



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y ECONÓMICAS

CARRERA DE ECONOMÍA
TRABAJO DE GRADO

TEMA:

**“RELACIÓN ENTRE EL GASTO PÚBLICO EN SALUD Y LA
DESNUTRICIÓN INFANTIL EN EL ÁREA RURAL Y URBANA EN
EL ECUADOR”**

AUTORA:

NATALY ESTEFANIA FRANCO LOPEZ

DIRECTORA:

Econ. WILMA MATILDE GUERRERO VILLEGAS, MSc

Ibarra, 2022

Resumen

La desnutrición infantil es un problema al que la mayoría de países tienen que enfrentarse y en el Ecuador, está no ha tenido una reducción considerable. En este trabajo de investigación, se busca verificar y analizar si el incremento y la eficiencia del gasto en salud pública disminuyen los niveles de desnutrición infantil en las zonas urbana y rural, período 2008-2019. La investigación fue por medio del método estadístico de correlación, tablas de frecuencias, medidas de tendencia central y representaciones gráficas. Los resultados se ajustan a la teoría económica descrita, donde la desnutrición rural, tasa de pobreza, pobreza nacional y el coeficiente de gini tienen una correlación moderada negativa frente al gasto público en salud, sin embargo el tener un incremento en el gasto de salud pública no reduce la desnutrición infantil en cantidades óptimas, pero el desarrollo de programas y modelos implementados por el gobierno ayudan a tener una reducción leve de desnutrición infantil.

Palabras clave

Desnutrición, Crecimiento, Salud, Gasto Público.

Abstract

Child malnutrition is a problem that most countries have to face and in Ecuador, it has not had a considerable reduction. In this research work, we seek to verify and analyze if the increase and efficiency of public health spending decreases the levels of child malnutrition in urban and rural areas, period 2008-2019. The research was by means of the statistical method of correlation, frequency tables, measures of central tendency and graphic representations. The results are in accordance with the economic theory described, where rural malnutrition, poverty rate, national poverty and the gini coefficient have a moderate negative correlation with public spending on health, however having an increase in public health spending does not reduce child malnutrition in optimal amounts, but the development of programs and models implemented by the government help to have a slight reduction in child malnutrition.

Keywords

Malnutrition, Growth, Health, Public Expenditure.

CERTIFICACIÓN DEL ASESOR

En la calidad de Directora de Trabajo de Grado presentado por la egresada NATALY ESTEFANÍA FRANCO LÓPEZ, para optar por el título de ECONOMISTA, cuyo tema es **“RELACIÓN ENTRE EL GASTO PÚBLICO EN SALUD Y LA DESNUTRICIÓN INFANTIL EN EL ÁREA RURAL Y URBANA EN EL ECUADOR”**, considero que el presente trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del tribunal examinador que designe.

En la ciudad de Ibarra a los 27 días del mes de enero del 2022



Firmado electrónicamente por:
**WILMA MATILDE
GUERRERO
VILLEGAS**

.....
Econ. Wilma Guerrero
DIRECTORA TRABAJO DE GRADO



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN
A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	DE	1004208169	
APELLIDOS Y NOMBRES:	Y	FRANCO LOPEZ NATALY ESTEFANIA	
DIRECCIÓN:		OTAVALO: Calle Abdón Calderón y Baltazar Pillajo	
EMAIL:		estefy_30ar@hotmail.es	
TELÉFONO FIJO:		TELÉFONO MÓVIL:	0980169352

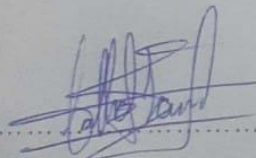
DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	RELACIÓN ENTRE EL GASTO PÚBLICO EN SALUD Y LA DESNUTRICIÓN INFANTIL EN EL ÁREA RURAL Y URBANA EN EL ECUADOR
AUTOR (ES):	FRANCO LOPEZ NATALY ESTEFANIA
FECHA: DD/MM/AAAA	2021-10-21
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO
TITULO POR EL QUE OPTA:	ECONOMISTA
ASESOR /DIRECTOR:	Econ. WILMA GUERRERO

2. CONSTANCIAS

El autor (es) manifiesta (n) que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que es (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume (n) la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 9 días del mes de marzo de 2022

EL AUTOR:

(Firma).....

Nombre: Nataly Franco

Agradecimiento y Dedicatoria

Primero agradezco a Dios por la bendición que siempre va conmigo y por la vida que me brinda.

Agradezco y dedico este trabajo a mi familia, especialmente a mi madre por ser un ejemplo e impulso en mi vida, en guiarme a ser mejor persona y seguir con mis estudios, a mis hermanas y demás familia porque mi logro es un motivo de alegría para todos.

A mis docentes Econ. Cristian Andrade, Doc. Xavier Dávalos y de manera especial a la Econ. Wilma Guerrero que me brindaron sostén, formación, conocimiento y sobre todo paciencia la cual hizo posible la culminación del trabajo de Integración Curricular.

Agradezco también a las personas que compartí las experiencias de una vida universitaria, mis amigas y amigos quienes me dieron su apoyo y compañerismo. Mis palabras son cortas pero con gran significado, en las cuáles quiero creer que volveré a verlos en la vida laboral, donde tendré la posibilidad de devolver la ayuda que me brindaron.

Nataly

Índice de Contenido

INTRODUCCIÓN.....	1
Antecedentes.....	1
Pregunta de Investigación.....	4
Objetivos de investigación	4
Objetivo General.....	4
Objetivos Específicos	4
Justificación	5
Capítulo I: Marco Teórico	7
1.1 Desnutrición infantil	7
1.2 Economía de la salud	10
1.3 Teoría del gasto público.....	12
Capitulo II: Metodología	20
2.1 Tipo y diseño de la investigación	20
2.2 Población de análisis.....	20
2.3 Instrumentos de investigación	20
2.4 Método de análisis de datos	21
Capitulo III: Análisis y discusión de resultados	23
Principales resultados	23
Análisis de correlaciones	30
Capitulo IV: Conclusiones.....	32
Bibliografía.....	34

Índice de Gráficos

Grafico 1: Curva DCI (Desnutrición crónica infantil).....	3
Grafico 2: Gasto salud (%PIB) período 2008-2019	24
Grafico 3: Rubros principales del gasto público en Salud del Ecuador % promedio del período 2008-2019.....	25
Grafico 4: Desnutrición rural período 2008-2019	26
Grafico 5: Desnutrición rural período 2008-2019	27
Grafico 6: Caja y bigote.....	28
Grafico 7: Caja y bigote.....	29

Índice de Tablas

Tabla 1: Marco Empírico.....	18
Tabla 2: Especificación de variables para realizar la correlación	21
Tabla 3: Rangos de los coeficientes de correlación para el análisis.....	22
Tabla 4: Estadísticos Descriptivos.....	30
Tabla 5: Correlaciones.....	31

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

Una nutrición adecuada es un beneficio altamente positivo ya que una persona bien alimentada tiene más probabilidades de ser productiva, incrementando la capacidad de aprendizaje y disminuye sus gastos en enfermedades. Esto beneficia a las familias, a sus comunidades y al mundo en general porque reduce los gastos de salud pública y evita ausentismos en el trabajo y bajo rendimiento escolar. La desnutrición es según la misma lógica, devastadora y sus repercusiones van más allá del ámbito de salud ya que genera efectos negativos en la economía, aspectos sociales e incluso culturales de los individuos. Lamentablemente, según UNICEF (2019), a pesar de los esfuerzos que se realizan en todo el mundo la desnutrición es aún “una de las principales amenazas para la supervivencia, la salud, el crecimiento y el desarrollo de las capacidades de millones de niños y niñas”, así como para el progreso de sus países donde las situaciones de emergencia o crisis a menudo se caracterizan por un acceso limitado a alimentos y agua así como por interrupciones en los servicios de salud.

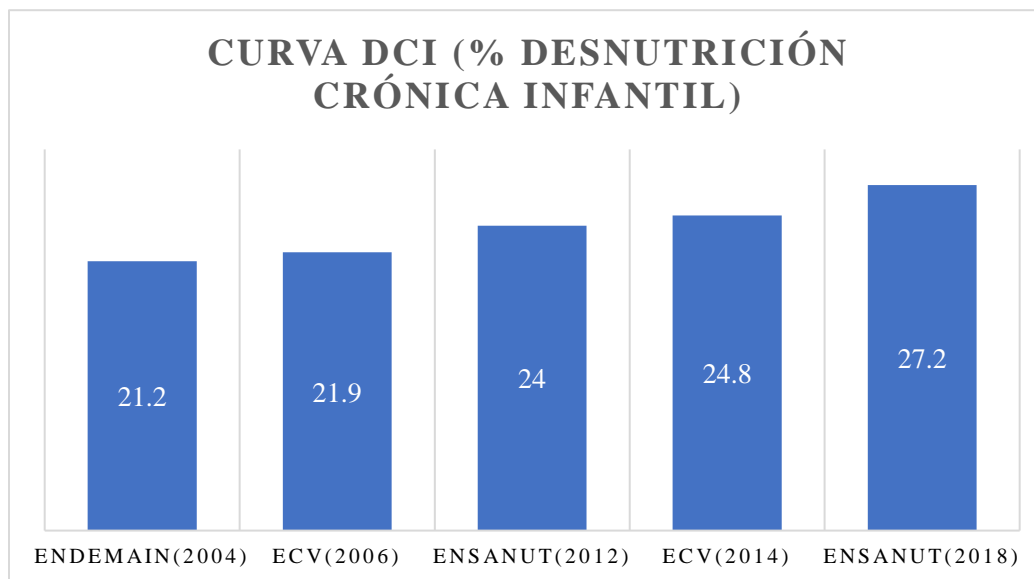
El gasto público en salud es un tema relevante en una economía, debido al impacto que tiene en la sostenibilidad financiera y en el acceso de la población a los sistemas de salud, debido a que se considera un derecho primordial en la vida. Molina, Pinto, Henderson, & Vieira (2000) mencionan que, el conocimiento del gasto en salud es esencial para la toma de decisiones acerca de la asignación de los recursos. La asignación eficiente de este sector permite evaluar la equidad y eficiencia donde son claves para comparar los esfuerzos de la sociedad y los gobiernos enfrentando los diferentes problemas de salud.

Por otro lado, la desnutrición infantil es un problema grave que se ha convertido en una de las principales preocupaciones del gobierno debido a que, según Lanchimba (2021), este problema afecta al 27,2% de los niños menores de 5 años en Ecuador, es decir que aproximadamente 1 de cada 4 niños en el país sufren de este problema, que repercute en la productividad del país y tiene un impacto negativo en la vida de los infantes. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) INEC (2012), la mitad de todos los

niños del área rural sufren de esta condición de salud, siendo este un problema que no se ve a simple vista. Esto está relacionado con efectos negativos que afecta directamente a su aprovechamiento escolar, guiando a desarrollar incluso enfermedades crónicas. Estos problemas son más severos en las zonas rurales donde 31,9% de los niños enfrentan esta situación negativa en comparación con el 19,7% de los infantes de las zonas urbanas, especialmente en la Sierra. Esta brecha es mayor al comparar los niños y niñas entre 1 y 2 años, ya que un 32,6% sufre desnutrición crónica y en niños menores de seis meses un 9,5%. INEC (2018). Esta condición a más de los efectos a nivel personal conlleva gastos asociados como lo señala Larrea (2005) quien afirma que se estima que los costos representan un 4,3% del PIB de Ecuador, en términos de costo de salud, educación, cuidado y pérdida de productividad.

Desde 1993, UNICEF (2018) declara que el Ecuador ha llevado adelante alrededor de 12 programas relacionados con salud y nutrición, pero la curva de la DCI (Desnutrición Crónica Infantil) en menores de cinco años casi no ha tenido variación. Sin embargo esta condición es considerada uno de los principales problemas de salud pública del país. UNICEF (2018), menciona que es importante conocer sus múltiples causas: alimentación inadecuada o insuficiente y las enfermedades continuas durante los primeros dos años de vida, además de otras carencias como: escasez de agua potable, saneamiento e higiene, y dificultades de acceso a los servicios de salud. Entre 2014 y 2018, el porcentaje de esta incluso se incrementó de 24,8% a 27,2% en menores de dos años y a uno de cada cuatro menores de cinco años en el Ecuador, por lo que esta curva es una de las principales problemáticas de la salud pública del país.

Grafico 1: Curva DCI (Desnutrición crónica infantil)



Fuente: ENDEMAIN, ECV, ENSANUT

Elaborado por: Autora

Es importante identificar las múltiples causas de desnutrición como la mala alimentación junto con las enfermedades continuas que se presentan durante los primeros años de vida del infante. A esta problemática se le pueden agregar más carencias como la escasez de agua potable, saneamiento e higiene y las dificultades de acceso a los servicios de salud. (Lanchimba, 2021). Esto señala la importancia de que el gobierno financie el gasto en salud y logre de manera eficiente una cobertura adecuada que mejore las condiciones de vida de la población. Sen (2000) citado en Báscolo, Lago, Geri, Moscoso, & Arnaudo (2014), declaran que “la buena salud y la prosperidad económica tienden a reforzarse mutuamente y una persona sana podrá obtener ingresos más fácilmente, y una persona con mayores ingresos podrá más fácilmente obtener asistencia médica, mejorar su nutrición y gozar de la libertad necesaria para llevar una vida más sana”(p.28). Un adecuado financiamiento público de este rubro podría garantizar mejores condiciones no solo de acceso a los servicios de salud teniendo en cuenta las necesidades de la población y sus condiciones económicas.

El país ha tenido un desempeño muy modesto respecto a disminuir los índices de desnutrición infantil, por la discontinuidad en las políticas públicas, la carencia en el monitoreo sobre la situación nutricional y de salud del país, y la falta del trabajo integrado entre el gobierno nacional y los gobiernos autónomos descentralizados. Según cifras de la

Comisión Económica para América Latina y el Caribe en 2011, el gasto público de Ecuador fue de 10,5% del Producto Interno Bruto, lo que fue el más alto de los países de América Latina. Mancilla & Zandal (2020). Sin embargo el gasto público se ha visto en constantes cambios ya que en 2017 este tuvo un crecimiento de 315 millones representando el 4,36% del PIB. Un mayor porcentaje en gasto público en salud ayuda, aparentemente, a tener un mejor Sistema de Salud ecuatoriano el cual ha estado bajo paradigmas no tan sólidos que con el tiempo han tenido constantes cambios (Jiménez Barbosa, 2017).

La salud es uno de los derechos primordiales que el Estado debe garantizar para la población mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas, y ambientales y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas de salud que mejoren las condiciones actuales. Según Mancilla & Zandal (2020) la salud pública en el Ecuador es financiada básicamente a través del Estado mediante el Sistema Nacional de Salud. En la actualidad, el compromiso que tiene este sistema es enfrentar rezagos de modelos anteriores que han fracasado por la falta de políticas enfocadas hacia el buen vivir, crear y dirigir nuevas políticas orientadas hacia el éxito y sobre todo provocar el cambio de conciencia por parte de la población en lo que se refiere a enfoques de salud ya que la desnutrición infantil, tanto a nivel urbano como rural, están muy relacionados con la pobreza pero también con hábitos alimentarios que podrían mejorar.

Pregunta de Investigación

¿El gasto de inversión en salud pública ha disminuido los niveles de desnutrición infantil en Ecuador a nivel urbano y rural?

Objetivos de investigación

Objetivo General

- Analizar los niveles de desnutrición y su relación con la inversión pública en salud

Objetivos Específicos

- Identificar los factores incidentes en la desnutrición infantil en la población ecuatoriana menor a 5 años en el período 2008-2019

- Examinar la composición del gasto en salud pública del estado y la evolución de los programas creados en el país para prevenir y disminuir la desnutrición infantil.
- Determinar la relación que existe entre el gasto público en salud y la desnutrición infantil en las zona rural y urbana

Justificación

La presente investigación se realiza debido a la gran problemática sobre la desnutrición infantil existente en el país e incluido a nivel mundial ya que esta es catalogada como una crisis que amenaza de supervivencia, el crecimiento y desarrollo de millones de niños. Esta enfermedad en los primeros 5 años produce daños físicos en el normal crecimiento provocado que un niño sin alimentación suficiente no alcance su pleno desarrollo y no pueda salir del círculo de pobreza en que se encuentra. Sin embargo a pesar de los esfuerzos tanto en destinación de gasto público en salud y las diferentes políticas que ayuden a prevenir y bajar los índices de desnutrición UNICEF (2008), afirma que para el Ecuador a pesar de los diferentes programas y los gastos en salud pública, no se ha producido una disminución en los niveles de esta problemática en los infantes y la presencia de problemas más severos en la zonas rurales.

Esta investigación pretende contribuir con un análisis que determine la eficiencia del gasto público en salud y si este ha generado cambios sustanciales en los niveles de desnutrición en zonas urbanas y rurales. Si bien existen estudios sobre la inversión pública en salud a nivel nacional, hay pocos análisis que hagan énfasis en la diferencia entre el efecto de esta inversión en zonas rurales y urbanas. Por otro lado se busca identificar los principales indicadores que ayuden conociendo las múltiples causas que conllevan a esta problemática, ya que diferentes estudios muestran que mientras más sana este una persona más fácil le será obtener ingresos mejorando así su nutrición, destacando que invertir en la primera infancia define el futuro de las personas puesto que en los primeros cinco años de vida es cuando el cerebro humano alcanza 90% del tamaño adulto y es en esta etapa que se puede estimular el potencial competitivo de los futuros hombres y mujeres de un país Malo, Mejía, & Vinueza (2015).

Los principales beneficiarios de esta investigación serán los habitantes que afrontan problemas de alimentación ya que, conocer la eficiencia del gasto en salud pública y su relevancia en la disminución de la desnutrición infantil, generaría una visión para la creación de estrategias más eficaces para mejorar la estabilidad económica y calidad de vida de los ciudadanos proporcionando mejores condiciones de acceso a los servicios de salud.

El gasto en salud pública, y sobre todo la problemática de la desnutrición son temas bastantes comunes y amplios por lo que el principal limitante de esta investigación es el tiempo establecido para la realización del trabajo y un análisis más detallado sobre el cumplimiento de las políticas frente a indicadores planteados por el país a nivel rural y urbano. La eficiencia del gasto público en salud tiene varios puntos que demandan un mayor análisis sobre todo por sus repercusiones en el panorama nacional, donde también los problemas de los servicios de salud son un enfoque de limitación, por lo que se deberían evitar a través de la gestión con justicia y equidad, promoviendo una gestión sostenible que ayude en el bienestar de la población.

El trabajo de investigación tiene como estructura cuatro capítulos. En el capítulo 1 se presenta una revisión teórica sobre la desnutrición infantil y el gasto en salud pública, junto con los diferentes programas enfocados en esta condición de salud. El capítulo 2 conforma la metodología empleada. En el capítulo 3 se muestra los principales resultados obtenidos mediante correlaciones y tabla descriptiva. Finalmente, en el capítulo 4 se encuentran las conclusiones y limitaciones del estudio.

Capítulo I: Marco Teórico

1.1 Desnutrición infantil

La desnutrición infantil es un problema difícil de erradicar en la mayoría de países. Esta es una de las características negativas que afectan principalmente al desarrollo y desenvolvimiento de infantes. En el niño esta problemática conlleva a un retraso en el crecimiento y en la talla. Naranjo, Alcivar, Rodríguez, & Betancourt (2020) declaran que "La prevención es importante, porque la desnutrición hace al niño más vulnerable a las enfermedades de tipo infeccioso debido a que se disminuyen las defensas del organismo, su crecimiento no es óptimo y se altera el desarrollo cognitivo y físico"(p.12), por lo que uno de las principales acciones para contrarrestar este problema es el seguimiento del proceso de crecimiento del niño por parte del personal sanitario el cual para mejorar los conocimientos básicos de nutrición y salud de las familias que los cuidan.

Para Unicef (2015), detrás de las causas inmediatas de la desnutrición infantil, son la falta de acceso a los alimentos, la falta de atención sanitaria, la utilización de sistemas de agua y saneamiento insalubres, y las prácticas deficientes de cuidado y alimentación. En el origen de todo ello están las causas básicas que incluyen factores sociales, económicos y políticos como la pobreza, la desigualdad o una escasa educación de las madres. En un estudio realizado por Martínez & Fernández (2006), se encontró que existen varios factores que están altamente asociados a la desnutrición, donde entre los factores medioambientales que más se correlacionan con la desnutrición se encuentra el acceso a los servicios básicos donde declaran que el acceso a suministro de agua y saneamiento, puede reducir en 14% la mortalidad de los niños menores de cinco años, en los factores socio culturales–económicos la pobreza es la que mayor influencia tiene encontraron que en América Latina la indigencia explica 50% de los casos desnutrición donde el mayor problema son los bajos ingresos (Martínez & Fernández, 2006).

La pobreza es sin duda un factor que puede llevar a incrementar la desnutrición infantil. Para Guardiola & González-Gómez (2010), esta temática es definida como la negación de las oportunidades básicas para el desarrollo humano. Es decir, la pobreza humana abarca toda la gama de capacidades y funcionamientos del ser humano. Más allá de la nutrición, las

necesidades básicas y el ingreso, la falta de libertad, el no disponer de recursos económicos suficientes para solventar el costo de una canasta básica de alimentos, nos lleva al concepto de extrema pobreza o indigencia. (Gutiérrez, Ciuffardi, Rokx, Brousset, & Gachet, 2017).

En América latina las desigualdades según Martínez (2005) se dan, por los salarios que ganan sus habitantes, las riquezas que poseen, pero también por el acceso a oportunidades tales como un puesto de trabajo bien remunerado o una educación de calidad. Si bien la pobreza y la pobreza extrema son indicadores de la desnutrición de un país, un hogar o un individuo, un entendimiento mayor sobre este fenómeno puede derivarse de su situación de desigualdad, esto es porque la desnutrición, afecta a las personas en cuanto a su condición económica y social, de forma heterogénea (CEPAL & UNICEF 2006).

La desigualdad nos lleva a tener desnutrición, más común en los infantes, donde esta problemática se dividen en dos grandes grupos: la desnutrición crónica o retraso en el crecimiento en el niño puede comenzar antes de nacer. Lanchimba (2021), menciona que si no se actúa durante el embarazo y antes de que el niño cumpla los 2 años de edad, las consecuencias son irreversibles con repercusiones durante el resto su vida. Las razones de la desnutrición de acuerdo a Malo, Mejía, & Vinueza (2015), generalmente empiezan con cuatro causas fundamentales: malformaciones, alteraciones genéticas, alteraciones metabólicas y alteraciones inmunológicas, haciendo de esta una recuperación difícil.

La población infantil incrementa su morbimortalidad con más frecuencia asociada a la desnutrición crónica. Guardiola & González-Gómez (2010), declaran que el indicador más utilizado para la determinación de desnutrición crónica, es la relación de la talla baja para la edad donde actualmente, se estima que más de 156 millones de niños y niñas menores de cinco años a nivel mundial no pueden explotar a plenitud su potencial de desarrollo mental y social por su situación de extrema pobreza, mala salud y alimentación inadecuada.

Por otro lado, tenemos a la desnutrición aguda la cual afecta todos los procesos vitales del niño o niña. Para el Centro Nacional de Epidemiología (2015), la principal característica es que debilita su sistema inmunológico por lo que están en mayor riesgo de enfermarse y morir por causas evitables, las cuales son tratadas a tiempo pueden afectar gravemente el desarrollo físico y cerebral del niño. Este problema empieza principalmente cuando el peso del infante es menos de lo que le corresponde con relación a su altura. Unicef (2015), menciona que la

desnutrición aguda contiene dos conflictos principales: la desnutrición aguda moderada y la desnutrición aguda grave y esta es la forma más grave, debido a que el niño tiene un peso muy por debajo del estándar de referencia para su altura, altera todos los procesos vitales del niño y conlleva un alto riesgo de mortalidad. El riesgo de muerte para un niño con desnutrición aguda grave es 9 veces superior que para un niño en condiciones normales (López, 2015).

En el Ecuador la desnutrición infantil de los últimos resultados, preocupa, debido a la alta incidencia de la desnutrición crónica y aguda en el área rural, así como en algunas provincias del país y en algunos pueblos y nacionalidades (INEC, 2015). El problema de desnutrición severa que existe en el Ecuador es de niños de 0 a 5 años, por lo que Malo et al.(2015) menciona que este problema se ve más en la zonas rurales que en la zonas urbanas, ya que las zonas rurales normalmente se encuentran personas de escasos recursos que tienen un ingreso menor al de las personas en zonas urbanas. Además, en la región donde existe mayor desnutrición infantil es en la Sierra, el registro de las tasas es mayores que cualquier otra región. Para Lanchimba (2021), es evidente que este problema tiene que ver mucho con los ingresos de las familias y la pobreza que existe en varias provincias y sectores del Ecuador, ya que muchos de ellos no ganan lo suficiente para poder tener acceso a un alimento nutritivo y alto en calorías. Existe una gran diferencia entre los grupos socioeconómicos relacionado con los resultados nutricionales, además de las diferencias por sexo, sector de residencia ya sea urbana o rural, etnia, región geográfica, ingresos, por lo que la desnutrición crónica es la que más se vive en el Ecuador.

En el área rural la desnutrición crónica asciende al 31,9%, en comparación con el 19,7% del área urbana. Esto coincide con una gran diversidad de estudios que explican la relación existente con el entorno, en el que el área rural presenta mayores necesidades básicas insatisfechas. Según datos de la Encuesta de Condiciones 2013-2014, la pobreza por necesidades básicas insatisfechas asciende al 59,9% en el área rural, superando en 35,5 puntos porcentuales a esta misma situación en el área urbana. En cuanto a la etnia, se conoce que los niños de origen indígenas tienen un porcentaje mucho más alto de tener desnutrición crónica (que es el 46,6%) y de desnutrición crónica grave (16,8%) en comparación a los otros

grupos raciales. Los niños de origen afro-ecuatorianos son los que están menos propensos y tienen la menor probabilidad de tener desnutrición crónica en un 14,2% (INEC, 2012).

1.2 Economía de la salud

Se observa últimamente en el sector sanitario un creciente interés por la economía de la salud. Collazo Herrera et al., (2002) informa que la importancia otorgada por dicho sector nos lleva a la relación objetiva de los conceptos de salud y economía, con obtención y mantenimiento que exige la unión del trabajo y el dinero. Por lo que no es posible imaginar ninguna estabilidad política o crecimiento económico sin que el bienestar se extienda a la sociedad en su conjunto, es decir, sin que las coberturas de salud y las oportunidades sociales sean iguales para todos.

Es claro que disminuir el gasto en salud impacta en la reducción de la esperanza de vida de las poblaciones, teniendo como consecuencia una directa disminución de la tasa de crecimiento económico, resultado de la pérdida de productividad de la fuerza de trabajo. Lucio, López, Leines, & Terán, (2019), determinan por ejemplo que, como consecuencia de una disminución en la esperanza de vida del 40%, debido a un recorte presupuestario en salud, la tasa de crecimiento económico disminuiría en 1,4 puntos porcentuales por año. La sostenibilidad del financiamiento para la salud es importante y depende de dos componentes: primero aumentar el espacio fiscal para la salud y el segundo es generar mecanismos que ayuden con la estabilidad del financiamiento de la misma.

Por lo que la intervención del estado en la salud nutricional es indispensable para combatir a la desnutrición y más problemas. Para Báscolo et al., (2014) el Estado tiene un objetivo claramente definido que es el bien común. De esta forma, el Estado es creado por y para el cumplimiento de su fin que consiste en crear las condiciones sociales que permitan a toda la comunidad su mayor realización. La alimentación y nutrición es un derecho fundamental, por lo tanto, es importante crear políticas para garantizar el derecho de toda persona a estar protegida contra el hambre y la malnutrición (Martínez & Palma ,2014).

Lo que la sociedad prefiere es que el Estado sea quien provea el servicio de la salud, siempre y cuando esté disponible para el conjunto, es decir de libre acceso para la sociedad. Lucio, López, Leines, & Terán, (2019) manifiesta que de este modo se justifica la existencia

de la intervención del Estado, sobre todo para atacar tres problemas fundamentales en la sociedad, eficiencia y estabilidad. El principal problema en la actualidad es la eficiencia de la gestión pública, como lo manifestó Argandoña, (1990), los servicios de sanidad sufren una enfermedad denominada el mal de una sociedad sobre regulada, en la cual se explica que el comportamiento racional de las personas que trabajan en el sector público promueve ineficiencia y poca rendición de cuentas que conspiran en contra de las políticas del Gobierno.

La Asamblea Nacional, (2008) señala que “la salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, alimentación, nutrición, educación, cultura física, trabajo, seguridad social, ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir” (p. 59). El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva.

En el país existen dos sistemas de salud: público y privado. Para Campos, (2017) el sector público comprende al Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), los servicios de salud de las municipalidades y las instituciones de seguridad social (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional).

Para Campos, (2017), este sistema tiene que tener una estructura financiera, oferta y cobertura el cual debe estar enfocada en un modelo que garantice un financiamiento el cual se apalanca principalmente en los impuestos de la ciudadanía y regalías estatales, y es ejecutado a través de transferencias fiscales a los entes administradores de recursos y, estos a su vez, a los prestadores de servicios de salud. Por otro lado, el país también ha organizado su financiamiento a través de un sistema de seguridad social público compulsorio, el cual según Lucio, López, Leines, & Terán, (2019), funciona a través de contribuciones patronales y personales obligatorias en los subsistemas del IESS, ISSFA, ISSPOL. Dichas contribuciones se apalancan fundamentalmente en recursos generados por la ciudadanía, puesto que económicamente los hogares son la cantera de las empresas, por lo cual contribuyen directamente con sus aportes personales, pero también a través de los aportes

que las empresas realizan. Con lo señalado el financiamiento del Sistema Nacional de Salud se articula a través de siete subsistemas los cuales son encargados de capturar y recopilar los recursos provenientes de tres fuentes: Gobierno, Hogares y Organismos Internacionales, en una variedad de modalidades de recursos que provienen de fuentes no excluyentes ni exclusivas, de carácter público, privado o mixto. Los subsistemas públicos según la Red Pública Integral de Salud, (2016) brindan una cobertura efectiva a más del 90% de la población ecuatoriana y la cobertura de salud privada a un 3% de la población.

Uno de los temas más importantes a ser tratados es el sistema de la salud pública es la equidad con la que son redistribuidos los recursos del estado. En 1990, el Informe sobre el Desarrollo Mundial proyectó un enfoque complementario para incrementar la eficiencia del gasto en salud pública dirigiéndolo hacia actividades eficaces en función del costo. Según Campos, (2017), la equidad en salud significa que ninguna persona debe estar en condiciones desfavorables para alcanzar su máximo potencial de salud, es decir todas las personas deberían tener las mismas oportunidades. Dicho de otra forma, una política de equidad no implica eliminar todas las diferencias de manera que todas las personas posean el mismo nivel y calidad de salud, se trata más bien de reducir o eliminar aquellas diferencias que resultan de factores que son considerados injustos.

La política sanitaria es parte esencial del gobierno de cualquier país para mejorar la distribución del bienestar de la población a través de la reducción de la inequidad social que son generadas por fuera del propio sistema de salud. En tal sentido la equidad, es el acceso a los servicios de salud al conjunto de la población, sin limitaciones ni barreras y para ellos la intervención del Estado juega un papel fundamental puesto que debe crear políticas que estén encaminadas a buscar la igualdad de oportunidades para la sociedad promoviendo una cultura sanitaria de calidad y eficiencia. (López, 2015).

1.3 Teoría del gasto público

Durante varios años, el principal objetivo del estudio de la economía fueron las finanzas públicas, por lo que el estudio del gasto público recibía muy poca atención. Esta observación fue formulada por Samuelson en 1954. Su teoría sobre los bienes públicos recibió principal atención en los campos de la economía pues eran factores que debían ser estudiados en su

conjunto por el impacto que generan en la economía de una nación. En el campo de la economía positiva se pueden encontrar varios autores como: Milton Friedman, Gunnar Myrdal y en especial Adolph G. Wagner; intentan explicar resultados empíricos observados en lo referente al crecimiento del Estado y su principal formulación es que a medida que aumenta el ingreso per cápita en los países en vías de industrialización, el Estado aumenta su participación en el Producto Bruto (Bulacio, 2005).

García (2014), analiza que la ley de Wagner menciona que en primer lugar se produciría un aumento de las funciones administrativas y protectoras del Estado como consecuencia de la sustitución de la actividad privada por la pública y de igual forma sostuvo que el aumento de la densidad de población y la urbanización son causales del aumento del gasto público debido a la necesidad de regulación económica. En segundo lugar este autor manifestó que aumentarían los gastos culturales y de bienestar, especialmente los relativos a educación, salud y redistribución de la renta.

El gasto en salud pública y sobre todo en lo referente a la desnutrición es un tema bastante comunes y amplios. Molina, Pinto, Henderson, & Vieira (2000), mencionan que el conocimiento del gasto en salud y su financiamiento, es esencial para la toma de decisiones acerca de estos recursos con el fin de evaluar la equidad y eficiencia de las asignaciones y además es clave para comparar los esfuerzos que hacen las sociedades y los gobiernos para enfrentar los problemas de salud que afectan a sus poblaciones. El gasto público debe dirigirse a la salud bajo la premisa de que un pueblo sano es un pueblo de alta productividad. Mancilla & Zandal (2020) mencionan que la vida de la gente cambia de manera sustancial si tiene acceso al alcantarillado o al agua potable, sin embargo el gasto público en salud es aparentemente insostenible durante mayor tiempo para varios analistas.

El sistema de salud pública en el Ecuador es financiado básicamente a través del Estado, que ha creado un Ministerio o Secretaría encargada de la regulación y planificación de la salud pública. Esta entidad se encarga de la inversión que el Estado ha realizado en obras de infraestructura, recuperación de hospitales, creación de programas y servicios sociales cuyo objetivo principal es el fortalecimiento en la atención hospitalaria en todos sus niveles a través de la innovación y capacitación a los profesionales de la salud, de tal forma que se

pueda crear una red de salud pública eficiente y que cubra las necesidades de la población en el país. Mancilla & Zandal (2020), señalan que el Ministerio de Salud Pública cuenta hoy en día con una nueva estructura orgánica, lo que ha permitido el fortalecimiento de políticas públicas implementadas por el Gobierno, de tal forma que la inversión o el aumento en el gasto público pueda ser distribuido y redistribuido de acuerdo a las necesidades que presenta cada provincia en virtud de la situación geográfica.

Las políticas públicas y los programas destinados a alimentación y nutrición que se han instaurado en el país se dieron en diferentes etapas. Según Carranza (2010) estas son:

- La primera etapa fueron a las políticas y programas antes del año 1995, caracterizadas por ser asistenciales y pocos planificados.
- Segunda etapa entre 1995 y 1999, donde se inicia el proceso de reforma del Estado y las instituciones públicas empezaron a integrarse en los programas y proyectos.
- La tercera etapa, está en los años 2000 y 2006, con la creación del Plan Social de Emergencia aparecen programas de protección para aliviar la crisis económica, enfocados en personas con situación de pobreza o vulnerabilidad
- Ya en el año 2006 se da la creación de la Ley de Seguridad Alimentaria y Nutricional que es el primer paso hacia un proceso en el que la alimentación y nutrición, se considerada política de Estado y derecho de los ciudadanos. Proceso que se consolida en el año 2008.
- La última etapa inicia en el 2008, se pasa de una política basada en el asistencialismo social, en donde los programas estaban enfocados a otorgar alimentación y estaban dispersos en diferentes entidades públicas, a una concepción intersectorial que busca mejorar las condiciones de los infantes atacando las diferentes causas de la desnutrición de manera articulada.

Según Calero León (2011), con esta ley, la alimentación y la nutrición pasan a ser acción prioritaria del gobierno y se la establece como política de Estado. Enfocada en formular y ejecutar políticas, planes y proyectos para garantizar la producción de alimentos en el país, facilitar su control de calidad y distribución, permitir su acceso y mejorar el consumo. Además se crea el Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria (SNSAN) que reúne a

instituciones públicas, privadas y comunitarias. También se forma el Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CONASA) como unidad coordinadora para dirigir y gestionar las políticas, planes y programas del SNSAN

En 2008 se aprobó la Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria y Reducción Acelerada de la Malnutrición Infantil (ENRAMI). Según Morgan (2013), busca conforme al Plan Nacional de Desarrollo, reducir de manera acelerada la desnutrición crónica infantil, además de otras deficiencias nutricionales como la anemia para el año 2010. Sin embargo, según Morgan, (2013) la desnutrición es un problema multicausal, señala que es necesario tener un enfoque intersectorial que trabaje a través de políticas públicas articuladas, lo que implica la intervención de varias instituciones del sector social y de todos los niveles de gobierno.

La inversión en los programas ha crecido de manera sostenida entre el año 2000 y 2018, de acuerdo con Marroquín, (2018) el monto de recursos transferidos por el Estado ecuatoriano al PMA para la operación de los programas de alimentación y nutrición se multiplicó por 8; pasando aproximadamente de US\$ 10,5 millones para el año 2000 a US\$ 86,2 millones en 2018. Existen también limitaciones en la oportunidad de las transferencias asignadas donde Carranza, (2011) declara que para cada programa, se asignan montos en base a las necesidades de inversión y gasto que debe realizar cada programa. El Ecuador se ha enfocado en tres principales programas: Programa Nacional de Alimentación y Nutrición (PANN), el Programa Aliméntate Ecuador (AE) y Programa de Alimentación Escolar (PAE). Donde el aumento del gasto social en los programas de alimentación se da con mayor proporción desde el año 2007, especialmente dirigido al Programa de Alimentación Escolar, sin embargo para Carranza, (2011) el enfoque de focalización de los programas se ha centrado siempre en pobreza, el debate existente ha sido si la focalización debe ser individual o geográfica; no se consideraron otros criterios de focalización como prevalencia de desnutrición, subnutrición e indicadores de seguridad alimentaria, a pesar que varios programas tenían un enfoque nutricional.

Sin embargo la eficiencia de los programa no se debe a problemas presupuestarios, Marroquín, (2018) declara que las limitaciones de estos están en su esquema operativo, por lo que se requiere de respuestas innovadoras, tanto en su estrategia como en el desarrollo de

mecanismos operativos del sistema de salud público. Por lo que Marroquín, (2018) afirma que los programas de alimentación son de los esfuerzos en el sector social que mejor focalizados están y que mejores características distributivas tienen en comparación con otras iniciativas del sector implementadas en el país, el componente de redistribución es de 0,37 para Aliméntate Ecuador; 0,39 para el PAE y 0,28 para el PANN. De igual manera, los índices de progresividad son para el PAE (0,40), para AE (0,38) y para el PANN 2000 (0,24).

En la actualidad existe el Plan Intersectorial de Alimentación y Nutricional Ecuador 2018-2025 reafirma la responsabilidad del Estado ecuatoriano. FAO (2018), establece que PIANE “corresponde a un proceso de planificación basada en fundamentos científicos y estricto análisis de la realidad del país, pero básicamente con un enfoque de corresponsabilidad del Estado y de las diferentes entidades involucradas, así como de la sociedad civil”. Este programa se formó en el marco de política pública internacional y nacional enfocada en el curso de vida de la población.

Todos los programas que se han llevado a cabo en el país también están enfocados en El cumplimiento de todos los ODM. La Declaración de los Objetivos del Desarrollo del Milenio en el año 2000 y su implementación durante 10 años ha mejorado la vida de cientos de miles de personas en el planeta. Los objetivos de desarrollo del milenio (ODM) de acuerdo con Villamil & Romero (2011), han constituido puntales inspiradores para acciones específicas entre las organizaciones que hacen parte del sistema de las Naciones Unidas para alcanzar los tres objetivos:

- Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre reducir la mortalidad infantil, en el cual se consideran los indicadores antropométricos del menor de cinco años que incluyen bajo peso para la edad, talla baja para la edad y peso bajo para la talla, la seguridad alimentaria y la composición del abastecimiento de alimentos.
- Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil, los indicadores como bajo peso al nacer, estado nutricional de la madre y la prevalencia de lactancia materna son útiles para medir el progreso de este objetivo.

- Objetivo 5: Mejorar la salud materna, este aspecto está íntimamente ligada al estado nutricional. La desnutrición incide de diferentes maneras las tasas elevadas de enfermedad y muerte.

Sin embargo la nutrición frente a estos objetivos tiene un progreso lento, por lo que se establecen estrategias y mecanismos de desarrollo enfocándose en reformar el sector público, reducción de la pobreza como una meta e intervenciones mixtas de salud y nutrición, las cuales pueden apoyar en la mejora de la calidad de servicios.

El último informe sobre el estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo, FAO, FIDA & PMA (2016), ayudará a determinar los problemas y contribuirá a hacer un seguimiento a escala mundial de los progresos realizados con respecto a los ODS :

“La prevalencia del sobrepeso y la emaciación se miden mediante el peso en relación con la estatura de los niños menores de cinco años, siendo los respectivos umbrales un peso respecto de la estatura superior a la mediana de las normas de crecimiento infantil de la OMS más dos veces la desviación estándar o un peso inferior a dicha mediana menos dos veces la desviación estándar” (pg. 16).

En este objetivo se señala que los principales indicadores en el ámbito de la alimentación y la nutrición son la prevalencia de la subalimentación, la cual es una estimación de la proporción de la población aquejada de privación grave de alimentos FAO, FIDA & PMA (2016), información relativa a la disponibilidad de alimentos la distribución de su consumo y las características de la población que determinan las necesidades de energía alimentaria como la edad, la distribución por sexos y el grado de actividad física.

Para poder tener un mejor enfoque, a continuación se presenta la Tabla 1 la cual posee la matriz del marco empírico, permitiendo sintetizar el aporte encontrado sobre la desnutrición infantil y el gasto en salud pública, donde junto con su metodología sirve de base para la presente investigación:

Tabla 1: Marco Empírico

Tema	Autor	Año	Metodología	Resultados
Financiamiento público del gasto total en salud: Un estudio ecológico por países según niveles de ingreso.	Báscolo, Lago, Geri, Moscoso, & Arnaudo	2014	Un estudio ecológico descriptivo y mixto, con variables como la proporción de gasto general del gobierno destinado al gasto público en salud, donde se intenta determinar si existe alguna relación entre dos variables utilizando modelos de regresión y/o correlación	Se concluye que el financiamiento del GTS tiene un mayor porcentaje público y una mayor proporción de su presupuesto a la salud, poseen en promedio un GTS per cápita más alto, este argumento es limitado por la posibilidad de que dicho gasto se distribuya en forma inequitativa.
Evaluación de resultados de las políticas públicas de inversión social en niños menores de 5 años (alimentación y nutrición 2007–2012)	Córdova M	2016	Se analiza la situación nutricional de los menores de cinco años, partiendo de un análisis de los principales indicadores sociales, alimentarios y nutricionales, analizando una evaluación histórica del principal indicador nutricional (desnutrición crónica) en relación a la inversión pública.	Se concluye que a partir del año 2008 se inicia un cambio en la concepción del problema de la desnutrición crónica, donde existe una relación directa con los niveles de desnutrición frente a la inversión pública.
Desnutrición Crónica Infantil, uno de los mayores problemas de salud pública en	Lanchimba R	2021	El estudio está enfocado en un análisis de la desnutrición crónica frente a los problemas de salud pública, con un	Se concluye que la desnutrición crónica tiene una relación directa con lo salud pública.

Ecuador			enfoque descriptivo y datos de panel.	
Hambre y desigualdad en los países andinos: la desnutrición y la vulnerabilidad alimentaria en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú	Martínez R	2015	Se realiza un estudio sobre el problema del hambre y la extrema pobreza en los países andinos, en particular Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú, incluye una descripción y un análisis de los factores centrales de la desnutrición, con relación a la evaluación preliminar sobre los avances alcanzados por los países en la consecución de las metas del milenio relativas al hambre y la pobreza.	Se concluye que los sectores rurales de las zonas altas de la cordillera de Los Andes son los más vulnerables a la desnutrición de los menores de 5 años. En Ecuador, destacan las provincias de Imbabura, Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo y Bolívar (con promedios hasta 50% más altos que las demás)
Modelo de análisis del impacto social y económico de la desnutrición infantil en América Latina	Martínez & Fernández	2006	Se realiza un análisis del impacto social y económico de la desnutrición infantil unto a un modelo ahondando en estimaciones que incluyan un análisis más exhaustivo sobre los efectos y costos asociados al déficit de micronutrientes frente a la afectación de esta en áreas de la salud, la educación y productividad.	Se concluye que entre los factores medioambientales que más se correlacionan con la desnutrición se encuentra el acceso a los servicios básicos y en los factores socio culturales–económicos la pobreza es la que mayor influencia tiene en la desnutrición infantil.

Elaborado por: Autora

Capítulo II: Metodología

2.1 Tipo y diseño de la investigación

La presente investigación tuvo como objetivo analizar los efectos del gasto público en salud sobre la desnutrición infantil en áreas rurales y urbanas del Ecuador durante el período 2008- 2019. En este trabajo se plantea una investigación con enfoque cuantitativo, el cual permite recolectar los datos de diferentes encuestas y plataformas de la desnutrición urbana y rural, gasto público y pobreza. Tiene un alcance explicativo ya que no solo describe el problema, sino también busca explicar el comportamiento y los determinantes que originan la desnutrición infantil. Es además un diseño no experimental debido a que no se realizó ninguna manipulación de los datos de las variables consideradas en el estudio. Con la recolección de datos históricos se podrá observar la relación que existe entre las variables estudiadas, por lo que también la convierte en una investigación de tipo correlacional.

2.2 Población de análisis

La información proviene de fuentes como: la Encuesta Nacional de la Situación Alimentaria, Nutricional y de Salud de la Población Ecuatoriana del Menor de cinco años (DANS, 1988), la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN, 2014) y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) en los años 2012 y 2018 realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC).

Los demás datos relativos a la desnutrición rural y urbana, los factores que más se relacionan con la desnutrición infantil y la pobreza, se obtuvieron de estadísticas y de estudios realizados por varias instituciones como: el Ministerio de Salud Pública (MSP,2017), Banco Mundial, tomando datos del año 2008 al 2019 los cuales son del período que se quiere estudiar, UNICEF y CEPAL y por último se reforzó la presente investigación con información obtenida de la Secretaría Nacional de Planificación (SENPLADES), encargada de formular políticas nacionales relacionadas con desnutrición.

2.3 Instrumentos de investigación

La fuente principal en la que se enfoca esta investigación es estudios realizados por Báscolo, Lago, Geri, Moscoso, & Arnaudo y Martines & Fernandez en los años 2014 y 2006 enfocados en el Financiamiento público del gasto total en salud y en un modelo de análisis

del impacto social y económico de la desnutrición infantil en América Latina. Consecuente al proceso de investigación será descriptiva ya que para analizar y explicar las condiciones en las que se encuentra la desnutrición infantil y el gasto en salud pública se manejó herramientas básicas de análisis estadístico como son: tablas de frecuencias, medidas de tendencia central y representaciones gráficas, logrando así determinar las características que poseen las variables.

También se detallan los procedimientos utilizados para el cumplimiento de los objetivos. Se realizó un análisis teórico basado en la investigación acerca de cómo surge la desnutrición infantil crónica y aguda en el Ecuador. Se muestra la evolución que ha tenido el gasto en salud pública entre el año 2008-2019, también la desnutrición infantil en zonas rurales y urbanas junto a los programas para lograr contrarrestar esta problemática y por último los niveles de pobreza para así realizar la comparación entre estas, ayudando a explicar por qué existe mayor desnutrición infantil en una zona que otra.

2.4 Método de análisis de datos

Con los datos de las diferentes encuestas, estudios y plataformas especialmente en el periodo 2008 -2019 se realizaron correlaciones para determinar la relación entre el gasto público en salud que hace el estado ecuatoriano y los niveles de desnutrición infantil rural y urbana. En la tabla 2 podemos ver las variables utilizadas en la correlación.

Tabla 2: Especificación de variables para realizar la correlación

Variab les	Unidad de Medida	Medición de tiempo
Gasto en salud PIB	% PIB	Anual
Desnutrición rural	%	Anual
Desnutrición urbana		
Tasa de pobreza	%	Anual
Pobreza nacional		
Pobreza extrema		
Gini	%	Anual

Elaborado por: Autora

Para poder determinar posteriormente el análisis de los diferentes rangos de los coeficientes de correlación, los resultados, si se obtienen valores de -1 se asumiría que existe una relación lineal negativa perfecta; y por el contrario si los valores obtenidos en la correlación son de +1 la explicación sería una relación lineal positiva perfecta; en el caso de obtenerse cero implicaría que no existe relación lineal entre las variables. Los rangos con los cuales se analizaron las correlaciones se citan en la tabla 3:

Tabla 3: Rangos de los coeficientes de correlación para el análisis

Rangos	Grado de correlación
$\pm 0 - \pm 0,20$	Escaso o nulo
$\pm 0,21 - \pm 0,40$	Débil
$\pm 0,41 - \pm 0,60$	Moderado
$\pm 0,61 - \pm 0,80$	Fuerte
$\pm 0,81 - \pm 1$	Fuerte y perfecto

Elaborado por: Autora

Capítulo III: Análisis y discusión de resultados

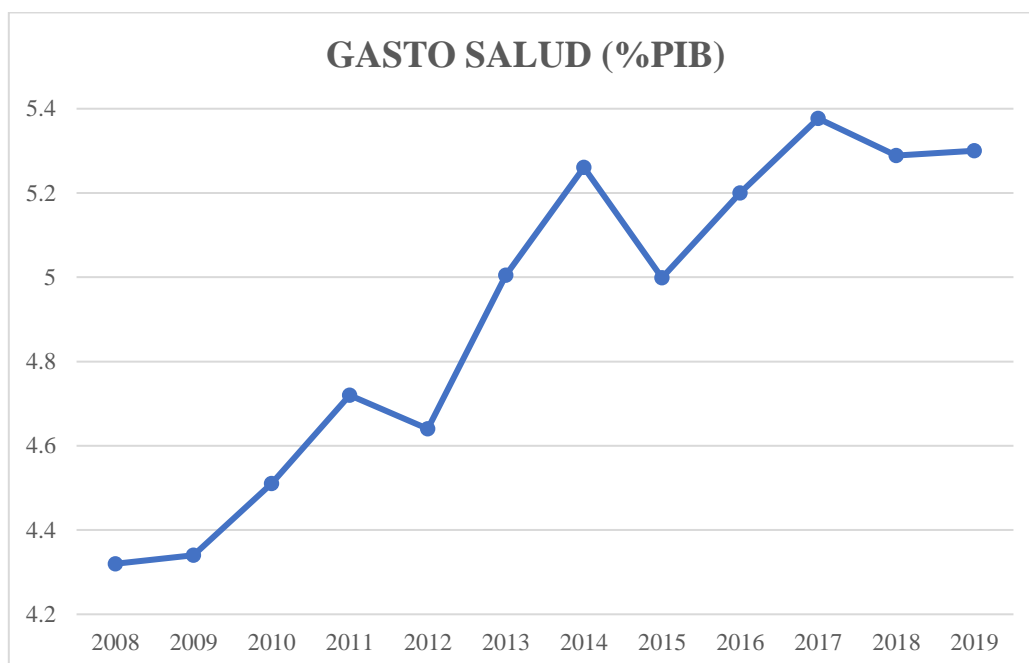
A continuación se muestra los resultados obtenidos en la investigación mediante la metodológica descriptiva en el capítulo anterior. En los siguientes gráficos se puede ver la influencia que han tenido las variables de estudio: gasto en salud como porcentaje del PIB, niveles de desnutrición rural, niveles de desnutrición urbana, tasa de pobreza, pobreza nacional, pobreza extrema y gini. Aquí se podrá responder la pregunta de investigación sobre si el gasto de inversión en salud pública ayuda a disminuir los niveles de desnutrición infantil en Ecuador a nivel urbano y rural.

Principales resultados

Como se puede observar en el gráfico 2, el gasto en salud en el Ecuador (como % del PIB) ha tenido variaciones significativas a través del tiempo estudiado, es así que en el año 2008 se destinaba el 4,3 % del PIB a este rubro hasta llegar al 5,8% del PIB en el año 2019. En este lapso de tiempo se ha registrado un incremento del 1,5% del PIB. El gasto en salud pública se ha incrementado debido a las diferentes políticas establecidas ya que Mancilla & Zandal, (2020) verifican que se garantizaron estas bajo la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, donde en el año 2012 – 2013 el 28,26% del presupuesto de salud fue comprometido para remuneraciones, 9,83% para bienes y servicios, 8,25% para transferencias y donaciones, y 10,18% para otros pasivos.

A pesar del gran incremento que se dio en dos años para el rubro del gasto en salud pública, como se muestra en el gráfico para el 2015 se obtuvo una reducción de un 2,2% donde se afecta directamente a los destinados al uso específico de fomentar hábitos saludables, prevenir riesgos que afecten la salud, preservar y curar la salud de la población principalmente de infantes los cuales son los más vulnerables a contraer enfermedades de desnutrición

Grafico 2: Gasto salud (%PIB) período 2008-2019



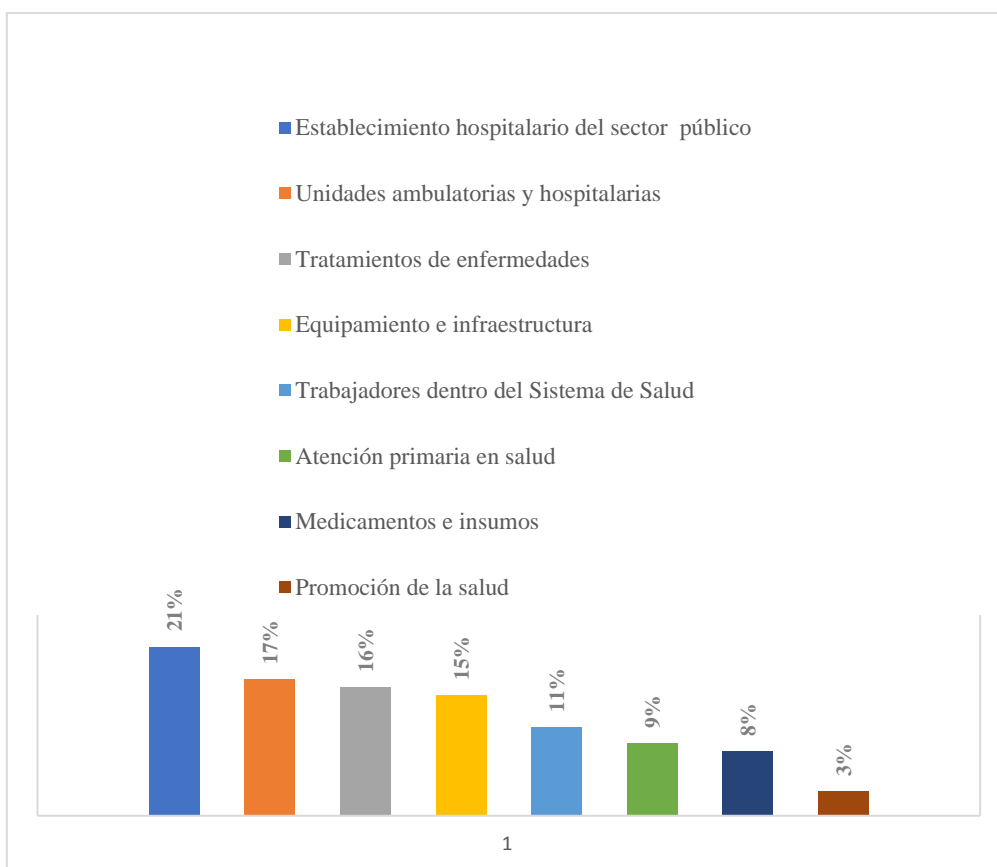
Elaborado por: Autora a partir INEC

En el gráfico 3 aparecen los rubros donde se destinó el gasto público en salud, en el cual se determina que los recursos son destinados mayormente a los establecimientos hospitalarios del sector público en el cual se tiene registrados 3 847 establecimientos de atención a la salud, de los cuáles el 21% pertenecen al sector público. En segundo lugar los recursos son destinados a las unidades de ambulancias y hospitalarias con un 18% de provisión de este servicio, luego viene la dimensión de tratamientos de enfermedades lo que quiere decir que todavía en Ecuador la salud se enfoca más en la parte curativa que en la preventiva representando un 16%.

El rubro de equipamiento e infraestructura es del 14% los cuales se utilizan para la construcción de 67 centros de salud, 10 nuevos hospitales y la repotenciación de varias unidades existentes, en lo que se refiere a los trabajadores se ha incrementado a un 11% dentro del sistema de salud sin embargo de acuerdo a Campos, (2017), aún se mantiene un déficit relativo en cuanto a médicos y enfermeras que se agrava debido a un sistema de contratación laboral en el sector que mantiene al esquema horario de cuatro, seis y ocho horas, dependiendo de la localización geográfica, el tipo de hospital y en general de la misma demanda en cada entidad operativa desconcentrada.

En sexto lugar se ubica la atención primaria en salud con un 11%, seguido de la atención primaria con un 9% enfocado en la salud física y mental de los ciudadanos. Los medicamentos e insumos en el país tienen un 8% reflejando un bajo porcentaje en la obtención de medicamentos y por último tenemos la promoción en salud el cual representa un 3%, cabe mencionar que estos rubros son los que más relevancia tienen en el período estudiado y los que mayor garantiza la atención de la salud como un derecho.

Grafico 3: Rubros principales del gasto público en Salud del Ecuador % promedio del período 2008-2019



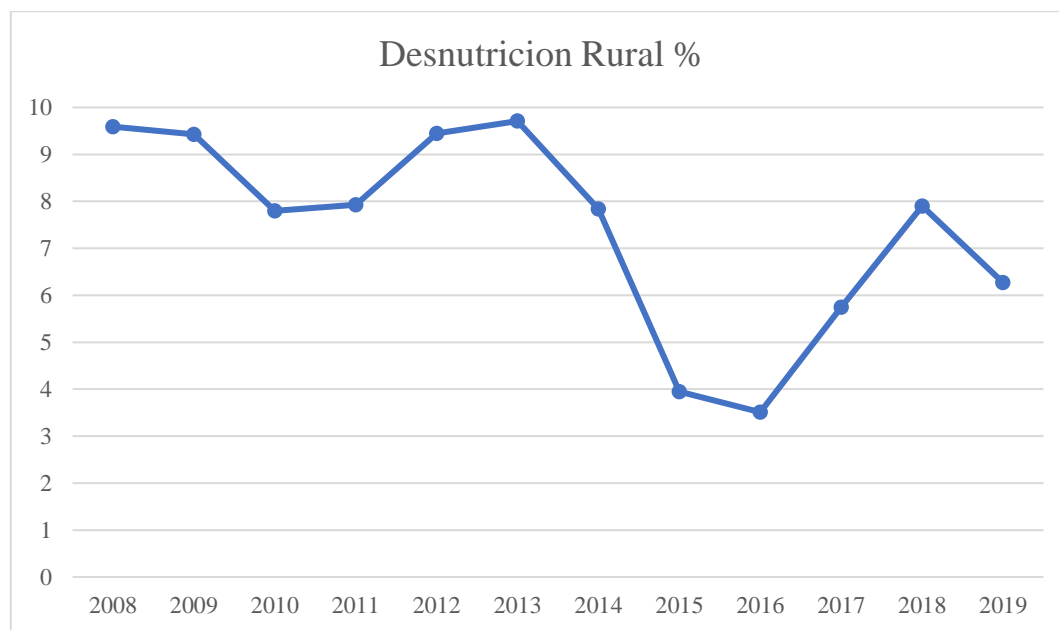
Elaborado por: Autora a partir MSP

En el gráfico 4, se puede apreciar la evolución de la desnutrición en el área rural, esta ha logrado su disminución en más de 3 puntos ya que en el año 2008 se presentaba un 9.59% de desnutrición en áreas rurales y para el año 2019 un 6.27%. Las principales causas que llevan a esto según Martínez & Fernández, (2006) es no contar con un adecuado funcionamiento de las actividades de los centros de salud, y a los accesos limitados de servicios de agua

potable y alcantarillado, debido a que en las zonas rurales este líquido proviene de vertientes y sistemas de agua entubada donde muchas veces viene contaminada y debido a esto también los proyectos de producción agricultura y ganadería lo que incide en los niveles deficientes de alimentación. Por lo que al tener vías adecuadas de repartición de agua reduciría el 14% la mortalidad de los niños menores de cinco años.

Al tener en cuenta la falta de servicios básicos en estas áreas en el año 2012 se creó el programa de agua potable y saneamiento rural en distintas provincias y en el año 2013 el programa de Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria y Reducción Acelerada de la Malnutrición Infantil (ENRAMI) donde en el año 2014-2015 se dio una reducción del 3,8%. Un estudio hecho por Morgan (2013), declara que los programas trajeron en sus inicios una reducción de manera acelerada de desnutrición crónica infantil, además de otras deficiencias nutricionales como la anemia, sin embargo se debe tener más intervención de instituciones del sector social y de todos los niveles de gobierno.

Grafico 4: Desnutrición rural período 2008-2019

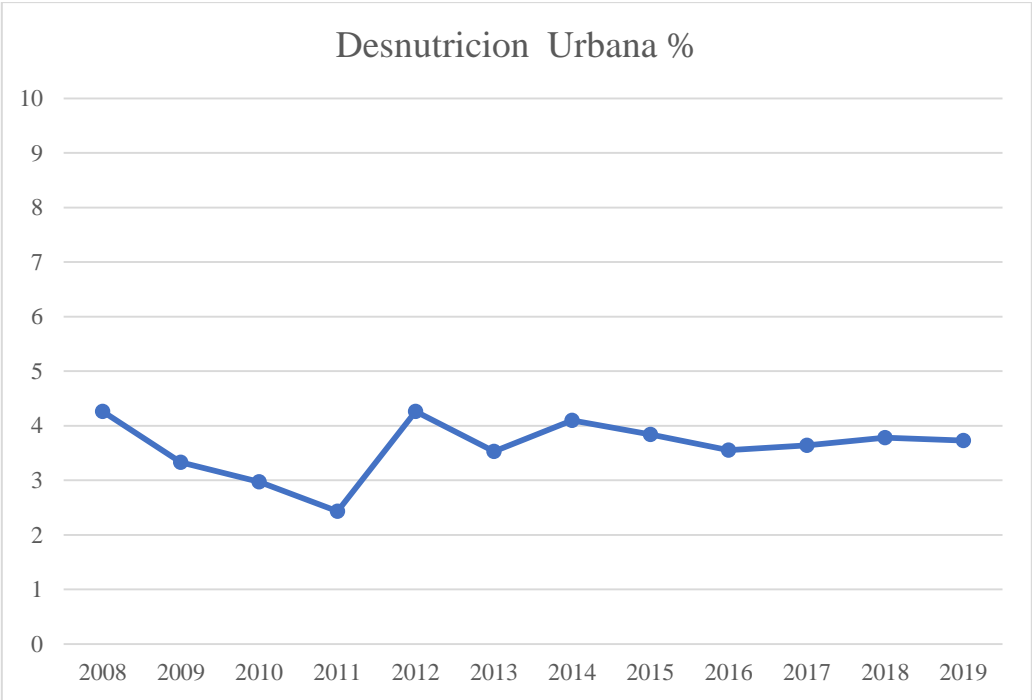


Elaborado por: Autora a partir INEC

En el gráfico 5, se observan los porcentajes de la desnutrición en el área urbana que reflejan que durante el período estudiado, ha existido una disminución leve. En el año

2008 la desnutrición urbana fue de 4,26%, en 2011 disminuyó a 2,43% debido a que en este año el Gobierno destinó en gasto en salud un 4,72% más en comparación a los anteriores. Sin embargo este problema no ha desaparecido, e incluso para el 2012 se incrementó un 1,83% ubicándose en 4,26% y desde ese año la disminución ha sido aún más leve. Para 2019, la desnutrición en áreas urbanas es de 3,73%, casi 3 puntos porcentuales menos que el área rural. Sin embargo, es importante que el gobierno financie el gasto en salud para disminuir este problema no solo en áreas urbanas sino también en las rurales.

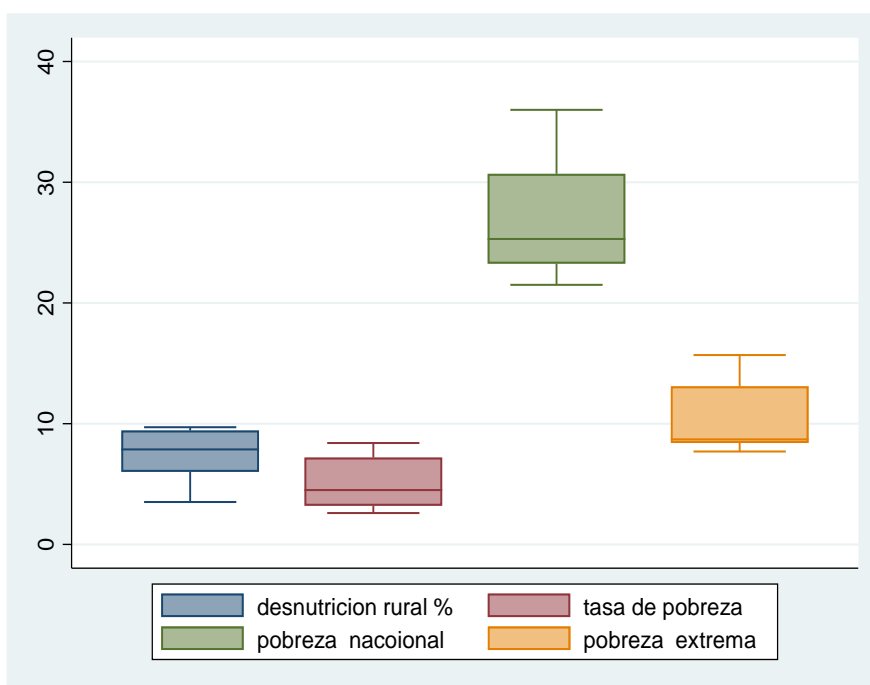
Grafico 5: Desnutrición rural período 2008-2019



Elaborado por: Autora a partir INEC

Como se puede observar en el gráfico 6, los datos de la variable desnutrición rural muestran una distribución asimétrica negativa, donde la mediana está más cerca al cuartil Q3 es decir la parte más larga es la inferior a la mediana y el bigote menor es más grande que el bigote mayor. Por otro lado las variables tasa de pobreza, pobreza nacional y pobreza extrema tienen una distribución asimétrica positiva, debido a que la parte más larga de la caja es la parte superior a la mediana. Es decir que la mediana está más cerca del cuartil Q1 y los datos en los bigotes mayores están más dispersos debido a que estos son más grandes que los bigotes menores en las tres variables mencionadas.

Grafico 6: Caja y bigote



Elaborado por: Autora a partir INEC

En el gráfico 7 podemos observar las variables gasto en salud %PIB, desnutrición urbana y gini. Los datos de la variable desnutrición urbana tienen una distribución asimétrica positiva, debido a que la parte más larga de la caja es la parte superior a la mediana. En cuanto a los datos de sus bigotes, estos están más dispersos en el bigote menor, por lo que éste es más grande que el bigote mayor. Además se puede evidenciar en esta variable un dato atípico en el año 2009, el cuál muestra 1,5 veces el rango intercuartil ($Q3 - Q1$) del borde de la caja. En cuanto a gasto en salud %PIB tiene una distribución asimétrica negativa, ya que la parte más larga es la inferior a la mediana y los datos están más dispersos en el bigote menor siendo este más grande que el bigote mayor. Por último la variable gini tiene una distribución asimétrica positiva, la parte más larga de la caja es la parte superior a la mediana donde esta variable está más cerca del cuartil $Q1$.

Grafico 7: Caja y bigote



Elaborado por: Autora a partir INEC

Los estadísticos descriptivos de las variables estudiadas se presentan en la siguiente tabla (Tabla 4). Se puede ver que el valor de la media de desnutrición urbana de 3.6183% y relacionado con su desviación estándar podemos observar que existe una distribución normal debido a que su $prob > z$ es 0,21091 mayor a 0,05, su valor mínimo es de 2.43% y el máximo 4.26% y su coeficiente de variación es de 14,6% es decir menor a comparación del coeficiente de variación de la desnutrición rural de 35,7%. La variable desnutrición rural también tiene una distribución normal asimétrica con un mínimo de 3,51% y un máximo de 9,71. Por otro lado el gasto en salud PIB tiene una media de 4,9133% con una desviación estándar de ,39% de dispersión o variabilidad, posee un intervalo de confianza entre 4,32% y un máximo de 5,37% , se puede apreciar que esta variable tiene una distribución simétrica ya que existe el mismo número de valores a la derecha que a la izquierda de la media. Por último se puede apreciar que las variables estudiadas presentan distribución de frecuencias normales, como se puede ver en Q1 y Q3, y coeficiente de variación el cual no son superiores a 0,80 sin embargo el gasto en salud PIB es el que posee mayor valor en su coeficiente de variación con un 0,89%

Tabla 4: Estadísticos Descriptivos

		Gasto Salud (PIB)	Desnutrición urbana	Desnutrición rural	Tasa de pobreza	Pobreza nacional	Pobreza extrema	Gini
Media		4.91	3.61	7.12	4.9	27.1	10.6	.457
Mediana		5.00	3.68	7.87	4.5	25.3	8.7	.45
Desviac.estánd		.39	.528	2.54	2	4.94	2.98	.018
Mínimo		4.32	2.43	3.51	2.6	21.5	7.7	.43
Máximo		5.37	4.26	9.71	8.4	36	15.6	.49
Percent.	Q1	4.34	2.97	3.51	3.2	22.9	7.9	8.33
	Q3	5.27	3.97	5.44	5.2	30.7	10.1	13.3
Coef.Variación		.079	.146	.357	.408	.182	.280	.407
	n							

Elaborado por: Autora

Análisis de correlaciones

En la tabla 5 se muestra las correlaciones entre las variables: gasto salud (%PIB), desnutrición urbana, desnutrición rural, tasa de pobreza, pobreza nacional, pobreza extrema y gini. Se puede observar que la variable del gasto en salud %PIB tiene una correlación moderada negativa con desnutrición rural y el coeficiente de gini, esto se debe a que desde el año 2008 al 2011 mantuvieron una tendencia descendente, sin embargo el gasto en salud %PIB con la desnutrición urbana una correlación moderada positiva donde claramente los recursos destinados al gasto público en salud no tienen ningún efecto en la disminución de desnutrición infantil en esta zona.

Por otro lado existe una correlación fuerte positiva con pobreza extrema, aquí se puede evidenciar que no existe una relación inversa, es decir que un incremento en el gasto en salud % PIB no disminuye los niveles de pobreza extrema. Por último la desnutrición rural tiene una correlación moderada positiva con la pobreza extrema y una negativa con la pobreza nacional, todo esto se explica ya que los niños que viven en zonas urbanas o zonas

rurales se encuentran a menudo en situación de precariedad, debido a la enorme pobreza, las cuales conllevan a que no pueden satisfacer apropiadamente sus necesidades elementales, llevando así a incrementar los niveles de desnutrición.

Tabla 5: Correlaciones

	Gasto Salud (% PIB)	Desnutrición urbana	Desnutrición rural	Tasa de pobreza	Pobreza nacional	Pobreza extrema	Gini
Gasto Salud (% PIB)	1,0000						
Desnutrición urbana	0,4165	1,0000					
Desnutrición rural	-0,5834	0,4767	1,0000				
Tasa de pobreza	-0,3765	-0,2182	-0,0376	1,0000			
Pobreza nacional	-0,9326	-0,4713	-0,4100	0,4734	1,0000		
Pobreza extrema	0,6791	0,2482	0,4671	0,2876	-0,6438	1,0000	
Gini	-0,5493	-0,2399	-0,1348	0,2943	0,7061	-0,5250	1,0000

Elaborado por: Autora

Capítulo IV: Conclusiones

En el trabajo realizado, se pudo apreciar el rol del gasto público en salud, el cual ayuda a poder tratar la condición que presentan los infantes, sin embargo existen más determinantes como: la mala distribución del agua, inexistencia de un adecuado funcionamiento de los centros de salud y la limitación que se tiene en alimentos, lo que hace que no se pueda reducir los niveles de desnutrición infantil de los sectores urbano y rural. También se evidencio que la desnutrición infantil tiene niveles más altos en las zonas rurales que en las zonas urbanas, ya que las zonas rurales normalmente se encuentran personas de escasos recursos que tienen un ingreso menor al de las personas en zonas urbanas. La desnutrición urbana en los últimos años ha tenido una disminución leve alcanzando en el año 2019 3,73%, mientras que en la zona rural para el mismo año es de 6.27% llegando a concluir que la desnutrición infantil en esta zona es mayor llevando a que exista también niveles escolares bajos.

En cuanto a los diferentes programas y políticas para disminuir la desnutrición infantil en el Ecuador ha evolucionado favorablemente, ya que gracias a programas y estrategias implementadas por el gobierno como: la ley de seguridad alimentaria y nutricional, estrategias nacionales de alimentación ENRAMI, SNSAN junto con el Plan internacional de alimentación y nutrición propuesto hasta el año 2025 y los tres principales programas de alimentación(AE,PANN Y PAE) los cuales han logrado que el 1.4% de los ciudadanos tengan una mejor visualización de lo importante que es la nutrición y como este es básico para que los infantes tengan un mejor desarrollo. También se pudo apreciar que entre el año 2013 al 2018 se ha duplicado la inversión en programas de salud de acuerdo a datos del BM, donde el Ecuador se encuentra entre los tres países que más han invertido, sin embargo esto no ha sido suficiente ya que ha existido solo una pequeña disminución de los indicadores de desnutrición como porcentaje de población, donde la eficiencia de estos programas no se debe a el presupuesto asignado ya que este ha sido creciente, sino a sus limitaciones de financiamiento y restricciones para su operación los cuales no ayudan a que estos sean más eficientes y logren el objetivo de disminuir la desnutrición infantil en el Ecuador.

Por último se observa que el gasto en salud % PIB tiene una fuerte y perfecta correlación negativa con pobreza nacional, es decir que al incrementar el gasto en salud

disminuye la pobreza nacional. En cuanto a la desnutrición infantil en zona rural existe una correlación moderada negativa con el gasto en salud, pero con desnutrición urbana existe una correlación moderada pero positiva, es decir que al incrementar el gasto en salud no se evidencia que existe una influencia en la disminución de los niveles de desnutrición en esta zona. En cuanto al coeficiente de gini existe una correlación moderada negativa es decir que si existe un incremento en el gasto en salud y se evidencia una disminución de este coeficiente. En cuanto a los estadísticos descriptivos se obtuvo que existe normalidad asimétrica en las variables desnutrición urbana y rural ya que su $prob > z$ son mayores a 0,05. La desnutrición urbana tiene un mínimo de 2,43 y un máximo de 4,26 a comparación de la desnutrición rural que tiene porcentajes mayores con un mínimo de 3,51 y un máximo de 9,71, en cuanto a las medida de tendencia central la desnutrición rural es mayor que la urbana con una diferencia de 3,5% y en cuanto a la dispersión relativa de los datos se obtuvo que en la desnutrición rural tiene mayor dispersión que la desnutrición urbana.

Como principal limitación de la investigación es el tiempo para realizarla, debido a esto no se pudo profundizar en el tema. La poca información en cuanto a datos que se requerían para tener un mejor resultado. Además, el principal factor fue la emergencia sanitaria del COVID-19 debido a que este imposibilitó la realización de estudios de campo para una mejor obtención de resultados que se asemejen a la realidad. Por ultimo varios artículos no han profundizado en el tema por lo que existen pocos trabajos realizados en el país.

Bibliografía

- Argandoña, A. (1990). El pensamiento económico de Milton Friedman. *IESE Business School*, 3, 32. Retrieved from <http://www.iese.edu/RESEARCH/PDFS/DI-0193.PDF>
- Asamblea Nacional. (2008). Constitución de la república del Ecuador 2008. In *Registro oficial 449 de 20 Oct. 2008*. Retrieved from www.lexis.com.ec
- Báscolo, E., Lago, F., Geri, M., Moscoso, N., & Arnaudo, M. F. (2014). Financiamiento público del gasto total en salud: Un estudio ecológico por países según niveles de ingreso. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 13(26), 60–75. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.RGYPS13-26.fpgt>
- Bulacio, J. M. (1999). La ley de wagner y el gasto público en Argentina. *Universidad Nacional de Tucumán*.
- Calero León, C. J. (2011). Seguridad alimentaria en Ecuador desde un enfoque de acceso a alimentos. In *Flacso*. Retrieved from <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/catalog/resGet.php?resId=52065>
- Campos, C. (2017). Evolución del sistema de salud de Ecuador: buenas prácticas y desafíos en su construcción. Década 2005-2014 TT - Evolution of health system Peru: Good practices and challenges in construction. Decade 2005-2014. *An. Fac. Med. (Perú)*, 78(4), 445–451. Retrieved from http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832017000400014
- Carranza, C. (2010). *ASESOR DE TESIS: Pablo Salazar Canelos LECTORES: Guillermo Fuenmayor Raúl Egas Quito, Abril de 2010*.
- Centro Nacional de Epidemiología. (2015). Protocolo de Vigilancia de la Desnutrición Aguda. *Centro Nacional de Epidemiología M.S.P.A.S*, 1, 28. Retrieved from <http://epidemiologia.mspas.gob.gt/files/Protocolos Antiguos/Protocolo Vigilancia de la DA.pdf>

- Collazo Herrera, M., Cárdenas Rodríguez, J., González López, R., Abreu, R. M., Gálvez González, A. M., & Casulo, J. C. (2002). La economía de la salud: ¿debe ser de interés para el campo sanitario? *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12(5), 359–365. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892002001100014>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), & United Nations Children's Fund - UNICEF. (2006). Desnutrición infantil en América Latina y el Caribe. *Desafíos: Boletín de La Infancia y Adolescencia Sobre El Avance de Los Objetivos de Desarrollo Del Milenio*, (2), 12. Retrieved from http://www.cepal.org/dds/noticias/desafios/8/23948/Desafios_Nro2_esp.pdf
- FAO (2018). *Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador*.
- FAO FIDA y PMA. (2016). *Seguimiento de la seguridad alimentaria y la nutrición en apoyo de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*: Retrieved from www.fao.org/publications
- García, M. J. (2014). *La ley de Wagner: un análisis sintético*. (January 2004).
- Guardiola, J., & González-Gómez, F. (2010). La influencia de la desigualdad en la desnutrición de América Latina: Una perspectiva desde la economía. *Nutrición Hospitalaria*, 25(SUPPL. 3), 38–43. <https://doi.org/10.3305/nh.2010.25.sup3.4992>
- Gutiérrez, N., Ciuffardi, T., Rokx, C., Brousset, H., & Gachet, N. (2017). *Apuntando alto retos de la lucha contra la desnutrición crónica en Ecuador* (pp. 24–36). pp. 24–36. Retrieved from <https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/2018/12/APUNTANDO-ALTO-4-OCTUBRE-2018-ilovepdf-compressed.pdf>
- INEC. (2012). *Encuesta Nacional De Salud*. 1, 47. Retrieved from www.ecuadorencifras.gob.ec/...inec/Estadisticas
- INEC. (2015). Actualización metodológica : el empleo en el sector. *Revista de Estadística y Metodologías*, 1, 57. Retrieved from <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estudios> e

- INEC. (2018). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. *Ensanut, 1*, 47. Retrieved from <https://ensanut.insp.mx/>
- Jiménez Barbosa, W. G., Granda Kuffo, M. L., Ávila Guzmán, D. M., Cruz Díaz, L. J., Flórez Parra, J. C., Mejía, L. S., & Vargas Suárez, D. C. (2017). Transformaciones del Sistema de Salud Ecuatoriano. *Universidad y Salud, 19*(1), 126. <https://doi.org/10.22267/rus.171901.76>
- Lanchimba, R. (2021). Desnutrición Crónica Infantil Uno de los mayores problemas de salud pública en Ecuador. *Unicef*.
- Larrea, C. (2005). Desnutrición, etnicidad y pobreza en el Ecuador y el Área Andina. *Uasb Digital, 23*. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10644/856>
- Lopez, Y. (2015). *Universidad Mayor San Andrés Universidad de Barcelona Vicerrectorado Centro Psicopedagógico y de Investigación en Educación Superior Universidad Mayor San Andrés Universidad de Barcelona Vicerrectorado Centro Psicopedagógico y de Investigación en Educació.*
- Lucio, R., López, R., Leines, N., & Terán, J. A. (2019). El Financiamiento de la Salud en Ecuador. *Revistapuice*, (November). <https://doi.org/10.26807/revpuice.v0i108.215>
- Malo, N., Mejía, M., & Vinueza, B. (2015). *Situacion de la desnutrición crónica en niños y niñas de servicios de desarrollo infantil integral.* 66. Retrieved from https://info.inclusion.gob.ec/phocadownloadpap/investigaciones/desarrollo_infantil_integral/situacion_de_la_desnutricion_cronica_en_ninos_y_ninas_de_los_servicios_de_desarrollo_infantil_integral.pdf
- Mancilla, J. C., & Zandal, H. I. (2020). *Gasto público en salud en el Ecuador Public expenditure in health in Ecuador Gasto público en saúde no Ecuador.* 2(April).
- Marroquín, S. (2018). Programas sociales de alimentación y nutrición del Estado

- ecuatoriano, estrategia nacional en favor de la alimentación saludable. *Economía*, 0(41), 73–96. Retrieved from <https://www.redalyc.org/pdf/1956/195649910004.pdf>
- Martínez, R. (2005). Hambre y desigualdad en los países andinos: la desnutrición y la vulnerabilidad alimentaria en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú. In *Series Políticas Sociales*. Retrieved from http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6116/1/S05788_es.pdf
- Martínez, R., & Fernández, A. (2006). Modelo de análisis del impacto social y económico de la desnutrición infantil en América Latina. In *Cepal - SERIE Manuales*. Retrieved from <http://www.oda-alc.org/documentos/1367529457.pdf>
- Martínez, R., & Palma, A. (2014). *Seguridad alimentaria y nutricional en cuatro países andinos Una propuesta de seguimiento y análisis*.
- Molina, R., Pinto, M., Henderson, P., & Vieira, C. (2000). Gasto y financiamiento en salud: situación y tendencias. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8(1–2), 71–83. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892000000700010>
- Morgan, M. (2013). *DE SALUD , ALIMENTACIÓN*.
- Naranjo, A., Alcivar, V., Rodríguez, T., & Betancourt, F. (2020). Desnutrición infantil kwashiorkor. *Revista Científica Mundo de La Investigación y El Conomeinto*, 4(1), 24–45. [https://doi.org/10.26820/recimundo/4.\(1\).esp.marzo.2020.24-45](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(1).esp.marzo.2020.24-45)
- Sen, A. (2000). La salud en el desarrollo. *Boletin de La Organizacion Mundial de La Salud- Recopilación de Artículos*, 1(2), 16–21.
- UNICEF. (2015). *Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento*. 36. Retrieved from https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/Informe_La_desnutricion_infantil.pdf
- UNICEF. (2006). *Convención sobre los derechos del niño*. 75–96. <https://doi.org/10.18356/51f8034c-es>

- UNICEF. (2008). *Lineamientos Estratégicos para la Erradicación de la Desnutrición Crónica Infantil en América Latina y el Caribe [sede Web]*. Panama: UNICEF; 2018 [actualizado en enero del 2008; acceso 24 enero de 2019]. Retrieved from <http://www.oda-alc.org/documentos/1376007632.pdf>
- UNICEF. (2019). Estado mundial de la infancia 2019. Niños, alimentos y nutrición. In *Niños, alimentos y nutrición Crecer bien en un mundo en transformación*. Retrieved from <file:///C:/Users/ASUS/Documents/SKRIPSI YAN GEK/UNICEFF TERBARU.pdf>
- Villamil, L., & Romero, J. (2011). Los objetivos de desarrollo del milenio (ODM) de las naciones unidas: ¿en dónde estamos y para dónde vamos?. Fuente de inspiración para priorizar las labores desde la academia. *Revista Lasallista de Investigacion*, 8(1), 126–135. Retrieved from <http://www.unesco.org/new/es/culture/themes/cultural-diversity/diversity-of-cultural-expressions/tools/policy-guide/planificar/diagnosticar/arbol-de-problemas/>