradicar la desnutrición crónica infantil como problema de salud pública es necesario contar con la voluntad política de las decisiones del “gobierno”; pues, ningún problema de salud endémico se ha erradicado solo con conocimientos científicos, más aún si no se modifica positivamente la calidad de vida de las poblaciones socialmente excluidas. En la provincia de chota, casi una tercera parte de los niños nacen, crecen y

se desarrollan en condiciones de extrema pobreza. Este escenario solo se logrará superar mediante estrategias de intervención a largo plazo ancladas en marcos institucionales y legales, y respaldados por los tomadores de decisiones políticas (estado) y por la sociedad civil organizada (colectivo social). Si y solo si, con estas intervenciones se buscara evitar que en la población afectada por la pobreza impere la idea de que la desnutrición crónica es un hecho tan natural – normalización de la realidad – y parte acompañante de su vida cotidiana.

La desnutrición crónica infantil no solo debe ser abordada desde sus “fríos” determinantes estadísticos y su “famosa” multicausalidad, sino también desde el establecimiento de políticas públicas con carácter de cuidado humanizado. Finalmente diremos que eliminar la desnutrición crónica de las entrañas de las poblaciones socialmente excluidas y vulnerables será más fácil, si la miramos como un hecho social, más que simples “estadísticas”, si priorizamos lo colectivo por encima de lo individual, y si contamos con una población empoderada y con un optimismo para fecundar su bien-estar social.

Bibliografía

1. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. La desnutrición infantil: causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. [Internet]. Madrid, España: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2011 [consultado 20 Noviembre 2020]. Disponible en: https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/Informe_La_desnutricion_infantil.pdf
2. Martins V, Florêncio T, Grillo L, Franco M, Martins PA, Clemente AP, et al. Long-Lasting Effects of Undernutrition. *Int. J. Environ. Res. Public Health* [Internet]. 2011 [consultado 20 noviembre 2020]; 8: 1817-1846. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph8061817>
3. Reinhardt K, Fanzo J. Addressing chronic malnutrition through multi-sectoral, sustainable approaches: a review of the causes and consequences. *Front. Nutr* [Internet]. 2014 [consultado 15 Septiembre 2020]; 13(1): 1-11. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fnut.2014.00013>
4. Vega FL. Hitos conceptuales en la historia de la desnutrición proteico-energética. *Rev. salud pública de México* [Internet]. 1999 [consultado 21 Noviembre 2020]; (41)4: 328-333. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/>

- ?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v41n4/41n4a11.pdf
5. Polo FH, Gollner RC. El pensamiento político y su repercusión en la política sanitaria peruana y latinoamericana. ACC CIETNA [Internet]. 2016 [consultado 14 Septiembre 2020]; 4(1):4-13. Disponible en: <https://doi.org/10.35383/cietna.v4i1.27>
 6. Hersch P, Pisanty P. Desnutrición crónica en escolares: itinerarios de desatención nutricional y programas oficiales en comunidades indígenas de Guerrero, México. Rev. Salud colectiva [Internet]. 2016 [consultado 20 Septiembre 2020]; 12(4): 551-573. Disponible en: <https://doi: 10.18294/sc.2016.917>
 7. Mariños C, Chaña R, Vidal M, Valdez W. Determinantes sociales de la desnutrición crónica infantil en el Perú. Rev. Perú. Epidemiol [Internet]. 2014 [consultado 20 Noviembre 2020]; 18(S1-e04): 01–07. Disponible en: http://determinantes.dge.gob.pe/archivos/publicaciones/desnutricion_cronica_infantil.pdf
 8. Osorio IM, Romeroll GA, BonillaIII, H, Aguadol LF. Socioeconomic context of the community and chronic child malnutrition in Colombia. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2018 [consultado 27 Septiembre 2020]; 42(1):52-73. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v52/0034-8910-rsp-S1518-52-87872018052000394.pdf>
 9. Breilh J. Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e intercultural. 1.a ed. Quito: Lugar Editorial; 2003.
 10. Bengoa JM. Significación social del hambre en América Latina. Archivos Venezolanos de Nutrición [Internet]. 2008 [consultado 30 Septiembre 2020]; 21(2): 110-112. Disponible en: <http://bvspers.paho.org/texcom/nutricion/art08a.pdf>
 11. Lévi-Strauss C. Tristes Tropiques. Paris. Piñón. En: Archives de sociologie des religions [Internet]. 1956 [consultado 14 Septiembre 2020]; 2: 156-157. Disponible en: https://www.persee.fr/doc/assr_0003-9659_1956_num_2_1_1306_t1_0156_0000_2
 12. Arendt Hannah. ¿Qué es política?. Traducción, Rosa Sala R [Internet]. 1 ed. Barcelona: Paidós. 1997 [consultado 15 Septiembre 2020]. Disponible en: <https://elartedepreguntar.files.wordpress.com/2009/06/arendt-hannah-que-es-la-politica1.pdf>
 13. Vázquez JP. La concepción de hecho social en Durkheim. De la realidad material al mundo de las representaciones colectivas. Rev. Política y Sociedad [Internet]. 2012 [consultado 23 Agosto 2020]; 49(2):331-351. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/37625>
 14. Carmona J, Correa AM. Determinación social de la desnutrición y el retardo sicomotor en preescolares de Urabá (Colombia). Un análisis con la Epidemiología Crítica. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. 2014 [consultado 28 Septiembre 2020]; 32(1):40-51. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v32n1/v32n1a05.pdf>
 15. Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Organización de las Naciones Unidas. La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: Una oportunidad para América Latina y el Caribe. Chile, Santiago: Oficina regional para las Américas de la OMS [Internet]; 2018 [consultado 01 Noviembre 2020]. 93 p. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/40155-la-agenda-2030-objetivos-desarrollo-sostenible-oportunidad-america-latina-caribe>
 16. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia/Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura/Organización Panamericana de la Salud/Programa Mundial de Alimentos. Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2018. Chile, Santiago: Oficina regional para las Américas de la OMS [Internet]; 2018 [consultado 11 Septiembre 2020]. 133 p. Disponible en: <http://www.fao.org/3/CA2127ES/CA2127ES.pdf>
 17. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2018 [Internet]. Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2019 [consultado 11 Septiembre 2020]. 299 p. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1656/index1.html
 18. Hernández A, Tapia E. Desnutrición crónica en menores de cinco años en Perú: análisis espacial de información nutricional, 2010-2016. Rev. Esp. Salud Pública [Internet]. 2017 [consultado 13 Septiembre 2020]; 91(1):1-10. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/170/17049838032.pdf>
 19. United Nations Children's Fund / World Health Organization / World Bank Group. Levels and trends in child malnutrition: Joint Child Malnutrition Estimates [Internet]. Washington DC, USA: Key findings of the 2018 edition; 2018 [consultado 21 Septiembre 2020]. 16 p. Disponible en: <https://www.who.int/nutgrowthdb/2018-jme-brochure.pdf>

20. Jasso L, López M. El impacto de los Determinantes Sociales de la Salud en los niños [Internet]. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. 2014 [consultado 21 Septiembre 2020]; 71(2):117-125. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v71n2/v71n2a9.pdf>
21. Buitrón D, Hurtig AK, San Sebastián M. Estado Nutricional en niños Naporunas menores de cinco años en la Amazonia ecuatoriana. Rev. Panam Salud Pública [Internet]. 2014 [consultado 20 Septiembre 2020]; 15(3):151-159. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2004.v15n3/151-159/>
22. Mamani Y, Luizaga JM, Illanes DE. Malnutrición infantil en Cochabamba, Bolivia: la doble carga entre la desnutrición y obesidad. Gac Med Bol [Internet]. 2019 [consultado 10 Agosto 2020]; 42(1): 17-28. Disponible en: <http://www.scielo.org.bo/pdf/gmb/v42n1/v42n1a4>
23. Bubak V, Sanabria M, Sánchez S, Medina N. Perfil nutricional de niñas y niños indígenas menores de cinco años del Paraguay y su asociación con factores socioeconómicos y otros determinantes sociales, Encuesta de Hogares Indígenas 2018. Revista de Pediatría de Asunción [Internet]. 2018 [consultado 24 Agosto 2020]; 45(1):25-36. Disponible en: <https://doi.org/10.31698/ped.45012018004>
24. Bullón L, Astete L. Determinantes de la desnutrición crónica de los menores de tres años en las regiones del Perú: subanálisis de la encuesta ENDES 2000. Anales Científicos [Internet]. 2016 [consultado 12 Septiembre 2020]; 77(2):249-259. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21704/ac.v77i2.636>
25. Perdomo CD, Rodríguez ER, Carrasco H, Flores HE, Matul SE, Moyano D. Impacto de un programa comunitario para la malnutrición infantil. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2019; 90(4):411-421. [consultado 20 Noviembre 2020]. Disponible en: <http://dx.10.32641/rchped.v90i4.901>
26. Cruzado de la Vega V. Pagos por desempeño para mejorar estado nutricional infantil: impacto de los convenios de apoyo presupuestario en tres regiones peruanas con alta prevalencia de desnutrición crónica infantil, 2010-2014. Rev Perú Med Exp Salud Pública [Internet]. 2017 [consultado 05 Septiembre 2020]; 34(3):365-376. Disponible en: <http://dx.doi:10.17843/rpmesp.2017.343.2987>
27. Castillo S, Calsin G. Factores socioeconómicos que determinan la desnutrición crónica infantil en niños menores de cinco años en el Perú – 2014. Semestre Económico [Internet]. 2017 [consultado 21 Septiembre 2020]; 6(1):26-43. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.26867/se.2017.1.61>
28. Díaz A, Arana A, Vargas-Machuca R, Antiporta D. Situación de salud y nutrición de niños indígenas y niños no indígenas de la Amazonia peruana. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2017 [consultado 23 Septiembre 2020]; 38(1): 49-56. Disponible en: https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015000600007
29. Oblitas A. Factores básicos, subyacentes e inmediatos asociados a la desnutrición crónica en niños de 6 a 35 meses de edad. Revista Nor@ndina Sociedad. 2018 [consultado 12 Septiembre 2020]; 1(2):53-62. Disponible en: <https://doi.org/10.37518/2663-6360X2020v1n2p53>
30. Pajuelo J, Miranda M, Bernui I. Asociación entre altitud de residencia y malnutrición en niños peruanos menores de cinco años. Acta Médica Peruana [Internet]. 2017 [consultado 28 Septiembre 2020]; 34(4): 259-265. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96654350002>
31. Ministerio de Agricultura y Riego del Perú. Estrategia nacional de seguridad alimentaria y nutrición 2013 – 2021 [Internet]. Lima, Perú: Ministerio de Agricultura y Riego del Perú; 2016 [consultado 15 Septiembre 2020]. Disponible en: <https://www.minagri.gob.pe/portal/download/pdf/seguridad-alimentaria/estrategia-nacional-2013-2021.pdf>
32. Ministerio de Salud del Perú. Programa presupuestal: Programa Articulado Nutricional (PAN). [Internet]. Lima, Perú: Ministerio de Salud del Perú; 2015 [consultado 15 Septiembre 2020]. Disponible en: https://www.minsa.gob.pe/presupuestales2017/archivos_apelacion/anexo2/anexo2-ARTICULADO%20NUTRICIONAL.pdf
33. Ministerio de Salud/Instituto Nacional de Salud. Plan nacional para la reducción de la desnutrición crónica infantil y la prevención de la anemia en el país 2014 – 2016 [Internet]. Lima, Perú: documento técnico ed. No. 01–MINS/INS; 2016 [consultado 21 Noviembre 2020]. Disponible en: https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/cenan/depydan/documentosNormativos/10_Plan%20DCI%20Anemia%20%20Versi%C3%B3n%20final.pdf
34. Ministerio de Salud del Perú. Plan nacional para la reducción y control de la anemia materno infantil y la desnutrición crónica infantil en el Perú: 2017-2021.

- [Internet]. Lima, Perú: documento técnico ed. No. 01-MINSA; 2017 [consultado 04 Septiembre 2020]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4189.pdf>
35. Acurio D. Pensando una epidemiología para la alimentación: Una genealogía de los estudios nutricionales en Ecuador. Salud Colectiva [Internet]. 2018 [consultado 21 Septiembre 2020]; 14(3):607-622. Disponible en: <https://doi.org/10.18294/sc.2018.1538>
36. Comins I. Filosofía del Cuidado de la Tierra como Ecosofía. Daimon. Revista Internacional de Filosofía [Internet]. 2016 [consultado 18 Septiembre 2020]; 67(1):134-148. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/daimon/201501>
37. Bengoa JM. Sanare: Relato de un médico rural. An Venez Nutr [Internet]. 2002 [consultado 24 Agosto 2020]; 15(1):37-41. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-07522002000100007&lng=es.
38. Polo FH, Gollner RC, Rebaza HA, Pretell RM, Souza AI. Cuidado humanizado como Política Pública. El caso peruano. EEAN [Internet]. 2017[consultado 25 Agosto 2020]; 21(2):1-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170029>
39. Watson J, Smith M. Caring science and the science of unitary human beings: A trans-theoretical discourse for nursing knowledge development. J Adv Nurs [Internet]. 2002 [consultado 21 Noviembre 2020]; 37(5):452-61. Disponible en: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02112.x>
40. Gutiérrez R. La humanización de (en) la Atención Primaria. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2017 [consultado 21 Noviembre 2020]; 10(1):29-38. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2017000100005&lng=es