



Ecuador Crece Contigo
Fundación

Hacia un Ecuador sin DCI:

el camino de la Estrategia
Nacional de Prevención y
Reducción de la Desnutrición
Crónica Infantil

Hacia un Ecuador sin DCI:

el camino de la Estrategia
Nacional de Prevención y Reducción de
la Desnutrición Crónica Infantil



Ecuador Crece Contigo
Fundación

Presidente del Directorio de la Fundación
Ecuador Crece Contigo: Guillermo Lasso Mendoza

Director Ejecutivo de la Fundación
Ecuador Crece Contigo: Erwin Ronquillo

Coordinación Técnica y de investigación:
Estefani Jarrín

Equipo técnico y periodístico para el levantamiento
de información: Comunedeu: Renata Arequipa, Xavier Guerrero,
Samuel Martínez, Luisa Plúas, Verónica Salgado

Edición: Amelia Ribadeneira

Diseño: Prodigioso Volcán

Impresión: Imprenta Mariscal

Quito, septiembre del 2024

Índice

Índice de tablas	09
Índice de ilustraciones	11
Presentación	13
Introducción	21
Capítulo 1	
Una mirada a lo largo de las políticas públicas en materia de desnutrición crónica infantil	25
1.1. Un problema persistente a lo largo de los años	27
1.2. Descripción de la evolución de políticas	29
1.3. Análisis del diseño de las políticas	35
1.4. Análisis de los actores involucrados	56
Capítulo 2	
Inicio de la implementación de la Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil	65
2.1. La condición heredada y los retos por cumplir	69
2.2. Juntar las manos por el futuro. El desafío de la intersectorialidad	76

Capítulo 3	
Pilares estratégicos hacia una nueva política de DCI	87
3.1. Condiciones habilitantes	89
3.2. Paquete de intervenciones	102
Capítulo 4	
Pilares estratégicos para una nueva política de DCI, segunda parte	113
4.1. Bono 1.000 días, programa integral que fomenta la corresponsabilidad	115
4.2. Información unificada al servicio de la Estrategia	117
4.3. Articulación territorial para la implementación efectiva	122
4.4. Otras manos que construyen la Estrategia	131
Capítulo 5	
Los primeros resultados de la ENECSDI	139
5.1. Midiendo resultados para reestructurar el camino	141
Capítulo 6	
Pistas para el futuro	151
6.1. Lecciones aprendidas y retos por cumplir	153
6.2. Desde las voces de la experiencia	156
Referencias	161
Glosario de términos y abreviaturas	171

Índice de tablas

Tabla 1: Políticas relacionadas con la malnutrición infantil en Ecuador 1980 - 2023	30
Tabla 2: Categorías de análisis - Marco de determinantes sociales y de salud de la desnutrición crónica infantil - Determinantes estructurales (contexto)	40
Tabla 3: Categorías de análisis - Marco de determinantes sociales y de salud de la desnutrición crónica infantil - Determinantes subyacentes (causas)	49
Tabla 4: Categorías de análisis - Marco de determinantes sociales y de salud de la desnutrición crónica infantil - Determinantes inmediatos (causas)	52
Tabla 5: Actores interventores en la política pública	57
Tabla 6: Movilización de recursos para la prevención de la DCI	95

Índice de ilustraciones

Ilustración 1: Marco Conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS	36
Ilustración 2: Evolución de marcos conceptuales para el abordaje de la desnutrición crónica infantil	37
Ilustración 3: Marco conceptual para la comprensión y abordaje de la desnutrición crónica infantil	38
Ilustración 4: Ciclo de las políticas públicas	60
Ilustración 5: Marco conceptual de causas y consecuencias de la desnutrición propuesto por Unicef	77
Ilustración 6: Marco conceptual del retraso del crecimiento y desarrollo: Contexto, causas y consecuencias	78
Ilustración 7: Proceso de interoperabilidad de la información	119
Ilustración 8: Conformación de espacios intersectoriales en territorio	123
Ilustración 9: Incremento de controles preventivos MSP	142
Ilustración 10: Evolución de cobertura de los servicios de desarrollo infantil integral del MIES entre gestantes	143
Ilustración 11: Evolución de la captación temprana en servicios de desarrollo infantil integral del MIES e inscripción de nacimiento	144
Ilustración 12: Prevalencias de desnutrición crónica infantil en población menor de dos años en el marco de las políticas implementadas en el periodo de 2009 - 2024	145
Ilustración 13: Prevalencia de desnutrición crónica infantil en niños menores de 2 años. ENDI 2023	147

Presentación





Una política integral con visión estratégica

Guillermo Lasso Mendoza
Expresidente de la República

En el ejercicio del gobierno es cuando realmente una autoridad entiende la magnitud de las necesidades de un país y los recursos con los que cuenta. El tiempo es el gran maestro, en especial, cuando se mira hacia atrás y se analiza todo lo que se plantea en campaña electoral versus todo lo que realmente es posible hacer. En varias ocasiones he dicho que una de las lecciones que deja el poder, es que los candidatos a la presidencia de la República, en general, todos los candidatos, por ganar votos, desde la ambición o la ignorancia, proponen a la población cambios que requieren de mucho más tiempo y de recursos que probablemente son difíciles de contar.

También se aprende y, para mí es muy claro ahora como nunca en los más de diez años que estoy en política, que el Ecuador no nace cada cuatro años, no es posible reinventarlo por la aspiración de un grupo o de un caudillo; es irresponsable o al menos demagógico decirle a la sociedad que será posible un borra y va de nuevo, que antes no hubo nada, que quienes antecedieron al gobierno de turno todo lo hicieron mal o no hicieron nada.

Hago esta reflexión, porque si bien uno de mis proyectos desde el sector privado fue trabajar para reducir la desnutrición crónica infantil (DCI), como presidente de la República tuve que analizar lo que el Ecuador ya había avanzado sobre esta materia y empezar desde ahí. Como bien se explica en este libro, el pasado de los programas de nutrición, de complementación alimentaria, de suplementación de micronutrientes y vitaminas o enfocados en la desnutrición infantil empieza en 1950, cuando los gobiernos de entonces lucharon contra el bocio endémico por deficiencia de yodo y luego procuraban alimentar mejor a niños y niñas a través de programas, sobre todo, en las escuelas donde tenían facilidad de entregar alimentos a los niños. En los ochentas, por ejemplo, los estudiantes recibían un pan y un plátano que les servía para apaciguar el hambre, pero no para nutrirse.

Al 2021, Ecuador ocupaba el segundo lugar en América Latina y el Caribe con el nivel más alto de DCI, lo que mostraba décadas de desatención a las madres embarazadas y a sus hijos. Las cifras nacionales evidenciaban que el país había retrocedido en la erradicación de este problema social y durante seis años la prevalencia en los niños menores de dos años había empeorado.

Ante esa realidad, nos trazamos la meta de reducir en seis puntos la DCI durante los cuatro años que administraríamos Ecuador. Como presidente, establecí que era un asunto de altísima prioridad nacional porque nuestros niños estaban en riesgo. Como ciudadano, me propuse que esta iba ser la lucha a la que me dedicaría por el resto de mi vida.

Nuestra visión de servicio, en todas las áreas de gestión fue muy clara y siempre la misma: los ciudadanos son la mayor riqueza de nuestra nación. Lo que invirtiéramos en ellos impactaría de manera exponencial en la prosperidad económica, el bienestar social y en el logro de los objetivos de país.

Cuando llegué al gobierno, en mayo de 2021, estaba en funcionamiento la Secretaría Técnica “Plan Toda Una Vida”, que tenía varios proyectos para atender a la población en sus distintos ciclos de vida, incluso, se hacía cargo de programas de vivienda. Esa estructura, con toda su experiencia, la adaptamos para potenciarla en un solo gran objetivo: reducir la desnutrición crónica infantil atendiendo a las mujeres embarazadas desde el inicio de la gestión y a los niños hasta cumplir los dos años, período que constituye los primeros mil días de vida, la ventana de oportunidad para protegerlos el resto de su existencia.

Así, creamos la Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil cuyo mandato fue reducir la DCI, a través de un trabajo articulado y con una orientación común entre varios sectores del Estado como los ministerios de Salud, de Inclusión Económica y Social, Vivienda, Educación, el Registro Civil y el Banco del Estado, para construir, poner en marcha y dar seguimiento a estrategias y planes que se encaminaran a lograr el gran objetivo.

Uno de los problemas que suele tener el Estado es su debilidad para coordinar, para intercambiar información, para pensar estratégicamente y sumar esfuerzos y fondos para un mismo objetivo. Esto responde más a una visión poco estratégica e incluso a egoísmo político, muy común en espacios de poder donde se pretende reconocimiento u obtener algún rédito electoral. A largo plazo, esta forma de gobernar se convierte en un desperdicio de tiempo, de recursos y, lo más importante, en la imposibilidad de lograr un resultado transformador.

Considero, que si desde el presidente de la República se comprende la dimensión de un problema de esta naturaleza, si hay una posición estratégica y un propósito honesto de querer cambios, es mucho más fácil alinear al Estado por objetivos, como en este caso, reducir la desnutrición crónica infantil que prácticamente es un asunto incuestionable, que suma rápidamente apoyo, que supera las posiciones ideológicas y las banderas políticas.

Además, si todos los actores políticos, en todos los espacios de gobierno y la propia sociedad civil, tuvieran la plena conciencia de que la DCI afecta al desarrollo neuronal del cerebro de los niños, su habilidad para aprender, para comunicarse, para pensar y para relacionarse con los demás, esta sería una causa reflejada como una política de Estado multisectorial y multinivel, con observación ciudadana.

Nosotros lo entendimos muy temprano y es justo reconocer que lo hicimos con el aporte externo de dos actores: en primer lugar, un grupo de empresarios ecuatorianos que entendieron años atrás que enfrentar la desnutrición crónica infantil era esencial para el futuro del país. Y, en segundo lugar, a un sector de la sociedad civil organizada que conformó un consejo consultivo para asesorar a nuestro gobierno con el fin de que pudiéramos avanzar de manera técnica en la construcción de esta política pública.

Entendimos que evitar que niños padezcan de desnutrición crónica infantil no se reducía a un solo factor, como la alimentación o la atención médica, sino que el gobierno tenía que promover un enfoque integral y multisectorial: desde la captación temprana de madres y niños a sus controles de salud, parto seguro, vacunación, suplementación con micronutrientes, promoción del desarrollo infantil integral, lactancia materna, alimentación complementaria, agua segura, educación nutricional, inscripción de identidad. Todo fundamentado en evidencia científica y con el apoyo de un tercer actor clave: la cooperación internacional.

La política que implementamos fue integral. Concentró sus esfuerzos en la mujer embarazada y en el niño desde que estaba en el vientre de su madre hasta los dos años de edad: son los mil días más importantes de su vida. Se formuló un “Paquete Priorizado” para madres gestantes y niños, que contiene todas las prestaciones que antes se entregaban individualmente y se cumplían de forma variable; actualmente, el cumplimiento de la totalidad de las prestaciones del paquete priorizado es obligatoria.

La mujeres embarazadas fueron captadas de manera temprana, antes de las 12 semanas, con brigadas móviles, voluntarios y equipos de salud comunitarios. En los controles prenatales, recibieron hierro y ácido fólico; educación en salud nutricional

y en la preparación de alimentos saludables; consejería para estimular la lactancia materna; y talleres de sicoprofilaxis obstétrica y preparación prenatal. El parto de atención debía ser cerca de su residencia, garantizando la calidad, el apego y el inicio precoz de la lactancia.

También, a las mujeres embarazadas y a niños en situación de vulnerabilidad les entregamos el Bono Infancia con Futuro para apoyarles en su período de gestación y lactancia, garantizar la alimentación adecuada durante el embarazo y el acceso, transporte y asistencia a los controles de ellas y los niños.

La política también significó enfrentar las desigualdades observadas en poblaciones más afectadas por la DCI, lo que implicó hacer mayores inversiones y esfuerzos en las zonas que registraban la tasa de prevalencia más alta del país: priorizamos 728 parroquias de provincias de la Sierra Centro y Amazonía, e incorporamos a 1726 profesionales para incrementar la atención, incluyendo médicos especialistas en medicina familiar, enfermeras y nutricionistas comunitarias.

Desde mayo de 2021 hasta finales del 2023, invertimos casi 650 millones de dólares, una cifra histórica y muy necesaria para cuidar a nuestros niños y sus madres. Para garantizar la eficiencia de la inversión, tanto de recursos fiscales como de créditos internacionales, se aplicó un modelo de Presupuesto por Resultados (PPR,) en la gestión financiera de la estrategia.

Por último, creo que también es importante mencionar que entregamos más de 250 millones de dólares a los gobiernos autónomos descentralizados para que invirtieran en agua potable y saneamiento. El agua es uno de los recursos esenciales para combatir la desnutrición crónica infantil y, obviamente, para tener una población saludable.

La información sobre los avances en número de atenciones, cobertura del paquete priorizado a madres y niños, incluyendo vacunación, los resultados en talla y peso, y en prevalencia de la DCI, se genera en el visualizador del Sistema Integrado de Seguimiento Nominal (SISEN). Este sistema contiene el registro individual de todas las madres y niños beneficiarios, más las atenciones brindadas y medidas antropométricas por cada establecimiento de salud, por parroquia, cantón y provincia. El sistema permite monitorear de manera estricta y transparente el avance e impacto de la estrategia.

Además, por la salud de los niños y sus madres, para generar confianza nacional y tener un dato técnico, el INEC diseñó la Encuesta Nacional Sobre Desnutrición Crónica Infantil (ENDI), para conocer el estado nutricional de los niños del Ecuador. Esta encuesta tuvo

el aporte y acompañamiento de Naciones Unidas, OPS/OMS, Unicef, el Banco Mundial, la CAF y el BID, y servirá para evaluar la efectividad del Estado ecuatoriano en la prevención de la desnutrición infantil.

Por las razones expuestas, esta fue una política completa, intersectorial y multinivel, sobre la que Ecuador debe estar orgulloso porque evidenció que hay causas que nos unen y que están más allá de cualquier interés político del momento.

A nuestro gobierno le fue bien con este método de trabajo, tanto, que el 5 de septiembre de 2023, tuve la alegría de anunciarle al país que la desnutrición crónica infantil se había reducido 3.5 puntos como resultado de esta gran gestión pública con asesoría ciudadana y de la cooperación internacional; superamos la mitad de la meta planteada en los dos años de gobierno. Esto significa que evitamos que 20.000 niños menores de dos años sufrieran de este padecimiento. Emocionado, dije que gobernar, que dirigir un país, solo tenía sentido porque me permitió servir a los ciudadanos y cambiar su realidad, en especial, la de aquellos que más atención y cuidado del Estado necesitan. Nosotros habíamos cumplido con las madres, con los niños y las niñas del Ecuador. Ese día entendí que todo había valido la pena.

Quito, agosto de 2024.

Introducción





En Ecuador, según datos oficiales, dos de cada diez niños padecen desnutrición crónica infantil (DCI). Esta problemática, ocasionada por múltiples causas, ha demandado del Estado una serie de intervenciones. Desde 1960 hasta la actualidad, se han identificado alrededor de 48 iniciativas de política materializadas en planes, programas o proyectos orientados directa o indirectamente a la prevención y reducción de la desnutrición en el país¹. Sin embargo, a partir del año 2009, se produjo un cambio en la concepción de las políticas con la introducción de una perspectiva intersectorial, que buscaba la coordinación efectiva entre las instituciones prestadoras de servicios para la población materno infantil y sus hogares, con un enfoque de intervención sobre los determinantes sociales y de salud de la DCI.

Uno de los hitos históricos para la construcción de políticas públicas es la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud de 1986, que subraya la necesidad de abordar los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud². Desde esta mirada, en 1990, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) propuso un marco conceptual para el abordaje de la desnutrición infantil^{3,4}. Posteriormente, se consolidó el enfoque de los determinantes de la salud en diversas conferencias internacionales, culminando en 2005 con la Carta de Bangkok para el Fomento de la Salud en un Mundo Globalizado⁵. Estas iniciativas confluyeron en la Resolución de la Organización Mundial de la Salud, en 2009, que se centró en reducir las inequidades sanitarias, actuando sobre los determinantes sociales de la salud.

Ecuador ha procurado alinearse a las recomendaciones internacionales, no obstante, a pesar de los esfuerzos en torno a las políticas para la reducción de la desnutrición crónica infantil, al 2019, todavía se ubicaba como uno de los países con las prevalencias más altas en la región⁶. Por ello y, conociendo el impacto que tiene la DCI en la sociedad, el presidente Guillermo Lasso (2021 – 2023) fortaleció la política vigente hasta ese momento y la convirtió en un programa emblemático de su administración. Durante su

mandato se resalta el análisis y la adopción de lecciones aprendidas de políticas anteriores para mejorar la formulación de la política actual, así como insertar mecanismos para la coordinación efectiva de actores y la optimización en la gestión pública.

En este libro se hace una explicación de las políticas más representativas que se han implementado en la última década. El primer capítulo comprende un análisis en torno a la formulación de las cuatro políticas que comparten la intersectorialidad como núcleo central: Política para la Reducción Acelerada de la Mala Nutrición (PRAMIE), Acción Nutrición (AN), Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador (PIANE) y la política vigente: Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil (ENECSDI).

A partir del capítulo dos, se aborda la evolución de la ENECSDI desde su concepción hasta su consolidación, utilizando como referencia el ciclo de la política pública, identificando los aspectos en los que esta política ha evolucionado con respecto a las anteriores. Asimismo, se presenta el progreso de la Estrategia en términos de avances e hitos que representan un logro para el país.

Se incluye, también, el testimonio de diferentes actores que participaron en el proceso de formulación e implementación de políticas públicas. Su voz permitirá ampliar la comprensión de la problemática e intervenciones propuestas desde un enfoque vivencial. Finalmente, el capítulo seis comprende una recopilación de lecciones aprendidas y retos por cumplir en torno a la implementación de la Estrategia.

La ENECSDI lleva tres años de implementación. Sus primeros resultados son alentadores y se muestran en la Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil - ENDI 2022-2023⁷. A partir de ellos se vislumbra un quiebre en la tendencia de incremento de la DCI; esta publicación contribuye a entender los elementos que permitieron estos logros.

1

Una mirada a lo
largo de las políticas
públicas en materia
de desnutrición
crónica infantil

1.1. Un problema persistente a lo largo de los años

La desnutrición crónica infantil (DCI) ha sido un gran desafío para el Ecuador durante las últimas décadas. Esta problemática es de origen multicausal y representa uno de los principales retos en el campo de salud pública, pues, con un seguimiento adecuado en el peso y talla de los niños, se puede prevenir⁸. Los determinantes sociales y de salud de la DCI están estrechamente relacionados con factores estructurales económicos, políticos y sociales, así como prácticas inadecuadas de alimentación y nutrición, acceso a servicios de agua y saneamiento, servicios de salud y de protección social.

A partir del 2004, año desde el que se ha podido acceder a la información estadística para este registro, las encuestas nacionales reflejan variaciones en la tasa sobre prevalencia de la desnutrición crónica infantil en menores de dos años. La tasa más alta corresponde al registro 2012 - 2014¹², cuando la prevalencia osciló en 24%. En 2022, se reportó la reducción más significativa de las dos últimas décadas, con una baja de 3.5 puntos porcentuales, pasando del 23.6% al 20.1%⁷.

Prevalencia DCI Ecuador 2004 - 2022



Fuente: varias encuestas. Elaboración propia

A pesar de contar con información sobre la prevalencia de la DCI, el levantamiento de la información, el análisis y la desagregación de los resultados no tuvieron una metodología similar. No obstante, estos datos técnicos nos permiten identificar algunas brechas en la distribución de la problemática, resaltando la necesidad de una política con un enfoque de equidad.

Por ejemplo: algunas encuestas muestran desigualdades significativas por etnia. En 2004, la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (Endemain) reportó que los niños de etnia indígena tenían una prevalencia del 46.7% en retardo en el crecimiento, una cifra mucho más alta que la registrada a nivel nacional (21.2%)⁹. De igual forma, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2012 evidenció la persistencia de esta inequidad, con una prevalencia del 42.3% en la población indígena, considerablemente más alta que el promedio nacional¹¹.

Asimismo, los valores ajustados reportados a partir de la Ensanut 2018, mostraron que la prevalencia de desnutrición crónica en menores de dos años de etnia indígena era de 36%¹³. Finalmente, la última encuesta nacional que ofrece un panorama de la nutrición y salud de la población infantil, publicada en 2023, refleja que, aunque la prevalencia de desnutrición crónica infantil en la población indígena sigue siendo más elevada que el promedio nacional (20.1%), se han acortado las brechas según etnia, con una prevalencia de 33.4% en la población indígena⁷.

Este contexto reafirma la necesidad del país por implementar políticas públicas que incidan en la prevención y reducción de la prevalencia de desnutrición crónica infantil. En respuesta, en los últimos años han surgido diferentes acciones gubernamentales para abordar sus factores determinantes; en las páginas siguientes, se detalla la evolución de estas políticas que llevaron a Ecuador a desarrollarlas, diseñarlas y ejecutarlas en todos los niveles.

1.2. Descripción de la evolución de políticas

Para el desarrollo del presente acápite, en la *Tabla 1* se presenta una síntesis de las políticas públicas que se han implementado en Ecuador para hacer frente a la problemática de la desnutrición crónica infantil.

En 1980 no existía una acción gubernamental específica para alimentación y nutrición; si bien en la década de 1950 funcionó el Instituto nacional de Nutrición, sus principales preocupaciones fueron los desórdenes por deficiencia de Yodo, definiéndose al bocio endémico como un problema de salud pública; también trabajó en desnutrición aguda, deficiencia de hierro y otros micronutrientes. Fue hasta la creación de programas asistenciales como el Programa de Alimentación Escolar, cuyo fin fue mejorar el rendimiento y aprovechamiento del sistema educativo a través de la entrega de incentivos alimenticios y/o suplementos, que el Estado ecuatoriano empezó a intervenir en este campo.

A la par, se ejecutaron iniciativas cuyo objetivo era la protección social de personas en condiciones de pobreza, principalmente, de mujeres y niños, siendo el Programa de Bono de Desarrollo Humano, implementado desde el 2000, uno de los más representativos. A partir de entonces, surgen acciones como el Programa de Alimentación para el desarrollo comunitario, Operación Rescate Infantil (ORI), Aliméntate Ecuador, Nutrinfa, Fondo de Desarrollo Infantil (FODI) que han ido incorporando criterios de equidad conforme la asistencia alimentaria y protección.

En 2009, a través de la Política para la Reducción Acelerada de la Mala Nutrición (PRAMIE), se da un giro al paradigma con el que se abordaban las políticas en materia de desnutrición, pues se inserta una perspectiva intersectorial, con una institución encargada de la articulación de las instituciones interventoras.

Desde entonces, la política ha pasado por diferentes agendas de gobierno, con nuevos intentos para evidenciar resultados en las condiciones de salud de la población materno infantil. Asimismo, conforme su evolución, se han incorporado aspectos más sofisticados como el abordaje de la seguridad alimentaria en Acción Nutrición, alianzas con la academia y herramientas de educomunicación en el Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador (PIANE) y la importancia de la inclusión de actores estratégicos

para la movilización de recursos y la optimización de su uso, bajo criterios de justicia y equidad, como un punto fuerte de la política actual (ENECSDI).

A continuación, se identifican las políticas implementadas en el país entre 1980 y 2013, relacionadas con la malnutrición, la institución responsable de su ejecución, así como una breve descripción de su campo de acción.

Tabla 1: Políticas relacionadas con la malnutrición infantil en Ecuador 1980 – 2023

Acción de política	Actor coordinador	Periodo	Descripción
Programa de Alimentación Escolar PAE	Ministerio de Educación	1980 – 2023	Constituye uno de los programas más grandes de inversión pública, cuyo objetivo es mejorar el acceso y aprovechamiento del sistema educativo. Ha sido reformulado varias veces por razones técnicas y políticas, lo que ha generado resultados inconsistentes. Carece de estudios de evaluación que permitan evidenciar su efectividad.
Plan Nacional de Alimentación y Nutrición 1994 – 2000	Conade / Ministerio de Salud Pública	1994	Su objetivo fue mejorar las condiciones de salud y nutrición de la población, principalmente, en mujeres en edad fértil y niños. Sus líneas de acción están diseñadas conforme lo recomendado por la Conferencia Internacional de Nutrición 1992, reconociendo que se debe abordar la malnutrición desde aspectos sociales y económicos para el bienestar.
Proyecto de Atención Primaria de Salud y Mejoramiento del Saneamiento Básico	Ministerio de Salud Pública	1993 – 1999	Iniciativa impulsada por el Programa Mundial de Alimentos y operado por el Ministerio de Salud mediante la entrega de raciones alimenticias mensuales. Se trata de un programa asistencialista en un contexto de ajustes económicos y crisis petrolera.
Operación Rescate Infantil/ORI	Ministerio de Bienestar Social	1994 – 2008	Programa para niños menores de seis años, de sectores rurales y urbanos marginales. Se llevó a cabo en los centros comunitarios de desarrollo infantil e incluyó acciones en salud, educación inicial y nutrición.
Programa de Bono de Desarrollo Humano	Ministerio de Inclusión Económica y Social	1998	Se posicionó desde un enfoque social y de desarrollo. El programa se centra en transferencias monetarias condicionadas, dirigidas principalmente a madres de familia.

1. Una mirada a lo largo de las políticas públicas
en materia de desnutrición crónica infantil

Acción de política	Actor coordinador	Periodo	Descripción
Programa Especial de Seguridad Alimentaria (PESAE)	FAO y apoyo de un grupo base de la sociedad civil	1999	Iniciativa y asistencia técnica de FAO, cuyo objetivo fue reducir el hambre y la malnutrición, mejorando la productividad de pequeños agricultores. Este programa contribuye al Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria.
Programa Nuestros Niños/PNN	Ministerio de Bienestar Social	1999 – 2006	Su objetivo fue contribuir al desarrollo saludable de menores de seis años en situación de pobreza, a través de mecanismos que incentiven la participación de la sociedad civil. Entre sus acciones se incluían la mejora de los servicios de salud y la ampliación de la cobertura de atención infantil.
Programa PANN	Ministerio de Salud Pública	2000	Enfocado principalmente en el fomento de la lactancia materna y alimentación complementaria en usuarias de los servicios de salud públicos del primer nivel. Además, contempló los programas “Mi Papilla” y “Mi Bebida”, con la entrega de 2 kg mensuales de estos productos en los controles de niños y gestantes; estas preparaciones contenían harina de arroz y quinua, soya, leche en polvo, aceite de soya, vitaminas y minerales añadidos.
Programa de Alimentación para el Desarrollo Comunitario – PRADEC	Ministerio de Bienestar Social	2002 – 2004	El fin del programa fue la mejora del nivel de alimentación de poblaciones vulnerables, mediante dos mecanismos: comedores comunitarios y comedores del desarrollo.
Aliméntate, Ecuador – AE	Ministerio de Bienestar Social	2004	Tenía como objetivo mejorar el estado de salud y nutricional, reducir la prevalencia de anemia y mejorar el desarrollo cognitivo y psicomotriz de los niños. Se contaba con el apoyo técnico de la cooperación internacional.
Nutrínfa	Instituto Nacional de la Niñez y la Familia	2005	Programa de entrega de suplementos nutricionales que se proporcionaban en centros comunitarios infantiles.
Fondo de Desarrollo Infantil/FODI	Ministerio de Bienestar Social	2006 – 2008	Tenía como población objetivo a menores de cinco años. Incluía acciones de educación inicial, capacitación familiar y nutrición. Operaba en CNH, CRA y CIDI.

Acción de política	Actor coordinador	Periodo	Descripción
Proyecto Alimentario Nutricional Integral – PANI	Ministerio de Inclusión Económica y Social	2009	Programa cuyo propósito fue mejorar los niveles de anemia en la población de seis meses a cinco años, de los centros de desarrollo integral del MIES.
Política para la Reducción Acelerada de la Malnutrición Infantil en el Ecuador – PRAMIE	Ministerio Coordinador de Desarrollo Social	2009 – 2014	Política enfocada en revertir el estado de desnutrición infantil, mediante la acción pública multisectorial, el fortalecimiento de los gobiernos locales y la participación activa de la sociedad civil. Luego se transformó en la Estrategia Acción Nutrición, cuyo enfoque era ampliar las intervenciones hacia los sectores urbanos marginales.
Proyecto Emblemático Acción Nutrición	Ministerio Coordinador de Desarrollo Social	2015 – 2017	Se abordó la mejora de la salud y nutrición de menores de cinco años, a través de mecanismos de coordinación interinstitucional a nivel nacional y local.
Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador – PIANE	Secretaría Técnica Plan Todo una Vida	2018 – 2025	Política que aborda el curso de vida mediante la atención integral y la generación de mecanismos de corresponsabilidad entre todos los niveles de gobierno y sociedad civil.
Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil - ENECSDI	Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil	2020* – a la fecha	El objetivo se centra específicamente en la prevención y reducción de la desnutrición infantil, a través de una coordinación intersectorial efectiva. La política atiende determinantes estructurales de carácter social y económico.

Fuente: Elaboración propia

* Al momento de la emisión del Decreto Ejecutivo 1211, la actual Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil (STECSDI) se denominaba Plan Toda una Vida. La denominación de la STECSDI se emite en el Decreto Ejecutivo 92.

Tal como indica la información expuesta, el combate contra la DCI se refleja en una serie de políticas implementadas en Ecuador desde 1980. A nivel territorial, esta ejecución es posible a través del trabajo del personal de los diferentes ministerios, quienes, desde la experiencia, tienen una valoración en torno a la efectividad de las políticas públicas. Ese es el caso de Flor Cuadrado, extécnica del Ministerio de Salud Pública.

Relato de Flor Cuadrado, exfuncionaria del Ministerio de Salud Pública

“La implementación de políticas públicas destinadas a la prevención de la desnutrición crónica infantil no es nueva. Existen varios programas que se han aplicado a lo largo de los años. En el 94, por ejemplo, existía el Programa de Alimentación Complementaria Materno Infantil, llamado PACMI.

En este programa el objetivo era prevenir la DCI, mejorar el estado nutricional de las madres y niños, por lo que se entregaba un complemento alimentario tipo canasta, que contenía una serie de alimentos como arroz, leche en polvo, carne, aceite, fréjol, entre otros. Estaba dirigido a los niños menores de cinco años que acudían a las consultas del Ministerio de Salud y también a las mujeres embarazadas.

También se formaban clubs de madres para realizar preparaciones de alimentos, para orientarlos en cómo alimentar a los niños y a las mujeres durante el embarazo. Este programa duró hasta el año 98, aproximadamente.

Entre el 98 y 99 se realizó la planificación del programa denominado PAN 2000, donde se decidió no entregar este tipo canasta, sino más bien entregar un complemento alimentario, que era una bebida para las mujeres embarazadas y una papilla para los niños menores de dos años.

Desde mi trabajo como técnica en el territorio, he podido ver que los programas tuvieron estrategias de coordinación. Por ejemplo, en el caso del PACMI con la entrega de la canasta se estableció un acuerdo con el Ministerio de Agricultura, que buscaba la diversificación alimentaria en las familias, no solamente con los alimentos que se le entregaba, sino también que puedan utilizar los alimentos disponibles en la localidad y fomentar la implementación de huertos familiares.

Con el programa PAN 2000 también se establecieron estrategias de coordinación, que en esa época se llamaban redes de alimentación y nutrición. La idea era coordinar con los ministerios como el MIES, antes Ministerio de Bienestar Social, para hacer un plan de actividades que permitiera capacitar a las madres, asistir a las guarderías, hoy conocidos como Centros de Desarrollo Infantil, y orientar sobre alimentación y nutrición.

También se articulaba con el Ministerio de Educación para llegar a los maestros con información sobre alimentación y nutrición para que puedan guiar a los niños y a las madres en estos temas.

En el 2009 apareció la Política para la Reducción Acelerada de la Malnutrición Infantil (PRAMIE) en el Ecuador, que operó a través de la estrategia Intervención Territorial Integral conocida como INTI, donde participan todos los ministerios relacionados con la desnutrición infantil: Ministerio de Salud, con el tema de atención, capacitación; MIES con atención en los centros de desarrollo infantil; el Ministerio de Educación, con atención a niños de educación inicial; también estaba Senagua, porque la idea también era proveer agua segura a las familias; y también el Miduvi, con el saneamiento.

Yo voy a hablar como técnica. La verdad, se hacían las reuniones de coordinación y se asistía a las reuniones con base en los objetivos. La meta general era disminuir la desnutrición, para lo cual se plantean indicadores y cada institución tenía que cumplirlos. Pero, cada institución seguía haciendo sus actividades cotidianas; o sea, lo que se hacía es reportar cada una de las actividades de cada ministerio y el Ministerio de Coordinación lo que hacía es recopilar la información y presentar a las autoridades. Pero como decir que el Ministerio de Coordinación hizo una gran estrategia y apoyó con recursos, no.

Hasta antes del 2009, se funcionaba con una mirada de atención general. A partir del 2009, con el PRAMIE y el INTI, se hizo una focalización en las cinco provincias que tenían mayor porcentaje de desnutrición crónica.

Luego, se creó la Estrategia de Acción Nutrición, con el mismo objetivo, conservando algunas acciones de las que tenía el INTI e incrementando otras, como la promoción de hábitos saludables, por ejemplo.

El INTI fue muy importante, porque permitió que la coordinación que se hacía entre técnicos se formalice. Antes, se hacía un convenio y ya, se trabajaba conjuntamente, pero no había como algo que sea obligatorio, como estar trabajando en una política, en una estrategia general, hacia un mismo objetivo. Porque si bien antes coordinábamos y trabajábamos en conjunto, no había esos indicadores de monitoreo, de seguimiento, que luego se implementaron.

Para mí la coordinación es clave, el compromiso de las instituciones, o sea, no es solamente voy por cumplir, sino también que las instituciones se pongan la camiseta y digan, en verdad quiero cambiar la situación, porque a veces también se convierte en algo burocrático”.

1.3. Análisis del diseño de las políticas

Considerando que a partir del año 2009 se incorporan políticas con mecanismos similares en la gobernanza y planeación, en esta sección se realiza un análisis de la Política para la Reducción Acelerada de la Malnutrición Infantil en el Ecuador (PRAMIE), de la Acción Nutrición (AN), Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador (PIANE) y de la Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil (ENECSDI). Para ello, se abordará una aproximación al modelo propuesto por Walt & Gilson¹⁴, principalmente, con relación al contexto y contenido de las políticas, así como una aproximación al modelo de determinantes sociales de la salud y su aplicación en acciones de prevención contra la DCI.

La atención y cuidado de la salud y nutrición materno-infantil son elementos fundamentales para avanzar hacia la Cobertura Universal en Salud (CUS), la cual plantea que todas las personas puedan acceder a servicios de calidad, adaptados a sus necesidades y características, en el momento y lugar adecuados, sin que esto suponga gastos económicos o dificultades financieras¹⁵. No obstante, cuando se habla de servicios de salud, lograr la CUS representa un indicador que trasciende el ámbito sanitario. Así se reafirmó en la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2019, donde se destacó que la salud no es solo un requisito, sino que es el resultado de dimensiones más amplias de carácter social, económico y ambiental¹⁶.

Ante esta realidad, no se puede considerar la desnutrición crónica infantil como un problema que se resuelve, exclusivamente, con la prestación de servicios de salud. Por ello, han surgido diversos esfuerzos que abordan la DCI desde una perspectiva más amplia, considerando distintos modelos conceptuales para su abordaje.

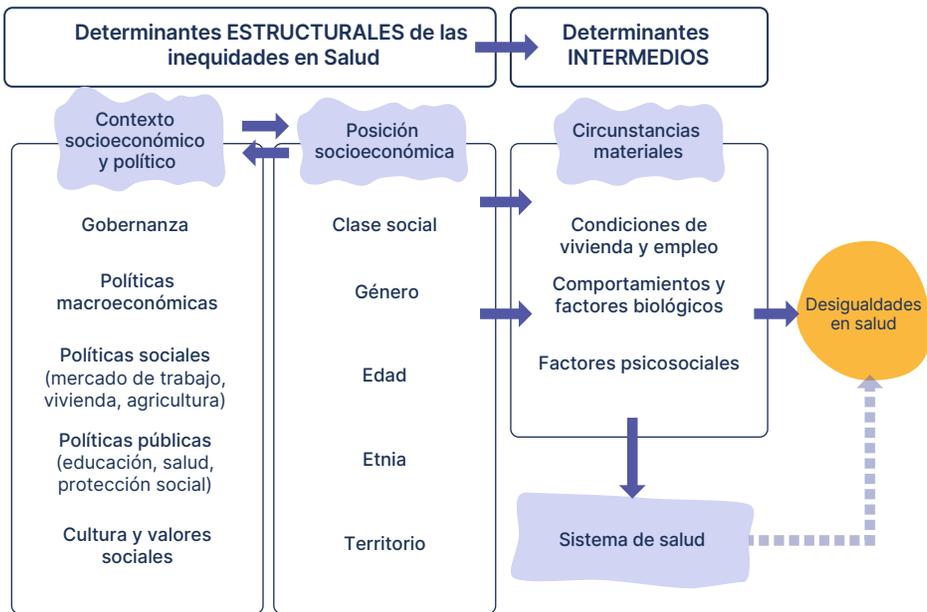
Desde los años 90 se han planteado esquemas para detallar las variables que pueden contribuir a la generación de inequidades. Se pueden citar, por ejemplo, el Modelo de producción de inequidades en salud, propuesto por Dahlgren y Whitehead; el Modelo de estratificación social y producción de enfermedades, propuesto por Diderichsen; y, el Modelo de influencias múltiples a lo largo de la vida, propuesto por Brunner, Marmot y Wilkinson¹⁷.

A partir de estas contribuciones y, considerando lo expuesto en la Conferencia de Alma Ata en 1978¹⁸, la Organización Mundial de la Salud (OMS), con apoyo de la Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud, establecen un modelo para explicar los mecanismos por los que estos determinantes generan inequidades y las formas en que se

relacionan entre sí. De igual forma, se plantea un marco para su evaluación, al tiempo que se proyectan niveles específicos de intervención y puntos de acceso para la implementación de políticas de acción.

En la *Ilustración 1*, se muestra el marco conceptual propuesto por la OMS que combina dos grupos de determinantes: estructurales e intermedios que influyen en las inequidades en salud¹⁹. Los determinantes estructurales abordan aspectos socioeconómicos y políticos que generan desigualdades en salud, mientras que los intermedios se refieren a condiciones materiales, psicosociales, comportamentales y al sistema de salud. Ambos grupos interactúan y afectan de manera diferencial según la posición social. La comprensión de los determinantes implica una corresponsabilidad entre la promoción de comportamientos saludables y la creación de entornos propicios para la salud, destacando la importancia de las acciones intersectoriales para mejorar el bienestar y la calidad de vida de la población.

Ilustración 1: Marco Conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS



Fuente: Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (2007). A conceptual framework for action on the social determinants health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health¹⁹

1. Una mirada a lo largo de las políticas públicas en materia de desnutrición crónica infantil

Este modelo ha sido adoptado en los países como una herramienta para reformas y políticas y, a partir de él, se han creado marcos conceptuales más específicos. En este sentido, la OMS y Unicef desarrollaron propuestas que permiten abordar el retraso en el crecimiento infantil. En la *Ilustración 2*, se muestran los paradigmas existentes para la orientación de la desnutrición crónica infantil, desde la perspectiva de determinantes sociales.

Ilustración 2: Evolución de marcos conceptuales para el abordaje de la desnutrición crónica infantil



Fuente: Elaboración propia

Para fines del presente análisis, y considerando la información mencionada, en la *Ilustración 3* se muestra un esquema adaptado, para ampliar la comprensión en torno a los determinantes de la desnutrición crónica infantil en el contexto ecuatoriano.

Ilustración 3: Marco conceptual para la comprensión y abordaje de la desnutrición crónica infantil

Contenido			
Factores comunitarios y locales			
Gobernanza	Economía política	Identidad	Sociedad y cultura
<ul style="list-style-type: none"> — Políticas específicas para prevenir y reducir la DCI. — Participación comunitaria. — Coordinación efectiva entre ministerios y sociedad civil. — Alianzas con gobiernos locales. — Alianzas público - privadas. — Inclusión de la academia. 	<ul style="list-style-type: none"> — Política de precios y comercio de alimentos. — Regulaciones de márketing. — Estabilidad política. — Pobreza, ingresos y riqueza. — Financiamiento. — Empleo y medios de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> — Acceso oportuno a la ciudadanía. 	<ul style="list-style-type: none"> — Ciencias y normas. — Redes de apoyo social. — Cuidadores infantiles (prenatales y no prenatales). — Programas basados en centros y comunidades para la atención primaria de la salud.
Educación	Agricultura y sistemas alimentarios	Agua, saneamiento y medio ambiente	Servicios de salud y desarrollo infantil
<ul style="list-style-type: none"> — Acceso a educación — Programas para prevención de embarazos adolescentes. 	<ul style="list-style-type: none"> — Producción y procesamiento de alimentos. — Disponibilidad para alimentos ricos en micronutrientes para contribuir a la seguridad alimentaria. 	<ul style="list-style-type: none"> — Urbanización y vivienda. — Infraestructura y servicios de agua y saneamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> — Acceso a la atención médica. — Proveedores de salud calificados. — Atención integral de calidad. — Infraestructura. — Programas para el seguimiento del crecimiento y desarrollo infantil.

1. Una mirada a lo largo de las políticas públicas en materia de desnutrición crónica infantil

Causas			
Factores familiares y domésticos		Alimentación complementaria inadecuada	
Factores maternos	Entorno doméstico	Prácticas inadecuadas	Servicios de salud y desarrollo infantil
<ul style="list-style-type: none"> — Salud integral de la madre. — Programas de inmunizaciones. — Embarazo adolescente. — Salud mental. 	<ul style="list-style-type: none"> — Estimulación y actividad infantil inadecuadas. — Prácticas de cuidada ineficientes. — Inseguridad alimentaria. — Educación deficiente de los cuidadores. 	<ul style="list-style-type: none"> — Alimentación poco frecuente. — Alimentación inadecuada durante y después de la enfermedad. 	<ul style="list-style-type: none"> — Alimentos y agua contaminados. — Prácticas de higiene deficientes. — Almacenamiento y preparación de alimentos no seguros.
Lactancia materna		Enfermedades	
Prácticas inadecuadas		Infecciones características de la infancia	
<p>Iniciación tardía de lactancia materna o alimentación complementaria.</p> <p>Lactancia materna no exclusiva.</p> <p>Abandono temprano de la lactancia materna: educación y apoyo a madres y cuidadores sobre prácticas de alimentación infantil saludable.</p>		<p>Mecanismo para la detección temprana y tratamiento oportuno de la desnutrición.</p> <p>Enfermedades diarreicas agudas.</p> <p>Infecciones respiratorias agudas.</p> <p>Alimentación en la infancia en períodos de emergencia.</p>	

Fuente: Adaptado de OMS (2007)¹⁹. Retraso, causas y consecuencias; OMS (2017)²⁰Retraso del crecimiento en la niñez: retos y oportunidades; Unicef (2020)⁸. Estrategia de Nutrición de Unicef 2020 – 2030²¹.

1.3.1. Contexto: determinantes comunitarios y sociales

A partir del marco conceptual expuesto, se han identificado categorías y variables para la comparación y descripción de cuatro políticas del período 2009-2023 que se muestran en las tablas 2, 3 y 4 y que permiten un análisis comparativo entre ellas. Sobre esta base se considerarán determinantes estructurales (contexto), determinantes subyacentes e inmediatos (causas).

El presente acápite se centra en las variables contenidas en categorías determinantes comunitarios y sociales, tal como se expone en la *Tabla 2*.

Tabla 2: Categorías de análisis – Marco de determinantes sociales y de salud de la desnutrición crónica infantil – Determinantes estructurales (Contexto)

Categoría	Descripción de variables
Gobernanza	<ul style="list-style-type: none"> — Implementación de políticas nutricionales específicas a la prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil, a nivel nacional. — Participación comunitaria en la planificación y ejecución de programas de nutrición. — Coordinación efectiva entre ministerios y organismos gubernamentales y no gubernamentales para el abordaje en materia de salud y nutrición infantil. — Alianzas con gobiernos locales para posicionamiento del cuidado de la salud materno infantil, dentro de los planes de desarrollo locales. — Alianzas público privadas, para coaliciones estratégicas que generen un impacto positivo en la salud. — Inclusión de la academia en la adopción de decisiones de política informadas.
Economía política	<ul style="list-style-type: none"> — Regulaciones de marketing y publicidad de alimentos de baja calidad nutricional. — Vigilancia del Código de sucedáneos de leche materna. — Estabilidad política como parte del contexto social en el que se insertan las políticas. — Pobreza, ingresos y riqueza. — Movilización de recursos interno (nacional) y externo (internacional) como fondos presupuestarios específicos asignados para programas de nutrición infantil. — Sustentar la movilización, asignación y utilización de los recursos financieros, a través de mecanismos que permitan el seguimiento de la inversión a través de las intervenciones planificadas. — Empleo y medios de vida: políticas laborales en los espacios de trabajo.

1. Una mirada a lo largo de las políticas públicas en materia de desnutrición crónica infantil

Categoría	Descripción de variables
Identidad	<ul style="list-style-type: none"> — Acceso oportuno a la ciudadanía como condición necesaria para servicios públicos.
Sociedad y cultura	<ul style="list-style-type: none"> — Creencias y normas, a través de estrategias de educomunicación, que promuevan el cambio social y de comportamiento. — Redes de apoyo social familiar y comunitaria. — Cuidadores infantiles (parentales y no parentales).
Educación	<ul style="list-style-type: none"> — Acceso a la educación, con políticas de enfoque de género. — Promover la continuidad en la educación de madres adolescentes.
Agricultura y sistemas alimentarios	<ul style="list-style-type: none"> — Producción y procesamiento de alimentos. — Disponibilidad de alimentos ricos en micronutrientes para contribuir a la seguridad alimentaria.
Agua, saneamiento y medio ambiente	<ul style="list-style-type: none"> — Urbanización y vivienda: infraestructura y servicios de agua y saneamiento.
Servicios de salud y desarrollo infantil	<ul style="list-style-type: none"> — Proveedores de atención médica y desarrollo infantil calificados — Calidad en la atención. — Infraestructura y capacidad instalada adecuada para la entrega de servicios. — Programas para el seguimiento del crecimiento y desarrollo infantil. — Acceso a la atención médica, con especial énfasis en aquellas intervenciones incluidas en el control prenatal y atención integral del niño sano. — Apoyo para la lactancia materna en la atención de salud primaria por medio de programas basados en centros y comunidades

Fuente: Marco de Determinantes Sociales y de la Salud de la Desnutrición Crónica Infantil (Ilustración 3). Elaboración propia.

Gobernanza

En primer lugar, es importante destacar el objetivo principal detrás de la concepción de las políticas analizadas. PRAMIE y ENECSDI comparten como propósito central la reducción y prevención de la desnutrición crónica infantil; mientras que el enfoque principal de la política de Acción Nutrición (AN) fue la seguridad alimentaria; en tanto que PIANE se centró en la alimentación y nutrición a lo largo del ciclo de vida.

Programas como PRAMIE han marcado un hito al abordar la intersectorialidad en todas las acciones relacionadas con la salud y nutrición. Desde entonces, la búsqueda de la coordinación efectiva se replicó para AN, PIANE y ENECSDI considerando fundamental la colaboración entre diferentes sectores. Si bien en algunos programas, como AN, no se ha dado relevancia a la participación comunitaria, otros, como PIANE y ENECSDI, han reconocido su importancia.

Asimismo, la ENECSDI incluye en su diseño elementos clave como corresponsabilidad e inclusión de gobiernos locales como ejes en la política de prevención de la DCI. También ha definido mecanismos de coordinación horizontal y vertical, así como la implementación formal de espacios en todos los niveles con la participación de nuevos actores como la sociedad civil.

En la misma línea, las alianzas con la sociedad civil están integradas de manera estructurada en la ENECSDI. Esto se logra mediante la creación de un consejo consultivo, que sirve como espacio de diálogo, acuerdo, supervisión y articulación entre la función pública nacional, los gobiernos autónomos descentralizados, el sector privado, la cooperación y la academia. Estas alianzas son fundamentales para asegurar una implementación efectiva de las políticas nutricionales, ya que garantizan una amplia representación de los actores y fomentan la colaboración y sinergia entre ellos.

Economía política

En la categoría de economía política, una de las determinantes estructurales (*Tabla 2*), es la estabilidad política, que emerge como una variable que forma parte del contexto en el que se formula la acción gubernamental. Esta categoría permite identificar como los cambios de gobierno pueden influir en la continuidad de una política pública.

Para el caso ecuatoriano, PRAMIE y AN, se insertaron en el período presidencial de 2007 - 2017, con las reformas económicas e institucionales impulsadas por el

gobierno de entonces que, además, duplicó la inversión social para aquella época a cerca de 8.000 millones dólares. PIANE se ejecutó entre el 2017 y 2021, en un contexto en el que las políticas económicas cambiaron drásticamente y se adoptaron medidas de austeridad para contribuir a la estabilidad fiscal. En este lapso se presentó la pandemia, que puso en manifiesto las amplias brechas de desigualdad e inequidad de los servicios públicos²². Finalmente, entre 2021 y 2023, a través de la ENECSDI, el gobierno priorizó y optimizó la gestión de los recursos destinados a la protección y cuidado de la salud materno-infantil para reducir las barreras que afectan la salud de esta población²³ e hizo una inversión social histórica que superó los 13.000 millones de dólares.

En este sentido, una de las características clave fue la inclusión del Ministerio de Economía y Finanzas, a través de mecanismos que integran la asignación de presupuesto y la provisión de servicios, así como la búsqueda de la sostenibilidad de los recursos asignados a la política de desnutrición. En contraste, programas como PRAMIE, AN y PIANE muestran debilidades en este aspecto al no proporcionar información detallada sobre la movilización de recursos y la distribución de los mismos.

Las políticas analizadas han incorporado un enfoque de pobreza en el fortalecimiento de la protección social para la población y las familias en situación de vulnerabilidad. Entre estas medidas, se destacan los programas de transferencias monetarias condicionadas destinados a hogares con niños, niñas y mujeres en condiciones precarias.

Los incentivos económicos, implementados en los últimos años, incluyen un componente de condicionalidad que busca fomentar la asistencia regular y oportuna a los servicios de salud, tanto para el control prenatal como para el seguimiento rutinario de los niños. En el análisis comparativo de las políticas, es importante señalar que solo PIANE y ENECSDI incorporaron el seguimiento de la corresponsabilidad por parte de las familias beneficiarias.

Con relación a la variable empleo y medios de vida, las cuatro políticas se promueven en un contexto de leyes y normas vigentes en el país favorables para la proteger la lactancia materna y el cuidado de la infancia, como la Ley de Fomento, Apoyo y Protección a la Lactancia, la Ley Orgánica de Salud (en su artículo 17, sobre la promoción de la lactancia materna exclusiva y continua), el Código de la Niñez y Adolescencia (en su artículo 24, sobre el derecho a la lactancia que se debe fomentar en todos los establecimientos públicos y privados), la Política Nacional de Lactancia Materna.

Además, se implementaron iniciativas que por acuerdo ministerial son competencia del sector salud, como la implementación y acompañamiento en el funcionamiento de lactarios en las instituciones públicas. Estas medidas contribuyen a garantizar un entorno laboral que promueva y facilite la lactancia materna, sin embargo, es necesario considerar cambios estructurales más sofisticados que permitan a los cuidadores un tiempo suficiente de licencia laboral para el cuidado de la infancia.

Finalmente, respecto a la variable de regulación para el marketing y publicidad de alimentos como elemento clave al momento de cuidar la lactancia materna, las políticas no mencionan específicamente un componente de regulación en el marco de los programas de desnutrición. Sin embargo, el Ministerio de Salud, con la asistencia técnica de Unicef, promueve el cumplimiento y la vigilancia del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Asimismo, en Ecuador desde el 2014, está vigente el Reglamento de etiquetado de alimentos procesados, así como otras intervenciones que tienen una perspectiva de ciclo de vida como las regulaciones de expendio de alimentos procesados en instituciones educativas, restaurantes con responsabilidad nutricional, entre otras.

Identidad

En línea con la categoría de factores estructurales económicos y sociales se aborda la variable de identidad. En países como Ecuador, el derecho a la ciudadanía se constituye como primigenio para acceder a otros derechos esenciales como la salud, educación, protección, entre otros. La inscripción oportuna de los recién nacidos es fundamental para su inclusión como beneficiarios de los servicios públicos.

Sin embargo, de las políticas analizadas únicamente la ENECSDI, incluye como actor clave al Registro Civil, de forma que desde esta cartera de Estado se promuevan acciones para la oferta y ampliación de puntos de atención para la inscripción temprana en sitios estratégicos como hospitales de maternidad, ferias y en lugares en los que el acceso a la inscripción pueda ser más difícil.

Sociedad y cultura

Las creencias, normas y la difusión de información para promover cambios de comportamiento, son parte de la riqueza cultural de la sociedad. Sin embargo, proponer intervenciones que consideren una perspectiva cultural, pero que a la vez promuevan cambios de conductas en el cuidado infantil es responsabilidad del gobierno.

En las políticas analizadas, PRAMIE no incluye acciones de difusión o educación en cuidado y alimentación infantil. En AN se contempla la difusión de spots publicitarios en radio y tv dirigidos a la población en general. Por su parte, PIANE menciona la implementación de estrategias como la regulación de la publicidad de alimentos para niños y el desarrollo de las guías alimentarias para la población ecuatoriana. Mientras que en la política de ENECSDI se resalta la importancia de los recursos de educomunicación para fomentar cambios de comportamiento en el proceso de crianza nutricional y afectiva en las familias, a través de campañas territoriales.

Educación

La categoría educación, desde una perspectiva de género, desempeña un papel fundamental como determinante estructural de la DCI. En el contexto de las políticas implementadas en Ecuador, en la última década, se observa que el acceso a una educación de calidad, con especial énfasis en las madres adolescentes, es un componente crucial.

Programas como PRAMIE, AN y PIANE no han abordado de manera específica la continuidad de la educación en madres adolescentes. Por otro lado, la ENECSDI ha incorporado medidas para garantizar el acceso y la permanencia de las gestantes adolescentes en el entorno educativo. Sin embargo, se reconoce la necesidad de fortalecer aún más estas acciones, mediante la colaboración con el Ministerio de Educación para implementar programas específicos que fomenten la continuidad en la formación de las madres adolescentes embarazadas.

Agricultura y sistemas alimentarios

La seguridad alimentaria juega un papel fundamental en la prevención de la DCI, asegurando el acceso a alimentos sanos, nutritivos y suficientes para todos. En este sentido, en Ecuador, en 2006, se aprobó la Ley de Seguridad Alimentaria y Nutricional, que establece acciones prioritarias del gobierno para garantizar este acceso físico y económico a alimentos adecuados. Además, la Ley Orgánica de Salud, aprobada en el mismo año, resalta la importancia de la coordinación intersectorial y la implementación de políticas y normas para garantizar la seguridad alimentaria.

Sin embargo, en el contexto de políticas específicas para la prevención de la DCI, se observa que el enfoque varía entre los diferentes programas. Mientras que AN prioriza una política nacional para la seguridad alimentaria, PIANE contempla contribuir a la

seguridad alimentaria como uno de sus componentes. Por otro lado, la ENECSDI incluye al Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG) como parte integral de sus intervenciones contra la DCI, reconociendo su rol en el fomento productivo y la diversificación de la dieta.

Es importante destacar que, en paralelo a estas políticas nacionales, la cooperación internacional también implementa una agenda específica alineada con el Objetivo 2 de Desarrollo Sostenible, que busca poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y mejorar la nutrición.

Agua, saneamiento y ambiente

El agua, saneamiento y un entorno saludable son determinantes estructurales. En el marco de las políticas en análisis, PRAMIE y AN destacan la inclusión de componentes sectoriales para el Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda (Miduvi), enfocados en proporcionar soluciones habitacionales que mejoren las condiciones de vida de las familias con niños, así como en la infraestructura de agua y saneamiento. Por otro lado, aunque PIANE y ENECSDI no incluyen un componente habitacional específico, el agua, saneamiento e higiene continúan siendo parte integral de los servicios ofrecidos.

Es importante destacar que la ENECSDI va más allá al promover la inclusión del agua, saneamiento e higiene en los planes operativos cantonales, mediante la implementación de mecanismos de incentivos para garantizar un buen desempeño por parte de los gobiernos autónomos descentralizados (GAD). Estas acciones reflejan el reconocimiento de la importancia del entorno físico y ambiental en la prevención de la DCI, así como la necesidad de políticas integrales que aborden estos aspectos de manera efectiva.

Servicios de salud y desarrollo infantil

Para concluir esta sección sobre determinantes estructurales, se incluye al sistema de salud y sistema social para favorecer la disponibilidad y el acceso a servicios integrales para niños y mujeres embarazadas. La atención integral de la salud infantil y el acceso a servicios sociales adecuados son esenciales para la prevención y reducción de la DCI.

En primer lugar, respecto a los servicios de salud, PRAMIE, destaca la participación de madres y comunidades en acciones de fortalecimiento de los servicios de atención primaria en salud para los programas nutricionales y de desarrollo infantil. A partir de AN, se contempla la atención integral durante la etapa gestacional y en los primeros años de vida de los niños y niñas. Mientras que, PIANE se caracteriza por la creación de paquetes de servicios para la gestación, parto, posparto y la atención integral del niño sano. La definición de paquetes de servicios como un conjunto de prestaciones que debe recibir la población objetivo fue adoptada por la ENECSDI.

Es importante resaltar que la ENECSDI, incluye un componente de distribución, considerando al cierre de brechas de la capacidad instalada, como un valor fundamental para la mejora de la calidad en los servicios que se entregan en el primer nivel de atención. Lo cual se ha facilitado por medio de la implementación de la metodología de Presupuesto por Resultado y la construcción de líneas de producción que garanticen las condiciones necesarias en términos de suministros para la entrega del paquete de prestaciones.

La atención que brindan los proveedores a los niños y niñas en sus primeros años de vida es determinante para su buena nutrición, por ende, no solo se debe procurar la entrega de una atención integral, sino que esta debe cumplir con criterios de calidad que promuevan la efectividad de la política.

En este sentido, AN considera la inclusión de estos criterios, a través del fortalecimiento de los servicios de salud; PIANE promueve la generación de capacidades en el personal de las unidades operativas; y, la ENECSDI incluye el desarrollo de mecanismos de mejora continua para incrementar la eficiencia en la entrega de bienes y servicios por parte del personal operativo, mediante la optimización en los procesos de atención del control del niño sano y control prenatal.

Para ello, la ENECSDI ha promovido la formación de equipos de mejoramiento continuo de la calidad para la disminución de la DCI, así como la ejecución de ciclos de mejora continua de los procesos para la entrega del paquete de prestaciones priorizadas.

Por otro lado, los sistemas de información e indicadores de seguimiento se consideran fundamentales para orientar la política pública. En este sentido, PRAMIE inicialmente carecía de sistemas de seguimiento y monitoreo, posteriormente se

había previsto la creación del Registro Integrado de Programas Sociales, por medio de la generación y compilación de informes de registros administrativos de las instituciones. Por otra parte, en la política de AN, se tenía previsto desarrollar un sistema de información de seguimiento individualizado de los casos de desnutrición y control del embarazo.

De igual forma, PIANE propone un mecanismo de monitoreo principalmente para el seguimiento del paquete de servicios. Esta iniciativa ha tenido modificaciones más concretas, siendo la ENECSDI la que establece la gestión de la información como un eje estratégico, mediante la creación de un sistema universal y unificado con una visión multidimensional, que incluye información del sector salud, protección social, registro civil y educación; y, además, el fortalecimiento de los sistemas de información de los ministerios ejecutores que brindan el paquete priorizado

La ENECSDI resalta por su modelo innovador y sistemático para la orientación de la política pública desde el nivel central hasta el nivel territorial por medio de indicadores; de tal forma que se da lugar al seguimiento oportuno para la entrega de servicios a la población materno infantil.

1.3.2. Causas: factores familiares y domésticos; prácticas de alimentación complementaria y lactancia materna

Las determinantes subyacentes también han sido abordadas conforme el marco conceptual propuesto en la *Ilustración 3*. Desde esta perspectiva, se consideran las categorías de factores familiares y domésticos, así como las prácticas en torno a la alimentación complementaria y la lactancia materna, tal como se explica en la *Tabla 3*.

1. Una mirada a lo largo de las políticas públicas en materia de desnutrición crónica infantil

Tabla 3: Categorías de análisis – Marco de determinantes sociales y de salud de la desnutrición crónica infantil - Determinantes subyacentes (Causas)

Categoría	Descripción de variables
Factores familiares y domésticos	<ul style="list-style-type: none"> — Salud integral de la madre y del niño con acceso a intervenciones que se incluyen en la atención de control prenatal y control del niño sano: <ul style="list-style-type: none"> · Programas de inmunizaciones. · Tamizaje metabólico neonatal. · Suplementación de micronutrientes para niños menor de cinco años. · Suplementación de hierro más ácido fólico. · Profilaxis de desparasitación. · Prácticas integrales del parto. · Directrices sobre prevención de VIH y otras ETS. · Servicios de salud sexual y reproductiva. — Embarazo adolescente, programas específicos para la prevención y abordaje de embarazo adolescente. — Salud mental. — Estimulación y actividad infantil inadecuadas. — Prácticas de cuidado deficientes. — Inseguridad alimentaria. — Educación deficiente de los cuidadores.
Prácticas de alimentación complementaria	<ul style="list-style-type: none"> — Alimentación con cantidades suficientes y nutrientes de calidad. — Alimentos y agua contaminados. — Prácticas para manejo y consumo de alimentos y agua. — Almacenamiento y preparación de alimentos no seguros.
Prácticas de lactancia materna	<ul style="list-style-type: none"> — Acompañamiento en la lactancia materna — Educación y apoyo a madres y cuidadores sobre prácticas de alimentación infantil saludables.

Fuente: Marco de Determinantes Sociales y de la Salud de la Desnutrición Crónica Infantil (*Ilustración 3*). Elaboración propia.

Factores maternos

Sobre las prestaciones durante la etapa de gestación, las cuatro políticas incluyen la suplementación con hierro y ácido fólico, y programas de inmunización para mujeres embarazadas. Sin embargo, la ampliación de servicios para la prevención, asesoramiento, pruebas diagnósticas y referencias para el tratamiento de VIH, se incluye únicamente en el paquete de servicios de PIANE y ENECSDI. Adicionalmente, estas políticas consideran exámenes de laboratorio de VRDL, EMO y pruebas de hemoglobina.

Por otra parte, de las políticas analizadas, todas incluyen en la cartera de servicios a la planificación familiar y salud sexual y reproductiva, excepto PRAMIE. Destaca el hecho que en las políticas AN y ENECSDI se fomentan acciones para la prevención del embarazo adolescente y para el incremento de la cobertura de programas con escolaridad inconclusa, en coordinación con el Ministerio de Educación.

Adicionalmente, se ha identificado que la inclusión de prácticas integrales del parto como el pinzamiento oportuno del cordón umbilical, lactancia en la primera hora de vida y apego precoz sean adoptadas por todas las políticas analizadas.

De igual forma, en las cuatro políticas se incluye a la suplementación con micronutrientes como parte de las prestaciones de salud correspondientes a la población infantil para la prevención de deficiencias nutricionales. Los programas de inmunizaciones también están presentes en todas las políticas, mientras que, el tamizaje metabólico neonatal se incluye solamente en AN, PIANE y ENECSDI.

Finalmente, en ninguna de las políticas se incluye la profilaxis de desparasitación en la cartera de servicios de salud, por lo que podría ser considerada como medida de prevención primaria de enfermedades.

Entorno doméstico

Por otra parte, una de las categorías en torno al hogar considera promover la disponibilidad y acceso de alimentos adecuados, nutritivos y culturalmente apropiados. En tal sentido, en PRAMIE se aborda esta temática, mientras que en AN, se incluye la implementación de huertos familiares en los territorios intervenidos. Asimismo, en uno de los lineamientos estratégicos de PIANE se incluye la importancia de la diversidad alimentaria a través de la provisión de programas de alimentación, lo cual también es adoptado por la ENECSDI.

En este punto es pertinente mencionar que, además de incluir acciones que contribuyan a garantizar la seguridad alimentaria de los hogares, se debe promover la inclusión de intervenciones que permitan modificar la conducta de las familias para mejorar la combinación e ingesta de alimentos disponibles, así como mejorar las prácticas de higiene para prepararlos.

Esto se refleja en la política de AN, que incluye la entrega de la consejería con un enfoque cultural en la introducción de alimentos complementarios, y en la ENECSDI, a través de la consejería individual e implementación de actividades comunitarias con talleres demostrativos para la preparación de alimentos, con pertinencia cultural.

Prácticas de alimentación complementaria y lactancia materna

En la categoría de prácticas alimentarias, estas figuran en todas las políticas analizadas a través del fomento de mejores prácticas para el cuidado y nutrición de la primera infancia. Se han priorizado la educación y consejería en lactancia materna y alimentación complementaria, aunque con diferentes enfoques.

Se destaca el aporte de la política de AN, al implementar y difundir materiales para la educomunicación durante la entrega de consejería, como el Manual “Paso a Paso”, que posteriormente fue adoptado por PIANE y ENECSDI, y que continúan vigentes.

Además, la ENECSDI incluye, como parte de la provisión de servicios, un paquete de temáticas para la consejería individual y familiar como prácticas adecuadas para lactancia materna y alimentación complementaria saludable. La ENECSDI considera sesiones de consejería grupal, que favorecen el apoyo emocional, la comprensión de problemáticas que pueden surgir en la alimentación y nutrición durante los primeros dos años de vida, así como la adopción de mejores prácticas.

1.3.3. Causas: Alimentación, cuidado y enfermedad

Finalmente, en este acápite se identifican los determinantes inmediatos tal como lo muestra la *Tabla 4*, donde se incluyen las categorías de alimentación y cuidado en contextos de enfermedad, principalmente de infecciones. Los determinantes inmediatos para la DCI contemplan la alimentación complementaria inadecuada y las enfermedades, especialmente, las prevalentes en la primera infancia, como infecciones respiratorias (IRA) y enfermedades diarreicas agudas (EDA).

Tabla 4: Categorías de análisis – Marco de determinantes sociales y de salud de la desnutrición crónica infantil - Determinantes inmediatos (Causas)

Categoría	Descripción de variables
Ingesta inadecuada de alimentos	<ul style="list-style-type: none"> — Alimentación inadecuada durante y después de la enfermedad — Alimentación poco frecuente — Alimentación inadecuada durante y después de la enfermedad — Alimentación con cantidades insuficientes — Alimentos y agua contaminados — Prácticas de higiene deficiente — Almacenamiento y preparación de alimentos no seguros — Iniciación tardía de lactancia materna o alimentación complementaria — Lactancia materna no exclusiva — Abandono temprano de la lactancia materna
Enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> — Detección y acción oportuna ante enfermedades — Mecanismos para la detección temprana y tratamiento oportuno de la desnutrición. — Enfermedades diarreicas agudas — Infecciones respiratorias agudas — Alimentación en la infancia en períodos de emergencia

Fuente: Marco de Determinantes Sociales y de la Salud de la Desnutrición Crónica Infantil (Ilustración 3).
Elaboración propia.

Prácticas inadecuadas de alimentación y cuidado

Las prácticas inadecuadas de alimentación complementaria y de lactancia materna derivan en problemas relacionados a la insuficiencia y baja calidad de alimentos que recibe el niño o niña. Así como un inadecuado manejo de alimentos al momento de prepararlos o el uso de agua contaminada que pueden derivar en infecciones.

En este sentido, la política PRAMIE contiene el abordaje de educación y el apoyo a madres y cuidadores sobre prácticas de alimentación infantil saludable. La política de AN, propuso la “Gira Acción Nutrición” como una estrategia para promover la participación de las familias en lugares públicos de ciudades que registran mayores índices de DCI. Estos espacios incluyeron actividades para promocionar la lactancia materna, alimentación saludable y la higiene, a través de obras de teatro o títeres abordando temáticas como la importancia del lavado de manos, la preparación de recetas saludables, concursos de conocimientos, entre otros.

De su lado, PIANE contó como uno de sus componentes a la educación y consejería en salud, mientras que la ENECSDI tiene sesiones de consejería en diferentes temáticas, como lactancia materna en la primera hora de vida; lactancia exclusiva en los primeros seis meses y continua hasta los dos años, junto con la alimentación saludable.

Cabe resaltar que la ENECSDI incorpora una perspectiva grupal para el apoyo entre cuidadores frente a problemas o situaciones que puedan surgir en la práctica de la lactancia; estas sesiones se denominan grupos de apoyo a la lactancia materna y su desarrollo se lleva a cabo a través de estrategias vivenciales y lúdicas.

Enfermedades comunes en la primera infancia

Las enfermedades comunes en la infancia pueden provocar pérdida de apetito, disminución de la absorción de nutrientes y aumento de las necesidades metabólicas, lo que puede agravar aún más el estado nutricional de los niños. Las políticas en análisis, proponen acciones de prevención de enfermedades infecciosas características de la primera infancia.

Como se mencionó en párrafos iniciales, el acceso a agua y saneamiento, programas de suplementación e inmunización, así como la consejería en prácticas adecuadas, pueden prevenir episodios periódicos de enfermedades diarreicas o respiratorias. Sin embargo, en el país aún se muestran debilidades con relación a la escasez de acciones específicas para el manejo de la desnutrición aguda en contextos de emergencia.

Asimismo, todas las políticas incluyen el seguimiento para la atención de niños que ya presentan un factor de riesgo, a través de visitas domiciliarias o sensibilización a los cuidadores sobre la importancia de acudir a los servicios de salud.

En este aspecto, la ENECSDI se destaca dada su forma concreta de establecer mecanismos para el seguimiento y gestión de estos factores, a través de la generación automatizada

de alertas que se generan desde el nivel central hacia las unidades operativas para la atención de las mismas. Por ejemplo: el sistema puede detectar si una mujer embarazada o un niño no ha recibido los servicios a tiempo, generar una alerta y notificar a las unidades de salud correspondientes para que los equipos de salud inicien la búsqueda y resolución de los casos.

En este punto, es necesario considerar que, en la ejecución de las distintas políticas públicas, intervienen diferentes actores en diferentes niveles de la implementación. En estos espacios, es donde se consolidan variadas experiencias en torno a la efectividad o limitaciones que pueda tener una intervención. Dos de ellas son las de Carolina Guanochanga, ex funcionaria del Ministerio Coordinador de Desarrollo Social y Berenice Cordero, quien estuvo al frente del Ministerio de Inclusión Económica y Social entre diciembre de 2017 y octubre de 2019.

Relato de Carolina Guanochanga, exfuncionaria del Ministerio Coordinador de Desarrollo Social

“Acción Nutrición se desarrolla desde el 2014 al 2017 para abordar la problemática de desnutrición crónica con niños menores de cinco años. Retoma algunas de las acciones que ya desarrollaba el PRAMIE, pero le da el valor agregado de la mirada intersectorial, pues existe una instancia que empieza a articular las acciones institucionales que es el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social.

Dentro de esta política se destacan acciones enfocadas en salud sexual y reproductiva; hábitos de consumo e higiene; hábitat saludable y el nivel de ingreso y educación de las familias.

Lo que se evidenció en ese momento fue que, como la institucionalidad del sector público en ese entonces era cambiante, apenas se estaban creando estructuras y competencias dentro de las entidades involucradas. El fortalecimiento de estas estructuras organizacionales se dio recién con la creación de Acción Nutrición y se fortaleció más con el paso del tiempo.

Recordemos que no había inventarios ni información sistematizada del seguimiento nominal que ahora existe. Yo diría que con esta política se empiezan a dar los primeros pasos para llegar a las herramientas con las que ahora cuenta el país. Recuerdo, por ejemplo, que se implementó una matriz de información macroeconómica

y microeconómica, para que pueda el proyecto anclarse a las otras instituciones de manera legal, porque muchas de ellas no querían ejecutar ciertos programas ni recursos en vista de que no tenían en su modelo de gestión o en sus competencias estas intervenciones.

Creo que el factor diferenciador fue tener un ente responsable de la articulación, porque así funcionaba antes y así trabajan los ministerios coordinadores, ellos eran los que prácticamente reportaban a la Presidencia los resultados y, a su vez, con esos resultados les permitían dar la asignación presupuestaria necesaria. Servía muchísimo el hecho de tener una institución que tenga no solo los recursos, sino también la jerarquía normativa para poder exigir los resultados”.

Relato de Berenice Cordero, exministra de Inclusión Económica y Social

“Durante el año 2018, Verónica Espinosa, ministra de Salud, creyó conveniente, desde la mirada que se tenía, el enfoque del ciclo de vida. Y así inició un proceso, una guía, una política, un acuerdo ministerial, relacionado con este plan integral de alimentación, que incluía a las niñas, niños, adolescentes y adultos mayores. El PIANE sigue presente en algunos sectores, en algunos operadores del Ministerio de Salud Pública, como una estrategia importante.

Este concepto del ciclo de vida es relevante y es necesario, porque si se lo deja de hacer en la primera infancia, luego tiene impacto en la niñez, y luego, eventualmente, cuando sean adolescentes. Pero, de hecho, pensar la gestión y la operatividad de un concepto como el de ciclo de vida, tiene un problema, porque no hay la capacidad fiscal suficiente para lograr una resolución integral del problema. Entonces, lo que se hace, es priorizar.

Exactamente eso: la priorización de un grupo de edad, que incluye a las madres, mujeres embarazadas, el niño, en los primeros mil días, es decir, incluye desde el embarazo hasta los dos años, esa ventana de oportunidades que dicen los estudios y en el que invertimos más o menos 500 millones de dólares al año.

Paralelamente, entre el 2017-2018 se desarrolló desde el Ministerio de Inclusión la Misión Ternura, con un enfoque de integralidad y con un paquete básico mínimo, que incluía, evidentemente, el tema de vacunas oportunas, registro de nacimiento, educación familiar sobre desnutrición a partir de la salud.

Misión Ternura convivió con el PIANE. Es decir, ya con un enfoque más centrado en la desnutrición crónica infantil y en la primera infancia, desarrollo infantil integral; y, desde el Ministerio de Salud, con una perspectiva más amplia. Sin embargo, yo podía ver en el territorio que el PIANE era un esfuerzo interesante, pero que no se podía medir impactos”.

1.4. Análisis de los actores involucrados

Para el abordaje de esta temática, en la *Tabla 5* se presentan los actores gubernamentales y no gubernamentales que son interventores en cada una de las políticas analizadas. Se puede evidenciar que, conforme han evolucionado las políticas en materia de desnutrición, se han ido integrando diferentes actores, lo cual refleja una mejor comprensión sobre el abordaje intersectorial para la prevención y reducción de la DCI.

En primer lugar, se destaca la designación de una institución con competencias primordiales en el rol de coordinación y articulación en las cuatro políticas. Para PRAMIE y AN se denominaba Ministerio Coordinador de Desarrollo Social; en PIANE la entidad fue la Secretaría Técnica Plan Todo una Vida y para la ENECSDI es la Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil.

En las cuatro políticas analizadas son actores en común las instituciones encargadas de la rectoría del sector salud (MSP) protección social (MIES) educación (Mineduc), agua y ambiente (MAATE), gobiernos autónomos descentralizados (GAD) y la cooperación internacional. La instancia encargada del componente de vivienda (Miduvi) está presente en PRAMIE, AN y PIANE. Mientras que, el sector de agricultura y la presencia de la sociedad civil son parte de AN, PIANE y ENECSDI.

Es importante señalar que en la ENECSDI se incluyen actores estratégicos como el Ministerio de Economía y Finanzas, cuyo rol no había sido considerado en las políticas anteriores, mientras que, en la Estrategia vigente, se torna primordial su integración para optimizar la gestión pública, de tal forma que se garanticen los presupuestos y la eficiencia del gasto para alcanzar los resultados esperados.

1. Una mirada a lo largo de las políticas públicas en materia de desnutrición crónica infantil

De igual forma, para la ENECSDI los sectores de información y telecomunicaciones, así como las instituciones encargadas de su rectoría, traspaso e intercambio de información, se han convertido en actores estratégicos, dada su importancia para la producción de datos sobre la provisión de servicios y su seguimiento.

Otro de los actores que promueve las condiciones necesarias para la ejecución de la política es el Registro Civil, institución que permite concretar y materializar acciones para la oportunidad en la inscripción de los recién nacidos y facilitar la llave de acceso a los diferentes servicios para la población materno infantil.

La presencia en la ENECSDI de bancos nacionales y multilaterales de desarrollo, como el Banco de Desarrollo del Ecuador, la Corporación Andina de Fomento, el Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo son fundamentales para incrementar las inversiones de apoyo a la salud y nutrición materno infantil. Con la inclusión de estos actores, se fomenta el posicionamiento de la protección a la primera infancia como elemento fundamental para el desarrollo, lo cual, a su vez, permite la sostenibilidad de la política pública a través de la movilización de recursos.

En el campo de políticas públicas, la academia representa un actor fundamental para la generación de datos y evidencias. La ENECSDI ha incluido actores de la academia en una estructura denominada consejo consultivo, cuyo rol es de acompañamiento en el diseño, implementación y evaluación de la acción gubernamental. De igual forma, la Estrategia vigente promueve la búsqueda de alianzas con actores de la sociedad civil, para el apoyo en la implementación y movilización de recursos bajo un marco de control y regulación.

Tabla 5: Actores interventores en la política pública

Actores	PRAMIE	AN	PIANE	ENECSDI
Presidencia de la República				✓
Institución coordinadora	✓*	✓*	✓**	✓***
Ministerio de Finanzas				✓

Hacia un Ecuador sin DCI: el camino de la Estrategia Nacional de
Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil

Actores	PRAMIE	AN	PIANE	ENECSDI
Ministerio de Telecomunicaciones				✓
Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda	✓	✓	✓	
Unidad de Registro Social				✓
Dirección Nacional de Registros Públicos				✓
Instituto Nacional de Estadísticas y Censos				✓
Ministerio de Agricultura y Ganadería		✓	✓	✓
Ministerio de Ambiente, Agua y Transición Ecológica	✓	✓	✓	✓
Bancos multilaterales de Desarrollo			✓	✓
Banco de Desarrollo del Ecuador				✓
Dirección General de Registro Civil Identificación y Cedulación				✓
Ministerio de Salud	✓	✓	✓	✓
Ministerio de Inclusión Económica y Social	✓	✓	✓	✓
Ministerio de Educación	✓	✓	✓	✓
Gobiernos Autónomos Descentralizados	✓	✓	✓	✓
Consortio de Gobiernos Autónomos Provinciales del Ecuador				✓
Consejo Nacional de Gobiernos Parroquiales Rurales del Ecuador				✓

1. Una mirada a lo largo de las políticas públicas en materia de desnutrición crónica infantil

Actores	PRAMIE	AN	PIANE	ENECSDI
Asociación de Municipalidades del Ecuador				✓
Sociedad civil		✓	✓	✓
Academia				✓
Cooperación internacional	✓	✓	✓	✓

Fuente: Documentos de políticas públicas. Elaboración propia

*Denominado en su momento como Ministerio Coordinador de Desarrollo Social

** Denominado en su momento como Secretaría Técnica Plan Todo una Vida

***Denominada actualmente como Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil

Lo que se ha mostrado en este capítulo es un análisis comparativo del diseño de las políticas con relación a un marco de determinantes, que incluye intervenciones basadas en evidencia para la adopción de políticas en materia de nutrición infantil. Sin embargo, para contar con resultados a mayor escala, es necesario realizar un ejercicio más profundo, que incluya un enfoque desde las ciencias de implementación, para determinar la influencia de ideologías, valores, intereses, relaciones de poder, motivaciones financieras, teorías económicas entre otros aspectos que llevan a las decisiones sobre las políticas de nutrición y primera infancia en el país.

De esta primera parte se puede destacar que, conforme se han diseñado políticas para afrontar la DCI en el país se han fortalecido intervenciones, acciones y actores de manera más sofisticada, lo cual refleja la comprensión de esta problemática y la importancia de la traducción de la evidencia científica a la práctica.

Tras el análisis en el diseño de las políticas propuestas en el país para enfrentar el problema de DCI, en los siguientes capítulos se abordará ampliamente la evolución de la Estrategia Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil desde el punto de vista del desarrollo del plan de acción previsto para dicha política, así como su implementación, a la luz de los conceptos teóricos de Harold Lasswell en el ciclo de políticas (*Ilustración 4*).

Se examinará la inclusión del problema de la desnutrición en la agenda política, la metodología empleada para su formulación, su implementación junto con los resultados alcanzados, así como recomendaciones para su evaluación y continuidad ²⁴.

Ilustración 4: Ciclo de las políticas públicas



Fuente: Walt & Gilson (1994). Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis

El esquema operativo que propone Lasswell sobre las políticas públicas permite apreciar de forma sistemática el inicio de estas, desde la definición de una problemática, su identificación como un problema para la formación de la agenda, así como su diseño e implementación. A pesar de que este marco ha sido ampliamente utilizado, en la mayoría de ocasiones este proceso no ocurre de forma ordenada como si se tratara de una receta, sino que es un proceso dinámico en el cual el problema no siempre parte de la agenda pública, sino que ya está considerado en los planes de gobierno, como sucedió con ENECSDI.

Entonces, para aplicar el marco conceptual en mención, se partirá de la etapa de identificación del problema que como ya se mencionó, la DCI por su magnitud y consecuencias a corto y largo plazo, ha sido objeto de intervención durante décadas. Generalmente, en el campo de las políticas públicas la forma en la que se define un problema suele influir en su solución, en tal sentido, por mucho tiempo se ha puesto sobre la mesa únicamente el problema en términos de indicadores.

Sin embargo, la actual política ENECSDI identifica y reconoce que se trata de dos problemas. Por una parte, la tasa de DCI que ubica a Ecuador con una de las prevalencias más altas en la región y las consecuencias sobre el desarrollo individual y económico; y, por otro lado, la acción gubernamental que se traduce a la ineffectividad de las políticas propuestas, desde el ámbito estructural hasta la prestación directa de servicios en la población materno infantil.

Entonces, ambas problemáticas se configuran para dar lugar al fallo de las políticas, que según McConell, pueden existir varios tipos de “*policy failures*”²⁵. Para el caso de Ecuador, un estudio cualitativo que retoma el marco conceptual de “*policy failures*”, resalta que la configuración de la falla radica en los objetivos políticos, al establecer una preferencia por modelos de alto impacto en el corto plazo, dejando de lado el desarrollo de capacidades individuales y colectivas en la población²⁶. Esto enmarca la necesidad de abordar esta problemática desde lo estructural y con acciones que promuevan la sostenibilidad de la política.

Por tanto, la desnutrición representa un legado en las políticas gubernamentales, incluso en períodos de cambios políticos. No obstante, es crucial no perder de vista la naturaleza del problema que se hereda, a fin de proponer respuestas más sofisticadas que puedan generar resultados visibles y esperados. La desnutrición crónica infantil no es simplemente un problema en sí mismo, sino más bien es el resultado de deficiencias sistémicas en la acción gubernamental. Por lo tanto, para proponer soluciones efectivas, es fundamental plantear dos preguntas cruciales: ¿cómo mejorar las condiciones de salud de la población infantil? y ¿cómo optimizar la gestión gubernamental para garantizar la implementación de políticas efectivas?

Estrategia Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil. Ciclo de la política pública: Establecimiento de la agenda

Con relación a la determinación de la etapa 1 de la *Ilustración 4*, tras las contribuciones de Lasswell en el campo de las ciencias políticas, se subraya que en el establecimiento de la agenda no solo se consideran elementos técnicos, si no que confluyen aspectos éticos, económicos, administrativos y sociales para que las decisiones cuenten con la legitimidad necesaria por parte de actores estratégicos, de forma que la política se lleve a cabo.

En tal sentido, la inclusión de la DCI en la agenda no es algo nuevo ni mucho menos reciente, sino que ha estado presente a lo largo de algunos años, y aunque no ha sido considerada como una política prioritaria, ha servido como elemento para la formulación de programas, planes, intervenciones y demás (ver *Tabla 1*). Sin embargo, su inclusión si bien es una condición necesaria, no ha sido suficiente para que se ejecute como una política pública, puesto que en muchas ocasiones no se logra una definición explícita de sus causas y soluciones, o bien no se considera un diseño adecuado que facilite la implementación de la misma. Un ejemplo, es el caso de PIANE, que a pesar de haber sido incluida en la agenda de gobierno y transitar en la formulación, no llegó a implementarse. Este fenómeno se conoce como la disipación de problemas, donde a pesar de ser considerada una prioridad, no se evidencia la acción gubernamental y por ende es escasa de resultados²⁷.

Para el caso de la DCI, en la formación de las prioridades gubernamentales pueden influir dos tipos de agendas: la agenda sistémica y la agenda institucional²⁸. El análisis desde ambas perspectivas es fundamental en la ENECSDI, puesto que la forma en la que se inserta la problemática, responde tanto a la agenda sistémica, reconociendo que el retraso en el crecimiento de los niños es un asunto de preocupación de la sociedad en general (agencias de la cooperación internacional, academia, organizaciones de la sociedad civil, entre otros), y posiciona a la primera infancia como un elemento fundamental para el desarrollo.

Por otro lado, la DCI se inserta en la agenda institucional, reconociendo que las acciones desde la gestión pública son prioritarias para los diferentes sectores. Por ejemplo, para el caso de salud, la agenda reconoce la importancia de la provisión integral de servicios de salud desde la atención primaria en los Planes Decenales de Salud; de igual forma, la provisión de protección social, agua y saneamiento, entre otros; de tal forma que la DCI además de ser una prioridad nacional, debe presentarse como una prioridad dentro de las agendas específicas institucionales.

Entonces, se resalta los importantes avances de la ENECSDI en la formación de la agenda, puesto que no siempre las prioridades sistémicas son las mismas que las agendas institucionales, de hecho, pueden existir discrepancias considerables entre ellas, que con frecuencia puede generar conflictos en la implementación, como el caso que se mencionó sobre el PIANE.

Con este contexto, la actual política pública fue acogida por el mandato del presidente Guillermo Lasso en su período 2021-2023. Es así que la prevención y reducción de la DCI se posicionó como una política emblemática, y su inclusión en la agenda se materializó mediante la ratificación del Decreto Ejecutivo 1211 propuesto en el gobierno de Lenin Moreno, con algunas modificaciones realizadas durante su gestión, así como en la creación de la Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil (STECSDI) como ente articulador de la política pública. Con esta consideración, a partir del segundo capítulo se aborda, de manera detallada, tanto el diseño como la implementación de la Estrategia Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil en vigencia a la fecha de este documento, así como los resultados alcanzados.

2

Inicio de la implementación de la
Estrategia Nacional
Ecuador Crece sin
Desnutrición Infantil

Cuando empezó la implementación de la Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil, el país contaba con la segunda tasa de DCI más alta de la región. De acuerdo con los datos publicados por el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC) la prevalencia de esta condición, en niños menores de dos años, se incrementó en 5 puntos porcentuales, pasando de 21,2% en el 2004⁹ a 27,2% en el 2018⁶.

Esto significa que uno de cada cuatro niños ecuatorianos, en el umbral de la vida, se enfrentaba con un obstáculo en el camino hacia un desarrollo integral y saludable. Aún más crítica es la distribución de la DCI, que pone de manifiesto la perpetuación de desigualdades en el país, afectando en mayor medida a niños menores de dos años que residen en zonas rurales, con una prevalencia del 30,6%; y, a la población indígena y montubia, donde alcanza un 38,8% y un 24,4%, respectivamente.

En términos económicos, en 2005, Ecuador enfrentó costos de atención por enfermedades relacionadas con la desnutrición que ascendieron a 14,8 millones de dólares, representando el 0,04% del PIB y el 3,4% del gasto en salud²⁹. Para el año 2014, los costos relacionados con la doble carga de malnutrición alcanzaron el 4,3% del PIB, incluyendo gastos en salud, educación y pérdida de productividad³⁰. Estos números resaltan la urgente necesidad de abordar la desnutrición, tanto desde una perspectiva económica como de bienestar general, protección social y de salud.

Considerando estas cifras en el contexto de la sociedad ecuatoriana, la DCI representa un desafío complejo. Por tanto, para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible hasta 2030, debe invertirse en nutrición infantil, esta premisa se sustenta, además, en estudios que reflejan que, por cada dólar invertido en la reducción del retraso en el crecimiento, se genera un retorno económico equivalente a 18 dólares⁸, convirtiéndose en una inversión estratégica para el futuro.

En el marco de las elecciones presidenciales de 2021, el Grupo de Nutrición de las Naciones Unidas, integrado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), el Programa Mundial de Alimentos (WFP), la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS), la Organización de Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), junto a organizaciones de la sociedad civil como: el Colegio de Nutricionistas del Ecuador, el Colegio de Médicos del Ecuador y la academia promovieron la firma, por parte de los candidatos presidenciales, de un compromiso para dar continuidad y fortalecer las políticas públicas encaminadas a la reducción crónica infantil.

Con este antecedente, una vez asumido el mandato presidencial, Guillermo Lasso convirtió a la lucha contra la desnutrición crónica infantil en uno de sus proyectos emblemáticos y se materializó a través de la formulación del Plan Estratégico Intersectorial de Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil junto con la creación de la Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil (STECSDI)³¹, instancia articuladora para la implementación de la política pública Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil (ENECSDI).

Erwin Ronquillo fue quien lideró la STECSDI desde su creación hasta el final del período presidencial de Guillermo Lasso, en noviembre del 2023.

Relato de Erwin Ronquillo, exsecretario técnico Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil

“Cuando pienso en cómo se desarrolló la Secretaría Técnica me viene a la memoria que, para llevar adelante este proyecto, no estaban buscando un médico o alguien con experiencia en el área social, específicamente con un título de sociología o psicología o antropología. Sino más bien alguien que pueda coordinar y articular con distintos actores, de distintas ramas, y que pueda gerenciar un proyecto. De allí que cuando me citaron, la explicación más importante giraba en torno a que se trataba de un problema multicausal y había que hacer un abordaje integral para resolverlo.

Estudié economía en la universidad y luego una maestría en administración de negocios. Durante muchos años, cuando trabajé en el sector privado, me dediqué a analizar problemas, encontrar soluciones y planificar cómo ejecutarlas. Esa experiencia llamó la atención al equipo del presidente Guillermo Lasso, cuando me invitaron a participar en este proyecto.

Trabajamos aceleradamente en la constitución de la Secretaría, prácticamente desde el inicio del gobierno, porque este era un tema prioritario para el Presidente. Logramos montar la Secretaría en un tiempo que no es el normal en el ámbito público: en un momento de cambio de gobierno, cuando todo era corridas y movimientos de traspaso de funciones, pudimos armar la Secretaría, con el Plan Estratégico Intersectorial en la mano, a los 100 días de gobierno; en otro momento, esa misma gestión hubiera tomado varios meses.

La Secretaría se estructuró sobre otra que había dentro de la Presidencia: la Secretaría Técnica del Plan Toda Una Vida. Entonces, desde el inicio, supuso para nosotros asumir las funciones de la secretaría saliente, al tiempo que generábamos las bases de lo que sería nuestra propia institución: desde los estatutos hasta las subsecretarías y sus funciones, además del Plan Intersectorial que requería su propio esfuerzo.

Realizar todas estas actividades a tiempo demandó trabajo coordinado, delegación de funciones, priorizaciones, gestión de recursos, todas características propias del manejo que se realiza en el ámbito privado, donde la optimización es siempre una estrategia oportuna. También fue determinante la disposición presidencial sobre la prioridad que tenía la lucha contra la DCI, lo que abrió muchas puertas que facilitaron el proceso.

Trabajamos arduamente para hacer de la Secretaría un órgano ejecutor de la política pública para combatir la desnutrición crónica infantil, que gestiona y coordina todas las acciones que se realizan alrededor de una estrategia intersectorial, que involucra a un sinnúmero de instituciones y esfuerzos mancomunados”.

2.1. La condición heredada y los retos por cumplir

Al implementar la Estrategia de Prevención y Reducción de la DCI, la situación con relación a la desnutrición crónica infantil era crítica. Durante las últimas dos décadas su prevalencia había sido constante, con la alarmante realidad de que 1 de cada 3 niños ecuatorianos tenía este padecimiento⁶. Esta problemática surge de la combinación de diversos factores, técnicamente conocidos como determinantes sociales^{20,32,34}.

A pesar de los esfuerzos implementados durante muchos años, explicados en el capítulo uno, no se habían reflejado mejoras en cuanto la prevalencia de la DCI. Los indicadores

evidenciaban que había subido cinco puntos porcentuales de 2004 a 2018 y que las más afectadas eran zonas rurales de poblaciones indígenas y montubias. Esto, además, implicaba un gasto enorme para el Estado en políticas que no estaban surtiendo efecto.

Teniendo en cuenta la realidad ecuatoriana, es posible identificar algunos factores que podrían sugerir su influencia en el aumento de la prevalencia de la desnutrición crónica infantil.

Es importante destacar la limitada efectividad alcanzada por las políticas públicas de prevención de la desnutrición crónica infantil. A lo largo de las últimas décadas, a pesar de los esfuerzos gubernamentales, estas políticas no han logrado producir mejoras significativas en las condiciones de salud de la población infantil. Además, no se ha identificado la documentación de estudios que evalúen bajo un rigor científico y metodológico las diferentes fases de la política, principalmente, con evaluaciones de implementación y de impacto. Esto limita determinar el grado y la capacidad de la acción gubernamental para abordar un problema específico y generar una mejora real en la sociedad.

Considerando un par de ejemplos, tras el análisis del diseño de las cuatro últimas políticas relevantes que se presenta en el capítulo uno, pueden converger varios factores que determinaron el incumplimiento de las metas propuestas en PRAMIE, AN y PIANE. Tal es el caso de la intersectorialidad, como una perspectiva adoptada alrededor del 2009. Sin embargo, en la estructura organizacional de las políticas se reflejaba la ausencia de actores clave que dieran lugar a condiciones favorables para la coordinación efectiva de la política como Ministerio de Economía y Finanzas, ente fundamental para la optimización de la gestión pública y el seguimiento de las acciones previstas por las instituciones. De forma que, en la realidad, no se aterriza el paradigma intersectorial.

Ya en términos de provisión de servicios, la inclusión del Registro Civil era invisible. No se consideraron acciones para garantizar la oportunidad del ejercicio del derecho a la ciudadanía en los recién nacidos, como condición habilitante para el acceso a servicios básicos de salud, protección social, entre otros. Por otro lado, al hablar de un enfoque territorial en el marco de las políticas públicas, se torna indispensable incluir a los gobiernos locales y esta integración debe contar con mecanismos establecidos, principalmente, en la movilización del compromiso político para la adopción de acciones en materia de DCI en las agendas cantonales y parroquiales.

Frente a esta realidad, la ENECSDI plantea una estructura que promueve el trabajo intersectorial articulado, que vincula las acciones de salud, desarrollo infantil integral,

inscripción temprana, prevención del embarazo adolescente, entre otras, que se detallarán a lo largo del documento. Es preciso resaltar que para cada una de las intervenciones se requieren competencias para actores, indicadores y metas, lo cual favorece la ejecución efectiva de la política.

Asimismo, la relación entre pobreza y desnutrición infantil son parte de un círculo en el que se abonan mutuamente, condenando a generaciones enteras a sufrir potencialmente DCI. La desnutrición es parte de un problema estructural y como tal debe abordarse, incluso, desde una mirada generacional³⁵.

La DCI es considerada como una de las causas y consecuencias del empobrecimiento; a nivel mundial, los niños que se encuentran en situación de pobreza extrema presentan en promedio 2.8 veces más probabilidades de sufrir desnutrición frente a los niños del quintil cinco³³. Esta condición de pobreza se relaciona con la escolaridad, trabajo e ingresos de sus miembros, lo que repercute en el acceso a alimentos en cantidad y calidad suficientes, y conocimiento y práctica de hábitos de nutrición y cuidado del niño; cobertura de servicios de agua y saneamiento adecuados, y el acceso a atención sanitaria oportuna, los llamados determinantes de la DCI³⁴.

Históricamente, los datos de encuestas nacionales reafirman lo mencionado: datos de la Endemain, 2004, indican que en el quintil más bajo de la distribución de ingresos, el 30% de los niños tiene DCI, mientras que en el quintil más alto, solo 11% la presentan⁹. En la misma línea, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2018, la desnutrición crónica infantil en menores de dos años se acentúa en la pobreza, es así que el 29.1% de niños en hogares pobres por ingresos presentan DCI, frente al 19.8% perteneciente a hogares no pobres⁶.

De igual manera, conforme los resultados de la ENDI 2022, en el 20% de los hogares más pobres del Ecuador, la DCI afecta al 24% de los niños menores de dos años; mientras que para el 20% de los hogares más ricos, la DCI afecta al 15.2% de los niños⁷.

Otra condición detectada fue la casi inexistente articulación intersectorial en las acciones de prevención, en términos de sistemas de información. Las políticas implementadas hasta antes de la ENECSDI no evidenciaban vínculos fuertes y necesarios entre las instituciones para que una misma persona se pueda mirar integralmente desde la acción gubernamental, es decir, un seguimiento nominal intersectorial. Cada institución tenía su propia información y esa información no se compartía. Así era imposible darle a cada niño todo lo que requería, y este escenario planteó la urgencia de integrar los sistemas de información de las instituciones proveedoras de servicios con datos nacionales y

territoriales, que permitieran la orientación de la implementación y seguimiento de las intervenciones dirigidas a la población objetivo.

Con este contexto, la estrategia para abordar la desnutrición crónica infantil ya contaba con ciertas pautas y disponía de un elemento crucial para su ejecución: el compromiso del Presidente de la República de reducir la prevalencia de la desnutrición crónica infantil en seis puntos porcentuales durante su mandato, compromiso que se materializó a través de la conformación de la Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil, como una instancia articuladora indispensable para la implementación efectiva de la política pública en este ámbito.

Estrategia Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil. Ciclo de la política pública: Formulación de la política

La política ha pasado por etapas habilitantes. La tercera, correspondiente a la formulación es una de las más cruciales, ya que el diseño influirá tanto en la implementación, así como en los resultados que se espera lograr. Durante esta fase se definen objetivos, se analiza la mejor evidencia técnica y política disponible, y se establecen acciones concretas junto con los actores responsables de llevarlas a cabo. En este sentido, el marco propuesto por Kingdom³⁶, sugiere que, aunque pueda existir un problema bien definido e identificado, que idealmente ya se inserte en la formación de la agenda, la formulación de la política requiere de soluciones concretas y un entorno político propicio.

La ENECSDI cumple con estas tres corrientes, generando una “ventana de oportunidad” que facilita el diseño de la política al considerar estructuras y procesos necesarios para la configuración del futuro, a partir del análisis de las barreras y facilitadores presentes en la realidad actual. Este proceso permitió integrar la evidencia teórica y política, lo cual por muchos años ha sido un desafío pendiente para el país.

En la ENECSDI, se introduce una metodología que promueve esta integración. Sin descuidar el contexto en el que se insertarán las intervenciones, se trata del método de pensamiento sistémico “*Thinking Process*”, que utiliza un conjunto de herramientas lógicas para desarrollar intervenciones centradas

en las personas, partiendo de la comprensión y detección de las necesidades, es decir, de la situación actual, para posteriormente, promover soluciones inmediatas con el fin de mejorarla de forma factible y efectiva. A través de esta metodología se construyen estructuras lógicas que facilitan la inclusión de actores y competencias para la ejecución exitosa de la política propuesta.

En esta etapa, la ENECSDI tuvo dos momentos: por una parte, la configuración de un contexto apropiado para poner en marcha la política y, por otro lado, las intervenciones insertas en dicho contexto, con lo cual, el reto era trazar la cancha para operativizar a la política pública.

Se llevó a cabo una fase participativa con distintos actores gubernamentales y no gubernamentales, representantes de la sociedad civil y de la cooperación internacional, quienes formaron equipos para compartir visiones en torno al problema, construir discursos en común, formular soluciones y acciones estratégicas. Como consecuencia de este proceso, se formuló un Mapa de Efectos Indeseables, a manera de un diagnóstico del sistema que identifica principalmente la nube de conflicto, es decir, el problema central del sistema, así como las áreas de oportunidad que impiden el éxito de una política pública para enfrentar la DCI.

Entre las áreas de oportunidad, se resaltan los siguientes conflictos a nivel estructural: derechos humanos en la niñez no son relevantes para actores políticos ni sociales, marcos normativos que limitan la acción coordinada entre instituciones, recursos insuficientes e inoportunos, negligencia e ineficiencia en la gestión pública institucional e interinstitucional, recursos humanos insuficientes, programas de protección social aislados de las políticas de DCI, sistemas de información deficientes y falta de compromiso de los gobiernos locales.

Los aspectos no deseables identificados dieron lugar a la búsqueda de la resolución del conflicto, partiendo del común de que todos los actores buscaban el mismo objetivo que fue mejorar las condiciones de vida de la población materno infantil con acciones previstas a corto, mediano y largo plazo, dando lugar a la configuración de la realidad futura que

incluye: instituciones involucradas coordinadas en una política de Estado que asegure la sostenibilidad de los programas enfocados en la DCI; movilización de recursos que permitan esta sostenibilidad; marco jurídico que permite la interoperabilidad de datos; proveedores de servicios y beneficiarios sensibilizados en la lucha contra la DCI; inclusión de políticas de nutrición dentro de la agenda de los gobiernos locales; sistemas de información que permitan el seguimiento nominal de la población objetivo en tiempo real; reducción de la brecha en la capacidad instalada de los servicios de desarrollo integral y servicios de salud; y, mecanismos de asignación presupuestaria conforme los procesos y resultados esperados.

Este primer momento permite un análisis sistémico y político del contexto sobre el cual se va a implementar la acción gubernamental. Además, permite un entorno propicio para legitimar las acciones que llevarán a cabo las instituciones involucradas.

Las intervenciones para enfrentar la desnutrición infantil han sido ampliamente estudiadas, a fin de afinar aquellas que sean costo efectivas y adaptables a la realidad de cada país. En tal sentido, bajo el marco conceptual propuesto en el Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la DCI, materializa acciones a partir del abordaje de determinantes estructurales, involucrando a instituciones para acciones habilitantes contra la DCI como: Ministerio de Finanzas, Ministerio de Telecomunicaciones, la Unidad de Registro Social, la Dirección Nacional de Registros Públicos, y el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Asimismo, para aquellas intervenciones sensibles a la nutrición por medio del Ministerio de Agricultura y Ganadería, y el Ministerio de Ambiente, Agua y Transición Ecológica.

Estas acciones intersectoriales habilitantes y sensibles a la nutrición se sumaron al trabajo que venían realizando para la inclusión de acciones directas contra la DCI, a través de la provisión de servicios del Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Inclusión Económica y Social, Ministerio de Educación y los gobiernos autónomos descentralizados.

Relato de Eduardo Moura, facilitador Thinking Process

“El método Thinking Process es parte de un conjunto de metodologías de la Teoría de las Restricciones. Yo lo utilizó desde hace 24 años y he realizado alrededor de 150 intervenciones con esta metodología. Puedo decir que, sin duda, es la mejor herramienta de planeación y planificación.

Cuando iniciamos el proceso de construcción del Plan, se reunieron los diferentes ministerios y otros expertos en la materia. Entonces, se formó un equipo multidisciplinario del que yo formé parte como guía para la aplicación del método. Trabajamos alrededor de una semana, intensivamente y dio sus frutos ese esfuerzo, porque se alcanzaron los objetivos y porque la aplicación del método logró aportes significativos.

Una primera observación importante sobre el método con el que realizamos esta planificación, es que te impide pensar de manera fragmentada, bloquea esa posibilidad: toda vez que se identificarán las debilidades, lo que hace es reconocer que todo viene de un mismo sistema de causas, porque es el método de pensamiento sistémico por excelencia.

El método lleva a tratar los problemas que son realmente de fondo, esos que, si no se enfrentan, impiden salir del estancamiento y se vuelve una situación crónica. En este caso se evidenció, que entre los elementos principales, debía abordarse la necesidad de interés político y una visión de largo plazo. Se visualizó, también, que el tema, por su alcance y relevancia, no sería resuelto solo por un ministerio o por los ministerios trabajando de forma aislada, sino que debía ser abordado por todos los implicados y de manera conjunta, con una misma estrategia. Además, apareció otro elemento de fuerza, que es la necesidad de una coordinación central para dirigir el proceso.

A estas y otras conclusiones se llegó realizando un trabajo de pensamiento sistémico global, sobre todo, el entorno que involucra la desnutrición crónica infantil. Metodológicamente, primero construimos, de consenso con el equipo, un estado de situación ideal: ¿qué es lo que se busca?, ¿cuál es el estado ideal de las cosas?, ¿cuál es la misión?, ¿cuál es la visión de largo plazo, si somos consistentes en cumplir esa misión?, ¿cuáles son las condiciones necesarias, absolutamente indispensables, para que se pueda cumplir la misión y avanzar hacia esa visión de largo plazo?

Esto se establece de inicio y desde ahí se van puliendo las cosas, sale una visión consensuada para el futuro, una visión global sistémica. Y ese es el referente para saber, comparando con la realidad, ¿qué nos desvía del camino?, ¿cuáles son los

efectos indeseables? Hay mucha discusión hasta llegar a un consenso sobre ese listado de los efectos indeseables y, en esa discusión, aparecen los diferentes enfoques, las diferentes experiencias. Entonces, los participante, que típicamente miran solo desde su lugar de acción, con este ejercicio amplían su visión y eso tiende hacia el consenso.

Ese es un gran logro del método. No solo las conclusiones técnicas, por ejemplo, no solo los planes estratégicos que salen de ahí, sino también esta visión compartida entre todos los actores”

2.2. Juntar las manos por el futuro: el desafío de la intersectorialidad

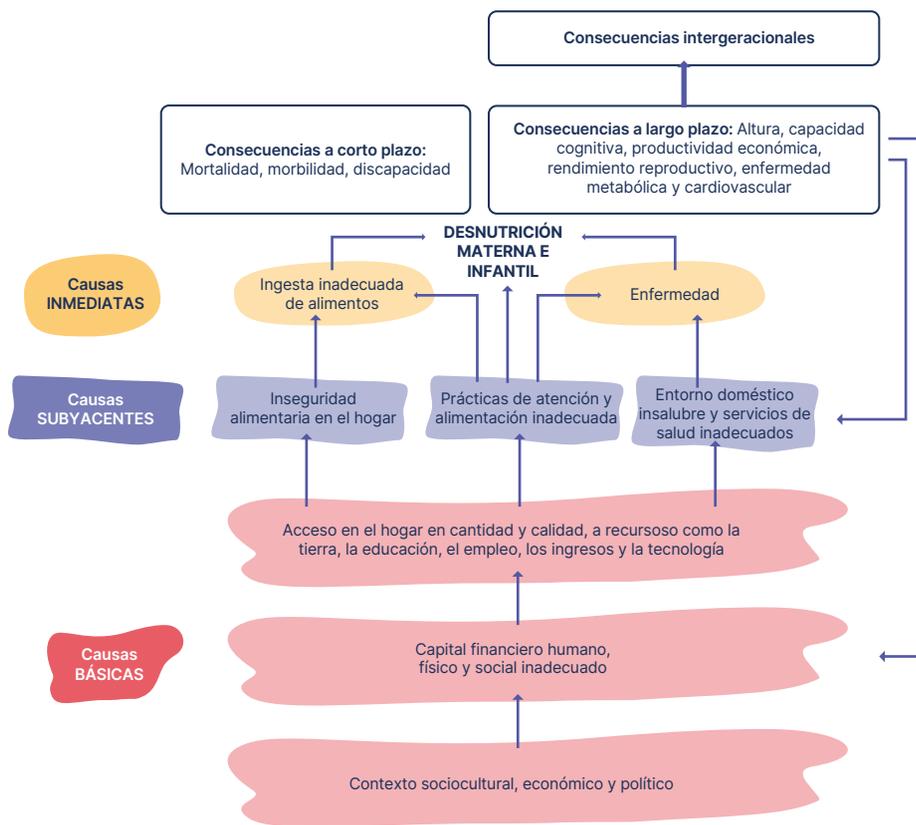
El conjunto multicausal para la comprensión de la desnutrición se refleja en la *Ilustración 5*, que incluye una serie de variables que son abordadas en el Plan Estratégico Intersectorial para la prevención y reducción de la DCI. Como se señaló en el capítulo uno, el marco conceptual con relación a los determinantes de la desnutrición materna e infantil identifica determinantes estructurales que son parte del contexto de la problemática y determinantes subyacentes e inmediatos, como el conjunto de causas proximales que pueden derivar en un problema de retraso del crecimiento en niños y niñas.

Las determinantes básicas o estructurales de la desnutrición infantil están intrínsecamente conectadas al contexto social, económico y político e incluye aspectos como: gobernanza, economía política, alianzas con actores clave, financiamiento, enfoques relacionados a las creencias y normas de la sociedad, acceso a servicios de agua, saneamiento, incorporación de aspectos de los sistemas alimentarios, acceso a servicios de salud y protección social. Estos se vinculan a la importancia del capital asignado en términos financieros, humanos, físicos y sociales.

Además, se incluyen variables que corresponden a determinantes proximales (subyacentes e inmediatos), que se concentran en tres pilares: la inseguridad alimentaria en el hogar, prácticas de atención y alimentación inadecuadas, y un entorno doméstico poco saludable con servicios de salud deficientes. Y para cerrar el círculo, se identifican las determinantes inmediatas, que incluyen la ingesta insuficiente de alimentos y la presencia de enfermedades, para lo cual se requieren acciones que permitan la acción

oportuna frente a factores de riesgo inmediatos, como la respuesta frente a enfermedades características de la primera infancia³⁷.

Ilustración 5: Marco conceptual de causas y consecuencias de la desnutrición propuesto por Unicef

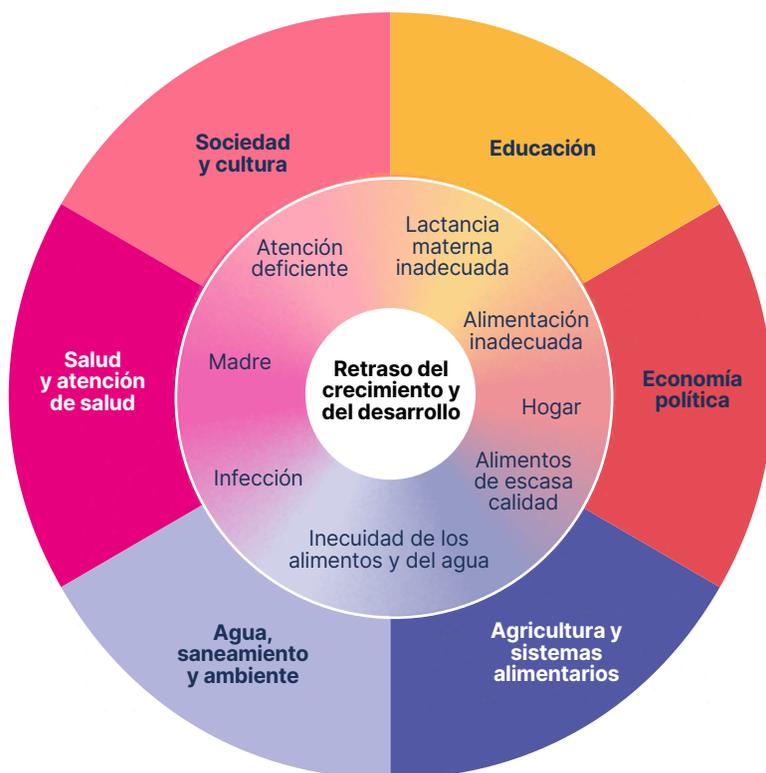


Fuente: Tomado de la Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil (2021). Plan Estratégico Intersectorial para la prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil³⁸.

Cabe resaltar que el marco de determinantes incluido en el instrumento que guía la política pública se alinea a las variables propuestas por el marco propuesto por la OMS, las cuales se insertan en intervenciones para la comunidad, familia e individuos. Además, estos componentes se alinean a la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), que contempla la atención integral de individuos, familias y comunidades durante el curso de vida (Ilustración 6). La estrategia de APS es el núcleo del Modelo de Atención Integral

en Salud Familiar Comunitario e Intercultural, bajo el cual se atienden las necesidades de salud de la población ecuatoriana desde una perspectiva integral.

Ilustración 6: Marco conceptual del retraso del crecimiento y desarrollo: Contexto, causas y consecuencias



Fuente: OMS (2017). Retraso del crecimiento: contexto, causas y consecuencias²⁰.

Este modelo permitió identificar las acciones necesarias para contar con una estrategia nacional integral, considerando el carácter multicausal de la problemática, por tanto, su abordaje debía ser multisectorial. Fue así que incluso antes de la conformación de los gabinetes sectoriales, el presidente Guillermo Lasso creó y lideró el Comité Intersectorial para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil, en el que participan todos los ministerios involucrados en la Estrategia³⁹.

El Comité se consolidó como un espacio para la interacción de los ministerios de Salud, Inclusión Social, Educación, Estadísticas y Censos, Planificación, Comunicación y Finanzas, Unidad de Registro Social, entre otros, pues era necesario asegurar la existencia de recursos para implementar una Estrategia de esta dimensión. Esta acción dejó en claro que la lucha contra la DCI era una prioridad y todas las instituciones convocadas debían abocarse a ello, cumpliendo las responsabilidades que les asignaba el decreto 1211, expedido en diciembre del 2020, pero desde una mirada articulada y alineada a lo que determinaba la Estrategia Nacional para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil.

Y toda estrategia necesita un plan que permita su operativización. Así nació, en septiembre del 2021, el Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil. En su elaboración participaron los equipos técnicos de la Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil, el Ministerio de Economía y Finanzas, Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Inclusión Económica y Social, Ministerio de Educación, el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos, el Ministerio de Agricultura y Ganadería. Contó con la asesoría técnica del Banco Mundial, la Corporación Andina de Fomento, el Banco Interamericano de Desarrollo, Unicef, la Organización Panamericana de la Salud, Kings College London, entre otras instituciones⁴⁰.

El Plan constituye la hoja de ruta a seguir entre el 2021 y el 2025; identifica metas a mediano y largo plazo para la reducción de la desnutrición crónica infantil; establece indicadores de desempeño; define acciones y proyectos a ejecutar, su prioridad y secuencia, así como el análisis presupuestario necesario para su implementación. De igual forma, el Plan señala el sistema de gobernanza necesario para su implementación, así como los mecanismos de seguimiento, monitoreo y evaluación de resultados.

El Plan intersectorial cuenta con cinco ejes estratégicos para la prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil: entorno habilitador, movilización de recursos, articulación territorial, gestión de la información, talento humano y mejora de la gestión institucional en el punto de atención; y, corresponsabilidad y transparencia.

En la movilización y gestión de recursos las instituciones prestadoras de servicios han incluido, dentro de sus herramientas de planificación, la inclusión de la metodología de Presupuesto por Resultados (PpR) que ha permitido identificar los insumos y suministros básicos para la entrega de bienes y servicios. Además, permite la optimización de los recursos al promover su asignación en función de la realidad de las unidades operativas.

En este sentido, como ya se abordarán en los siguientes capítulos, la Estrategia muestra avances importantes hacia la implementación de PpR para la desnutrición infantil.

De la mano de los recursos, está la provisión de servicios de salud y desarrollo infantil integral, para lo cual se ha priorizado el fortalecimiento de la capacidad instalada, incluyendo infraestructura, equipamiento, sistemas de información, personal calificado, entre otros, cuyo detalle se ampliará más adelante.

Por otro lado, el eje de articulación territorial representa el componente en el que se materializa la política. En este eje se han implementado diferentes espacios e intervenciones, por ejemplo, es el caso de las mesas intersectoriales, como oportunidades para la participación de los gobiernos cantonales y parroquiales, así como representantes comunitarios y otros actores. Estos canales permiten aterrizar las intervenciones previstas desde el nivel central, tomando en cuenta las condiciones y contexto de cada territorio. Los actores tienen sus roles y funciones, de forma que se establecen mecanismos concretos y operativos para garantizar que la apuesta común efectivamente se materialice.

Se cuenta con un nivel de articulación con instituciones y actores de la sociedad civil, como ONG, academia, el sector privado, organismos de cooperación internacional, con capital humano valioso que tiene una amplia experiencia en torno a la prevención y reducción de la DCI. Es importante resaltar que, por mucho tiempo, la toma de decisiones y la formulación de soluciones se generaban únicamente desde las instituciones de gobierno que terminaban por generar resultados aislados⁴¹.

La inclusión de diversos actores no es sólo cuestión de retórica, sino de materializar procesos que permitan desde una base legal y bajo los principios que rigen cada una de las instituciones fomentar la creación de espacios para la discusión y generación de propuestas. Frente a ello, la Estrategia impulsa la conformación de un Consejo Consultivo que cumple la función de consejero y observador de la política pública.

La sinergia entre los ejes propuestos en el instrumento que guía la ENECSDI representa la apuesta que ha permitido visibilizar resultados en torno a la prevención y reducción de la DCI, como lo refleja la primera Encuesta de Desnutrición Crónica Infantil - ENDI 2022-2023.

La suma de voluntades y los esfuerzos de articulación son una forma concreta de juntar las manos por el futuro, en una causa común. Una articulación que debe ser contada en las voces de sus ejecutores.

Relato de José Ruales, exministro de Salud Pública

“La DCI, en menores de dos años, ha sido un desafío latente en Ecuador al menos durante las últimas dos décadas. Es decir, que hubo una acumulación de necesidades críticas y había que enfrentarlas. Durante ese tiempo, se generaron varias políticas para abordar la problemática, pero no alcanzaron los resultados que tenemos ahora y yo pienso que el principal motivo es el carácter intersectorial de esta Estrategia.

El último programa que tuvimos del gobierno anterior se llamaba Misión Ternura y se enfocaba en la atención de las madres y de los niños en situación de vulnerabilidad, desarrollando solamente la atención de salud. La nueva política mira a la DCI como problema con raíces multicausales y el abordaje también debe ser plural, porque hay muchos factores que condicionan, determinan o ponen riesgo a niños y niñas frente a la desnutrición.

Para cumplir con esta estrategia y conseguir los resultados, fue necesario una importante inversión de recursos por parte del Ministerio. Se contrató personal altamente calificado y orientado a las necesidades, es decir, no solo profesionales en medicina o enfermería, también promotores de salud y, por primera vez, se incorporaron a nutricionistas comunitarias. Se contrataron más de 1700 profesionales y técnicos con la idea de que trabajando en el territorio se alcanzarían grandes resultados en los siguientes años.

También, se mejoró la infraestructura: en el primer nivel de atención adecuamos cerca de 600 centros de salud, debido al deterioro que llevaban algunos desde su construcción, hace 20/40 años. Hasta finales del 2023 teníamos previsto llegar a 730 establecimientos en total. Esto significa darle un espacio físico apropiado a los pacientes y a los propios profesionales, donde puedan sentirse a gusto. Cambiamos, básicamente, los pisos, los techos, las ventanas, las puertas y eso es muy importante para la calidad de la atención.

Además, se invirtió en equipamiento sanitario, especialmente el requerido para el programa: los equipos de antropometría, para medir y pesar a los niños, fueron casi 4.500, más los hemoglobinómetros, es decir, los instrumentos básicos para diagnosticar la desnutrición crónica infantil de manera estandarizada y adecuada. Con esta tecnología y, a través del tamizaje metabólico, -que es una prueba de talón que se hace en el recién nacido- garantizamos que los 150 mil niños que nacen en establecimientos del Ministerio de Salud al año pasen por el tamizaje de enfermedades que pueden ser prevenidas o manejadas adecuadamente.

Se fortalecieron los bancos de leche a nivel nacional, que son parte fundamental de la estrategia de lactancia materna, especialmente, cuando hay problemas de las madres, como la recuperación de la cirugía si es cesárea o para apoyar a las mujeres cuando trabajan. También, mejoramos el sistema de cadena de frío en vacunas: se compraron 17 cámaras frías para los bancos de vacunas en los distritos.

Y, en este sentido, es igual de importante el trabajo realizado para potenciar la capacidad de los sistemas informáticos y mejorar la conectividad en 745 establecimientos de salud, incluso, con conectividad satelital donde se requiere, para tener información en tiempo real, que facilite el trabajo de los tomadores de decisión en distritos, en zonas, en provincias y a nivel nacional.

Luego está el abastecimiento de micronutrientes para el programa y el abastecimiento de vacunas: inicialmente el paquete priorizado definía dos vacunas, de Neumococo y Rotavirus, nosotros incluimos todas las vacunas del esquema regular, de tal manera que uno de los retos era mantener ese abastecimiento y que siempre se pueda contar con ellas.

Toda esta inversión que se realizó y su adecuada distribución, a nivel nacional, respondió también a otros dos enfoques -además de la intersectorialidad- que fueron rectores en nuestro accionar contra la DCI: el enfoque de prioridad, que supone llegar primero donde más nos necesitan; y, el enfoque de prevención, que sirve para no tener que invertir los recursos en curar. En este sentido, pienso que las dos instituciones que más operan en el territorio bajo estas miradas son el Ministerio de Salud y el Ministerio de Inclusión Económica y Social, que realizan un imprescindible trabajo complementario”.

Relato de Esteban Bernal, exministro de Inclusión Económica y Social

“Con esta Estrategia, el presidente Lasso puso de relieve a la articulación intersectorial como una de las políticas más importantes dentro de las múltiples políticas públicas, porque posibilitó los resultados que hoy tenemos en desnutrición crónica infantil.

La articulación interinstitucional, que se realiza a través de la Secretaría Técnica, involucra, en principio, a casi quince instituciones gubernamentales que no necesariamente tienen una relación directa con la DCI, pero sí indirecta, como por ejemplo: el Banco del Estado, que genera créditos para que los gobiernos autónomos descentralizados puedan cumplir sus competencias de saneamiento y agua potable.

En este caso, la articulación interinstitucional, que muchas veces termina siendo solo concepto en la vida pública, hoy es política pública, con objetivos y resultados concretos. Y es una política pública que debería considerarse como política de Estado y no de gobierno, tanto por su asertividad como por el hecho de que puede ser una política frágil, a pesar de sus buenos resultados.

El motivo es que la lucha contra la desnutrición infantil, por paradójico que parezca, no tiene rédito electoral porque no se ve, como pueden verse las carreteras, los hospitales o los coliseos; y, entonces, no suele contar como obra pública, pese a que es una acción fundamental de gobierno para fomentar el desarrollo integral de sus ciudadanos.

Dicho esto, es importante reconocer el compromiso del Presidente al tomar como prioritaria la Estrategia contra la desnutrición infantil, que invierte importantes recursos del Estado: en tiempo, dinero, o personal, para atender a la población más vulnerable del país. En este caso, dejamos constancia de que es posible implementar una política pública abismalmente distinta a las demás. Es una herencia que debemos cuidar.

En buena medida los programas que desarrolla el MIES tienen un carácter preventivo respecto de la DCI. En ese sentido, fue importante reaperturar los más de 1900 centros de desarrollo infantil que eran semipresenciales o virtuales desde la pandemia. Esto significó una inversión de alrededor de 180 millones de dólares. En los centros de desarrollo infantil atendimos a 83.000 niños y niñas de los sectores más pobres del Ecuador, que recibieron cuatro de las cinco ingestas más importantes del día: desayuno, media mañana, almuerzo y media tarde.

Esta, digamos, fue nuestra intervención directa, pero la estrategia contempló el aporte intersectorial para mejorar las prestaciones; en nuestro caso, por ejemplo, a través de cooperantes. El modelo funcionó así: si yo tenía capacidad de atender a 70 niños y un cooperante me decía que podía aportar con el 30%, entonces ampliamos el rango y atendimos a 100. El Estado ecuatoriano entregó alrededor de 164 millones de dólares a cooperantes en todos los servicios: adultos mayores, personas con discapacidad, etcétera; y los niños, indudablemente, es el grupo de mayor inversión. Los recursos extras que se consiguieron para este fin fue otra forma de aportar en la prevención de la DCI.

Como también lo fue el hecho de haber intervenido el sistema automatizado de registro de asistencia, llamado Sara, sobre el que dejamos un avance de entre 70% y 75%. Fue muy importante esta intervención, porque supuso modernizar la forma en que se

registra la entrega de los recursos del Estado y con esto nos aseguramos que los beneficiarios realmente recibieran lo que estaba destinado para ellos.

Por otro lado, es importante señalar que el Bono Infancia Futuro se entregó a 70.000 beneficiarias. Para diciembre de 2023 estaba previsto que fueran 81.372 entre madres gestantes y madres de cero a 45 días. La inversión para el 2023 se proyectó en 32 millones de dólares, pero la recurrencia en el 2024 generaría un impacto de 60 millones de dólares.

Es un bono nuevo que tiene una particularidad, cuenta con incentivos de por medio: se entrega 50 dólares de manera permanente, mensual, durante dos años y nueve meses aproximadamente, que comprende 1.000 días desde la gestación hasta los dos años del niño; y luego, tres incentivos que son 90 dólares a los nueve meses de gestación, 120 dólares en el primer año del niño y 120 en el segundo año del niño, siempre que la madre contribuya con chequeos prenatales, vacunas, control del niño sano, etcétera. De esta manera generamos una sinergia entre los padres y el Estado ecuatoriano, a través de la corresponsabilidad de este bono, que de alguna manera complementa las múltiples acciones que el gobierno ha realizado.

Se trató de una política pública que generó incentivos. Por eso no incluimos el monto de las tres entregas extra en las mensualidades, porque esos extras eran incentivos para que la madre cumpliera con su hijo. Podría parecer lo mismo, porque la cantidad de dinero al final del proceso termina siendo la misma, pero no es igual, porque incentiva a la movilización de la madre.

Entonces, en primer lugar, el bono fue un incentivo. En segundo lugar, en el sector rural, que es el más vulnerable del Ecuador, la asistencia fue más necesaria por dos razones: la primera, porque vivimos una etapa post pandémica, que al mundo le obligó a retroceder diez años y el Ecuador no fue una excepción; la segunda es que, evidentemente, hay una brecha. Entonces, cuando se tienen esas realidades económicas, las de la pobreza, este apoyo es muy útil”

Estrategia Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil. Ciclo de la política pública: Implementación de la política pública

Uno de los problemas típicos en la implementación de una política pública radica en que esta etapa se pasa por alto, dado que se considera como un asunto técnico que le compete netamente a los administradores y personal operativo de las instituciones. En este sentido, no basta con un documento que abarque el diseño de la política por más perfecto que parezca o bien con una orden del más alto nivel para garantizar que exista la coherencia entre el documento y la práctica, sino que el proceso de implementación por sí mismo es dinámico y complejo. Para la descripción de la actual política pública en la fase de implementación se abordarán dos aproximaciones teóricas: el modelo *Top Down* y el modelo *Botton - up*²⁸.

El modelo *Top - Down* sugiere que la política se implementará como un asunto burocrático, considerando como primordial la calidad de las decisiones políticas y el esfuerzo de los tomadores de decisiones para proponer un modelo racional, sin embargo, en este modelo no es primordial el papel de los ejecutores de la política. Mientras que el modelo *Botton - up* reconoce la participación activa de los actores operadores de la política, y desarrolla la capacidad de adaptación de las instituciones para responder a las acciones previstas desde la esfera central.

Con este contexto, es importante entender que, en la ENECSDI, se ha considerado la combinación de ambos modelos. Esto se refleja en la definición de ejes estratégicos que abarcan desde la creación de estructuras habilitantes hasta la provisión de servicios en territorio, así como la participación comunitaria y corresponsabilidad como elementos clave para la implementación efectiva de la política.

Entonces, en el modelo *Top - Down* se inserta el posicionamiento de la desnutrición infantil como una prioridad nacional, con objetivos y directrices plasmadas en un plan estratégico nacional. Además, se incluye la movilización de recursos a través de la implementación de la metodología de Presupuesto por Resultados (PpR), y se definen un conjunto de servicios

dentro de un paquete cuya entrega se debe garantizar por parte de las instituciones proveedoras de servicios de salud, protección social, educación, entre otras acciones que se detallan en el *capítulo 3*.

Desde el paradigma *Bottom - up*, se definen ejes estratégicos que involucran activamente a la comunidad y promueven la corresponsabilidad. Esto se logra mediante la identificación de necesidades propias de cada territorio y la puesta en marcha de soluciones adaptadas a su realidad, ejemplo: la formación de mesas intersectoriales cantonales y parroquiales que facilitan la participación de líderes comunitarios, instituciones proveedoras de servicios con presencia territorial, autoridades locales, entre otros actores clave. Adicionalmente, la ENECSDI promueve el desarrollo de mecanismos de información que permita la oportuna respuesta ante las necesidades de la población, por ejemplo, el Sistema Unificado Universal de Seguimiento Nominal que proporciona una visión del progreso de la política pública en términos de indicadores.

La combinación de estos enfoques en la fase de implementación de la política promueve la aceptación, adaptación y, por tanto, la efectividad de las intervenciones propuestas en el diseño. En el siguiente capítulo se mencionan los avances y resultados en cada uno de los seis ejes estratégicos que contempla la implementación de la actual política.

3

Pilares estratégicos
hacia una nueva
política de DCI

3.1. Condiciones habilitantes

A lo largo de esta publicación, los relatos de algunos de los actores han abordado la importancia que tiene contar con un entorno habilitador para la implementación de la Estrategia y esto se puede comprender desde los diferentes decretos y normas que regulan su implementación. Es decir, la política pública y los espacios de gobernanza donde confluyen el Comité Intersectorial y el Consejo Consultivo.

Con relación a los pilares de la gobernanza, la actual política incluye: 1) la integración intersectorial; 2) integración financiera; 3) integración territorial; y, 4) integración del seguimiento, monitoreo y evaluación de la política.

El primer componente corresponde a la articulación y cooperación entre diferentes sectores gubernamentales y no gubernamentales que confluyen en el Comité Intersectorial (carteras de Estado y el Consejo Consultivo (cooperación internacional, sector privado, academia, sociedad civil, etc.), ambos espacios liderados por la Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil (STECSDI).

Para garantizar la entrega puntual y completa del paquete prioritario de bienes y servicios especificados en el Decreto 1211, es esencial una gestión eficaz de los recursos necesarios. Esta tarea se aborda en el componente dos, centrado en la integración financiera, que incluye la adopción del mecanismo de Presupuesto por Resultados. Este enfoque se considera un método eficiente, efectivo y transparente para asignar los recursos necesarios destinados a la prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil⁴².

El componente tres corresponde a la integración territorial, cuya relevancia depende de la adecuada coordinación y gestión en la esfera nacional e implica la activa participación y liderazgo local de autoridades y líderes de 221 municipios, 24 prefecturas y 1.499 juntas parroquiales, en sus órganos de representación (AME, Congope y Conagopare). Finalmente, el seguimiento, evaluación y rendición de cuentas confluyen en el componente cuatro como un pilar transversal para la gobernanza.

3.1.1. Normativa para un entorno habilitador

En diciembre de 2020, se promulgó el Decreto Ejecutivo 1211, que aprobó la implementación de la Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición, con el objetivo principal de prevenir la desnutrición crónica en niños y niñas menores de 24 meses, en consonancia con los objetivos de la Agenda 2030. Para alcanzar esta meta, se estableció un paquete priorizado de bienes y servicios destinados a la población objetivo, cuyo seguimiento se lleva a cabo mediante un monitoreo nominal. Además, se aseguró la asignación presupuestaria a través de la metodología de Presupuesto por Resultados, y se estableció la obligatoriedad de medir la prevalencia de desnutrición crónica infantil anualmente⁴³.

Posteriormente, mediante el Decreto presidencial 92, emitido el 6 de julio de 2021, se creó la Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil, encargada de coordinar y dirigir las acciones generales relacionadas con la ejecución de la Estrategia³¹.

Luego, en abril de 2022, se realizó un trabajo en conjunto, a través de la STECSDI, con los ministerios ejecutores: Ministerio de Salud, Ministerios de Inclusión Económica y Social. Y, a través del Decreto Ejecutivo 404, se hizo una reforma al Decreto 1211 que reafirmó el compromiso con la acción intersectorial⁴³. Esta reforma incluyó cambios como: la especificación de la entrega de vacunas a embarazadas e infantes menores de 24 meses, alineadas con el esquema de vacunación vigente en Ecuador; y, la disposición para la creación de una plataforma intersectorial de interoperabilidad de datos, coordinada por la Secretaría Técnica, que incluiría el padrón nominal de la población objetivo y el reporte de indicadores de proceso y resultado. La plataforma, en conjunto con el ente rector de Telecomunicaciones, brindaría acceso a los diferentes niveles, incluyendo, el territorial⁴⁴.

3.1.2. Entorno habilitador y gobernanza

El 1 de junio de 2022, se estableció el Comité Intersectorial, orientado hacia la prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil (DCI). Este espacio, liderado por el Presidente de la República, está integrado por 13 entidades de la Función Ejecutiva. Su misión es asegurar la coordinación, ejecución y rendición de cuentas de las instituciones gubernamentales encargadas de implementar la Estrategia, mediante la aprobación de mecanismos, metodologías y lineamientos³⁹.

Por otro lado, el Consejo Consultivo para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil es un espacio independiente de consulta, diálogo, consenso y colaboración entre organizaciones de la sociedad civil con la Secretaría Técnica, para supervisar la implementación de la Estrategia. Está compuesto por representantes de las oficinas de Naciones Unidas en Ecuador, como parte de la cooperación internacional, así como por miembros de la academia y organizaciones de la sociedad civil⁴⁵.

Relato de Luis Enrique Coloma, exconsejero de gobierno ad-honorem en políticas públicas de combate a la desnutrición crónica infantil

Luis Enrique Coloma fue designado como Consejero de Gobierno Ad-honorem el 24 de mayo de 2021, mediante el Decreto Ejecutivo 31, con el objetivo de brindar asesoría a la Presidencia sobre el diseño y desarrollo de una estrategia integral de prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil (DCI) y su gobernanza, fortalecer la cooperación internacional y con la sociedad civil en este ámbito, y contribuir al desarrollo de políticas públicas efectivas. Aquí su reflexión:

“Es fundamental entender que, cuando asumió el presidente Guillermo Lasso, la desnutrición crónica infantil era uno de los problemas más graves que enfrentaba Ecuador, tanto a nivel social como de salud pública. Y ha sido un problema persistente por décadas, permaneciendo relativamente oculto para la mayoría de los ecuatorianos.

Durante este período, se logró concienciar sobre la existencia de este grave problema y se entendió mejor que la lucha contra la DCI debe ser una causa nacional, sin banderas políticas ni colores partidistas. También se comprendió que este objetivo no debe ser una prioridad exclusiva de un gobierno, sino una prioridad nacional, reflejada en políticas de Estado a largo plazo, para lo que es esencial generar el marco legal que consolide el combate contra la DCI, de manera que los programas e iniciativas trasciendan los gobiernos de turno y estén protegidas de los vaivenes políticos.

Si miramos hacia atrás, se habían implementado aproximadamente doce programas de combate a la DCI en los últimos quince años. Aunque estos programas abordaron algunas de las determinantes críticas de la DCI, no lo hicieron como una política de Estado integrada y articulada. Por ejemplo: el Ministerio de Salud Pública tenía sus programas, que eran componentes de iniciativas más amplias; el MIES también tenía iniciativas,

pero existía una deficiente articulación con el MSP. No se involucró adecuadamente a instituciones fundamentales como el Ministerio de Economía y Finanzas para la gestión presupuestaria, el Mineduc para programas preventivos de educación, el MAG para el acceso a alimentos nutritivos, la Digercic para la cedulación oportuna de mujeres gestantes e infantes, y el Registro Social, por mencionar algunos.

En definitiva, en mi opinión, los resultados alcanzados hasta entonces se debían, en gran medida, a problemas de articulación entre ministerios y otras entidades que debían cooperar en un programa integral de combate a la DCI; y, también, a deficiencias en la asignación de recursos y a una falta de acción efectiva en territorio; La DCI se combate con acciones concretas en el territorio y no desde las oficinas centrales de los ministerios.

Una estrategia exitosa contra la DCI requiere de una sólida articulación intersectorial dentro del Estado, así como la cooperación internacional, organizaciones de la sociedad civil, la academia y el sector privado. Así se diseñó la estrategia durante el gobierno del presidente Lasso, participativamente, recopilando incluso las buenas prácticas establecidas por gobiernos anteriores, independientemente de su tendencia política y con una visión de cinco años, basada en evidencia científica y las mejores prácticas internacionales.

Por otra parte, entre los importantes aciertos de la estrategia, debe considerarse la creación de la Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición, adscrita a la Presidencia de la República, para articular y supervisar la lucha contra la DCI a un nivel más elevado. Si el MSP intenta articular al MIES o el MIES al Ministerio de Salud, en la práctica, esto no resulta efectivo, ya que son instituciones con mandatos distintos y que están al mismo nivel jerárquico. Por ello, era necesaria una entidad independiente y adscrita a la Presidencia de la República que logre una articulación y supervisión efectiva de la política pública.

Para llegar a esto, fue fundamental el liderazgo del presidente Guillermo Lasso, quien generó y luego presidió las reuniones del Comité Intersectorial, en las que participaron ministros y autoridades de las entidades encargadas de atender la DCI, manteniéndose siempre involucrado y recalando a su gabinete la importancia de las iniciativas de lucha contra la DCI. El Comité Intersectorial y la coordinación interministerial que supuso, con el Presidente a la cabeza, permitió legitimar y otorgar la autoridad requerida por la Secretaría Técnica para realizar toda la coordinación”.

Relato de Boris Cornejo, secretario Ad hoc del Consejo Consultivo

“El Consejo Consultivo es un ejercicio democrático de interlocución entre quienes hacen la política pública y la sociedad, que está representada en este espacio de forma bastante plural y diversa. Está integrado por 19 organizaciones, en representación de cinco diferentes sectores: el sector académico, representado por dos universidades y tres institutos superiores, que forman nutricionistas, trabajadores sociales, etcétera. Este es un sector muy potente dentro del Consejo, porque aporta todo el rigor de la investigación, del dato, del análisis.

El sector de los medios de comunicación incluye, principalmente, a medios virtuales y también a radios comunitarias, que generan este tipo de información. En el sector de la cooperación internacional participan, por ejemplo, la Unión Europea, el Banco Interamericano de Desarrollo, el Programa Mundial de Alimentos de Naciones Unidas, entre otras instituciones que tienen mucho para decir sobre la DCI.

En el sector social tenemos siete representaciones con organizaciones diversas de todo el país: una representa al pueblo afroecuatoriano, otra al pueblo montubio, la asociación de madres que está en la Liga de la Leche Materna, entre otras.

El Consejo Consultivo es plural y su elección fue bastante compleja, porque si hablamos de un Consejo de la sociedad civil, pues la sociedad civil somos todos. Entonces, lo que hicimos fue identificar estos grandes sectores y dirigirnos a los gremios, a las organizaciones, a los liderazgos de los distintos sectores y hacerles la invitación para que sean ellos los que designen candidatos. Y, luego, se hizo un proceso de elección, por el cual estamos designados por dos años y tenemos básicamente tres funciones:

La primera es tremendamente importante: observar, lo que implica que es la sociedad civil la que está pendiente de saber qué pasa con la política pública.

La segunda contempla el rol de asesoría, partiendo de una mirada crítica. Desde aquí podemos señalar lo que se puede mejorar, porque este Consejo está conformado por instituciones que cuentan con expertos en distintos ámbitos. Entonces, el gobierno puede tener al alcance una asesoría del más alto nivel y, desde el Consejo, también nos comprometemos con los cambios que proponemos. Por ejemplo, se puede contar con el sector académico, que tiene el rigor de la investigación, del dato, del análisis.

La tercera función es jugar un rol de articulador. Gracias a la cantidad, importancia y diversidad de sus integrantes, el Consejo tiene capacidad para poner en contacto y generar espacios desde donde se puedan impulsar distintas iniciativas. Un papel muy relevante tiene la cooperación internacional, que ayuda a garantizar la continuidad con recursos; y la sociedad civil en general tiene capacidad proactiva: hicimos un mapeo de grandes iniciativas contra la DCI a nivel nacional y contamos 179 experiencias.

En Ecuador tenemos una política pública contra la DCI que se ha gestado gracias al trabajo de distintos gobiernos y nuestro rol es velar por esa política, que inició con el gobierno anterior, se consolidó en este y debemos trabajar para que continúe con el próximo.

En este sentido, estamos hablando de innovación social y democrática. Hablamos de que con cualquier gobierno y frente a cualquier situación que atravesase el país, el paquete priorizado tiene que llegar”.

3.1.3. Las finanzas como instrumento de acción

En la gestión pública de la política de prevención y reducción de la DCI, es imperativo garantizar la asignación de presupuestos que posibiliten la consecución de los resultados esperados. Para lograr este cometido, es esencial contar con una metodología eficaz para la asignación presupuestaria. El Presupuesto por Resultado es una metodología que se rige por principios de transparencia, estableciendo una conexión directa entre la asignación presupuestaria y la cadena de producción de bienes y servicios para la entrega del paquete priorizado completo y oportuno. Esto adquiere especial relevancia al considerar los derechos ciudadanos de las niñas y niños, comenzando desde su gestación.

Así, con la aplicación de esta metodología, se cumplen tres características claves que garantizan la entrega de los paquetes: a) Identificación transparente de la cadena de producción de bienes y servicios esenciales para la atención integral de la primera infancia; b) Las instituciones ejecutoras y encargadas de la provisión de bienes y servicios identifican las brechas con relación a las necesidades en recursos; c) Facilitar el seguimiento de la inversión pública, garantizando la sostenibilidad mediante una asignación oportuna y coherente de recursos, lo que contribuye a mantener la cobertura de los servicios a lo largo del tiempo⁴¹.

Con este antecedente, a continuación se presentan las principales instituciones que han marcado un hito en el eje de movilización de recursos:

Tabla 6: Movilización de recursos para la prevención de la DCI

Institución	2021	2022	2023
MIES	135.604.785	172.729.016	219.868.777
MSP	69.049.190	89.972.718	103.100.817
STECSDI	0	10.591.242	8.844.470
INEC	0	2.544.867	4.374.719
Total general	204.653.974	275.837.843	336.188.782

Fuente: Estrategia Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil Paquete Priorizado y Acciones Transversales⁴⁶

3.1.4. Iniciativa de presupuesto efectivo: transformando los recursos en resultados

Los recursos no suelen ser suficientes para abordar todas las necesidades de la población y, en muchas ocasiones, son escasos frente a la vastedad de condiciones que exige un Estado efectivo. Por ende, una adecuada gestión y optimización de recursos es fundamental para lograr los resultados esperados. Seguir abordando la desnutrición crónica infantil con modelos tradicionales, bajo los mismos esquemas de gestión pública no lograrán resultados diferentes.

En este sentido, en la actual política, se han alcanzado hitos importantes en la implementación de la metodología de Presupuesto por Resultado (PpR):

- En primera instancia, se evidenció un compromiso firme con la reducción de la desnutrición crónica infantil (DCI) tanto a nivel político como técnico, marcando así el inicio de una hoja de ruta clara para la implementación del Presupuesto por Resultados en Ecuador.
- Identificación de intervenciones efectivas respaldadas por evidencia científica. Este hito se refleja de manera concreta en la entrega del paquete priorizado de bienes y servicios. Estas intervenciones, que abarcan controles de salud, vacunación, suplementación con micronutrientes, promoción del desarrollo infantil integral, y la inscripción temprana en programas de atención, entre otras, han pasado a ser el

eje central de los esfuerzos colaborativos. Su selección fundamentada en evidencia científica, etiquetan al conjunto de bienes y servicios como intervenciones costo efectivas, que requieren ser aseguradas a través de las estructuras financieras.

- Establecimiento de roles y responsabilidades precisas para la provisión del paquete básico y priorizado de bienes y servicios. Además, se han realizado esfuerzos importantes para lograr que el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) reconozca de manera adecuada estas intervenciones en el clasificador y el sistema de información financiera eSIGEF. Esto se traduce a una mejor asignación y seguimiento de los recursos financieros destinados a las acciones de prevención y reducción de la DCI, fortaleciendo así la capacidad del Estado para abordar este importante problema de salud pública de manera efectiva y eficiente ⁴⁷.
- Anclaje a las necesidades de la población, estableciéndose por primera vez un sistema de seguimiento nominal (Sistema Unificado y Universal de Seguimiento Nominal), que permite realizar un seguimiento nominal de la población objetivo. En este sistema convergen todas las prestaciones de manera intersectorial e identifica alertas que pueden dar indicios de la ausencia o necesidad de prestación de algún servicio del paquete priorizado, con el fin de promover la acción oportuna de las instituciones prestadoras. Además, facilita la identificación de la demanda real y el cálculo preciso de las brechas de servicios, lo que proporciona una base sólida para la toma de decisiones y la asignación eficiente de recursos en la lucha contra la desnutrición infantil⁴¹.
- Se ha desarrollado una herramienta denominada “Guía conceptual: Hacia un Estado efectivo en la lucha contra la Desnutrición Crónica Infantil”, como resultado del trabajo y la colaboración del personal técnico de las instituciones involucradas. Esta guía no solo ofrece directrices detalladas para la implementación de mecanismos innovadores en gestión financiera relacionados con la nutrición y la salud infantil, sino que también está diseñada para orientar a las administraciones futuras. De esta manera, proporciona una base sólida para los próximos gobiernos, permitiéndoles dar continuidad a este importante mecanismo de gestión⁴⁸.

El Ministerio de Salud es una de las instituciones proveedoras de las prestaciones de salud que contempla el paquete priorizado. Por tanto, es importante resaltar sus avances con relación a la implementación de la cadena de valor en sus tres fases: 1) Cadena de Resultados; 2) Producto; y, 3) Líneas de Producción⁴⁹.

En este sentido, el sector de la salud ha demostrado progresos significativos en la identificación de los insumos básicos necesarios para la prestación de servicios como el control prenatal, el seguimiento del niño sano y el programa de inmunizaciones. Esto se ha llevado a cabo con el objetivo de establecer costos para los diferentes paquetes de servicios y alinearlos con la demanda de la población. Ello permitirá tener una asignación de recursos en función de las necesidades, desde una perspectiva territorial ⁴⁹.

Asimismo, se han dado los primeros pasos hacia el diagnóstico de la capacidad instalada de las unidades operativas del primer nivel de atención, para contemplar la reducción de brechas en las dimensiones de conectividad y equipos informáticos, infraestructura, medicamentos, equipamiento sanitario, entre otras. Esta información visibilizará la situación inicial de los establecimientos para generar indicadores que permitan la identificación coherente de necesidades y, por ende, la asignación del presupuesto en función de los resultados esperados.

Sin embargo, como se ha señalado anteriormente, una de las acciones estratégicas que han permitido que los recursos económicos se gestionen de manera eficiente y se priorice su uso en la Estrategia vigente, es el rol protagónico que adquiere el Ministerio de Finanzas. Así lo resalta Luis Cordero, experto en el diseño e implementación de políticas públicas.

Relato de Luis Cordero, médico. Experto en diseño e implementación de políticas públicas y programas en primera infancia

Para implementar todas las intervenciones de atención es clave tener una buena relación con Finanzas, así se evitan esas tensiones que ocurren, porque cada vez que se quiere expandir o acelerar la implementación de las intervenciones para hacerlas donde se requiere contratar personal, rápidamente se genera una tensión fiscal con el Ministerio de Economía y Finanzas.

Un tema clave para implementar estas políticas es lograr una mejor comunicación, para que fluya la relación con el Ministerio de Finanzas. Es más, hay que lograr que Finanzas tenga un rol importante, más proactivo y que esté, permanentemente, encontrando diferentes maneras y opciones de mejorar la asignación de recursos para estas intervenciones de prevención.

En particular, un rol clave del Ministerio es que tiene que proteger el presupuesto orientado a la Estrategia de Desnutrición. En este ámbito, su rol es muy activo, pues, ellos tienen los instrumentos, las metodologías, el marco legal para proteger esos recursos. Igualmente, cuando se tiene que priorizar o represar los recursos en contextos de mayor crisis fiscal, todo el instrumental está en manos de Finanzas. Entonces, si ellos no tienen un rol activo en hacer que esta Estrategia se sostenga en el tiempo, se priorice o se ejecute de manera eficiente, su implementación podría ser muy errática en las intervenciones territoriales.

En este sentido, el mayor valor que tiene el Decreto 1211, desde mi perspectiva, es darle ese rol al Ministerio de Finanzas, pues le encarga la implementación del Presupuesto por Resultados, así como una serie de pautas y medidas para que el financiamiento esté protegido y crezca de acuerdo a la necesidad que se identifique en los diferentes territorios. De esta forma se fortalece la Estrategia y sus resultados a futuro.

3.1.5. Optimización fiscal: abriendo camino a la deducibilidad inteligente

Se ha implementado un mecanismo que, a través de incentivos tributarios, busca promover la corresponsabilidad de la sociedad civil en la prevención y reducción de la DCI, alentando la inversión en el futuro del país. Este enfoque se materializa mediante el patrocinio a entidades sin fines de lucro, ya sea en bienes o servicios, para la ejecución de proyectos alineados con la erradicación de esta problemática. Con el objetivo de respaldar la iniciativa, en el año 2022 se estableció un mecanismo que permite la deducción de hasta el 150% adicional en la base imponible del Impuesto a la Renta. Tal deducción se aplica a empresas y personas que financien programas y proyectos destinados a reducir la DCI⁴¹.

Es importante destacar que los proyectos cuentan con el aval de la Secretaría Técnica y son evaluados técnica y cualitativamente, para su calificación, por las entidades gubernamentales encargadas de la salud, protección social, agua y educación; entidades que en conjunto con la Secretaría Técnica, de manera anual, determinan las temáticas para los programas y proyectos. Para el año 2024, se previeron cuatro temáticas: agua segura/apta para consumo humano y saneamiento; dotación de recursos e insumos para fortalecer programas de educación y consejería en salud, desarrollo infantil integral, participación familiar, entre otros relacionados al abordaje de la desnutrición crónica infantil; mecanismos complementarios para la entrega oportuna de bienes y servicios

contemplados en el paquete priorizado para el abordaje de la DCI y seguridad y soberanía alimentaria⁵⁰. Está desarrollado en los párrafos siguientes

En este contexto, se ha puesto especial énfasis en cuatro líneas de contribución que se insertan en el marco conceptual de las determinantes de la desnutrición. Las líneas buscan abordar integralmente la problemática y promover acciones concretas que impacten positivamente en la reducción de la desnutrición crónica infantil⁵¹, especialmente, en 728 parroquias priorizadas:

1. **Sistemas de agua apta para el consumo humano y saneamiento:** Dentro de esta línea se incluye la implementación de sistemas de agua segura con sostenibilidad territorial, sistema de purificación de agua en instituciones educativas.
2. **Programas de educación y consejería en salud y desarrollo infantil integral:** Línea orientada a la población de embarazadas y niños/as menores de dos años que incluye intervenciones en torno a lactancia materna, alimentación complementaria, prevención del embarazo en niñas y adolescentes, alimentación saludable e higiene alimentaria.
3. **Mecanismos para facilitar la recepción de servicios al grupo objetivo:** En esta categoría se incluye el registro nominal y la entrega del paquete priorizado de prestaciones de salud, inicialmente, y ampliado al resto de prestadores, posteriormente, para lo cual fue necesaria la dotación de equipamiento e insumos, campañas de comunicación y acciones logísticas que permiten acceso a servicios de salud, educación o protección social.
4. **Seguridad y soberanía alimentaria:** Contempla la implementación de sistemas de asistencia alimentaria, promoción de saberes ancestrales y de productos locales.

Con este mecanismo, el gobierno generó una herramienta que alinea a la sociedad civil, empresa privada y entidades sin fines de lucro con la política pública de abordaje a la DCI.

Entre febrero y diciembre de 2023⁵², la Mesa Interinstitucional Calificadora aprobó diez proyectos postulados por las entidades sin fines de lucros alineados a la prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil y atención a embarazadas, con un cupo reservado de 5.203.999,31 de dólares con un efectivo patrocinio de 4.812.458,33 de dólares⁴⁸.

3.1.6. Agua segura: financiamiento para proyectos de agua

Garantizar el acceso a un suministro de agua segura y un sistema de saneamiento adecuado son elementos clave en la prevención del retraso en el crecimiento de niños y niñas menores de 24 meses. En este sentido, en el marco de la Estrategia se han promovido acciones para la movilización de recursos que permitan poner en marcha programas que aborden esta determinante estructural desde los gobiernos locales.

El Banco de Desarrollo del Ecuador impulsa programas de agua y créditos dirigidos a gobiernos autónomos descentralizados para combatir la DCI. Hasta finales del 2023, se gestionó la entrega de alrededor de 334 millones de dólares en créditos, con fondos provenientes de organismos internacionales⁴¹.

Las finanzas estratégicas se despliegan en una multiplicidad de acciones que involucran a distintas instituciones comprometidas con el financiamiento de la lucha contra la DCI. La cooperación internacional y los organismos multilaterales de crédito son fundamentales para esta política pública, porque permiten planificar la ejecución en los niveles macro que el Estado requiere. Luciana Armijos, de la CAF, y Nelson Gutiérrez, del Banco Mundial, son referentes importantes para el proceso.

Relato de Luciana Armijos, coordinadora de Salud y Nutrición en la CAF-Banco de Desarrollo de América Latina y el Caribe

“Nuestra participación en la Estrategia y su implementación tiene varias aristas. Una función importante es el apoyo en términos de financiamiento: empezamos a trabajar en esta temática desde 2019, cuando se creó el Decreto Ejecutivo 1211 y en los primeros tiempos participamos con dos créditos de libre disponibilidad para implementar Presupuesto por Resultado. En el 2023, se firmó un crédito mucho más concreto con el Ministerio de Salud Pública (45 millones de dólares), para un proyecto de inversión relacionado con el Proyecto Ecuador Libre de Desnutrición.

En términos técnicos, también hemos impulsado la metodología Presupuesto por Resultado. A veces se piensa que solo se trata de dar recursos a cambio de resultados, pero en la práctica es mucho más complejo. Llegar a este punto requiere de mucho trabajo previo realizado por la Secretaría Técnica, que permitió comprobar que la identificación y buen uso de los recursos conlleva un incremento de cobertura sin aumentar, necesariamente, el monto invertido.

Adicionalmente, como CAF, siempre acompañamos este proceso. Por ejemplo, a través de cooperaciones técnicas para identificar los nudos críticos en el financiamiento y así discernir cuáles eran los principales productos que financiar y potenciar. Yo creo que esto ayudó mucho a ordenar casa adentro la entrega de los bienes y servicios, para que sean completos y oportunos.

Como la Estrategia y su Plan seguirán creciendo, estamos trabajando reglas de asignación presupuestaria para protección de los recursos vinculados a los bienes y servicios del paquete priorizado, para que, en caso de haber alguna urgencia, no se desatenden los servicios esenciales de prevención de la DCI. La cooperación está para apoyar estos procesos”.

Relato de Nelson Gutiérrez, especialista Sénior de Protección Social y Trabajo del Banco Mundial para América Latina

“Yo pienso que la Estrategia y el Plan son muy loables y eficaces. Es un ejemplo que parte del Decreto 1211, emitido por el Gobierno anterior, y no solo le dé continuidad, sino que a través del Plan lo profundiza, amplía y precisa, para construir la política pública. También se vuelve una Estrategia más fina con los distintos instrumentos que se han implementado.

Creo que la implementación de la Estrategia es un hito para el combate contra la DCI y esperamos que se mantenga, porque ha dejado cimientos fuertes. Claro que necesita afianzarse como Estrategia, con reformas en los marcos legales y otros ámbitos, pero ha dado pasos gigantes con el Presupuesto por Resultado, una articulación fuerte y un sistema de información interconectado.

Como decía, aún hay mucho trabajo que hacer, por ejemplo, el presupuesto general del Estado debe integrar la metodología PpR para mejorar la asignación presupuestaria, porque si algo demuestra esta metodología es que no necesariamente se necesitan más recursos, sino mejor asignación.

El Banco Mundial interviene, principalmente, en el campo crediticio y financiero en general y creo que se ha dado un paso muy importante con la inclusión del Presupuesto por Resultados. En este ámbito, nosotros promovemos y creo que se ha dado un paso muy importante con la inclusión del Presupuesto por Resultados, que las metas tengan consecuencias positivas o negativas si se cumplen o no se cumplen en

los diferentes niveles: ministerios, centros de salud, direcciones zonales, distritales, o igual en el caso del MIES.

Por ejemplo, sobre el padrón nominal, el Banco Mundial promueve el afianzamiento de la reasignación de recursos en función de las necesidades, y algo se ha logrado con las operaciones de préstamo que tienen con el Banco Mundial, donde sí se reflejan estas consecuencias financieras del cumplimiento o no de las metas.

Cuando hablamos de Presupuesto por Resultados, vemos que no necesariamente implica mayores recursos, sino una mejor asignación. Evidentemente, hay una necesidad marginal de recursos adicionales, pero en realidad lo más importante es una asignación eficiente. Creo que hubo un cambio importante en el modus operandi, incluso del endeudamiento, en el caso del Banco Mundial, que financia iniciativas en las que se desembolsa contra resultados. Este es un cambio importante, porque desembolsa contra lo que ya ha ejecutado el Estado, es decir, son recursos del Estado, son recursos públicos, entonces no son recursos que necesariamente tienen que ser incrementados en el presupuesto público”.

3.2. Paquete de intervenciones

3.2.1. Acciones esenciales en los primeros 1.000 días de vida

Siguiendo recomendaciones ampliamente reconocidas a nivel internacional y respaldadas por evidencia científica, se definió un conjunto prioritario de bienes y servicios para la población materno infantil, denominado paquete priorizado completo y oportuno, dirigido a cuidar de las embarazadas y niños menores de 24 meses, que consta en el Decreto Ejecutivo 1211. Este paquete tiene un propósito fundamental: garantizar el desarrollo integral en la infancia, con el fin de prevenir y reducir la desnutrición crónica infantil.

El paquete priorizado incluye: 1) Identificación y captación oportuna de embarazadas y niños menores de dos años; 2) Inscripción oportuna en el Registro Civil; 3) Entrega de servicios de salud para la atención integral en los primeros 1.000 días; y, 4) Acceso a servicios que promuevan el desarrollo infantil⁴³.

Este conjunto de medidas no solo apunta a cuidar a los más pequeños, sino también a sentar las bases para un desarrollo infantil saludable y una significativa reducción de la desnutrición crónica en Ecuador.

3.2.2. Priorización territorial con enfoque de equidad

La priorización territorial de una política pública representa un mecanismo para reducir las brechas de inequidad por varias razones. En primer lugar, al considerar determinantes sociales específicos de la desnutrición crónica infantil (DCI), como el acceso a servicios de salud, la escolaridad de mujeres en edad fértil, el índice de pobreza por necesidades básicas insatisfechas, el acceso a servicios de atención infantil, y el acceso a agua potable y saneamiento, se puede dirigir la atención y los recursos hacia las comunidades más vulnerables y necesitadas.

Al priorizar territorios con base en estos determinantes, se puede garantizar que las intervenciones se enfoquen en aquellas áreas donde la necesidad es más acuciante, lo que puede ayudar a cerrar las brechas de inequidad y mejorar el acceso equitativo a servicios y oportunidades. Además, al concentrar los recursos en estas áreas prioritarias, se puede promover un uso más eficiente de los recursos disponibles, maximizando el impacto de las intervenciones y asegurando que lleguen a quienes más lo necesitan.

De manera complementaria a la prestación de los bienes y servicios, con el objeto de implementar acciones con un enfoque de equidad y promover el uso eficiente de recursos, se elaboró una priorización territorial considerando determinantes sociales de la DCI como: acceso a servicios de salud, escolaridad de mujeres en edad fértil, índice de pobreza por necesidades básicas insatisfechas, acceso servicios atención infantil, acceso a agua potable y saneamiento. Se priorizaron 728 parroquias de 1.499 a nivel nacional y 159 cantones de los 221 a nivel nacional⁴¹.

3.2.3. Captación temprana

Para que el paquete priorizado tenga resultados óptimos, las prestaciones deben recibirse completa y oportunamente, es decir, a tiempo. Por ello, un concepto fundamental para fortalecer la oportunidad de entrega de los bienes y servicios que contempla el paquete priorizado, es la captación temprana que se refiere al acceso oportuno, desde las primeras etapas del embarazo y de la vida, a los bienes y servicios ofrecidos por las instancias ejecutoras el paquete priorizado (MSP, MIES, Digercic).

Se considera captación temprana cuando el primer control prenatal se recibe en las primeras 12 semanas de gestación, el registro de nacimiento se efectúa dentro de 45 días

tras el parto, y el ingreso a los servicios de desarrollo infantil del MIES ocurre antes de los 90 días de vida o durante el embarazo⁴¹.

No obstante, no todas las embarazadas acuden a los centros de salud a tiempo, por lo que es importante realizar un proceso de captación temprana a través de distintos actores que trabajan en territorio, principalmente, bajo el mando de los ministerios: coordinadores de promoción de la salud, técnicos de atención primaria en salud (TAPS), nutricionistas comunitarios, vigilantes comunitarios, educadoras, entre otros.

Los nutricionistas y vigilantes comunitarios se incorporaron a la Estrategia desde la perspectiva de la prevención, antes que lo curativo. Esta mirada implica, además, implementar estrategias de cambio de comportamiento en la comunidad, que buscan incidir en las conductas de las personas a través de la identificación de las principales problemáticas que tienen en sus territorios⁴¹.

Tras la captación comienza a operar una maquinaria que, de diferentes maneras, promueve un adecuado desarrollo de la persona desde su concepción. Esto se convierte en una red de interconexión entre diferentes actores que se involucran para llevar el paquete priorizado a la población y también en un sistema de gestión donde se tejen vínculos difíciles de deshacer y se generan herramientas que son útiles para todo el aparato del Estado.

Es en el territorio donde la política pública se ejecuta a través del personal de cada una de las instituciones que permiten la entrega del paquete priorizado de manera oportuna y completa. Ese es el caso de Luisa Orellana, técnica de atención primaria en salud en Tena.

Relato de Luisa Orellana, técnica de Atención Primaria en Salud, Centro de Salud Satelital del Tena, provincia de Pastaza

“Las técnicas TAPS, que así nos llaman, trabajamos desde los centros de salud y estamos en contacto directo con el territorio. Parte de nuestra labor es captar a las mamitas que están embarazadas en nuestro distrito. Son prioridad ahorita los niños y las mujeres embarazadas, entonces eso es algo muy bueno porque no se deja pasar el tiempo, si hay un día que una mamita no viene al control, ya estamos llamando para ver ¿dónde está?, ¿qué pasó?, ¿por qué no ha venido al control? Le agendamos un turno y, si no llega al control, ya sabemos en qué parte vive para ir a buscarla. Sucede igual con los niños, porque las vacunas no hay cómo darles nomás en cualquier

momento, sino que tiene una fecha específica. Todo eso es importante para que reciba el esquema completo.

Como conocemos a la gente de la comunidad, estamos muy pendientes de cada caso y tenemos un sistema de comunicación de todo el equipo, por chat, justamente para compartir la información.

Damos asesoría en alimentación, tanto a las mamitas como a sus hijos, sobre la importancia de la leche materna, la alimentación complementaria, suplementos por edades y así. En el centro también reciben información permanente sobre todos estos temas del paquete priorizado, a través de la pantalla, mientras esperan en la sala. Me siento muy contenta con mi trabajo, porque sé que con lo que yo hago, las mamitas y sus hijos tienen un mejor futuro”.

3.2.4. Inscripción temprana en el Registro Civil

El registro temprano de los recién nacidos en el Registro Civil no solo es fundamental para garantizar su derecho a la identidad, sino que también sirve como la puerta de entrada a una serie de servicios esenciales durante la primera infancia. Este proceso permite el acceso oportuno a servicios de salud y protección social cruciales para el bienestar y el desarrollo de la primera infancia.

En coordinación con la Dirección General de Registro Civil, Identificación y Cedulación, se han implementado diversas iniciativas para facilitar y agilizar el registro temprano de nacimientos. Esto incluye la organización de brigadas móviles, la creación de puntos de atención en ferias de servicios a nivel nacional y la instalación de oficinas de Registro Civil en instituciones de salud del Ministerio de Salud Pública (MSP). Estas acciones han tenido un impacto significativo, evidenciado en un notable aumento en el número de inscripciones tempranas de nacimientos de 11.3 puntos porcentuales en niños y niñas menores de 24 meses.

La importancia de esta iniciativa radica en que el registro temprano no solo garantiza el reconocimiento legal del niño o niña, sino que también facilita el acceso inmediato a servicios de salud, programas de protección social y otros recursos destinados al bienestar y desarrollo infantil. Al eliminar barreras y facilitar el acceso a estos servicios desde el inicio de la vida, se sientan las bases para un crecimiento y desarrollo saludables, contribuyendo así a reducir las desigualdades y promover la equidad desde una edad temprana.

3.2.5. Servicios de salud para la atención integral en los primeros 1.000 días

Un embarazo saludable es la base de un futuro prometedor. La OMS señala que brindar atención temprana, regular y completa, durante el embarazo, reduce significativamente el riesgo de DCI y promueve un parto saludable; la Estrategia garantiza un control periódico regular del embarazo, basado en estándares, que es el primer paso en firme para garantizar una vida libre de desnutrición crónica. El proceso continúa con el programa Control del niño sano, que es el mapa hacia un crecimiento adecuado, porque acompaña a los niños y niñas en su travesía desde el nacimiento hasta la infancia, poniendo especial énfasis en los momentos críticos del crecimiento.

Durante el 2023, el Ministerio de Salud Pública, en el marco de la Estrategia Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil, dispuso una clara prioridad en el fortalecimiento del talento humano para mejorar la calidad en la prestación de sus servicios en el primer nivel de atención. Esto se ve reflejado en 1.726 nuevas contrataciones de personal entre médicos, enfermeras, obstetras, promotores de salud y nutricionistas comunitarios⁴⁸.

La incorporación de estos profesionales, principalmente de promotores de la salud y nutricionistas comunitarios, demuestra un compromiso con la mejora de la atención primaria y la expansión de servicios esenciales a nivel comunitario, enfatizando la importancia de centrarse en el primer nivel de atención y, principalmente, en la promoción y prevención de la salud. Este enfoque reconoce que el personal adecuadamente capacitado y desplegado en las comunidades puede desempeñar un papel crucial en la prevención y reducción de la DCI.

Desde el sector salud, otro hito relevante es el mejoramiento de la gestión institucional en el punto de atención: se han adquirido 4.483 equipos antropométricos, para la valoración de hemoglobina, destinados a 765 establecimientos de salud. Además, se ha llevado a cabo la mejora de la conectividad a internet en 753 establecimientos de salud para facilitar el uso de sistemas informáticos. También se ha realizado el mantenimiento de infraestructura en 688 establecimientos de salud. Es importante destacar que el 100% de los establecimientos de salud del primer nivel de atención cuentan con el abastecimiento de biológicos para el esquema regular de vacunas, micronutrientes y libretas integrales de salud⁴⁸, un logro significativo que garantiza el acceso equitativo a

servicios preventivos y de atención primaria para la población. En conjunto, estas acciones contribuyen no solo a mejorar la gestión institucional en el punto de atención, sino también a fortalecer la capacidad de respuesta del sistema de salud a las necesidades de la comunidad y a promover la equidad en el acceso a servicios de salud de calidad. Esto supone la diferencia para identificar a tiempo cualquier riesgo de desnutrición, por eso es una de las bases estructurales del paquete priorizado y su efectiva implementación es prioritaria, como demuestra el crecimiento sostenido de estos servicios a nivel territorial:

Embarazadas

El Ministerio de Salud Pública impulsó eficazmente el control prenatal, que se incrementó de manera exponencial de 258.765 embarazadas atendidas a diciembre 2021 a un total de 286.081 embarazadas a diciembre de 2023, llegando a 27.316 nuevas beneficiarias⁵³. Estas cifras se vuelven más notables considerando los desafíos en el acceso a servicios de salud que significó la pandemia por COVID-19.

El número de atenciones a embarazadas por parte de los servicios de salud del MSP ha experimentado un crecimiento destacado, pasando de aproximadamente 400 mil atenciones en 2015 a más de un millón en 2023⁴¹.

Niños y niñas

La cobertura del control del niño sano en Ecuador presentó un incremento acelerado a diciembre 2021: llegaron con controles de salud a 292.354 niños y niñas menores de 24 meses, mientras que para diciembre de 2023 la cobertura fue de 388.100 niños y niñas, brindando atención a casi 95.746 infantes más que en 2021⁵³, lo que constituye la cobertura más alta de los últimos ocho años.

Como se evidencia, disminuyeron las brechas de atención y se garantizó la entrega del paquete priorizado a gestantes y menores de 24 meses, porque se fortaleció el talento humano en los puntos de atención, con la incorporación de 304 médicos contratados, 969 enfermeras, 72 especialistas de promoción de la salud y 75 obstetras, contrataciones realizadas gracias a un préstamo financiado por el Banco Mundial⁴¹, la meta final es institucionalizar a este personal. Cristina Sinchiguano trabaja en el Centro de Salud Satelital del Tena desde hace 12 años y narra su experiencia sobre la implementación de la Estrategia.

Relato de Cristina Sinchiguano, obstetrix, Centro de Salud Satelital del Tena

“Cuando empecé a trabajar en el centro de salud, no había tanto seguimiento de las embarazadas, recién se empezaban a implementar programas que iban en bien de la salud de nuestras futuras mamitas. Me contaban las pacientes que en sus anteriores embarazos nadie las buscaba, nadie las seguía; si venían bien y si no también, por eso había mayor cantidad de mujeres que daban a luz en sus casas, con la partera.

Y me preguntaron ¿por qué ahora me buscan tanto?, ¿por qué me siguen?, ¿por qué necesita saber dónde vivo? Entonces, hablamos sobre la importancia que tiene todo el proceso de seguimiento para garantizar un buen desarrollo del bebé.

Y también tuvimos que cambiar otras prácticas en el centro de salud. Por ejemplo, las pacientes de posparto ahora ya no necesitan turno para acceder a la atención y esas cosas son importantes en el territorio; se tenía la idea de que era difícil sacar turno y por eso las pacientes le ponían las vacunas al bebé y se iban. Empezamos desde ahí, hicimos una reunión con el personal de salud, explicamos que necesitamos ver a las pacientes posparto y que toda paciente posparto que venga a hacer el tamizaje debía pasar por obstetricia. Así también hacemos seguimiento.

El seguimiento y la atención personalizada, que además es prioritaria, nos permite hablar mucho con las pacientes sobre temas de planificación familiar y son estos espacios los que pueden evitar un embarazo temprano. Cuando yo llegué, teníamos entre 40% y 50% de embarazo adolescente, ahora tenemos 10%, que aún es alto.

El paquete priorizado aportó mucho en este cambio de comportamiento, nos permite una relación más cercana y personalizada. Esa confianza que se genera también hace que vengan a los controles y luego que reciban todos los beneficios del paquete priorizado para asegurar que su bebé no presente DCI.

Jhoselin, por ejemplo, es paciente mía desde que inició su embarazo. Ella es un caso de captación temprana gracias al trabajo de las TAPS y desde entonces viene puntualmente a los controles, porque comprendió la importancia de completar todas las actividades del paquete priorizado”.

Relato de Jhoselin García, beneficiaria del paquete priorizado, Tena

“Yo soy primeriza con mi embarazo y miro muchas cosas por internet, entonces tengo dudas y ahora, en los controles que me está llevando la doctora, pregunto para quitarme todas esas dudas. Aquí sí me dan una asesoría de lo que necesitamos saber: los ejercicios que me ayudan para antes del parto y después de dar a luz, los temas de respiración, lo que debo comer, los suplementos vitamínicos, porque aquí mismo me dan el hierro, ácido fólico y algunas cosas que necesita mi bebé.

Siempre me envían a hacer los exámenes de laboratorio para ver cómo estoy con el tema de mi hemoglobina. Me llevan un seguimiento y siempre me están monitoreando. Además, conversamos y aprendo cosas, por ejemplo, sobre la lactancia ahora sé que es como un apego que tenemos con el bebé y tenemos que darle de lactar cada que el bebé quiera, cuando él lo necesite. También me dicen que esté atenta a todos los signos de alarma: si el estómago se me pone duro, si tengo sangrados, que acuda directamente por emergencia.

Todos estos consejos que me dan en el Centro de Salud me hacen sentir confianza y por eso no faltó a ningún control”.

3.2.6. Servicios para el desarrollo infantil

Los servicios de desarrollo infantil integral se presentan como un salvavidas esencial para el abordaje de la desnutrición crónica infantil en el marco de la protección social. Estos programas actúan como un escudo completo, que abarca desde la etapa prenatal hasta los primeros años, proporcionando cuidados de salud, nutrición, atención infantil y apoyo a las familias. Además, educan a padres y cuidadores sobre la nutrición y crean un entorno estimulante para el desarrollo físico y cognitivo.

El servicio de desarrollo infantil integral se despliega a través de tres modalidades para brindar una atención de calidad a los niños en sus primeros años de vida. Los Centros de Desarrollo Infantil (CDI) operan como espacios de aprendizaje y cuidado para infantes de 12 a 36 meses, donde también se brinda apoyo a madres embarazadas y familias de menores de 0 a 3 años.

La modalidad Creciendo con Nuestros Hijos (CNH) se enfoca en proporcionar consejería familiar, desde el nacimiento hasta los 36 meses, así como a madres embarazadas, con un enfoque directo por parte del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES). Estas modalidades trabajan juntas para garantizar el bienestar y el desarrollo óptimo de niños y niñas, apoyando a las familias en esta fase vital. A diciembre de 2023, el MIES mantuvo el 98% de sus servicios de desarrollo infantil integral con atención permanente beneficiando a 286.334 niñas y niños de cero a tres años en situación de vulnerabilidad y se ha realizado la construcción de tres nuevos CDI⁵⁴.

Relato de María del Pilar Pachacama Leime, educadora familiar de CNH San Vicente, Rumiñahui

“Nosotros, a través de los servicios de desarrollo infantil, lo que hacemos es coordinar con el Ministerio de Salud Pública, para realizar controles médicos a los niños de cero a 36 meses. De esa manera nosotros podemos ir monitoreando si los niños y las niñas tienen algún grado de desnutrición.

El servicio Creciendo con Nuestros Hijos consiste en visitas domiciliarias a los niños menores de año y medio. Llegamos a las familias con un horario de 45 minutos para poder orientarlas en el desarrollo de los niños. Damos diferentes tipos de consejerías: de juego, lenguaje, salud, nutrición o entornos protectores. También desarrollamos este trabajo, de manera grupal, en los domicilios de las mamitas o en alguna casa barrial del sector.

En la consejería de juegos, por ejemplo, buscamos que los niños puedan desarrollar habilidades, destrezas en motricidad fina, motricidad gruesa. En la consejería de lenguaje buscamos que puedan incrementar más palabras en su vocabulario a través de cuentos, láminas o rondas. Así los niños incrementan su vocabulario.

En las consejerías de salud y nutrición se trabaja con las familias sobre la importancia del lavado de manos, cómo cepillar los dientes de sus hijos y la importancia que tiene el control del niño sano en el centro de salud.

Cuando hablamos sobre entornos protectores, por ejemplo, explicamos la importancia que tiene que en el lugar en donde están los niños no deben existir cosas que causen peligro a los niños como vidrios rotos, enchufes que estén destapados o alambres de luz pelados. De esa manera orientamos a las familias para que tengan ese cuidado y los niños puedan crecer en un entorno bueno y no tengan riesgos de accidentes.

Cuando damos las consejerías, tanto grupales o individuales, las familias tienen que continuar este trabajo, pasando un día, es el compromiso que asumen para que los resultados sean efectivos. Lo que les decimos es que deben cambiar siempre de material, para que de esa manera los niños tengan más interés y puedan seguir desarrollándose.

El seguimiento se realiza de manera semanal, en la siguiente visita las familias tienen que hacer una demostración corta de lo que hicieron y así podemos observar que los niños están mejorando estas habilidades y estas destrezas para lograr los objetivos que tienen para su edad.

La aceptación de los padres a nuestro trabajo es muy buena, porque en algunos casos desconocen del servicio de CNH; cuando nosotros llegamos las familias se sienten apoyadas, contentas, porque les orientamos en la crianza de sus hijos”.

Relato de Elizabeth Viviana Tupiza de la Cruz, madre de Eidan Manuel Uña Tupiza que asiste al Centro Infantil Paso a Pasito

“Yo tengo dos hijos, mi segundo Eidan asiste desde hace cuatro meses al Centro de Desarrollo Infantil de Fajardo, él tiene un año y medio y la atención que recibe es súper buena. La profe Gaby tiene buena atención con mi hijo y conmigo. Mi chiquito no ha venido golpeado ni nada de eso, porque he escuchado que en otros lugares ha habido esas situaciones que les pellizcan, que les pegan y que los guaguas están moreteados, pero mi hijo no, por eso digo que la atención es buena.

En alimentación me ayudaron bastantísimo porque mi hijo ya se acostumbró a los horarios que tienen en el Centro, él es buen diente en comparación de mi otro hijo que es muy poco para la comida. Eidan está pica, pica, pica y cuando tiene hambre él mismo pide, por eso las comidas que recibe en el CDI son de gran ayuda.

Desde que está en el Centro, Eidan ha subido de peso. Antes de que entre, le daba el seno, le daba todas las vitaminas que me mandaba el doctor, pero no subía de peso. Pero, ahora le veo que ya tiene más peso y eso mismo me dice el doctor, que está bien.

Le he visto que está más pilísimas, juega con el hermano, ya reconoce los colores y también cuáles son los zapatos, que es un pantalón, tiene mucha energía y es un niño que se ríe bastante. Yo le veo a mi hijo que está bien y yo me siento bien, tranquila de que está creciendo sanito.

En el Centro, además, nos apoyan con charlas de la alimentación que les debemos dar a los guaguas según la edad que tienen. Estas charlas nos dan cada mes las profes y la coordinadora; nos enseñan cómo tenemos que alimentarlos y de qué manera tenemos que comprar los alimentos para que no sufran de infecciones intestinales y tengan más energía para que ellos puedan jugar.

Lo que me gusta, también es que los doctores del Ministerio de Salud atienden a los niños en el Centro. En los primeros 15 días que mi hijo entró le pusieron flúor en los dientes. Cuando los doctores van nos piden el carnet de vacunas para mandarnos toda la información del peso, la talla y si es que les faltan vacunas, nos mandan directamente al subcentro al día siguiente para hacerles vacunar.

Yo a las mamitas les diría que aprovechen el tiempo que tenemos con nuestros hijos. Crecen súper rápido y verles crecer, a mí, al menos, me llena el corazón. Les diría, también, que aprovechen al máximo lo que el Centro puede hacer por nuestros hijos. Si hay reuniones tenemos que ir porque es responsabilidad de nosotros, nuestros hijos son nuestros, salieron de nosotros y nosotros tenemos que velar siempre por ellos”.

4

Pilares estratégicos
para una nueva
política de DCI,
segunda parte

4.1. Bono 1.000 días, programa integral que fomenta la corresponsabilidad

El Bono 1.000 días es una transferencia económica que forma parte de un programa integral cuyo objeto es proteger y apoyar a niños y niñas, desde la gestación hasta los dos años, ofreciendo incentivos financieros, servicios de salud y cuidados para su desarrollo. Para su conceptualización aportaron los resultados positivos de programas implementados, como el caso de Colombia, a través de Familias en Acción, que incluía el elemento de capacitación a las madres para el uso eficiente de esos recursos. Y los resultados arrojan que una amplísima mayoría utiliza las transferencias de una manera responsable⁵⁵.

Los beneficiarios son las mujeres en estado de gestación y los niños y niñas menores de 24 meses que pertenezcan a un núcleo familiar en situación de pobreza o extrema pobreza según la información del Registro Social vigente⁵⁶. A través de la prevención de la DCI, entre la población más pobre, se espera contribuir con la ruptura de la transmisión intergeneracional de la pobreza y que los niños y niñas en condición de pobreza tengan un desarrollo físico y cognitivo adecuado que les permita en un futuro mostrar un mejor rendimiento académico y productivo.

El Bono 1.000 días tiene un elemento fundamental: la corresponsabilidad, porque el Bono comprende una entrega mensual de 50 dólares y tres transferencias adicionales si se cumplen condiciones específicas de servicios; 90 dólares al finalizar el embarazo, siempre y cuando la madre haya acudido a los controles prenatales e inscrito el nacimiento de su hijo o hija en el Registro Civil antes de los 45 días; 120 dólares cuando la niña o niño cumpla el primer año de edad y 120 dólares cuando cumpla dos años, si asistió a los controles del niño sano en los tiempos que recomienda el MSP⁵⁶.

Las futuras beneficiarias son identificadas mediante la información del MSP, que se cruza con la base de personas que tienen registro social para identificar si efectivamente se encuentran en el quintil uno de pobreza. Como tercer paso se verifica que la mujer gestante y el representante del niño o niña no tengan seguridad social contributiva, a excepción de aquellos afiliados al Seguro Social Campesino o afiliados al Trabajo No Remunerado en el Hogar; y finalmente que no estén habilitados para

recibir o ser cónyuge o conviviente de un jefe de núcleo familiar habilitado para recibir el pago del Bono de Desarrollo Humano o Bono de Desarrollo Humano con Componente Variable⁵⁶.

Con esta información la STECSDI remite el listado de personas elegibles para el Bono 1.000 días al MIES, los habilita y sus beneficiarios reciben la notificación para acceder a esta subvención. Además, las familias que reciben el apoyo económico son conectadas con los servicios de desarrollo infantil integral del MIES y una educadora CNH visita sus hogares para ofrecer apoyo y seguimiento en el desarrollo de los pequeños, a través de estimulación prenatal, fomento del lenguaje, entornos seguros, cuidado de la salud y nutrición.

La oportunidad de inscripción al Bono 1.000 días va desde el embarazo hasta los primeros 45 días de vida, pues al igual que las demás acciones, tiene un enfoque preventivo y busca garantizar una cobertura temprana de servicios esenciales desde el inicio de la vida.

- Hasta julio de 2022, la cantidad de personas elegibles para el Bono 1.000 días fue de 19.943 y, un año después, este número aumentó significativamente a 80.271. De la población elegible, hasta diciembre de 2023, 76.716 personas fueron habilitadas para recibir el bono, más del triple que en julio de 2022, cuando eran 16.613 los beneficiarios⁵³. El Bono 1.000 días posibilitó avances notables. Los beneficiarios están inscribiendo a sus hijos en el Registro Civil más rápidamente que la población general. Además, tienen una mejor asistencia a servicios integrales: 37,63% comparado con el 31,13% de la población general. Estos servicios son fundamentales para recibir los desembolsos adicionales y su cumplimiento demuestra que los incentivos económicos están fomentando la corresponsabilidad de hábitos saludables y de desarrollo para los niños⁴¹.
- Parte del éxito que ha tenido el Bono radica en que está vinculado a la corresponsabilidad, porque el cumplimiento de las condiciones supone un gran beneficio para niños y niñas. Tanto es así que, según datos administrativos del Suusen, la niñez más vulnerable tiene menos DCI (12%) que la media nacional (20%), esto quiere decir que las familias más pobres del país acceden de manera oportuna a los bienes y servicios del paquete priorizado⁴¹.

Miles de testimonios, a nivel nacional, dan cuenta de cómo el Bono de 1.000 días impacta en la vida de las personas. El de Susana Tipanluisa es uno de ellos.

Relato de Susana Tipanluisa, beneficiaria del Bono 1.000 días

“Yo del Bono me enteré porque un día me llamaron para decir que era beneficiaria. Para mí fue una bendición porque ahora es mi único ingreso. Yo trabajaba en una plantación de flores y, desde que estuve embarazada, no puedo ir por las fumigaciones, entonces dependo de mi marido para todo lo que tenga que ver con el dinero.

Con este bono yo me ayudo bastante, le compro ropita a mi bebé y otras cosas que necesita. Para mí, compro frutas y comida que le hace bien a mi hija. Así nomás me sostengo hasta volver al trabajo, porque por ahora no quiero que los químicos me afecten la leche. Esta es una gran ayuda para mi hija y para mí, y yo estoy haciendo todo para seguir recibéndola.

Cuando mi hermana estuvo embarazada, nunca acudió a los controles en el centro de salud y su niño nació con problemas. Yo no quiero que esto le pase a mi hija, por eso no me pierdo una sola cita que me dan. Sé que mi hija nacerá fuerte y eso me hace feliz”.

4.2. Información unificada al servicio de la Estrategia

4.2.1. Información unificada e integral a través de una herramienta inteligente

La implementación de sistemas de información y seguimiento nominal representa un avance significativo en la política destinada a la prevención y reducción de la DCI. Históricamente, la información sobre las prestaciones recibidas por la población materno infantil, ha sido manejada y utilizada únicamente por cada ministerio, sin la oportunidad de contar con la interoperabilidad de información que permite el seguimiento nominal de una persona. Por ejemplo, era difícil determinar si un niño que recibía servicios de cuidado y desarrollo infantil, también estaba al día con sus controles de salud.

Sin embargo, con la implementación del Sistema Unificado y Universal de Seguimiento Nominal (Suusen), desarrollado por técnicos ecuatorianos con el apoyo de la cooperación internacional, esta situación ha cambiado. Ahora, la información generada

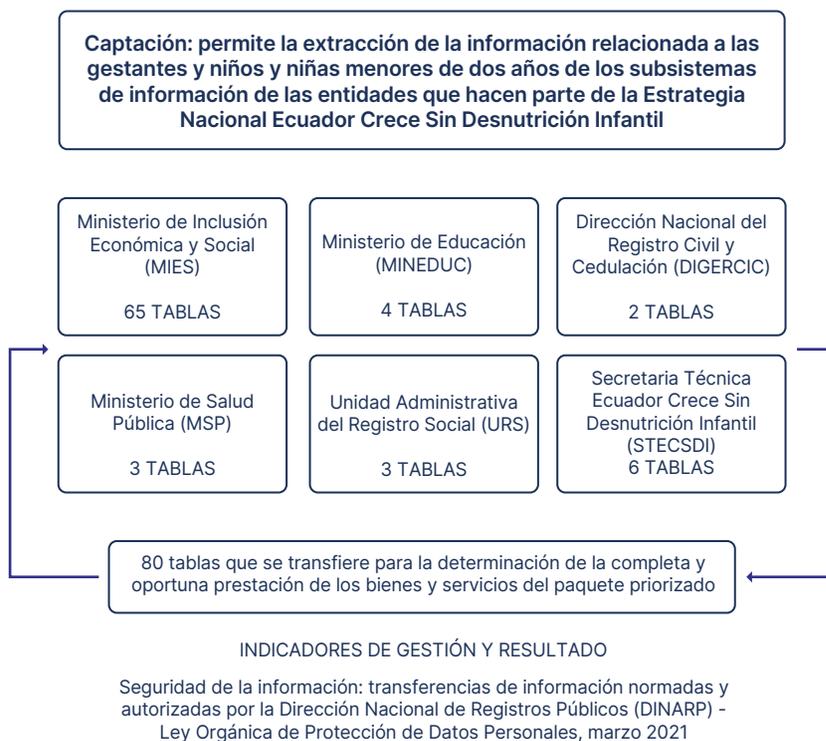
por cada institución para la gestión individual de los servicios se integra de manera interoperable en Suusen. Esto significa que toda la información relevante sobre el paquete priorizado de servicios se interconecta en un único sistema, permitiendo un seguimiento más completo y coordinado de las prestaciones recibidas por la población objetivo. Este enfoque integrado facilita la identificación temprana de posibles deficiencias en la atención y la toma de decisiones informadas para mejorar la eficacia y la cobertura de las intervenciones dirigidas a prevenir y reducir la DCI⁴¹.

El Suusen en su síntesis se refleja en la *Ilustración 7*, integra 20 bases de datos de seis instituciones ejecutoras de la política pública, incluyendo Salud, Educación e Inclusión Económica y Social, junto con el Registro Social, Registro Civil y las brigadas territoriales de la STECSDI. Este enfoque unificado permite una acción conjunta y representa un compromiso para gestionar información intersectorial de forma universal, siendo uno de los pilares esenciales para alcanzar el objetivo de la política pública actual.

En caso de detectar demoras o ausencia en la prestación de servicios a la población objetivo, es decir, a embarazadas y menores de dos años, el Suusen envía alertas automáticas a la unidad de atención más cercana. Estas alertas permiten que las entidades contacten a la población y gestionen el servicio de manera oportuna, manteniendo un registro en el sistema⁴¹.

El Sistema incluye más de 40 indicadores que proporcionan una visión integral de la Estrategia para que autoridades, operadores y ciudadanía puedan comprender el estado de la prestación de servicios, la gestión y los resultados mediante estos indicadores. Ofrece registros administrativos que permiten estimar la prevalencia de DCI en menores de dos años y analizar cómo se relaciona con diversas características de los niños y niñas⁴¹.

Ilustración 7: Proceso de interoperabilidad de la información



Fuente: Elaboración propia

Permite tener una radiografía de cada territorio, porque muestra la situación de la DCI a nivel parroquial, cantonal, provincial y nacional. Esto incluye información de la provisión integral de servicios a la población objetivo y, además, información relevante con relación a los avances en la capacidad instalada de los puntos de atención, así como el seguimiento a la gestión de proyectos de agua y de la cooperación. Es un insumo fundamental para saber qué hacer de acuerdo con lo que cada lugar necesita y ese es, probablemente, el aporte más valioso para tomadores de decisión.

El Sistema fue presentado en febrero de 2023, pero ya se puede avizorar la valía de este instrumento, con potencial para generar mapas que muestran, con mucha exactitud, qué acciones realizar y dónde hacerlo, además de otras funcionalidades que permiten hacer un seguimiento real de la política pública⁴⁸.

Relato de Erwin Ronquillo, exsecretario técnico STECSDI

“La Estrategia significó un avance para el país en muchos sentidos, no solo los resultados alcanzados en la reducción de la DCI, sino también nuevas y potentes herramientas que ayudaron a conseguirlos.

Una de estas herramientas es el Sistema Unificado y Universal de Seguimiento Nominal, que permitió por primera vez un seguimiento nominal eficiente y efectivo en el país. Para comprender la dimensión de este avance, además de lo que aportó y aún aportará en la lucha contra la DCI, es importante conocer algunos antecedentes.

Cuando iniciamos este proceso, uno de los grandes problemas que nos encontramos fue la falta de una mirada intersectorial respecto del mismo sujeto de derecho. Yo lo suelo ejemplificar con el caso de “Juanito”. Cuando nosotros llegamos, encontramos que Juanito estaba inscrito en el Registro Civil y cuando íbas al Ministerio de Salud Pública, te encontrabas con otro Juanito, uno propio de ese ministerio; y lo mismo sucedía con el Ministerio de Educación, tenía su propio historial de Juanito, pero desconocía que era el mismo del Registro Civil o del Ministerio de Salud. Ningún ministerio era consciente de lo que pasaba con el Juanito del otro ministerio, pues lo miraba solo desde sus propias competencias.

Entonces, faltaba la mirada intersectorial respecto del mismo individuo; como Estado, no estábamos mirando al mismo Juanito para entender lo que ese niño requiere de los distintos ministerios. Por ejemplo, si Juanito es hijo de una madre en situación de pobreza, entonces el MIES tiene que entregarle un bono o inscribirlo en una guardería gratuita y luego debería tener prioridad para ir a una escuela fiscal. Pero si el Ministerio de Educación no sabe lo que ya sabe el MIES, entonces no podrá priorizar su educación, a menos que haga su propio diagnóstico, lo que supone duplicidad de esfuerzo por parte del Estado.

¿Por qué estaba sucediendo esto de que la información no se compartía entre los ministerios? Pues porque existían cláusulas de confidencialidad que condicionan la posibilidad de compartir la información, para salvaguardar la privacidad de cada individuo. Y tiene sentido, pero esta situación estaba complicando la posibilidad de brindar un servicio integral como Estado. Además, es verdad que la normativa condiciona, pero no prohibía compartir la información al interior del Estado; más bien expresaba que si se va a compartir información, hay que cumplir ciertos requisitos de seguridad, de confidencialidad, de protección de datos personales, etc.

Entonces, una de las primeras cosas que hicimos fue aprovechar el sentido de oportunidad, como se hace en el ámbito privado. Incluso antes de tener el Plan, con la venia del Presidente, trabajamos en la firma de un convenio con varias instituciones para compartir información y tener esa mirada intersectorial.

Sucedió luego de que el Presidente sentara a los ministerios involucrados en una mesa y creara el Comité Intersectorial para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil. Ante ellos dejó claro que este tema era una prioridad y ese hecho abrió las puertas para que se firmara el acuerdo que permite compartir información.

Al principio, fue un convenio para compartir bases de datos y hubo que generar acuerdos interinstitucionales respecto del tipo de información que se compartiría, el uso que se haría, los resguardos respectivos y demás. Lo aprobó la Dirección Nacional de Registro de Datos Públicos y este fue el marco, el paraguas, que permitiría generar luego el Suusen.

Hoy, el Suusen es una herramienta imprescindible para combatir la DCI. Y tiene múltiples usos y beneficiarios dentro y fuera del Estado.

Dentro del Estado beneficia, de manera más directa, a dos niveles: por un lado, el nivel más operativo de la ejecución de la Estrategia, porque los técnicos pueden proyectar por ejemplo, el abastecimiento de insumos según el requerimiento, porque se puede saber con exactitud a cuántas personas se debe administrar. Nos permite saber si una madre está asistiendo a los controles de embarazo, si está llevando a su hijo a los controles del niño sano, si está cobrando o no el Bono, si está recibiendo los servicios del MIES o si las educadoras la visitan semanalmente.

Para los tomadores de decisión es también una herramienta fundamental, porque en la estructura de este sistema, que comparte las bases del Ministerio de Salud, del MIES, del Registro Civil, del Registro Social, la Secretaría Técnica como articulador de esa información y la Dirección Nacional de Registro de Datos Públicos, como ente rector de los datos públicos, cuenta con un hardware y una base de datos muy potente, que muestra los indicadores de cada uno de los elementos del paquete priorizado, dividido por región, por cantón, por centro de salud, por edades, por nivel de pobreza, por autoidentificación étnica. En fin, puede verse la información en distintos ámbitos y esto permite ajustar las decisiones con información en tiempo real de lo que sucede en todos estos ámbitos e incluso otros.

Y, por fuera del Estado, también es una herramienta que puede ser utilizada por la sociedad civil. La información de este sistema es pública, está disponible a través de una

página web. Con ello es posible, para la población en general, revisar y analizar el estado de situación y los avances de la política pública a nivel nacional”.

Relato de María del Pilar Pachacama Leime, educadora familiar en CNH, Sangolquí

“Para nuestro trabajo el Suusen es una gran herramienta, porque ahí se carga la información de los beneficiarios del Bono 1.000 días y también de quienes son solo beneficiarios del paquete priorizado. En el sistema consta el nombre de la familia, la ubicación donde vive, los números de teléfono y todo. Entonces, lo primero que hacemos es llamar y acordamos una cita para ir a reconocer el sector y las condiciones de vivienda y de vida que tiene la familia.

En esa visita les explicamos, detalladamente, en qué consiste el programa, si son elegibles y los beneficios del Bono. Pero, si vemos que viven en buenas condiciones, les hablamos directo del paquete priorizado, que aplica para todos.

Si la familia requiere el paquete priorizado o incluso el Bono, cuadrarnos un día con la mamita para continuar las visitas. Les pedimos que tengan a la mano: copia de cédula del niño o la niña, también de los padres, copia del carné de vacunación y una factura de luz o agua. Entonces, empezamos la consejería y damos la atención semanal hasta que el niño o la niña cumpla los tres años. Después de esa edad ya ingresan al Ministerio de Educación”.

4.3 Articulación territorial para la implementación efectiva

Para la ejecución de la Estrategia y su Plan, las acciones ejecutadas a nivel territorial son fundamentales, pues es precisamente en el territorio donde se concreta la política pública. En este contexto, las diferentes carteras de Estado participan, de manera activa, en las diferentes intervenciones que se detallan a continuación:

La desnutrición crónica infantil es un problema multifactorial que no puede abordarse desde una única perspectiva o sector. La articulación intersectorial, tanto a nivel horizontal como vertical para generar un impacto positivo en la salud y el bienestar de los niños. A nivel horizontal, la colaboración entre las instituciones gubernamentales del nivel central es fundamental para garantizar una respuesta integral y coordinada. Sin embargo, la coordinación vertical es de suma importancia, puesto que incorpora actores implementadores de la política y que resultan elementos clave para asegurar que las intervenciones se adapten a los diferentes contextos y según las necesidades específicas de cada territorio⁴⁰.

En este sentido, la actual política ha promovido de manera acertada la inclusión de gobiernos locales a nivel provincial, principalmente, a nivel cantonal y parroquial. Entre los actores locales, que conforman los espacios, están líderes comunitarios, presidentes barriales, juntas de agua, representantes de la sociedad civil, academia, técnicos territoriales de las carteras de Estado, miembros de los comités de salud, y otros, que son fundamentales para identificar las barreras locales, movilizar recursos y promover la participación activa de la comunidad en las acciones dirigidas a prevenir y tratar la desnutrición crónica infantil⁴¹.

En la *Ilustración 8*, se incluye uno de los esquemas de las herramientas territoriales: la conformación de las mesas intersectoriales en territorio que, lideradas por un profesional técnico, buscan identificar y abordar de forma más efectiva los determinantes de la DCI.

Ilustración 8: Conformación de espacios intersectoriales en territorio



Fuente: MSP; Unicef; STESCDI (2022). Guía de implementación de Mesas intersectoriales parroquiales para la prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil⁵⁷.

4.3.1. Mesas Intersectoriales Cantonales

Las Mesas Intersectoriales Cantonales (MIC) emergen como pilares fundamentales en el diseño y ejecución de políticas dirigidas a prevenir y reducir la desnutrición crónica infantil (DCI). Estos espacios colaborativos y dinámicos son puntos de encuentro donde se construye un compromiso social sólido a nivel territorial, involucrando a una amplia gama de actores e instituciones relevantes. El propósito primordial de las MIC es la articulación de esfuerzos para abordar las dificultades comunitarias que puedan representar un riesgo para las familias en el contexto de las determinantes de la desnutrición infantil⁴¹.

Al operar dentro de un enfoque territorial e intercultural, las MIC materializan soluciones adaptadas a las necesidades y competencias de los actores locales, fomentando así iniciativas con un mejor alcance. La conformación de Mesas Intersectoriales Cantonales en el 100% de los territorios a nivel nacional (221 cantones) es un indicador clave del éxito de estas iniciativas, ya que proporcionan espacios de diálogo basados en la situación local y facilitan la toma de decisiones informadas y pertinentes, obteniendo el compromiso y liderazgo de las autoridades locales⁴¹.

A través de las MIC, se promueve la garantía de atención y cuidado oportuno e integral de la población beneficiaria, al tiempo que se identifican alertas relacionadas con la cobertura del paquete priorizado de salud y protección social. La integración de herramientas de información a nivel territorial, como el módulo específico dentro del Suusen, brinda a cada representante del gobierno local y tomador de decisiones las herramientas necesarias para acceder a la información clave sobre su territorio, lo que facilita la toma de decisiones basadas en evidencia y la implementación de acciones efectivas para combatir la DCI a nivel local. En resumen, las MIC representan una estrategia integral y participativa que fortalece la gobernanza local y maximiza el impacto de las intervenciones en la prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil⁵⁸.

4.3.2. Planes locales de educomunicación

La comunicación para el desarrollo (C4D) o educomunicación es una herramienta que ofrece instrucciones detalladas sobre cómo llevar a cabo planes locales para educar y comunicar. Estos planes se adaptan localmente con mensajes basados en lo que realmente está pasando en cada comunidad. La intención, entonces, es llegar al entorno

local de forma específica, involucrando en la construcción del contenido y la forma de los mensajes, a líderes comunitarios y otras personas influyentes. De esta manera se alcanza mayor certeza sobre la comprensión de los mensajes⁵⁹.

Lo que se busca con esta estrategia es cambiar los modos como la gente actúa con relación a los riesgos de la desnutrición crónica y promover que más personas se den cuenta de cómo cada uno puede contribuir a esta lucha. Otro objetivo es que las personas tomen decisiones informadas, cambiando ciertas actitudes y creencias erróneas, arraigadas en las comunidades.

El diseño e implementación de los planes locales de educomunicación no son las únicas acciones desarrolladas para lograr cambios sociales y de comportamiento. De hecho, las consejerías son las estrategias de promoción de la salud más efectivas implementadas, pues actúan de manera directa en el nivel individual. En las consejerías intervienen nutricionistas comunitarias y educadoras del MIES, quienes cuentan con materiales específicamente diseñados para este fin⁴¹.

Adicionalmente, se han implementado estrategias como grupos de apoyo, talleres demostrativos, sesiones educativas, ferias, entre otras, direccionadas para los niveles de acción familiar y comunitario, y que cuentan con la participación de los gobiernos autónomos descentralizados, actores fundamentales a nivel territorial⁴⁸.

4.3.3. Vigilancia comunitaria para la prevención de la desnutrición crónica infantil

La vigilancia comunitaria emerge como una novedosa forma de cuidar la salud en la comunidad. Este enfoque se basa en la participación activa de personas comprometidas, generalmente líderes, que velan por la salud y bienestar, con especial atención en madres gestantes y niños menores de dos años y que su trabajo lo hacen ad honorem, para el progreso de sus comunidades. La retribución que estas personas reciben son las capacitaciones constantes que les permite incrementar sus capacidades⁴¹.

El MSP ha promovido la creación de herramientas que facilitan la participación de los equipos de salud de las unidades del primer nivel de atención con sus comunidades. Un ejemplo de esto es la Guía de Implementación para la Vigilancia Epidemiológica Comunitaria, con énfasis en la desnutrición crónica infantil. Esta guía tiene como objetivo facilitar la implementación de la vigilancia epidemiológica comunitaria, como

un proceso de organización y participación social que contribuye a la integración de la población en la identificación, análisis y acción frente a los determinantes de salud de la comunidad a la que pertenecen.

Conforme a los avances de la implementación, hasta diciembre del 2023, el Ministerio de Salud Pública capacitó a 707 miembros de la comunidad como vigilantes comunitarios a nivel nacional, quienes, en colaboración con profesionales de la salud entrenados en vigilancia epidemiológica comunitaria, trabajan estrechamente con los técnicos de atención primaria en salud (TAPS) y con los nutricionistas comunitarios. Su labor principal es contribuir en la identificación de embarazos y posibles riesgos individuales y comunitarios que afecten a las mujeres embarazadas y a los niños menores de 24 meses, para la posterior notificación, confirmación y atención de los casos reportados. En la relación entre técnicos y vigilantes se genera un valioso intercambio de información bidireccional que enriquece y valida los datos recolectados desde el sector Salud⁴⁸.

La información recopilada resulta de un valor incalculable para los servicios de salud. Por ejemplo, facilita la identificación de enfermedades infecciosas como diarreas o problemas respiratorios, que puedan afectar la salud de los niños y niñas. Estos casos se reportan a los puntos comunitarios para una pronta intervención. Además, los vigilantes comunitarios desempeñan un papel crucial al interactuar con la comunidad, proporcionando información, en muchos casos brindando consejería sobre lactancia materna o alimentación complementaria con materiales elaborados para el fin, así como el apoyo a las familias y el fomento a la autonomía de la población para garantizar el acceso a los servicios esenciales.

4.3.4. Intervenciones para la familia y la comunidad

La promoción de la salud a nivel comunitario y familiar desempeña un papel crucial en la protección de la nutrición infantil. Al involucrar a las familias y comunidades en actividades educativas, de sensibilización y empoderamiento, se logra crear una mayor conciencia sobre la importancia de una alimentación adecuada y el acceso a servicios de salud fundamentales. Esta concientización es fundamental para promover prácticas saludables y prevenir la desnutrición crónica infantil.

Dentro de las estrategias de promoción dirigidas a este nivel, se destacan acciones como ferias de prestación de servicios o mingas para la identificación de población objetivo. Estas actividades son vitales para captar a la población meta y facilitar su

inserción en los sistemas de salud y en programas de inclusión social. En este contexto, es crucial destacar la importancia de la inclusión de personal calificado en actividades comunitarias, que desempeñan un papel fundamental en la implementación efectiva de estas estrategias.

Se llevaron a cabo 69 ferias, 28 mingas, 41 recorridos participativos, 1.240 jornadas de capacitación a agentes de cambio y 81 caravanas Infancia con Futuro. Estas actividades, que se han extendido a lo largo de las 24 provincias, han logrado la participación activa de más de 150.000 personas⁴⁸. Esto demuestra el impacto positivo y la relevancia de las estrategias de promoción de la salud a nivel comunitario en la prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil.

Con relación a la promoción de la lactancia materna, se conformaron 1.505 grupos de apoyo, empleando estrategias lúdicas. Estos grupos desempeñan un papel fundamental en la promoción, el apoyo y la educación a las madres, antes y durante el período de lactancia. Aquí, las protagonistas son las mujeres, quienes, moderadas por un miembro del equipo de salud, comparten experiencias, reciben información y resuelven dudas relacionadas con la alimentación de los infantes⁶⁰.

Además de ofrecer información, los grupos de apoyo a la lactancia proporcionan un espacio seguro y de apoyo emocional. La solidaridad entre madres puede ser invaluable, especialmente, para aquellas que enfrentan desafíos como problemas de enganche, dolor durante la lactancia o dudas sobre la producción de leche. Otro aspecto crucial de estos grupos es el empoderamiento de las madres para que tomen decisiones informadas sobre la alimentación de sus hijos. Al recibir apoyo y orientación adecuados, las mujeres pueden ganar confianza en sus habilidades para amamantar y sentirse más seguras en su papel de madres. Esta confianza es esencial para superar obstáculos y mantener una lactancia exitosa a largo plazo.

Adicionalmente, para promover la adecuada alimentación complementaria, se ejecutaron 419 talleres demostrativos de preparación de alimentos, con el fin de rescatar saberes tradicionales. Estos talleres no solo enseñan a las madres y cuidadores a preparar alimentos complementarios nutritivos y adecuados para sus hijos, sino que también rescatan y valoran los saberes tradicionales relacionados con la alimentación. Al integrar alimentos locales se fomentan prácticas alimenticias saludables que son accesibles y sostenibles para las familias⁶¹.

Desarrollar las actividades comunitarias planificadas requirió que los diferentes ministerios ejecutores de la Estrategia incorporen profesionales calificados, por lo que se

contrataron a 142 analistas de actividades territoriales, 14.042 educadoras, 249 nutricionistas comunitarios y 72 especialistas en promoción de la salud⁴⁸.

En cada estrategia o acción implementada se encuentran personas que, desde su experiencia, pueden dar cuenta de su efectividad. Mauricio de la Bastida, María Carmela Churaco y Matilde Farinango son tres de ellas.

Relato de María Carmela Churaco Farinango, vigilante comunitaria, Pambamarca

Yo empecé como vigilante comunitaria trabajando con el centro de salud de Cangahua, siguiendo a las embarazadas que no vienen al control, igual a las madres que no ponen las vacunas a sus hijos. Hacemos monitoreo y control para poder captar, lo más pronto posible, los embarazos en la comunidad y comunicarle al centro de salud.

Más que todo concientizamos a las mamitas de que se hagan los controles de embarazo y, cuando ya son mamás, que lleven a los hijos para el chequeo y las vacunas. Aquí arriba, en las comunidades, todavía hay creencias equivocadas que tenemos que cambiar. Por ejemplo, hay mamás que le dejan de dar su leche a los hijos para que no se pongan malcriados. Por eso hay que estar pendientes con la vigilancia.

A veces es un poco difícil porque hay que movilizarse, hacer visitas y este trabajo no nos pagan. Pero antes está el compromiso, uno tiene que cumplir y, además, es para toda la comunidad y sí se ve el beneficio, porque antes no subían los médicos a las comunidades, así como ahora. Entonces había bastantísimas vacunas atrasadas, controles atrasados y eso no se remedia, hay que agarrar desde ahí. Ahorita ya estamos pendientes, tanto los médicos como nosotros, los vigilantes, y también los nutricionistas y las TAPS, que están seguido acá arriba en Pambamarca.

Nosotros ayudamos también, porque para hacer este trabajo nos capacitan: aprendemos sobre los suplementos de las embarazadas, los signos de peligro y de emergencia, los controles, las recomendaciones. Y de los niños las vacunas, a leer la curva del crecimiento, signos de desnutrición, la alimentación, la limpieza, los controles.

Yo sí me siento orgullosa de ser vigilante comunitaria, porque he aprendido muchas cosas y porque trabajo para mi comunidad.

Relato de Mauricio de la Bastida, nutricionista comunitario, Cangahua

Nuestro trabajo es principalmente en el territorio. Realizamos labores de capacitación y preparación de las madres en temas relacionados con nutrición, con el parto, la lactancia, higiene. Hacemos consejería, talleres, revisamos casos informados por los vigilantes comunitarios y los remitimos según las necesidades.

Para ingresar a las comunidades indígenas, no es lo mismo llegar solos a que nos presente la vigilante comunitaria, que es respetada y bien conocida. Hay que saber llegar a esta población, no se puede nomás así presentarse y dar una charla, porque no vendría nadie. Es importante el nexos y generar un ambiente de confianza con la gente, explicarles claramente lo que se está haciendo.

También trabajamos en coordinación directa con el GAD, con el centro de desarrollo del MIES, con las TAPS y los médicos del centro de salud. De esta manera contamos con la colaboración de todos y eso es trabajar en equipo.

Por ejemplo, la movilización es un tema importante, porque llegar hasta las comunidades alejadas es complicado, entonces unas veces nos colabora el municipio, también nos suelen subir los técnicos de proyectos que se están ejecutando en la zona, siempre estamos conectados para resolver este tema.

Otra cosa importante para trabajar en los espacios rurales es que tenemos el equipamiento adecuado, por ejemplo, contar con instrumentos antropométricos es una gran diferencia. La verdad es que da gusto trabajar en estas condiciones, además sabiendo que brindamos un servicio de calidad a quienes más lo necesitan.

Para mí, el éxito de la Estrategia tiene mucho que ver con que ahora existe personal especializado en nutrición o promoción de la salud, que realiza su trabajo en territorio.

Relato de Matilde Farinango, especialista en salud intercultural

En el trabajo que desarrollamos como Sociedad Ecuatoriana de Salud Pública, conjuntamente con Unicef, tuvimos dos componentes bastante grandes: el cambio de comportamiento, inmerso dentro de los planes comunicacionales, y el segundo fue con los vigilantes comunitarios.

El trabajo en cambio de comportamiento lo iniciamos, sobre todo, con los jóvenes, para que desde la juventud se pueda avanzar concienciando para el futuro

Luego, nos vinculamos con los GAD parroquiales a través de las mesas intersectoriales de salud, para que el eje principal y fuerte sea la educomunicación. Junto a los jóvenes y, a través de los GAD, hicimos murales que quedaron en cada una de las parroquias, y eso fue súper importante, porque así pudimos llegar a los padres de familia y a los cabildos comunitarios, para empezar a abordar este tema.

También trabajamos mucho sobre alimentación. Nos encontramos con parroquias que tienen una diversidad de productos, agua de regadío, terrenos y casas con diversidad de plantas frutales y con presencia de desnutrición. Era algo que no podíamos creer. Por eso, trabajamos con las compañeras, creando empoderamiento, concienciación, porque la mayoría de las compañeras en las comunidades y los compañeros no le ven a la desnutrición como un problema grave, sino simplemente dicen, yo fui chiquita, mi marido fue chiquito, entonces mis hijos son así. No le veían como un problema que conlleva secuelas, sino más bien lo veían como algo natural.

Sobre todos estos temas hacíamos reflexiones con las compañeras, en torno a las consecuencias, a las secuelas de un niño que no se había nutrido.

Generalmente en estos conversatorios casi siempre las compañeras también nos apoyaban, especialmente las parteras comunitarias que llevan un mensaje clave para sus embarazadas, para la atención del parto y ellas nos apoyaban a educar a la población sobre la importancia de comer de manera saludable, la importancia de cuidar su cuerpo, la importancia de saber alimentarse en la familia, en la comunidad, pero no en todas las comunidades teníamos compañeras parteras.

Fue ahí que empezamos con los vigilantes comunitarios, que eran personas de la comunidad que tenían a su cargo a 80 familias, aproximadamente.

Para los vigilantes comunitarios tuvimos algunas metodologías, por ejemplo, en Imantag hicimos reuniones comunitarias y en las reuniones comunitarias se elige al vigilante. Mientras que en otras parroquias existe el consejo de gobierno que nombra un síndico y el síndico es el responsable, pendiente y vigilante de toda la situación de salud, educación, medio ambiente, entre otros problemas. Entonces nosotros nos adaptamos a las realidades de las parroquias.

Independientemente de cómo son elegidos, una vez designado se dan a conocer, para que cualquier problema de salud le alerten al compañero vigilante y el vigilante al técnico de atención primaria de salud, que sí es un funcionario del Ministerio de Salud Pública.

De todas formas, el vigilante comunitario recibe una capacitación de 80 horas, y en estas capacitaciones se incluye el tema de la buena alimentación y nutrición, la utilización de plantas medicinales como una alternativa frente a las realidades que tienen en cada una de sus parroquias, el flujo de información, la comunicación como una herramienta transversal para cualquier situación.

También aprenden ciertas nociones en torno a los signos vitales, reconocer signos de alarma, tomar la temperatura y el pulso, porque ellos son quienes recorren la comunidad.

Aprendimos con los mismos compañeros que en vez de dar las charlas, es mejor hacer cosas prácticas. Por ejemplo: en torno a los alimentos que tienen en las comunidades, sin que nosotros llevemos, sino con las cosas que tienen los compañeros. Y con eso pues empezábamos a reflexionar, ¿para qué sirve esto? ¿Para qué sirve lo otro? A ver usted, ¿qué recetas o qué ha preparado para su familia, para sus bebés, en torno a todo esto que usted tiene acá en la comunidad? Y así también se aprende y se comparte.

Además, otra cosa importante es que trabajamos con la comunidad y sus propios referentes, de esta manera podemos llegar profundamente a la comunidad. Por ejemplo, con la Unión de Organizaciones Indígenas y Campesinas de Cotacachi, que abarca 45 comunidades, dentro de esta organización Unorcac hay un grupo de mujeres y, dentro del grupo de mujeres, hay un consejo de sabios, de hombres y mujeres de sabiduría. Con ellos trabajamos y aprendemos para que estos procesos sean mejores y más profundos.

4.4. Otras manos que construyen la Estrategia

Como se evidencia a lo largo de los capítulos que anteceden, una de las características fundamentales de la implementación de la ENECSDI es la articulación intersectorial, en todos los niveles, para la entrega del paquete priorizado, con énfasis en aquellos territorios donde la prevalencia de la DCI es alta.

Si bien en la entrega del paquete priorizado intervienen de manera directa instituciones como el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Inclusión Económica y Social, el Registro Civil, el Ministerio de Educación, también existen otras carteras de Estado, organismos internacionales, organizaciones de la sociedad civil, cuya participación ha sido clave en la implementación de la Estrategia.

Dentro de estas instituciones se puede mencionar, por ejemplo, al Ministerio de Telecomunicaciones que tiene el rol del gobierno digital y que fue fundamental para el proceso de creación del Suusen. Además, es responsable de que los centros de salud y los centros de desarrollo infantil integral tengan conectividad y se pueda hacer una identificación biométrica de los niños que asisten a los CDI.

En el caso del Ministerio de Agricultura, tiene como parte de sus competencias la seguridad y soberanía alimentaria, que forma parte del conjunto de acciones sensibles frente a la desnutrición crónica infantil. Con ellos trabajaron en alinear los programas del Ministerio a la lucha contra la desnutrición crónica infantil⁶¹. Para ello, promovieron acciones dirigidas hacia el fomento productivo y diversificación de la dieta, que se llevan a cabo en coordinación con la cooperación técnica del Programa Mundial de Alimentos.

En tal sentido, intervenciones como el Proyecto implementado durante el 2023 "Promoción del consumo del banano y cacao a favor de la nutrición"⁶², cuyo objetivo fue promover el consumo local de productos de identidad nacional para su máximo aprovechamiento en términos nutricionales, contribuyen a garantizar la seguridad y soberanía alimentaria de familia y hogares. Además, este proyecto contó con la cooperación alemana para la implementación de una campaña de educomunicación para la sensibilización sobre la importancia del consumo de alimentos con pertinencia cultural en la población de Carchi, Santa Elena y Pichincha.

De igual forma, una de las acciones relevantes desde esta cartera de Estado fue la implementación de las comunidades de aprendizaje, cuyo objetivo fue promover la formación continua en los territorios para productores agrícolas y ganaderos, de forma que se buscó incrementar sus capacidades, conocimientos y habilidades para cultivos sostenibles, diversificación de cultivos, buenas prácticas de producción, entre otros⁶³.

Un hito importante fue la inclusión de un módulo de prevención y disminución de la desnutrición crónica en el curso para implementar comunidades de aprendizaje, que para finales de 2023 alcanzó la capacitación de 943 productores en 53 cantones del país. Este tipo de intervenciones permiten la sensibilización de la población frente a la

problemática de la DCI y, además, fomenta la importancia de la participación agrícola en aspectos esenciales como la diversidad alimentaria desde una perspectiva cultural.

En línea con acciones sensibles para la DCI y, con relación a la movilización del compromiso de los gobiernos autónomos descentralizados, el Banco de Desarrollo del Ecuador incrementó los cupos de financiamiento para los GAD⁶⁴, de forma que se dé lugar a proyectos locales y obras en territorio que mejoren la calidad de vida de comunidades, hogares y familias. Esto representó una contribución importante para la Estrategia ENECSDI, debido a que, paralelamente, el Banco de Desarrollo definió un instructivo normativo que determina la utilización de recursos en el marco de la prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil, así como para intervenciones para agua potable y saneamiento. La medida en mención duplicó la capacidad de financiamiento del BDE a un total de 1.426 millones de dólares⁴¹.

Por otro lado, la sociedad civil participó de manera activa en la implementación de la Estrategia. Actores como la academia, organizaciones no gubernamentales, cooperación internacional o la Unión Europea aportan en la lucha contra la DCI de múltiples formas. La academia, por ejemplo, hace investigación; la cooperación y la empresa privada ayudan desde todos los frentes a través de asesoría, acompañamiento legal, donaciones y créditos. Incluso, aportan en la convocatoria a expertos internacionales de las más variadas especialidades para asesorar y capacitar a las instituciones vinculadas en la implementación de la ENECSDI. Las ONG entregan su experiencia de tantos años trabajando directamente en los territorios.

Un ejemplo de esta cooperación fueron las Brigadas Infancia con Futuro, que contaron con la participación de estudiantes de la Escuela Politécnica del Litoral, la Escuela Politécnica de Chimborazo y la Universidad Técnica del Norte. Fueron más de mil brigadistas que durante seis meses recorrieron el país, con énfasis en las 728 parroquias priorizadas, buscando mujeres embarazadas y niños menores de dos años, para hacer captación en sus propios hogares. Durante el año 2022, se identificaron 270 mil madres, niños y niñas, que desde entonces ingresaron al sistema nominal para acceder a la cobertura del paquete priorizado⁴⁸.

Otro aporte constituyó el apoyo de Unicef en el desarrollo de una estrategia de comunicación para el cambio social y de comportamientos. Se trata de la C4D, que contempla una metodología para construir los planes locales de educomunicación. Uno de los resultados de este trabajo con Unicef fue el regreso de Máximo, aquel tucán animado que ayudó a Ecuador, hace más de 25 años, en la erradicación del sarampión⁵⁹. Máximo

volvió al país para hablar sobre desnutrición crónica infantil a través de dos campañas comunicacionales ejecutadas en 2022 y 2023. La primera abordó la importancia de los controles prenatales, la lactancia materna y la vacunación. Durante el 2023 se implementó la campaña de recuperación de la vacunación de niños de hasta 12 años contra el sarampión, rubéola y poliomielitis.

El Fondo de la Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura, en cooperación con el MSP, ejecutó el Proyecto de Reforzamiento de intervenciones materno infantiles integrales en el marco de la ENECSDI, en los cantones Cayambe, Colta y Quero. El fin fue fortalecer y reactivar los procesos de coordinación intersectorial e interinstitucional a nivel local por medio de las mesas intersectoriales, cantonales y la promoción del paquete priorizado de bienes y servicios a la población objetivo en los establecimientos de salud⁶⁵.

Como se ha señalado anteriormente, al ser la desnutrición crónica infantil un problema multicausal, las soluciones también debían ser integrales. Desde esta mirada, la inyección de recursos hacia los GAD para que trabajen en proyectos para la mejora de la calidad del agua, por ejemplo, es fundamental. En este escenario, las experiencias del Banco de Desarrollo del Ecuador o el acompañamiento de la OPS - OMS en la continuidad de acciones efectivas en la lucha contra la DCI son profundamente significativas, así como las voces de sus protagonistas.

Relato de Homero Castanier, exgerente del Banco de Desarrollo del Ecuador

A los pocos días de asumir su mandato, el presidente Guillermo Lasso instauró esta política pública de lucha contra la desnutrición crónica.

Para hacerla efectiva no bastaba con mejorar la capacidad de atender a los niños, a las madres gestantes, de mejorar la nutrición, la dotación y acceso a vacunas, el seguimiento de salud, los bonos, todo sería insuficiente si los niños seguían tomando agua contaminada con bacterias o jugando donde había aguas negras, sin servicio de alcantarillado.

Y por eso nos pidió al Banco de Desarrollo que creemos un producto especial para aumentar la cantidad de colocaciones de financiamiento alrededor del tema agua, priorizando los lugares donde había mayor desnutrición crónica infantil.

Históricamente el Banco de Desarrollo solo financiaba proyectos alineados a las características autorizadas por la Junta Monetaria y por el Banco Central, promediando actualmente entre 7% y 8% de interés, hasta 15 años plazo. Cuando se creó el producto llamado “Encuentro por el Agua” se estipuló un plazo de devolución de hasta 25 años, al 5.5% de interés, para lugares donde los indicadores de desnutrición crónica infantil superaban el 30%.

Es así como hicimos un trabajo titánico, histórico, diría yo, en lo que tiene que ver con agua potable y saneamiento. Iniciamos en mayo del 2021 y hasta noviembre del año 2023, colocamos 231 millones de dólares en agua potable y saneamiento, financiando 131 proyectos en 86 cantones del país, ubicados en 22 de las 24 provincias del país.

También realizamos una intervención en temas de riego, porque un porcentaje importante de la DCI estaba sucediendo en zonas rurales, donde la principal fuente de trabajo se da en el ámbito agrícola. Entonces, en riego colocamos 62 millones de dólares, aproximadamente.

En total fueron 336 millones de dólares los que se desembolsaron directamente para que esos proyectos empiecen a ejecutarse sin demora. En ese sentido, no tenemos resultados aparte de los arrojados por la ENDI, pero sería interesante una evaluación sobre los resultados de la inversión en agua potable y saneamiento, porque cuando esos proyectos empiecen a funcionar, cuando tengamos mayor cantidad de acceso a agua segura, seguramente va a bajar más el índice de desnutrición donde se realizaron las intervenciones.

Relato de Adrián Díaz, representante interino OPS – OMS en Ecuador

Una parte de la contribución desde la cooperación internacional, tanto de OPS-OMS como de otras agencias, fue ayudar a que se tome la posta y no se invente el agua tibia en cada gestión de gobierno, que es algo bastante frecuente en América Latina. Por ejemplo, durante el cambio de administración del presidente Lenin Moreno propusimos a los candidatos de los binomios presidenciales firmar un compromiso para la reducción de la DCI en seis puntos porcentuales durante la administración de su gobierno. El presidente Lasso lo firmó y ahora es una realidad.

Desde el momento en que asume el gobierno se pone manos a la obra y retoma lo que había iniciado Moreno en diciembre de 2020. Durante este período se continuó afinando

la llegada de la política pública al territorio. Pues, no solamente se trata del diseño de la política a nivel nacional, ajustado a los mejores estándares internacionales, sino también que ese diseño llegue al territorio de forma adecuada a las características geográficas y culturales.

También hay otros actores, además de los gobiernos locales, por ejemplo, están organizaciones no gubernamentales del ámbito nacional o local, como los propios movimientos de pueblos y nacionalidades indígenas, con quienes estamos permanentemente en contacto y trabajamos en concientizar sobre lo importante que es para la Estrategia su involucramiento, más aún si la población indígena tiene uno de los índices de desnutrición más altos del país.

El acompañamiento de la cooperación en general se da en varios ámbitos, pero un principio en común es acompañar al país en su proceso de desarrollo. Entonces, seguiremos trabajando con los distintos gobiernos por la continuidad de la Estrategia.

Estrategia Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil. Ciclo de la política pública: Evaluación

Finalmente, en esta etapa se busca medir los efectos y resultados de la política, en función de los objetivos inicialmente establecidos. No obstante, las políticas previas en materia de desnutrición carecen de información sobre su evaluación o la magnitud en que su acción provocó cambios. Esto se debe en gran medida, a que en el diseño de la mayoría de políticas propuestas en el país, no se incluye a la evaluación como parte de los componentes, lo cual dificulta que una vez que la política haya madurado, se lleven a cabo estudios que evalúen en qué medida las intervenciones produjeron el cambio deseado o el impacto atribuible que tuvo la acción gubernamental sobre los cambios y objetivos establecidos.

Lamentablemente, este escenario no es propio de las políticas para la DCI, por tanto se exhorta a las instituciones competentes a promover en primera instancia una cultura institucional que contemple la inclusión de la fase de la evaluación desde el diseño de las políticas y,

por otra parte, a facilitar los mecanismos técnicos que permitan llevar a cabo investigaciones que pongan de manifiesto la efectividad de la política, de manera que se cumpla con la rendición de cuentas a la sociedad ecuatoriana y se promueva la voluntad y compromiso político en la sostenibilidad de la política demostrando que la inversión en la primera infancia resulta efectiva.

La política actual incluye, en el artículo 8 del Decreto Ejecutivo 1211, el desarrollo e implementación de una operación estadística que permita la generación de indicadores de seguimiento, así como la evaluación de impacto, y la asignación presupuestaria para su ejecución. La primera aproximación a los resultados de la actual política se enmarca en uno de los encargos asignados al Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, que consistió en llevar a cabo la primera Encuesta Nacional de Desnutrición Infantil, ofreciendo una visión clara de la situación del país respecto a esta problemática y sus determinantes. En el capítulo cinco se incluyen los resultados relevantes arrojados por la encuesta representativa a nivel nacional, siendo el más destacado la disminución de la prevalencia de DCI al 20.1%, lo cual representa un hito histórico para Ecuador.

A pesar de que no existe una evaluación de impacto, esta primera aproximación a los resultados de la ENDI, reflejan un escenario prometedor para alcanzar los objetivos propuestos inicialmente en la EECSDI, que fue la reducción de la desnutrición en seis puntos, sugiriendo que regresar a paradigmas pasados tendrá consecuencias sobre la salud de la población infantil, y significará un retroceso en el desarrollo del país. No obstante, se hace un llamado a que las instituciones encargadas de llevar a cabo los procesos de evaluación y rendición de cuentas consideren a la evaluación de impacto de la política actual, toda vez que ha pasado por un proceso de maduración desde su implementación. Los resultados obtenidos de esta evaluación posibilitarán la búsqueda de estrategias para mejorar a largo plazo la política en cuestión, además de promover la transparencia y el control ciudadano de manera efectiva.

5

Los primeros
resultados de
la ENECSDI

5.1. Midiendo resultados para reestructurar el camino

Hasta aquí se ha desarrollado una descripción de los diferentes componentes de la ENECSDI, la importancia de la articulación y los esfuerzos dedicados a ella en cada uno de los niveles que la implementación de la política pública actual.

Sin embargo, para determinar si las acciones tomadas son coherentes con los resultados esperados, es clave contar con evidencia e información especializada. En este capítulo se analizará la información proporcionada por el Suusen que, como se explicó anteriormente, cuenta con 80 bases de datos de seis instituciones ejecutoras de la política pública.

Para ello, además de la información disponible en el Suusen, sobre el avance de la Estrategia, se analizarán los resultados de la Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil (ENDI).

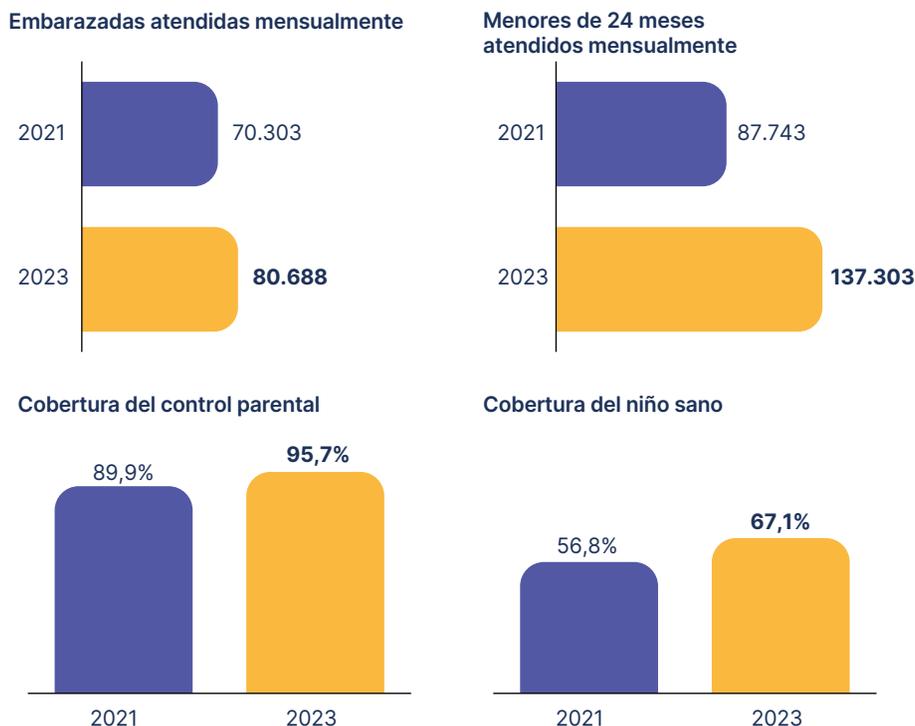
5.1.1. Resultados en la ampliación de servicios de salud

Respecto de los controles prenatales, se observa un aumento en el número de mujeres embarazadas que han recibido controles por parte del MSP, y en la cobertura del control prenatal entre los años 2021 y 2023 (*Ilustración 9*).

La cantidad de embarazadas que recibieron controles prenatales en los establecimientos de salud del MSP aumentó de 70.303 en 2021 a 80.688 en 2023, lo que significa un incremento del 14.8% a lo largo de este período⁶⁶.

Los controles de niño sano se evidencian en un mayor número de controles prenatales: en el año 2021, el promedio mensual era de 78.743 niños y niñas, para el 2023 el indicador subió a 137.303, lo que representa un aumento del 74.4% (*Ilustración 9*).

Ilustración 9: Incremento de controles preventivos MSP



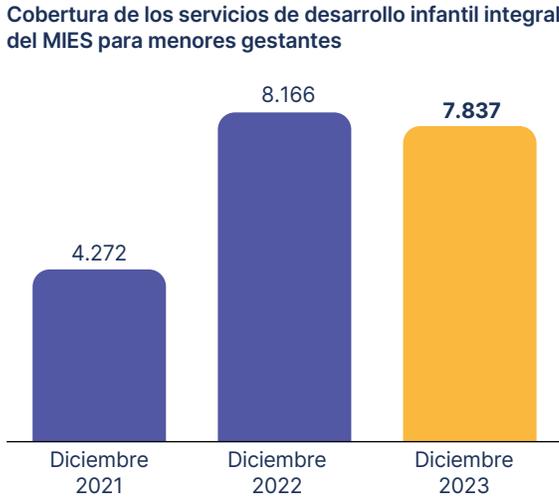
Fuente: I Foro Infancia con Futuro. Evolución de las políticas públicas en salud para la prevención y reducción de la DCI en Ecuador ⁶⁶

Fuente: Tomado de la presentación del exministro Ruales, foro de presentación de resultados de la encuesta ENDI, 2023.

5.1.2. Resultados en la ampliación de servicios de desarrollo infantil integral

En cuanto a los servicios de desarrollo infantil integral del MIES, existe un aumento del 15% en la cobertura para menores de 24 meses (*Ilustración 10*) y un aumento de 83% en mujeres embarazadas, desde el 2021 al 2023⁵³.

Ilustración 10: Evolución de cobertura de los servicios de desarrollo infantil integral del MIES en niños menores de 2 años y mujeres gestantes



Fuente: Cifras tomadas del Sistema Universal Unificado de Seguimiento Nominal – STECSDI⁵³, 2023

5.1.3. Resultados en la focalización de la atención a los más vulnerables

Producto de la focalización y considerando los determinantes de la DCI, entre los años 2021 y 2023, la atención de los servicios de desarrollo infantil integral del MIES creció un 15.2% para niños en situación de pobreza y 58.6% para los de extrema pobreza. Además, en el mismo período el porcentaje de niños menores de seis meses atendidos aumentó en un 73.5%⁵³.

Se realizaron más controles prenatales en las parroquias priorizadas, con un incremento 12.6% entre 2021 y 2023, mientras que en las no priorizadas el incremento fue de 8.5%.

Una situación similar se visibiliza en los controles del niño sano, que en el mismo período pasó del 18.86% al 40.08% en las parroquias priorizadas, mientras que en las no priorizadas pasó del 11.6% al 20.19%. La misma tendencia se observa en la cobertura de los servicios de desarrollo infantil integral, que entre 2021 y 2023, fue del 28.34% en las parroquias priorizadas y del 23.11% en las no priorizadas⁴¹.

5.1.4. Resultados en la captación temprana, inscripción de nacimientos y servicios de desarrollo infantil integral del MIES

Ilustración 11: Evolución de la captación temprana en servicios de desarrollo infantil integral del MIES e inscripción de nacimiento



Fuente: Cifras tomadas del Sistema Universal Unificado de Seguimiento Nominal – STECSDI⁵³, 2023.

La captación temprana de embarazadas y menores de 24 meses para los servicios de desarrollo infantil integral del MIES (CDI - CNH) evidencia un notable incremento, pasando de 37,28% en el año 2021 al 46,96% en el 2022, y 56,2% a diciembre de 2023; lo que refleja un aumento en la atención a la población más vulnerable⁵³.

De igual manera se visualiza un incremento en la inscripción temprana de nacimiento, que en diciembre del año 2021 era del 52,83%, en el mismo mes del año 2022 fue del 63,96% y para 2023 llega a 68,85%⁵³.

A manera de conclusión del presente capítulo, la Estrategia Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil representa un hito significativo para el país en torno a la comprensión y ejecución de una política pública que ha generado resultados tangibles en términos de salud infantil.

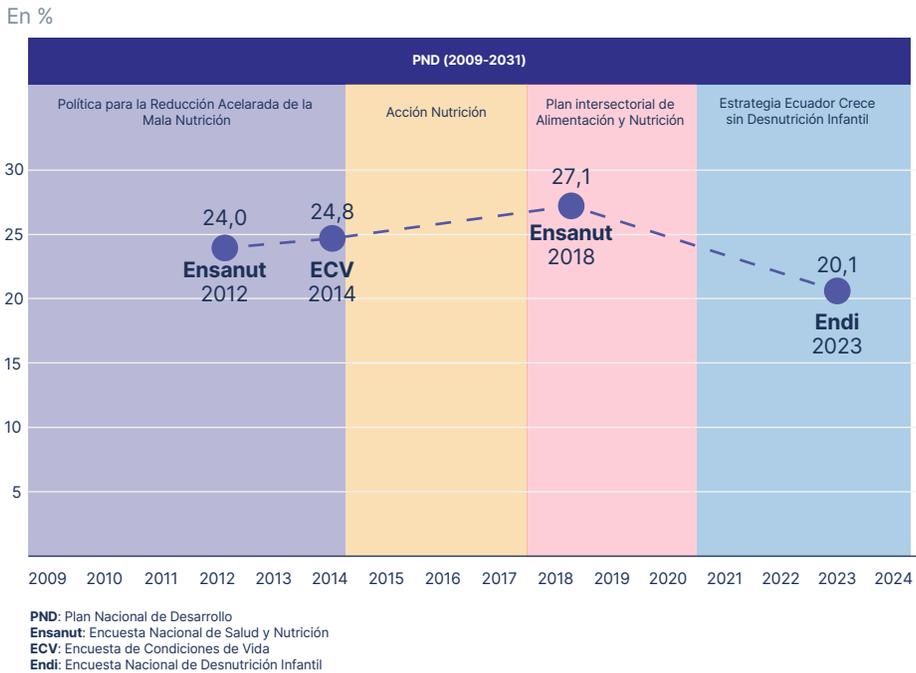
En la *Ilustración 12*, se muestra la evolución de la prevalencia de DCI con datos representativos a nivel nacional, en el marco de los planes de Desarrollo y las políticas identificadas. Este esquema nos lleva de vuelta al capítulo uno, en el que se detalla el diseño de cuatro políticas que, con el tiempo, han puesto sobre la mesa valiosas lecciones para un mejor entendimiento

de la problemática de la DCI en el país y, por tanto, para identificar soluciones prontas y efectivas que involucren el actuar de diferentes sectores de la sociedad ecuatoriana.

A tres años de la implementación, la ENECSDI ha logrado reducir la prevalencia de DCI al 20.1%⁷, un logro prometedor que establece una base sólida para los siguientes años, siempre y cuando se promueva la voluntad política en el reconocimiento de la inversión en la primera infancia como un elemento clave en el desarrollo del país. En este sentido, garantizar la sostenibilidad de las acciones en términos financieros y operativos es necesario para asegurar la continuidad de los avances alcanzados.

La última cifra proviene de la Encuesta Nacional de Desnutrición Infantil, la misma que se enmarca en las prioridades de la ENECSDI, a fin de proporcionar datos que permitan la optimización de la gestión y el perfeccionamiento de la política. En las próximas líneas se desagrega con mayor detalle la reciente encuesta nacional que evidencia la realidad actual de la población infantil.

Ilustración 12: Prevalencias de desnutrición crónica infantil en población menor de dos años en el periodo de 2009 - 2024



Fuente: Ensanut (2012); ECV (2014); Ensanut (2018); ENDI (2023)

5.1.5. Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil

La ENDI representa un hito significativo al ser la primera encuesta especializada, dedicada al estudio de la desnutrición en menores de cinco años y sus determinantes. Este logro, desde su diseño hasta la evaluación, ha contado con el respaldo técnico de expertos nacionales e internacionales, entre ellos el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), el Banco Mundial (BM), Cepal, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), entre otros⁷.

La metodología de la ENDI incluye la aplicación de estándares internacionales para llevar a cabo la antropometría que es el análisis de las medidas y las proporciones corporales que se utilizan para el estudio de la variación y el crecimiento del ser humano. Las medidas antropométricas realizadas son: peso y talla, que se ejecutan con altos estándares de calidad considerando su procedimiento, instrumento y registro; de manera complementaria se realizan pruebas de anemia con tomas de sangre capilar y pruebas de calidad del agua. Además, explora aspectos cruciales como el acceso de la madre a controles prenatales, esquemas de vacunación, consejerías, lactancia materna, así como la salud en la niñez y otras temáticas relevantes⁷.

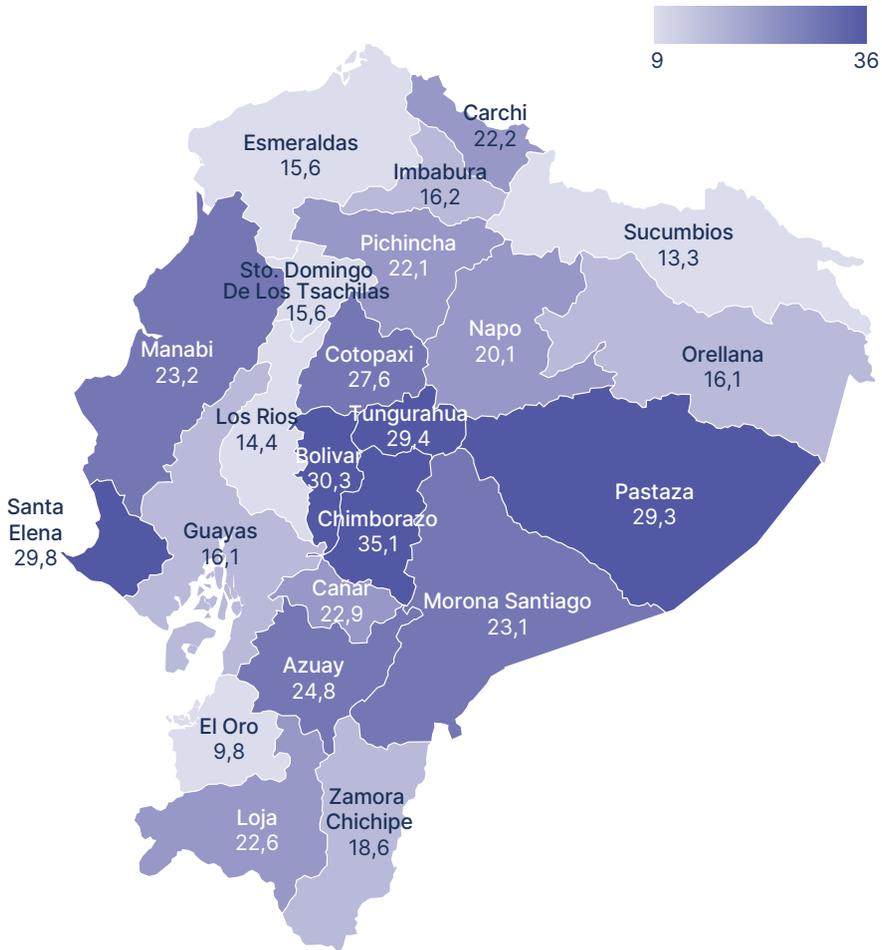
5.1.6. Indicador de prevalencia de desnutrición crónica infantil (ENDI)

Los datos recopilados revelan que la tasa de la DCI se ha reducido 3.5% desde el año 2018, situándose en el 20.1% para niños y niñas menores de dos años. La comparabilidad se realizó con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018⁷.

5.1.7. Desagregación del indicador global de prevalencia de DCI (ENDI)

Al desagregar el indicador global, no solo se evidencia la disminución en el indicador general de prevalencia de DCI, sino también se registran cambios en la distribución de esta condición. Si se comparan las cifras actuales con los datos de 2018, se puede notar que la prevalencia estaba concentrada por encima de la media nacional en las provincias de Tungurahua, Chimborazo y Santa Elena, con alrededor del 40% de niños menores de dos años afectados.

Ilustración 13: Prevalencia de desnutrición crónica infantil en niños menores de 2 años. ENDI 2023



Fuente: ENDI - 2023

Los datos de la ENDI indican una reducción de 10 puntos porcentuales en la prevalencia para Tungurahua y Santa Elena, y de 5 puntos porcentuales para Chimborazo. Además, en las provincias de la región Amazónica, que antes presentaban una prevalencia superior al 30% en menores de dos años, como Pastaza, Sucumbios, Orellana, Morona Santiago e Imbabura, ahora muestran cifras que oscilan entre el 13% y el 20%, siendo Sucumbios la provincia con la menor prevalencia (13%).

En la región Costa, es relevante destacar que provincias como Los Ríos, Santo Domingo, Esmeraldas, Guayas y El Oro redujeron su prevalencia de más del 20% a alrededor del 15%, siendo especialmente notable en El Oro, que pasó del 19.83% en 2018 al 9.8% en la actualidad.

Con relación al perfil sociodemográfico, las cifras muestran una mayor prevalencia de DCI en aquellos niños cuyas madres reportaron no tener educación o tener educación básica, con un 26.3%, a diferencia de aquellos niños cuyas madres reportaron tener educación superior, con un 12.7%⁷.

Según la etnia, actualmente, la prevalencia en niños menores de dos años es del 33.4% en población indígena, 19.2% en población mestiza y, aproximadamente, un 15% para montubios y blancos.

Tanto el Suusen como la ENDI constituyen poderosas herramientas para la toma de decisiones en cuanto a la aplicación de la política pública. Para el país fue un desafío el desarrollo de la ENDI, pues, al ser la primera encuesta especializada en desnutrición infantil, demandaba, para el INEC, el diseño de un instrumento desde cero.

Relato de Roberto Castillo, director ejecutivo, INEC

Hay varios temas importantes que señalar sobre la ENDI. Por un lado, Ecuador ha tenido desde 1986 cerca de siete encuestas donde se midió la desnutrición crónica. Estas se realizaban cada 5 u 8 años y, entonces, no existía información actualizada con la que pudieran contar los distintos niveles de gobierno para desarrollar políticas públicas. Tampoco los gobiernos realizaban acciones concretas y complementarias para combatir la desnutrición, como sucede ahora con la Estrategia, que toma las mejores prácticas internacionales y evidencia científica para definir sus acciones. Entre estas acciones, se incluye una encuesta anual especializada, que se realiza en hogares con niños menores de cinco años y las temáticas que se indagan son todas aquellas que directa o indirectamente están relacionadas con DCI.

Tenemos entonces que ya existía un modelo de encuesta que tomamos como base y luego diseñamos o pulimos las preguntas para que sean más acordes a nuestra realidad. Este trabajo lo realizamos entre varios actores, como el INEC, el Ministerio de Salud Pública y la asistencia técnica de Naciones Unidas.

Es una encuesta bien preparada, que cumple los estándares de calidad y puede satisfacer varias demandas de información, para eso estuvimos un año haciendo pruebas cognitivas que nos permitan saber si en todos los sectores sociales se comprendían las preguntas con claridad. Para poner un ejemplo de su potencia y rigurosidad, podemos contar que, literalmente, pedimos un vaso de agua en la vivienda para hacer una prueba técnica que determine si el agua tiene o no tiene coliformes.

Además, se trata de una encuesta abierta al mejoramiento permanente. Entonces, a pesar de su actual complejidad, lo que tenemos hasta ahora es un abrebocas, porque la academia ya está haciendo pruebas especializadas para afinar componentes por provincias o sectores, por ejemplo, la Espoch está muy concentrada en estudiar la complejidad de la Sierra Central y la Espol está interesada en conocer por qué la desnutrición es tan alta en Santa Elena.

Hemos realizado la primera encuesta con un muestreo en más de 20 mil hogares, con representatividad nacional, urbano, rural y provincial. Entre los resultados importantes que pudimos observar, tenemos que el problema no es solo desnutrición, sino malnutrición en general. Por ejemplo, tenemos que el 5.5% de los niños menores de cinco años tiene sobrepeso y obesidad, resultado de nuevos patrones de consumo, con las comidas ultra procesadas, que se convierte en un problema de salud a largo plazo.

6

Pistas para
el futuro

6.1. Lecciones aprendidas y retos por cumplir

La Estrategia Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil tiene, desde su creación a través del Decreto Ejecutivo 1211, tres años de implementación. A lo largo de estas páginas se ha realizado un análisis tanto de las acciones efectuadas en los distintos niveles, así como los resultados alcanzados, muchos de ellos representan logros históricos para el país.

Este último capítulo pretende realizar una reflexión sobre aquellas lecciones aprendidas a lo largo del tiempo y el camino que aún está pendiente por recorrer en el combate contra la desnutrición crónica infantil en Ecuador. Conjuga, además, las voces de distintos actores que han colaborado en este proceso.

6.1.1. Prioridad gubernamental e institucionalidad

El abordaje de la DCI como un programa prioritario de gobierno junto con el fortalecimiento de la institucionalidad, a través de la creación de la STECSDI, permitió articular, liderar y acompañar la implementación de la política, de forma que se ha alcanzado una coordinación efectiva creando espacios y canales de comunicación sólidos entre instituciones y desde la administración central con los ejecutores de la política en territorio. Esta, tal vez, es la acción determinante que hace que todas las instituciones gubernamentales involucradas en la prestación de servicios del paquete priorizado trabajen alineadas. No es lo mismo contar con la máxima autoridad de un país liderando una problemática social que marca el futuro y delegar a una institución como la Secretaría Técnica para su articulación y seguimiento, que dejar que las instituciones ejecutoras lo hagan por su propia cuenta.

Por ello, es tan importante contar con un Comité Intersectorial que disponga la coordinación, ejecución y seguimiento en el más alto nivel de gobierno para agilizar la aprobación de mecanismos, metodologías y lineamientos, por ejemplo, mediante resoluciones.

6.1.2. De lo escrito a lo práctico: implementación

La ENECSDI ha priorizado el proceso de implementación como un elemento fundamental para alcanzar los resultados que actualmente se están observando. Una prueba

de esto es la adopción de enfoques “*Top Down*” y “*Bottom-up*” durante la fase de implementación, lo cual contrasta con muchas políticas anteriores, incluso aquellas no relacionadas con la DCI, que carecían de esta combinación de perspectivas. La ventaja de abordar ambos enfoques radica en que no es suficiente contar únicamente con una orden ejecutiva respaldada por una base teórica y legal, como lo establece el Decreto Ejecutivo 1211. Se ha considerado necesario, además, incorporar en la elaboración de la Estrategia instrumentos que faciliten una actividad técnica más allá de lo político.

Desde la perspectiva “*Top Down*”, la política actual establece las siguientes condiciones para la implementación:

- Definición de objetivos claros, medibles y coherentes, con mecanismos de seguimiento al Plan Estratégico Intersectorial para la DCI, en línea con los ejes estratégicos planteados en la actual política.
- Asignación efectiva de recursos mediante la implementación del Presupuesto por Resultados. El país cuenta, por primera vez, con una metodología adaptada a la problemática de la DCI en el contexto ecuatoriano.
- Consolidación de una cadena de mando, a través de la apertura de espacios de coordinación. A nivel central, por medio de la ejecución periódica del Comité Intersectorial para la DCI; y, a nivel territorial, con la ejecución de las mesas intersectoriales cantonales y parroquiales. Estos espacios cuentan con mecanismos establecidos para abordar de manera oportuna las alertas que se reporten.

Por otro lado, con relación al modelo “*Bottom-up*”, se destaca la participación de los actores locales en la toma de decisiones:

- Implementación de mecanismos de incentivos para promover la inclusión de la DCI en las agendas autónomas de los gobiernos locales, especialmente, en proyectos de agua y saneamiento.
- Creación de mesas intersectoriales cantonales y parroquiales para la DCI, con actores locales clave que tienen acceso a información valiosa para cada uno de sus territorios.
- Establecimiento de mecanismos de deducibilidad que permitan la participación de la ciudadanía en proyectos ejecutados en el territorio.
- Campañas de sensibilización y concienciación sobre la DCI.

Esto demuestra que los cambios reales no pueden lograrse únicamente mediante acciones positivas de los tomadores de decisiones, sino que es necesario generar coaliciones entre el nivel central y los ejecutores. Sin duda, este proceso debe atravesar una fase de maduración y será fundamental fortalecer estos vínculos en los meses siguientes para generar coaliciones más sólidas.

6.1.3. Priorización territorial para intervenciones efectivas

La priorización territorial, considerando determinantes de la DCI, como pobreza por necesidades básicas insatisfechas, nivel de escolaridad, acceso a sistemas de agua y saneamiento, así como la concentración poblacional y la prevalencia de DCI, permite generar acciones complementarias donde más se necesita y optimizar los recursos del Estado.

Fue un aporte muy importante la asistencia técnica de la cooperación internacional, la banca multilateral y organizaciones no gubernamentales, que permitió un rápido avance en temas clave como las finanzas estratégicas; contar solamente con los recursos del Estado sería insuficiente.

Se ha alcanzado una gestión territorial articulada gracias al funcionamiento de las mesas intersectoriales cantonales, con el liderazgo de los gobiernos locales, la inclusión de actores comunitarios y mecanismos de promoción de la salud.

También hay muchos retos a futuro. Producto de las lecciones aprendidas, se puede identificar que es necesario mejorar ciertas acciones como incluir en el paquete priorizado de bienes y servicios a mecanismos que garanticen el acceso a agua apta para consumo humano y saneamiento, además de fomentar la corresponsabilidad para el cambio de comportamiento en los prestadores operativos de los servicios, evitando que sea enfocado de manera exclusiva en la población.

En este sentido, es importante contar con un Consejo Consultivo como espacio de consulta, diálogo, acuerdo y articulación con la sociedad civil, que además cumple la función de observador y brinda garantías de continuidad para la Estrategia. Sin embargo, es necesario fortalecer su rol considerando mayor participación de representantes de organizaciones o comunidades locales.

Con respecto a la asignación presupuestaria, es necesaria una fuerte decisión política que impulse la definición e implementación de mecanismos sostenibles de financiamiento; esto torna vulnerable la ejecución de la Estrategia, en tanto que depende de

la voluntad política. También es importante el involucramiento decidido de todas las instancias de gobierno comprometidas con la Estrategia para ser solventes frente a los retos que plantea, por ejemplo, la capacidad de respuesta interinstitucional frente al desarrollo de todas las fases de implementación de Presupuesto por Resultado.

Una lección importante y que demanda fortalecimiento son las estrategias educomunicacionales para fomentar un profundo cambio de comportamiento, considerando las realidades particulares de cada territorio. Se requiere mayor sensibilización y comprensión para la implementación de estrategias aterrizadas a la realidad y necesidad local. Para lograr cambios de comportamiento, las estrategias deben ser sostenidas en el tiempo y en el territorio y ese es, probablemente, el mayor reto de la educomunicación, pues no solo se trata de crear o compartir mensajes sobre la prevención de la DCI, sino que la ciudadanía llegue a niveles profundos de comprensión sobre cómo actuar para prevenirla.

Es imperativo mantener en el centro de la ejecución de esta política pública a la madre embarazada, al niño y a la niña. Se trata de comprender que esta lucha trasciende el partidismo político y de facilitar la transición de la política pública hacia una política de Estado, que garantice su continuidad.

De esta forma, Ecuador ha enfrentado los desafíos que suponen la lucha contra la desnutrición crónica infantil: a través de un sistema de gobernanza efectivo, mediante la integración de un solo plan de acción y una articulación estrecha con los distintos sectores. Esto ha permitido conseguir resultados positivos, logrando revertir la tendencia al incremento de la DCI. Falta un largo camino por andar, pero ahora el país cuenta con la experiencia y las lecciones aprendidas del camino recorrido, para encarar el futuro con mayor solvencia.

6.2. Desde las voces de la experiencia

El camino de la implementación de la ENECSDI cuenta con muchos actores, cuyas reflexiones en torno al trabajo realizado están llenas de la experiencia que dan los años en este ejercicio. Son voces que hablan sobre las políticas públicas de prevención, sus aciertos y limitaciones, por lo que, a modo de conclusión, se incluyen algunos extractos sobre estas experiencias.

Luis Cordero, asesor en la construcción de la política pública

Me parece importante, para la sostenibilidad de la Estrategia, que exista una participación más activa de la sociedad civil, lo que además le aporta legitimidad. Para lograr esto, es indispensable que la sociedad esté muy bien informada y, con eso en mente, el Ejecutivo debe ofrecer la mayor transparencia posible en cuanto a los datos.

Una sociedad informada e interesada es una sociedad comprometida. Ecuador cuenta con la encuesta ENDI y sus resultados deben ser publicados inmediatamente, así como los algoritmos para generar indicadores también deben ser públicos, es decir, que la gente tenga acceso a informarse y empaparse del tema; por ejemplo, cómo está la situación en su territorio, cómo ha avanzado la política pública en su comunidad.

También es importante que los datos se publiquen cuando se van a hacer ajustes y asignación presupuestaria por parte de los gobiernos, para que la ciudadanía pueda incidir de alguna manera en la distribución de esa asignación. Esto genera una ciudadanía interesada, más aún si puede dar una opinión informada. Entonces tenemos que una ciudadanía empoderada es capaz de reclamar su derecho a no padecer DCI y eso es la mejor garantía de continuidad para la política pública. Un buen ejemplo de lo que digo es lo que se está haciendo con el Suusen, que hace pública una información bien detallada y que le permite a la gente cruzar variables y observar los avances en su comunidad o incluso dar seguimiento a su propio caso, al de su familia.

Esteban Bernal, exministro de Inclusión Económica y Social

Hay políticas que deben considerarse como políticas de Estado, como es el caso de la disminución de la DCI. Uno de los problemas que tenemos es que tanto en la macro política como en la política media y la de cercanía, el retorno electoral de sus acciones se vuelve imprescindible para el político, que prefiere hacer una cancha de uso múltiple, que se ve, a solucionar el tema de agua potable, que no se ve. En ese sentido la política sigue siendo clientelar y así persisten los problemas estructurales. Por eso el Presidente impulsó que desde el banco del Estado se canalicen recursos con exclusividad en agua potable y alcantarillado. Otra forma de apuntalar los temas estructurales es que se conviertan en política de Estado y eso genere la obligatoriedad que se requiere.

Ariela Luna, exministra de Desarrollo e Inclusión social de Perú

Ecuador tiene una política de incentivos económicos para promover la corresponsabilidad de los padres que ha funcionado bien. Podría trasladarse esta idea para incentivar a los gobiernos locales a que cumplan su parte en lo que corresponde a sus competencias, como el tema del agua, que es fundamental para combatir la DCI y en Ecuador hay problemas con la calidad del agua. En Perú hemos creado un incentivo municipal, a través del cual se identifican los puntos críticos que tiene que resolver un alcalde para mejorar los índices de DCI, se ponen los indicadores y ahí se trabaja el tema del estímulo: si el alcalde cumple se le da un estímulo, que en Perú puede ser monetario o de prestigio para el alcalde. Esto puede replicarse también en otras instancias.

Luisa Orellana, Técnica de Atención Primaria en Salud, Centro de Salud Satelital del Tena

Uno de los temas que hablamos mucho con las mamás en el territorio es sobre la importancia de la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida. Y ellas nos cuentan que hay veces en que no les sale la leche, ya sea por depresión posparto o angustia por otras situaciones que estén atravesando. Hay otros casos en que deben salir a trabajar y dejan a sus hijos encargados, pero entonces deben resolver el tema de la alimentación de otra manera que no sea la lactancia exclusiva. En estos casos les decimos que la leche se puede congelar y, si se descongela correctamente, mantiene en gran medida sus propiedades. Eso es mejor que darles leche en fórmula. Pienso que en este tema de la leche sería muy bueno contar con bancos de leche en los centros de salud, eso ayudaría a resolver muchos de estos problemas, porque hay mamás a las que le sobra la leche y otras a las que les falta. Desde aquí podríamos ayudar a distribuir y resolver.

José Ruales, exministro de Salud Pública

En cuanto a los retos para el futuro y las lecciones aprendidas diría que, para lograr un resultado positivo, tuvimos que cambiar las cosas. Si haces lo mismo, los resultados van a ser los mismos y entonces sucedía que los gobiernos de turno venían implementando la política de la misma manera desde hacía mucho tiempo y los resultados muestran que durante todo ese tiempo la DCI seguía aumentando, hasta llegar al nivel que llegamos. El cambio fue lo determinante.

Y a la inversa lo mismo, si para revertir los resultados negativos había que cambiar lo que se venía haciendo, para continuar con resultados positivos hay que mantener lo que se

está haciendo bien. No importa luego si es con otros nombres y algunas características diferentes, pero mantener la esencia, que es el abordaje integral. Ya sabemos que no se trata solo de un tema de salud pública la DCI, porque es un problema multicausal. Y en este punto pienso que de todo lo que está dando resultados, el principal factor de cambio fue la articulación y la intersectorialidad, que es un enfoque diferente de la política pública e hizo una gran diferencia. Y, atado a esto, el ente articulador, que garantiza la efectividad de la articulación, porque la coordina, que es en este caso la STECSDI. Luego están los enfoques de focalización y prevención.

Podríamos resumir todo esto diciendo que la lección aprendida fue que teníamos que cambiar para lograr resultados diferentes y el reto para el futuro es mantener lo que se está haciendo bien para sostener los resultados positivos

Luciana Armijos, coordinadora de Salud y Nutrición
en la CAF-Banco de Desarrollo de América Latina y el Caribe

Como lección aprendida, yo pienso que es importante considerar que una estrategia no es 100% replicable, es decir, que una misma estrategia no funciona siempre para todo el territorio. Es importante considerar la adecuación de la Estrategia a las distintas realidades locales y eso es difícil de realizar desde los niveles centrales de gobierno, porque de allí sale la política pública estructural y es en el territorio donde debe adecuarse, quizás con ajustes pequeños, pero que en muchos casos hacen la diferencia. Ese es un trabajo que puede apuntalarse desde las Mesas Intersectoriales Cantonales.

Otro elemento que destacaría es que, ya avanzada la Estrategia de la lucha contra la DCI, se puede tomar la infraestructura montada y el despliegue de personal especializado, para incluir otras temáticas que exceden estrictamente el tema de la DCI, pero están relacionadas. Por ejemplo: si estamos hablando de la primera infancia, se pueden incluir elementos encaminados al desarrollo integral de la infancia y no solamente de los más pequeños. Pienso que incluir el criterio de oportunidad para ir avanzando a la par con otras temáticas relacionadas, nos conducirá a tener los resultados que queremos para el futuro.

Matilde Farinango, especialista en salud intercultural

Las políticas públicas deben salir de las propias realidades y adaptarlas de acuerdo a los espacios donde están y para eso me parece súper importante que se pueda mirar esta problemática desde las autoridades locales. Muchas veces pensamos que como nosotros estudiamos, fuimos a la universidad, entonces tenemos que dar estas recetas a la

gente, cuando muchas veces desde las comunidades existen valiosas experiencias y sobre todo personas que sí conocen, como son las compañeras parteras o los hombres y mujeres de sabiduría.

Muchas veces nosotros decimos: sí, vamos a hacer este plan y llegamos a la comunidad con eso, pero a la comunidad a lo mejor ni le interesa y la solución, para ellos, puede ser otra y no la que proponemos. Entonces, sí es importante que las políticas públicas no vengan desde arriba, las políticas públicas deben ser construidas desde las propias realidades de la gente para que desde acá vaya subiendo.

Referencias





1. Vicepresidencia de la República. Ecuador sin Desnutrición - Una ruta trazada hacia la erradicación de la desnutrición crónica infantil. Quito: 2021;
2. Organización Mundial de la Salud, Salud y Bienestar Social Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ottawa: 1986;
3. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians [Homepage on the Internet]. Ottawa: 1974 [cited 2024 May 3]; Available from: Minister of Supply and Services Canada.
4. Lalonde M. New perspective on the health of Canadians: 28 years later. Revista Panamericana de Salud Pública [homepage on the Internet] 2002 [cited 2024 May 3];12(3):149-152. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000900001&lng=en&nrm=iso&tlng=en
5. Organización Mundial de la Salud. Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. Bangkok: 2005;
6. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición - ENSANUT 2018 [Homepage on the Internet]. 2018; Available from: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/salud-salud-reproductiva-y-nutricion/>
7. INEC. Encuesta Nacional de Desnutrición Infantil [Homepage on the Internet]. Quito: 2023 [cited 2024 Mar 20]; Available from: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/encuesta_nacional_desnutricion_infantil/
8. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado Mundial de la Infancia 2019. Niños, alimentos y nutrición: crecer bien en un mundo en transformación. New York: 2019;
9. Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR). Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil - Endemain 2004. Quito: 2005;
10. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta de Condiciones de Vida - ECV. Quito: 2006;
11. Freire W, Ramírez MJ, Belmont P, et al. Tomo I: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de la población ecuatoriana de cero a 59 años - Ensanut 2012. [Homepage on the Internet]. 2014; Available from: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSA-NUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf
12. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta de Condiciones de Vida. 2014;
13. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Nota técnica para la comparación de la DCI entre la ENDI 2022 - 2023 y la Ensanut 2018 [Homepage on the Internet]. 2023 [cited 2024 Jun 1]; Available from: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/ENDI/Nota_tecnica_sobre_comparacion_ENSANUT18_ENDI23.pdf

14. Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy Plan* 1994;9(4):353-370.
15. Lozano R, Soliz P, Gakidou E, et al. Evaluación comparativa del desempeño de los sistemas estatales de salud usando cobertura efectiva. *Salud Publica Mex* 2007;49 (SUPPL. 1).
16. Organización Mundial de la Salud. Reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la cobertura sanitaria universal. New York: 2019;
17. Vega J, Solar O, Irwin A, et al. En la perspectiva de la equidad. Chile: 2005;
18. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Alma Ata. Alma Ata: 1978;
19. Organización Mundial de la Salud. A conceptual framework for action on the social determinants of health [Homepage on the Internet]. Ginebra: 2010 [cited 2024 Apr 27]; Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/44489>
20. Organización Mundial de la Salud. Retraso del crecimiento: contexto, causas y consecuencias. Marco conceptual: desnutrición crónica infantil. 2017;
21. Para cada infancia, nutrición, Estrategia de Nutrición de UNICEF para 2020-2030 [Homepage on the Internet]. Available from: www.unicef.org
22. Zambrano Á. El constitucionalismo en la estabilidad política del Ecuador desde la constitución del 2008 a la actualidad. [Homepage on the Internet]. 2017 [cited 2024 Apr 27]; Available from: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/8777>
23. Organización de las Naciones Unidas. Salud y Bienestar. ¿Por qué es tan importante? 2020;
24. Lasswell H, Dror Y, Garson D, et al. El estudio de las políticas públicas. México DF:
25. McConnell A. What is policy failure? A primer to help navigate the maze. *Public Policy Adm* 2015;30(3-4):221-242.
26. Manosalvas M. Cuando las políticas fallan. Desafíos en la reducción de la desnutrición crónica infantil en el Ecuador. *Revista del CLAD Reforma y Democracia* 2018; 71:155-188.
27. Merino M, Cejudo G, Arellano D, et al. Problemas, decisiones y soluciones. In: FCE C, editor. Enfoques de política pública. Ciudad de México: 2010;
28. Arias de la Mora R. El "ciclo de las políticas" en la enseñanza de las políticas públicas. *OPERA* 2019;(25):137-157.
29. Martínez R, Fernández A. El costo del hambre: impacto social y económico de la desnutrición infantil en el Estado Plurinacional de Bolivia, Ecuador, Paraguay y Perú [Homepage on the Internet]. 2009 [cited 2024 Mar 20]; Available from: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/39306-costo-hambre-impacto-social-economico-la-desnutricion-infantil-estado>

Referencias

30. Fernández A, Martínez R, Palma A, Carrasco I. Impacto social y económico de la doble carga de la malnutrición: modelo de análisis y estudio piloto en Chile, el Ecuador y México [Homepage on the Internet]. 2017 [cited 2024 Mar 20]; Available from: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/42535-impacto-social-economico-la-doble-carga-la-malnutricion-modelo-analisis-estudio>
31. Presidencia de la República de Ecuador. Decreto Ejecutivo 92. 2021;
32. Mariño C, Chaña R, Medina J, Vidal M, Valdez W. Determinantes sociales de la desnutrición crónica infantil en el Perú. *Revista Peruana de Epidemiología* 2014;18.
33. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. La desnutrición crónica es un problema que va más allá del hambre. 2021;
34. Albuja Echeverría WS. Determinantes socioeconómicos de la desnutrición crónica en menores de cinco años: evidencia desde Ecuador. *Interdisciplina* 2022;10(28):591.
35. Organización Mundial de la Salud, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanar las desigualdades en una generación. Ginebra: 2008;
36. Montenegro Martínez G, Carmona Montoya A, Franco-Giraldo Á. Modelos para el análisis de políticas públicas en salud reportados en publicaciones científicas. *Gac Sanit* 2021;35(3):270–281.
37. Albuja Echeverría WS. Determinantes socioeconómicos de la desnutrición crónica en menores de cinco años: evidencia desde Ecuador. *INTER DISCIPLINA* 2022;10(28):591.
38. Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil. Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la DCI. Quito: 2022;
39. Suplemento del Registro Oficial No. 100 7 de Julio 2022. Confórmese el Comité Intersectorial para la prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil. 2022;
40. Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil. Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil Quito: 2021;
41. Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil. Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición: Avances de la política pública orientada al abordaje de la desnutrición infantil [Homepage on the Internet]. Quito: 2023 [cited 2024 Mar 20]; Available from: <https://www.infancia.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2023/11/BasePoliticaNov2023V16FINAL.pdf>
42. Filc G, Scartascini C. El presupuesto por resultados en América Latina: un análisis de economía política de sus determinantes. Santiago de Chile: 2012;
43. Presidencia de la República de Ecuador. Decreto Ejecutivo N.1211. 2020;
44. Presidencia de la República de Ecuador. Decreto Ejecutivo N.404. 2022;
45. Acuerdo STECSDI-STECS DI-2022-0003-A. Confórmese el Consejo Consultivo para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil [Homepage on the Internet]. 2022 [cited 2024 Jun 1]; Available from: <https://vlex.ec/vid/stecsd-di-2022-0003-900940351>

46. Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil. Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil - Ejecución Presupuestaria [Homepage on the Internet]. 2023 [cited 2024 Jun 1]; Available from: <https://www.finanzas.gob.ec/estrategia-nacional-ecuador-crece-sin-desnutricion-infantil/>
47. Acuerdo Interinstitucional URS-DEJ-2022-0007-R. Expídanse las directrices en el marco de la implementación del Presupuesto por Resultados (PPR) para la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil (DCI) en Ecuador [Homepage on the Internet]. 2022 [cited 2024 Jun 1]; Available from: http://esacc.corteconstitucional.gob.ec/storage/api/v1/10_DWL_FL/eyJjYXJwZXRhJhoicm8iLC-J1dWlkjoiMzg1ZTdjZDI0N2E5ZS00NmMyLWFkOWYtOWYwZjhjOGQxNzE1LnBkZiJ9
48. Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil. Informe de Rendición de cuentas año 2023 [Homepage on the Internet]. Quito: 2023 [cited 2024 Mar 20]; Available from: <https://www.infancia.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2024/03/Informe-rendicion-cuentas-2023-STECS-DI.pdf>
49. Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil. Centros de salud del Ministerio de Salud Pública intervenidos [Homepage on the Internet]. 2023 [cited 2024 Jun 1]; Available from: https://informacion.infancia.gob.ec/pcentros_intervenidos
50. Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil. Preguntas Frecuentes sobre el Mecanismo de Deducibilidad - Plataforma de Promoción [Homepage on the Internet]. 2023 [cited 2024 Jun 1]; Available from: <https://www.infancia.gob.ec/preguntas-frecuentes-mecanismo-de-deducibilidad/>
51. Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil. Mecanismo de Deducibilidad - Plataforma de Promoción [Homepage on the Internet]. 2023 [cited 2024 Jun 1]; Available from: <https://www.infancia.gob.ec/mecanismo-de-deducibilidad/>
52. Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil. Rendición de Cuentas 2023 [Homepage on the Internet]. 2023; Available from: <https://www.infancia.gob.ec/rendicion-de-cuentas-2o23/>
53. Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil. Sistema Unificado y Universal de Seguimiento Nominal para la lucha contra la Desnutrición Crónica Infantil (SUUSEN) [Homepage on the Internet]. 2023 [cited 2024 Mar 20]; Available from: <https://informacion.infancia.gob.ec>
54. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Sistema de Información del MIES - SIIMIES [Homepage on the Internet]. 2023 [cited 2024 May 3]; Available from: <https://info.inclusion.gob.ec>
55. Arteaga N, Trujillo C, Gómez L. Evaluación de Impacto de Familias en Acción [Homepage on the Internet]. 2019 [cited 2024 Mar 20]; Available from: https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Sinergia/Documentos/Evaluacion_Impacto_FEA_Informe_Resultado.pdf
56. Presidencia de la República de Ecuador. Decreto Ejecutivo N. 435 [Homepage on the Internet]. 2022 [cited 2024 Jun 1]; Available from: <https://asobanca.org.ec/wp-content/uploads/2022/06/Decreto-Ejecutivo-Nro.-435-Entrega-de-Bono-1000-dias-por-USD-60.pdf>

57. Ministerio de Salud Pública, Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil, Unicef. Mesas intersectoriales parroquiales para la prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil [Homepage on the Internet]. 2022 [cited 2024 May 3]; Available from: https://www.unicef.org/ecuador/sites/unicef.org.ecuador/files/2023-10/Herramienta%205_Guia%20Mesas%20Parroquiales.pdf
58. Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil. Base de datos para el seguimiento de la operatividad de los espacios de articulación territorial ejecutados a través de las Mesas Intersectoriales Cantonales (MIC) en el marco de la Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición. [Homepage on the Internet]. 2023 [cited 2024 Jun 1]; Available from: <https://datosabiertos.gob.ec/dataset/numero-de-mesas-intersectoriales-cantonales-a-nivel-nacional-disnucion-desnutricion-infantil/resource/85ca00d9-a29c-4dec-846e-5e02233cf82f>
59. Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil, Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Inclusión Económica y Social. Estrategia de comunicación para el desarrollo para la prevención de la desnutrición crónica infantil (DCI). 2022;
60. Ministerio de Salud Pública. MSP incrementó la cobertura de control prenatal y control de niño sano [Homepage on the Internet]. 2023 [cited 2024 Jun 1]; Available from: <https://www.salud.gob.ec/msp-incremento-la-cobertura-de-control-prenatal-y-control-de-nino-sano/>
61. Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil. Acta de la Sesión Ordinaria Intersectorial para la prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil [Homepage on the Internet]. 2023 [cited 2024 Jun 1]; Available from: <https://www.infancia.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2024/05/Acta-15-de-noviembre-2023.pdf>
62. Coordinadora de Medios Comunitarios Populares y Educativos en Ecuador. Cacao y Banano: Alimentos nutritivos en Ecuador [Homepage on the Internet]. 2023 [cited 2024 Mar 20]; Available from: <https://organizacion.corape.org.ec/index.php/2023/12/14/pmabananoycacao/>
63. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Registra tu cuenta para recibir de manera segura el Bono 1000 Días [Homepage on the Internet]. 2024 [cited 2024 Mar 20]; Available from: <https://www.inclusion.gob.ec/registra-tu-cuenta-para-recibir-de-manera-segura-el-bono-infancia-futuro/>
64. Banco de Desarrollo de Ecuador. Más y mejor financiamiento para los GAD a través del Banco de Desarrollo [Homepage on the Internet]. 2021 [cited 2024 Mar 20]; Available from: <https://bde.fin.ec/mas-y-mejor-financiamiento-para-los-gad-a-traves-del-banco-de-desarrollo/#>
65. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura. Reforzamiento de intervenciones materno - infantiles integrales para la reducción de la desnutrición crónica infantil [Homepage on the Internet]. 2023 [cited 2024 Jun 1]; Available from: <https://openknowledge.fao.org/server/api/core/bitstreams/bb63dff3-8fcd-4212-8f10-67747f5d08a0/content>
66. Ruales J. I Foro Infancia con Futuro: Evolución de las políticas públicas en salud para la prevención y reducción de la DCI en Ecuador. Quito: 2023;

Glosario de términos y abreviaturas

AN	Acción Nutrición
ASH	Agua, saneamiento e higiene
BDH	Bono de Desarrollo Humano
BIF	Bono Infancia Futuro (Oficialmente Bono 1000 días)
CDI	Centros de Desarrollo Infantil
CNH	Creciendo con Nuestros Hijos
CPV	Censo de Población y Vivienda
DCI	Desnutrición crónica infantil
DE	Decreto Ejecutivo
DIIE	Dirección de Información, Investigación y Evaluación
DINARP	Dirección Nacional de Registro de Datos Públicos
DSN	Dirección de Seguimiento Nominal
DSS	Determinantes Sociales de la Salud
ENDEMAIN	Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil
ENECSDI	Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil

Hacia un Ecuador sin DCI: el camino de la Estrategia Nacional de
Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil

AN	Acción Nutrición
ENEMDU	Encuesta de Empleo y Desempleo
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
GAD	Gobierno Autónomo Descentralizado
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
INTI	Intervención Territorial Integral
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
ISSPOL	Instituto de Seguridad Social de la Policía
ISSFA	Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
MAG	Ministerio de Agricultura y Ganadería
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MIC	Mesa intersectorial cantonal
MIDUVI	Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda
MIES	Ministerio de Inclusión Económica y Social
MSP	Ministerio de Salud Pública
PACMI	Programa de Alimentación Complementaria Materno Infantil
PRAMIE	Política para la Reducción Acelerada de la Mala Nutrición
PIANE	Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador

AN	Acción Nutrición
PRAS	Plataforma de Registro de Atención en Salud
RDACAA	Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias
REVIT	Sistema Nacional de Registro de Datos Vitales
SENAGUA	Secretaría Nacional del Agua
SIEPP	Sistema Integrado de Evaluación de la Política Pública
SIIMIES	Sistema Integrado de Información del MIES
SISEN	Sistema de Seguimiento Nominal del Ministerio de Salud Pública
SGIIE	Subsecretaría de Gestión de la Información, Investigación y Evaluación
SGT	Subsecretaría de Gestión Territorial
SRI	Servicio de Rentas Internas
STECSDI	Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil
TAMEN	Tamizaje metabólico neonatal
Fuente de información	Sistema de información o conjunto de sistemas de información en caso de nombres genéricos.
Institución responsable de información	Ente que ejerce control y rectoría sobre una fuente de información.

Considero, que si desde el presidente de la República se comprende la dimensión de un problema de esta naturaleza, si hay una posición estratégica y un propósito honesto de querer cambios, es mucho más fácil alinear al Estado por objetivos, como en este caso, reducir la desnutrición crónica infantil que prácticamente es un asunto incuestionable, que suma rápidamente apoyo, que supera las posiciones ideológicas y las banderas políticas.

Guillermo Lasso Mendoza

ISBN