
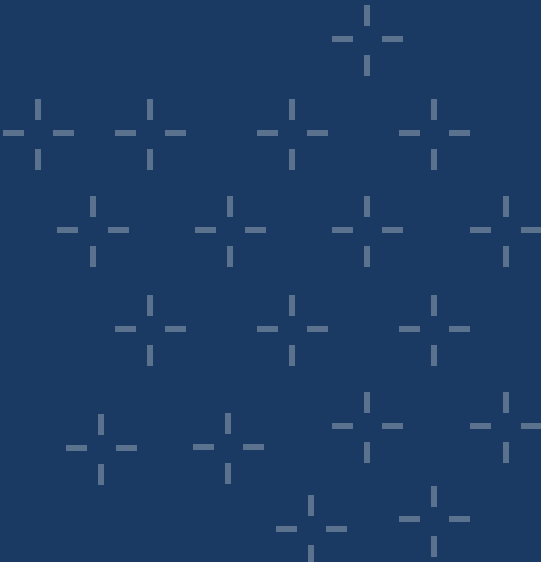




Reporte de nutrición 2022: La desnutrición crónica infantil en el Ecuador



**Reporte de
nutrición 2022:**
La desnutrición
crónica infantil
en el Ecuador

Presidente, Fundación CRISFE

Oswaldo Domínguez Bucheli

Director, Fundación CRISFE

Paul Arias Guevara

Editor general

Andrés Mejía Acosta

Coeditora

Karla Meneses Bucheli

Consejo Editorial

Luciana Armijos

Andrés Mejía Acosta

Karla Meneses Bucheli

María Belén Ocampo

Mónica Villar

Diseño y diagramación

Manthra comunicación · info@manthra.ec

Esta obra se acoge a una licencia Creative Commons, disponible en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/ec/>.

Se autoriza la reproducción total o parcial de los textos aquí publicados, siempre y cuando no sean alterados, se asignen los créditos correspondientes y no sean utilizados con fines comerciales.

Forma de citar: Fundación CRISFE (2022). *Reporte de Nutrición 2022. Desnutrición Crónica Infantil*. Autoedición.

ISBN: 978-9942-7081-0-6

Número de derechos de autor: En trámite

Primera edición

2023

Fundación CRISFE

La Colina N26-70 y San Ignacio

(593) 2 250 8080

info@crisfe.org

www.crisfe.org

La Fundación CRISFE es una organización privada sin fines de lucro, con más de 28 años de experiencia, que realiza intervención social a través de los ejes de Educación, Desarrollo Territorial y Emprendimiento. CRISFE busca mejorar las condiciones de vida de los ecuatorianos en situación de vulnerabilidad por medio de la articulación de servicios y proyectos replicables y sostenibles que permitan impactar en un mayor número de personas.

La elaboración y publicación de este reporte fue posible gracias al financiamiento de la Fundación CRISFE. No obstante, las opiniones expresadas en este Reporte no reflejan necesariamente las políticas oficiales de la Fundación o de sus grupos aliados.

Equipo responsable y agradecimientos

El **Reporte de la Nutrición 2022: La desnutrición crónica infantil en el Ecuador** es una iniciativa ideada, promovida y financiada por **Fundación CRISFE** para contribuir al debate nacional sobre la desnutrición crónica infantil con hechos, datos e información relevante desde una perspectiva académica.

Investigadores internos/editores

- **Andrés Mejía** es doctor en Ciencia Política por la Universidad de Notre Dame y profesor de Economía Política del Desarrollo en la Keough School of Global Affairs, Universidad de Notre Dame. Es editor general del Reporte de Nutrición.
- **Karla Meneses** (UDLA-Ecuador) es economista y máster en Economía del Desarrollo. Es Investigadora del Centro de Investigaciones Económicas y Empresariales de la Universidad de Las Américas de Ecuador y, docente en la misma universidad. Es coeditora del Reporte de Nutrición.
- **Luciana Armijos** (CAF-Banco de Desarrollo de América Latina) es médico por la Universidad Complutense de Madrid y máster en Salud Pública por la Universidad Johns Hopkins. Es ejecutiva principal y especialista en salud en CAF-Banco de Desarrollo de América Latina. Desarrolla investigaciones en temas de salud materno-infantil.
- **Mónica Villar** (USFQ-Quito) es nutricionista, licenciada en Nutrición y máster en Nutrición Clínica Infantil. Es docente e investigadora en la Universidad San Francisco de Quito.
- **María Belén Ocampo** (USFQ-Quito) es licenciada en Nutrición Humana y, máster en Nutrición y Salud Pública. Es docente y coordinadora de la carrera de Nutrición y Dietética en la Universidad San Francisco de Quito.

Investigadores externos

José Andrade (Independiente), Daniel Baquero (Independiente), Juan Pablo Bustamante (Independiente), Fernando Cando (Independiente), Vanessa Carrera (Independiente), Berenice Cordero (Independiente), Leandro Chalela (Independiente), Nicholas Gachet (Independiente), Julio Galárraga (UDLA), Diana Grimaldi (Independiente), Juan Pablo Guzmán (REDNI), Margarita Manosalvas (FLACSO), Fernando Ortega (USFQ), Jairo Rivera (UASB), Fernando Sacoto (Sociedad Ecuatoriana de Salud), Drichelmo Tamayo (Independiente).

Agradecimientos

Agradecimientos a: Universidad San Francisco de Quito (USFQ), Universidad de las Américas (UDLA), Red para la Desnutrición Infantil (REDNI) y el Banco de Desarrollo de América Latina-CAF.

Índice

Introducción	07
Resumen ejecutivo	13
Capítulo 1: Nutrición, primera infancia y desarrollo integral	20
Capítulo 2: Gobernanza nutricional para una política de Estado	76
Capítulo 3: Financiamiento sustentable y efectivo para el combate a la DCI	112
Principales contribuciones y temas pendientes	155
Bibliografía general	159

Introducción

La desnutrición crónica infantil (DCI) es una condición que hasta 2018 afectaba al 27,2 % de menores de 2 años en el Ecuador, y probablemente ahora a un porcentaje mayor de infantes después de la pandemia de COVID-19. Esta incidencia representa un serio problema de salud pública, en la medida en que afecta a la salud y desarrollo de los bebés, al bienestar de sus familias y a la economía misma del país. El período de los primeros 1000 días de vida (desde la concepción, durante el embarazo y hasta los primeros dos años) es una singular e irreversible ventana de oportunidad para dotar a los infantes con los nutrientes, vacunas y estimulación que necesitan para lograr su pleno crecimiento corporal y desarrollo cognitivo. En transcurso del embarazo, la madre provee a través de la placenta todos los nutrientes necesarios para el desarrollo fetal.

Durante los primeros 1000 días de vida se forma más del 80 % del cerebro y se establecen las conexiones neuronales necesarias para asegurar un buen desarrollo cognitivo, social y emocional del niño o niña, lo que repercute en su capacidad para aprender, resolver problemas y relacionarse con los demás y que tendrá implicaciones a futuro. En este período también se establece la microbiota intestinal para desarrollar el sistema inmunológico y se forma la mayor parte de los órganos y tejidos para fortalecer el cuerpo y reducir la incidencia de enfermedades futuras como la diabetes, la intolerancia a la glucosa y la hipertensión arterial sistémica.

Cuando un niño o niña presentan DCI, enfrentan dificultades para su desarrollo físico e intelectual; por ejemplo, los niños y niñas con DCI muestran un rezago de seis meses en el uso del lenguaje (en comparación con menores que no presentan esta condición) y tienen un mayor riesgo de padecer diarrea, sarampión, neumonía y malaria. Se estima, además, que la incidencia de DCI tiene efectos negativos en la economía de los hogares —por la presencia de enfermedad y retraso educativo— y significa

también un fuerte costo económico para el país, de aproximadamente 4,3 % del PIB (Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil, 2021).¹

Ecuador tiene una de las tasas más altas de DCI en América Latina y la incidencia de esta en algunas provincias, como Chimborazo (39,4 %) o Santa Elena (39,3 %), supera la incidencia promedio en países como Malawi (39 %), Afganistán (38,2 %) o Nigeria (36,8 %), países con las prevalencias más altas del mundo. Este hallazgo es paradójico considerando que Ecuador es un país de ingreso medio alto y que durante más de una década experimentó un sostenido crecimiento económico (2003 y 2014) y una inédita estabilidad política (2007-2016), factores considerados favorables para acelerar la reducción de la DCI. Durante el auge petrolero se observó un sostenido gasto general del presupuesto sectorial para desnutrición y los gobiernos subnacionales percibieron un incremento directo y sostenido de las transferencias desde el Gobierno central. El Ejecutivo, además, resaltó su compromiso político para reducir la desnutrición, con el apoyo de mayorías legislativas, una mayoría de alcaldes de su misma línea política en los gobiernos locales y un importante crecimiento de la burocracia gubernamental. Sin embargo, la evidencia muestra que, a pesar de los repetidos esfuerzos estatales para diseñar e implementar programas de prevención y erradicación de la desnutrición, no se logró reducir de manera significativa la incidencia de la DCI. En los doce años transcurridos entre 2006 y 2018, la tasa de DCI en menores de 5 años apenas se redujo en 2,6 puntos porcentuales, pasando de 25,6 % a 23,0 %, y la incidencia de la DCI en menores de 2 años (los primeros 1000 días críticos) subió de 21,9 % a 27,2 % (Ensanut, 2018).

Cabe entonces preguntar: ¿por qué el país ha mantenido una de las tasas más altas de prevalencia en América Latina, a pesar de haber tenido los recursos financieros, el conocimiento técnico y el capital político para erradicar este problema? ¿Por qué persisten enormes diferencias regionales y étnicas en la incidencia de la desnutrición infantil que impiden el desarrollo inclusivo y sustentable del país? ¿Por qué el Ecuador no ha podido desarrollar hasta ahora mecanismos estables y transparentes de financiamiento que privilegien a las poblaciones más vulnerables? En resumen, ¿por qué el Ecuador no ha logrado desarrollar una política de Estado efectiva y sustentable en el combate a la DCI que esté vinculada con un plan de desarrollo de largo plazo? Estas son algunas preguntas que planteamos detallar y desarrollar en este Primer Reporte de Nutrición.

El Reporte busca alcanzar tres objetivos principales. En primer lugar, se pretende investigar y documentar a fondo el conocimiento científico existente para entender y explicar mejor la problemática de la DCI en Ecuador desde los principales actores de gobierno y no gubernamentales. En segundo lugar, se busca propiciar un diálogo sistemático e interdisciplinario entre académicos, actores de la sociedad civil, funcionarios de gobierno y agencias de cooperación, para identificar las implicaciones y consecuencias de este conocimiento en la formación de políticas públicas en materia de DCI. En tercer lugar, se propone diseminar, socializar y mejorar la calidad del debate público, por medio de una vinculación activa y sistemática con los medios de comunicación y público en general.

¹ El costo estimado corresponde a todas las formas de malnutrición, pero, de esa cifra, aproximadamente el 60 % de la pérdida se debe a la DCI.

El Reporte deriva su inspiración y formato a partir de dos publicaciones de mucho prestigio y reconocimiento internacional: el Reporte Global de Nutrición, publicación estelar para evaluar los progresos y desafíos del estado mundial de la nutrición, y los informes del Programa Estado de la Nación, que reporta sobre avances y temas pendientes en el desarrollo humano y sustentable de Costa Rica y América Central. Ambos reportes se han convertido en referentes obligados para actores gubernamentales y no gubernamentales, como académicos, estudiantes, sociedad civil, etc., por la precisión de su análisis, la pluralidad e imparcialidad de su reportaje y la transparencia en el manejo de sus fuentes y datos.

Una premisa fundacional de este Reporte es reconocer la compleja naturaleza de la DCI, con sus múltiples factores causales, y para ello se plantea un abordaje desde una perspectiva interdisciplinaria. Siguiendo esa pauta editorial, el Reporte está organizado en torno a tres ejes temáticos que reflejan las dimensiones y aspiraciones que se consideran prioritarias en la lucha contra la desnutrición crónica infantil. Estos ejes, que se expresan en la organización de los capítulos, analizan la incidencia, distribución y regionalización de la problemática de la DCI; exploran los mecanismos de gobernanza de las políticas especializadas, y debaten las brechas existentes y los mecanismos para lograr un financiamiento sustentable y transparente.²

Para la construcción de este Reporte hemos invitado la participación de nutricionistas, expertos en salud pública, economistas, científicos políticos, antropólogos, expertos en políticas públicas y sociólogos, que de manera directa o indirecta han estudiado la problemática de la DCI en Ecuador y el mundo. Con el fin de garantizar la pluralidad y rigor científico, se ha comisionado a 23 investigadores expertos en diversos aspectos de la DCI para la producción de quince insumos especializados. Dichos insumos se discutieron en más de diez talleres de consulta, entre abril y agosto de 2022, y contaron con la participación y retroalimentación de treinta comentaristas invitados y varias docenas de asistentes, provenientes de diferentes sectores de la sociedad civil, gobierno y cooperación internacional.³ Este ejercicio de discusión y validación interdisciplinaria nos ha permitido maximizar, en la medida de lo posible, la veracidad de los hallazgos y la pertinencia de las afirmaciones contenidas en este Reporte. Los insumos finales fueron recogidos y desarrollados de manera temática por los cinco editores de este documento para la construcción de los tres capítulos. Asimismo, las fuentes de información y sus respectivas bases de datos son de conocimiento público y han sido debidamente citadas. Si bien este Reporte no pretende ofrecer recomendaciones normativas sobre acciones específicas de política, sí busca mejorar la calidad del debate público para mostrar las brechas existentes, alertar sobre problemas recurrentes e ilustrar (buenas) experiencias comparadas.

Finalmente, este primer Reporte sale a la luz gracias al auspicio y financiamiento de la Fundación CRISFE. La Fundación es una organización privada sin fines de lucro, con más de 28 años de experiencia en el fortalecimiento de las capacidades y competencias de las personas con base en modelos sostenibles de desarrollo.

² Dos ejes adicionales son la dimensión territorial de la DCI y los procesos de monitoreo y evaluación de la lucha contra la DCI. Si bien estos ejes son de fundamental importancia, quedan fuera de este Primer Reporte.

³ La lista detallada de talleres, insumos, autores y comentaristas se encuentra en la página final de cada capítulo.

Las entidades que han contribuido directamente a la realización de este proyecto son REDNI, que financió la elaboración de dos insumos especializados, y la Universidad San Francisco de Quito (USFQ), que contribuyó con la organización y logística de varios talleres especializados. Otras entidades involucradas incluyen la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) y la Universidad de Las Américas (UDLA).

Esperamos que este Reporte sirva sus propósitos de mejorar la calidad del debate sobre la DCI y sus consecuencias, facilite un diálogo entre actores especializados para la mejor formación de políticas públicas, y ayude a diseminar y visibilizar la gravedad de este problema crónico en Ecuador. Si bien este primer Reporte se enfoca en la DCI, cabe señalar que Ecuador, al igual que la mayoría de los países en América Latina, es víctima de una doble carga de malnutrición, dados sus altos índices de sobrepeso y obesidad. Actualmente, cerca de dos tercios de la población adulta en Ecuador padece alguna forma de sobrepeso u obesidad, lo cual tiene como consecuencia el incremento del riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, respiratorias y diabetes. La llegada de la pandemia de COVID-19, con sus devastadoras consecuencias sobre la vida, la salud y la subsistencia económica de los ecuatorianos, ha puesto de relieve la necesidad de redoblar los esfuerzos del Gobierno para proteger especialmente a la infancia y replantear una estrategia nacional para mitigar toda forma de malnutrición en Ecuador como una política de Estado.

La coyuntura de la pandemia también ha facilitado una inédita convergencia de diversos actores gubernamentales, del sector privado, de la cooperación internacional y la sociedad civil en torno a la causa común, por ahora, de erradicar la DCI. Esperamos que este Reporte contribuya a aglutinar esfuerzos y facilitar un debate abierto y comprometido sobre cómo asegurar el bienestar y desarrollo íntegro que merece la infancia de Ecuador.

Resumen ejecutivo

Ecuador tiene una prolongada e inconclusa relación de combate contra la desnutrición crónica infantil (DCI). Durante casi dos décadas ha destinado recursos presupuestarios y esfuerzos de coordinación sectorial y ha desarrollado un mejor conocimiento técnico sobre el problema. No obstante, el país sigue teniendo una de las mayores prevalencias de DCI en la región; incluso algunas provincias tienen prevalencias iguales o mayores a los países con mayor DCI en el mundo. La persistencia de la DCI representa un obstáculo real para el desarrollo futuro de los infantes, el bienestar de sus familias y el crecimiento mismo del país. Durante los primeros 1000 días (desde la concepción, durante el embarazo y hasta los primeros dos años) se desarrolla más del 80 % del cerebro, se establecen las conexiones neuronales a una velocidad que no volverá a repetirse en la vida, se fortalece el sistema inmunológico y se forma la mayor parte de los órganos y tejidos. Las carencias nutricionales durante esta singular ventana de tiempo tienen repercusiones irreversibles en la salud de los niños y las niñas, en sus relaciones afectivas, su desarrollo físico e intelectual y su calidad misma de vida. La enfermedad y retraso educativo ocasionados por la DCI tienen también efectos negativos en el bienestar y la economía familiar y, a nivel nacional, aumenta los costos de atención del sistema de salud y afecta la productividad de la fuerza laboral.

Este primer Reporte de Nutrición adopta un enfoque plural y multidisciplinario para comprender la persistencia de la DCI en Ecuador como un problema multicausal. Con este propósito se han identificado tres ejes principales de análisis para documentar los esfuerzos desplegados por distintos actores en la lucha contra la DCI, identificar las principales brechas y falencias en su diseño o implementación, y ofrecer un análisis crítico y objetivo que contribuya al debate sobre cómo prevenir y erradicar la DCI en Ecuador. La primera línea de análisis documenta los indicadores y tendencias en nutrición, primera infancia y desarrollo integral en Ecuador. La segunda línea explora

la gobernanza nutricional necesaria para lograr una política de Estado. La tercera línea analiza la sustentabilidad financiera de las estrategias contra la DCI. El Reporte dedica un capítulo para desarrollar cada línea de investigación. En este Resumen Ejecutivo ofrecemos una breve comparación entre las aspiraciones planteadas dentro de cada eje temático y los hallazgos principales de la investigación.

La aspiración del primer capítulo es que el país debería alcanzar un desarrollo integral de la primera infancia, libre de DCI, sin exclusiones por motivos de acceso a alimentos, autoidentificación étnica, sexo, religión o condición social. Lamentablemente, los hallazgos de este Reporte señalan que la primera infancia en Ecuador está todavía muy lejos de alcanzar un desarrollo integral, inclusivo y que respete sus derechos universales.

Este capítulo pone de relieve que la persistente DCI tiene una fuerte concentración geográfica y étnica, que afecta particularmente a niños de madres adolescentes y en pueblos indígenas. Después de casi dos décadas de lucha continua en contra de la DCI, Ecuador seguía teniendo en 2018 la segunda tasa más alta de desnutrición en menores de dos años en la región (27,2 %), después de Guatemala (41,7 %). Es aún más alarmante que la relativa reducción de la DCI en menores de 5 años, de 29 % en 2004 a 23 % en 2018, ha sido cancelada por un incremento en similar proporción en la tasa de DCI en menores de 2 años, de 21,2 % en 2004 a 27,2 % en 2018. Este incremento es particularmente grave si se considera que la incidencia de la DCI durante los primeros 1000 días tiene consecuencias irreversibles para el desarrollo físico y cognitivo de los infantes.

La DCI está geográficamente concentrada en 16 de las 24 provincias ecuatorianas, que mantienen prevalencias mayores a la media nacional. Las provincias más desnutridas están en la Sierra Central, como Tungurahua (41,3 %) y Chimborazo (39,4 %), seguidas por Santa Elena, en la región costera (con 39,3 %). Otras provincias con alta incidencia incluyen Cotopaxi, Bolívar, Sucumbíos y Pastaza. En algunos casos, estas tasas de prevalencia son similares e incluso mayores que las reportadas por países con una grave situación de DCI a escala mundial, como, por ejemplo, Madagascar (41,6 %), Malawi (39 %), Afganistán (38,2 %), Pakistán (37,6 %) y Nigeria (36,8 %).

El Reporte subraya que la presencia de la DCI no es un problema directamente asociado con la carencia de ingresos económicos (pobreza) o una inadecuada ingesta alimentaria. En Ecuador, el mayor factor de incidencia es la alta proporción de madres adolescentes, sobre todo cuando estas tienen bajos niveles de educación y no acuden a controles prenatales periódicos. La malnutrición materna y el estado de salud de la madre antes, durante y después del embarazo son causas inmediatas de la DCI. En Ecuador, el 34,3 % de las madres de menores que padecen DCI fueron madres adolescentes. Asimismo, la probabilidad de que un niño o niña menor de 5 años tenga DCI es del 48,16 % si su madre tuvo únicamente educación primaria, se realizó menos de cinco controles prenatales, es de talla menor a 151 cm y fue madre adolescente. Por el contrario, si un infante y su madre gozan de todos estos factores de protección (educación superior, más de cinco controles prenatales, talla mayor a 151 cm y no viene de madre adolescente) la probabilidad de tener DCI cae al 20,78 %.

Todos los factores antes señalados se hacen presentes en la población indígena, que presenta diferentes tipos de vulnerabilidad frente a la DCI. La prevalencia de la DCI en la población indígena es de 38,3 %, es decir, 11,7 puntos por encima de la prevalencia nacional y 12,1 puntos más alta que la reportada en los grupos autoidentificados como mestizos/blancos. La probabilidad de que un menor de 5 años autoidentificado como indígena de la Sierra y que viva en un hogar con necesidades básicas insatisfechas (NBI) tenga DCI es del 49,2 %. Esta probabilidad es mayor en 15,7 puntos a la que tiene un menor en las mismas condiciones, pero que se autoidentifica como blanco o mestizo (33,5 %). El Reporte señala que una estrategia exitosa de combate a la DCI debe contemplar, en su diseño y plan de ejecución, acciones que busquen conciliar, integrar, respetar y convivir con las costumbres, creencias y principios de organización de las comunidades marginadas y de los distintos grupos étnicos del país.

La aspiración del segundo capítulo es que el país desarrolle y adopte un marco legal, institucional y político que promueva la articulación de políticas inclusivas, sustentables y efectivas para prevenir y reducir la DCI en el largo plazo. Esta ambición requiere el compromiso político de las élites locales y nacionales, de la coordinación entre actores gubernamentales y no gubernamentales, de la integración y alineamiento de los gobiernos autónomos descentralizados (GAD), y de mecanismos de monitoreo y rendición de cuentas que vayan más allá de ideologías políticas, cambios de gobierno o afinidades partidarias. Los hallazgos de este capítulo documentan una paradoja de gobernanza nutricional en Ecuador: a pesar de haber tenido condiciones económicas favorables y un sostenido compromiso político de lucha por parte de un mismo partido de gobierno, el país no logró reducir de manera significativa la incidencia de la DCI.

Durante más de una década, entre 2003 y 2014, el país experimentó un rápido crecimiento económico estimulado por el auge del precio del petróleo. Los gobiernos subnacionales observaron un incremento directo y sostenido de las transferencias desde el Gobierno central y hubo un sostenido gasto general del presupuesto sectorial para desnutrición. Durante un período similar, 2006 a 2017, Ecuador también experimentó una inédita estabilidad política, caracterizada por tener un mismo partido en el Gobierno central, con mayorías legislativas, una pluralidad de partidos en los gobiernos locales y un importante crecimiento de la burocracia gubernamental. Sin embargo, a pesar de repetidos esfuerzos gubernamentales para diseñar e implementar programas de prevención y erradicación de la desnutrición, no se logró reducir de manera significativa la incidencia de la DCI durante este período.

El capítulo señala que la carencia de un sistema efectivo de seguimiento nominal y monitoreo fue una debilidad clave para entender por qué no se logró identificar y priorizar a las poblaciones más vulnerables, asegurar una mejor focalización de intervenciones en cada territorio o transparentar el cumplimiento de las metas propuestas por el Gobierno. Esta carencia promete ser resuelta con la creación, a través de un decreto ejecutivo y la firma de un convenio interinstitucional, de un Sistema Unificado y Universal de Seguimiento Nominal en la lucha contra la DCI. Esta nueva base de datos recoge la información de más de 480 000 menores de 2 años y madres embarazadas, proporcionada por seis diferentes instituciones del Estado, y promete ofrecer información actualizada sobre el estado nutricional de madres e infantes, atenciones de salud, acceso a servicios de desarrollo infantil y servicios de

protección social, condiciones de vida, datos demográficos básicos, acceso al sistema educativo, entre otros. Se espera que la disponibilidad y transparencia en el manejo de los datos permita fortalecer los mecanismos de seguimiento y motive la rendición de cuentas a la ciudadanía por parte de los actores gubernamentales encargados del combate a la DCI.

Otro obstáculo en la lucha contra la DCI es su naturaleza inherentemente invisible en comparación con otras carencias sociales o económicas. En Ecuador, al igual que en otros países, la proliferación y participación de intereses políticos o privados se orientan hacia acciones que pueden ofrecer un rédito político electoral o un beneficio económico, como mitigar el hambre a través de acciones de beneficencia. Sin embargo, para enfrentar el fenómeno de la DCI es necesario educar a los padres y madres para visualizar la gravedad y consecuencias de este problema. Sería necesario también movilizar a los Gobiernos, partidos políticos, legislaturas y gobiernos locales para que rindan cuentas ante la ciudadanía de cómo sus acciones buscan reducir y erradicar esta condición. De manera inédita en Ecuador, en 2022 se creó un Consejo Consultivo para la Prevención y Erradicación de la Desnutrición Crónica Infantil. Este Consejo ofrece una oportunidad para convertirse en un espacio de diálogo, acuerdo, veeduría y articulación entre la función pública nacional y los GAD, la sociedad civil, el sector privado, las agencias de cooperación y la academia para el logro de las metas de reducción de la DCI. Es importante, además, vincular al Poder Legislativo por medio de las comisiones presupuestarias o de niñez e infancia, así como en su trabajo partidista para elaborar proyectos legislativos de atención a la primera infancia que reflejen las prioridades de atención, fiscalización y financiamiento que avanzan otras entidades. También habría que transparentar los recursos e incentivos que tienen los 221 GAD para maximizar sus asignaciones presupuestarias y capacidades técnicas en la lucha contra la DCI. Estas acciones alcanzarán los réditos esperados en la medida en que se mejore la rendición de cuentas y se monitoreen los avances.

El esfuerzo para reducir la DCI y otras formas de malnutrición (obesidad) requiere de un esfuerzo político continuo y coordinado entre varios actores, que va más allá de una administración de gobierno. La experiencia histórica sugiere que, si bien ha habido un importante esfuerzo para combatir diferentes formas de malnutrición, las acciones gubernamentales no han sido continuas, sustentables o coordinadas entre sí. Incluso dentro de una misma administración se registran múltiples cambios de estrategia sin una evaluación previa de aciertos y desafíos. De manera reciente, la administración del presidente Guillermo Lasso (2021-2025) ha optado por seguir algunos preceptos legales y estrategias de gobierno que son plenamente consistentes con esfuerzos preexistentes en la lucha contra la DCI. Estas medidas incluyen una atención priorizada a los primeros 1000 días de vida, un enfoque intersectorial, una secretaría técnica que tenga el más alto nivel de decisión del Ejecutivo, una coordinación intersectorial a nivel local, un sistema de asignación presupuestaria enfocada en resultados y un sistema de monitoreo y seguimiento nominal. Este gesto inédito de continuidad política entre gobiernos de diferente orientación política hace pensar que se pueden sentar las bases para hacer del combate a la mala nutrición en todas sus formas una política de Estado en Ecuador.

La aspiración del tercer capítulo es lograr un financiamiento sustentable, oportuno, transparente y focalizado para combatir la DCI, que facilite la coordinación institucional y garantice la efectiva aplicación de estrategias para la reducción de la desnutrición infantil. Al respecto, se sabe con certeza que la asignación de recursos para atender a la primera infancia es una de las inversiones con mayor retorno dentro del gasto social y un área frecuentemente desatendida. Para facilitar el análisis, este Reporte adopta una clasificación internacional para distinguir entre una asignación presupuestaria "específica" en materia de nutrición y una asignación "sensible". Las asignaciones específicas en nutrición se consideran aquellas intervenciones de alto impacto dirigidas a combatir los determinantes *inmediatos* de la malnutrición por medio de suplementos alimenticios, vacunación o controles médicos. Las inversiones sensibles, en cambio, buscan atacar las causas *subyacentes* de la desnutrición mediante la provisión de agua potable o alcantarillado. Esta distinción en el tipo de gasto es fundamental para comprender y distinguir la magnitud del compromiso financiero del Gobierno nacional, pero también para entender las prioridades de gasto en cada momento.

La investigación reportada en este capítulo señala que el principal problema de financiamiento no tiene que ver con la disponibilidad de recursos, sino, irónicamente, con su inadecuada asignación y tardía ejecución. El capítulo muestra que el bajo nivel de ejecución del presupuesto ha sido un patrón que se repite en todos los años analizados entre 2008 y 2020, con un promedio de 26 %. Entre 2008 y 2020 la trayectoria de la inversión en DCI fue decreciente, siendo el 2018 el año con peor ejecución, menor al 1 %. En el año 2021, el gasto ejecutado representó en promedio cerca del 40 % del codificado, lo que, si bien es mayor al promedio de la década anterior, mostró nuevamente una subejecución del gasto, tanto específico como sensible.

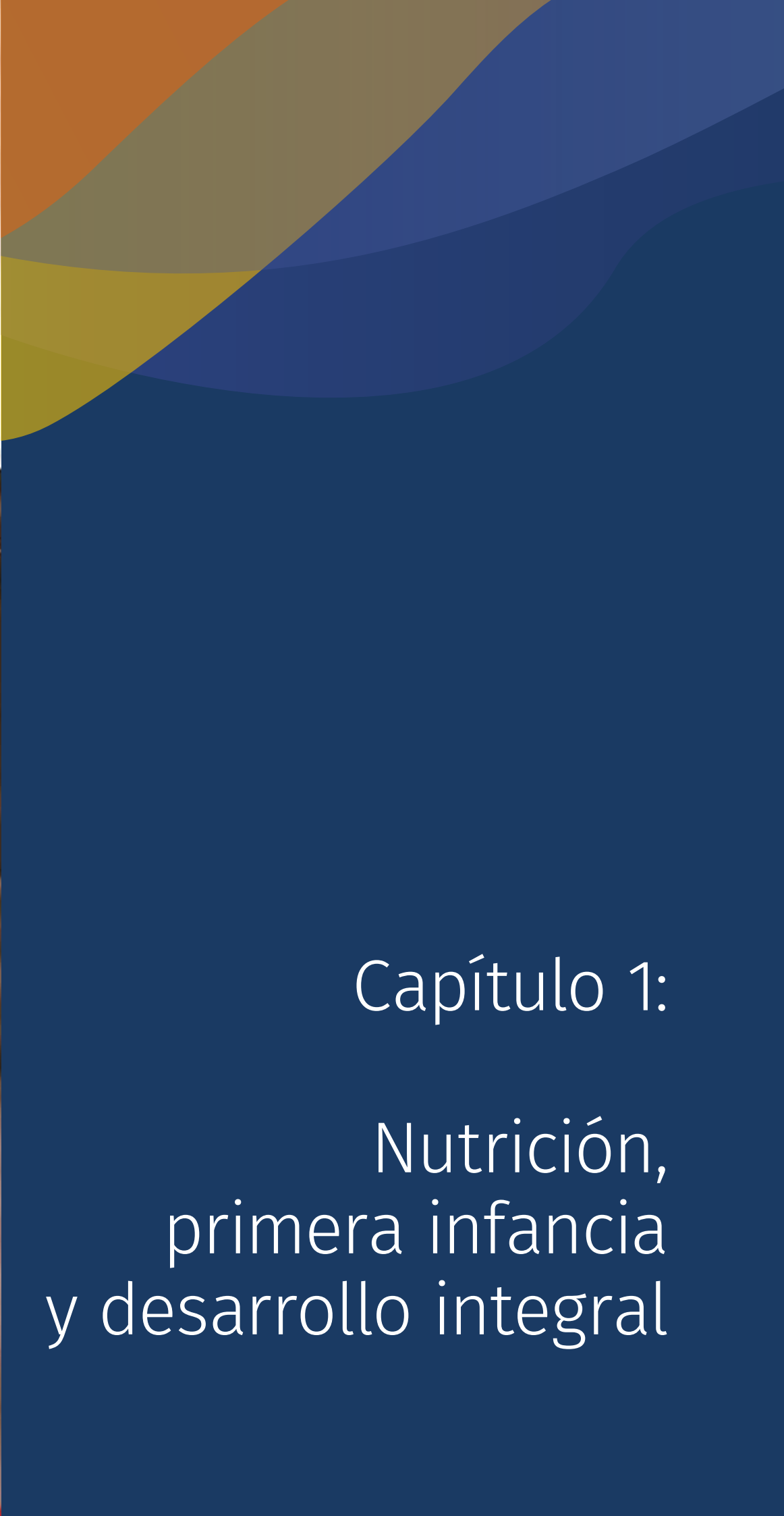
A pesar de que la DCI está territorialmente concentrada, el análisis presupuestario muestra que los recursos no se han destinado a las áreas con mayor prevalencia. Cuando se divide el gasto de la inversión para el número de niños con DCI, se aprecia un patrón en el cual el gasto no se dirige mayoritariamente hacia las zonas Centro-Sur-Este del país, donde es más prevalente esta condición. Este patrón de asignación territorial no enfocada se repite en los años más recientes (2020 y 2021). La relación entre la prevalencia de desnutrición y gasto (ejecutado) específico y sensible por niño con DCI a nivel provincial es negativa en ambos tipos de gasto, pero es particularmente notoria en el gasto específico, en donde se observa que los lugares con mayor prevalencia de desnutrición son los que en promedio destinan menos recursos a estas actividades. En el caso del gasto sensible, se observan inconsistencias en la asignación a las provincias más afectadas.

La adopción e implementación de un mecanismo de presupuesto por resultados (PPR) ha permitido identificar las prioridades y necesidades del Estado en relación con la lucha contra la DCI y, al mismo tiempo, alinear la entrega de los bienes y servicios. La experiencia comparada sugiere que la adopción de este mecanismo ha contribuido a una mayor eficiencia en la asignación y ejecución del gasto, al tiempo que se aumenta la transparencia presupuestaria y se reducen las oportunidades para el

desperdicio y mal manejo. La puesta en marcha de un PPR en Ecuador promete obtener importantes cambios para optimizar los recursos asignados y reducir la incidencia de la DCI.

Con estos principales hallazgos, el Reporte espera convertirse en una herramienta de información y análisis para apoyar a los tomadores de decisiones al momento de adoptar las políticas y acciones necesarias para combatir la DCI en Ecuador. Se espera también que este Reporte sea un insumo de consulta relevante para estudiantes, organizaciones no gubernamentales o periodistas para que tengan un conocimiento más profundo y objetivo de esta problemática nacional. La veracidad y confiabilidad de nuestros hallazgos se sustentan en el proceso mismo de elaboración de este Reporte. Esta fotografía panorámica de la DCI en Ecuador que ahora ponemos en sus manos es producto del aporte plural y dedicado de múltiples actores provenientes de diversas disciplinas de las ciencias sociales. Los hallazgos fueron debatidos en múltiples talleres de consulta, con la participación de expertos académicos y no académicos que contribuyeron como autores de insumos, comentaristas y críticos. Este Reporte refleja ese compromiso para identificar los desafíos pendientes y las oportunidades disponibles para alcanzar un país libre de desnutrición crónica infantil.






Capítulo 1:

Nutrición, primera infancia y desarrollo integral

En este capítulo

Introducción.....	23
Resumen.....	26
La desnutrición crónica infantil (talla insuficiente para la edad): una de las tres afecciones de la malnutrición	27
Criterios para estimar la desnutrición: la DCI se presenta cuando la talla está dos desviaciones por debajo del puntaje de referencia de talla para la edad.....	29
Por qué enfocarnos en la DCI en menores de 2 años	31
La DCI tiene consecuencias irreversibles que limitan el desarrollo integral de niños y niñas	34
Ecuador tiene una de las cifras más altas de DCI de Latinoamérica y la prevalencia es mayor en los menores de 2 años.....	35
La DCI está territorialmente concentrada.....	41
La desnutrición infantil no es solo el producto de una insuficiente ingesta alimentaria, sino el resultado de una combinación de factores socio-ambientales.....	44
La DCI está estrechamente asociada a las características y hábitos de la madre.....	51
Pisos de tierra y limitado acceso al agua potable son factores de riesgo.....	57
Patrones y acceso inadecuados de alimentación aumentan la probabilidad de padecer DCI.....	59
La mejora de los ingresos como mecanismo para combatir la DCI no es suficiente si no se toman en cuenta patrones culturales y características territoriales	62
La población indígena registra la mayor prevalencia de DCI	65
Estudio de caso: Guangaje (Cotopaxi), parroquia rural con mayoría étnica indígena y presencia de múltiples factores de riesgo asociados con la DCI.....	70
Buenas prácticas y resultados.....	74



Capítulo 1:

Nutrición, primera infancia y desarrollo integral

Introducción

La desnutrición es una de las tres afecciones de la malnutrición. Dentro de ella, específicamente, la desnutrición crónica infantil (DCI) —que surge cuando la talla es insuficiente para la edad— es la que afecta en mayor grado a los niños y niñas menores de 2 años y de 5 años en el país.

El combate a la DCI es considerado un problema de salud pública y está posicionado en la estrategia de política a nivel global, por ejemplo, en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), donde se propone erradicar la DCI hasta el año 2030. También es una meta establecida en los distintos planes de gobierno del país. En el plan de gobierno actual (2021-2025), la meta es reducir la DCI en seis puntos porcentuales en los próximos tres años.

Sin embargo, las cifras de DCI que registra el Ecuador lo ubican como el segundo país de la región latinoamericana con la prevalencia más alta. La prevalencia de DCI, además, trae retrasos importantes en el desarrollo tanto de los menores que la padecen como del país, pues es un predictor claro de pobreza en el futuro y crea un círculo vicioso de pobreza, desigualdad, inseguridad alimentaria y desnutrición.

En este escenario, el presente capítulo desarrolla un perfil detallado de la prevalencia de DCI en niños menores de 2 años (según la disponibilidad de datos), manteniendo el enfoque en las discusiones

más recientes acerca de la relevancia de entender y atender esta condición en los primeros 1000 días de vida de un infante.

La aspiración del abordaje analítico que orienta este capítulo es la de “alcanzar un desarrollo integral de la primera infancia, libre de DCI, sin exclusiones por motivos de acceso a alimentos, autoidentificación étnica, sexo, religión o condición social”.

Esta aspiración se sustenta principalmente en el desarrollo de la primera infancia, pero también responde a los ODS. Cuatro de ellos se enfocan directamente en la primera infancia. Estos son: el objetivo 2, relativo al hambre; el objetivo 3, relativo a la salud; el objetivo 4, relativo a la educación, y el objetivo 16, relativo a la paz y la justicia. Cada uno de ellos tiene metas establecidas, las que será posible cumplir cuando se logre alinear los esfuerzos para alcanzar esta aspiración y las niñas y niños puedan crecer con las condiciones necesarias para desarrollar capacidades que les abran oportunidades y mejoren su calidad de vida (Unicef, 2017).

Otro argumento que sustenta el análisis de este capítulo es que la protección de los niños y las niñas en Ecuador está dispuesta en el Código de la Niñez y Adolescencia y en la Constitución Política de la República. Desde un enfoque de inclusión y equidad, se busca garantizar una infancia que se desarrolle de acuerdo con su cultura y en un marco de respeto intercultural. Esta legislación también reconoce el papel del Estado para asegurar que la familia sea el espacio natural y fundamental para el desarrollo integral de los niños, niñas y adolescentes.

En el marco del enfoque que orienta este capítulo se desarrollaron una serie de insumos para identificar las principales características de los hogares con DCI y determinar cuán lejos o cerca estamos como país de alcanzar la aspiración planteada. Todo esfuerzo que aporte información para generar debate y acciones será útil para combatir esta situación, que afecta de forma irreversible la calidad de vida de las personas.

Para la elaboración de este capítulo se prepararon cinco insumos que permiten tener un perfil detallado de la DCI en el país. El primer insumo detalla, a partir de un análisis descriptivo, las principales características de los hogares con menores que registran tener DCI. El segundo complementa la información anterior con base en la estimación de modelos econométricos que permiten identificar los factores asociados con la DCI, con énfasis en la población indígena. En ambas investigaciones, la fuente principal de información es la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2018. El tercer insumo sistematiza experiencias de intervención de programas de combate a la DCI en la población indígena. El cuarto ofrece una línea de base para comprender los principales conceptos de la malnutrición y, de manera específica, de la DCI. Finalmente, el quinto insumo principal para elaborar este capítulo se basa en varios ejercicios cuantitativos para estimar la DCI en el contexto de la pandemia de la COVID-19 para los años 2019 y 2020.

La estructura de este capítulo pretende alinearse con el enfoque multicausal, que permite entender de una forma más completa la DCI en el país. En ese marco analítico, se ofrece una guía para entender la medición de la DCI, la importancia de enfocarse en los menores de 2 años, así como las consecuencias irreversibles de esta condición



Alcanzar un desarrollo integral de la primera infancia, libre de DCI, sin exclusiones por motivos de acceso a alimentos, autoidentificación étnica, sexo, religión o condición social.

en la vida de las personas y la sociedad en general. Seguidamente, este capítulo presenta evidencias para identificar los distintos factores que están asociados a la DCI en el país, como son las características de los menores, de sus madres, sus viviendas, alimentación e ingresos.

Resumen

Hay territorios en el país que en la actualidad todavía no cuentan con la infraestructura necesaria para garantizar prácticas sanitarias que permitan reducir el riesgo de padecer DCI.

Durante varias décadas, el Ecuador ha estado lejos de alcanzar un desarrollo integral de la primera infancia, libre de DCI, sin exclusiones por motivos de acceso a alimentos, autoidentificación étnica, sexo, religión o condición social. Pese a que la desnutrición y el compromiso antropométrico que esta genera tienen un orden previsible a través del tiempo, que permite evaluar en forma aproximada la evolución de la carencia nutricional (aguda o crónica), y que existe una amplia literatura y evidencia empírica a nivel mundial, regional y local para identificar los factores asociados a la DCI, el país no logra detectar y atender a tiempo esta condición y tiene los peores indicadores de DCI de la región.

Si bien en lo que va del siglo XXI el Ecuador muestra avances importantes en otros aspectos relevantes para el desarrollo humano —como la reducción de la pobreza y desigualdad, el aumento del poder adquisitivo (PIB per cápita) y haber contado con importantes ingresos debido al aumento del precio del petróleo—, aún no ha logrado avances similares en el combate a la DCI. La prevalencia de la DCI es el doble del reportado en América Latina y se ubica como el país con el segundo indicador más alto en la región.

En este período, la reducción de la DCI para menores de 5 años ha sido modesta e incluso ha permanecido estancada en la última década, y la tendencia de este indicador para los menores de 2 años es creciente. Además, las proyecciones sobre la evolución de esta condición en los años afectados por la pandemia (2020 y 2021) sugieren que la prevalencia de la DCI está en aumento. El país registra poco avance para combatir esta condición en la etapa crítica de la infancia, que corresponde a la población menor de 2 años y que, además, representa alrededor del 46 % de los menores de 5 años en esta condición.

La DCI es un fenómeno multicausal y son múltiples los factores que aumentan la probabilidad de padecerla, todos los cuales están presentes en el país. Aunque la falta de ingresos y de alimentación saludable son elementos agravantes de la DCI, no son los únicos factores relevantes que se requiere atender para lograr reducciones sustantivas.

Si bien los niños y las niñas menores de 2 años que viven en hogares con los ingresos más elevados presentan menos riesgo de padecer DCI —en comparación con aquellos que viven en hogares con los ingresos más bajos—, el incremento en los ingresos como apuesta de solución puede ser insuficiente en determinados contextos y

regiones del país. Tampoco es suficiente enfocarse únicamente en la alimentación adecuada, sino también en combinar esfuerzos para garantizar el acceso e inclusión de dietas saludables que estén acordes con la cultura y costumbres de los diversos grupos étnicos que viven en el Ecuador.

Además de los dos factores de riesgo más discutidos, que por intuición suelen posicionarse como los principales (ingresos y alimentación), existen otros que requieren ser atendidos paralelamente y que están claramente identificados en la literatura y evidencia empírica que toma como base la propuesta de Unicef (2013, 2020). Entre ellos, los hallazgos que se presentan en este capítulo señalan que el buen cuidado y las buenas prácticas de las madres en el período de gestación actúan como factores de protección cuando se logra una oferta de servicios de atención médica y controles prenatales continuos y de calidad, especialmente en zonas con alto índice de pobreza y poco acceso a una alimentación saludable.

De igual forma, hay territorios en el país que todavía en la actualidad no cuentan con las obras indispensables para garantizar prácticas sanitarias que permitan reducir el riesgo de padecer DCI. Entre las obras que están ausentes en varias localidades se encuentran el acceso a agua no contaminada, electricidad y condiciones de infraestructura adecuadas en las viviendas.

Finalmente, la presencia de DCI no solo es alta, sino que esta condición está concentrada territorial y étnicamente. La población indígena en Ecuador está más presente en el área rural, en la Sierra y en las provincias centrales de esta región, que son justamente los territorios y la población con mayor presencia de DCI. En particular, los programas de acompañamiento en territorios indígenas son heterogéneos, pocos cuentan con medición de impacto y coinciden en la importancia de crear propuestas con las que las comunidades se sientan identificadas y que estén alineadas con la diversidad cultural del país.

La desnutrición crónica infantil (talla insuficiente para la edad): una de las tres afecciones de la malnutrición

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), la malnutrición se define como una condición en la que existen carencias, excesos o desequilibrios en la ingesta calórica y de nutrientes de una persona. Existen tres tipos de afecciones en el marco de la malnutrición: la desnutrición, la malnutrición relacionada con los micronutrientes y el sobrepeso (o exceso de peso).

La desnutrición se determina cuando se tiene un bajo peso para la edad, bajo peso para la talla o baja talla para la edad. Es decir que hay tres tipos de desnutrición: a) emaciación, que es cuando una persona tiene un peso insuficiente respecto a la talla; b) retraso en el crecimiento o DCI, que surge cuando la talla es insuficiente para la edad, y c) insuficiencia ponderal, que hace referencia a la presencia de un peso insuficiente para la edad.

El segundo tipo de afecciones es la malnutrición relacionada con los micronutrientes, que se produce cuando existen carencias o exceso de micronutrientes (vitaminas o

minerales). La tercera afección es la malnutrición por exceso, como el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación, e incluye enfermedades como las cardiopatías, la diabetes y algunos cánceres.

Estas tres afecciones están presentes en el Ecuador. Según datos de la Ensanut 2018, la DCI afecta al 23 % de los menores de 5 años, mientras que hay un 13,2 % de malnutrición por exceso (8,4 % de sobrepeso y 4,8 % de obesidad). Con respecto a la carencia de micronutrientes, los datos de la Ensanut 2014 indican que existen problemas de deficiencia de zinc y hierro, con una prevalencia de 27,5 % y 25,7 %, respectivamente, en el mismo grupo etario (Freire, 2014).

Para la clasificación de los diferentes tipos de malnutrición y los grados de severidad se utiliza un indicador universal denominado “puntaje z”. El puntaje z es una medida de distancia que muestra cuán alejado se encuentra el puntaje observado en relación con un puntaje de referencia de talla o peso. Tanto el retraso del crecimiento como la emaciación y la insuficiencia ponderal se diagnostican a partir de un puntaje z menor a -2 desviaciones estándar de la mediana, y la referencia usada para la comparación son las curvas de crecimiento infantil de la OMS (1999, 2006).

Estas medidas de referencia pueden ser utilizadas indistintamente en cualquier territorio, puesto que las curvas de crecimiento infantil de la OMS fueron elaboradas a partir de un estudio multicéntrico¹ en el que se recogieron datos de seis países, con características propias de su etnia, cultura y ubicación geográfica. Para la selección de los participantes se consideró un enfoque prescriptivo de crecimiento óptimo, en donde las familias (y niños participantes) debían cumplir las siguientes condiciones de salud: lactancia materna y alimentación complementaria apropiada, inmunizaciones y controles de salud de acuerdo con el esquema de cada localidad, y un entorno libre de contaminación y de tabaco.

Esto demostró que todos los niños menores de 5 años, a pesar de pertenecer a diferentes culturas, etnias y países, tuvieron un crecimiento ponderoestatural² similar. Incluso en poblaciones indígenas —cuando estas presentan idénticas condiciones socioeconómicas y de acceso a salud—, la estatura y el peso son iguales en niños y niñas que viven a mayor o menor altitud, lo cual demuestra que tienen el mismo potencial de crecimiento y no se justifica adoptar un patrón diferente en esta población (OPS, 2012).

Por lo anterior, estas curvas han sido consideradas como estándares de crecimiento y no solo como referencias; en consecuencia, pueden utilizarse en niños menores de 5 años de cualquier parte del mundo, permitiendo un diagnóstico nutricional real en donde el niño exprese todo el potencial genético al ser comparado con niños alimentados al seno materno y en condiciones de salud y ambientales ideales. Con ello, además, no solo se puede vigilar el crecimiento y bienestar de los menores de 5 años, sino también facilitar la evaluación de la pobreza, salud y desarrollo de la población (OMS, 2006).

¹ Estudio que se lleva a cabo en más de una institución desarrollando un protocolo único, en un sistema de coordinación establecido.

² Cuando se habla de peso y talla en conjunto.

Criterios para estimar la desnutrición: la DCI se presenta cuando la talla está dos desviaciones por debajo del puntaje de referencia de talla para la edad

Como se explicó en el apartado anterior, la desnutrición es una de las tres afecciones de la malnutrición, pero también dentro de la desnutrición se pueden identificar tres condiciones: emaciación, insuficiencia ponderal y DCI. A la vez, cada una de ellas se distinguen entre moderada y severa, lo que se determina utilizando como indicador las desviaciones estándar de esta medida en relación con la mediana. Esta medida se conoce como "puntaje z" (ver el cuadro 1 y el recuadro 1). La DCI moderada se diagnostica cuando los menores de 5 años tienen entre -2 a -3 desviaciones estándar por debajo de la mediana, mientras que la severa se presenta cuando el puntaje z está por debajo de -3 desviaciones estándar (Lama, 2018).

La OMS ha hecho énfasis en el uso del retraso en el crecimiento como indicador principal para medir la DCI (Unicef, 2013), considerando que la generalidad de los países de las Américas tiene prevalencias muy elevadas de retraso en el crecimiento y prevalencias bajas de emaciación. Además, el retraso en el crecimiento es un indicador antropométrico de fácil medición y es el más apropiado para establecer la magnitud de la desnutrición (OPS, 1998). Por tal motivo, las fichas metodológicas estándar a nivel internacional para medir los indicadores de los ODS señalan al retraso en el crecimiento como el indicador recomendado para medir la DCI (UNSD, 2018). Esta metodología de carácter internacional también se aplica para establecer las cifras oficiales de desnutrición en el Ecuador.

Cuadro 1. Criterios para estimar la desnutrición

TIPO	DEFINICIÓN	GRADO	PUNTOS DE CORTE (DESVIACIÓN ESTÁNDAR)
Emaciación	Insuficiencia de peso respecto de la talla	Moderado	Menor o igual a -2 y mayor a -3 desviaciones estándar, o perímetro braquial inferior a 12,5 cm
		Severo	Menor o igual a -3 desviaciones estándar Perímetro braquial inferior a 11,5 cm
Insuficiencia ponderal	Peso insuficiente respecto de la edad	Moderado	Menor o igual a -2 y mayor a -3 desviaciones estándar
		Severo	Menor o igual a -3 desviaciones estándar
DCI o retraso del crecimiento	Talla insuficiente respecto de la edad	Moderado	Menor o igual a -2 y mayor a -3 desviaciones estándar
		Severo	Menor o igual a -3 desviaciones estándar

Fuente: Carrera (2022), con información de OPS (1998) y Unicef (2013).

En el Ecuador, estas tres afectaciones están presentes. Según datos de la Ensanut 2018, la emaciación afecta al 3,7 % de los niños menores de 5 años, la DCI afecta al 23 % y la insuficiencia ponderal es del 5,2 % en este grupo de población.

Recuadro 1.

Emaciación e insuficiencia ponderal

- **Emaciación:** se refiere a la insuficiencia de peso respecto de la talla. Suele indicar una pérdida de peso reciente y aguda debido a que la persona no ha comido lo suficiente y/o a que tiene una enfermedad infecciosa, como la diarrea, que le ha provocado la pérdida de peso reciente. Un niño pequeño que presente una emaciación moderada o grave tiene un riesgo más alto de morir, pero es posible proporcionarle tratamiento (OMS, 2021).

La OMS clasifica la emaciación infantil como grave o moderada en función de los patrones de crecimiento relativos al peso en relación con la estatura (WHO, 2006). Dada la dificultad para la medición exacta del peso y la estatura en contextos de emergencia y hambrunas, el perímetro braquial, correspondiente a la medida de la circunferencia media del brazo, se utiliza como un índice del estado nutricional (Mei, Grummer-Strawn, Onis de y Yip, 1998).

- **Insuficiencia ponderal:** ocurre cuando los niños o niñas pesan menos de lo que corresponde a su edad. Un niño con insuficiencia ponderal o bajo peso puede presentar a la vez retraso del crecimiento y/o emaciación (OMS, 2021).

Es importante también tener en cuenta el indicador de bajo peso al nacer, que se evidencia cuando el niño nace con un peso menor a 2500 gramos (Unicef, 2013).

En todo el mundo hay 170 millones de niños con insuficiencia ponderal, de los que 3 millones morirán cada año como consecuencia de su peso escaso (OMS, s. f.).

Se debe destacar que un niño con DCI no necesariamente estará emaciado y a simple vista se ve normal. Y un niño emaciado puede tener una talla normal, pero también se pueden encontrar muchas veces dos o tres de los indicadores alterados con valores bajo -2 desviaciones estándar.

Cualquiera de las tres formas anteriores de desnutrición se puede deber a etiologías³ u orígenes diferentes. Así, la desnutrición también se puede clasificar como:

- **Primaria:** llamada también "desnutrición carencial", se debe a una ingesta insuficiente, inadecuada, desequilibrada o incompleta de nutrientes debido a la pobreza o al desconocimiento, que es la principal causa de la DCI.
- **Secundaria:** desnutrición debida a enfermedades o alteraciones patológicas que dificultan la ingestión, absorción, transporte o utilización de nutrientes, o que condicionan una mayor pérdida de estos. Esta forma es menos frecuente y se caracteriza porque mejora cuando pasa la enfermedad.

Cuando ambas formas de origen se encuentran en un niño con DCI, por ejemplo, enfermedad pulmonar y bajo nivel socioeconómico, se dice que la desnutrición es de origen mixto.

³ Parte de la medicina que estudia el origen o las causas de las enfermedades.

Específicamente, la DCI no se presenta en forma aguda, sino que se manifiesta cuando los niños han sufrido durante algún tiempo anterior de carencias o condiciones adversas. Antes de su aparición, el organismo responde activando mecanismos de compensación que tienden a restaurar el equilibrio perdido.

Estos mecanismos de compensación en el organismo se encuentran en constante funcionamiento y permiten mantenerlo cuando comienzan las deficiencias. Sin embargo, hay un límite que, al ser superado, produce alteraciones que llevan a cambios y modificación de la composición y del tamaño corporal.

Los mecanismos de compensación comprenden dos procesos: la acomodación y la adaptación. El primero se expresa en el organismo aumentando la eficacia de la absorción, utilización y movilización de los depósitos corporales y la excreción de los nutrientes. Estos procesos se encuentran dentro de la normalidad del metabolismo, por tanto, son reversibles, pero silenciosos desde el punto de vista clínico, y solo se pueden detectar por medio de pruebas funcionales o bioquímicas.

El segundo, la adaptación, se pone en funcionamiento cuando los procesos de acomodación fueron superados por la persistencia del proceso carencial. En este período se comienzan a sacrificar estructuras corporales en beneficio de funciones prioritarias para la supervivencia.

Por lo tanto, a partir de los mecanismos de adaptación y compensación se puede evaluar en forma aproximada el tiempo de evolución de la carencia nutricional, ya que la desnutrición y el compromiso antropométrico (bajo peso, primero, y baja talla, después) tienen un orden previsible. Por ejemplo, si un niño o una niña tiene disminuidos el peso y los pliegues cutáneos⁴ en relación con su edad, pero tiene estatura normal, se puede deducir que tuvo un problema nutricional de corto tiempo. Sin embargo, si hay detención en la talla, se puede pensar que su carencia es de larga data o crónica.

Por qué enfocarnos en la DCI en menores de 2 años

Según datos del Banco Mundial, la DCI afecta a aproximadamente 156 millones de niños y niñas en todo el mundo. Aunque las metas planteadas se enfocan en menores de 5 años, todas las estrategias están dirigidas a los dos primeros años. Aquello supone poner énfasis en los primeros 1000 días desde la gestación, lo que les permite estar protegidos hasta los 5 años de vida (Unicef, 2021). Esto debido a que el retraso del crecimiento anterior a los 2 años de edad es un factor predictivo de peores resultados cognitivos y de aprendizaje en las etapas posteriores de la infancia y la adolescencia y tiene consecuencias económicas y educativas importantes para los individuos, hogares y comunidades (OMS, 2017).

Según la búsqueda de evidencias realizada por Carrera (2022), los primeros 1000 días de vida, desde la concepción hasta que el niño o la niña cumplen 2 años, es un período de oportunidad único en el que se establecen las bases para la buena salud, el crecimiento y el desarrollo cognitivo y social a lo largo de la vida (Unicef, 2013).

⁴ El pliegue cutáneo mide indirectamente el grosor del tejido adiposo subcutáneo.

Durante los primeros 1000 días de vida se forma más del 80 % del cerebro y la mayor parte de los órganos y tejidos; por tanto, se desarrolla el potencial físico e intelectual de cada persona.

Durante el embarazo, la madre transmite todos los nutrientes necesarios para el desarrollo fetal a través de la placenta, por lo que aumentan sus necesidades de energía, proteínas, vitaminas y minerales (López Robles, González Hernández, y Prado López, 2019).

Durante los primeros 1000 días de vida se forma más del 80 % del cerebro y la mayor parte de los órganos y tejidos; por tanto, se desarrolla el potencial físico e intelectual de cada persona (Unicef, s. f.). Además, se fortalece la microbiota intestinal, la cual contribuye a la función y al desarrollo del sistema inmune del niño o niña (Moreno et al., 2019). Alteraciones en el crecimiento durante los primeros 1000 días pueden ser causa de enfermedades futuras como la diabetes, la intolerancia a la glucosa y la hipertensión arterial sistémica (Pantoja, 2015).

Como se mencionó anteriormente, hasta los 2 años el cerebro es uno de los órganos que más rápido crece y, por tanto, es una oportunidad decisiva y única de influir en su desarrollo. A esta edad, las conexiones neuronales se establecen a una rapidez de más de un millón cada segundo, velocidad que no volverá a repetirse en la vida. Esto establece y afecta profundamente el desarrollo cognitivo, social y emocional del niño, lo que repercute en su capacidad para aprender, resolver problemas y relacionarse con los demás. En este proceso influyen varios factores, como los genes y las experiencias (buena nutrición, protección y estimulación, comunicación, juego, buena atención de sus cuidadores), que combinados establecen las bases para el futuro de las personas (Unicef, 2017).

Por otra parte, si un niño o niña tiene una restricción durante un período definido, la repercusión antropométrica será muy diferente según la edad en que se produzca. Por ejemplo, si un niño o niña de 5 meses y un niño o niña mayor de 5 años detienen su crecimiento durante igual período de tiempo, el de 5 meses se alejará más de la curva de crecimiento normal que el de 5 años debido a que la velocidad de crecimiento es mucho mayor en la etapa neonatal (Roggiero y Di Sanzo, 2007).

Es importante resaltar dos particularidades sobre los primeros 1000 días. La primera es que en esta etapa etaria los menores responden mejor a intervenciones nutricionales en comparación con los logros que se obtienen cuando estas se realizan en niños y niñas de más edad (OPS, 1998). La segunda es que la velocidad de crecimiento de un niño o niña no es la misma durante toda la infancia, por tanto, las repercusiones antropométricas originadas por carencias nutricionales difieren según la edad.

Por ello es que se ha definido a los dos primeros años (1000 días) como los más críticos, ya que es cuando el niño tiene un crecimiento en talla y composición corporal acelerado y un desarrollo de diferentes órganos y sistemas que le darán la madurez funcional y fisiológica adecuada para el resto de la vida.

La repercusión o deterioro antropométrico es la principal forma de medir la deficiencia nutricional, la cual se manifiesta de forma diferente según la edad en que se

presente. Para mostrar este fenómeno, en el cuadro 2 se muestran ocho meses de detención del crecimiento en distintos momentos de la infancia: a los 4 meses y a los 4, 10, 14 y 17 años. En cada caso, la repercusión clínica, las secuelas a largo plazo, el tiempo de repercusión y el tratamiento serán diferentes.

A medida que tienen mayor edad, el crecimiento compensatorio (*catch-up*) es mayor en los períodos de crecimiento acelerado, es decir, en los primeros años de vida y en la etapa puberal. Por tanto, a pesar de que un niño tenga el mismo tiempo o período de restricción nutricional, la afectación antropométrica es diferente de acuerdo a la edad, siendo más grave el problema mientras menos edad tenga. Se observa en el cuadro que el niño o niña de 4 meses es quién porcentualmente sufre de mayor diferencia de peso en comparación con los de mayor edad. Esto provoca un deterioro más rápido de los componentes corporales y también repercute en la talla. Con esto se puede deducir que en la desnutrición crónica hay una secuencia de deterioro ordenado progresivo y previsible característico, que la diferencia de los otros tipos de desnutrición.

Cuadro 2: Repercusión (en porcentaje de pérdida de peso) de ocho meses de estancamiento ponderal en cinco momentos de la vida

	EDAD DE ESTANCAMIENTO	PESO ESTANCADO (KG)	PESO DE LA MEDIANA (KG)	DIFERENCIA (KG)	DIFERENCIA (%)
Caso A	4 a 12 meses	6,5	10	-3,5	-53,8
Caso B	4 años a 4 años 8 meses	17	18	-1	-5,9
Caso C	10 años 4 meses a 11 años	34	37	-3	-8,8
Caso D	14 años 4 meses a 15 años	50	51	-1	-2
Caso E	17 años 4 meses a 18 años	53	53,5	-0,5	-0,9

Fuente: Roggiero y Di Sanzo (2007).

En el Ecuador, atender la DCI en los primeros 1000 días es trascendental. Según Galárraga (2022), en 2018 casi la mitad de los menores de 5 años que padecen DCI tenía 2 años o menos, valor que creció en relación con la Ensanut 2012, en la cual este grupo de edad representaba menos del 40 %. Es decir que casi la mitad (46,1%) de los menores de 5 años con DCI en Ecuador se encuentra dentro de la llamada "ventana de oportunidad". Sin embargo, la prevalencia de DCI en este grupo etario está en aumento, como se detalla en el gráfico 3.



Para más información sobre nutrición, primera infancia y desarrollo integral: desnutrición crónica infantil, véase Carrera, 2022, en <https://observatoriodenutricion.com/>.

La DCI tiene consecuencias irreversibles que limitan el desarrollo integral de niños y niñas

La DCI es un problema de salud pública que tiene graves efectos a corto, mediano y largo plazo en el ciclo de vida de los individuos y en general en la sociedad. A menudo se inicia en el período fetal y su principal consecuencia es que puede continuar en la adolescencia y adultez. Así también, la desnutrición en la niñez, la adolescencia y el embarazo tiene un efecto añadido negativo que impacta en el bajo peso al nacer y, por consiguiente, se relaciona con mayor riesgo de muerte neonatal. Si superan esta etapa crítica, los niños crecerán desnutridos y con diversas deficiencias durante toda la vida.

Se pueden identificar efectos adversos permanentes de la DCI en el ciclo de vida de las personas. En la primera infancia, la DCI genera efectos negativos en la salud, el desarrollo cognitivo y social: si un niño padece desnutrición crónica, experimentará un retraso de crecimiento cerebral que disminuirá su desarrollo y rendimiento cognitivo y su desempeño social y académico de manera permanente. Según los datos de la Ensanut 2018, los niños y las niñas que tienen DCI presentan un rezago de seis meses en lenguaje en comparación con menores que no presentan esta condición (INEC, 2022). Además, los menores con desnutrición corren un mayor riesgo de muerte por enfermedades como la diarrea, el sarampión, la neumonía y la malaria (Black et al., 2013; Caulfield et al., 2004). Un niño o una niña con retraso grave en el crecimiento tiene un riesgo cuatro veces mayor de morir (Black et al., 2008). Esto significa que la desnutrición crónica aumenta la probabilidad de patologías que pueden llegar a ser irreversibles (Ruiz Valiente et al., 2015; Cusick y Georgieff, 2016; Rosales et al., 2009).

Durante la edad escolar, los niños y las niñas que han sufrido DCI presentan un menor rendimiento cognitivo y académico, se vuelve más difícil estudiar y la asistencia a clases disminuirá, aumentando la probabilidad de deserción escolar (Crosby et al., 2013). En la adolescencia se presentan consecuencias psicológicas (ansiedad, síntomas depresivos y baja autoestima), además de una capacidad física reducida. En caso de existir embarazo adolescente, afecta al desarrollo de su hijo, incluido el desarrollo del metabolismo, y se desencadena un ciclo intergeneracional de malnutrición (Ortiz-Andrellucchi y Serra-Majem, 2007). En la edad adulta, estos niños y niñas continuarán experimentando efectos fisiológicos y propensión a enfermedades crónicas; dificultades de adaptación social; deficiencias en su capacidad cognitiva, lo que significará menos años de escolaridad y baja productividad laboral y, por tanto, menores ingresos y una mayor probabilidad de vivir en condiciones de pobreza. Como resultado, se incrementa la probabilidad de que sus hijos también padezcan alguna forma de desnutrición (Cunha y Heckman, 2007; Unicef, 2019).

Por último, la desnutrición también tiene efectos negativos en las finanzas de los hogares y de los países. A nivel familiar, si el niño está mal alimentado, se tendrá que gastar más recursos en servicios de salud, como diagnóstico, tratamiento y control, ya que una nutrición deficiente también lleva a sufrir otras enfermedades

(Fernández et al., 2017). Por otro lado, el Estado deberá incrementar su inversión en sistemas de salud para combatir la desnutrición. Con respecto a los gastos educativos, a causa de una nutrición deficiente las familias deberán destinar más recursos a la educación de sus hijos, ya que necesitan insumos adicionales porque poseen una menor capacidad de aprendizaje. El Estado también deberá aumentar la inversión en los sistemas educativos debido a que un niño mal alimentado es más propenso a repetir el curso y “la repitencia de uno o más años aumenta (...) los consiguientes costos extras en infraestructura, equipamiento, recursos humanos e insumos educativos” (Fernández et al., 2017: 38).

De acuerdo con un estudio de la CEPAL, en el año 2017, en Ecuador el costo estimado de la malnutrición representaba un 4,3 % del PIB, del cual el 60 % se debía a la DCI (Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil, 2021). Por ello, se concluye que la DCI genera costos adicionales, sobre todo en salud y educación, lo que limita la capacidad de los hogares y países para desarrollarse y prosperar.

Ecuador tiene una de las cifras más altas de DCI de Latinoamérica y la prevalencia es mayor en los menores de 2 años

Ecuador inició el siglo XXI con las tasas más altas de DCI de América Latina y aunque durante la primera década mantuvo una tendencia a la baja, no fue suficiente para cambiar su posición. Veinte años después, sigue ubicado como el segundo país de la región con la prevalencia más alta de este indicador, tanto para menores de 5 años como para los niños y las niñas que tienen menos de 2 años (ver el gráfico 1).

Las cifras oficiales más actuales para el Ecuador (2018) registran que en el país la prevalencia de la DCI en menores de 5 años fue de 23 % y para menores de 2 años es de 27,2 %. En el primer caso, este indicador es casi el doble del reportado en la región latinoamericana (11,6 %) y para los menores de 2 años solo es superado por Guatemala (41,7 %).

Tungurahua, Chimborazo y Santa Elena tienen prevalencias similares o incluso mayores a las reportadas por los países con mayor DCI a nivel mundial.

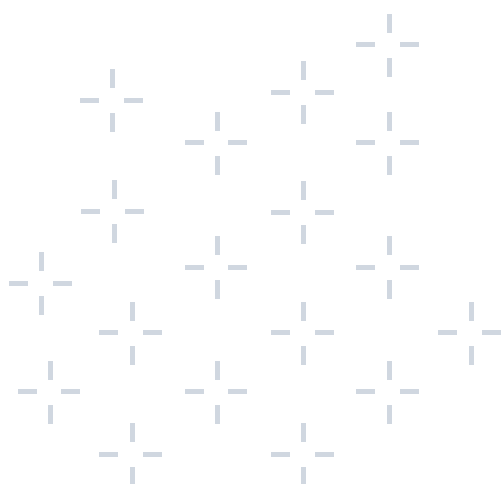
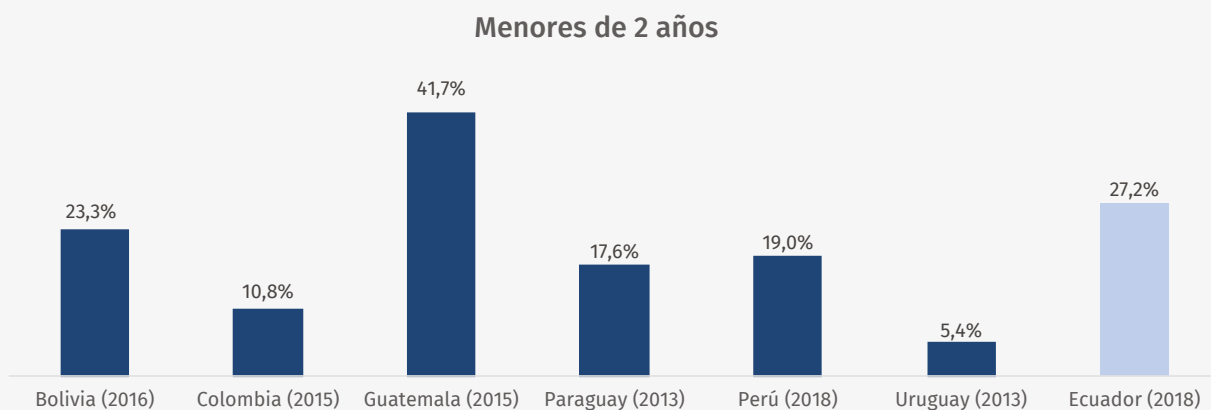
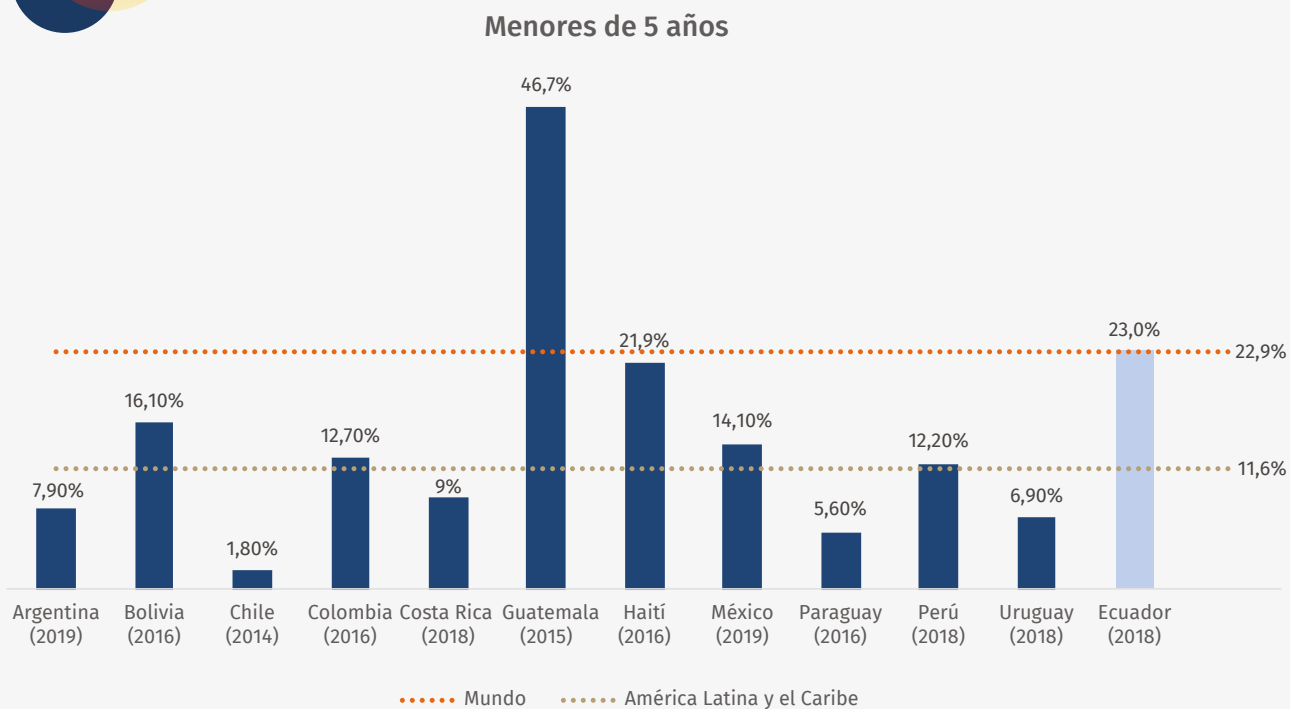




Gráfico 1. Prevalencia de DCI en menores de 5 y 2 años

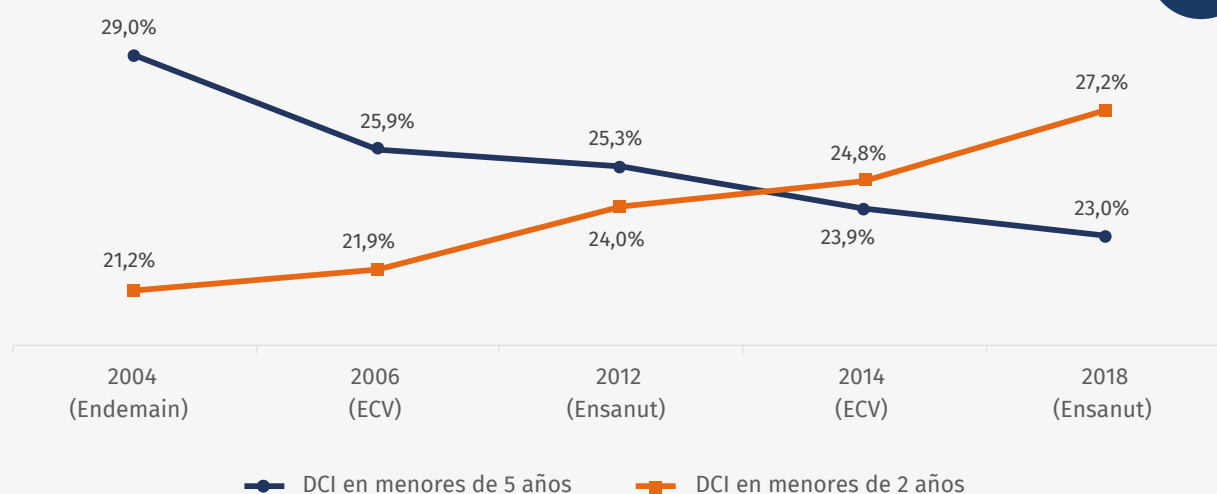


Fuente: Galárraga (2022). Los datos para menores de 5 años son de Unicef, OMS, Banco Mundial, estimaciones conjuntas de desnutrición, edición de abril de 2021. Los datos para menores de 2 años son de: Bolivia: Instituto Nacional de Estadísticas (INE); Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social (Ensin 2015); Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (ENSMI 2014-2015); Paraguay: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; Perú: Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI), Encuesta Demográfica y de Salud Familiar; Uruguay: Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud (ENDIS).

En Ecuador no existen indicadores anuales que permitan dar seguimiento a la evolución de la DCI. Sin embargo, las cifras disponibles muestran que el país no solo tiene la tasa más alta, sino que los esfuerzos por contenerla no se reflejan en avances sustantivos, pues los indicadores no experimentan mejoras. Durante la última década, la tendencia de la prevalencia de DCI en menores de 5 años registra un estancamiento y para los niños y niñas menores de 2 años es creciente.

En el año 2004, la prevalencia de DCI en los menores de 5 años fue del 29 %, en tanto que las dos últimas mediciones (2014 y 2018) registran valores de 23,9 % y 23 %, respectivamente. En cuanto al grupo de menores de 2 años, este indicador empezó con un valor del 21,2 % (2004) y aumentó al 27,1 % en 2018 (ver el gráfico 2). Según las cifras del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), estos valores, en términos absolutos, muestran que el país tiene 364.127 menores de 5 años con esta condición. De ellos, 168.026 tienen menos de 2 años. Esto significa que el 46,1 % de menores de 5 años con DCI en Ecuador se encuentra dentro de la llamada "ventana de oportunidad".

Gráfico 2. Evolución de la prevalencia de DCI en menores de 5 y 2 años



Nota: para menores de 2 y 5 años, entre la ECV 2014 y Ensanut 2018 no existe una diferencia significativa en la prevalencia.

Fuente: Galárraga (2022), con datos de INEC, Endemain 2004, ECV 2006 y 2014, Ensanut 2014 y 2018.

La OMS establece una escala de clasificación para jerarquizar la importancia de la presencia de DCI como un problema de salud pública (Onis de et al., 2019). Según esta escala (ver el cuadro 3), Ecuador presentaba tanto a inicios del presente siglo como en la actualidad un resultado clasificado como alto, es decir que la DCI está catalogada como un problema de salud pública de alta importancia.

El estancamiento del Ecuador en este indicador es contrario a los avances registrados en países vecinos que a principios del siglo XXI tenían condiciones similares, como es el caso del Perú. Ambos países llegaron a este siglo con una prevalencia de DCI que rondaba el 30 %, tenían un poder adquisitivo similar⁵ de alrededor de 5500 dólares y sus economías crecieron, en estos 20 años, a una tasa promedio de alrededor del 4 %. Sin embargo, según la escala de clasificación de la OMS arriba señalada, Perú pasó de estar en un nivel alto a uno medio (la prevalencia bajó al 12,2 %), mientras que Ecuador permanece en el nivel alto (se mantiene por encima del 20 %).

Cuadro 3. Escala de clasificación de la OMS para determinar la importancia de la DCI como problema de salud pública

CLASIFICACIÓN	PREVALENCIA DE DCI
Muy alta	Mayor o igual al 30 %
Alta	Entre 20 % y menos de 30 %
Media	Entre 10 % y menos de 20 %
Baja	Entre 2,5 % y menos de 10 %
Muy baja	Menos de 2,5 %

Fuente: Onis de et al. (2019).

Si bien Ecuador no cuenta con cifras oficiales de seguimiento continuo de la DCI, Cando y Tamayo (2022) realizan un ejercicio de proyección de la prevalencia de DCI para el año 2021. Los autores comparan las estimaciones realizadas con la Enemdu 2018 y los datos oficiales de la Ensanut 2018 (ver el recuadro 2).

⁵ Medido por el PIB per cápita con paridad de poder adquisitivo (Banco Mundial).

Recuadro 2.

Ejercicios de proyección de la DCI para el año 2021 en Ecuador

Las proyecciones estimadas por Cando y Tamayo (2022) para el año 2021 sugieren que la situación empeoró: la DCI estimada para menores de 5 años es de 26,1 %, lo que representa un aumento de 3,1 puntos porcentuales frente al 2018 y un retroceso de 10 años. Para menores de 2 años, los resultados son aún menos alentadores, ya que se estima una prevalencia del 31,4 %, es decir, 4,2 puntos porcentuales por encima de los reportados en 2018 (ver el gráfico 3). Es importante aclarar que si bien este aumento se estima en el peor año de pandemia de la COVID-19, no es posible afirmar cuánto del aumento responde a esta coyuntura y cuánto a otros factores.

Los resultados obtenidos son valores muy similares. Según la cifra oficial, la DCI en 2018 para menores de 5 años fue de 23 % y la estimación con la Enemdu da un valor de 23,8 %. Para menores de 2 años, el valor oficial y el estimado también son cercanos (27,2 % y 27,8 %, respectivamente), lo que asegura una estimación confiable, además de demostrar con pruebas estadísticas la validez del modelo empleado.

El ejercicio de estimación realizado por Cando y Tamayo (2022)⁶ utilizó datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) del año 2018 y las encuestas de Empleo, Desempleo y Subempleo (Enemdu).⁷

⁶ Para abordar el problema de información faltante del 2021 se exploraron los enfoques de "imputación" y "predicción", que cuentan con varias experiencias en la literatura y en países en vías de desarrollo (Newhouse y Vyas, 2019; Mathiassen y Getz Wold, 2021). Para la imputación aplicada al caso de la desnutrición crónica se utilizó el método "predictive mean matching" (PMM). Para el enfoque de predicción se utilizaron técnicas de "machine learning" de clasificación supervisada. Esta aproximación metodológica tuvo como objetivo "aprender" patrones o tendencias existentes en un conjunto de información para realizar clasificaciones o predicciones (James, G. et al., 2013).

⁷ Se usaron las encuestas a junio y para el uso simultáneo de estas encuestas se implementó un proceso de homologación de las preguntas en común.



Para más información sobre estimación de la prevalencia de la desnutrición crónica infantil (DCI) 2021, véase Cando y Tamayo, 2022, en <https://observatoriodenutricion.com/>

Gráfico 3. Estimación de la prevalencia de la DCI para los años 2018 y 2021



Fuente: Cando y Tamayo (2022), con datos de la Ensanut 2018 y la Enemdu 2018 y 2021.

Fuente: Cando y Tamayo (2022).

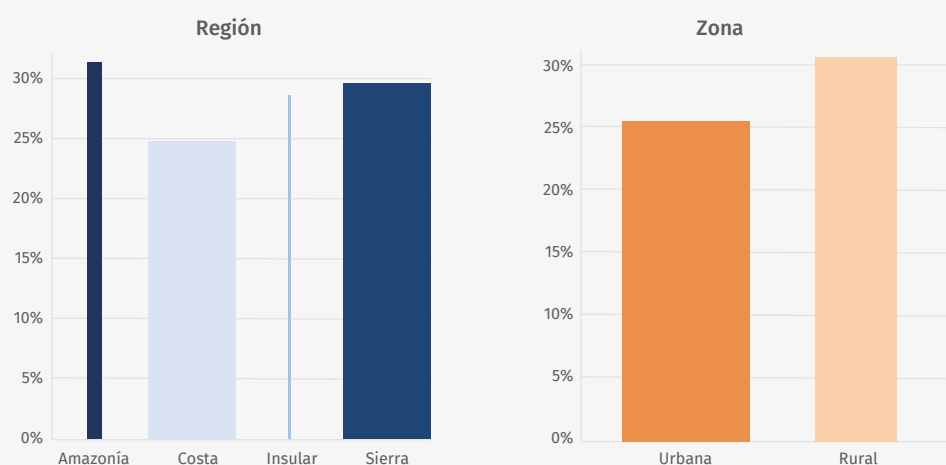
Los resultados reportados, tanto de las cifras oficiales como de los ejercicios de estimación, sugieren la necesidad de redoblar esfuerzos para alcanzar la meta de bajar 6 puntos la DCI, como se plantea en la Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil.

La DCI está territorialmente concentrada

La DCI está presente en todo el territorio nacional, pero con una mayor prevalencia en las zonas rurales y en la Amazonía (ver el gráfico 4). Galárraga (2022) encuentra que la prevalencia de la DCI en la zona rural asciende al 30,6 % y en la Amazonía es del 31,4 %. Es importante considerar que el indicador de prevalencia toma en cuenta el porcentaje de menores con DCI en relación con el total de menores de la localidad analizada; es decir que una localidad puede tener mayor incidencia de DCI, pero no necesariamente concentra la mayor cantidad de menores en esa condición. Por ejemplo, en la zona rural la prevalencia es mayor en porcentaje, pero el total de niños y niñas con esta condición (65.263) es inferior al total de niños y niñas de la zona urbana (102.613). Esto quiere decir que, si bien la incidencia es mayor en la zona rural, la DCI tiene mayormente rostro urbano, pues la mayoría absoluta de menores está en esta área.

Lo mismo sucede según región: si bien la prevalencia más alta está en la Amazonía, pues proporcionalmente hay más niños y niñas con DCI, el total absoluto de menores con DCI está en su mayoría en la Sierra. En la primera región hay alrededor de 12.769 menores con esta condición, mientras que en la Sierra este total es mayor a 77.000. Es importante realizar esta aclaración, puesto que las acciones de combate a la DCI en zonas con alta incidencia posiblemente no reflejen, en términos absolutos, una caída importante de menores con esta condición. A lo anterior se suma que la asignación de recursos de nutrición per cápita sigue desfavoreciendo predominantemente a la Sierra y Amazonía, como se analiza en detalle en el capítulo 3 de este informe.

Gráfico 4. Prevalencia de DCI en menores de 2 años, según región y zona



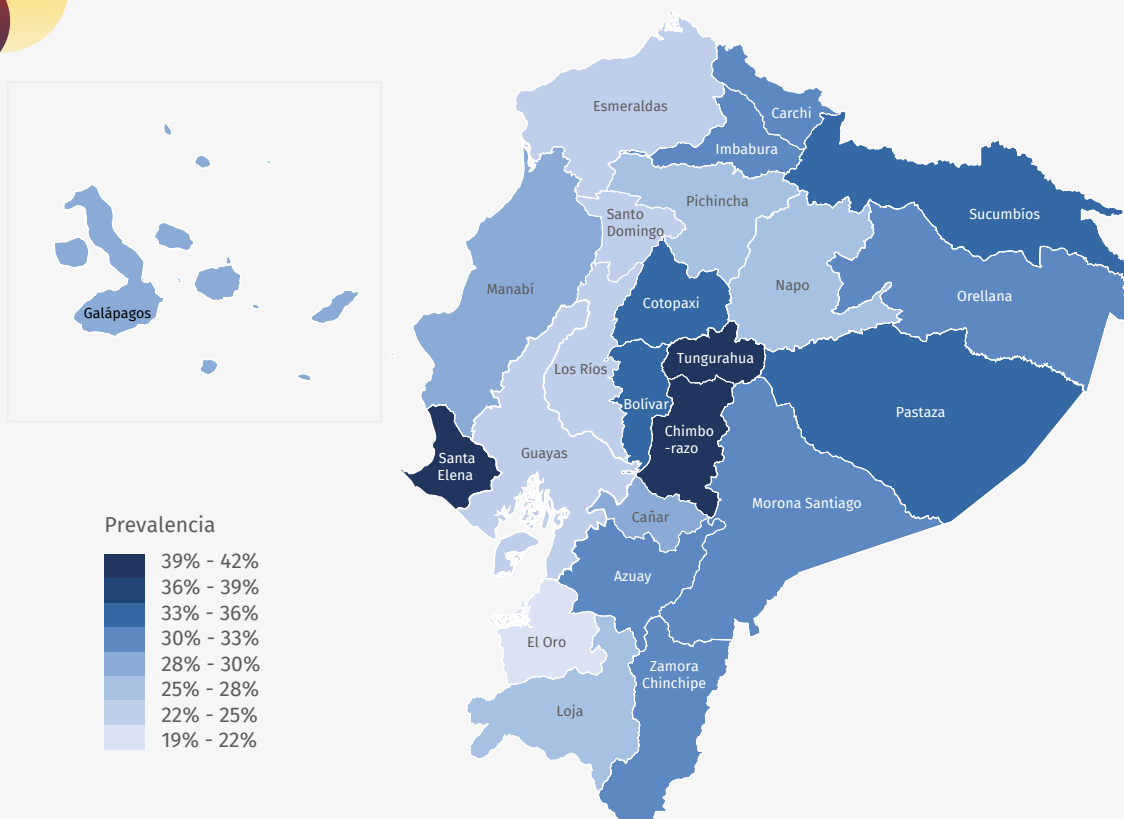
Nota: el tamaño de las columnas representa el total absoluto de menores con DCI.

Fuente: elaboración propia con datos de la Ensanut 2018 y Galárraga (2022).

Según provincias, también resaltan algunas que tienen una prevalencia de DCI elevada, pero que en términos absolutos no necesariamente concentran a la mayoría de los menores con esta condición. En el país, 16 de las 24 provincias mantienen prevalencias mayores a la media nacional. En orden jerárquico, Tungurahua es la provincia que presenta la mayor prevalencia de DCI a nivel nacional, con 41,3 % (7 073 menores), seguida de Chimborazo, con 39,4 % (7 229 menores), y Santa Elena, con 39,3 % (6 679 menores). Los niveles de prevalencia en estas provincias son similares y en algunos casos mayores a las reportadas por los países con mayor DCI a nivel mundial como, por ejemplo, Madagascar (41,6 %), Malawi (39 %), Afganistán (38,2 %), Pakistán (37,6 %) y Nigeria (36,8 %).

Por el contrario, la provincia con menor prevalencia de DCI en menores de 2 años es El Oro, con 19,8 %, precedida por Guayas, con 22,5 %, y Esmeraldas, con 22,7 %. Sin embargo, en términos absolutos las provincias que concentran la mayor cantidad de niños y niñas con DCI son: Guayas (32 817), seguida de Pichincha (26 737) y Manabí (17 474). El contraste entre las provincias con mayor prevalencia y las que tienen una mayor concentración en términos absolutos se ilustra en los mapas 1 y 2.⁸

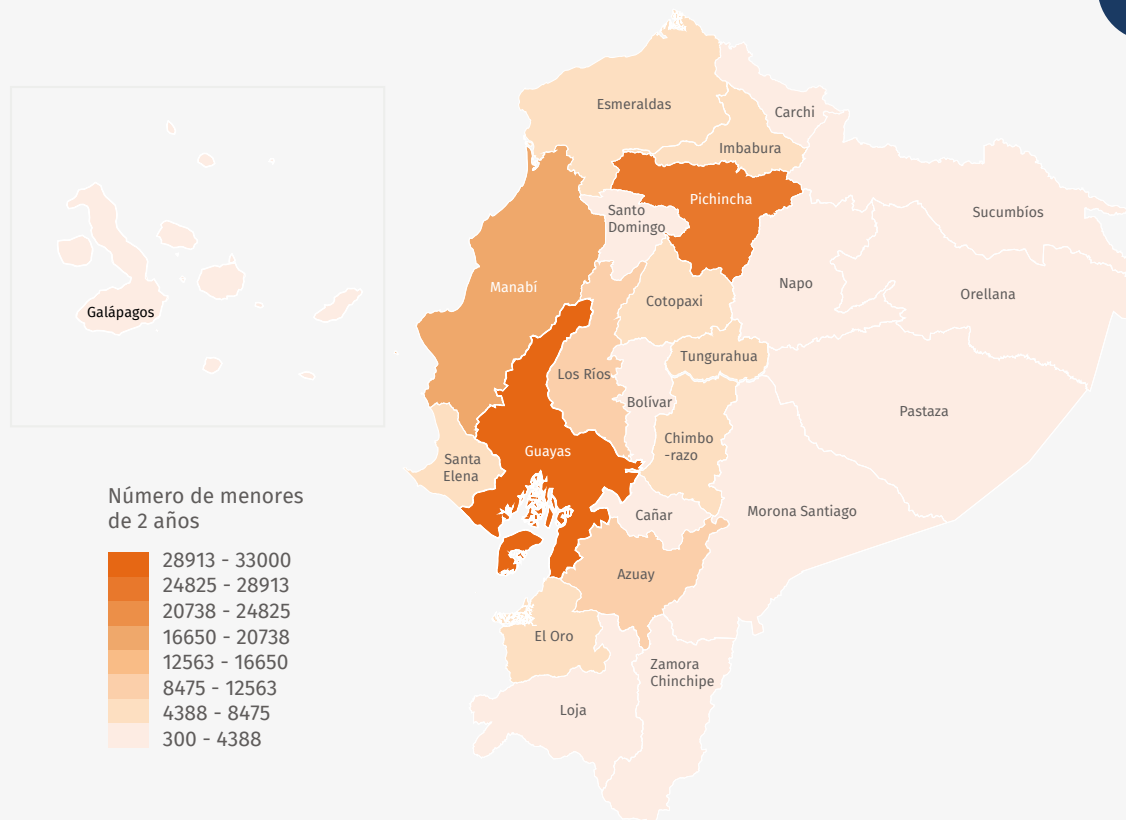
Mapa 1. Prevalencia de DCI, según provincia



Fuente: Galárraga (2022), con información de la Ensanut 2018.

⁸ Es necesario aclarar que los datos calculados sobre las diferencias de prevalencias entre provincias deben ser interpretados con cautela, ya que los datos provienen de una muestra y las estimaciones de las prevalencias provinciales pueden ser estadísticamente similares. Para más detalle ver Galárraga, 2022.

Mapa 2. Cantidad de niños y niñas menores de 2 años con DCI



Fuente: Galárraga (2022), con información de la Ensanut 2018.

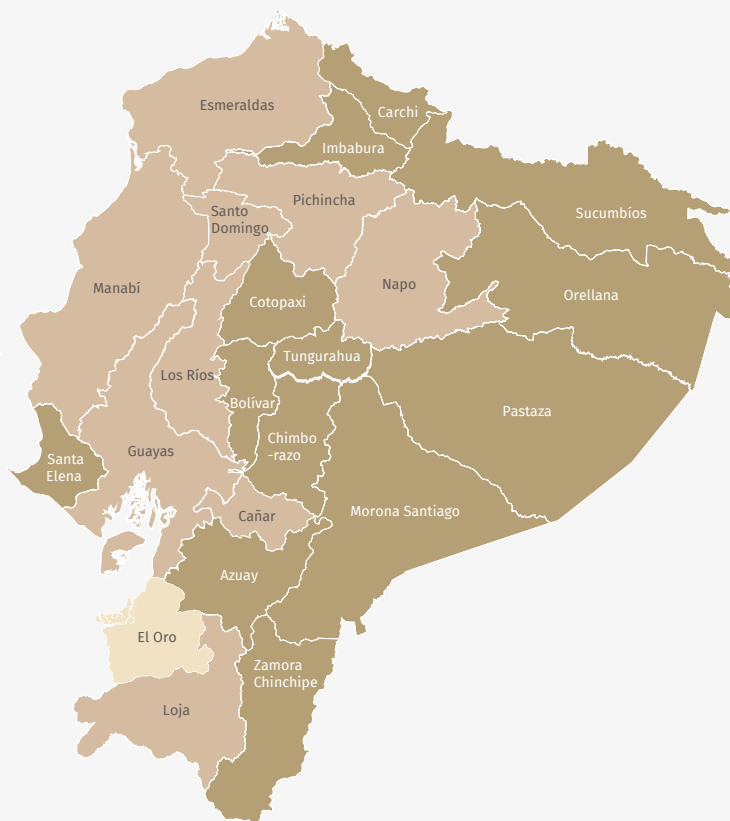
Conforme a la clasificación adoptada por la OMS, 12 de las 24 provincias presentan niveles muy altos de DCI en menores de 2 años,⁹ 10 provincias se encuentran en el nivel alto y solo una provincia (El Oro) presenta una prevalencia de nivel medio. En las doce provincias con muy alta prevalencia se localiza el 34,6 % de los niños y niñas con DCI, y en las provincias con prevalencia alta y media se concentra el restante 63,7 % y 2,7 %, respectivamente (ver el mapa 3). Si bien la reducción de la DCI es considerada prioritaria y ha recibido mayores recursos en los dos últimos años, el destino de estos Recursos no se ha focalizado en las provincias con mayor prevalencia, como se analiza en detalle en el capítulo 3 de este reporte.

⁹ Se excluye Azuay del análisis porque su dato no es estadísticamente representativo.

Mapa 3. Prevalencia de DCI según clasificación de importancia para la salud pública



Importancia	
Muy alto	30% a <100%
Alto	20% a <30%
Medio	10% a <20%
Bajo	2,5% a <10%
Muy bajo	0% a <2,5%



Nota: los datos provinciales tienen intervalos de confianza que se cruzan entre niveles y son mayores que las cifras nacionales, por lo que no se tomó el valor puntual para clasificarlo en un nivel, sino aquel nivel que tiene más peso dentro del intervalo de confianza de la prevalencia calculada, lo que toma en cuenta que una mayor cantidad de población con DCI se encuentra en ese nivel. Para más detalle, ver Galárraga (2022).

Fuente: Galárraga (2022), con información de la Ensanut 2018 y clasificación de Onis de et al., (2019).

La desnutrición infantil no es solo el producto de una insuficiente ingesta alimentaria sino el resultado de una combinación de factores socio-ambientales

El carácter multicausal de la DCI plantea desafíos para combatirla, puesto que no debe pensarse exclusivamente desde lo nutricional, sino que debe darse un abordaje multidisciplinario dirigido a mejorar las condiciones de saneamiento ambiental, extrema pobreza, nivel educativo, acceso a experiencias de aprendizaje temprano, calidad de las viviendas y desigualdades sociales. Según la OMS, la desnutrición

tiene causas directas, como una carencia alimentaria, ya sea del infante o de la madre, prácticas inadecuadas de lactancia materna, acceso inadecuado e insuficiente a alimentos seguros, e infecciones o enfermedades, pero también tiene causas que abarcan un conjunto extenso de áreas que impactan el desarrollo humano, como la educación, cultura, gobernanza, infraestructura, cuidado cariñoso y sensible.

Este carácter multicausal ha sido contemplado en las estrategias internacionales de combate a la DCI. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef, 2020) y la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) desarrollaron en 1990 un marco conceptual integral para orientar el diseño de las políticas y acciones que permitan combatir la DCI. En este diseño, las causas de la DCI se clasifican en tres grupos, los cuales deben ser jerarquizados para poder implementar acciones y políticas sostenibles en el tiempo: a) causas inmediatas, que incluyen la salud y nutrición de la madre, prácticas inadecuadas de lactancia, alimentación complementaria inadecuada e infecciones en la primera infancia; b) causas subyacentes, que comprenden la inseguridad alimentaria, falta de acceso a agua y saneamiento, factores comportamentales y prácticas de cuidado y alimentación, y c) causas básicas o de contexto social, económico y político, referentes a las condiciones de desigualdad y pobreza de un país, la política comercial y el precio de los alimentos, la estabilidad política, entre otros (ver el recuadro 3).

La atención a estos factores inmediatos, subyacentes y básicos mejora la supervivencia, salud, crecimiento físico, desarrollo cognitivo y desempeño de niños y adolescentes. En la vida adulta se observan mejoras en la calidad de vida por tener mayores oportunidades de acceso a la educación y salud, lo que a su vez se traduce en incremento de su productividad y salario. Esta cadena de beneficios, además de combatir la DCI, permite romper el ciclo de pobreza (Unicef, 2013).

Según la OMS, la desnutrición tiene causas directas, como una carencia alimentaria, ya sea del infante o de la madre, prácticas inadecuadas de lactancia materna, acceso inadecuado e insuficiente a alimentos seguros, e infecciones o enfermedades.

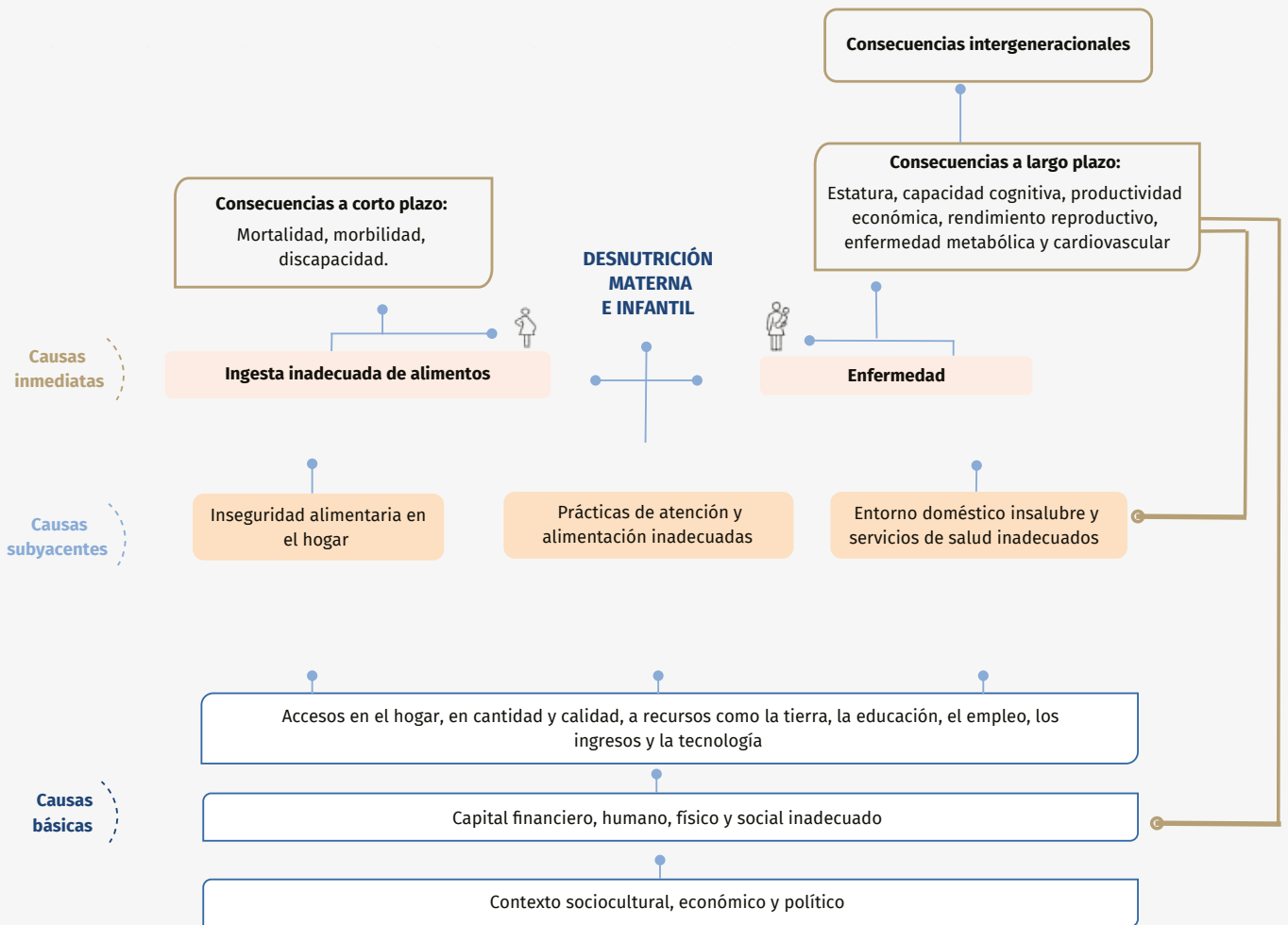


Recuadro 3.

Enfoque multicausal de la DCI

- **Causas inmediatas:** son los factores directos que influyen para que un niño tenga desnutrición crónica. Incluyen la salud y nutrición de la madre y del niño e infecciones en la primera infancia. Por ejemplo, las restricciones de crecimiento intrauterino por la mala nutrición materna influyen de manera relevante para un mayor riesgo de desnutrición crónica, y el bajo peso al nacer puede ser considerado para estimar este fenómeno. Por otra parte, la baja estatura de la madre, acompañada del embarazo adolescente y el corto espaciamiento entre nacimientos potencialmente interfieren con la disponibilidad de nutrición para el feto. Adicionalmente, la manera como se lleven adelante el inicio y mantenimiento de la lactancia materna y la alimentación complementaria pueden mejorar o perjudicar el estado nutricional del niño
- **Causas subyacentes:** resultan directamente de la falta de cobertura de las condiciones básicas ya mencionadas. Específicamente, son aquellos factores socioeconómicos, medioambientales y político-institucionales que afectan a la seguridad alimentaria. Por ejemplo, la falta de acceso a agua y saneamiento no permite que la preparación y el consumo de alimentos se realice con las medidas de higiene necesarias, aumentando el riesgo de enfermedades infecciosas que pueden derivar en DCI. Asimismo, prácticas inadecuadas de cuidado y alimentación, como lactancia materna no exclusiva, acompañadas de una alimentación pobre en nutrientes adecuados para la edad, aumentan el riesgo de sufrir DCI. También se debe considerar el deterioro de la calidad de los servicios de salud en cuanto a reducciones de presupuesto, personal y abastecimiento de insumos, por lo que no pueden brindar un cuidado óptimo para atender enfermedades infecciosas ni un acompañamiento adecuado para mejorar el estado nutricional.
- **Causas básicas:** son aquellos factores del contexto social, económico y político que se consideran los determinantes habilitadores para el resto de los componentes analizados. Estas son condiciones básicas y necesarias que al no ser cubiertas derivan en las causas subyacentes y las causas inmediatas de la DCI. Incluyen la disponibilidad de suficientes recursos (financieros, sociales y humanos) para habilitar la adecuada nutrición de los miembros del hogar. Además, ciertas normas sociales y culturalmente positivas influyen de manera efectiva sobre la nutrición de los niños. A nivel macro, una buena gobernanza —que incluye acciones políticas, financieras y sociales desde el sector público y privado— habilitará la correcta nutrición materno-infantil (ver el gráfico 5).

Gráfico 5: Múltiples causas de la desnutrición crónica infantil



La línea café muestra que las consecuencias de la desnutrición pueden revertir en las causas básicas y subyacentes de la desnutrición, perpetuando la espiral de desnutrición, pobreza e inequidad.

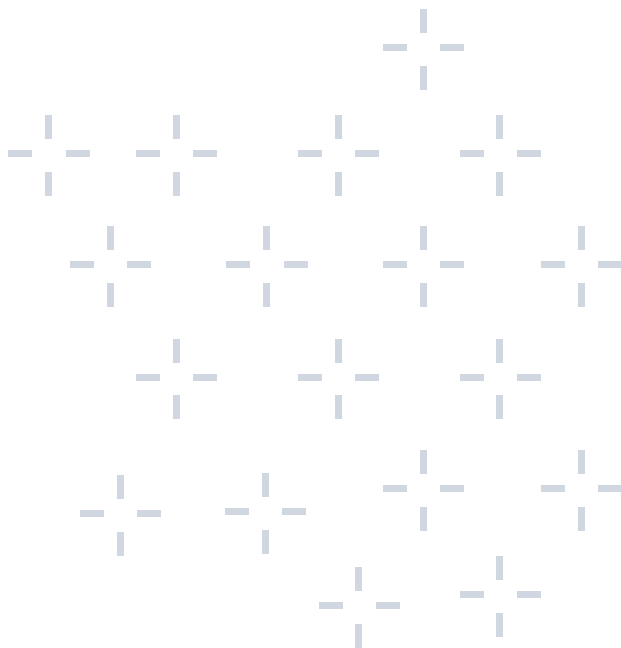
Fuente: Unicef (2013).

Fuentes: Carrera (2022) y Andrade (2022).

En la actualidad, se contempla la importancia de un cuidado cariñoso y sensible como un marco de acciones gubernamentales que garanticen condiciones generadas por políticas, programas y servicios públicos para que las comunidades y cuidadores puedan asegurar la buena salud y nutrición de las mujeres embarazadas y los niños de hasta 3 años. Este marco incluye cinco componentes: buena salud, nutrición adecuada, atención receptiva, protección y seguridad, y oportunidades para el aprendizaje temprano. Se ha demostrado que estos programas arrojan beneficios importantes a largo plazo en cuanto a la salud, el bienestar, la educación, los ingresos, las relaciones personales y la vida social en la edad adulta (OPS, 2021).

Por consiguiente, el carácter multicausal de la DCI debe ser parte de todo análisis completo para perfilar a la población ecuatoriana que padece esta condición. En este contexto, el Reporte elabora el perfil de los menores con DCI a partir de la construcción de un modelo econométrico con enfoque multicausal que permita identificar la diversidad de factores que están asociados con la probabilidad de que un niño o niña tenga esta condición. La identificación de estos factores, junto con el análisis descriptivo, es el primer paso para entender quiénes conforman este grupo de población vulnerable y ofrecer algunas guías para diseñar políticas de combate a la DCI en el marco de un debate informado.

Para el análisis de los factores asociados a la DCI se utiliza el trabajo de Andrade (2022), quien, a partir de una selección diversa de indicadores, estima la probabilidad de que un niño o niña padezca de DCI. El diseño de este modelo cuenta con variables que capturan características del niño o niña, de su madre, hogar, familia, ingresos y ubicación geográfica (ver el recuadro 4).



Recuadro 4.

Modelo econométrico para estimar la probabilidad de que un niño o niña tenga DCI

Para la estimación del modelo se usan datos de corte transversal de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) para el año 2018, diseñada y levantada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). El objetivo de la encuesta es generar indicadores de la situación nutricional y de salud de la población que sirvan para desarrollar y evaluar políticas públicas (INEC, 2018). La muestra considerada para este análisis toma en cuenta un total de 7861 menores de hasta 2 años de edad.

Para identificar si un menor tiene DCI se utilizan las medidas antropométricas¹⁰ recolectadas en la Ensanut 2018, que incluyen el sexo y la edad en días de los menores de hasta 2 años y menores de 5 años de edad, así como el peso en kilogramos y la longitud/talla en centímetros. Con estas variables y con base en los estándares de crecimiento infantil desarrollados por la OMS (Onis de et al., 2006) se estiman los indicadores antropométricos. Particularmente, se calculan los puntajes z (z-score en inglés), que toman en cuenta las variables antropométricas y los estándares de crecimiento de la OMS (O'Donnell et al., 2008). Así, en el caso de la desnutrición crónica se usa el z-score de longitud/talla para la edad (HAZ, por sus siglas en inglés).¹¹

En el cuadro 4 se detallan las características (variables) que fueron tomadas en cuenta para calcular la probabilidad de que un niño o niña tenga DCI.



Para más información sobre desnutrición crónica infantil en Ecuador, factores asociados, véase Andrade, 2022, en <https://observatoriodenutricion.com/>

¹⁰ Las medidas antropométricas son medidas cuantitativas del cuerpo no invasivas. Estas proveen una evaluación importante sobre el estado nutricional de los niños y adultos y son comúnmente usadas para evaluar el estado de salud general de una población, además de su nutrición, crecimiento y desarrollo. Los elementos más importantes de las medidas antropométricas son la altura, peso, circunferencia de la cabeza, índice de masa corporal (IMC), circunferencias corporales para evaluar la adiposidad (cintura, cadera y extremidades) y grosor de los pliegues cutáneos (Casadei y Kiel, 2022).

¹¹ $HAZ = \frac{H_i - H_m}{SD_H}$, donde H_i representa la talla del niño, H_m es la mediana de la población de referencia para el mismo sexo y edad del niño y SD_H es la desviación estándar de la talla en la población de referencia. Además, se sigue la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (2006) sobre la no plausibilidad de los z-scores, que para el caso de HAZ es menor que -6SD o mayor que +6SD.

Cuadro 4. Lista de factores asociados con la DCI utilizados en el modelo¹²

CAUSA	CARACTERÍSTICA	VARIABLES
Causa inmediata que actúa como causante directo de la DCI	Características de los niños y las niñas	<ul style="list-style-type: none"> Sexo Edad Autoidentificación étnica
Causa subyacente que afecta la seguridad alimentaria del niño o niña	Factores del hogar y la familia	<ul style="list-style-type: none"> Consumo de hierro y ácido fólico en el embarazo Edad de la madre Educación de la madre Quintil del ingreso per cápita familiar Fuente de agua para beber Controles prenatales (al menos 5) Talla de la madre Nacimiento prematuro Adecuada eliminación de basura Tipo de servicio higiénico
Causa subyacente que afecta la seguridad alimentaria del niño o niña	Alimentación complementaria inadecuada	<ul style="list-style-type: none"> Lactancia materna continua Iniciación temprana de lactancia materna Enfermedades diarreicas agudas Infecciones respiratorias agudas
Causa básica que actúa como determinante habilitador para los otros factores	Características adicionales del contexto ecuatoriano	<ul style="list-style-type: none"> Área de residencia (urbana) Condición de actividad de la madre Región natural de residencia Hijos en el hogar Pobreza por necesidades básicas insatisfechas (NBI) Extrema pobreza por NBI

$$^{12} P(DCI = 1|X) = G(\beta_0 + \beta_{1i}CN_i + \beta_{2i}FHF_i + \beta_{3i}ACI_i + \beta_{4i}LMI_i + \beta_{5i}CA_i)$$

Donde **DCI** representa la desnutrición crónica infantil en menores de hasta 2 años y **X** corresponde a todas las covariables que se usan en el modelo. A saber, **CN_i** es un vector de variables relacionado con las características de los niños, **FHF_i** es un vector de variables de los factores del hogar y la familia, **ACI_i** es un vector de variables asociado a la alimentación complementaria inadecuada, **LMI_i** es un vector de variables que responden a la lactancia materna e infecciones y **CA_i** es un vector de variables correspondientes a las características adicionales del contexto ecuatoriano

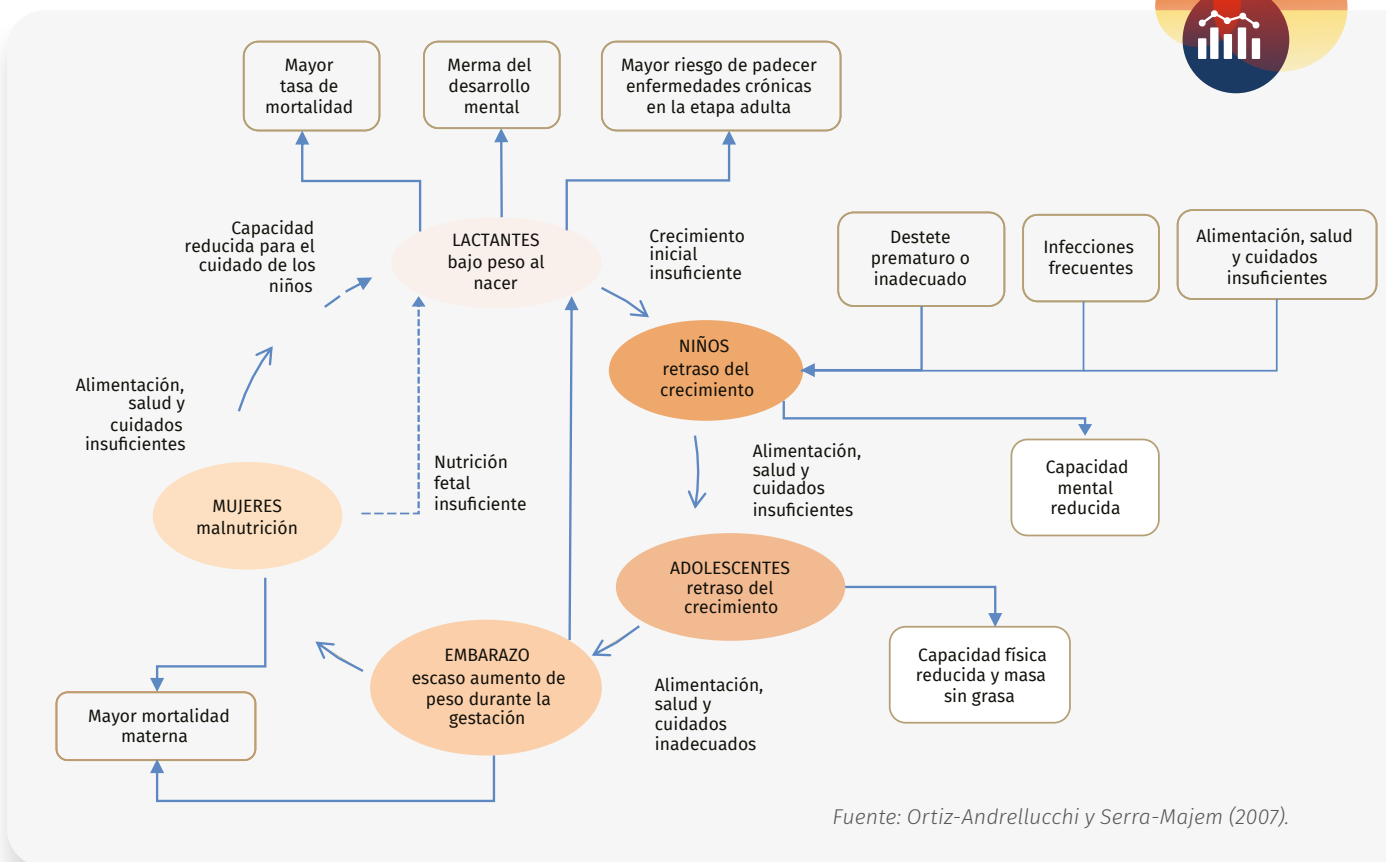
Fuente: Andrade (2022).

La DCI está estrechamente asociada a las características y hábitos de la madre

Las causas inmediatas de la desnutrición crónica están relacionadas directamente con la malnutrición materna y el estado de salud de la madre antes, durante y después del embarazo. Por lo tanto, el rol de la madre es crítico ya que su estado nutricional, nivel de educación, fertilidad, entre otras particularidades, se relacionan con la probabilidad de padecer esta condición.

La salud de la madre en el embarazo es esencial para determinar la condición nutricional de su hijo. El estado nutricional de la madre (desnutrición o sobrepeso) afecta al desarrollo de su hijo, incluido el del metabolismo, por tanto, se genera un ciclo intergeneracional¹³ de malnutrición. Es necesario tener más información sobre los complejos efectos de la nutrición materna y paterna en los niños, especialmente en campos nuevos, como la epigenética.¹⁴ Con ello se podrían determinar cambios, no solo en las respuestas al ambiente intrauterino y en la primera infancia, sino también cambios metabólicos que impliquen enfermedades metabólicas o crónicas no trasmisibles en la vida adulta (ver el gráfico 6).

Gráfico 6. Relación entre determinantes y consecuencias de la DCI



¹³ Que se produce o tiene lugar entre dos o más generaciones (Diccionario de la Real Academia Española).

¹⁴ La epigenética es el estudio de los cambios en la función de los genes que son hereditarios y que no se pueden atribuir a alteraciones de la secuencia de ADN. El prefijo griego epi significa "por encima". Las marcas epigenéticas cambian la forma como se expresan los genes (<https://www.genome.gov/es/genetics-glossary/Epigenetica>).

Si bien las causas inmediatas se asocian con la madre, no son responsabilidad exclusiva de ella, pues contar con un entorno adecuado para su gestación, alimentación y cuidado también depende de la corresponsabilidad de los adultos que acompañan a las mujeres en este proceso, así como de la gobernanza, institucionalidad y patrones culturales que permitan un entorno de oportunidades de desarrollo equitativo entre hombres y mujeres.

Si la madre embarazada y el bebé se ven privados de una nutrición adecuada, servicios básicos, atención en salud y un entorno propicio durante este tiempo, el daño al cerebro y al cuerpo del niño o niña será irreversible (OMS, 2017b; Unicef, 2013). A menudo, el crecimiento insuficiente y el riesgo de presentar DCI comienza en el útero por la mala nutrición materna (el bajo peso al nacer puede ser considerado como *proxy* (variable indirecta) de este fenómeno), pero también se prolonga después del parto como consecuencia de prácticas de lactancia subóptimas (se recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses) y por no tener garantizado un entorno adecuado para el desarrollo infantil debido a deficiencias en la alimentación complementaria, control de infecciones, falta de acceso a agua y saneamiento, entre otros determinantes subyacentes y sociales. Se ha demostrado que la presencia de estas deficiencias en el entorno de la madre y de los menores aumenta el riesgo de desarrollar DCI por la mayor frecuencia de diarreas, otitis media, neumonía, alergias alimentarias, infecciones urinarias, entre otras enfermedades (López Robles et al., 2019).

De igual manera, de acuerdo al marco de cuidado cariñoso y sensible, los cuidadores pueden proveer cuidado adecuado, atención receptiva y aprendizaje temprano cuando gozan de seguridad emocional, económica y social (OPS, 2021). Por lo tanto, los cuidados maternos que asuman tanto las madres como los adultos que las acompañan son fundamentales para que los niños y las niñas se alimenten bien; sin embargo, muchas veces ellas están excluidas de la toma de decisiones y deben, además, luchar contra su propia desnutrición. Si la mujer presenta malnutrición, no solo se pone en riesgo la calidad de vida de los menores, sino que también aumentan los desequilibrios de género porque reduce la capacidad de aprendizaje, aumenta los riesgos para la salud reproductiva y materna y disminuye la productividad. Esto se vincula directamente con los ciclos intergeneracionales de malnutrición e inequidad. Así, la siguiente generación de estas madres tiene más posibilidades de presentar retraso en el crecimiento, deficiencias cognitivas y sistema inmunológico deprimido y está más expuesta a enfermar y morir (Delisle, 2008; Singh, 2020).

Tomando en cuenta la importancia de la madre como factor asociado a la DCI, Galárraga (2022) describe un perfil detallado de las madres ecuatorianas que tienen menores con DCI y encuentra que, en promedio, tienen 27 años, se embarazan dos veces, abortaron una vez, uno de sus hijos falleció a lo largo de su vida y apenas el 16,1 % tiene educación superior. Además, en el país hay un alto porcentaje de madres adolescentes con menores desnutridos (34,3 %) y se ha demostrado que las adolescentes son uno de los grupos más vulnerables porque están atravesando la etapa de más rápido crecimiento desde sus primeros años de vida. Galárraga y Harris (2021) demostraron que a partir del año 2015 (tras la implementación del Plan Familia) se observa un crecimiento exponencial de las tasas de embarazos adolescentes, el cual fue especialmente notorio en cantones con alta población indígena por falta de acceso a planificación familiar, a servicios de salud y por desigualdades étnicas y

socioeconómicas. Esto solo profundiza la situación de desnutrición crónica que afecta a la población indígena, como se muestra en la sección sobre este sector.

Para este Reporte, Andrade (2022) confirma que muchas de estas características de la madre y su entorno están relacionadas con la presencia de DCI en menores de 2 años. El autor encuentra que, en orden de importancia, la edad, la talla y los controles prenatales de la madre actúan como factores de protección para reducir la DCI.

Para menores de 2 años, la relación más fuerte entre las características de la madre y la presencia de DCI es la edad; si la madre es adulta, es 2,02 veces menos probable que su hijo o hija tengan DCI, en comparación con la probabilidad que tienen los hijos e hijas de mujeres adolescentes (menos de 19 años). Al inicio de la sección se indicó que el 34,3 % de las madres con niños o niñas que tienen DCI fueron madres adolescentes y tener esta característica, además de ser una de las principales causas de mortalidad materna e infantil, conlleva riesgos concretos para sus hijos e hijas, pues las adolescentes no han terminado de crecer y compiten por los nutrientes con el feto, por lo que pueden presentar deficiencia de micronutrientes, en especial anemia por deficiencia de hierro (MedLine Plus, s. f.). Bhutta et al. (2008) encuentran que las intervenciones en el estado nutricional de las madres, como la suplementación de hierro y micronutrientes, han demostrado reducir el riesgo de bajo peso al nacer en un 16 %. De igual forma, Vaivada et al. (2020) y la OMS (2014) encuentran que la baja estatura de la madre, junto con el embarazo adolescente y el corto espaciamiento entre nacimientos, potencialmente interfiere con la disponibilidad de nutrición para el feto.

La segunda característica de la madre que se asocia con una menor probabilidad de que su hijo o hija tengan DCI es la talla. La estimación para menores de 2 años encuentra que mujeres de estatura media y alta tienen una menor probabilidad de que sus hijos o hijas sufran de DCI en relación con madres de estatura baja. Si la madre es de talla alta, es dos veces menos probable que sus hijos o hijas tengan DCI, y si es de talla media, esta relación es de 1,47 veces en comparación con una madre pequeña (113 a 151 cm). Estos resultados son consistentes con las observaciones de Addo et al. (2013), quien argumenta que la estatura materna influye en el crecimiento lineal de sus descendientes en el período de crecimiento.

El tercer factor de protección de la madre son los controles prenatales. Andrade (2022) encuentra que cuando las madres se hacen más de cinco controles prenatales es 1,26 veces menos probable que sus hijos e hijas tengan DCI en comparación con aquellos menores cuyas madres se realizaron menos de cinco controles. Es así que el buen cuidado, como consecuencia de servicios adecuados, y las buenas prácticas de las mujeres durante el embarazo constituyen factores positivos para reducir la DCI (Unicef, 2020).

En este contexto, la identificación temprana de niños, niñas y mujeres gestantes podría ser un factor altamente asociado con la prevención de problemas de malnutrición infantil. Para el caso ecuatoriano, Oleas (2022) encuentra evidencia de impacto entre la creación de establecimientos de salud (a nivel cantonal) y el peso al nacer de los infantes. Específicamente, señala que la creación de nuevos centros de salud tiene un impacto positivo en el incremento del peso al nacer, al menos en los cantones tratados (ver el recuadro 5).

Recuadro 5.

La apertura de centros de salud en el Ecuador tiene un efecto positivo en el peso del nacido vivo

En el Ecuador, el bajo peso al nacer (BPN) es un problema importante de salud pública. En el año 2018 se registró una gran incidencia de recién nacidos con bajo peso, principalmente en los cantones de Chambo (15,34 %), Sozoranga (16,22 %), El Tambo (14,87 %), Guano (14,77 %), Tiwintza (14,14 %) y Santa Elena (12,07 %), pertenecientes a las provincias de Chimborazo, Loja, Cañar, Chimborazo, Morona Santiago y Santa Elena, respectivamente.

Varios estudios demuestran que uno de los determinantes que permiten aumentar el peso al nacer y combatir esta situación es la apertura de centros de salud. Esto ayuda a que las madres tenga la oportunidad de acceder a un servicio de salud que le brinde la atención y asesoría necesarias para evitar cualquier tipo de complicación durante y después del embarazo (Senbeta y Jemal, 2021; Zhou et al., 2019). En el país, antes del 2013 se contaba con un total de 1980 centros médicos, distribuidos en 1054 parroquias, y entre ese año y el 2018 se inauguraron 71 puestos de salud en 55 parroquias. Sin embargo, todavía existen 384 parroquias que no cuentan con instalaciones sanitarias.

Oleas (2022) estimó el efecto de la apertura de los nuevos centros de salud en el Ecuador sobre el peso promedio del recién nacido para el período 2011-2018 mediante un método cuasiexperimental de Diferencia en Diferencia con varios períodos de tiempo. La variable de resultado es el peso promedio del recién nacido y la variable de tratamiento es la fecha de inauguración del centro de salud. Además, se controla por un conjunto de variables como: autoidentificación étnica de la madre, estado civil, edad de la madre, nivel de instrucción y un estimado poblacional a nivel parroquial.

Los resultados muestran que la apertura de centros de salud en el Ecuador tiene un efecto positivo en el peso del nacido vivo. Por consiguiente, la construcción de centros médicos en el Ecuador incrementa el peso promedio del nacido vivo en 68,69 g. El efecto que tendría este resultado sobre los bebés que nacen con un peso de 2500 g (un peso menor a este predispone a la DCI a futuro) es de 2,74 %. Adicionalmente, se estima el efecto promedio para cada grupo, encontrando que en las parroquias intervenidas en el 2013,¹⁵ 2014¹⁶ y 2017¹⁷ el peso promedio del recién nacido aumentó en 98,15 g, 76,17 g y 176,77 g, respectivamente.

¹⁵ Parroquias intervenidas en el 2013: San Felipe y Juan Benigno Vela.

¹⁶ Parroquias intervenidas en el 2014: San Lorenzo, San Buenaventura, Tanicuchí, Pucayacu, Cusubamba, Panzaleo, San Carlos, San Carlos (Los Ríos), San Jacinto de Buena Fe, San Lorenzo (Manabí), El Triunfo (Pastaza), Tabacundo (cabecera cantonal), Ambatillo, Pilahuin, El Triunfo, Sucre, Quero, San Miguelito y San Carlos (Orellana).

¹⁷ Parroquias intervenidas en el 2017: El Triunfo (La Maná), San Antonio, Pasa, Quisapincha, Santa Rosa, Cevallos, Guambaló, Santa Rosa de Sucumbíos, Santa Rosa (Salinas) y Santa Rosa (Santa Cruz).

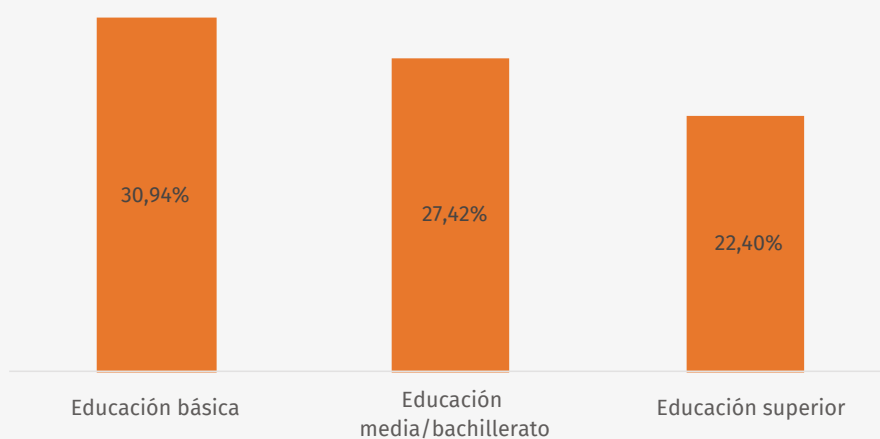
Finalmente, para determinar cuál es el efecto en el tiempo de la apertura de centros de salud sobre el peso del recién nacido se estimó el efecto promedio a nivel de grupo y año. Se observó que en las parroquias intervenidas en 2014 la aper-

tura de centros de salud aumentó el peso promedio del nacido en vivo en 350,30 g en el cuarto año, mientras que en el grupo del año 2017 el efecto de la apertura de los centros se produjo en el primer año (el peso promedio se incrementó en 387,15 g).

Fuente: Oleas (2022).

En otros ejercicios de estimación similares, Almeida (2021) encuentra que el nivel educativo que pueda alcanzar la madre también es un factor de protección para menores de 5 años:¹⁸ si la madre tiene bachillerato, la probabilidad de que sus hijos o hijas tengan DCI es 7 puntos porcentuales (p. p.) menor al de aquellos cuya madre no tiene ningún nivel educativo, mientras que si las madres tienen educación superior, es 11 p. p. menos probable que sus hijos o hijas tengan DCI en comparación con los niños y niñas cuyas madres no alcanzaron ningún nivel de educación (ver el recuadro 6). Este es un aspecto importante que considerar en la política de combate a la DCI, puesto que, según Galárraga (2022), un 38 % de las madres cuenta únicamente con educación básica y se confirma que la prevalencia de DCI disminuye conforme mayor nivel educativo alcance la madre (ver el gráfico 7).

Gráfico 7. Prevalencia de DCI en menores de 2 años, según nivel de educación de la madre (2018)



Nota: las prevalencias de madres sin ninguna educación no se interpretan porque no tienen representatividad estadística.

Fuente: Galárraga (2022), con datos de la Ensanut 2018.

¹⁸ A diferencia del modelo de Andrade, la autora incluye en el modelo las variables desagregadas de NBI. Esto podría ser una posible explicación de porqué en el modelo de Andrade no se encuentra evidencia. De igual forma, en Andrade (2022) no se encuentra evidencia en menores de 2 años, incluso eliminando del modelo la variable de NBI. Una posible explicación es el tamaño pequeño de la muestra para menores de 2 años, pues la Ensanut 2018 no estaba diseñada para tener representatividad en este grupo etario. Este ejercicio deberá realizarse con la nueva encuesta, puesto que la evidencia para menores de 5 años confirma esta relación.

Recuadro 6.

La educación de las madres es un factor de protección contra la DCI

Se conoce que la relación madre-hijo es crucial en los primeros años de vida del niño o niña porque es una etapa crítica en la que se desarrolla la capacidad intelectual del individuo. “Esta relación está condicionada por las posibilidades psicológicas, afectivas, socioeconómicas y culturales” de la madre, incluido su nivel educativo (Peñaranda, 2002: 1-5). En este sentido, un alto nivel educativo de la madre supone beneficios individuales, sociales e intergeneracionales que la convierten en un factor de protección. Es decir, se espera que una mayor educación de la madre disminuya la probabilidad de que su hijo padezca DCI.

Una madre con mayor educación mejora la acumulación de capital humano en dos áreas estratégicas para combatir la desnutrición. Por un lado, abre mejores y mayores oportunidades, que se traducen en remuneraciones más altas, mejores condiciones socioeconómicas y aumento en las tasas de supervivencia (Garrido, 2007; Pérez-Fuentes y Castillo-Loaiza, 2016; Villalobos y Pedroza, 2009).

Por otro lado, los beneficios de una mayor educación se reflejan en mejores prácticas de salud en por lo menos tres aspectos: a) tienen más herramientas para conocer sobre las causas, prevención, reconocimiento y tratamiento de las enfermedades; b) se asocia con una mejor forma de planificación familiar como, por ejemplo, el número de hijos que desea tener y el intervalo de nacimiento entre ellos, y c) las madres con mayor instrucción usan con más frecuencia los servicios de salud, aprovechan los servicios disponibles tanto para ellas como para su familia, y obtienen más y mejor información sobre su salud reproductiva.

Además, las madres más educadas distinguirán oportunamente las necesidades del niño en su etapa de crecimiento y desarrollo (Emina et al., 2011; Oyekale y Oyekale, 2009; Thomas et al., 1991), perciben de mejor manera la gravedad de las enfermedades de sus hijos y buscan el tratamiento respectivo (Rengifo, 2019). Por último, la educación se considera un factor de culturización para romper con la tradición y aceptar de mejor manera la medicina moderna (Abuya et al., 2012).

Fuente: elaboración propia con información de Almeida (2019).

Finalmente, se construye un escenario completo con el modelo base de Andrade (2022) para estimar la probabilidad de que un menor tenga DCI cuando las mujeres no cuentan con los factores de protección antes señalados. De este modo, se encuentra que la probabilidad de que un niño o niña menor de 5 años tenga DCI es del 48,16 % si su madre tiene únicamente educación primaria, se realizó menos de cinco controles prenatales, es de talla baja y fue madre adolescente, mientras que para un niño o niña cuya madre tiene los factores de protección (educación superior, más de cinco controles prenatales, es de talla alta y no es madre adolescente) la probabilidad de tener DCI cae al 20,78 %.

Además de las características de las madres, aquellas de los niños y niñas también juegan un rol relevante como factores asociados a la DCI. En el Ecuador, Andrade (2022) encuentra que la probabilidad de que un niño presente un cuadro de desnutrición crónica es 1,5 veces más elevada que la de una niña. Dichos resultados son consistentes con una extensa literatura que señala que los niños tienen una mayor probabilidad de sufrir malnutrición en comparación con las niñas, sobre todo en grupos socioeconómicos bajos (Demirchyan et al., 2016; Thurstans et al., 2020; Wamani et al., 2007). Esto sugiere que los niños podrían ser más vulnerables a desigualdades en salud que las niñas en el mismo grupo etario (Zhao et al., 2017; Drevenstedt et al., 2008). Este escenario está presente en el país, pues la probabilidad de padecer DCI para un niño menor de 2 años del quintil 1 es del 40,52 %, mientras que la del niño del quintil 5 es de 23,33 %, y ambas están por encima de las que se estiman para las mujeres en los mismos quintiles (31,9 % y 17,0 %, respectivamente).

Se ha evidenciado en algunos estudios (Japón, Corea del Sur, Brasil y Perú) que, luego de abordar la malnutrición, se puede mejorar la condición nutricional considerablemente incluso dentro de una sola generación. Lo mismo demostró otro estudio con niños menores de 2 años de Brasil, Estados Unidos, Ghana, India, Noruega y Omán, según el cual, con cuidados y una nutrición adecuados, los hijos de padres cuyas condiciones nutricionales eran desfavorables pueden lograr una estatura adecuada. Para que esto ocurra, las mujeres y las niñas (y madres adolescentes) requieren apoyo y orientación en temas de nutrición antes del embarazo, para su propio bienestar y para no perder la ventana de oportunidad que representan los primeros 1000 días de vida (Unicef, 2019). Esto sugiere que, si se logra el apoyo a las madres y adolescentes, se podría revertir el problema de talla en la siguiente generación.

Pisos de tierra y limitado acceso al agua potable son factores de riesgo

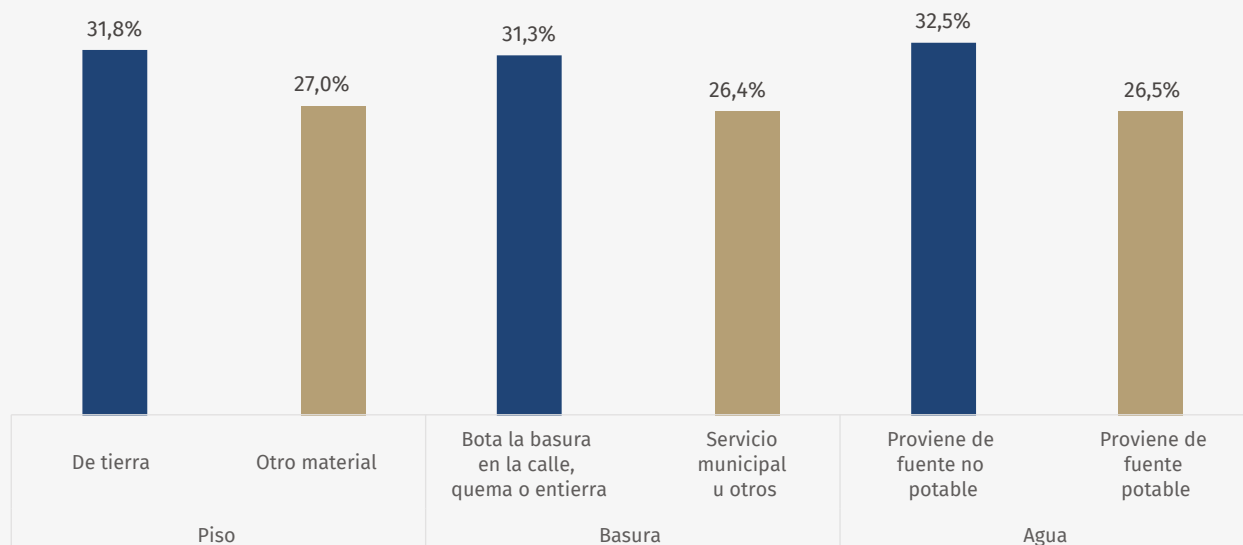
El carácter multicausal de la DCI señala que las características de las viviendas, como el acceso al agua o los materiales del piso, podrían estar relacionadas con una mayor probabilidad de padecer DCI. Estas características de la vivienda exponen a los infantes a un ambiente propicio para contraer enfermedades que desencadenan pérdida

El carácter multicausal de la DCI señala que las características de las viviendas, como el acceso al agua o los materiales del piso, están relacionadas con una mayor probabilidad de padecer DCI.

de peso, como los parásitos y diarreas frecuentes. Según varios autores (Wagstaff, 2002; Dufló y Banerjee, 2011 y Mercer, 2017); la falta de acceso a servicios y las prácticas sanitarias no saludables son las principales causas de malnutrición y mala salud.

En esta línea, la ONU (2010) señala que una vivienda no es adecuada para subsistir cuando no tiene agua potable, las instalaciones sanitarias no son adecuadas, no dispone de energía para la conservación de alimentos y mantiene un mal manejo de residuos. En el Ecuador, los hogares que presentan las características antes señaladas tienen una mayor prevalencia de DCI para niños y niñas menores de dos años. Por ejemplo, este indicador supera el 30 % en viviendas que tienen piso de tierra (31,8 %), en aquellos hogares que, por falta de servicio local de recolección de desechos sólidos, botan la basura a la calle, la queman o la entierran (31,3 %), y en viviendas en las que el agua de beber proviene de una fuente no potable (32,5 %). Por el contrario, la prevalencia de DCI es menor en los hogares que tienen piso de otro material, cuentan con recolección de basura y agua potable (ver el gráfico 8).

Gráfico 8. Prevalencia de DCI según características de la vivienda en hogares con menores de 2 años



Nota: las diferencias presentadas son estadísticamente significativas.

Fuente: Galárraga (2022), con datos de la Ensanut 2018.

Valdospinos (2021) estima un modelo probabilístico para identificar los factores asociados con la DCI para menores de 5 años en el que se desagregan los componentes de la pobreza por NBI para identificar de forma separada los efectos marginales entre las distintas dimensiones. Este autor agrupa en una sola dimensión las características de las NBI que toman en cuenta la dependencia económica, acceso a la educación y

hacinamiento, y en otras dos dimensiones las que tienen que ver con características de la vivienda (piso, pared, techos) y acceso a servicios (servicio higiénico y agua). Los resultados de la investigación confirman que la probabilidad de que los niños y las niñas padezcan DCI es 4,6 p. p. mayor cuando viven en hogares cuya vivienda tiene materiales deficientes, en comparación con aquellos menores que habitan en viviendas con mejores condiciones de piso, pared y techo. Igualmente, cuando no tienen acceso a agua o servicio higiénico, la probabilidad de padecer DCI es 2,7 p. p. mayor que la de los menores que sí cuentan con estos servicios. De igual forma, si se agrupan todas las NBI, Andrade (2022) encuentra que la probabilidad de padecer DCI para un menor de 5 años en estas circunstancias es del 30,98 %.

Patrones y acceso inadecuados de alimentación aumentan la probabilidad de padecer DCI

La alimentación juega un rol importante como factor relacionado con la presencia de DCI, y aunque no es el único ni el más importante, es indispensable conocer la relación entre los hábitos y disponibilidad de alimento, así como reconocer que atender la DCI únicamente a través de la alimentación es ineficiente para combatir esta condición.

Según el marco conceptual desarrollado por Unicef (2020), la seguridad alimentaria, los recursos disponibles para el cuidado y las condiciones ambientales afectan el logro de una nutrición óptima, pero estos son moldeados por las condiciones socio económicas, los contextos nacionales y globales, los recursos y la gobernanza en que se desarrollan los hogares (Vaivada et al., 2020).

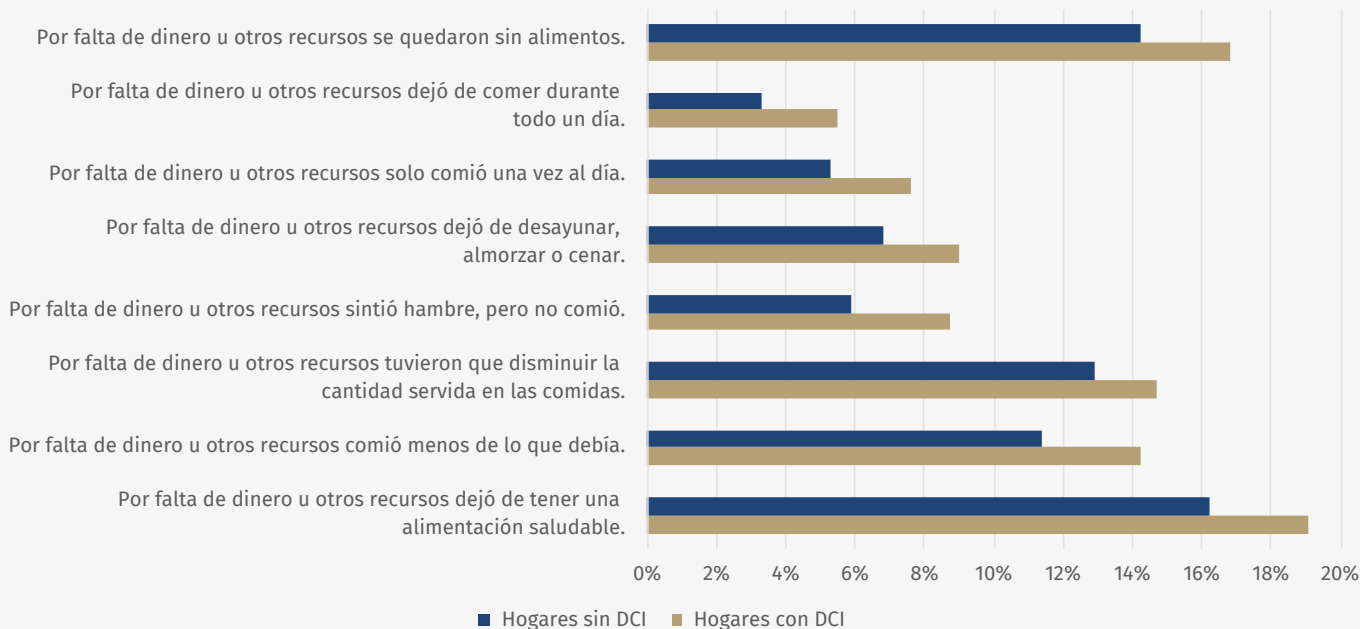
La estrategia nutricional 2020-2030 planteada por Unicef (2020) señala que una nutrición adecuada puede evitar problemas de malnutrición y reconoce a las dietas saludables, derivadas de una alimentación adecuada para niños y mujeres, como un importante factor de protección. Así, la preparación de alimentos y prácticas de consumo adecuadas se vuelven relevantes bajo este marco conceptual.

Andrade (2022) incluye en su estimación de probabilidades de padecer DCI un componente de seguridad alimentaria que se construye según los criterios de la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA). Según esta escala, la inseguridad alimentaria se clasifica en leve, moderada y severa.¹⁹ Los hallazgos encontrados confirman que en Ecuador los menores de hasta 2 años de edad que viven en hogares que presentan inseguridad alimentaria leve tienen 1,26 veces más riesgo de padecer DCI que aquellos que viven en hogares cuya seguridad alimentaria está garantizada.

¹⁹ La inseguridad alimentaria, según la Cumbre sobre Alimentos, se define como "la disponibilidad limitada o incierta de alimentos nutricionalmente adecuados e inocuos; o la capacidad limitada e incierta de adquirir alimentos adecuados en formas socialmente aceptables". Según esta definición, se estableció una metodología que toma en cuenta los siguientes criterios presentes en un hogar: suficiente cantidad de alimentos, calidad adecuada de alimentos, seguridad y predictibilidad en la adquisición de alimentos, aceptabilidad social en la manera de adquirir los alimentos y seguridad alimentaria en el hogar para adultos y niños. Según la escala de respuesta a estas preguntas se establecen los rangos de inseguridad alimentaria en leve (1 a 5), moderada (6 a 10) y severa (11 a 15). En las preguntas realizadas al hogar se asigna un punto a las preguntas cuya respuesta es Sí y cero a las preguntas que tienen como respuesta NO. Después se procede a sumar todas las respuestas para posteriormente clasificarlas en los diferentes niveles de inseguridad alimentaria.

Por su parte, Galárraga (2022) analizó la prevalencia de DCI a partir de las preguntas que tiene la Ensanut 2018 sobre: si un menor dejó de desayunar, almorzar o cenar; si comió menos de lo que debía; si disminuyó la cantidad de alimentos; si sintió hambre y no se alimentó; si comió una vez o dejó de comer todo un día. El autor encuentra que la falta de ingresos (asociados a estos elementos) limita una alimentación adecuada. Los hallazgos para menores de 5 años señalan que en los hogares con presencia de DCI hay un porcentaje más alto de niños y niñas que experimentaron limitaciones en su alimentación por falta de dinero u otros recursos (ver el gráfico 9).

Gráfico 9. Porcentaje de menores de 5 años que reportan limitaciones en la alimentación por falta de dinero o recursos (2018)



Nota: los ítems están jerarquizados de acuerdo con su grado de severidad (medido por los criterios de seguridad alimentaria), del más severo (arriba) al menos severo (abajo).

Fuente: elaboración propia con información de Galárraga (2022) y datos de la Ensanut 2018.

Frente a la escasez de recursos y el limitado acceso para mantener un patrón de alimentación adecuado es común observar la presencia de la política social como alternativa para garantizar la alimentación en los grupos más vulnerables. Si bien la mayoría de políticas de suministro de alimentación no están enfocadas estrictamente en la DCI, puesto que se entrega en escuelas y colegios a niños, niñas y adolescentes mayores de 5 años, algunos de estos programas se ofrecen en guarderías y llegan a menores de 5 años, también como una estrategia de combate a la DCI (ver el recuadro 7).

Recuadro 7.

Programas de alimentación para menores de 2 años

Entre los programas de mayor implementación está la alimentación escolar. Varias investigaciones encuentran que los niños y niñas que recibieron un desayuno escolar mejoran las medidas comparadas entre peso, talla y edad y es más probable que tengan mejores índices de masa corporal y peso normal (Rivera et al., 1995; Tewabe y Belachew, 2020; Dapo-famodu, 2021).

En el Ecuador, Armendáriz (2021) analizó los datos de la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) para el período de 2013 a 2014 para los programas que proporcionan alimentación en los Centros de Desarrollo Infantil (CDI) del Ministerio de Inclusión Económica y Social y en los Centros Infantiles del Buen Vivir. La autora estima el efecto del desayuno escolar en el estado nutricional en niños y niñas menores de 5 años y para un subgrupo de 2 a 4 años, a partir de la ampliación de dos métodos de estimación: emparejamiento y ponderación de probabilidad inversa.

Los resultados encuentran que el desayuno preescolar gratuito contribuyó a mejorar el estado nutricional de sus beneficiarios, tanto para el grupo general de menores de 5 años como para el subgrupo de menores que tienen entre 2 y 4 años. Específicamente, el desayuno preescolar gratuito aumenta el puntaje z en 0,07 desviaciones estándar del indicador talla/edad en comparación con los niños y niñas que no asisten a ningún centro infantil, y este impacto es de 0,09 desviaciones estándar para los menores que tienen de 2 a 4 años.

Sin embargo, el impacto encontrado es pequeño en magnitud, ya que el aumento en el puntaje z que se obtiene debido al consumo de desayuno preescolar no supera un 10 % de una desviación estándar. Por lo tanto, aunque el desayuno preescolar mejora marginalmente el estado nutricional de sus beneficiarios, esta política debe ser complementada por otras para lograr reducciones en la DCI.

Fuente: Armendáriz (2021).

Mejorar los ingresos es necesario, pero no suficiente para combatir la DCI. Los cambios que permiten mayores ingresos están relacionados con el entorno cultural y hábitos de salud y alimentación de las familias.

Los efectos beneficiosos de escolarizar a infantes desde el primer año de vida van más allá de entregar alimentos. Alvarado y Acosta (2022) demostraron que a mayor exposición a servicios de cuidado infantil de calidad (específicamente en CDI que sirven a niños y niñas pobres y extremadamente pobres de entre 1 y 3 años), los menores tuvieron mejores resultados en evaluaciones cognitivas, sociales, emocionales, motoras, de descubrimiento del ambiente y de lenguaje verbal y no verbal. Los resultados más altos se vieron en niños y niñas mayores de 36 meses que habían asistido al centro infantil por lo menos 14 meses. La inscripción y asistencia temprana a un CDI de calidad contribuye a reducir desigualdades económicas, sociales y en salud, brindando más oportunidades a futuro.

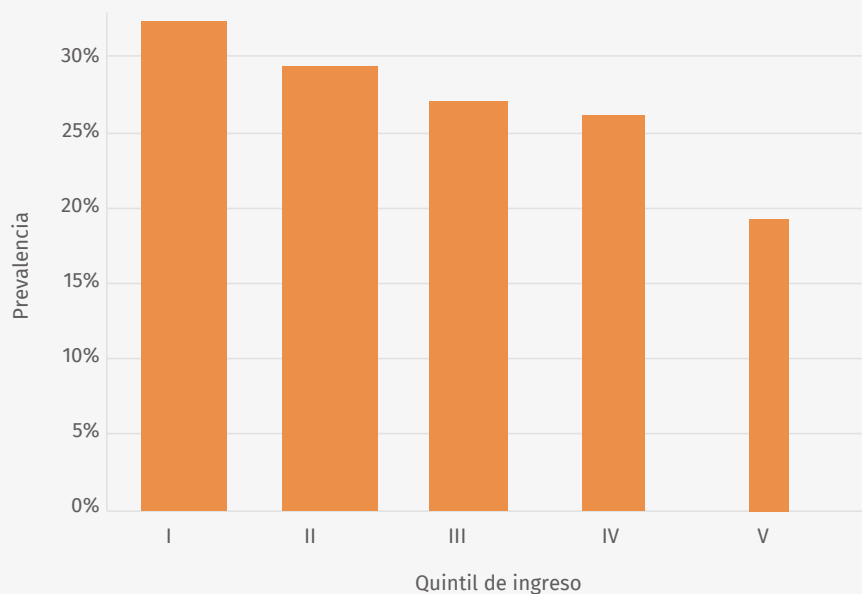
La mejora de los ingresos como mecanismo para combatir la DCI no es suficiente si no se toman en cuenta patrones culturales y características territoriales

La falta de recursos económicos es otro de los factores que se relacionan con una mayor probabilidad de tener DCI. Galárraga (2022) encuentra que las personas en condición de pobreza (medida por ingreso) mantienen una prevalencia de 30,5 %, resultado que está por encima del nacional para menores de 2 años (27 %).

Una forma común para abordar la relación entre el nivel de ingresos y la DCI es a partir del análisis del nivel socioeconómico según quintiles de ingresos, es decir, agrupando a la población en cinco grupos de igual tamaño delimitados por un determinado rango de ingresos, donde el quintil 1 corresponde a los hogares de menores ingresos y el quintil 5 al de mayores. La prevalencia de desnutrición crónica más alta generalmente se encuentra en los dos primeros quintiles, esto es, en los hogares más pobres. Estos hogares suelen caer en pobreza alimentaria, que es la incapacidad para comprar la canasta básica necesaria que satisfaga las necesidades de todos los integrantes del hogar (Alderman, 2017), además de presentar condiciones inadecuadas de vivienda, limitado acceso a servicios básicos y baja escolaridad.

En el Ecuador se presenta la situación arriba señalada, ya que en los hogares pobres (quintiles 1 y 2) la prevalencia de DCI es mayor, con el 32,2 %, y el 29,2 %, respectivamente. Esto significa que la prevalencia en los hogares más pobres (quintil 1) es 1,7 veces más grande que aquella de los hogares no pobres (quintil 5) y se encuentra cinco puntos por encima de la prevalencia nacional (ver el gráfico 10).

Gráfico 10. Prevalencia de DCI en menores de 2 años, según quintil de ingreso



Nota: el ancho de las columnas refleja el número de niños y niñas con DCI en cada quintil.

Fuente: elaboración propia con información de Galárraga (2022) y datos de la Ensanut 2018.

Sin embargo, cuando se estima la probabilidad de que un niño o niña tengan DCI tomando en cuenta un enfoque multicausal y, por lo tanto, incluyendo el resto de factores asociados a la DCI, se observa que únicamente para los hogares más pobres (quintil 1) la probabilidad de tener DCI es mayor en comparación con la que tienen los niños y niñas de los hogares no pobres (quintil 5), mientras que esta probabilidad no es distinta entre el no pobre con mayores ingresos y los hogares que están en quintiles intermedios (quintiles 2, 3 y 4). No encontrar diferencias entre los quintiles intermedios puede responder a que la encuesta no logra capturar hogares con ingresos altos en el país. Galárraga (2022) señala que la distribución de los ingresos en la Ensanut tiene una mayor concentración hacia la izquierda (ingresos bajos).²⁰ Esta aclaración es importante puesto que, si bien se encuentra prevalencia en el quintil de mayores ingresos, que son hogares no pobres, estos no necesariamente representan los hogares con los ingresos más altos del país.

A partir del modelo probabilístico de Andrade (2022) se encuentra que las diferencias en la probabilidad de sufrir DCI según quintiles de ingresos familiares están polarizadas. Los niños y niñas menores de 2 años que viven en hogares con los ingresos más

²⁰ El autor realiza esta afirmación al realizar una comparación entre la distribución del ingreso bruto de la Ensanut 2018 con los declarados en la renta anual de personas que tributaron en 2017 obtenidos del SRI, cuyo detalle se presenta en el anexo 6 de la investigación del autor. Esto es común también para las encuestas de empleo.

bajos (quintil 1) presentan alrededor de un 3,5 % más de riesgo de padecer DCI que aquellos que viven en los hogares con los ingresos más altos (quintil 5). En otras palabras, los menores de hogares con un ingreso per cápita inferior a USD 59,00 tienen una mayor probabilidad de presentar DCI que aquellos pertenecientes a hogares cuyo ingreso per cápita es superior a USD 221,00. Aunque se encuentra esta relación, la diferencia no es muy grande; por consiguiente, apostar el combate a la DCI únicamente a partir de mejoras en el ingreso puede ser insuficiente.

Este debate es estándar en la literatura (Prendergast y Humphrey, 2014; Reyes et al., 2004) y los resultados son predecibles: la malnutrición infantil puede ser una consecuencia de las condiciones socioeconómicas desfavorables de las familias. Sin embargo, el carácter multicausal de la nutrición también muestra que, si bien un aumento de los ingresos incrementa el consumo de alimentos, esto no necesariamente significa que van a tener mejor carga nutricional. Esto dependerá de la respuesta que pueda dar cada hogar al uso de esos nuevos recursos en relación con la disponibilidad de alimentos, hábitos alimenticios y costumbres de los hogares (Schiff y Valdés, 1990). Por lo tanto, el efecto de un incremento en los ingresos puede variar si se toma en cuenta el contexto y región en la que habita cada hogar con menores en condición de DCI (Haddad, Alderman, Appleton, Song, y Yohannes, 2003).

La baja relación entre el incremento del ingreso y la reducción de la DCI también se ha encontrado en estudios realizados en India, Pakistán y Perú (Behrman y Deolalik, 1989; Alderman, 1990; Tucker et al., 2001; Minaya y Sánchez, 2018). En estos estudios se segmenta el análisis entre zonas ricas y zonas pobres y entre regiones para mostrar que un aumento de los ingresos no necesariamente logra reducir la DCI, o bien que las reducciones difieren según la localidad. Algunas de las explicaciones que dan los autores son: a) el destino de este mayor ingreso no se invierte en mitigar los factores de riesgo (alimentación, servicios básicos, educación, entre otros); b) la selección del consumo, por ejemplo de alimentos, no necesariamente es la adecuada para mejorar el estado nutricional de los menores; c) el aumento del ingreso no garantiza cambios en los patrones culturales y hábitos de salud y nutrición.

Por lo tanto, los patrones culturales, que además pueden estar asociados con territorios específicos, influyen en las decisiones sobre el destino de los recursos dentro del hogar. Para el caso ecuatoriano, Aguirre (2021) estimó la relación entre los quintiles de ingreso y las regiones del país con la probabilidad de padecer DCI para los menores de 5 años y encontró que la relación inversa entre ingresos y DCI (a mayores ingresos, menor DCI) no es la misma para todos los territorios y, en consecuencia, el rol que tienen los hábitos y patrones culturales podría ser un elemento a considerar cuando se diseñan y ejecutan políticas de transferencias monetarias para el combate a la DCI.

Por ejemplo, en la región Amazónica, la relación entre pertenecer a quintiles de ingreso más altos con la reducción de la DCI es menor comparada con la relación que se encuentra entre estos mismos quintiles en otras regiones del país. De igual manera, en la región Sierra, pasar del quintil 1 al quintil 2 no tiene el resultado esperado en la reducción de la desnutrición crónica y, por el contrario, la empeora; es decir que un aumento del ingreso en esta región no es lo suficientemente fuerte para que se

mejoren los patrones alimenticios y nutricionales para reducir la DCI. Por último, en el caso de la Costa, estar en un quintil de mayor ingreso es un factor de protección más fuerte que en las otras regiones; por ejemplo, los niños y niñas que están en el quintil de ingresos más altos en la Costa tienen 9,8 p.p. menos de probabilidad de tener DCI que los niños y niñas que están en el quintil más pobre, pero esta relación entre los mismos quintiles en la Amazonía es de apenas 0,2 p. p. y en la Sierra es del 4,8 p. p.. Por lo tanto, tener mayores ingresos en la Sierra o la Amazonía no garantiza una menor DCI.

Estos hallazgos señalan que en el país los quintiles de ingreso están asociados de forma heterogénea con la DCI y su relación está condicionada por las características regionales, las que deberían ser tomadas en cuenta para el diseño de las políticas de combate a la DCI como, por ejemplo, complementar las políticas de transferencias monetarias con acompañamiento, asesoramiento y campañas de educomunicación para mejorar los hábitos de alimentación, higiene y salud.

Como se detalló al inicio del capítulo, la prevalencia de DCI tiene claros rasgos territoriales: es mayor en la región Amazónica y en algunas provincias de la Sierra y está más presente en las zonas rurales. Un factor común en estos territorios es la alta presencia de la población autoidentificada como indígena, que se posiciona como el grupo étnico con una mayor prevalencia de DCI. Los resultados anteriores plantean importantes retos para la política de combate a la DCI, pues el enfoque territorial que asuman las estrategias tendrá un peso importante, en especial cuando se conoce que la DCI tienen una presencia más fuerte en territorios en los que hay una mayoría de población indígena, grupo que es identificado como el más vulnerable en materia de DCI, como se analiza en detalle en la siguiente sección.

La población indígena registra la mayor prevalencia de DCI

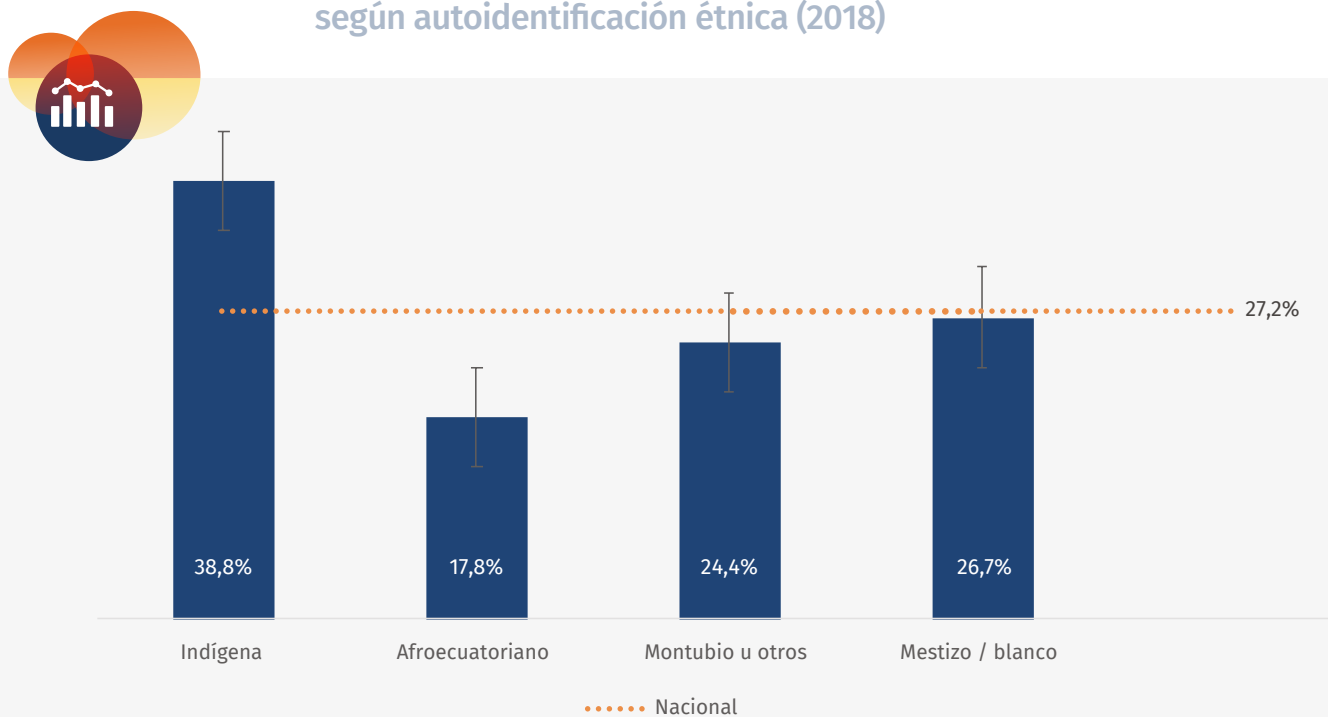
Considerando los factores de riesgo de sufrir DCI, las poblaciones indígenas resultan ser las más afectadas. Según el análisis descriptivo de Galárraga (2022), se reportan 19.406 menores de 2 años autoidentificados como indígenas con DCI y la prevalencia en este grupo es del 38,3 %. Esta cifra está 11,7 puntos por encima de la prevalencia nacional y es 12,1 puntos más alta que la reportada en los grupos autoidentificados como mestizos/blancos²¹ (ver el gráfico 11).



Para más información sobre el estado de la desnutrición crónica infantil en Ecuador: comparativa, tendencias, análisis y un perfil enfocado en los niños menores de 2 años, véase Galárraga, 2022 en <https://observatoriodenutricion.com/>

²¹ La prevalencia del grupo de autoidentificación "blanco" por separado no es representativa.

Gráfico 11. Prevalencia de DCI en niños menores de 2 años, según autoidentificación étnica (2018)



Fuente: Galárraga (2022), con datos de la Ensanut 2018.

A nivel mundial, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO, por sus siglas en inglés) asevera que la principal causa de la inseguridad alimentaria en el hogar “es la injusticia social, la inequidad y la falta de garantías para que la población pueda tener acceso a los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales, entre ellos el derecho a una alimentación saludable” (FAO, 2013), lo cual aumenta el riesgo para un niño o niña menor de 2 años de sufrir de DCI.

La desnutrición infantil indígena es producto de una historia de desigualdades sociales crónicas y la falta de garantías para que la población pueda tener acceso a los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales (FAO, 2012). Como resultado de la desventajosa inserción de este grupo de población en las distintas esferas de la sociedad, su salud y vida se ven afectadas, incluso antes de su nacimiento.

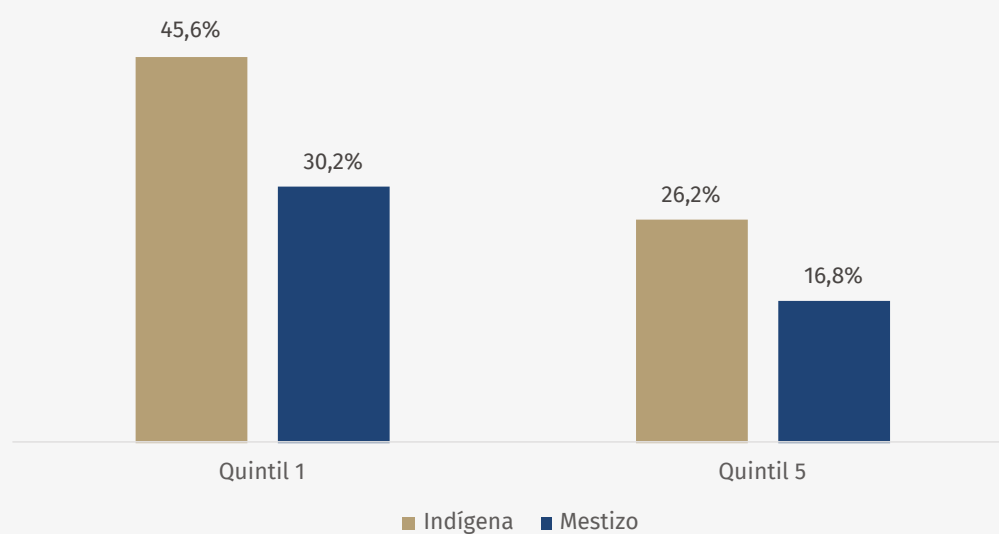
Estos factores han generado la acumulación de pobreza y pobreza extrema en estos grupos, que en su mayoría habitan en el área rural. Datos actuales del INEC (2021) muestran que la pobreza rural (49,2 %) y la extrema pobreza están 17 y 13,3 puntos porcentuales, respectivamente, por encima del promedio nacional. Los altos niveles de pobreza también se combinan con falta de servicios básicos e inaccesibilidad física y económica a una alimentación variada y adecuada en nutrientes, en espacios territoriales de condiciones ecológicas adversas con suelos áridos, volcánicos, erosionados y, en consecuencia, poco productivos.

La población indígena está más presente en el área rural, en la región Sierra y en las provincias centrales de esta región, que son justamente las que se han venido

señalando como los territorios con mayor presencia de DCI. Más de la mitad de estos grupos poblacionales se encuentra en la región Sierra (58,4 %), seguida de la región Amazónica (34,4 %), y muy pocos habitan en la región Costa e Insular (7,2 %). Esto podría explicar los resultados de Andrade (2022), puesto que en su modelo encontró que los niños y niñas que residen en la Sierra tienen más riesgo de tener DCI que aquellos que residen en la Amazonía, en la Costa y en la región Insular.

Además, algunos factores de riesgo son más marcados en la población indígena; por ejemplo, la prevalencia de DCI en menores de 5 años según quintiles es mayor en este grupo de población en comparación con la reportada para los menores autoidentificados como mestizos/blancos. En el quintil de los hogares más pobres (quintil 1), la probabilidad de que un menor indígena tenga DCI es del 45,6 %, mientras que esta probabilidad para un menor mestizo/blanco es del 30,2 %. La brecha se mantiene también en los hogares de mayores ingresos (quintil 5), con probabilidades del 26,2 % y 16,8 %, respectivamente (ver el gráfico 12).

Gráfico 12. Probabilidad estimada de padecer DCI para menores de 5 años, según autoidentificación étnica



Nota: no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los quintiles intermedios.

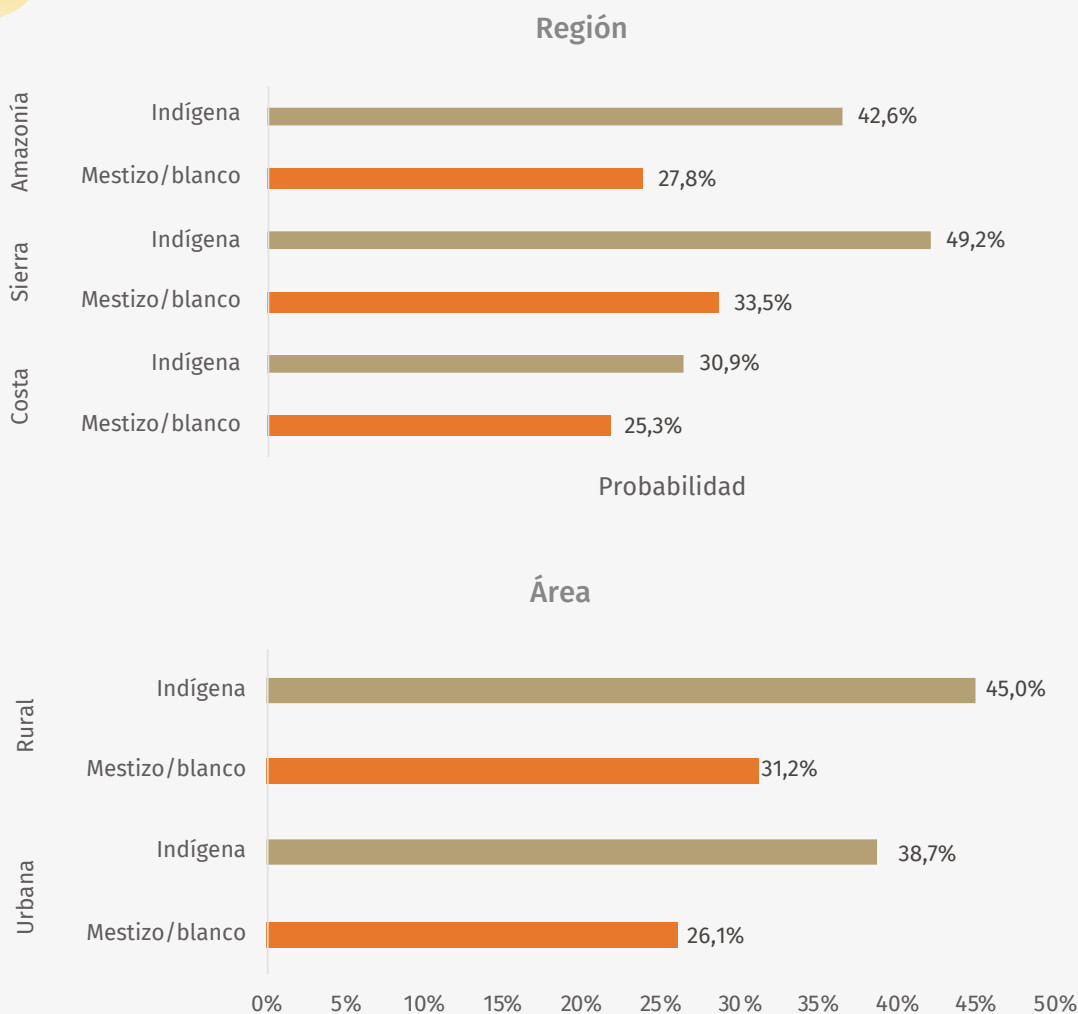
Fuente: elaboración propia a partir del modelo de Andrade (2022) y datos de la Ensanut 2018.

Otra de las características que posiciona a este grupo de la población como vulnerable es el tamaño del hogar, ya que la probabilidad de padecer DCI es 1,2 veces mayor cuando aumenta un hijo en el hogar. Esto se agrava en la población indígena, puesto que este grupo poblacional reporta tener en promedio más hijos en el hogar que el resto de las etnias (Andrade, 2022). De igual forma, se encuentra un mayor riesgo de padecer DCI en esta población cuando se estiman escenarios con múltiples factores sociales y demográficos. En hogares en los que se presenten NBI —como la falta de acceso a servicios básicos, bajos ingresos, infraestructura de la vivienda inadecuada—,

la probabilidad de padecer DCI es mayor para los niños y las niñas menores de 5 años que se autoidentifican como indígenas, en comparación con menores en las mismas condiciones, pero que se autoidentifican como blancos o mestizos. Estas brechas se agravan cuando se compara entre regiones y entre área urbana y rural, encontrando mayores diferencias en la región Amazónica, en la Sierra y en el área rural.

Por ejemplo, la probabilidad de que un menor de 5 años autoidentificado como indígena de la Sierra y que viva en un hogar pobre (medido por NBI) tenga DCI es del 49,2 %. Esta probabilidad es mayor en 15,7 puntos a la que tiene un menor en las mismas condiciones, pero que se autoidentifica como blanco o mestizo (33,5 %; ver el gráfico 13a). De igual forma, la brecha es 14 puntos mayor cuando se analiza este mismo escenario en la Amazonía y 13,8 puntos mayor en el área rural (ver el gráfico 13b).

Gráfico 13. Probabilidad estimada de padecer DCI en hogares con NBI, por autoidentificación étnica, según región y área



Fuente: elaboración propia a partir del modelo de Andrade (2022) y datos de la Ensanut 2019.

Si bien en el país no existe una estrategia de atención integral específica para este grupo de la población (Ortega, 2022), se han llevado adelante varios esfuerzos desde la sociedad civil, sectores multilaterales, la academia y otras organizaciones para atender los múltiples desafíos que todavía tiene el Ecuador para combatir la DCI. Cabe mencionar que estos esfuerzos no consideran a la población indígena como parte de la mesa de discusión, poniéndola en una posición de recibir beneficios que quizás no están del todo alineados con las características propias de cada comunidad (para un mayor análisis sobre la gobernanza y la DCI, ver el capítulo 2).

Son pocos los procesos de acompañamiento y programas de intervención en el país que cuentan con estudios de impacto. Uno de ellos es el “Modelo de gestión comunitario para mejorar la salud y nutrición de niñas y niños en la primera infancia y de mujeres gestantes” implementado por Unicef con el apoyo de múltiples actores locales (Unicef, 2021). Este modelo de gestión se sostiene en dos componentes de intervención: las mesas intersectoriales (MIP) y los centros interculturales de promoción de la salud y nutrición (CIPSN), en los que participan y se concretan acuerdos que involucran a organizaciones de la comunidad, gobiernos autónomos descentralizados (GAD), juntas de agua y otras instituciones que operan en los territorios. Las acciones logran ejecutarse gracias a la coordinación intersectorial e interinstitucional (Unicef, 2021).

El modelo de gestión se basa en el enfoque multicausal del combate a la DCI, por lo cual se ejecutan acciones tendientes a mejorar el acceso y calidad del agua, el acompañamiento en la gestación (alimentación, controles prenatales, corresponsabilidad prenatal, buenas prácticas de salubridad) y el seguimiento en los primeros 1000 días (controles de seguimiento, vacunas, consejería para el cuidado, lactancia materna y alimentación complementaria). Además, mantiene como ejes transversales la interculturalidad, la equidad de género, la igualdad generacional e intergeneracional y la corresponsabilidad (Unicef, 2021).

La intervención evaluada se realizó en seis parroquias pobres de la provincia de Imbabura, con una mayoría de población autoidentificada como indígena. El programa se ejecutó en los años 2015, 2016 y 2018. Los resultados encuentran que el modelo de gestión aplicado incrementó el peso promedio al nacer en un rango de 100 a 180 gramos en todas las parroquias en las que se implementó el programa. En algunas parroquias también se encuentran impactos en el aumento de las semanas de gestación, en la talla y en una mayor atención a partos en establecimientos de salud y por personal calificado (Unicef, 2021).

En este Reporte también se documenta una de las múltiples experiencias que tiene el país en el acompañamiento a las comunidades indígenas en el combate a la DCI. Si bien el estudio de caso documentado no cuenta con una evaluación de impacto, permite identificar algunas estrategias que han permitido al programa sostenerse varios años con la apertura, participación y aceptación de las comunidades involucradas.

Estudio de caso: Guangaje (Cotopaxi), parroquia rural con mayoría étnica indígena y presencia de múltiples factores de riesgo asociados con la DCI

Cotopaxi es la cuarta provincia con mayor prevalencia de DCI en menores de 2 años (34,85 %, 6625 niños y niñas). Los rasgos ecológico-ambientales, demográficos y económicos caracterizan a Guangaje, en el cantón Pujilí, como una parroquia altoandina, de suelos volcánicos áridos, clima frío y ventoso, históricamente habitada por población indígena, geográficamente marginal y socialmente aislada. Según Ortega (2022), y consistente con los hallazgos señalados a lo largo de este capítulo, la población indígena es el grupo social ecuatoriano más afectado por la desnutrición infantil crónica.

En la parroquia de Guangaje, el 98 % de población se autoidentifica como indígena kichwahablante. Según el último censo de población del 2010, en ella habitaban 8026 personas autoidentificadas como indígenas (para el 2020, el INEC proyectó una población de 9272 habitantes), 52,5 % de ellas mujeres y 47,5 % hombres, con un 53,4 % de menores de 18 años. La principal actividad productiva es la agricultura (79,5 %), con cultivos de papa, cebolla, habas, mellocos, cebada y pastos de regeneración natural.

En Guangaje están presentes muchos de los factores de riesgo asociados con la DCI. No existen datos actualizados a escala parroquial ni de comunidades que reflejen las condiciones de vida de este grupo de la población. Sin embargo, la recolección de información de campo realizada por Ortega (2022) y los datos oficiales disponibles (no actuales) señalan que en esta parroquia la incidencia de pobreza alcanzaba el 73 % y la extrema pobreza, el 34 % (SIISE-STMCDS, 2008).

De igual forma, según en el Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial de Guangaje (GAD Pujilí, 2015) y Senplades (2013), se identifica que en esta parroquia la población tiene un bajo nivel educativo (al 2010, la población analfabeta era del 40,3 % y tiene el más bajo nivel de escolaridad del país, con 4,2 años), las condiciones físicas de las viviendas son precarias, los servicios de salud están escasamente abastecidos y un bajo porcentaje de la población está asegurada (93,6 % no tenía ningún tipo de seguro médico). Además, hay un escaso acceso a servicios básicos (78 % de los hogares no tiene acceso al agua potable e incluso a inicios del presente siglo no contaba con alumbrado público), los medios de comunicación son deficientes o inexistentes, el transporte público es escaso y el entorno natural presenta condiciones climáticas adversas (bajas temperaturas y alturas extremas) y suelos empobrecidos.

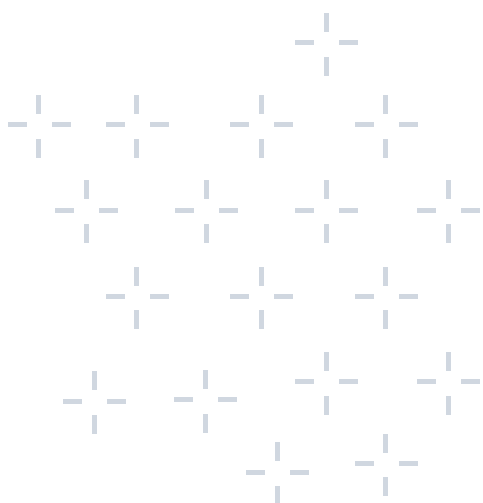
Para contrarrestar la DCI indígena no procede únicamente aconsejar dietas balanceadas cuando no existe acceso a alimentos variados o no hay capacidad económica para adquirirlos. Es necesario enfrentar sus causas mejorando la calidad y variedad de la producción local.

Todas estas condiciones sociales, culturales, ambientales y económicas acumulan múltiples factores de riesgo que hacen a esta población vulnerable a la DCI. Causas subyacentes como el nivel educativo de la madre juegan un rol importante para identificar la probabilidad de que los niños tengan desnutrición crónica. En el modelo de Andrade, se estimó que, para mejorar las condiciones nutricionales de los menores indígenas, sus madres deben culminar por lo menos 6 años de educación. Además, con respecto a la alimentación complementaria inadecuada y la inseguridad alimentaria, indica que los niños indígenas que viven en hogares que presentan inseguridad alimentaria leve o moderada tienen mayor probabilidad de sufrir DCI que aquellos que viven en hogares con seguridad alimentaria. En cuanto al ingreso familiar como causa básica de la DCI, este es menor al salario básico en las familias indígenas, lo que aumenta el riesgo de que las niñas y los niños menores de 5 años padezcan de desnutrición crónica por pobreza.

Aunque de manera general en el Ecuador la incidencia de DCI en menores de 5 años muestra una tendencia a la baja, esta no es una realidad para todas las parroquias del país. La recolección de información de trabajo de campo en Guangaje muestra que todos los niños y las niñas de esta comunidad tienen retraso en talla para la edad, desde siempre, y viven cotidianamente con ausencia de condiciones de vida que les garanticen por lo menos cubrir sus necesidades básicas; por lo tanto, problemas como la desnutrición no han sido una prioridad de desarrollo local.

Para contrarrestar la DCI indígena no procede únicamente aconsejar dietas balanceadas cuando no existe acceso a alimentos variados o no hay capacidad económica para adquirirlos. Es necesario enfrentar sus causas mejorando la calidad y variedad de la producción local, facilitando la comercialización de sus cosechas, pagando precios justos al productor, complementando la dieta con alimentos producidos localmente, ampliando el acceso al agua potable, fortaleciendo patrones higiénicos adecuados y, aún más, dando un trato justo e igualitario al ciudadano indígena. Además, se requiere contar con profesionales de campo que entiendan los patrones culturales de comportamiento comunitario sobre la economía familiar, salud, alimentación y producción (Ortega, 2022).

El diagnóstico de Guangaje refleja una realidad que está presente en muchas otras parroquias de país y es por ello que documentar proyectos de acompañamiento e identificar elementos exitosos en cada uno de ellos contribuye al logro de mejores resultados en los diseños e intervenciones públicas y privadas (ver el recuadro 8).



Recuadro 8.

Trabajo comunitario conjunto como eje estratégico para combatir la DCI

En este recuadro se documenta algunos de los pilares exitosos que suman esfuerzos para combatir la DCI en comunidades indígenas desde un enfoque comunitario. La estrategia que sustenta al proyecto Desarrollo Comunitario Integral tiene como propósito promover un diálogo con la comunidad para comprender las causas de sus necesidades y compartir conocimientos e ideas útiles, desde puntos de vista tanto campesinos como profesionales, en la búsqueda de potenciales soluciones. Todo esto con el fin de lograr mejores condiciones de vida, acceso a servicios básicos, salud, educación, mejores cosechas e ingresos económicos.

Esta estrategia se fundamenta en la interpretación de las causas de los problemas que aquejan a las comunidades. Durante los 20 años de funcionamiento del programa se ha logrado lo siguiente: a) proponer potenciales soluciones ante cada problema planteado; b) sugerir nombres de actores o instituciones claves a quienes acudir; c) identificar internamente a los comuneros responsables para llevar adelante cada gestión, y d) considerar al Desarrollo Comunitario Integral como un proceso continuo, pausado y dependiente de los recursos disponibles o gestionables, para mejorar las condiciones de vida de toda la pobla-

ción en diferentes ámbitos (salud, educación, nutrición, vivienda, vulnerabilidad, seguridad alimentaria, producción) y resolver prioritariamente cada necesidad.

El punto de partida para seleccionar las acciones a seguir es el autodiagnóstico y la priorización de necesidades de acuerdo con los criterios de urgencia de la comunidad, respetando los mecanismos comunales de participación, con libre expresión de sus opiniones e incluyendo en la comunicación la lengua natal en todas las mesas de discusión y decisión. El proceso de diálogo define aspiraciones comunitarias que se trasladan a objetivos concretos, los que se alcanzan a partir de programar una serie de actividades, fases y gestión que involucran a toda la comunidad en el marco de los patrones tradicionales en la toma de decisiones, la participación igualitaria de las parejas y sus hijos, el contexto físico de la casa comunal, la lengua y los valores culturales.

El acompañamiento de los proyectos resulta de una combinación de la gestión y ejecución de los profesionales a cargo, como también de la autogestión de la comunidad. Hay actividades pensadas y razonadas únicamente por la comunidad, como la creación de un espacio para el cuidado colectivo de los niños

y niñas menores y la asociación tácita de sus madres para rotativamente darles atención y alimentación conforme a las posibilidades económicas del grupo (olla común), o las múltiples gestiones personales ante la alcaldía del cantón, algunas exitosas, aunque la mayoría rechazadas por falta de presupuesto. Otras actividades responden a la necesidad de luz, agua y vialidad, que se gestionaron con la empresa eléctrica, la municipalidad del cantón y el consejo provincial. Finalmente, también hay actividades en las que participan otros actores de la sociedad civil, como organizaciones internacionales.

Si bien hay logros en la forma de gestionar y definir necesidades e incluso dar solución a algunas de ellas, la magnitud de los problemas por resolver plantea desafíos que demandan intervenciones de mayor alcance, pues requieren una respuesta financiera suficiente y la intervención estatal para la dotación de condiciones básicas de agua, saneamiento, comunicación, infraestructura educativa y de producción. Además, los Planes de Desarrollo y Ordenamiento Territorial requieren no solo el financiamiento para las obras indispensables, sino un enfoque intercultural que permita a los pobladores ser partícipes y actores fundamentales en cada obra implementada.

Fuente: elaboración propia a partir de Ortega (2022).



Buenas prácticas y resultados

Los resultados de este programa no han sido evaluados, sin embargo, del estudio de caso analizado se desprenden algunas buenas prácticas y recomendaciones que aportan a la reflexión, diseño y ejecución de los programas de combate a la DCI enfocados en poblaciones vulnerables, como la indígena. Entre ellas destacan (Ortega, 2022):

- » Las condiciones nutricionales y las enfermedades que aparecen en poblaciones empobrecidas obedecen a contextos específicos y son productos sindémicos de múltiples causas, por tanto, los enfoques de solución tienen que ser integrales.
- » La efectividad de una atención integral en la detección oportuna de problemas nutricionales y de salud requiere la aplicación continua de mecanismos de monitoreo y de estudios epidemiológicos de seguimiento.
- » Integrar esfuerzos interinstitucionales que incorporen políticas de acercamiento para comprender la complejidad del problema nutricional y la combinación de esfuerzos e interacciones para su solución.
- » Mantener una relación duradera con la comunidad para comprender y enfrentar sus carencias juntos y con perseverancia. Las políticas públicas deben establecerse con el público, es decir, dentro del contexto comunitario amplio, diverso, participativo y comprometido.
- » Establecer contactos con otros actores e instituciones que aporten a la reducción de desigualdades.
- » Fortalecer las bases comunitarias para el desarrollo armónico de las siguientes generaciones.
- » Destacar el “autodiagnóstico” que genera “autocompromiso”, con plazos concretos para el cumplimiento de cada gestión.
- » Pensar en formas alternativas de agricultura amigable que favorezcan la diversificación de los cultivos para facilitar el cambio de hábitos cuando las condiciones no permiten contar con diversidad de alimentos.



Para más información sobre desarrollo comunitario integral para contrarrestar la desnutrición crónica infantil: El caso de las comunidades indígenas de Guangaje, Cotopaxi, Ecuador, véase Ortega, 2022 en <https://observatoriodenutricion.com/>

Para combatir la desnutrición infantil indígena es importante tener un marco de abordaje mucho más amplio, ya que es producto de una historia de desigualdades sociales crónicas cuyo impacto en la salud y vida de las personas ocurre aun antes de su nacimiento. La búsqueda de estrategia exitosas de combate a la DCI debe contemplar, en el diseño y el plan de ejecución, acciones que logren conciliar, integrar, respetar y convivir con las distintas costumbres, creencias y organización social de los diferentes grupos étnicos del país. Deben ser estrategias que sean aceptadas y acogidas por las comunidades; estrategias con las que se sientan identificadas y que estén alineadas con su cosmovisión.

Investigadores principales: Investigadores internos (Karla Meneses, UDLA-Ecuador; Belén Ocampo, USFQ; Mónica Villar, USFQ). Investigadores externos (José Andrade, Fernando Cando, Vanessa Carrera, Leandro Chalela, Julio Galárraga, Fernando Ortega, Drichelmo Tamayo).

Insumos: *Desnutrición crónica infantil en Ecuador: Factores asociados* (José Andrade); *Estimación de la prevalencia de la desnutrición crónica infantil (DCI) 2021* (Fernando Cando, Leandro Chalela y Drichelmo Tamayo); *El estado de la desnutrición crónica infantil en Ecuador: Comparativa, tendencias, análisis y un perfil enfocado en los niños menores de 2 años* (Julio Galárraga, UDLA-Ecuador); *Nutrición, primera infancia y desarrollo integral: Desnutrición crónica infantil y desarrollo integral* (Vanessa Carrera); *Desarrollo Comunitario Integral para contrarrestar la desnutrición crónica infantil: El caso de las comunidades indígenas de Guangaje, Cotopaxi, Ecuador* (Fernando Ortega); *El efecto de recibir desayuno preescolar gratuito en el estado nutricional de niños y niñas menores de 5 años en Ecuador* (Ana Paula Armendáriz); *Impacto de la creación de centros de salud en el bajo peso al nacer* (Katherine Oleas).

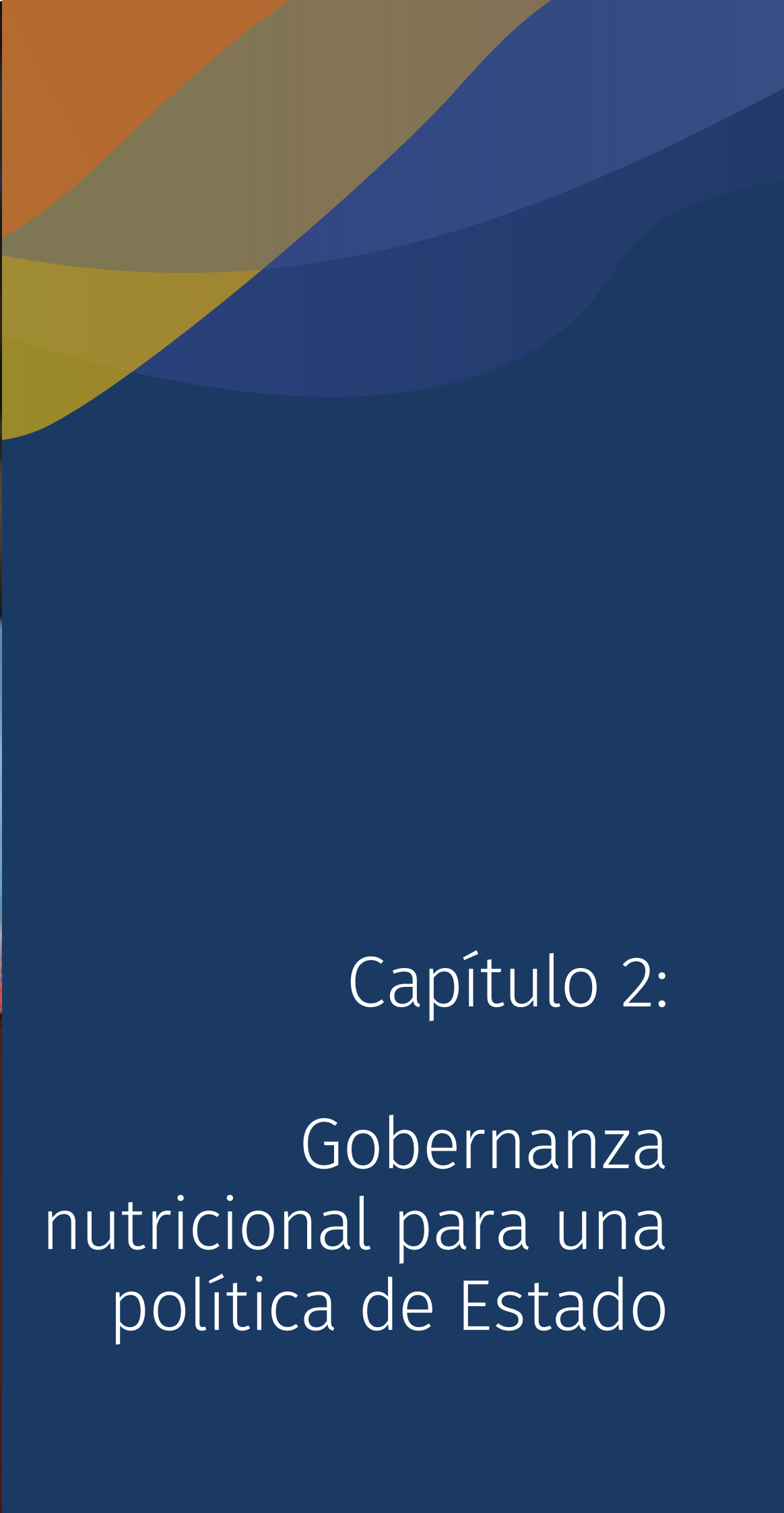
Asistentes de investigación: Sofía Valencia, Katherine Oleas.

Lectores críticos: Andrés Mejía Acosta, Luciana Armijos, Wilson Guzmán y Lorena Moreno.

Corrección de estilo y diagramación: Manthra Editores.

Talleres de consulta: se realizaron los días 26 de mayo, 13 de junio y 9 de septiembre de 2022, con la participación de Luis Enrique Coloma, Lorena Moreno, Vanessa Carrera, Julio Galárraga, Joan Gil, Wilson Guzmán, José Andrade, Marco Rojas, María José Enríquez, Fernando Cando, Susana Herrero, Saskia Izurieta, María Pilar Vela, William Waters, Boris Cornejo, Jairo Rivera, Juan Pablo Guzmán, Fernando Ortega, Ximena Moreno, Juan Pablo Bustamante, Diana Román, Ximena Garzón Villalba.






Capítulo 2:

Gobernanza nutricional para una política de Estado

En este capítulo

Introducción.....	79
Resumen.....	82
La gobernanza nutricional para erradicar la DCI	84
La focalización como alternativa para mejorar la coordinación política	84
El enfoque de gobernanza nutricional.....	85
La coordinación intersectorial es un proceso político	86
La coordinación en territorio es clave para el éxito.....	87
El financiamiento como motivo de coordinación	88
Transparencia y rendición de cuentas desde la sociedad civil.....	89
Gobernanza nutricional en Ecuador: La otra década perdida	89
Continuidad y fragmentación en el diseño de políticas para combatir la DCI (Ecuador 2009-2021).....	90
Desconexión y duplicación en la coordinación intersectorial	94
La articulación territorial continúa siendo el eslabón débil de la lucha contra la DCI	98
Seguimiento y monitoreo para reducir la DCI	101
Desde la STECSDI hacia una política de Estado.....	103
El contexto de la ECSDI: Polarización, inestabilidad y fragmentación política	105
Los actores de la nutrición: Una causa común con distintos intereses	106
Continuidades, brechas pendientes y alertas dentro del Plan ECSDI.....	107
Conclusiones generales.....	109



Capítulo 2: Gobernanza nutricional para una política de Estado

Introducción

El propósito de este capítulo es analizar el papel de la gobernanza nutricional como una condición necesaria para el éxito y efectividad de las políticas de prevención y erradicación de la DCI. La premisa fundamental de este enfoque es plantear la necesidad de entender y explicar las capacidades e incentivos que tienen los principales actores para diseñar políticas efectivas de nutrición en favor de los más vulnerables, para cooperar y coordinar intervenciones entre diferentes grupos, o para asegurar una continua y transparente implementación de dichas políticas (Mejía Acosta y Fanzo, 2012). Desde esta perspectiva, no basta con tener condiciones favorables de país —como un sostenido crecimiento económico, un mayor gasto de gobierno o una mejor focalización de beneficiarios— para lograr una reducción significativa en la prevalencia de DCI, si es que no hay una coordinación efectiva y consensuada de políticas de intervención.

La gobernanza nutricional es particular a la realidad de cada país y tiene que ser entendida como un conjunto de reglas y normas que van más allá de un “compromiso político” de las élites. Tampoco basta con exigir la adopción de mecanismos formales, como la adopción de un plan nacional de acción, la conformación de instancias de coordinación intersectorial o la creación de

presupuestos dedicados a la nutrición. La noción de gobernanza implica comprender cómo y cuándo los actores relevantes desarrollan incentivos para colaborar unos con otros hacia un fin común. Este capítulo precisamente busca ilustrar cuándo se produce la coordinación política intersectorial, cuándo hay una coordinación de intervenciones entre el Gobierno central y los territorios subnacionales, cómo se generan mecanismos de financiamiento sustentable y cuál es el impacto de mecanismos de monitoreo, evaluación y rendición de cuentas (Mejía Acosta y Haddad, 2014). La presencia y efectividad de cada una de estas dimensiones van a depender de la naturaleza política propia de cada país, como, por ejemplo, el régimen político, la fragmentación partidaria, la calidad de la burocracia o el grado de descentralización territorial.

El caso ecuatoriano merece particular atención dentro de este enfoque de gobernanza nutricional. Durante más de una década, entre 2003 y 2014, el país experimentó un rápido crecimiento económico estimulado por el auge del precio del petróleo; los gobiernos subnacionales observaron un incremento directo y sostenido de las transferencias desde el Gobierno central y hubo un sostenido gasto general del presupuesto sectorial para desnutrición (Banco Mundial, 2018). Durante un período similar, 2006 a 2017, Ecuador también experimentó una inédita estabilidad política, caracterizada por tener un solo partido en el Gobierno central, con mayorías legislativas, una pluralidad de partidos en los gobiernos locales y un importante crecimiento de la burocracia gubernamental. Esta favorable combinación de tener un mayor crecimiento e inversión del Gobierno, junto con una mayor continuidad y estabilidad política, habría empoderado a los actores relevantes con los recursos y capacidades necesarias para adoptar un combate frontal y efectivo a la desnutrición infantil. Sin embargo, la evidencia muestra que, a pesar de repetidos esfuerzos gubernamentales para diseñar e implementar programas de prevención y erradicación de la desnutrición, no se logró reducir de manera significativa la incidencia de la DCI durante este período. En los doce años transcurridos entre 2006 y 2018, la tasa de DCI apenas se redujo en 2,6 puntos porcentuales, pasando de 25,6 % a 23,0 %. Se estima, además, que esta ganancia marginal fue revertida con la llegada de la pandemia de COVID-19 en el período 2020-2022, como se presentó en el capítulo 1.

El Banco Mundial señala que “las causas del fracaso nutricional en Ecuador no son inmutables, sino que son el producto de fallos de políticas” (2018: xv). La acción política para combatir la desnutrición no logró articularse, dados los escasos incentivos para la cooperación y la pobre disponibilidad de evidencia empírica para informar la toma de decisiones (Rivera, 2020).

La adopción, en 2021, del Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil en Ecuador marca un importante hito para incorporar los cuatro elementos fundamentales de la gobernanza nutricional comparada. Si bien se reconoce formalmente la necesidad de una mayor articulación de políticas públicas para reducir la DCI, queda mucho trabajo pendiente para definir una instancia de liderazgo político que facilite la coordinación intersectorial, que logre articular las políticas nacionales con las prioridades territoriales, que diseñe un esquema sustentable de financiamiento y que promueva un efectivo monitoreo y evaluación de las iniciativas en DCI.



Desarrollar y adoptar un marco legal, institucional y político que promueva la articulación de políticas inclusivas, sustentables y efectivas para prevenir y reducir la DCI en el largo plazo.

La estructura de este capítulo refleja las contribuciones de cuatro insumos. El primero ofrece una visión comparada de las principales dimensiones de gobernanza nutricional y sus desafíos y adaptaciones esenciales de acuerdo con el contexto de cada nación. El segundo insumo analiza la evolución de las políticas de primera infancia, incluidas la prevención y reducción de la DCI en Ecuador. El tercero relata, desde una perspectiva participante, el proceso de construcción y validación de la Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil (ECSDI). Finalmente, el cuarto insumo ofrece un mapeo sistemático del papel, la responsabilidad y los intereses de los principales y potenciales actores en la lucha contra la DCI.

En su esencia, este capítulo reitera la necesidad de considerar y desarrollar incentivos efectivos que promuevan la coordinación entre diversas instancias de gobierno, que articulen las necesidades locales con las capacidades estatales, que establezcan fuentes creíbles de financiamiento y que busquen la rendición de cuentas entre los beneficiarios más vulnerables y los actores políticos involucrados en prevenir y reducir la DCI. La última sección concluye y plantea temas para investigación futura.

Resumen

La DCI es una condición que afecta al 27,2 % de la población menor de 2 años según la última encuesta Ensanut de 2018. En los últimos quince años, esta prevalencia no solo que no ha disminuido, sino que muy probablemente se ha incrementado tras los devastadores efectos económicos y sanitarios de la pandemia de COVID-19 de los años recientes. Esta problemática resulta ser particularmente paradójica e inesperada para el caso ecuatoriano, considerando que ha habido importantes avances económicos e institucionales en las dos últimas décadas, que podrían ser considerados como factores favorables para la reducción de la DCI. Por un lado, Ecuador se benefició durante casi una década de la bonanza de exportación de materias primas, especialmente de petróleo. Esto aumentó de manera inesperada los ingresos fiscales, que, a su vez, se tradujeron en una mayor inversión para el sector social, particularmente para la nutrición, y en una creciente transferencia de recursos a los gobiernos autónomos descentralizados (GAD). Por otro lado, Ecuador presencié un período inédito de continuidad y estabilidad política, que se reflejó en la permanencia de un mismo partido en el Gobierno por más de diez años, que eventualmente tuvo una bancada legislativa mayoritaria y una pluralidad en el control de los gobiernos locales. Esta estabilidad política le permitió al Gobierno tener los recursos y atribuciones necesarias que le permitieran confirmar su compromiso político en la lucha contra la DCI (Gillespie et al., 2013).

Desde una perspectiva de gobernanza, se observa en Ecuador el diseño y adopción de diferentes configuraciones institucionales para coordinar esfuerzos estatales, vincular a los gobiernos seccionales en la ejecución de proyectos, desarrollar nuevas mediciones de la problemática y financiar las necesidades identificadas. Se reconoce el principio fundamental de la multicausalidad de la DCI (Unicef, 1990) y se acepta la necesidad de crear organismos coordinadores de una acción intersectorial. Para ello, se configuran ministerios coordinadores en materia de protección social, o se conforman

secretarías técnicas especializadas, a fin de ofrecer servicios de salud, cuidado infantil o saneamiento desde varios ministerios. Se focalizan los programas para identificar poblaciones más vulnerables y se trabaja con comunidades y gobiernos locales para lograr una presencia más inmediata en territorio. Se inician también esquemas de seguimiento y medición de indicadores antropométricos, que se adaptan a diferentes contextos regionales y culturales en su trabajo con las comunidades.

A pesar de estos esfuerzos, se observa un permanente desafío en la coordinación institucional en Ecuador, que se expresa de varias maneras. No se perciben líneas claras de responsabilidad administrativa al interior de los ministerios ni hay una rendición de cuentas sistemática hacia el Ejecutivo a pesar de la existencia de organismos coordinadores. Se observa una competencia y rivalidad manifiesta entre diferentes ministerios, que obstruye los incentivos de cooperación y comunicación. Se evidencia una desconexión entre la planificación en materia nutricional a nivel nacional y su ejecución a nivel local. Se sabe, pero no se reconocen, las diferentes capacidades políticas, administrativas y gerenciales de los gobiernos locales para asumir los retos de política pública delineados desde el centro. El financiamiento de dichas iniciativas es, a su vez, un reflejo y una causa de la descoordinación institucional en la medida en que no hay un sistema claro de recompensas o incentivos para el buen desempeño ni hay consecuencias financieras en caso de incumplimiento de metas. Finalmente, existieron mecanismos muy débiles de monitoreo y rendición de cuentas, ya sea para que el Gobierno lleve cuenta de sus propios esfuerzos, avances y limitaciones, así como para que los representantes políticos y la ciudadanía organizada exija un mejor cumplimiento de las metas propuestas.

Desde una perspectiva de gobernanza nutricional, el esfuerzo del Gobierno entre 2007 y 2016 se puede considerar como una década perdida dado su limitado impacto para reducir la incidencia de la DCI en Ecuador. La siguiente administración, del presidente Lenin Moreno (2017-2021), tampoco logra mejorar los resultados y la situación se ve afectada, además, por el advenimiento de la pandemia de COVID-19. Sin embargo, el Gobierno da un giro en sus últimos meses para retomar medidas de combate a la DCI, que son ratificadas por el nuevo presidente, Guillermo Lasso. Las políticas adoptadas reflejan términos que ya se conocen como efectivos en la literatura comparada y especializada: una atención priorizada sobre los primeros 1000 días de vida, un enfoque intersectorial, una secretaría técnica que tenga el más alto nivel de decisión del Ejecutivo, una coordinación intersectorial a nivel local, un sistema de asignación presupuestaria enfocada a resultados y un sistema de monitoreo y seguimiento nominal.

La pregunta que queda planteada en este reporte es si esta refocalización de esfuerzos e inédita continuidad política será suficiente para reducir la prevalencia de la DCI en Ecuador. Una respuesta preliminar es que esta nueva gobernanza nutricional necesita descansar sobre un contexto político de gobernanza entre actores que privilegie el diálogo entre distintos sectores, que busque consensos mínimos en la forma de un pacto social y que involucre a representantes políticos (legislativos y locales), sector privado, academia y sociedad civil.

La gobernanza nutricional para erradicar la DCI

Un componente fundamental para el diseño e implementación de políticas efectivas para prevenir y erradicar la desnutrición consiste en analizar la gobernanza misma de dichas políticas públicas.¹ Un enfoque de gobernanza va más allá de comprender la formulación de políticas públicas como equilibrios legales o formales que predefinen la acción social y política (Peters, 2018). Las políticas públicas se proponen como soluciones colectivas a problemas públicos; por ende, requieren coordinar acciones e intereses de actores en diferentes dimensiones (macro, meso, micro) y conciliar los objetivos de corto, mediano y largo plazo (Howlett, 2009). De manera ideal, las políticas públicas deberían gozar de la suficiente legitimidad que les permita consolidarse en el tiempo, pero deben ser lo suficientemente flexibles para adaptarse a nuevos cambios o retos del entorno (Cox y McCubbins, 2001). Las políticas tendrían que ser consistentes con la realidad que modelan, pero también mostrar coherencia entre sí y con el marco legal existente. Por último, las políticas públicas tendrían que, idealmente, promover el beneficio universal por encima de los intereses personales (Spiller et al., 2009; Wu-Xum et al., 2018).

La gobernanza nutricional es particular a la realidad de cada país. No es suficiente plantear la gobernanza como un conjunto de reglas y normas que demuestren un “compromiso político” de las élites (Guillespie et al., 2013; Nisbett et al., 2014). Es necesario analizar cómo y cuándo los diferentes actores relacionados con la nutrición desarrollan incentivos para coordinar entre distintos sectores, para articular políticas a nivel subnacional, para proteger asignaciones presupuestarias dedicadas a la nutrición y para facilitar mecanismos de seguimiento y monitoreo (Mejía Acosta y Haddad, 2014).

La focalización como alternativa para mejorar la coordinación política

Una consideración fundamental en el diseño de políticas sociales es definir la población objetivo sobre la que se va a intervenir, ya sea a través de transferencias condicionadas de efectivo, políticas de atención médica para madres embarazadas y recién nacidos, o por medio de seguros de pensiones y desempleo para población adulta. En cuanto a la atención a la primera infancia, el debate oscila entre beneficiar a la mayor parte de la población necesitada en función de sus derechos de ciudadanía, o promover la atención priorizada a los grupos más vulnerables a fin de maximizar el impacto de las intervenciones y la eficiencia del gasto público.

En el caso de las políticas para prevenir y reducir la DCI, este reporte confirma la relevancia de enfocar esfuerzos para atender los primeros 1000 días de vida (madres embarazadas y niños menores de dos años) como las más efectivas para reducir la DCI (Bhutta et al., 2008; Leroy et al., 2014; Moore et al., 2017). Este tipo de “universalismo básico” busca atender a la población afectada durante la etapa más crítica de

¹ La gobernanza también puede ser entendida como “el ejercicio de la autoridad política y administrativa en todos los niveles para gestionar los asuntos de un país; comprende los mecanismos, procesos e instituciones a través de los cuales los ciudadanos y grupos articulan sus intereses, ejercen sus derechos legales, cumplen con sus obligaciones y median en sus diferencias” (Naciones Unidas, 2012).

crecimiento para asegurar un desarrollo integral de largo plazo, como se demostró en el capítulo 1. Como veremos más adelante, esta intervención focalizada busca también reducir los desafíos de coordinación política y presupuestaria en la acción del Gobierno de manera más urgente.

Esta intervención focalizada, sin embargo, no implica que el Estado abandone su responsabilidad y objetivo de ampliar sistemáticamente la cobertura a otros grupos vulnerables (por ejemplo, la población infantil menor a 5 años) hasta lograr una cobertura universal en el largo plazo (Manosalvas, 2022). Alcanzar este nivel de universalismo implica desarrollar un pacto social de largo plazo para que diversos actores, de nivel nacional y subnacional, comprometan los recursos, transferencias fiscales y capacidades políticas necesarias para atender a la población más vulnerable (Mejía Acosta y Tillin, 2019).

La intervención focalizada busca reducir los desafíos de coordinación política y presupuestaria para facilitar una respuesta más efectiva e inmediata del Gobierno.

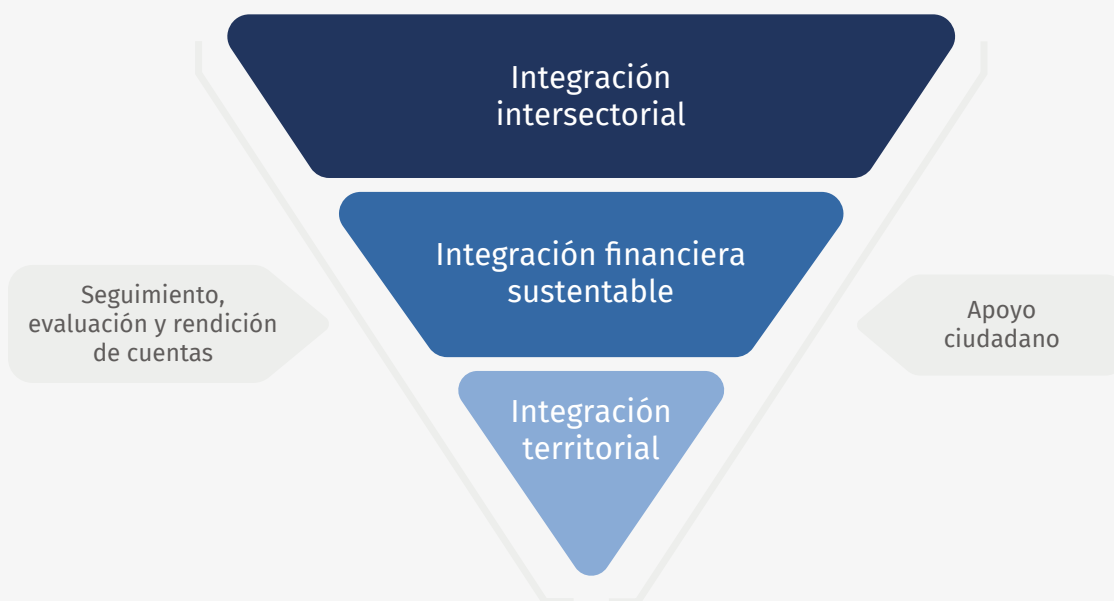
El enfoque de gobernanza nutricional

Más allá del enunciado formal de las políticas y reglamentos necesarios, este capítulo y Reporte ponen énfasis en la relación entre actores estatales y privados que buscan reconciliar y avanzar en objetivos comunes (Peters, 2013). Específicamente, el enfoque de gobernanza nutricional considera “las motivaciones diversas y conflictivas de las partes interesadas, las estructuras institucionales y organizativas en las que operan y su capacidad para movilizar diferentes fondos y recursos políticos en un momento dado” (Mejía Acosta y Fanzo, 2012).

Existen diversas aproximaciones para capturar las diferentes interacciones entre actores, niveles de intervención, recursos disponibles y necesidades de seguimiento. Por ejemplo, Gillespie et al. (2019) han propuesto siete componentes de gobernanza, que incluyen: compromiso, poder, responsabilidad, coherencia, datos, liderazgo y capacidad. Otros han ofrecido once elementos de análisis, que incluyen conciencia y comunicación en territorios, capacidad y recursos humanos, coordinación y colaboración, mecanismos de entrega subnacionales, combinación de sectores y combinación de intervenciones, grupos destinatarios, monitoreo y evaluación, evidencia, promoción, responsabilidad y finanzas (Brown et al., 2021). Si bien estos enfoques ofrecen una amplia descripción de factores relevantes, en este Reporte se privilegia un enfoque más sencillo, que contiene cuatro dimensiones esenciales que abarcan diferentes interacciones entre actores, territorios y recursos, que se pueden operacionalizar y medir fácilmente (Mejía Acosta y Fanzo, 2012). Estas dimensiones incluyen: a) la coordinación entre diferentes sectores gubernamentales y no gubernamentales; b) el grado de articulación vertical entre la política nacional y su implementación territorial; c) los mecanismos sustentables de financiamiento, y d) la presencia de mecanismos de monitoreo y evaluación para medir el impacto de las intervenciones y facilitar la rendición de cuentas (Mejía Acosta y Fanzo, 2012: 12-15). La otra ventaja de adoptar este enfoque de gobernanza nutricional es que es el mismo adoptado por la Estrategia

Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil (ECSDI), que se analiza en este Reporte. El gráfico 1 ilustra el modo en que se integran las cuatro dimensiones del análisis, para denotar la forma en que cada una de ellas se vincula entre sí y en su conjunto en este marco de gobernanza nutricional.

Gráfico 1. Marco de gobernanza nutricional



Fuente: Mejía Acosta y Fanzo (2012).

Este enfoque integrado de gobernanza nutricional nos permite analizar los elementos necesarios para un diseño e implementación efectiva de políticas en diferentes contextos políticos. Por ejemplo, una coordinación intersectorial puede ser muy efectiva si hay una autoridad centralizada (un presidente) que convoque a distintos sectores siempre y cuando compartan la misma afiliación partidaria; la articulación entre Gobierno central y gobiernos locales se facilita cuando el financiamiento se ejecuta de manera descentralizada, etc. En las siguientes secciones se ofrece una breve comparación de cómo la gobernanza funciona en diferentes contextos políticos, para luego analizar cómo ha funcionado la gobernanza nutricional en el contexto de Ecuador.

La coordinación intersectorial es un proceso político

La naturaleza multicausal de la DCI requiere una coordinación efectiva entre varias entidades de gobierno para diseñar e implementar políticas de nutrición de manera concertada. En su esencia, el combate a la desnutrición infantil requiere de intervenciones específicas que tienen un impacto inmediato para mejorar el bienestar de los niños y sus madres (como la vacunación infantil o la lactancia materna) y que generalmente están a cargo del Ministerio de Salud. Existen además una serie de programas

e intervenciones orientadas a debilitar las causas subyacentes y estructurales de la desnutrición, como la falta de agua potable, alcantarillado o la escasez de alimentos saludables. Para ello, se necesita de la presencia y coordinación de ministerios de Protección o Inclusión Social, Agua y Saneamiento, Medio Ambiente, Obras Públicas y Agricultura, por citar unos ejemplos (Subandoro et al., 2021). Otras entidades fundamentales incluyen el Ministerio de Economía y Finanzas, Registro Civil, Institución de Estadística, Ministerio de Vivienda, Ministerio de Trabajo, Ministerio de Planificación y Desarrollo y el Ministerio de Gobierno o Asuntos Internos (Subandoro et al., 2021; Marini et al., 2017; Unicef, 2013). Fuera de las instancias gubernamentales, es necesario asegurar la participación de partidos políticos y legislatura, agencias de cooperación internacional, academia, sector privado y sociedad civil, entre otros. Así, la coordinación intersectorial se concibe como “la forma más eficaz de abordar los determinantes directos e indirectos de la desnutrición y mejorar los resultados nutricionales (en las poblaciones más vulnerables)” (Subandoro et al., 2021: xi; Unicef, 1990).

Existen algunas condiciones para hacer más efectiva la coordinación intersectorial (Mejía Acosta y Fanzo, 2012; Subandoro et al., 2021). En primer lugar, el involucramiento directo del Ejecutivo en el combate a la desnutrición infantil es fundamental, sobre todo cuando la acción del Gobierno se canaliza a través de un organismo supraministerial de coordinación. En segundo lugar, es importante generar espacios para la coordinación entre entidades gubernamentales y no gubernamentales. En Perú, el Ejecutivo impulsó desde 2007 un trabajo coordinado entre los ministerios relevantes desde la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM), quienes colaboraron de manera activa con la Iniciativa para Combatir la Desnutrición Infantil, donde estaban representadas quince entidades de la sociedad civil, academia y organizaciones no gubernamentales, incluyendo la Mesa para el Combate a la Pobreza (Mejía Acosta y Haddad, 2014). En Brasil, el presidente Lula da Silva fomentó la coordinación intersectorial con la creación de un Consejo Nacional de Nutrición y Seguridad Alimentaria (CONSEA) en 2007, conformado por sesenta miembros, de los cuales veinte representaban a ministerios y entidades gubernamentales y los cuarenta miembros restantes provenían de la sociedad civil (Mejía Acosta, 2011).

La coordinación en territorio es clave para el éxito

La coordinación vertical se refiere a la interrelación entre el Gobierno central y los actores y gobiernos locales o subnacionales en los niveles regional, provincial o distrital (Brown et al., 2020; Subandoro et al., 2021). Desde una perspectiva de gobernanza, existen dos preguntas fundamentales que responder. Primero, si las autoridades locales tienen los incentivos, recursos y mecanismos para responder a las políticas diseñadas desde el nivel nacional. En este caso, el Gobierno central puede promover mayor cooperación y alineación por medio de una asignación oportuna y monitoreada de competencias, recursos e incentivos para recompensar el buen desempeño. En Perú, por ejemplo, se ha logrado una efectiva coordinación vertical a través de incentivos fiscales de desempeño y una activa coordinación de políticas centrales a nivel local, como lo demuestra la estrategia CRECER de disminución de pobreza y el programa de transferencias JUNTOS (Grimaldi, 2021; Mejía Acosta y Haddad, 2014).

En segundo lugar, es necesario preguntar si los gobiernos locales tienen la motivación, recursos y oportunidades para responder a las demandas de sus propios electores (Mejía Acosta y Fanzo, 2012: 13). En este sentido, las características de la competencia política partidaria, las estrategias de reelección de las élites locales, la afinidad o alineación partidaria con el Gobierno nacional, la conexión entre candidatos y votantes y la estructura del calendario electoral son variables que aumentan los incentivos electorales de las élites locales para responder a las demandas de sus votantes (Mejía Acosta y Meneses, 2019). En Brasil, por ejemplo, se observa una activa coordinación entre las prioridades y mecanismos de gasto social, como Bolsa Familia, y la capacidad de los gobiernos municipales para organizar sus campañas electorales en sintonía con la provisión de dichos servicios. Esta coordinación facilita una retroalimentación positiva entre los intereses de los votantes y la formulación de políticas nacionales.

El financiamiento como motivo de coordinación

La existencia de mecanismos oportunos y sustentables de financiamiento es esencial para asegurar la efectividad de las iniciativas en contra de la DCI. El tipo de financiamiento puede provenir de por lo menos tres sectores: Gobierno, cooperación y sector privado. El primer tipo se refiere al gasto específico o sectorial del Gobierno, para el cual se negocian las prioridades con los principales actores políticos y se aprueba la proforma presupuestaria por una legislatura para su posterior asignación de partidas y ejecución. Una segunda fuente de financiamiento lo constituyen las transferencias y préstamos por parte de la cooperación internacional y bancos de desarrollo. Estos fondos generalmente están sujetos a condicionalidades de apoyo presupuestario y desempeño con base en metas previamente determinadas. Finalmente, existen varias modalidades de financiamiento directo o indirecto que involucran a actores privados, no gubernamentales y fundaciones que operan a través de alianzas público-privadas, exenciones fiscales o mediante la aplicación de impuestos especiales a sectores especializados, como la industria extractiva, por ejemplo (Mejía Acosta y Fanzo, 2012).²

Además de su evidente función fiscal, los mecanismos de financiamiento también juegan un importante papel para armonizar —o desarticular— la gobernanza nutricional (Mejía Acosta y Fanzo, 2012; Marini et al., 2017; Brown et al., 2020). En el caso de Brasil, el programa de transferencias condicionadas Bolsa Familia ha facilitado una cooperación intersectorial y entre distintos niveles de gobierno para promover el bienestar de los menores. En Perú se creó en 2008 un mecanismo denominado Presupuesto por Resultados (PPR, ver el capítulo 3), con el fin de vincular el desempeño del gasto hacia la consecución de objetivos concretos. Este mecanismo permitió mejorar la transparencia del uso de recursos, la definición de responsabilidades y las asignaciones presupuestarias (Salhuana, Luna y Cordero, 2021: 2). Se puede afirmar, además, que la adopción del PPR “fue el pegamento que estimuló la coordinación horizontal y vertical de las agencias gubernamentales en torno a la prestación de servicios” (Mejía Acosta y Haddad, 2014: 33).

² Hay autores que resaltan modalidades combinadas en la gestión de fondos, según las cuales los ingresos provenientes de distintas fuentes se pueden acumular en un fondo común con la finalidad de mejorar la planificación y la asignación de recursos a intervenciones y programas prioritarios en el combate a la DCI (Brown et al., 2020). Sin embargo, la gestión combinada es más compleja desde una perspectiva de rendición de cuentas y manejo financiero de auspicios.

Transparencia y rendición de cuentas desde la sociedad civil

Un cuarto pilar para asegurar una adecuada gobernanza nutricional es tener un seguimiento efectivo y monitoreo independiente de las intervenciones del Gobierno. Para asegurar un monitoreo efectivo es necesario contar con información veraz y confiable que permita incrementar la transparencia y la rendición de cuentas (Brown et al., 2020). Ello implica desarrollar sistemas de manejo de información que permitan disponer de información precisa y datos en tiempo real “para mejorar la implementación de programas, informar la toma de decisiones, permitir la corrección del curso y mejorar la rendición de cuentas de los programas multisectoriales” (Subandoro et al., 2021: 13). Las modalidades de seguimiento y monitoreo han sido diversas. En Brasil, la sociedad civil y la academia tuvieron un papel crítico en la formación del Sistema de Vigilancia Alimentario y Nutricional (SISVAN), un sistema de información interactivo que recoge datos nutricionales de la población a partir de datos generados por distintos ministerios y distintos niveles de gobierno (Mejía Acosta, 2011).

Sin embargo, la sola existencia de información oportuna no es suficiente para generar mayor transparencia o influir en la toma de decisiones. Es necesario “fomentar una activa participación de la sociedad civil en el proceso de formulación de políticas públicas, elaboración de presupuestos, seguimiento de los gastos públicos, monitoreo en la prestación de servicios públicos y el cabildeo y la promoción” (Natalicchio et al., 2002: 25; Lintelo et al., 2016). En Brasil se conformó el CONSEA con el propósito de generar un espacio de participación e incidencia de la sociedad civil y la academia en temas de hambre y nutrición. Con el tiempo, el trabajo de CONSEA ganó institucionalidad para influir en la agenda pública y vigilar la acción del Gobierno y obtuvo su reputación precisamente por su capacidad para reportar información precisa y facilitar una interacción crítica entre la sociedad civil, la academia, el poder legislativo y el ejecutivo. De manera similar, en Perú se conformó una plataforma política común denominada Iniciativa contra la Desnutrición Infantil (IDI) con el fin de reunir “los esfuerzos de múltiples partes interesadas para brindar apoyo técnico, financiero y de monitoreo para avanzar el trabajo del Gobierno para reducir la desnutrición” (Mejía Acosta y Haddad, 2014: 27). Al igual que en Brasil, el sistema de seguimiento consensuado contó con la producción de información relevante y el acompañamiento y validación de diferentes sectores del Gobierno y de la sociedad.



Para más información sobre Gobernanza Nutricional Comparada Aplicada, véase Mejía Acosta y Rivera 2022, en <https://observatoriodenutricion.com/>

Gobernanza nutricional en Ecuador: La otra década perdida

La lucha contra la DCI en Ecuador representa una paradoja de desarrollo, puesto que, a pesar de haber gozado de las condiciones políticas y económicas favorables durante casi una década, el Gobierno no logró reducir los altos índices de incidencia de DCI. Desde una perspectiva económica, el país se benefició de un importante crecimiento económico como consecuencia de la bonanza en los precios de las materias primas de exportación entre 2004 y 2013. La llegada del presidente Rafael Correa en 2007 reforzó un discurso en contra de la austeridad fiscal y en favor de una mayor presencia del Estado para mejorar el bienestar de la población. Este compromiso político

se reflejó en la aprobación de una nueva constitución en 2008, un creciente gasto sectorial del Gobierno y un aumento en las transferencias a los gobiernos locales. En lo político, el mandato del presidente Correa contó con el apoyo mayoritario de un solo partido gobernante entre 2007 y 2017, especialmente en la segunda mitad de este período. De este modo, se revertía una larga tradición de fragmentación partidaria e inestabilidad política en el país. La fortaleza política del Gobierno facilitó la adopción de ministerios coordinadores para articular el trabajo intersectorial en diferentes áreas, se aumentaron las transferencias fiscales hacia los gobiernos seccionales y se crearon diversos mecanismos para facilitar y fomentar la participación ciudadana (Basabe et al., 2010).

A pesar de esta relativa estabilidad política y bonanza económica, los datos de las encuestas especializadas indican que la reducción de los indicadores de desnutrición fue insuficiente e incluso contraria a las metas planteadas durante este período. Según con la Encuesta de Condiciones de Vida 2014 (ver el capítulo 1 para mayor detalle sobre la evolución y perfil de la DCI), la DCI en menores de 5 años cayó apenas 2 puntos, de 25,9 % en 2006 a 23 % en 2018. Peor aún, la DCI en menores de 2 años fue en aumento, de 21,9 % en 2006 a 27,2 % en 2018. ¿Qué factores del diseño e implementación de la política pública ayudan a entender la persistencia del problema? ¿Se puede considerar que la década de gobierno de Correa fue una década perdida en el combate a la DCI? ¿Qué herramientas y lecciones nos ofrece la gobernanza nutricional comparada para comprender mejor la nueva Estrategia Nacional ECSDI?

La siguiente sección ofrece un análisis histórico de las diferentes propuestas gubernamentales en torno a la gobernanza nutricional. Para ello, se revisa la evolución de las iniciativas gubernamentales para reducir la DCI desde la administración de Rafael Correa (2007-2016), luego la del presidente Lenin Moreno (2017-2021) y, finalmente, la de Guillermo Lasso (2021 en adelante). A continuación, se ofrece un breve análisis comparado de los problemas y desafíos de la gobernanza nutricional en tres de las cuatro dimensiones constitutivas: la coordinación horizontal, la articulación vertical entre el Gobierno nacional y los territorios y, finalmente, las ambiciones y desafíos de monitoreo y seguimiento de las iniciativas para reducir la DCI. La gobernanza financiera se analiza con mayor detalle en el capítulo 3.

Continuidad y fragmentación en el diseño de políticas para combatir la DCI (Ecuador 2009-2021)

El gobierno de Rafael Correa declaró “la lucha contra la desnutrición infantil” como un objetivo nacional en 2009. En concreto, se planteó como meta bajar la prevalencia de la DCI en menores de 5 años del 26 % (en 2009) al 14 % en el año 2013 (Manosalvas, 2022). Como la mayoría de las políticas sociales y económicas de ese período (2007-2016), la lucha contra la DCI era parte de los enunciados del “buen vivir” y del mandato gubernamental para desarrollar las capacidades humanas. El autodenominado “Gobierno del Socialismo del Siglo XXI” había diseñado una agenda expansiva para invertir en política social, con la confianza de que los ingresos del Estado y el crecimiento económico estaban impulsados por una bonanza en los precios internacionales de los

commodities (De la Torre et al., 2016). El gasto y la inversión públicos se incrementaron considerablemente, pasando del 21 % en 2006 a casi el 35 % del PIB en 2014. Más del 50 % del total del gasto social estuvo destinado al sector de la educación, al sector de la salud se destinó un 25 % y el 25 % restante se destinó a programas de protección social (Ministerio de Finanzas, 2015).

La repentina situación de riqueza extractiva permitió al Gobierno tener un amplio margen de autonomía para el diseño e implementación de políticas públicas, sin tener que recurrir a recursos de organismos financieros internacionales ni al apoyo técnico por parte de las agencias de la ONU. Por otro lado, la excesiva dependencia de recursos que no provenían de fuentes permanentes o ingresos predecibles hicieron también que las asignaciones destinadas a la inversión social y la sustentabilidad de dichas transferencias fueran inciertas en el largo plazo (Naranjo, 2013).

Otro mecanismo para hacer más efectiva la gestión pública fue la creación de seis ministerios coordinadores.³ Este diseño tenía como objetivo sustentar una estrategia multisectorial en el combate a la desnutrición. Por un lado, se creó el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (MCDS), que agrupaba al Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de Educación (MINEDUC), el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) y el Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda (MIDUVI). Por otro lado, se estableció una instancia de Política para la Reducción Acelerada de la Malnutrición Infantil en el Ecuador (PRAMIE), que también tenía una naturaleza intersectorial. Como se muestra en el cuadro 1, entre 2009 y 2017 se diseñaron tres planes diferentes para el combate a la desnutrición. El primero fue el programa de Intervención Nutricional Territorial Integral (INTI); al año siguiente, este programa se denominó Estrategia Acción Nutrición (EAN), que posteriormente cambió a Programa Acción Nutrición (PAN) en 2014. Los tres esquemas funcionaron bajo un diseño similar, con pequeñas diferencias en cuanto al alcance del programa en distintos territorios. Sin embargo, hacia finales de 2016, y cerca del fin del gobierno de Rafael Correa, los indicadores de DCI mostraban estar lejos de la meta propuesta en el Plan del Buen Vivir (2009). El ritmo de reducción se había desacelerado con respecto a la velocidad con la que venía disminuyendo en períodos anteriores (Manosalvas, 2018).

El diseño de mecanismos sustentables de financiamiento es esencial para facilitar la coordinación entre las instituciones de gobierno y la articulación con los territorios en la lucha efectiva contra la DCI.

³ Dichos ministerios fueron: i) Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (MCDS), ii) Ministerio Coordinador de Conocimiento y Talento Humano, iii) Ministerio Coordinador de Seguridad, iv) Ministerio Coordinador de la Política Económica, v) Ministerio Coordinador de los Sectores Estratégicos y vi) Ministerio Coordinador de la Producción, Empleo y Competitividad.

Cuadro 1. Políticas para reducir la DCI en el período 2009-2021

PERÍODO	METAS DCI	POLÍTICA	INSTRUMENTOS/ PROGRAMAS
2009-2010	Bajar la prevalencia de la DCI en menores de 5 años del 26 % en 2006 al 14 % hasta el 2013.	Política para la Reducción Acelerada de la Malnutrición Infantil en el Ecuador (PRAMIE, 2007-2017)	Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (MCDS): Intervención Nutricional Territorial Integral (INTI)
2010-2014	Misma meta.		MCDS: Estrategia Acción Nutrición (EAN)
2014-2017	Reducción de la DCI en menores de 5 años de 23,9 % en 2014 a 21,6 % en 2016 y a 19,2 % en 2017.		MCDS: Programa Acción Nutrición (PAN); Estrategia para la Reducción Acelerada de la Desnutrición Crónica (ERADC, 2016)
2018-2021	Reducir la DCI en menores de 2 años del 24,8 % al 14,8 % hasta 2021. Reducir la DCI en menores de 5 años del 23,9 % al 13,2 % hasta 2021.	Combatir la malnutrición, erradicar la desnutrición y promover hábitos y prácticas de vida saludable, generando mecanismos de corresponsabilidad entre todos los niveles de gobierno, la ciudadanía, el sector privado y los actores de la economía popular y solidaria, en el marco de la seguridad y soberanía alimentaria. (2017-2021)	Secretaría Técnica Plan Toda Una Vida (STPTV): Misión Ternura
2018-2025	Reducir la DCI en menores de 2 años del 24,8 % al 14,8 % hasta 2021.		MSP: Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador (PIANE)
2021-2025	Reducir la DCI en menores de 5 años en 6 puntos porcentuales (al 21,2 %) hasta 2025. Reducir la DCI en menores de 2 años del 27,2 % al 10 % hasta 2030.	Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la DCI (2021-2025)	Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil (STECSDI)

Fuente: Manosalvas (2022).

A diferencia de su antecesor, el Gobierno que inició en mayo de 2017 enfrentó serias restricciones presupuestarias, en parte por la continua caída en los precios de petróleo (que había iniciado en 2014) y por el creciente peso del endeudamiento externo, que pasó de USD 10.000 millones a USD 27.000 millones entre 2008 y 2017 (Ministerio de Economía y Finanzas, 2017). La escasez de recursos hizo necesario que el Gobierno regrese a la negociación con los organismos financieros internacionales y las agencias de cooperación. Después de 12 años de distanciamiento, el Grupo Banco Mundial firmó en 2019 un Marco de Cooperación con Ecuador (MCE) para los años fiscales 2019-2023 (Banco Mundial, 2019). También se reactivaron las líneas de asistencia técnica y cooperación, tanto de la banca de desarrollo como con las agencias de la ONU (Ministerio de Economía y Finanzas, 2019). Además de la inevitable austeridad fiscal, el margen de acción del Ejecutivo se redujo drásticamente por el descubrimiento de escándalos de corrupción y la consecuente ruptura de las lealtades políticas al interior del partido de gobierno.

En ese contexto adverso, se transformó el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (MCDS) en la Secretaría Técnica Plan Toda una Vida (STPTV), encargada de “articular la implementación de las Misiones del [plan] a través de [...] políticas, estrategias y lineamientos a nivel intersectorial, orientadas a la atención de personas en situación de pobreza, pobreza extrema, personas con discapacidad, bajo un enfoque de derechos” (STPTV, 2022). Al interior de la Secretaría se diseñaron dos estrategias para combatir la DCI: Misión Ternura, coordinada por la STPTV, y el Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador (PIANE) 2018-2025, coordinado por el Ministerio de Salud Pública. En ambos se establecía la coordinación de varias entidades del sector social. A pesar de las nuevas estructuras de coordinación, la Ensanut 2018 mostró que la prevalencia de la DCI a nivel nacional era del 23 % en menores de 5 años, es decir, una reducción de apenas 9 décimas en cuatro años con respecto a la prevalencia registrada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) en 2014. Si se comparan las cifras de las mismas mediciones para el grupo de menores de 2 años, la cifra crece de 24,8 % de prevalencia en 2014 a 27,2 % en el 2018.

Hacia finales del año 2020, en el contexto adverso de la pandemia global de COVID-19 y pocos meses antes de concluir su mandato, el presidente Lenin Moreno decretó la implementación de la Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición (Vicepresidencia del Ecuador, 2021). El objetivo era prevenir la DCI y reducir su prevalencia en niños y niñas menores de 24 meses de edad, en alineación con la Agenda 2030. La estrategia tenía tres componentes: a) “paquete priorizado” de bienes y servicios destinado a atender a la población objetivo para ser monitoreado nominalmente; b) asignación presupuestaria garantizada a través de la metodología “presupuesto por resultados”, y c) información estadística y encuestas obligatorias periódicas para la medición de la tasa de DCI. Esta estrategia fue entregada al nuevo Gobierno como parte de las acciones de transición (Manosalvas, 2022). En una inédita acción de continuidad política, el presidente entrante Guillermo Lasso incluyó en su agenda gubernamental en mayo del 2021 una “cruzada nacional” para combatir la DCI (Ronquillo, 2022). Además de ratificar los principios establecidos por el decreto presidencial anterior, Lasso designó a un consejero presidencial encargado exclusivamente de la DCI. Para articular la acción concertada del Gobierno, se transformó la STPTV en la Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil (STECSDI) y se presentó una nueva estrategia en noviembre de 2021.

El proceso mismo de creación de la STECSDI se analiza con detalle en la sección *Desde la STECSDI hacia una política de Estado* de este capítulo. Una diferencia visible es que la estrategia actual ha puesto mayor énfasis en focalizar sus esfuerzos para combatir la desnutrición infantil en los primeros 1000 días (desde la concepción del infante hasta cumplir los 2 años) y no en la atención a los menores de 5 años, como se hizo anteriormente. Como se detalla más adelante, esta decisión de política reduce la agenda de protección a la infancia más vulnerable, de modo consistente con la práctica internacional. La estrategia busca también simplificar la coordinación institucional requerida para atender a una población objetivo clave: los niños y sus madres.

Desconexión y duplicación en la coordinación intersectorial

Como se explicó en el marco de gobernanza nutricional (ver el gráfico 1), el Ejecutivo puede liderar y facilitar la coordinación entre diferentes ministerios, entidades de gobierno, agencias de cooperación y otros actores a fin de dar una respuesta integrada a la naturaleza multicausal de la DCI. Si bien Ecuador mantuvo un liderazgo político continuo y una coordinación formal de iniciativas entre 2009 y 2021, una revisión más cercana de la experiencia de gobernanza en las tres administraciones revela una importante inestabilidad y fragmentación institucional en la adopción e implementación de políticas destinadas a combatir la DCI.

La experiencia reciente de combate a la DCI comienza con la adopción de la Política para la Reducción Acelerada de la Malnutrición Infantil en Ecuador (PRAMIE), entre el 2007 y el 2017, y la consiguiente Estrategia de Intervención Nutricional Territorial Integral (INTI) a partir del 2010. En este esfuerzo ya se refleja un liderazgo del Ejecutivo para adoptar un enfoque intersectorial en la lucha contra la DCI, para lo cual se conformó un consejo multisectorial compuesto por cinco ministerios: Vivienda (MIDUVI), Salud Pública (MSP), Agricultura y Ganadería (MAGAP), Inclusión Social (MIES) y Educación (MINEDUC). El Banco de Desarrollo del Ecuador (BEDE), el Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia (CNNA) y la Secretaría de Planificación (Senplades) estuvieron también involucrados en el diseño original.

Este Consejo era el encargado de tomar las decisiones y transferirlas a sus distintos ámbitos de competencia ministerial. También se creó una unidad técnica (UT) adscrita al MCDS, encargada de la coordinación y seguimiento de las acciones derivadas de las decisiones del consejo multisectorial. Un requisito central en la implementación de INTI fue replicar esta articulación ministerial a nivel local.

La ambición era que “por primera vez los diferentes ministerios del área social trabajarían juntos ya en el territorio” (Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, s. f.). Dependiendo del factor causal del cual se conocía que había déficit en el territorio, se establecía la solución requerida y se asignaba la intervención al ministerio que tenía la competencia. Por ejemplo, si se identificaba como factor causal la inseguridad alimentaria, la respuesta sería mejorar el acceso a los alimentos, el instrumento sería la creación de huertos familiares y el ministerio responsable sería el MAGAP (Manosalvas, 2022).

Para ello, se realizaron reuniones con los representantes de las direcciones ministeriales a nivel provincial. Este diseño implicó una multiplicación de actores y la necesidad de articulación programática entre distintas funciones y competencias. Se buscó alinear el trabajo en Planes de Acción Concertados (PAC). La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) colaboró en el diseño al incorporar un sistema de seguimiento y monitoreo para esta intervención. Con esta herramienta se buscaba “transparentar los procesos y la recolección de la información en territorio y apoyar la gestión intersectorial y territorial participativa de los PAC” (FAO, 2012).

Otro elemento central del diseño de INTI fue la priorización de parroquias en las provincias con mayor incidencia de DCI. Se buscó “articular la oferta institucional” con las demandas insatisfechas en esos territorios. Para el establecimiento de metas y controles administrativos se trabajó con el modelo de Gestión por Resultados (GPR). En la práctica, sin embargo, fue muy difícil implementar una focalización efectiva dada la falta de datos confiables sobre DCI, así como la inexistencia de un indicador de prevalencia a nivel cantonal y parroquial. La ausencia de información confiable debilitó la efectiva focalización de este tipo de intervenciones en Ecuador (Banco Mundial, 2018).

Tanto la INTI como la EAN, implementada un año después, tuvieron serias limitaciones de impacto. Apenas tres años más tarde, en 2014, se creó el Programa Acción Nutrición (PAN), que contemplaba una Estrategia para la Reducción Acelerada de la Desnutrición Crónica (ERADC). Si bien no se conoció si existía una evaluación de impacto, se planteó que la ERADC sería la respuesta a la falta de resultados de la EAN. La nueva estrategia contemplaba cinco ejes de acción, que incluían: i) control de la madre gestante; ii) crecimiento y desarrollo de infantes; iii) lactancia materna y alimentación complementaria; iv) suplementación con micronutrientes, y v) programa Creciendo con Nuestros Hijos (CNH).

Estos ejes fueron, a su vez, los que servirían de referencia para orientar futuras intervenciones estratégicas de gobierno en materia de desnutrición. En 2016, la Senplades realizó una evaluación al PAN-ERADC que, en sentido estricto, no estableció una comparación sistemática entre las metas establecidas y los resultados alcanzados. Entre las recomendaciones generales de la evaluación se identificó la necesidad de fortalecer la capacidad de coordinación del MCDS, especialmente para convocar, planificar, articular el financiamiento, dar seguimiento y evaluar a nivel territorial, trabajando tanto con diversos ministerios como con los GAD. En segundo lugar, se recomendó centralizar la información al interior del MSP, para poder recopilar, analizar y dar seguimiento a los datos que den cuenta de avances del PAN y, de este modo, evitar la dispersión y falta de credibilidad de la información relevante.

La tercera recomendación fue institucionalizar un instrumento de medición anual de la DCI, para contar con información precisa y dar seguimiento efectivo a fin de que las instituciones involucradas puedan monitorear de manera oportuna y corregir fallencias (Senplades, 2017). A pesar de la pertinencia de dichas alertas para mejorar la coordinación intersectorial, fortalecer la presencia en territorio y mejorar la calidad y disponibilidad de información, estos problemas continuaron presentes en los esfuerzos de combate a la DCI en la siguiente administración.

La nueva cruzada para combatir la DCI incluyó un paquete priorizado de atención materno-infantil durante los primeros 1000 días, el financiamiento a través de un presupuesto por resultados, y la creación de un sistema unificado y universal de seguimiento nominal.

Con la llegada del presidente Lenin Moreno en 2017, y ante la persistencia de altos indicadores de DCI, se adoptó un enfoque diferente de protección social para combatir esta condición (Manosalvas, 2022). Si bien había un reconocimiento explícito de la necesidad de combatir la DCI por medio de la cooperación y la acción coordinada entre varias agencias del sector público, esta premisa se mantuvo más como una ambición que como una práctica política dada la escasez de recursos financieros y de liderazgo político (Acuña, 2019). La decisión fue desarticular el MCDS y remplazarlo, casi simultáneamente, con dos entidades que buscaban un enfoque multisectorial, pero operaban desde diferentes ministerios.

Por un lado, se creó la STPTV, que puso en marcha el proyecto intersectorial Misión Ternura para promover el desarrollo infantil temprano, es decir, desde “el período de gestación y durante los primeros 5 años de vida, con énfasis en los primeros 1000 días”. Por otro lado, el MSP, con el apoyo de la FAO, puso en marcha en 2018 el PIANE 2018-2025 con el fin de reducir la desnutrición, el sobrepeso y la obesidad. El PIANE propuso un conjunto focalizado de prestaciones de salud desde el embarazo hasta los 2 años de edad (paquete priorizado: vacunas, control prenatal y control del niño/a sano/a, suministro de vitaminas, consejería nutricional, etc.) y un mandato explícito para focalizar las intervenciones en los primeros 1000 días. El PIANE, además, tuvo la ventaja de poder usar la misma estructura territorial del MSP y, de este modo, dar prestaciones en 92 cantones prioritarios del país.



Recuadro 1.

Una duplicación intersectorial

Durante la administración de Lenin Moreno se observa un caso de duplicación institucional para llevar a cabo la coordinación intersectorial. Tanto Misión Ternura, desarrollada desde la STPTV, como el PIANE, elaborado desde el MSP, buscaron reducir la incidencia de la DCI en territorios similares. En parte, el origen de la duplicación institucional se puede hallar en la conformación de ministerios coordinadores, como el MCDS o la STPTV, como instancias de coordinación horizontal. Si bien estas se proponían como agencias rectoras para la organización de la política pública, en la práctica eran entidades con escasa experiencia de implementación, sin acceso a presupuestos propios y con limitado peso político en comparación con ministerios de mayor trayectoria en el sector público (Moreno, 2022). Por un lado, Misión Ternura (alineada a la STPTV) se presentó como una iniciativa gubernamental con la capacidad de coordinar intersectorialmente la atención a la primera infancia, con énfasis en la prevención de la DCI y en la cobertura

de servicios infantiles especializados (Guzmán, 2022). Por su parte, el PIANE (que dependía del MSP) también buscaba reducir la DCI a través de una mayor presencia en territorio y articulación con las burocracias especializadas. A decir de un funcionario de la STPTV, esta duplicación provenía de un conflicto entre el MSP y el resto de los ministerios, secretarías e institutos públicos, que buscaban imponer ideas o visiones sobre la prevención y reducción de la DCI diferentes a los seguidos por el MSP. Si bien Misión Ternura arrancó con metas específicas para la reducción de la DCI, en la práctica carecía de información relevante y confiable que le permitiera mejorar la focalización de sus intervenciones. Aunque se había declarado la priorización de las parroquias con mayor prevalencia de DCI, se presume que ante la falta de datos se privilegiaron otros criterios menos técnicos para focalizar las intervenciones. En la práctica, la estrategia de Misión Ternura terminó alineándose con la experiencia y presencia territorial previamente establecida por el PIANE.

Fuente: Manosalvas (2022); Rivera (2021).

El dilema de la duplicación institucional se resolvió hacia el final de la administración del presidente Lenin Moreno. El presidente había adquirido el compromiso de avanzar con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en particular con el objetivo 2 “Hambre cero”, dado el contexto de la pandemia de COVID-19 y la advertencia por parte de las agencias de desarrollo de un empeoramiento del estado nutricional y el riesgo de inseguridad alimentaria en poblaciones vulnerables.⁴ La vicepresidencia de la República se encargó de avanzar con el seguimiento y la implementación de la agenda 2030. En este contexto, se reconoció a la desnutrición infantil como un problema de desarrollo —y no exclusivamente de salud pública— y se volvió a plantear la necesidad de adoptar un enfoque multisectorial (Guzmán, 2022). Con este renovado mandato, desde la vicepresidencia se reconfiguraron los principales componentes de Misión Ternura y del PIANE. Se logró, además, convocar a un conjunto más amplio de actores de la sociedad civil, la academia, el sector privado y agencias de la ONU en torno a la Agenda 2030 a fin de desarrollar un repertorio más extenso de intervenciones para combatir la desnutrición y el hambre (Vicepresidencia, 2020). Seis meses antes de finalizar su período, en diciembre de 2020, el presidente Moreno aprobó la estrategia ECSDI mediante el Decreto Ejecutivo n.º 1211, para establecer una ruta hacia la erradicación de la desnutrición infantil.⁵ De manera inédita en Ecuador, la administración entrante del presidente Lasso confirmó, en mayo de 2021, la estrategia iniciada por el Gobierno anterior para formular el Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil como una respuesta urgente y necesaria que interpela y demanda de toda la sociedad la atención, compromiso y contribución decidida (Guzmán, 2022). En su esencia, el nuevo plan estratégico mantuvo los principales componentes de las estrategias anteriores, incluyendo la coordinación multisectorial, el seguimiento nominal, el paquete priorizado y la intervención en territorios. Estos temas y la implementación misma de la estrategia ECSDI se analizarán con más detalle en la siguiente sección.

La articulación territorial continúa siendo el eslabón débil de la lucha contra la DCI

Ecuador es un país unitario con un grado moderado de devolución de competencias y recursos a gobiernos subnacionales de acuerdo con las reglas y formulas establecidas por el Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización (COOTAD) de 2008. Políticamente, el territorio ecuatoriano se divide en 24 provincias, cuyas autoridades (gobernadores) son designadas por el presidente de la República. Además, en cada provincia hay un prefecto, que es elegido por voto popular cada cuatro años. En un nivel más local, hay 221 gobiernos autónomos descentralizados (GAD cantonales), cuyas autoridades (alcaldes) son elegidas cada cuatro años. El nivel mínimo de articulación territorial lo constituyen las 1499 juntas parroquiales existentes. Las organizaciones políticas —no partidarias— que agrupan y dan voz a los gobiernos locales son la Asociación

⁴ La ONU preveía que la cifra de “personas que padecen hambre en el mundo se podría duplicar y sumar unos 130 millones de personas más que estarían en riesgo de padecer hambre severa a finales de 2020” (United Nations, 2022).

⁵ A decir de uno de los formuladores de la estrategia, este fue el “resultado de muchos años de trabajo, en el que participaron varias organizaciones” y destaca el “rol que tuvo el Banco Mundial y la Corporación Andina de Fomento, así como las agencias del Sistema de Naciones Unidas y la cooperación internacional” (Guzmán, 2022).

de Municipalidades Ecuatorianas (AME), el Consorcio de Gobiernos Autónomos Provinciales del Ecuador (CONGOPE) y el Consejo Nacional de Gobiernos Parroquiales Rurales del Ecuador (CONAGOPARE) (Mejía Acosta y Meneses, 2019).

Las diferentes iniciativas adoptadas para combatir la desnutrición reconocen la necesidad de articular las políticas nacionales para que sean ejecutadas por los gobiernos seccionales, al igual que la importancia de la coordinación intersectorial a nivel local. Pese a esta manifiesta declaración, como se ilustrará en este apartado, la articulación vertical ha sido y continúa siendo el eslabón más débil en el combate a la DCI.

Ya desde el diseño del INTI se planeó la necesidad de articulación en sentido vertical con los GAD municipales y con otras organizaciones de la sociedad civil en el territorio (por ejemplo, los CNNA). Para esto se contrataron técnicos que debían promover la elaboración del PAC y coordinar la participación de distintos actores locales. Se realizaron diálogos entre los directores provinciales de los cinco ministerios involucrados para acordar las interacciones que requería la intervención (Arboleda, 2013). A decir de los actores locales, al inicio existía interés por estos encuentros, pero luego el trabajo conjunto implicó más tareas burocráticas, informes y reportes para distintas instancias, aunque en el terreno terminaban haciendo las mismas rutinas sectoriales con alguna variación (Manosalvas, 2022). Tampoco existió una metodología para la concertación de actores ni para la elaboración del PAC.

A pesar de que más adelante el personal de coordinación zonal y la FAO generaron una metodología, su ausencia al inicio supuso retrasos e incertidumbre en el equipo técnico (Arboleda, 2013). Poner en marcha la intersectorialidad requería unos mecanismos de coordinación que no se incluyeron desde el diseño, aunque los resultados de la implementación dependen de estos mecanismos. Otro problema de esta primera fase fueron los cambios frecuentes de personal en el nivel central, lo que afectó la implementación de la EAN y su continuidad en los territorios (Manosalvas, 2015).

En el año 2012, la EAN implementó una intervención piloto en Sigchos, Cotopaxi, con todos los representantes ministeriales en la provincia, quienes elaboraron una matriz de oferta y demandas intersectoriales en la que se delimitaban las competencias de cada ministerio y se establecían las acciones que cada entidad necesitaba que implementaran los otros actores ministeriales para cumplir con los objetivos de cada componente. Este acuerdo inicial dio paso más tarde a la implementación de la estrategia en toda la provincia (Manosalvas, 2015). Esta fue una interesante experiencia de territorialización de la estrategia central y de generación de metodologías de implementación en el territorio, pero no fue una práctica generalizada. Por su parte, la EAN siguió los mismos criterios de diseño e implementación del INTI, pero se amplió la focalización a siete nuevas provincias y a zonas periurbanas en Quito y Guayaquil. La falta de un criterio técnico establecido para justificar las nuevas intervenciones generó un debate sobre el peso que tiene el respaldo técnico de las estrategias frente a los incentivos para brindar beneficios clientelares a través de estas.

A diferencia del programa anterior, la focalización de la intervención de Misión Ternura se realizó a partir de un análisis cuantitativo de componentes principales, en el que se cruzaron indicadores de pobreza multidimensional y vulnerabilidad (Bustamante, 2022b). Una vez definidos los territorios, se inició la conformación de

Un factor recurrente en la falta de coordinación de intervenciones sectoriales y de efectividad en la focalización de territorios más vulnerables es la ausencia de mecanismos de monitoreo e información para coordinar acciones, dar seguimiento y exigir el cumplimiento de las metas del Gobierno para reducir la DCI.

mesas técnicas territoriales intersectoriales. Con esto se buscaba “recuperar el diálogo entre actores locales”, puesto que en los últimos años el nivel central había dejado de “trabajar lo social con los niveles locales” y para el 2018 había llegado el momento de “sentarse de nuevo con los alcaldes” (Bustamante, 2022a). La articulación territorial para la implementación de Misión Ternura dependía de las estructuras sectoriales ya existentes: el MSP ofertaba los servicios incluidos en el paquete priorizado, tanto en los establecimientos de salud como mediante brigadas móviles; el MIES intervenía a través del programa CNH y los CDI y podía organizar brigadas *in situ* o derivar a los niños que participaban de estos servicios a las unidades de salud. Los funcionarios del MIES y del MSP en territorio hicieron referencia al acuerdo 010 MSP-MIES, vigente entre ambas instituciones, en virtud del cual el MSP se comprometía a realizar dos controles al año (en abril y en octubre) a los niños y niñas usuarios de los servicios del MIES.

La STPTV fue la encargada de dar seguimiento, tanto a nivel nacional como local, de la planificación acordada entre instituciones para la implementación de Misión Ternura. En lo territorial, esta secretaría promovió la formación de mesas técnicas cantonales, para generar espacios de trabajo colaborativo entre las instituciones públicas y las organizaciones sociales interesadas en participar en la provisión de servicios para la prevención y reducción de la DCI en Ecuador. Sin embargo, la STPTV, al igual que su antecesor, el MCDS, no logró promover una lógica de cooperación interministerial. Estas entidades carecían de los recursos financieros y técnicos y del peso político para revertir inercias institucionales e incentivar la cooperación entre ministerios que gozaban de mayor presupuesto y tenían largas trayectorias en la ejecución de proyectos. En consecuencia, estos organismos coordinadores tuvieron un impacto nulo en su mandato y en la mejoría de los indicadores objetivo.

Por el contrario, la experiencia de articulación vertical del PIANE, que estuvo anclada al MSP durante la administración del presidente Moreno, pudo conseguir una coordinación territorial más efectiva que la iniciativa Misión Ternura. A nivel nacional, el PIANE estuvo encargado del liderazgo del plan y de la coordinación intersectorial en las instancias más altas; en el nivel cantonal, tuvo a su cargo la planificación local, así como el seguimiento político y monitoreo de la operación en territorio. En el nivel de gestión local o distrital, el Programa estuvo encargado de la implementación de los servicios para garantizar la operatividad y simultaneidad de prestaciones (FAO, 2021). En este nivel cantonal se conformaron mesas intersectoriales que auspiciaron, entre otras actividades, la realización periódica de talleres sobre alimentación saludable y agua segura dirigidos a población beneficiaria de las prestaciones del MIES, del MINEDUC y del Comité Local de Salud. Paradójicamente, el aparente éxito en la gestión local del PIANE se debe más al respaldo institucional del MSP que a la misma naturaleza intersectorial de sus intervenciones.

La limitada capacidad de articular intervenciones intersectoriales, de manera consistente, sistemática y a nivel local desde 2009, pone en evidencia una preocupante brecha en la capacidad misma del Estado para coordinar políticas públicas de manera autónoma. A su vez, los aislados ejemplos de experiencias exitosas de atención e intervención están asociados con una presencia institucional preexistente o un fuerte involucramiento de la cooperación internacional. Por ejemplo, las atenciones médicas que forman parte del paquete priorizado (Decreto 1211) se registran en una Plataforma de Registro de Atención en Salud (PRAS) que es propiedad del MSP, pero sin acceso para el personal de la STPTV. Los casos de efectiva colaboración institucional para mejorar la complementariedad de los servicios que se ofrecen a la población o para maximizar la asignación de recursos son más raros aún. A futuro es necesario también identificar los recursos disponibles, las atribuciones y los incentivos políticos que tendrían las autoridades locales para tener un mayor protagonismo e involucrarse directamente en identificar a la población más vulnerable, coordinar el apoyo necesario y reclamar su éxito político en la reducción de la DCI en su localidad (Mejía Acosta y Meneses, 2019).

Seguimiento y monitoreo para reducir la DCI

Un factor recurrente en la falta de coordinación de intervenciones sectoriales y de efectividad en la focalización de territorios más vulnerables es la ausencia de mecanismos de monitoreo e información para coordinar acciones, dar seguimiento y exigir el cumplimiento de las metas del Gobierno para reducir la DCI. No es suficiente mantener una recolección sistemática y oportuna de datos para medir la prevalencia de la DCI a través de indicadores antropométricos, sino que también es necesario identificar las poblaciones más vulnerables, mapear las capacidades de atención, conocer las brechas en la provisión de insumos y conocer de manera transparente la asignación de recursos y financiamientos para lograr intervenciones más efectivas.

La ausencia de datos confiables ha tolerado la formulación de metas poco creíbles, sin una base empírica, cuyo incumplimiento menoscaba la confianza ciudadana en el compromiso del Gobierno para reducir la DCI. Por ejemplo, el primer informe de país para monitorear el avance en los Objetivos del Milenio (ODM) en 2005 buscaba “disminuir a la mitad el porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición crónica y global” (Objetivo 1, meta 2). En ese momento, los datos usados para establecer la línea de base en materia de desnutrición en menores de 5 años fue la Encuesta de Condiciones de Vida de 1998, cuyo procesamiento estuvo a cargo del Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE). Ya desde ese momento se establecía un escenario optimista según el cual, con una tasa de crecimiento económico del 3 %, el Ecuador podría llegar a un 20 % de desnutrición crónica y 16 % de desnutrición global para el año 2015 (Secretaría Nacional de los ODM, 2005). A pesar de que el crecimiento registrado durante la bonanza de materias primas entre 2005 y 2014 superó esas expectativas, el objetivo de reducir la desnutrición no se logró.

Recuadro2.

Un intento fallido de seguimiento nominal

La falta de información veraz y confiable durante la administración de Lenin Moreno motivó la creación en 2019 de un sistema de información interconectado de registros administrativos sobre cada niño y niña que es atendido/a en los diferentes servicios públicos. Para la creación de este sistema de seguimiento nominal se conformaron espacios de trabajo conjunto entre varias agencias gubernamentales (MSP, MIES, MINEDUC, DINARDAP,⁶ STPTV, MIDUVI) con el objetivo de construir un sistema unificado de información. Sin embargo, el sistema de seguimiento nominal tuvo varios problemas de implementación. Si bien el MIES desarrolló parte del sistema, los registros administrativos sectoriales tenían inconsistencias y errores. No se logró armonizar el procedimiento para el registro administrativo ni los aspectos jurídicos, puesto que la normativa sobre el manejo de datos es distinta en cada ministerio.

En varios casos, la información de los beneficiarios es confidencial y existen impedimentos legales para compartirla. Además, se evidenció la limitada capacidad de conocimiento por parte de los equipos técnicos, ya que la estrategia exigía el uso de nuevas tecnologías. La infraestructura tecnológica existente, así como problemas de hardware y software, también fueron obstáculos para implementar el seguimiento nominal. A estos obstáculos operativos, legales y tecnológicos hay que sumar la falta de recursos disponibles y la escasa capacidad analítica para el diseño. Finalmente, se nota una inexistente práctica de trabajo coordinado, con poco diálogo interdisciplinario, al igual que la falta de experiencia en una participación y deliberación orientada a objetivos prácticos, que son componentes básicos para la coordinación (Repetto y Fernández, 2012).



Para más información sobre Gobernanza nutricional hacia una política de Estado, véase Manosalvas, 2022, en <https://observatoriodenutricion.com/>

Manosalvas (2022) registra algunos ejemplos adicionales en los cuales las metas propuestas por el Gobierno, en función de encuestas específicas y censos generales, no se cumplieron de acuerdo con lo pronosticado. Se especula que, ante el limitado éxito en las intervenciones para la prevención y reducción de la DCI, se han reforzado los incentivos políticos para demorar, oscurecer o no compartir mecanismos de recolección de datos y mediciones de progreso. Esta deliberada opacidad, a su vez, ha generado incentivos perversos para no desarrollar las capacidades analíticas y operativas para el monitoreo y la evaluación del impacto de las iniciativas. La falta de datos también ha desmotivado la participación de la población civil en su exigencia a los distintos gobiernos para que demuestren

⁶ Dirección Nacional de Registro de Datos Públicos.

el cumplimiento de la tarea pendiente de reducir la DCI en Ecuador. Al igual que las anteriores dimensiones de gobernanza nutricional, la generación de datos confiables y oportunos requiere de un fuerte compromiso político al más alto nivel, de una activa coordinación intersectorial entre distintas entidades para compartir datos y de una permanente comunicación con los territorios para asegurar la mejor actualización de información. De manera consistente con la discusión anterior, las reducidas capacidades del Estado y los escasos incentivos políticos para tener una producción transparente de información han dificultado la tarea de hacer un monitoreo efectivo de la situación nutricional en el país y generar un activismo social y político al respecto.

Pese a las limitaciones señaladas, es importante mencionar el potencial de la estrategia de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria (VEC). Esta es una estrategia valiosa de gobernanza local intersectorial para articular la participación de las organizaciones comunitarias de base, con los GAD parroquiales en la provisión de servicios primarios de salud. Para asegurar una efectiva implementación, particularmente en zonas rurales, es importante establecer una coordinación con dirigentes de comunidades y parroquias, para desarrollar instrumentos de vigilancia y asignar familias a cada Vigilante Comunitario de Salud (VCS). Cada VCS tiene la capacidad para levantar una ficha familiar simplificada, que identifique alertas sobre la demanda y cumplimiento de servicios materno-infantiles (niños no vacunados, con peso bajo o sin dotación de micronutrientes, madres sin controles). En la práctica, los VCS han ofrecido una importante alternativa en la provisión de servicios dada la alta rotación e inestabilidad de los funcionarios del MSP.



Para más información sobre sobre Vigilancia Epidemiológica Comunitaria, véase Sacoto, 2022, en <https://observatoriodenutricion.com/>.

Desde la STECSDI hacia una política de Estado

La estrategia del gobierno de Guillermo Lasso (2021-2025) para combatir la DCI se elabora a partir de las lecciones aprendidas sobre las iniciativas que no han funcionado en el pasado. Existe una clara memoria de cómo los esfuerzos previos del PIANE y Misión Ternura (2018-2020) carecieron de una gobernanza adecuada, de compromisos presupuestarios, de gestión, eficiencia y eficacia para lograr resultados en la población (Manosalvas, 2022). Al mismo tiempo, fue también en la administración de Moreno que se sentaron las bases legales y administrativas, a través del Decreto Ejecutivo n.º 1211, para focalizar el combate a la DCI en torno a los primeros 1000 días de vida, desarrollar un paquete priorizado de atenciones, promover la cooperación intersectorial, establecer una metodología de asignación presupuestaria por resultados y levantar un sistema de información para medir la incidencia de la DCI de manera regular.

La importancia de combatir a la DCI se hizo visible durante la campaña y debate electoral presidencial en los primeros meses de 2021, en los cuales “los candidatos presidenciales abordaron el tema dentro de sus planes de trabajo para hacer frente a esta ‘pandemia invisible’” (Cordero y Guzmán, 2022). Finalmente, en abril de 2021, la vicepresidencia de la República presentó al Gobierno entrante la estrategia ECSDI. Esta estrategia incluía cuatro componentes principales: a) paquete priorizado (vacunación; atención y control prenatal, incluido el parto; control de niño sano desde

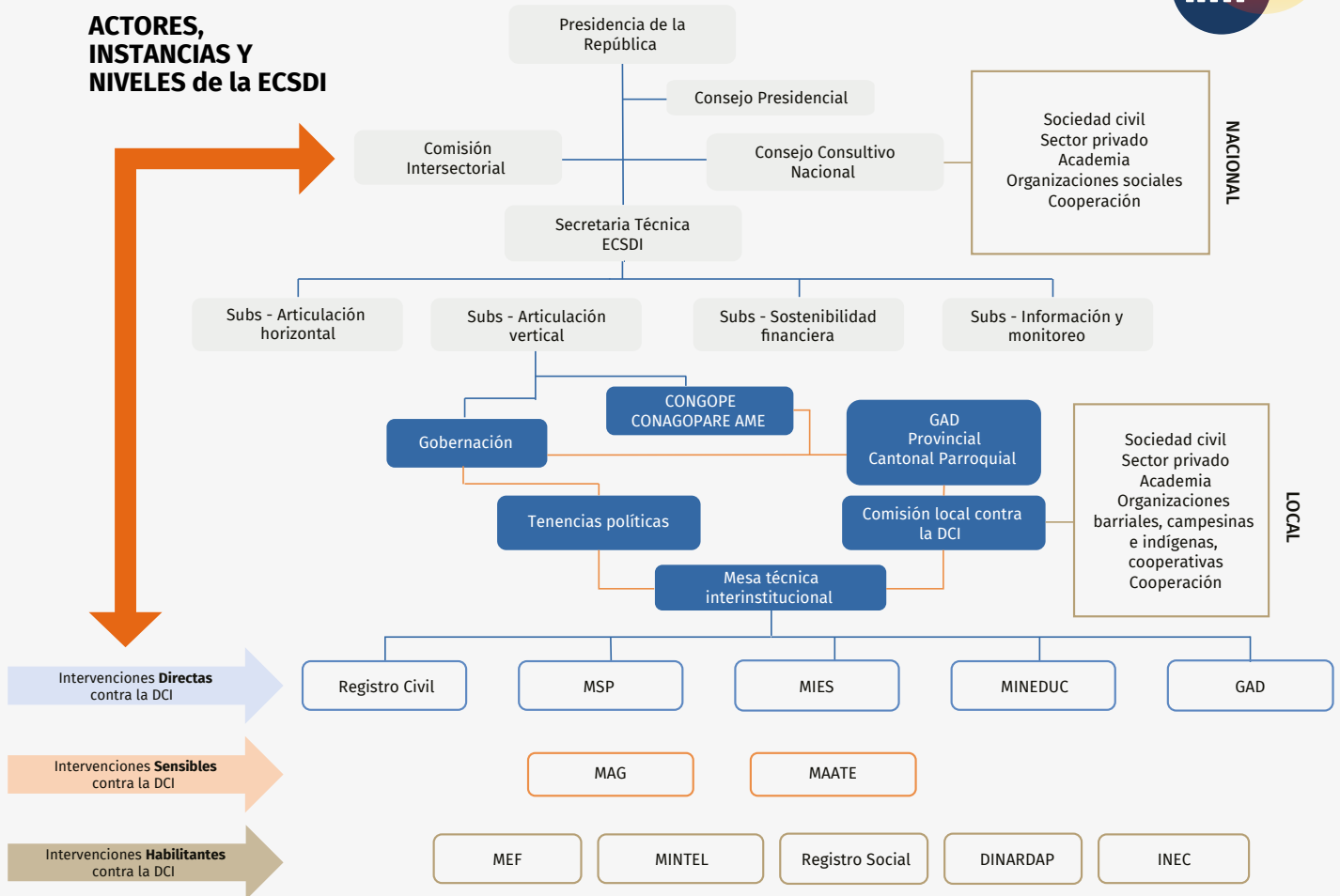
el nacimiento, incluida la lactancia materna hasta los 24 meses y la suplementación con micronutrientes); b) seguimiento nominal, que se concibe como un sistema de información intersectorial para el seguimiento y monitoreo de la entrega de bienes para madres e infantes durante los primeros 1000 días; c) presupuesto por resultados, previsto como un incentivo para la coordinación intersectorial y con los GAD, y d) operación estadística, aplicada por medio de una encuesta nacional para medir índices de desnutrición crónica infantil (ENDI) por parte del INEC. Se señaló también una priorización de 90 cantones en los que la prevalencia de DCI supera la media nacional (Vicepresidencia del Ecuador, 2021).

De manera inédita para Ecuador, la estrategia del Gobierno anterior fue ratificada y adoptada por el nuevo mandatario en mayo de 2021. De esta manera, la administración del presidente Lasso reiteró “la importancia y el compromiso de los políticos ecuatorianos con las políticas que incidan en mejorar los índices que nos ubican como el segundo país en la región donde el retraso en el crecimiento afecta a los menores de cinco años” (Cordero y Guzmán, 2022).

El presidente Lasso emitió dos decretos ejecutivos para crear una Consejería de Gobierno que coordine las políticas de lucha contra la DCI y establezca los mecanismos para la implementación de la Estrategia Nacional para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil: Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil (ECSDI). En su esencia, este enfoque planteaba que “la gobernanza nutricional del país se encuentra debilitada y urgen medidas para revertir la tendencia de deterioro en las condiciones de la población, especialmente de las mujeres embarazadas, de las niñas y niños en sus primeros dos años de vida. Es urgente fortalecer los servicios públicos que tienen incidencia directa en la DCI y que han sido afectados por la crisis y la pandemia, pero también es urgente innovar en la gestión de la política, sumando actores y voluntades” (STECSDI, 2021). Dentro del Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil del Ecuador se planteó un núcleo de coordinación entre instituciones en torno a la STECSDI: MSP, MIES, MINEDUC, MAGy Ministerio de Ambiente, Agua y Transición Ecológica (MAATE). También se añadieron otros sectores como el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), la Dirección General de Registro Civil, Identificación y Cedulación, la Unidad de Registro Social, el INEC y la DINARDAP. De esta manera, se había alineado la estrategia de cooperación intersectorial con enfoques recomendados en el ámbito internacional (SUN, 2020), a fin de disminuir en 6 puntos porcentuales la prevalencia de la DCI en niñas y niños menores de 2 años, hasta mayo de 2025 (STECSDI, 2021).

La nueva STECSDI reemplazó a la STPTV. En cuanto a su gobernanza, la STECSDI creó cuatro subsecretarías que reflejan las dimensiones de una efectiva gobernanza nutricional, incluyendo la gestión de una coordinación intersectorial, la articulación vertical con los territorios, el desarrollo de mecanismos sustentables de financiamiento y un seguimiento nominal para monitorear el cumplimiento de metas y facilitar la rendición de cuentas. En su configuración se reconoció también la necesidad de contar con un Consejo Consultivo que sea “un espacio de diálogo, acuerdo, veeduría y articulación entre la función pública nacional y los GAD, la sociedad civil, el sector privado, la cooperación y la academia, para el logro de las metas de reducción de desnutrición crónica infantil” (p. 50) (ver el gráfico 2).

Gráfico 2. Actores, instancias y niveles de la ECSDI



Fuente: Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil (2021).

El contexto de la ECSDI: Polarización, inestabilidad y fragmentación política

La paradoja del Plan ECSDI es que reitera un conjunto de políticas identificadas como favorables para reducir la DCI, pero se adoptan en un contexto de austeridad fiscal, deterioro económico por efecto de la pandemia de COVID-19, un frágil equilibrio de fuerzas políticas y un creciente descontento social. El gasto social, que en el año 2017 se ubicó en 9,2 % del PIB, registró un descenso de hasta el 8,5 % el año siguiente. El aumento de la pobreza y las desigualdades, por encima del promedio observado en América Latina, motivó la preocupación de los organismos multilaterales, que exigieron a Ecuador incrementar la cobertura del monto de la inversión en protección social. En lo político, el gobierno del conservador presidente Lasso salió con una estrecha victoria sobre la izquierda de base indígena y correísta, con una propuesta para legitimarse con el apoyo del empresariado como motor para reactivar la economía, pero con un limitado capital político y partidario.

Si bien se puede observar un intento concertado por institucionalizar en una política de Estado un conjunto de intervenciones orientadas a prevenir y reducir la DCI, el entorno político que rodea al debate sobre esta problemática se mantiene fragmentado, polarizado en sus demandas y altamente politizado en sus incentivos. El aparato sanitario del Gobierno no ha logrado superar las deficiencias y brechas presupuestarias, mejorar la cobertura o eficacia de la atención materno-infantil, ni mejorar la rotación y estabilidad de la Autoridad Sanitaria Nacional, entre otros problemas. Los partidos políticos y los movimientos sociales, particularmente indígenas y campesinos, se mantienen ajenos a los debates sobre la grave presencia de la DCI en sus comunidades y las protestas y movilización social tampoco buscan mejores estándares de vida, sobre todo en el área rural donde la DCI tiene mayor incidencia y prevalencia.

Los actores de la nutrición: Una causa común con distintos intereses

El momento actual que ha generado el combate a la DCI en Ecuador ha confirmado el compromiso de actores existentes, ha impulsado la proliferación de nuevos actores y ha planteado carencias que no pueden seguir existiendo. Quizás la primera paradoja es la coexistencia en Ecuador de una alta incidencia de DCI en un contexto de país de ingresos medio altos (Bustamante, 2022). Esto se traduce en la existencia de un Gobierno cuyos ministerios y agencias tienen estructuras definidas y cuadros profesionales, pero que también exhiben inercias burocráticas que son difíciles de revertir. Las inercias institucionales también hacen difícil promover una mayor cooperación entre diferentes ministerios o agencias especializadas. Dos avances importantes de cooperación han sido la creación de un Sistema Único de Información —a través de un decreto presidencial— y la implementación del Bono de los 1000 días, dedicado para mujeres gestantes y madres de menores de dos años. Estas dos iniciativas complementarias se construyen sobre la premisa de compartir información e intervenciones entre varios ministerios y agencias a fin de focalizar transferencias condicionadas, con apoyo de un sistema eficiente de información.

Hay un segundo grupo de actores que han estado presentes en la lucha contra la DCI, como la academia, la cooperación internacional y la sociedad civil organizada, que, sin embargo, pueden mejorar su presencia y acción. La academia puede hacer mucho más para integrar esfuerzos de investigación y análisis al interior de las universidades y entre ellas, a través de análisis multidisciplinares y de redes temáticas de investigación interuniversitaria. También las universidades pueden apoyar la formación de promotores indígenas y campesinos, ya que apenas el 13 % de la población indígena accede a la formación de tercer nivel (Bustamante, 2022b). Por su parte, las múltiples agencias de cooperación internacional (Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo, Corporación Andina de Fomento, agencias de la ONU y cooperación bilateral) pueden reforzar iniciativas de combate a la DCI que promuevan mayores



Para más información sobre la estrategia Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil, véase Cordero y Guzmán, 2022, en <https://observatoriodenutricion.com/>

incentivos y recompensas para articular una colaboración entre diferentes agencias del Estado.

Luego existe un tercer grupo de actores esenciales en el combate a la DCI que no han logrado tener un mayor protagonismo real. El primero es el Poder Legislativo, tanto por medio de las comisiones presupuestarias o de niñez e infancia, así como en su trabajo partidista propiamente dicho. La elaboración de proyectos legislativos de atención a la primera infancia no necesariamente conversa con o recoge las prioridades de atención, fiscalización o financiamiento reportadas por fuentes especializadas. Es necesario, por tanto, reforzar el trabajo conjunto y de coordinación entre el Poder Legislativo y otros actores comprometidos con el combate a la DCI. Otro actor que merece una participación más central lo constituyen los 221 GAD (Bustamante, 2022b). Al examinar el conjunto de los GAD se observa que existen importantes brechas, tanto en la priorización de los municipios considerados para recibir atención prioritaria como en las capacidades y asignaciones presupuestarias de cada uno. Es necesario tener en cuenta cuáles son los incentivos político-electorales para la movilización de los GAD en función de metas de lucha contra la DCI y recordar que los alcaldes no reflejan necesariamente un alineamiento político con el Gobierno central ni tienen incentivos para buscar la reelección en sus cargos, con lo que se interrumpe la relación con sus electores y beneficiarios.

Un grupo final en la constelación de actores lo constituyen diferentes organizaciones y empresas del sector privado, cuyo número e interés en materia de DCI ha proliferado exponencialmente en los últimos años. Por un lado, se aprecia el renovado interés por contribuir a la acción del Gobierno más allá de las iniciativas de responsabilidad social corporativa (Bustamante, 2022b). Por otro lado, es necesario definir un marco de trabajo y cooperación con el sector productivo alimentario y no alimentario, para coordinar acciones gubernamentales que sean éticas y consistentes con las prioridades de salud y nutrición establecidas por la ECSDI. Por ejemplo, es importante ratificar el compromiso para respetar el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna para asegurar la salud de la madre y de sus hijos durante los primeros 1000 días.



Para más información sobre Mapeo de actores en la DCI, véase Bustamante, 2022b, en <https://observatoriodenutricion.com/>

Continuidades, brechas pendientes y alertas dentro del Plan ECSDI

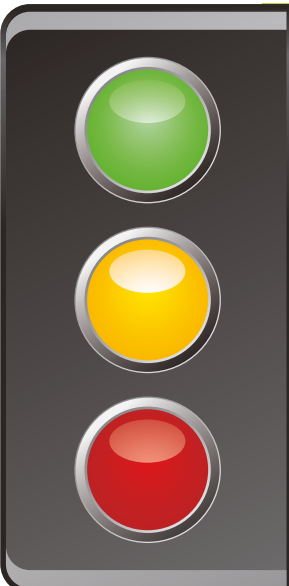
Es difícil hacer una evaluación precisa y objetiva de una estrategia nacional que tiene un año de vida. Se tiene, sin embargo, suficiente información y experiencias comparadas como para resaltar los aspectos positivos de la estrategia, los temas que todavía necesitan atención y advertir algunas alertas sobre áreas donde aún queda mucho trabajo por hacer.

En sus aspectos positivos, la estrategia ECSDI hereda y ratifica los principios fundamentales de gobernanza y focalización selectiva que han mostrado ser efectivos en otros países para reducir la incidencia de la DCI. La estrategia ratifica el Decreto 1211 —de la administración anterior— para focalizar las intervenciones en torno a los

primeros 1000 días de vida, la adopción de un paquete priorizado de intervenciones, la elaboración de un plan estratégico que ponga énfasis en la cooperación intersectorial, el diseño de instrumentos de financiamiento por resultados y la creación de un sistema de seguimiento nominal.

Quedan algunos aspectos en los cuales existen importantes brechas por cerrar. Aunque la STECSDI tiene un papel central para coordinar la estrategia contra la DCI, carece del peso político o del manejo presupuestario para movilizar e incentivar la cooperación entre diferentes ministerios. La estrategia reconoce la importancia de definir y facilitar un entorno que propicie de manera simultánea las políticas de salud, protección social y cuidado infantil, pero también hace falta una referencia más directa a factores subyacentes como la disponibilidad de agua segura, saneamiento básico, atención primaria de salud y servicios de cuidado infantil, que tienen implicancia directa en la DCI (Cordero y Guzmán, 2022). En contextos donde hay poca provisión de agua potable y saneamiento (Shady y Berlinski, 2015) aumenta la prevalencia de enfermedades diarreicas e incrementa la incidencia de DCI, sobre todo en zonas rurales. En lo financiero, si bien el Gobierno ha logrado movilizar importantes recursos para atender algunas brechas importantes en la provisión de servicios y vacunas, no existe claridad o transparencia sobre fuentes de financiamiento que sean sustentables en el largo plazo. Asimismo, se han logrado importantes avances en la creación de un sistema unificado de seguimiento nominal al interior de la STECSDI; sin embargo, es necesario establecer un vínculo activo entre la producción de datos, el análisis académico de la información, el monitoreo de los avances del Gobierno y la exigencia de rendición de cuentas por parte de medios de comunicación y agrupaciones de la sociedad civil (ver el cuadro 2).

Cuadro 2. Avances, desafíos y alertas en la Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil

	<p>Que haya continuidad y compromiso político</p> <ul style="list-style-type: none"> - Decreto Ejecutivo No. 1211 (diciembre 2020) para focalizar la estrategia DCI en los primeros 1000 días; Paquete priorizado; Plan Estratégico Intersectorial. - La DCI se vuelve tema de campaña electoral. - Compromiso confirmado por el nuevo gobierno (reducir en 6 % hasta 2025).
	<p>Que las políticas sean sustentables y se ajusten a necesidades cambiantes</p> <ul style="list-style-type: none"> - STECSDI carece de peso político y/o financiero para incentivar la cooperación intersectorial. - Las fuentes de financiamiento aún no son sustentables ni el gasto es transparente. - Hace falta socializar un sistema efectivo de monitoreo y seguimiento nominal.
	<p>Que generen un consenso social básico y se legitimen por sus resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hay que fortalecer la conformación de un Consejo Consultivo; incentivar la participación de la sociedad civil; involucrar a partidos políticos y academia. - Hay que respaldar el trabajo de seguimiento de un Consejo Consultivo.

Por otro lado, hay dimensiones que tradicionalmente han sido difíciles de resolver y continúan siendo problemáticas bajo el planteamiento actual de la Estrategia Nacional ECSDI. Desde una perspectiva de coordinación política y articulación territorial, los GAD todavía son el eslabón débil de la lucha contra la DCI. En primer lugar, no hay un reconocimiento explícito de los GAD como actores políticos, con motivaciones propias, con incentivos electorales y alineaciones partidarias. En su estructura actual, los alcaldes tienen pocos incentivos para buscar su reelección y no queda claro que hayan desarrollado estrategias exitosas de manejo fiscal con fines electorales (Mejía Acosta y Meneses, 2019). Hay mucho trabajo favorable que se puede hacer desde un manejo condicionado de presupuestos e incentivos fiscales al desempeño. Por ejemplo, los GAD tienen competencias importantes para mejorar el acceso a servicios como suministro de agua limpia, desarrollar sistemas de saneamiento y utilizar regulaciones para las juntas de agua (Cordero y Guzmán, 2022).

Finalmente, queda mucho por hacer para colocar a la DCI en la agenda de prioridades de atención, no solo como un tema de salud pública, sino como un problema estructural de desarrollo en Ecuador. Comparada con un fenómeno como el hambre, que moviliza diversos tipos de intereses públicos y privados con repercusiones políticas directas, la DCI, en cambio, es una enfermedad invisible que necesita generar una alerta y un consenso social básico entre los principales actores. Para ello, la conformación de un consejo consultivo que agrupe a distintos sectores de la sociedad civil, agencias de cooperación, academia y sector privado es esencial en la lucha contra la DCI. Esta acción concertada y no gubernamental es algo que no ha existido en campañas previas de combate a la DCI y que tiene el potencial para exigir una efectiva rendición de cuentas al gobierno de turno. En la medida en que se generen resultados positivos en la lucha contra la DCI y que estos sean validados por una diversidad de actores a lo largo del tiempo, se sentarán las bases para desarrollar una política de Estado de nutrición saludable en Ecuador.

Conclusiones generales

Este capítulo plantea que la alta persistencia de la DCI en Ecuador representa una paradoja de coordinación política. Durante los últimos quince años, la prevalencia de la DCI se ha mantenido a pesar de que el país experimentó un importante crecimiento económico entre 2004 y 2014 y ratificó por más de diez años en el poder a un gobierno de izquierda con el compromiso político y las mayorías electorales para mejorar la calidad de vida de la niñez. El capítulo ofrece una perspectiva de gobernanza nutricional comparada para analizar los desafíos de coordinación en tres de los cuatro niveles de gobernanza.

En su dimensión formal, el Ecuador ha reconocido, desde al menos 2007, la importancia de la coordinación intersectorial como elemento necesario para ofrecer una respuesta sistemática a un problema que tiene una multiplicidad de causas. Para ello, se han conformado instancias de gobierno como el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social o la Secretaría Técnica Plan Toda una Vida, con el propósito de coordinar y priorizar intervenciones en las poblaciones más vulnerables a nivel nacional y en territorio. En la práctica, los organismos coordinadores: 1) carecían de peso o influencia política para transmitir y hacer cumplir a los ministerios los lineamientos técnicos y de participación establecidos

por el poder ejecutivo; 2) carecían de incentivos o sanciones financieras efectivas para motivar a los ministerios al cumplimiento de las metas comunes; 3) tenían una limitada presencia a nivel territorial como para movilizar sus propios recursos, autoridad y personal necesarios para una lucha efectiva contra la desnutrición, y, finalmente, 4) carecían de la autoridad necesaria para exigir y analizar las fuentes de información disponibles por parte de cada ministerio o entidad coordinada.

También se observaron importantes brechas para generar una genuina articulación vertical entre el Gobierno nacional y los gobiernos locales, dada la falta de incentivos electorales o financieros para articular el combate a la DCI. Como una extensión de la situación anterior, los ministerios tienen diferentes capacidades analíticas, operativas y políticas para organizar la acción territorial, como se observó en el contraste operativo entre el MSP y el MIES. Además, es necesario reconocer la diversidad inherente a las distintas realidades del Ecuador en función de su contexto de pobreza, de territorio o de seguridad alimentaria. Al respecto, la función del ente de coordinación es mejorar la articulación entre niveles de gobierno para movilizar los recursos, personal e información al interior de los ministerios y entre ministerios.

Un factor adicional es que el Ecuador ha carecido de sistemas confiables, integrados y actualizados de seguimiento y monitoreo que permitan identificar a las poblaciones más vulnerables, canalizar los recursos adecuados y establecer y medir el avance de metas de desarrollo. Tanto la articulación política entre el Gobierno nacional y los gobiernos locales, así como la falta de monitoreo y seguimiento, han sido los eslabones más débiles y persistentes en la lucha contra la DCI.

La configuración de la nueva Secretaria Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil en 2021 representa un importante paso de continuidad e innovación con respecto a la experiencia pasada. Por un lado, se ha mejorado sustantivamente su capacidad de seguimiento y monitoreo con la creación de un Sistema Único y Universal de Seguimiento Nominal en la lucha contra la DCI. Este mecanismo (*dashboard*) de seguimiento nominal obtiene, actualiza y analiza datos de diferentes entidades a fin de mantener un reporte en tiempo real del estado de la desnutrición en Ecuador. Si bien esta información facilita una mayor transparencia en la información, es fundamental que las entidades académicas y organizaciones de la sociedad civil desarrollen instrumentos de seguimiento y rendición de cuentas, precisamente para evaluar el cumplimiento de las metas y los programas de intervención en distintos territorios. Por otro lado, el MEF, junto con la STECSDI, está llevando adelante el proceso para desarrollar un presupuesto por resultados a fin de poder clasificar y dar seguimiento a las partidas asignadas y ejecutadas en materia de desnutrición, pero la potestad de asignación o ejecución misma no es una atribución de la STECSDI.

Junto a estos avances de gobernanza, aún quedan otras áreas que han mantenido la misma estructura y los desafíos pasados de coordinación política. La actual STECSDI carece del peso político o financiero necesarios para (re)orientar la actividad de los ministerios y mejorar su presencia territorial en el nivel subnacional donde tienen jurisdicción los GAD. En este sentido, la STECSDI puede desarrollar mejores capacidades, recursos e incentivos para coordinar y movilizar a los ministerios que tienen mayor capacidad de acción en diferentes áreas (agua, saneamiento, vacunación) y a aquellos

que tienen mejor infraestructura, personal o recursos para llegar al territorio con la prestación de esos servicios clave. Por ejemplo, una propuesta para mejorar la coordinación vertical y horizontal es desarrollar un esquema de incentivos financieros que permita la obtención de mayores recursos financieros para los gobiernos locales que tengan éxito en la reducción de la DCI.

En el contexto de una economía pospandemia, el aumento de la DCI es inminente, como también lo es la necesidad de una intervención efectiva y coordinada por parte del Gobierno y de otros actores. Aunque existe un compromiso político y continuidad en el diseño de las intervenciones, todavía permanecen muchos problemas pasados de coordinación y articulación entre diferentes actores. El reto de fondo es la construcción de un pacto social alrededor de una agenda básica de atención para la primera infancia que se mantenga más allá de los gobiernos de turno, que oriente el proceso de reformas hacia objetivos concretos, que tenga la capacidad para movilizar recursos y voluntades, y que proteja y legitime el resultado de sus acciones.

Investigadores principales: Investigador interno (Andrés Mejía Acosta [KCL-UK; USFQ-Ecuador]). Investigadores externos (Juan Pablo Bustamante, Berenice Cordero, Juan Pablo Guzmán, Margarita Manosalvas, Jairo Rivera).

Insumos: *Gobernanza nutricional comparada aplicada* (Andrés Mejía Acosta y Jairo Rivera); *Gobernanza nutricional hacia una política de Estado* (Margarita Manosalvas); *La estrategia Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil* (Berenice Cordero y Juan Pablo Guzmán); *Mapeo de actores en la desnutrición crónica infantil* (Juan Pablo Bustamante); *Vigilancia Epidemiológica Comunitaria aplicada a la reducción de la DCI* (Fernando Sacoto).

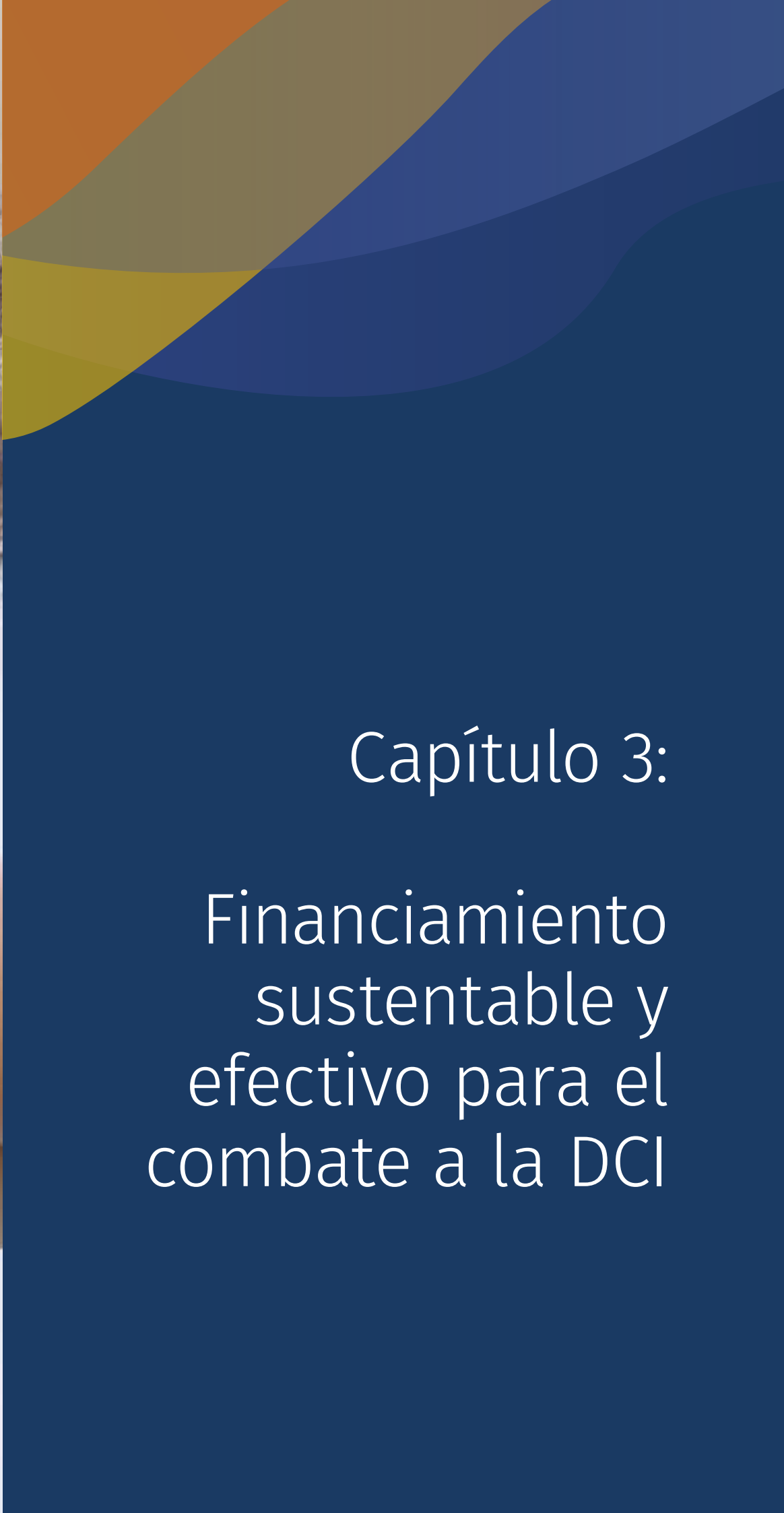
Asistentes de investigación: Sofía Valencia, Katherine Oleas.

Lectores críticos: Juan Pablo Bustamante, Jairo Rivera, Carolina Portaluppi, Esteban Moreno, Fausto Valle, Karla Meneses, Luciana Armijos.

Corrección de estilo y diagramación: Manthra Editores.

Talleres de consulta: Se realizaron los días 09 de junio, 26 de junio y 02 de septiembre, con la participación de Juan Pablo Bustamante, María Belén Villacrés, Saskia Izurieta, María Pilar Vela, Jairo Rivera, Esteban Moreno, Margarita Manosalvas, Juan Pablo Bustamante, Boris Cornejo, Juan Pablo Guzmán, Milica Pandzic, Ximena Garzón Villalba y Nicolás Malo.






Capítulo 3:

Financiamiento
sustentable y
efectivo para el
combate a la DCI

En este capítulo

Introducción.....	115
Resumen.....	116
Gastos específicos y sensibles orientan la estrategia presupuestaria	119
El financiamiento destinado a DCI tiene una baja ejecución presupuestaria con una leve tendencia a mejorar	123
La inversión no se destina a territorios con mayor prevalencia de DCI.....	129
Herramientas de manejo y financiamiento para las estrategias contra la DCI que aportan a una mejora en la ejecución	133
Presupuesto por resultados (PPR): Una estrategia en marcha	134
Formulación y aprobación del PPR: Crear herramientas de gestión y establecer prioridades	136
Presupuesto por resultados: Estado de la ejecución en el Ecuador.....	142
Evaluación del PPR: Etapa iniciada	147
Otras estrategias que apuntan a cerrar la brecha de financiamiento: El talento humano concentra gran parte del déficit para combatir la DCI	147



Capítulo 3: Financiamiento sustentable y efectivo para el combate a la DCI

Introducción

No existe duda de que el financiamiento oportuno, focalizado y sustentable es uno de los pilares del éxito en el combate a la desnutrición infantil. Este capítulo del reporte corrobora esa noción y explora con mayor detalle cuáles serían las ventajas de adoptar una estrategia de financiamiento que sea sustentable, equitativa y eficiente para colocar a la DCI como prioridad dentro de la agenda de las políticas sociales. La aspiración del abordaje analítico de este capítulo es la de conseguir “Un financiamiento que sea sustentable, oportuno, transparente y focalizado que facilitará la coordinación institucional y la efectiva aplicación de estrategias para la reducción de la desnutrición infantil”.

Para alcanzar esta aspiración, este capítulo va más allá de analizar los patrones de financiamiento para introducir un concepto fundamental en el debate sobre la DCI: la idea de que la arquitectura misma del financiamiento es, en sí, un mecanismo efectivo para incentivar la cooperación entre diversos actores políticos a nivel nacional y facilitar la coordinación efectiva de políticas multisectoriales a nivel territorial. En otras palabras, este capítulo busca ilustrar cómo los diversos mecanismos

de financiamiento pueden colaborar o desactivar una efectiva gobernanza nutricional (Mejía y Fanzo, 2012).

Este capítulo también introduce y desarrolla algunos conceptos importantes para entender mejor las dinámicas presupuestarias en Ecuador desde una perspectiva comparada. Finalmente, se ilustra, de manera detallada e histórica, por qué las tendencias de financiamiento a lo largo del tiempo, los patrones de gasto y las prioridades en la asignación de fondos han sido insuficientes para aliviar la carga de la DCI en Ecuador. A través de un análisis histórico riguroso, el capítulo muestra cómo se han dado falencias sectoriales en la capacidad de ejecución, tanto de los presupuestos específicos como de los enfocados. Adicionalmente, se describe cómo las mayores asignaciones presupuestarias no necesariamente han correspondido a las provincias y territorios con mayor desnutrición y viceversa. Estas brechas e ineficiencias corroboran el argumento de que las (mal)asignaciones presupuestarias son, en buena parte, un reflejo de la (des)coordinación política y no necesariamente de la abundancia o ausencia de fondos.

Para la elaboración de este capítulo se utilizaron tres insumos que permiten delinear los principales elementos necesarios para una estrategia sostenible de las políticas públicas en actual desarrollo. El primer insumo detalla, a partir de un análisis descriptivo y analítico, la secuencia histórica de asignación presupuestaria a los proyectos de inversión relacionados con la DCI. El segundo explica la estrategia de presupuesto por resultados (PPR) y sistematiza su aplicación en Ecuador para lograr los objetivos de combatir la DCI. El tercer insumo utilizado, desarrollado por Unicef, presenta alternativas de financiamiento de la estrategia de lucha contra la DCI a corto, mediano y largo plazo. Finalmente, se completan los insumos para el presente capítulo utilizando información proveniente de la Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil (STECSDI), del Ministerio de Salud Pública (MSP), del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) y del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF).

La estructura del capítulo pretende dar una mirada global acerca de los aspectos financieros relacionados con la DCI, qué ha sucedido, qué se está desarrollando en el presente y cómo se visualiza hacia el futuro. Construir los cimientos de una ambiciosa estrategia será válido únicamente en conjunto con una estrategia de sostenibilidad financiera que permita cumplir esta deuda pendiente con nuestras madres, niños y niñas. Sin embargo, la constante preocupación por resolver la brecha financiera por medio de aumentos presupuestarios ha postergado la necesidad de reconocer que el proceso de formulación y asignación del presupuesto público requiere de transformaciones que permitan una optimización de los recursos existentes.

Resumen

La asignación de recursos para atender a la primera infancia es una de las inversiones con mayor retorno dentro del gasto social y un área frecuentemente desatendida.



Lograr un financiamiento sustentable, oportuno, transparente y focalizado para combatir la DCI, que facilite la coordinación institucional y garantice la efectiva aplicación de estrategias para la reducción de la desnutrición infantil.

El destino de los recursos no se concentra en los territorios con mayor prevalencia de DCI. Cuando se divide el gasto de la inversión para el número de niños con DCI, se observa que el gasto per cápita no beneficia a las provincias más necesitadas en el Centro, Sur y Este del país.

Para el análisis del presente capítulo, se propone la necesidad de distinguir entre una asignación presupuestaria "específica" en materia de nutrición y una asignación "sensible". Las asignaciones específicas en nutrición se consideran aquellas intervenciones de alto impacto dirigidas a combatir los determinantes *inmediatos* de la malnutrición. Las inversiones sensibles, en cambio, buscan atacar las causas *subyacentes* de la desnutrición. La distinción en el tipo de gasto es fundamental para comprender y distinguir la magnitud del compromiso financiero del Gobierno nacional, pero también para entender las prioridades de gasto en cada momento.

En función de la disponibilidad y comparabilidad de los datos existentes, se divide el análisis empírico en dos períodos. Para primer período de asignaciones (2008-2020) se realiza un análisis histórico utilizando los datos de gasto devengado del Plan Anual de Inversiones (PAI). El segundo

ofrece un análisis del gasto corriente y de inversión destinado a combatir la DCI durante los años 2020 y 2021.

El bajo nivel de ejecución del presupuesto es un patrón que se repite en todos los años analizados entre 2008 y 2020. Para el caso de los gastos específicos, en el año 2011 se registra el mayor incremento en gasto codificado y en 2012 se registra la mayor ejecución del presupuesto frente a los otros años. Por otro lado, el año con peor ejecución de gastos específicos corresponde al 2018. En el período de análisis 2020, al 2021, el monto codificado y la ejecución parecen dar señales de mejoría.

El destino de los recursos no se concentra en los territorios con mayor prevalencia de DCI. Cuando se divide el gasto de la inversión para el número de niños con DCI, se aprecia un patrón en el cual el gasto no se dirige mayoritariamente hacia las zonas Centro, Sur y Este del país, donde es más prevalente esta condición. Este patrón de asignación territorial no enfocada se repite en los años más recientes (2020 y 2021).

Tras el análisis histórico realizado, se presentan dos propuestas que actualmente se están trabajando en Ecuador y que buscan mejorar la ejecución de la inversión para reducir la DCI. La primera es el mecanismo de *presupuesto por resultados* (PPR), cuya implementación en otros países ha logrado reducir la DCI significativamente. La segunda propuesta determina alternativas de financiamiento a corto, mediano y largo plazo para contribuir a cerrar la brecha de financiamiento existente relacionada con la DCI.

La estrategia de PPR ha permitido identificar las prioridades y necesidades del Estado en relación con la lucha contra la DCI y, al mismo tiempo, alinear la entrega de los bienes y servicios. Esta propuesta en marcha pretende lograr grandes cambios en lo que corresponde a la optimización de recursos y los indicadores de DCI.

Gastos específicos y sensibles orientan la estrategia presupuestaria

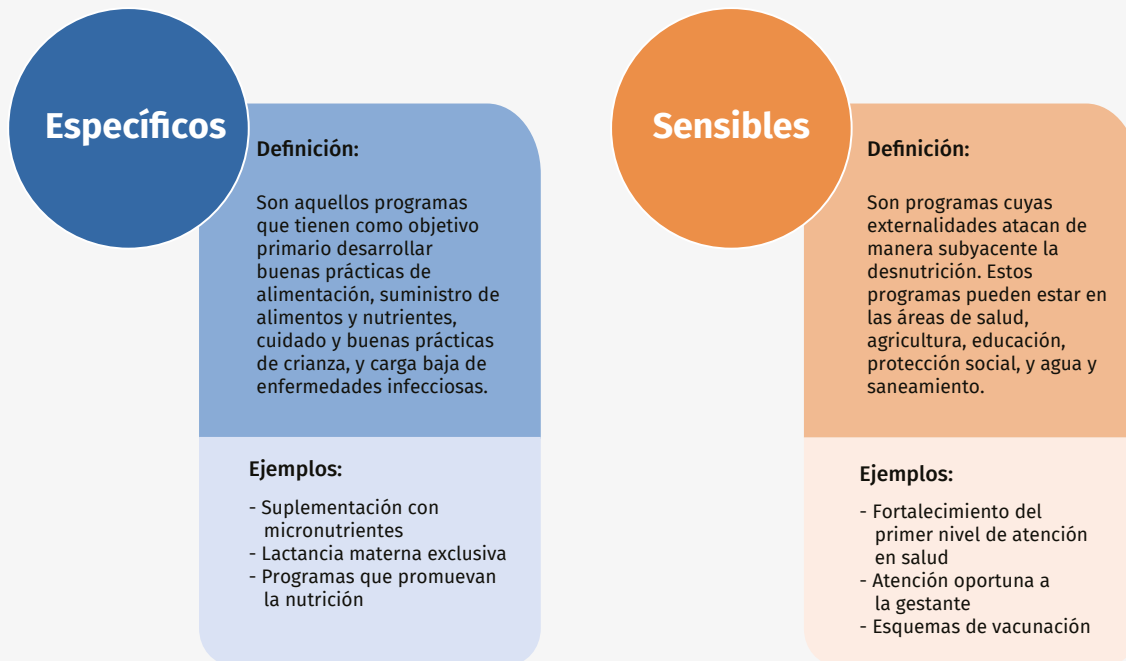
La asignación de recursos para atender a la primera infancia es una de las inversiones con mayor retorno dentro del gasto social. Dado su tremendo impacto para asegurar el desarrollo temprano de niños y niñas, el gasto gubernamental destinado a combatir la DCI es realmente una inversión de mediano y largo plazo. En el capítulo 1 se explicó la necesidad de comprender las múltiples causas de la DCI para combatirla efectivamente. Este capítulo mantiene esa importante distinción y hace un esfuerzo por entender las diversas necesidades financieras para reducir la DCI. Iniciamos esta discusión planteando la necesidad de clasificar el gasto de alguna manera que diferencie aquellas estrategias que atacan directamente las causas inmediatas de la DCI, de aquellas que atacan las causas subyacentes (ver el recuadro 3 del capítulo 1).

Siguiendo con la convención internacional, se propone la necesidad de distinguir entre una asignación presupuestaria "específica" en materia de nutrición y una asignación "sensible". Las asignaciones específicas en nutrición se consideran intervenciones de alto impacto dirigidas a combatir los determinantes *inmediatos* de la malnutrición. Según la revista médica *The Lancet* (Ruel et al., 2013), se recomiendan diez tipos de intervenciones directas, como, por ejemplo, "la suplementación con micronutrientes o el enriquecimiento de los alimentos, el tratamiento de la malnutrición aguda y la lactancia materna exclusiva o la alimentación complementaria de los niños pequeños" (Fanzo et al., 2019: 98). Las inversiones sensibles, en cambio, buscan atacar las causas *subyacentes* de la desnutrición. Entre estas asignaciones se consideran iniciativas en múltiples sectores, como "la salud, la agricultura y los sistemas alimentarios, la promoción del agua, el saneamiento y la higiene, la educación, y la protección social" (Fanzo et al., 2019: 98) (ver el cuadro 1). La distinción en el tipo de gasto es fundamental para comprender y distinguir la magnitud del compromiso financiero del Gobierno nacional, pero también para entender las prioridades de gasto en cada momento. Si bien ambos tipos de inversiones son necesarios y complementarios, el gasto específico pertenece de manera casi exclusiva al MSP, en tanto que el gasto sensible o enfocado en la nutrición es de naturaleza intersectorial y, por lo tanto, requiere de una mayor coordinación y colaboración entre diversos ministerios. Por ello, la asignación del gasto sensible es vital para asegurar una efectiva coordinación intersectorial y responde a un manejo más político.

Para la elaboración de esta clasificación en el presente Reporte, se usaron las definiciones proporcionadas por el movimiento Scaling Up Nutrition (SUN). El movimiento SUN es una iniciativa de gobernanza global para evaluar y revisar estrategias y planes de sus países miembros en la lucha contra la desnutrición.¹ En particular, las definiciones que se usan para clasificar programas como gasto específico y sensible se describen en el gráfico 1.

¹ SUN es una secretaría especial de la ONU que recibe financiamiento de algunos países donantes, organismos internacionales, sector privado y sociedad civil.

Gráfico 1. Definición y ejemplos de prestaciones sensibles vs. específicas en desnutrición



Fuente: elaboración propia con información de Gachet y Baquero (2022).

Otra ventaja de trabajar con esta distinción conceptual es que se puede estimar el efecto potencial de programas que tengan una relación tanto directa como indirecta sobre la desnutrición. En el caso de programas con una relación directa (gasto específico), se puede evaluar su impacto en términos de eficacia, ya que se sabe que su objetivo principal es disminuir la incidencia de la desnutrición. Por el contrario, no se podrá evaluar la eficacia de los programas de gasto sensible sobre la reducción de la desnutrición porque no tienen un impacto directo, sino que influyen sobre otras dimensiones que pueden ser complementarias para reducir esta problemática, por ejemplo, la provisión de agua potable o la disponibilidad de alimentos saludables. Las externalidades de estos programas pueden tener efectos importantes para influir sobre indicadores de desnutrición, siempre y cuando estas intervenciones estén bien focalizadas (Ruel et al., 2013).

Si bien estas definiciones recogen varios esfuerzos de clasificación y codificación, su aplicación práctica puede ser muy compleja y no está libre de controversia. De todos modos, la iniciativa desarrollada por SUN tiene una aplicación práctica y reveladora para identificar, aunque sea a través del nombre de los programas financiados, una referencia aproximada (*proxy*) de cuáles son los objetivos que se busca lograr y los potenciales beneficiarios de las inversiones reportadas en materia de nutrición.

En función de la disponibilidad y comparabilidad de los datos existentes, esta sección divide el análisis empírico en dos períodos. Para el primer período de asignaciones (2008-2020) se realiza un análisis histórico utilizando los datos de gasto devengado del PAI. Considerando que este tipo de gasto (inversión) es únicamente una parte del total, solo nos da un *proxy* de la realidad de asignación territorial de acuerdo con los índices de DCI, la inversión en gasto sensible o específico y la ejecución del gasto. La información de nivel nacional proviene del MEF, mientras que los datos de nivel provincial proceden de la Secretaría Nacional de Planificación (Senplades).

La información sobre gasto de inversión puede dar una idea de la importancia relativa que dan los gobiernos a la colocación de recursos y si estos van a donde son mayormente requeridos. Los resultados de esta sección se deben interpretar como un análisis histórico de la asignación de recursos en temas de desnutrición, utilizando el gasto de inversión como *proxy*. La focalización de los recursos es un tema importante porque si estos no son colocados de manera eficiente, el gasto difícilmente tendrá el impacto deseado.

Para el segundo período se presenta un análisis del gasto corriente y de inversión destinado a combatir la DCI durante los años 2020 y 2021. En diciembre de 2020 inició la Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil (ECSDI). Como parte de este plan, el MEF presentó información presupuestaria específica sobre esta estrategia. Esto marca una diferencia importante con respecto a lo observado en años anteriores, pues en la propuesta actual la información se encuentra agrupada en un plan y separada por ámbito geográfico, lo que facilita el seguimiento, aunque no es comparable con años anteriores.

En el Sistema Integrado de Gestión Financiera (eSIGEF) se puede visualizar de manera detallada la actividad y la entidad responsable, la entidad operativa descentralizada (EOD) y los ítems presupuestarios relacionados con cada una de las actividades del paquete priorizado. Partiendo de la clasificación en actividades presentada por el MEF en 2021, se dividen los gastos en específicos o sensibles para el objetivo de este análisis. Para esto se usan dos criterios complementarios. Primero, se emplean los ítems a los que se destina el gasto en cada actividad (ver el cuadro 1). Segundo, se revisa información de las actividades para conocer sus funciones y objetivos puntuales.

Por ejemplo, en la actividad Creciendo con Nuestros Hijos (CNH), los gastos se dirigen a remuneraciones para prestar el servicio de consejería familiar para la protección integral tanto de las madres gestantes como el buen comienzo en la vida de las niñas y niños en sus primeros tres años de vida (MIES, 2018). Por lo tanto, es una actividad que tiene como objetivo primario desarrollar buenas prácticas de cuidado de la madre para prevenir la DCI. Considerando la naturaleza del gasto en esta actividad, se lo clasifica como específico. Por otro lado, en los Centros de Desarrollo Infantil (CDI) indirectos, dado que los ítems a los que se destina el gasto son vestuario, remuneraciones y recursos para los gobiernos autónomos descentralizados (GAD), y que además el cuidado de los niños no está únicamente relacionado con temas nutricionales, la clasificación para esta actividad corresponde a gasto sensible. La clasificación usando estos criterios se presenta en el cuadro 1.

Cuadro 1. Clasificación de las actividades del presupuesto en Sensible vs. Específico

ACTIVIDAD	ESPECÍFICO/ SENSIBLE	ENTIDAD	EOD	ÍTEMS
Desnutrición cero	Específico	MSP	Direcciones distritales, Coordinaciones zonales	Dispositivos médicos de uso general, medicamentos
Creciendo con Nuestros Hijos (CNH)	Específico	MIES	Direcciones distritales	Remuneraciones
Desnutrición infantil, control prenatal	Específico	MSP	Direcciones distritales, Coordinaciones zonales	Medicamentos, alimentos y bebidas
Desnutrición infantil, control del niño sano	Específico	MSP	Direcciones distritales	Medicamentos
Desnutrición infantil, vacunación a niños menores de 5 años	Sensible	MSP	Direcciones distritales	Dispositivos médicos de uso general
Desnutrición infantil, control prenatal sin política de igualdad*	Sensible	MSP	Hospitales, Direcciones distritales	Maquinaria y equipo, sueldos, medicamentos, infraestructura, dispositivos médicos de uso general
Desnutrición infantil, control del niño sano	Sensible	MSP	Ministerio de Salud Pública	Papelería
Centros de desarrollo infantil (CDI) directos	Sensible	MIES	Direcciones distritales, Coordinaciones zonales	Remuneraciones, sueldos
Centros de desarrollo infantil (CDI) indirectos	Sensible	MIES	Direcciones distritales	Vestuario, remuneraciones, GAD

Fuente: Gachet y Baquero (2022), con información del MEF y ECSDI.

Considerando que en 2021 se inició un nuevo Gobierno, el presupuesto de ese año fue prorrogado. Esto significa que el Gobierno entrante tuvo un margen de maniobra limitado sobre el presupuesto del año siguiente a su elección. La clasificación presupuestaria establecida a finales de 2020 permite tener un marco consistente para elaborar comparaciones vigentes y un mejor análisis en el futuro (ver el recuadro 1).

Recuadro 1.**El financiamiento de los bienes y servicios para disminuir la desnutrición dentro del Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil (DCI)**

El Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la DCI plantea la ruta a seguir entre los años 2021 y 2025, establece las prioridades del Estado y la voluntad del Gobierno en el diseño de una política social sostenida para que todas las niñas y los niños tengan la oportunidad —desde la gestación— de gozar de un buen comienzo en la vida, libres de desnutrición crónica. Este plan es el resultado de un proceso de construcción colectiva multidisciplinaria en el que participaron las instituciones públicas involucradas en la ejecución de la política social, miembros de la sociedad civil y de la cooperación nacional e internacional, con el propósito de conjugar visiones que superen las soluciones coyunturales y dar paso a la estructuración de una política de Estado permanente que permita trazar el camino hacia una efectiva prevención y reducción de la DCI en el Ecuador.

El plan contempla la implementación de los proyectos y acciones a ejecutar, su prioridad y secuencia lógica de realización, junto con el análisis presupuestario requerido para su ejecución. Como uno de los aspectos fundamentales, en este plan se definió la estructura de gobernanza que requiere el abordaje de la estrategia, así como el marco de seguimiento, monitoreo y evaluación de resultados. El plan establece como mecanismo de financiamiento la incorporación del presupuesto por resultados que permita un monitoreo de la calidad del gasto vinculando las asignaciones presupuestarias a la producción y entrega, con calidad y cobertura, de los bienes y servicios. Como parte de la estrategia, plantea la definición e implementación de mecanismos sostenibles de financiamiento para garantizar los recursos necesarios para llevarla adelante. Adicionalmente, propone construir un pacto fiscal para movilizar, proteger y asignar recursos en favor de la primera infancia y de la lucha contra la DCI.

Fuente: Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil, 2021.

El financiamiento destinado a DCI tiene una baja ejecución presupuestaria con una leve tendencia a mejorar

El siguiente análisis presupuestario ofrece un enfoque comparado, toma en cuenta la división detallada en la sección anterior entre gasto específico y sensible, y coteja la inversión codificada con la ejecutada. El presupuesto codificado corresponde al monto de la asignación presupuestaria en un momento determinado. El presupuesto ejecutado corresponde al conjunto de acciones destinadas a la utilización de los recursos humanos, materiales y financieros asignados en el presupuesto.

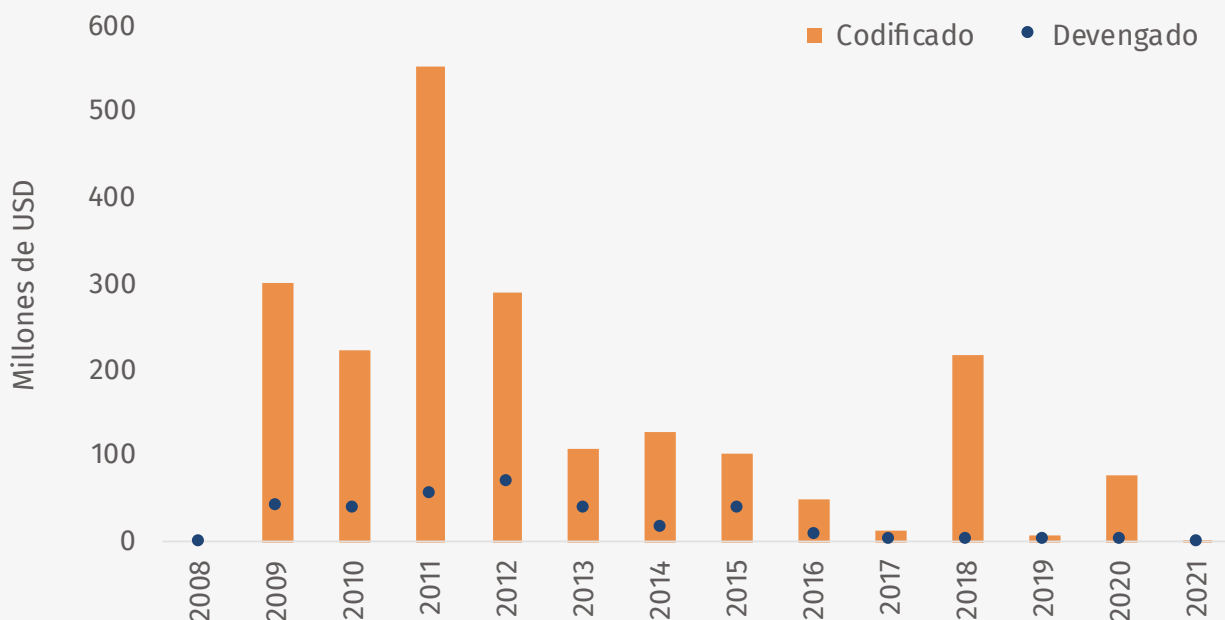
La diferencia entre el presupuesto codificado y el ejecutado permite tener una idea clara de la capacidad de ejecución de las entidades, en este caso, del presupuesto destinado al combate de la DCI.

En el período 2008-2020 no es posible identificar un monto total destinado a reducir la DCI debido a la falta de identificación en el sistema presupuestario de las prestaciones que se relacionan con la DCI. En este capítulo, si bien no se tiene el monto total, se logra cuantificar los recursos que se destinan a proyectos de inversión.

La trayectoria de esta inversión es decreciente (ver el gráfico 2). El bajo nivel de ejecución del presupuesto es un patrón que se repite en todos los años analizados entre 2008 y 2020, en los que en promedio la ejecución presupuestaria no superaba el 26 %. Para el caso de los gastos específicos, en el año 2011 se registra el mayor incremento en gasto codificado y en el 2012 se registra la mayor ejecución del presupuesto frente a los otros años. Un punto a resaltar es que durante estos años ya se conocían los resultados de la Encuesta de Salud y Nutrición (Ensanut) 2014, a partir de la cual se hace notorio el poco avance que hubo en la reducción de la DCI en seis años.

Por otro lado, el año con peor ejecución de gastos específicos corresponde al 2018, año en el que se codificaron USD 217 millones y se ejecutaron únicamente USD 2 millones, lo que representa una ejecución inferior al 1 %.

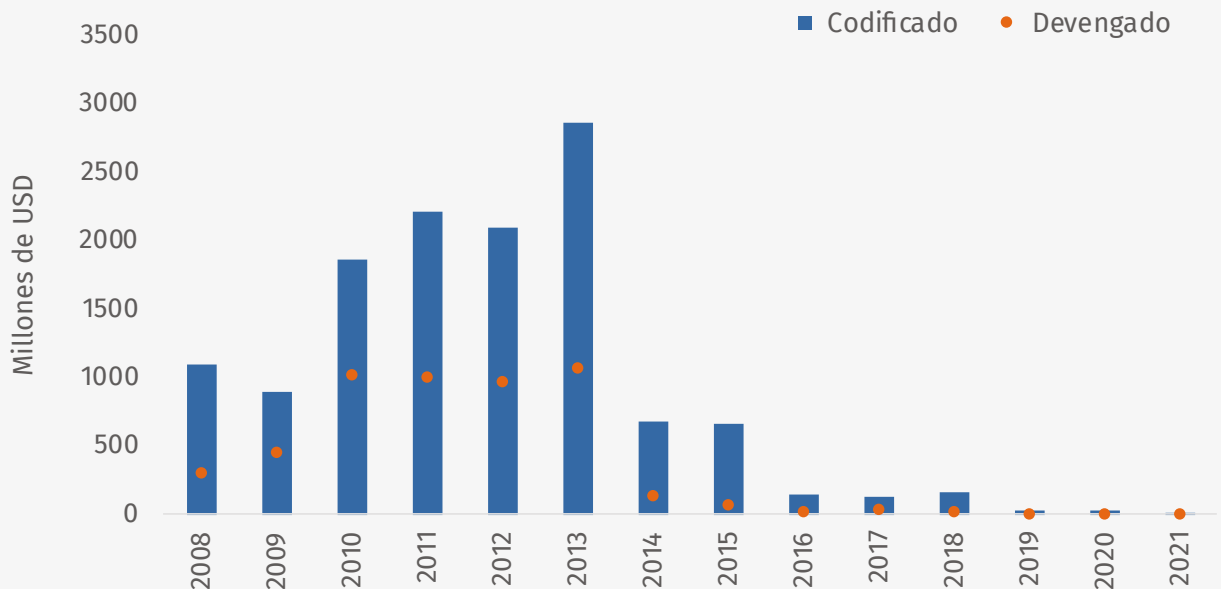
Gráfico 2. Gasto de inversión —codificado y ejecutado— Específico



Fuente: Gachet y Baquero (2022), con datos del MEF.

El gasto sensible exhibe una dinámica más conectada con el ciclo de la economía ecuatoriana, ya que incluye temáticas como alcantarillado y saneamiento. A partir del año 2014, por ejemplo, se aprecia una caída tanto en lo codificado como en lo ejecutado, lo que coincide con la política del Gobierno de la época de ajustar el gasto público por el lado de la inversión como consecuencia de la caída de precios del petróleo, que inició a finales de 2014 y llegó a disminuir en un 60 % en relación con la tendencia que había registrado hasta 2013. El gráfico 3 muestra que el gasto sensible registra su punto máximo en 2013 y, posteriormente, presenta una caída que no ha recuperado sus niveles anteriores, pese a que han transcurrido ocho años. Si bien no podemos descartar el efecto de la pandemia, se esperaría una mejora de estos indicadores en un contexto de mayor crecimiento económico.

Gráfico 3. Gasto de inversión —codificado y ejecutado— Sensible

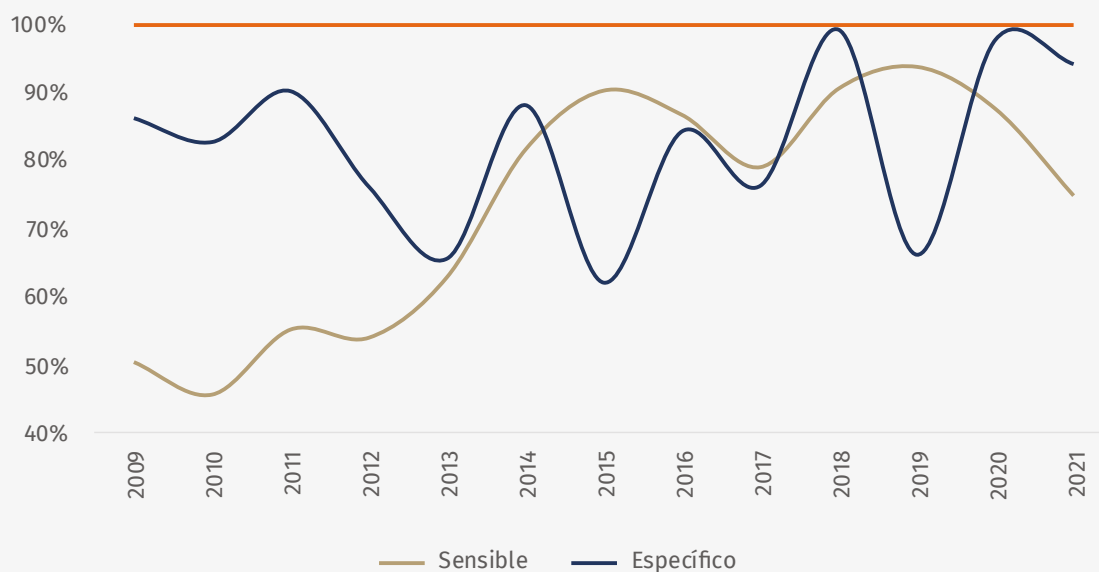


Fuente: Gachet y Baquero (2022), con datos del MEF.

Motivados por la baja relación entre lo codificado y lo ejecutado, se buscó una manera de analizar la ejecución del gasto. El gráfico 4 muestra los resultados del siguiente índice: $\frac{\text{codificado} - \text{devengado}}{\text{codificado}}$. Entre más cercano se encuentre el índice al 100 %, menos se ha podido cumplir con el gasto registrado como codificado. En otras palabras, se busca mejorar la comparación entre el gasto en proyectos específicos y sensibles. Los proyectos específicos tienen, en general, un menor gasto codificado, lo que supone que no sea comparable, en términos absolutos, con los proyectos sensibles. Por tanto, al normalizar esto (haciéndolos comparables), vemos que ambos tipos de proyectos tienen una baja ejecución, lo cual genera muchas dudas en cuanto a las reglas presupuestales a este nivel de detalle. En otras palabras, no encontramos un rol claro del gasto codificado.



Gráfico 4. Índice de relación codificado y ejecutado



Fuente: Gachet y Baquero (2022), con datos del MEF.

Debe considerarse que el gasto de inversión se financia con ingresos no permanentes (es decir, que no provienen del petróleo) y puede ser que eso genere algún tipo de incertidumbre en cuanto a lo que se puede gastar en relación con lo que efectivamente se gastó. Sin embargo, eso no es más que una hipótesis. Considerando la baja ejecución del gasto destinado a combatir la desnutrición, la pregunta que surge es si existe una mejor forma de organizar y adaptar el presupuesto a la realidad de los recursos y capacidades disponibles. Es interesante notar que en los años 2013, 2015 y 2019 hay caídas en el índice para el gasto específico, lo que señala mejoras en su nivel de ejecución. Estas caídas podrían estar asociadas con la presentación de resultados de las principales encuestas especializadas que tiene el país: Ensanut 2012, Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) 2014 y Ensanut 2018.

Ofrecer una explicación para el bajo nivel de ejecución presupuestaria requiere una investigación adicional que está fuera del alcance de este Reporte. Sin embargo, podemos ofrecer tres posibles alternativas que tendrían que ser empíricamente verificadas en futuras investigaciones. Una primera e inmediata posibilidad es contemplar la baja capacidad que tienen las entidades ministeriales, territoriales o unidades ejecutoras para contratar el personal técnico necesario, comprar insumos o ejecutar las obras acordadas dentro de los plazos establecidos. Una segunda hipótesis tiene que ver con la demora en los desembolsos de las partidas por parte del MEF, lo cual explica que las entidades correspondientes tienen muy poco tiempo para gastar efectivamente sus asignaciones presupuestarias. Una tercera posibilidad es de orden político, en la medida en que las autoridades centrales o locales tienen incentivos para retardar la ejecución de las transferencias recibidas. En cualquier caso, el problema

de la subejecución del presupuesto de nutrición indica que no existe una ausencia de dinero, sino una incapacidad o poca voluntad de ejecutar estos fondos, es decir, hay un serio problema de gobernanza financiera.

Esta baja capacidad de cumplir con lo codificado trae interrogantes sobre la planificación y la manera en la que se organiza el gasto de inversión, lo que afecta no solo a la lucha contra la desnutrición, sino a otros temas relevantes para la política social.² Finalmente, se resalta que en los años de menos recursos, posteriores a 2014, el gasto codificado cae sistemáticamente.

En el período de análisis 2020 a 2021, el monto codificado y la ejecución parecen mostrar señales de mejoría. En el año 2021, el gasto ejecutado representó en promedio cerca del 40 % del codificado, lo que, si bien es mayor al promedio de la década anterior, muestra nuevamente una subejecución del gasto, tanto específico como sensible, destinado a combatir la desnutrición infantil. En dicho año, la mayor parte de este gasto se ejecutó en el segundo semestre, el cual acumuló alrededor del 78 % del gasto total. Esto es común en la ejecución del gasto en términos generales porque en el segundo semestre se produce el cierre del ejercicio fiscal. Se debe tener en consideración, además, que durante el primer semestre de 2021 hubo cambio de Gobierno.

En 2021, el monto total destinado al programa ECSDI sumó un total de USD 1166,4 millones, lo que representó cerca del 4 % del total de gastos del presupuesto general del Estado. Considerando que esta clasificación existe a partir del año 2021, no se pueden realizar comparaciones exactas hacia atrás de la misma manera; sin embargo, se puede reconocer la relevancia al identificar que este rubro significó casi el 70 % de los gastos de inclusión económica y social.

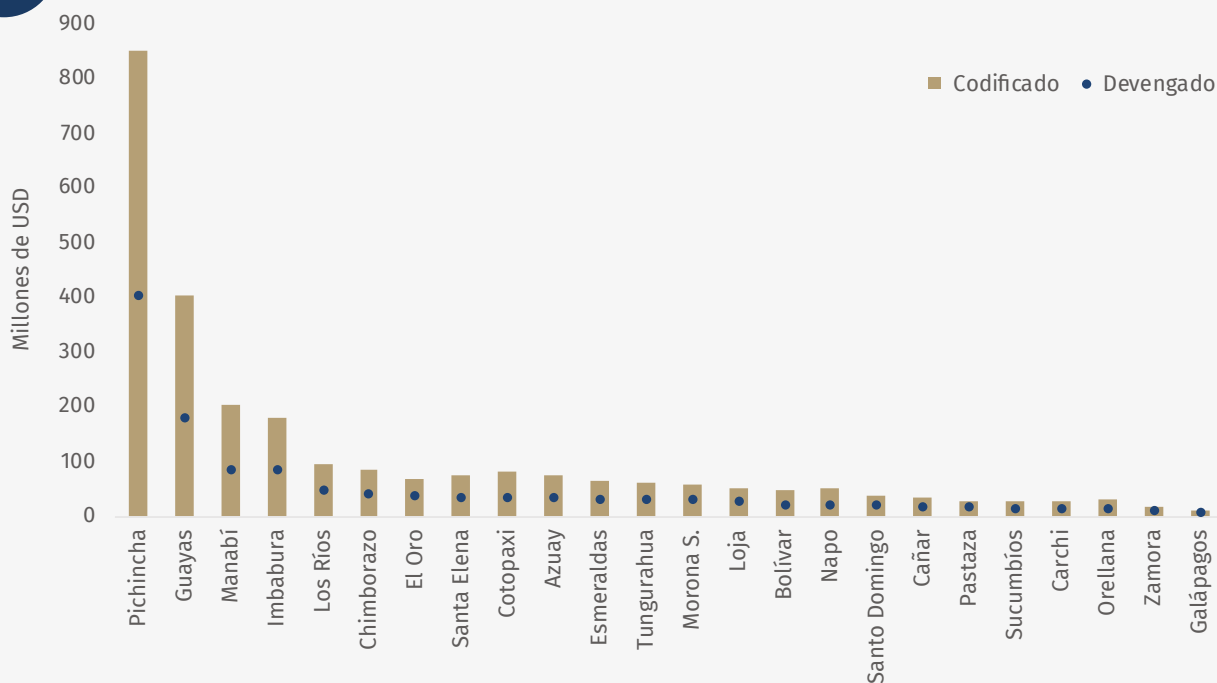
Esto significa que el Gobierno entrante destinó en 2021 mayores recursos para la lucha contra la desnutrición que durante los cinco años anteriores. Esta tendencia se aprecia también si separamos por gasto específico y sensible. El análisis no cambia si excluimos a Pichincha y Guayas. Sin embargo, es importante puntualizar que este análisis deberá repetirse para el 2022, año en el que el Gobierno tiene un control directo sobre el presupuesto y no un prorrato del presupuesto del Gobierno que le antecedió, como fue el caso de 2021.

A nivel provincial, estos resultados no presentan mayores variaciones, incluso si se analiza el gasto total por provincias que difieren en el número de habitantes, como El Oro y Pastaza (ver el gráfico 5).

El problema de la subejecución presupuestaria no es que falten recursos para invertir en nutrición, sino que se necesita mejorar la gobernanza financiera para gastar de manera oportuna y efectiva.

² Esta baja relación entre lo codificado y ejecutado es generalizada en el PAI, lo cual puede deberse a varios factores, como demora en contrataciones, procesos demorados y prolongados, entre otros.

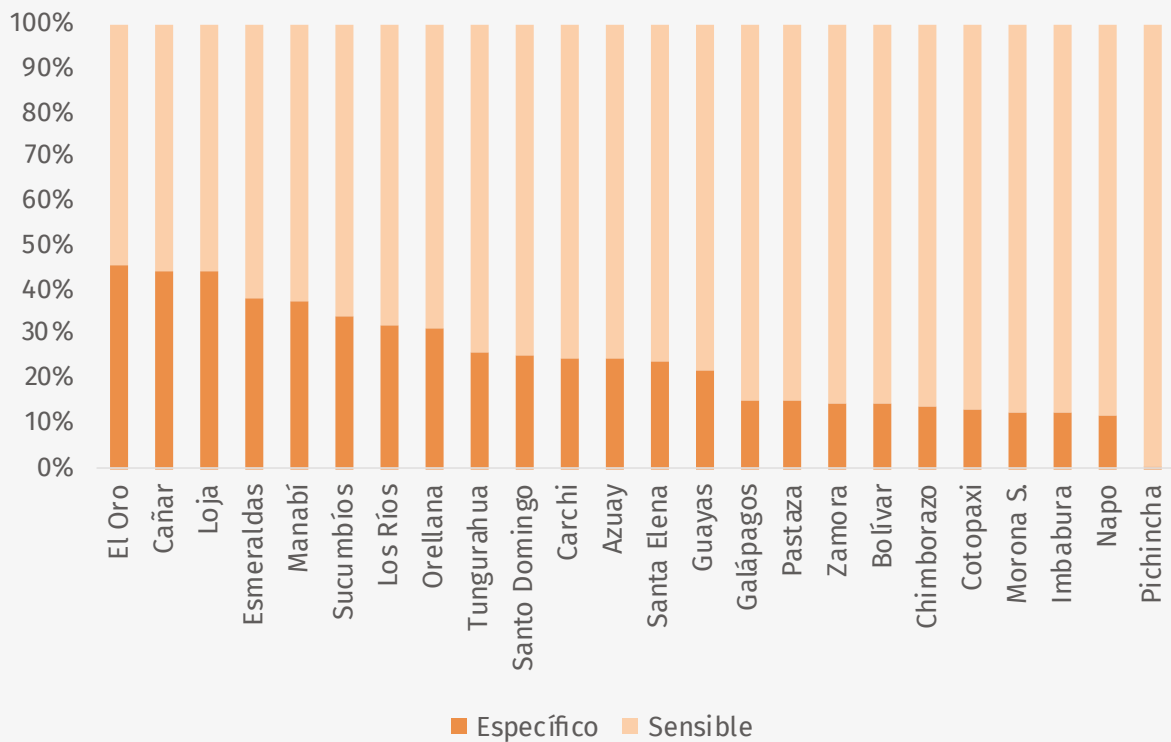
Gráfico 5. Gasto codificado vs. ejecutado por provincia - Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil - 2021



Fuente: Gachet y Baquero (2022).

Finalmente, la composición del gasto ejecutado a nivel provincial muestra que el gasto sensible representa la mayor parte del total en todas las provincias. En ningún caso el gasto específico alcanza más del 46 % del total (ver el gráfico 6). Considerando que este gasto agrupa ítems relativos a medicamentos, alimentos y bebidas, y remuneraciones de personas en actividades como Creciendo con Nuestros Hijos, se esperaría que su peso dentro del total crezca con el tiempo, sobre todo en provincias con altos índices de desnutrición. Destaca la baja ejecución de Pichincha en gasto específico, con el 8,6 %, y en gasto sensible, los bajos índices de Napo, Orellana, Carchi y Sucumbíos, provincias que presentan altos índices de desnutrición, como se discute en la siguiente sección (gráfico 6). Esta baja ejecución, a su vez, podría explicarse por falta de recursos del Gobierno central destinados a provincias, un mal manejo a nivel local o una combinación de ambos. Es claro, como se mencionó anteriormente, que la identificación de las trabas a la planificación y ejecución del gasto es un tema fundamental que debe ser abordado en trabajos futuros, sobre todo si se busca medir los resultados del gasto destinado a combatir la desnutrición infantil.

Gráfico 6. Composición del gasto ejecutado - Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil – 2021



Fuente: Gachet y Baquero (2022).

La inversión no se destina a territorios con mayor prevalencia de DCI

Para analizar la inversión destinada a los territorios con mayor prevalencia de DCI se distinguen dos períodos. Para el período 2008-2017³ se utilizan los datos de Senplades con el fin de generar una visualización de los hallazgos que compare la colocación del gasto de inversión en proyectos específicos y sensibles, junto con la prevalencia de DCI. De esta manera, se puede observar si existiría una relación entre estas dos variables y potencialmente discutir sobre la eficacia del gasto de inversión en función de su colocación geográfica inicial. Se utiliza el dato de prevalencia de DCI del año 2006⁴ para menores de 5 años, ya que se busca estudiar si el gasto en el período 2008-2017 respondió a las necesidades provinciales por DCI. Por lo tanto, este ejercicio permite observar si el gasto de inversión fue dirigido hacia donde había mayor necesidad.

Con el objetivo de evitar sesgos provenientes por el número de habitantes en cada provincia, se usa el gasto de inversión dividido para el número de niños con DCI.

³ Vale la pena recordar que se utiliza este período puesto que los datos de Senplades a nivel provincial se encuentran disponibles únicamente para esos años.

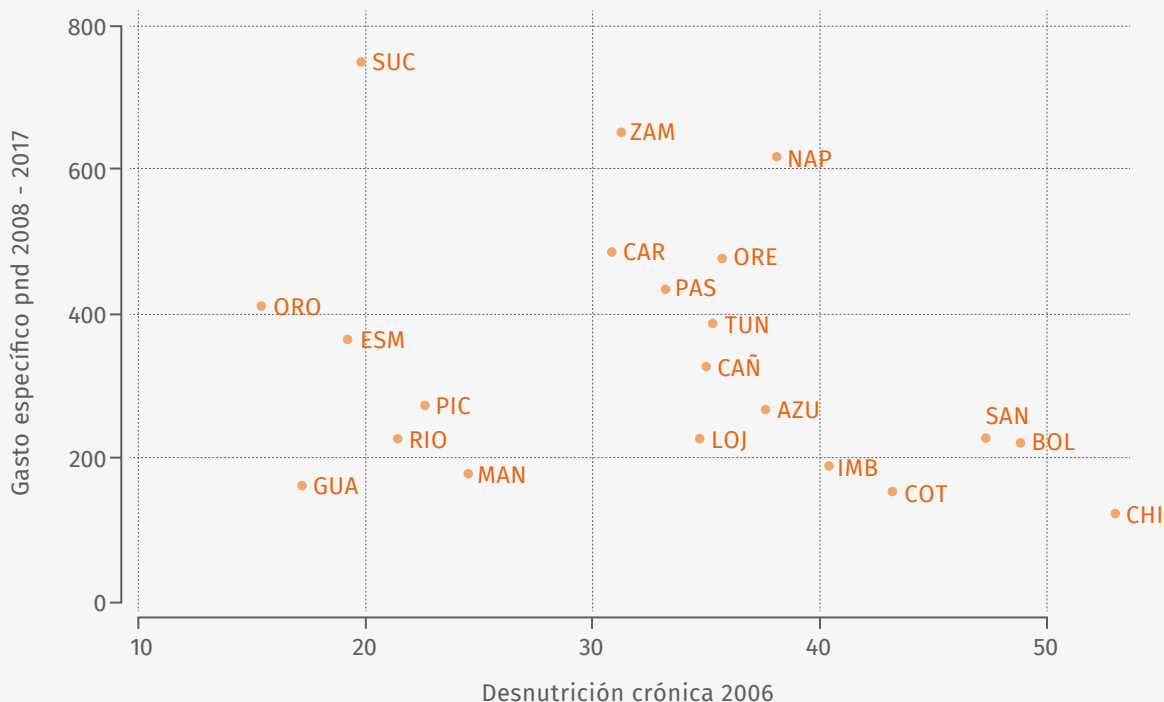
⁴ Este dato viene de la ECV 2006, a partir del estudio de Gutiérrez et al. (2018). El mismo estudio calcula únicamente DCI para menores de 5 años, puesto que es la más relevante para la primera infancia. En el apéndice se incluyen los gráficos de correlaciones con DCI para menores de 2 años, pero las conclusiones no cambian: la correlación entre DCI para menores de 5 y de 2 años es de 0,98.

Este último dato se obtiene a partir de la ECV de 2006, ya que, hasta donde se conoce, no existe un dato para el período 2008-2017 que provenga de otra fuente, como un registro administrativo.

El destino de los recursos no se concentra en los territorios con mayor prevalencia de DCI. Cuando se divide el gasto de la inversión para el número de niños con DCI, se aprecia un patrón en el cual el gasto no se dirige mayoritariamente hacia las zonas Centro, Sur y Este del país, donde esta condición es más prevalente (ver la concentración territorial de la DCI en el capítulo 1). Por lo tanto, históricamente el gasto no se asignó en función de las necesidades provinciales relacionadas con la desnutrición. Las provincias que reciben mayor gasto por niño con DCI son Sucumbíos y Napo. Es interesante notar que el gasto específico por niño con DCI en Sucumbíos, que registra una prevalencia de 19,8 %, es de USD 751, mientras que Chimborazo, que tenía una prevalencia de DCI del 53 % en 2006, recibió solamente USD 123 por niño con DCI en el período 2008-2017 (ver el gráfico 7).

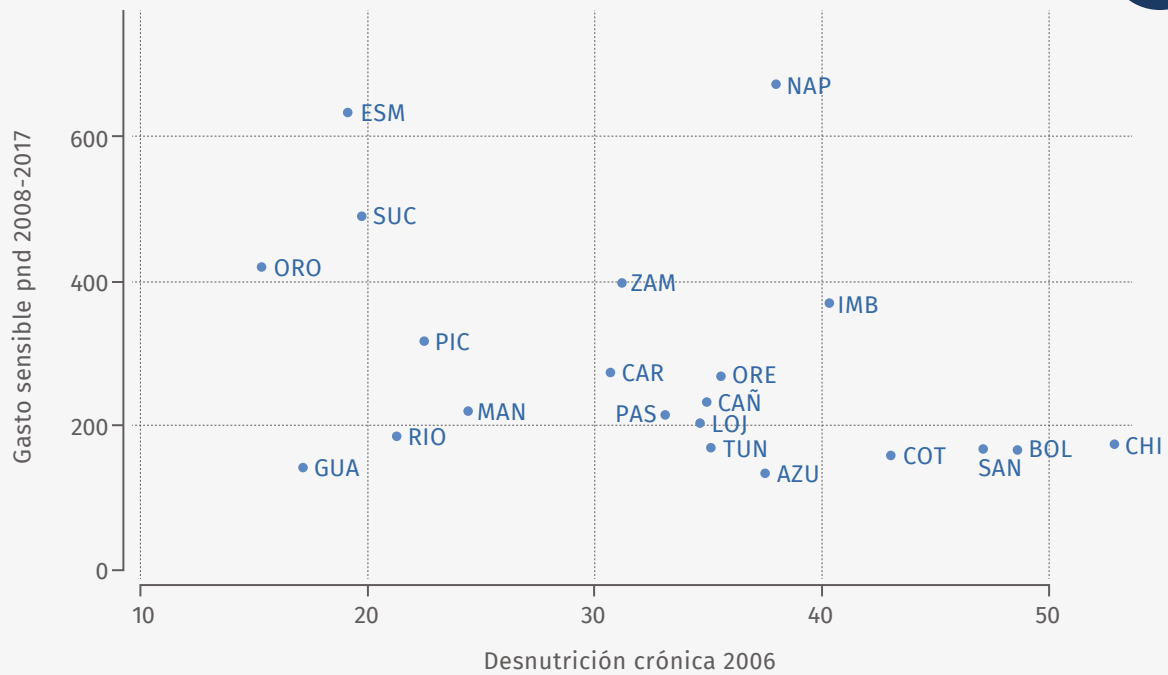
En este Reporte se mide la correlación entre el gasto de inversión por niño con DCI y la prevalencia de DCI para cada provincia. Es importante mencionar que no se intenta estudiar causalidad, pero sí tener una idea de la correlación entre gasto y DCI. Los gráficos 7 y 8 muestran una correlación negativa entre los gastos de inversión en proyectos específicos y sensibles y la DCI en 2006. Concretamente, el coeficiente de correlación en el caso de proyectos específicos es de -0,29, mientras que, en el caso de proyectos sensibles, es de -0,35. Cabe mencionar que si se retira a Pichincha y Guayas, provincias que tienen mayor centralidad y agrupan la mayor parte del gasto, el coeficiente de correlación para el gasto específico se ubica en -0,44, y para el gasto sensible, en -0,47 (ver los gráficos 7 y 8).

Gráfico 7. Gasto de inversión específica por niño con DCI



Fuente: Gachet y Baquero (2022).

Gráfico 8. Gasto de inversión sensible por niño con DCI

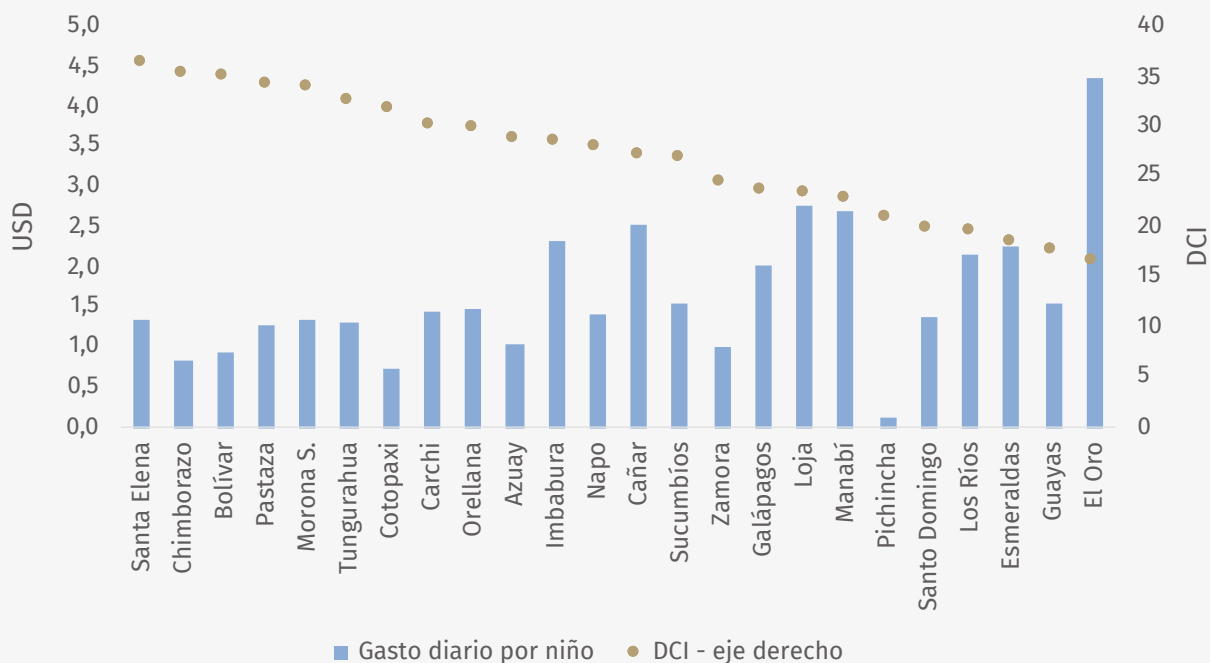


Fuente: Gachet y Baquero (2022).

Este patrón de asignación territorial no enfocada se repite en los años recientes (2020 y 2021). Para el análisis de estos años se utiliza la información de la Ensanut 2018, último dato nacional con el que se cuenta. Al igual que en el período anterior, se calcula el gasto por niño con DCI para ajustar las diferencias.

Nuevamente observamos que los lugares con prevalencias más altas de desnutrición no son necesariamente los que registran un mayor gasto por niño con DCI en 2021 (ver el gráfico 9). En el caso del gasto específico por niño con DCI, por ejemplo, la provincia de El Oro recibió en 2021 un promedio de USD 1571 por niño, la cifra más alta en el país y 2,6 veces mayor que el promedio nacional (USD 599), lo que contrasta con la situación observada en la prevalencia de DCI en niños menores de 5 años de la provincia, que registró el valor más bajo en el país (16,7 %) en 2018. En la provincia de Bolívar, por otra parte, en donde el gasto específico por niño con DCI bordeó en promedio los USD 344, uno de los más bajos a nivel nacional, la prevalencia de DCI fue de 35,1 %, la tercera más alta y solamente superada por Santa Elena. Esto significa que en esta provincia el gasto específico promedio por niño con DCI es inferior a un dólar diario. En términos generales, las provincias con índices de desnutrición superiores al 30 % recibieron un promedio de USD 417 por niño con DCI, una cifra inferior a lo que reciben el resto de provincias (USD 691) y al promedio nacional, que representan un promedio de USD 1,92 y USD 1,16 dólares diarios en 2021 por niño con DCI, respectivamente (ver el gráfico 9).

Gráfico 9. DCI 2018 y gasto específico diario por niño en 2021

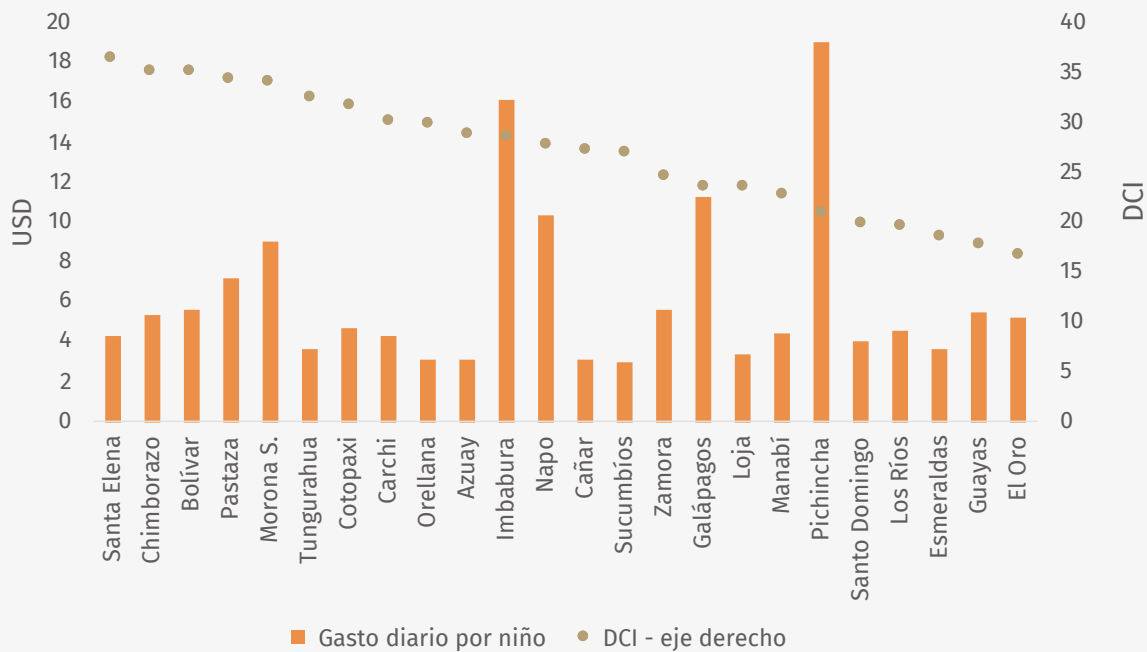


Fuente: Gachet y Baquero (2022).

Para más información sobre gasto en desnutrición, véase Gachet y Baquero (2022) en <https://observatoriodenutricion.com/>

En la misma línea de análisis, en el caso del gasto sensible, incluso ajustando por el número de niños con DCI, existe una marcada diferencia entre Pichincha y el resto del país. El gasto por niño con DCI en Pichincha (la cifra más alta) es casi siete veces mayor que la cifra de Sucumbíos (la más baja), que registró un índice de desnutrición superior al de Pichincha. A nivel nacional, el promedio de gasto sensible por niño con DCI en 2021 se ubicó en USD 2249, cifra que triplica el promedio registrado en gasto específico y que significó un valor diario por niño con DCI en torno a los USD 6,25 (ver el gráfico 10).

Gráfico 10. DCI 2018 y gasto sensible diario por niño en 2021



Fuente: Gachet y Baquero (2022).

La relación entre la prevalencia de desnutrición y gasto (ejecutado) específico y sensible por niño con DCI a nivel provincial es negativa en ambos tipos de gasto, aunque es particularmente notoria en el gasto específico, en donde se observa que los lugares con mayor prevalencia de desnutrición son los que en promedio destinan menos recursos a estas actividades. En el caso del gasto sensible, se observan inconsistencias.

Como parte de la implementación del PPR, que se explica más adelante en este capítulo, se ha realizado una priorización territorial de acuerdo con la prevalencia de DCI, al igual que un ejercicio que permite reflejar parte de las necesidades territoriales en la proforma del 2023. Esta reforma permitirá mostrar en los próximos años una correlación positiva entre prevalencia de DCI y presupuesto codificado.

Herramientas de manejo y financiamiento para las estrategias contra la DCI que aportan a una mejora en la ejecución

A continuación se desarrollan dos propuestas que se complementan y que podrían mejorar la ejecución de la inversión para reducir la DCI. La primera es el mecanismo de presupuesto por resultados (PPR), cuya implementación en otros países ha logrado reducir la DCI significativamente, como en Perú, donde se redujo en un 50 % en el transcurso de diez años. La segunda propuesta, presentada por Unicef, plantea alternativas de financiamiento a corto, mediano y largo plazo para contribuir a cerrar la brecha de financiamiento existente relacionada con la DCI.

Presupuesto por resultados (PPR): Una estrategia en marcha

El PPR es un pacto que condiciona la entrega de recursos públicos frente al cumplimiento de bienes y servicios realizados a tiempo y de forma eficiente que tienen por objetivo incrementar el bienestar de los ciudadanos. Así, el PPR debe cumplir con características como: la definición de los bienes y servicios que la entidad “delegada” pública se compromete a entregar; los resultados por alcanzar en un período determinado, y, finalmente, realizar una rendición de cuentas ante los ciudadanos (Mesinas, Acuña y Huaita, 2012). Un componente transversal del PPR es la rendición de cuentas (*accountability* en inglés). Esto refuerza la transparencia y gobernabilidad del país (Morón y Alvarado, 2008) porque obliga a las entidades públicas a reportar, explicar o justificar el gasto, y a ser responsables ante los ciudadanos de los resultados alcanzados por el gasto efectivo de los recursos públicos asignados (Ugalde, 2002). En consecuencia, desde una perspectiva de gestión macro, el PPR sirve para el manejo fiscal, y desde una perspectiva de gobernabilidad, sirve de puente entre la sociedad civil y el Estado al alinear sus intereses, pero principalmente constituye un instrumento de rendición de cuentas al facilitar la vigilancia de los ciudadanos (Morón y Alvarado, 2008).

El PPR debe contar con principios y técnicas que permitan el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación del conjunto de intervenciones que lo componen (ver el recuadro 2). Para ello, es imprescindible que este cuente como mínimo con dos lineamientos: i) los productos, que son los bienes y servicios que se brindan a la población objetivo; y ii) los resultados, que son los cambios que se generarían en el bienestar de los ciudadanos y que son entregados con eficiencia, eficacia y equidad (Ausejo, 2010).



Recuadro 2.

Etapas para una implementación exitosa del PPR

La literatura sugiere cuatro etapas fundamentales para su efectiva implementación: formulación, aprobación, ejecución y evaluación. En la primera etapa de programación y formulación se definen indicadores que permiten medir cuán lejos se está de los resultados que se espera alcanzar y, sobre la base de ellos, se estiman los recursos requeridos. Definir los indicadores que darán continuidad a otras etapas del PPR es clave en esta fase.

La segunda etapa es la de aprobación. En esta se busca institucionalizar el PPR en el ámbito político para mantener su estabilidad y prioridad. De ese modo, los recursos designados representarán los requerimientos de las entidades estatales. La importancia que el Gobierno asigne al tema se verá reflejada en la inversión colocada para alcanzar las metas planteadas. Esto orienta, vincula y moviliza el accionar del aparato institucional.

La tercera etapa corresponde a la ejecución del gasto, por lo tanto, será más eficiente si se cuenta con actividades programadas previsibles que permitirán a las unidades ejecutoras estar preparadas para pasar por los sistemas de control del gasto.

Por último, la cuarta etapa es la evaluación. Esta es una etapa fundamental porque permitirá corregir errores del diseño y medirá la gestión de los ejecutores. Esto incentivará el mejoramiento del *performance* de los involucrados con el propósito de no perder recursos asignados en años posteriores (Morón y Alvarado, 2008).

Para lograr generar una repercusión en la calidad del gasto público con base en el PPR, se deben tener en cuenta cuatro instrumentos de igual relevancia: i) los programas presupuestales, que son los bienes y servicios a ser entregados por una entidad pública para lograr un resultado en beneficio de la población; ii) el seguimiento basado en la recolección y análisis de información sobre el desempeño de los programas presupuestales y la medición del cumplimiento de los objetivos trazados; iii) las evaluaciones independientes para analizar el diseño, la implementación y la mejora e impacto de los programas presupuestales, y iv) los incentivos a la gestión municipal, condicionados al cumplimiento de metas (Mesinas, Acuña y Huaita, 2012).

Fuente: Armijos y Grimaldi (2022).

En el Ecuador se han seguido, de manera adaptada, las cuatro etapas fundamentales planteadas por el modelo de PPR. Su correcta implementación va a permitir la elaboración de una estrategia sustentable, equitativa y eficiente. Al ser un proceso cíclico de implementación, ninguna etapa es final y ningún proceso es definitivo, sin embargo, existen elementos clave que se han desarrollado en Ecuador para dar cabida a la estrategia, los que se describen a continuación.

Formulación y aprobación del PPR: Crear herramientas de gestión y establecer prioridades

En estos años se han generado diversas herramientas de gestión creadas para elevar el PPR a un ámbito político prioritario que desemboque en su gobernanza. Las principales herramientas son el Decreto Ejecutivo n.º 1211-2020 (Decreto 1211), la creación de la Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Crónica Infantil (STECSDI), el Plan Estratégico Ecuador Crece Sin Desnutrición (ECSDI) y la asignación de un consejero presidencial sobre esta temática.

En el año 2020 se expide el Decreto 1211, en el que, además de establecer el paquete priorizado, se manifiesta que la asignación presupuestaria se realizará mediante la metodología de PPR. Bajo este mecanismo, se vincula de manera directa la asignación presupuestal con el cumplimiento de indicadores de bienes y servicios que integran la estrategia de lucha contra la DCI. Asimismo, el ente rector de la Planificación Nacional, en conjunto con las entidades ejecutoras, velará por la continuidad de la priorización de la estrategia. Específicamente, el área de Finanzas Públicas del MEF será responsable de la asignación presupuestaria del paquete priorizado (Presidencia de la República de Ecuador, 2020).

La creación del decreto mencionado marca un hito en la puesta en marcha de la estrategia PPR debido a que plasma dos aspectos clave para la implementación oportuna de este tipo de presupuesto. Por un lado, define y establece el paquete priorizado, y, por otro, protege el presupuesto público dirigido al paquete priorizado. Con ellos se establecen los cimientos para el inicio de una priorización en las actividades y del presupuesto público.

La relevancia del Decreto 1211 se puede apreciar desde los siguientes puntos claves que, en conjunto, permiten tener resultados óptimos en la estrategia de PPR:

-
- » Define la importancia del seguimiento de los indicadores relacionados con los bienes y servicios, con el propósito de establecer presupuestos específicos que indiquen resultados.
-
- » Genera, de una u otra manera, estabilidad en la estrategia de lucha contra la desnutrición sin importar la bandera política, al remarcar que su prioridad supera a cualquier cambio de gobierno. Por ejemplo, la estrategia no enfrentó ningún riesgo ante el cambio de gobierno en el 2021, debido en parte a un requisito vinculado con un préstamo del Banco de Desarrollo de América Latina (CAF), pero principalmente al compromiso de generar continuidad en el trabajo generado previamente.
-
- » Eleva la estrategia contra la desnutrición, al punto de convertirla eventualmente en política de Estado.

-
- » Establece la protección de la utilización de los recursos asignados para la lucha contra la DCI. Esto tiene por objetivo asegurar la ejecución de los productos prioritizados y evitar que los recursos se trasladen a cubrir brechas en otro tipo de atención.

En julio del 2021, por medio del Decreto Ejecutivo n.º 92 se crea la STECSDI. Esta entidad —dotada de autonomía financiera, presupuestaria, administrativa y de gestión— tiene por objetivo principal dirigir y coordinar la articulación intersectorial para la ejecución de la Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición y del Plan Estratégico para la Prevención y Reducción de la DCI. Entre sus atribuciones y responsabilidades a nivel operativo se encuentra la “gestión de fortalecimiento de la inversión y presupuesto por resultados”, con la misión de articular con las instituciones de los sectores público y privado el desarrollo de acciones que permitan el fortalecimiento de la inversión de la estrategia de combate a la desnutrición a través del seguimiento de la implementación de la metodología de PPR.

Considerando la relevancia de la estrategia de PPR para luchar contra la DCI, dentro de la STECSDI se crea la Subsecretaría de Fortalecimiento de la Inversión y Presupuesto por Resultados, bajo la cual se encuentra la Dirección de Gestión al Presupuesto por Resultados y de Gestión de Fortalecimiento a la Inversión. La subsecretaría se encarga de formular estrategias, lineamientos e instrumentos relacionados con la sostenibilidad financiera del Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la DCI, creado también en 2021. Adicionalmente, le corresponde garantizar la sostenibilidad financiera del plan y establecer propuestas y estrategias que permitan monitorear la inversión pública y privada, así como diseñar e implementar herramientas para el correcto monitoreo y seguimiento de la inversión pública de los ejecutores de la estrategia y del avance del PPR en la provisión del paquete prioritario.

En el eje estratégico 2 del Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil se describe la necesidad de garantizar que los presupuestos permitan alcanzar los resultados esperados. Así, en el Plan se propone disponer de una metodología para la asignación y ejecución del PPR que vincule las asignaciones a la producción y entrega, con calidad y cobertura, de los bienes y servicios. Por consiguiente, las acciones estratégicas fundamentales que componen este mecanismo presupuestal son:

-
- » Definir e implementar mecanismos sostenibles de financiamiento.

-
- » Construir un pacto fiscal en torno a la primera infancia y la DCI.

-
- » Implementar el PPR relacionado con la DCI y articular el financiamiento y asistencia técnica de la cooperación internacional.

El PPR, creado por Decreto Ejecutivo 1211 de 2020, facilita la provisión suficiente y oportuna de recursos para financiar el paquete priorizado, el control de calidad y la efectividad del gasto.

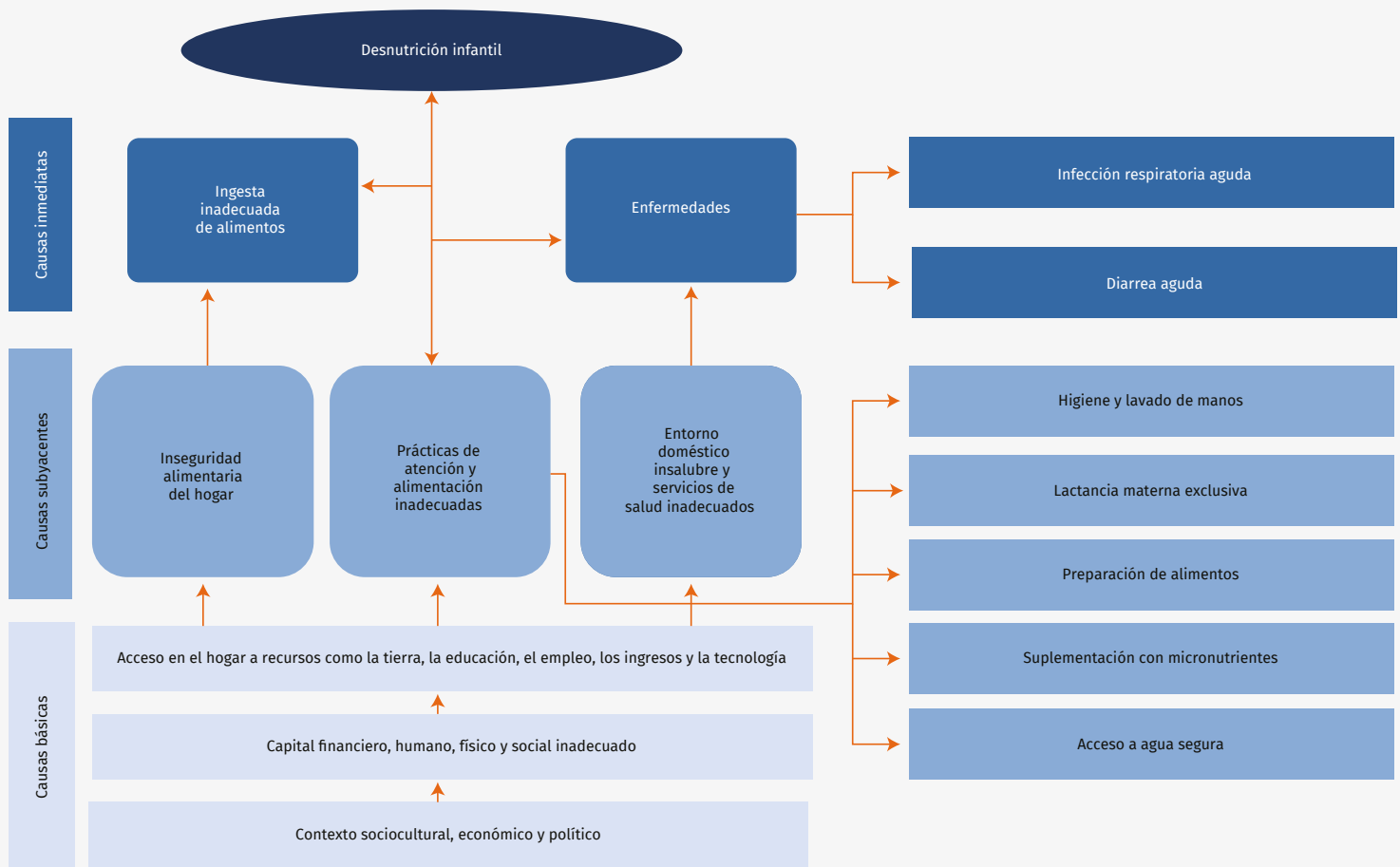
En ese sentido, se establece el rol imprescindible del MEF como principal actor para el éxito de las acciones estratégicas y programas de prevención y reducción de la DCI a través de la provisión suficiente y oportuna de recursos, de la implementación del PPR y del control de la calidad y efectividad del gasto.

De manera paralela a establecer la gobernanza, el Gobierno central ha trabajado en diversas herramientas que permiten la formulación del PPR en Ecuador. Para dar inicio a la estrategia se planteó conformar una mesa técnica y desarrollar el marco conceptual, la formulación de productos y la definición de las brechas de atención y financiamiento.

Como primer paso, se convocó a una mesa técnica en octubre de 2019 con representantes oficiales de todas las entidades del sector público involucradas, incluidos el MSP, el MIES, el MEF, el Registro Civil, la Secretaría Técnica Planifica Ecuador, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), y el liderazgo generado por la Secretaría Técnica del Plan Toda una Vida (STPTV). El propósito de esta mesa técnica es tomar las decisiones que sean necesarias dentro de los talleres establecidos para dar inicio a la implementación de la estrategia de PPR en Ecuador.

La primera mesa técnica se inició explicando la problemática de la DCI y la importancia del PPR. Posteriormente, se eligió el modelo conceptual a ser utilizado en Ecuador para la estrategia de PPR, para lo cual se decidió que el modelo conceptual final sea el propuesto por Unicef (2013). Este modelo logró consenso y aprobación por parte de toda la mesa técnica, por lo que se procedió a avanzar hacia la siguiente fase: la elección de los factores causales más influyentes para el entorno ecuatoriano, con el propósito de orientar la política pública hacia las causas prioritarias. Así, los factores causales más relacionados con el contexto nacional priorizados y validados por los miembros de la mesa técnica fueron: la prevalencia de infecciones respiratorias agudas (IRA); enfermedades diarreicas agudas (EDA); inadecuada higiene y lavado de manos; ausencia de lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida; inadecuada alimentación y suplementación, y falta de acceso a agua segura. En el gráfico 11 se muestra el modelo causal con los factores causales priorizados.

Gráfico 11. Factores causales priorizados por la mesa técnica ECSDCI



Fuente: adaptación propia del Modelo Conceptual de Unicef (2013).

Una vez establecida la evidencia a partir de una revisión de literatura y trabajo de campo a escala nacional, se procedió a la priorización de intervenciones que luego se convertirían en los “productos” del paquete priorizado, según el Plan Estratégico ECSDCI. En este proceso se definió quiénes son los usuarios y qué van a recibir. De igual forma, se definió cada uno de los resultados esperados, que fueron identificados a través de un análisis de las prestaciones de los diferentes servicios y procesos implementados por el MSP y que deben ser adaptados o modificados. Del mismo modo, se definieron los canales de entrega del producto al usuario, incluyendo qué entidad es responsable de cada uno de los procesos, con el fin de realizar seguimiento, monitoreo y evaluación de cada uno. A continuación, se describen detalladamente el proceso técnico de priorización y la cadena de resultados.

Una vez planteados los potenciales productos priorizados, se trabajó en llegar a lo que hoy se conoce como el “paquete priorizado”. Para ello, se analizó la viabilidad y sostenibilidad de cada uno de los productos propuestos en la priorización, al igual que su relación con la evidencia existente. Así, en diciembre de 2019 se convocó a un

nuevo taller con todos los delegados de la mesa técnica, del que surgieron dos propuestas, las que fueron trabajadas internamente con cada una de las instituciones y el equipo del CAF. Estas propuestas se basaron en: i) la priorización realizada en el taller, y ii) la identificación de las mejores alternativas de productos a entregar en los servicios de salud para prevenir los factores causales de mayor impacto en la DCI.

En el taller se discutieron los pormenores para llevar a cabo esta priorización y se llegó al acuerdo de que se incluirían cinco productos, como se muestra en el cuadro 2.

Cuadro 2. Propuesta inicial de productos priorizados

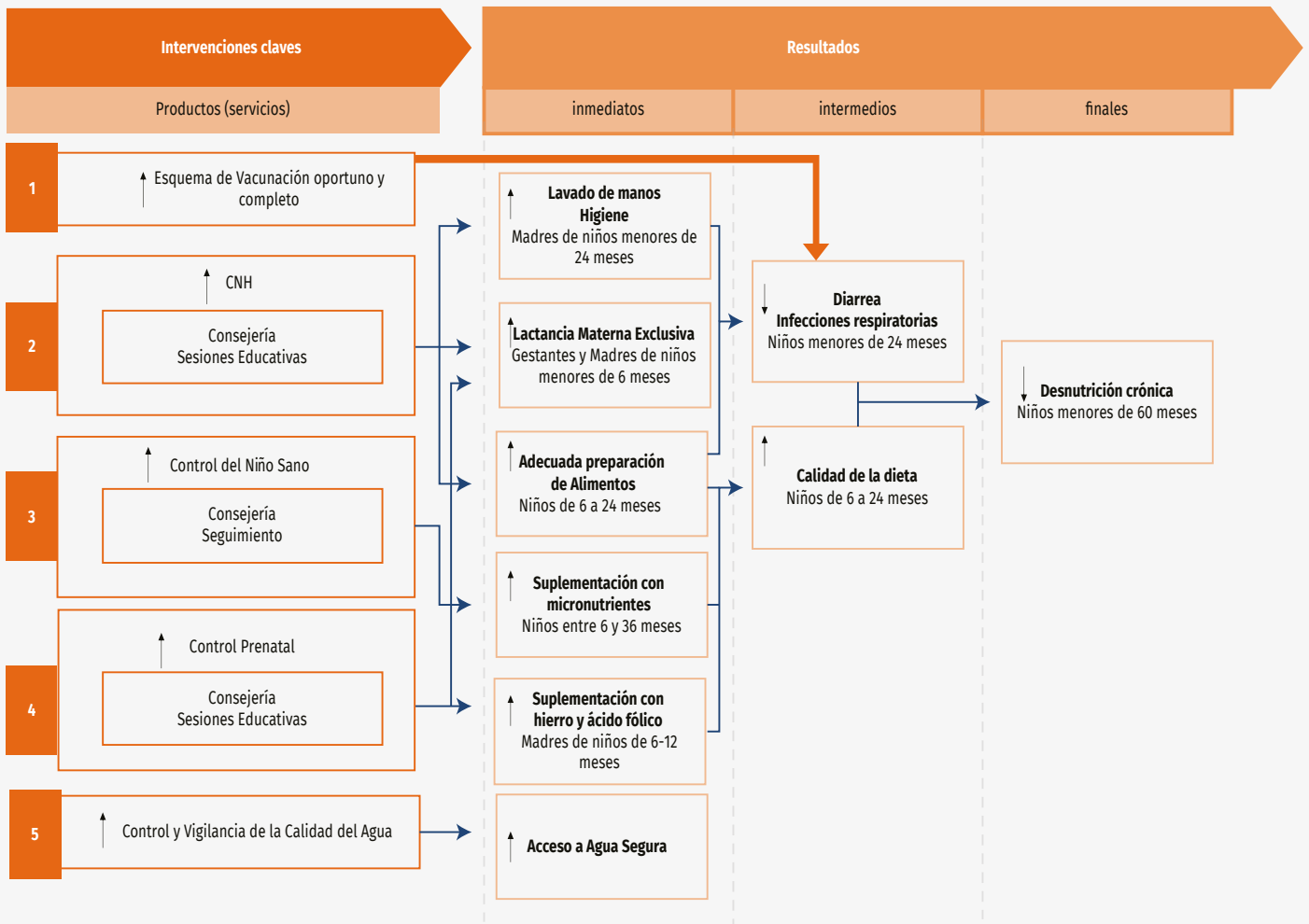
INSTITUCIÓN	INTERVENCIÓN
MSP	Esquema de Vacunación completo y oportuno
	Control del niño sano
	Control prenatal
MIES	Creciendo con Nuestros Hijos (CNH)
Municipios	Acceso a Agua Segura

Fuente: elaboración propia.

Una vez establecido el paquete priorizado y el rol de cada entidad con responsabilidades definidas, se construyó la cadena de resultados. Esta consiste en los cambios que se quieren lograr y la manera en la cual estos cambios se relacionan con posibles intervenciones. De esa manera, los resultados del paquete priorizado —planteado por la mesa técnica— están vinculados entre sí y conforman la cadena de resultados. Esta cadena demuestra la relación basada en evidencia entre las intervenciones, los resultados intermedios y el resultado final, que en este caso es la reducción de la DCI en Ecuador.

Para definir los resultados, se determinó lo que se deseaba modificar en la población objetivo; es decir, en los niños y niñas menores de 5 años y las gestantes. Se llevó a cabo una propuesta de cadena de resultados construidos para ser adaptados y validados, compuesta por el “qué”, “quiénes” y “el cambio pretendido”, con base en las prioridades establecidas previamente y la literatura científica. Así, el paquete priorizado adquirió la forma presentada en el gráfico 12, conformado por 5 intervenciones claves, 6 resultados inmediatos, 2 intermedios y 1 final. En general, la creación de la cadena de resultados implicó la definición de cada intervención y de sus componentes, la prestación que lo brinda, y los insumos y actividades necesarios para llevar a cabo las intervenciones.

Gráfico 12. Paquete priorizado.



Fuente: Estrategia de Presupuesto por Resultados (PPR) para el abordaje de la DCI en el Ecuador 2021 (CAF, STPTV, MIES, MSP).

Finalmente, se contempló la priorización territorial de las intervenciones. Tal y como se demostró previamente, existe la necesidad de realizar una distribución más equitativa de los recursos a nivel territorial en Ecuador. Por lo tanto, se priorizó el despliegue del PPR considerando la necesidad de zonas específicas para evaluar la implementación y realizar un seguimiento y monitoreo.

La importancia de la priorización territorial radica en la necesidad de ser equitativos y compensar a aquellos lugares con mayor vulnerabilidad. En 2020 se estableció una priorización por cantones, basada principalmente en indicadores de vulnerabilidad de los niños y niñas. En 2022 se decidió centrar el enfoque de la priorización con base en las necesidades parroquiales. En esta priorización, la variable más relevante considerada fue nuevamente el estado de vulnerabilidad de la población de niñas, niños y gestantes.

Presupuesto por resultados: Estado de la ejecución en el Ecuador

La implementación del PPR inició con la definición de los productos en el eSIGEF, la plataforma de recursos financieros del MEF. Adicionalmente, se ha avanzado con el análisis de los nudos críticos y las líneas de producción, la difusión a nivel territorial del PPR, la definición institucional del PPR, una propuesta de reglas de asignación presupuestal, un piloto de la programación de necesidades en la proforma 2023 y el fortalecimiento del sistema de seguimiento nominal (ver el cuadro 3).

Cuadro 3. Estado de implementación del PPR

ETAPA	DETALLE
Identificación del paquete priorizado en el programa eSIGEF	Se definen programas, actividades e ítems presupuestarios de cada entidad responsable.
Plataforma de consulta de utilización de recursos financieros	Mecanismo para transparentar la utilización de los recursos públicos.
Identificación de nudos críticos	Identificación de los factores que no permiten la “fluidez” en la entrega de los bienes y servicios planificados.
Identificación de las líneas de producción	Definición de los procesos en detalle para la entrega de los bienes y servicios en tres rubros.
Identificación de insumos críticos	Lista de insumos críticos y mínimos requeridos para brindar la prestación de los servicios del paquete priorizado.
Difusión a nivel territorial del PPR	Fases de capacitación y sensibilización a funcionarios públicos.
Estableciendo las normas del PPR y las reglas de asignación presupuestal	Acuerdo interministerial que establece las normas generales y reglas de asignación.

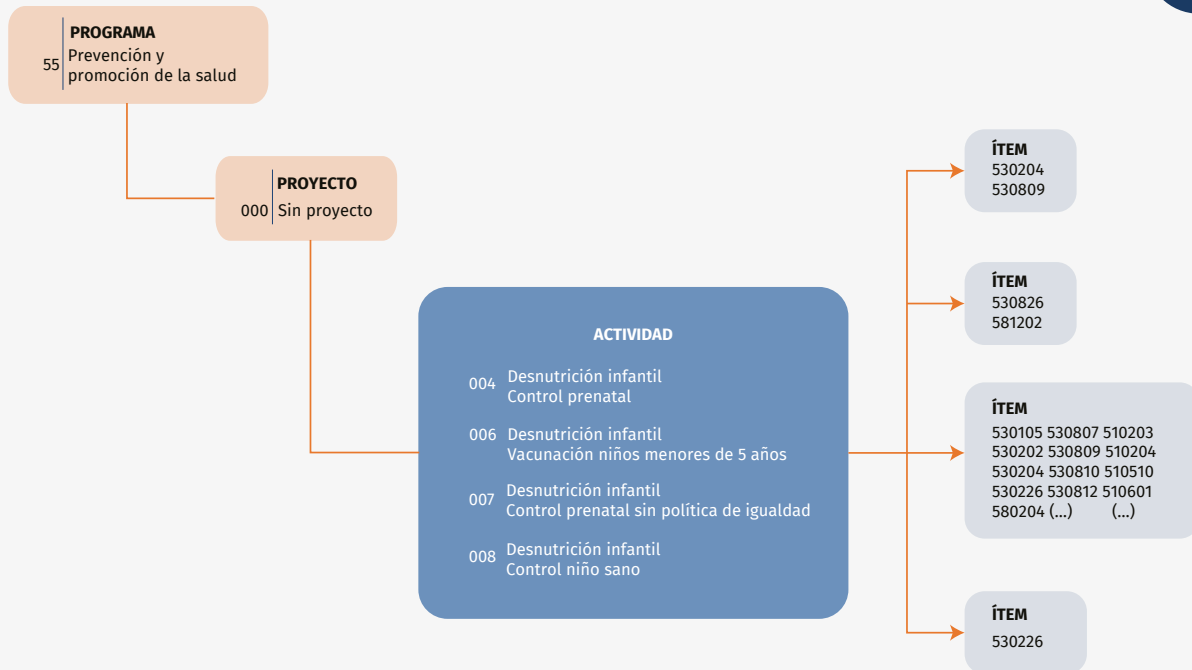
Fuente: elaboración propia.

Identificación del paquete priorizado en el programa eSIGEF

Una vez identificados todos los productos y las listas de prestaciones correspondientes, pasamos a la fase de creación y registro de dichos productos en el eSIGEF, sistema a través del cual las instituciones públicas manejan su presupuesto. Para poder diferenciar los productos del paquete priorizado en dicho sistema se requiere crear un “programa” y distintas “actividades” dentro de este. La primera tarea consistió, por tanto, en identificar exhaustivamente todos los gastos o ítems presupuestarios vinculados con los productos y actividades involucrados en cada uno de los productos priorizados para la DCI.

Una vez definida la matriz con los componentes, el MSP solicitó inmediatamente la reforma presupuestaria al MEF. Esto debió ser aprobado por el MEF para ser cambiado dentro del eSIGEF. Un ejemplo de los resultados obtenidos se muestra en el gráfico 13, según su estructura presupuestaria.

Gráfico 13. Estructura presupuestaria del paquete priorizado



Fuente: CAF, STPTV, MIES y MSP (2020).

Con el fin de realizar una distribución más equitativa de los recursos, es necesario tener la desagregación del presupuesto a nivel de establecimientos de salud. Este trabajo se está realizando desde el MSP con el fin de poder reflejarlo en el presupuesto del 2023. Adicionalmente, es importante detallar los programas de protección social y de agua potable y saneamiento vinculados con los GAD municipales. Entre los programas de protección social, algunos de ellos están enfocados en la población objetivo: niños, niñas y gestantes. Este trabajo es un esfuerzo pendiente.

Plataforma de consulta de la utilización de recursos financieros

En Ecuador se tomó la iniciativa de transparentar la utilización de los recursos públicos desde el MEF por medio del programa de finanzas ECSDI,⁵ basado en la experiencia peruana de Consulta Amigable. En Perú, la Plataforma de Consulta Amigable contribuyó con el *accountability*, convirtiéndose en una herramienta clave para la implementación del PPR. La mayor utilidad de esta herramienta radica en la visualización con un nivel elevado de desagregación territorial. En Ecuador, dicha información no se encuentra bajo el dominio del MEF, sino que está a cargo de cada una de las instituciones y de forma interna. Por este motivo, a pesar de que la plataforma permite visualizar la asignación y ejecución de los recursos, se está trabajando en la posibilidad de brindar un mayor detalle de desagregación en la plataforma para poder realizar el seguimiento desde la información presupuestal de cada establecimiento de salud.

⁵ Se puede encontrar en el enlace <https://www.finanzas.gob.ec/estrategia-nacional-ecuador-crece-sin-desnutricion/>.

Identificación de nudos críticos

Para poder iniciar con una estrategia de PPR se requiere definir una línea de producción operativa que brinde los bienes y servicios de manera completa y oportuna a la población priorizada. En este contexto, con el apoyo del CAF, el Gobierno nacional identificó todos esos factores que no permiten tener “fluidez” en la entrega de dichos servicios. Por este motivo, se realizó una matriz de nudos críticos con dos principales objetivos: i) crear una herramienta útil que permita mapear posibles y/o existentes problemáticas a nivel territorial, y ii) identificar la problemática a nivel operativo y logístico para solucionarla desde el nivel central. Para ello, se procedió al levantamiento de los procesos macro y micro desde la planta central, así como a su validación en territorio de Costa, Sierra y Amazonía con equipos técnicos y prestadores de servicios en las unidades de atención. Esta herramienta permitió identificar problemáticas individuales y colectivas y recoger información relevante para que, desde el nivel central, se desarrollen y trabajen propuestas.

A través de la aplicación de la matriz de nudos críticos se encontraron problemáticas en los ámbitos de procesos (13), normativo (7), insumos y equipamiento (5), talento humano (6), tecnología (8), capacitación (5) y otros (2). A continuación, se resume brevemente cada ámbito de los nudos críticos encontrados.

-
- » En el ámbito de procesos se encuentran nudos críticos en la cooperación MIES-MSP, en el agendamiento de citas, promoción de la salud, atención de la salud, control prenatal, inmunizaciones y seguimiento demográfico.
-
- » En el espectro normativo se encontraron problemas con normativas existentes que necesitan ser modificadas para liberar el proceso de ejecución. Estas se relacionan con el seguimiento al menor, transporte institucional, organización territorial, equipos, contratación de personal e incluso exámenes de laboratorio.
-
- » En cuanto a las problemáticas halladas en adquisición de insumos y equipamiento se encuentran nudos críticos en la adquisición de micronutrientes, exámenes de imagen y laboratorio y en inmunizaciones.
-
- » Con respecto al talento humano, los principales nudos críticos se hallaron en la capacidad técnica, número y tipo de responsabilidad del personal de salud en el primer nivel de atención, control prenatal e inmunizaciones.
-
- » El seguimiento nominal fue el principal nudo crítico hallado en el ámbito de tecnología, así como dificultades en la admisión del paciente.
-
- » Se encontró falta de capacitación del personal en los procesos de control prenatal, inmunizaciones, registro y en la atención de primer nivel.
-
- » Finalmente, se encontraron dos nudos críticos en el registro civil infantil.

Como resultado de las visitas de campo a escala nacional y de la interacción en el nivel central se plantearon propuestas de solución enfocadas en la resolución de nudos críticos prioritarios y en la focalización de recursos. La matriz de nudos críticos se convirtió, por tanto, en un instrumento de trabajo y planificación de acciones para solventar los nudos críticos. Adicionalmente, se desarrolla una metodología para solventar nudos críticos a nivel territorial, la cual está siendo implementada en los establecimientos del MSP y del MIES.

De manera coordinada, Unicef elaboró una *Guía metodológica para incrementar la eficiencia en la entrega del paquete de prestaciones priorizadas como parte de la implementación de la estrategia de reducción de la desnutrición crónica infantil*. Esta guía metodológica busca identificar los nudos críticos que se encuentran a nivel local, en establecimientos de salud del MSP y del MIES, para solucionar de forma eficaz las necesidades internas de dichas entidades o, en caso de no ser resolutivas, elevarlas al nivel central. Esta herramienta se encuentra en proceso de implementación a escala nacional.

Identificación de las líneas de producción

Se entiende como *línea de producción* al conjunto de operaciones secuenciales en las que se organiza un proceso para la entrega de un bien o servicio. Para la creación de las líneas de producción, el modelo aplicado en Perú se adaptó a la realidad ecuatoriana y a los escenarios identificados en el proceso de implementación de la estrategia de PPR. Este fue uno de los hitos más relevantes, ya que se logró definir los procesos en detalle para la entrega de los bienes y servicios en tres rubros: mujer gestante, control del niño sano e inmunizaciones intramural y extramural. Asimismo, el equipo técnico pudo revisar los procesos macro y sobre ellos construir los procesos puntuales a nivel micro; es decir, las líneas de producción.

Como parte de este proceso fue necesario diseñar un flujo que permita dinamizar la línea de producción de los bienes y servicios, identificando los cuellos de botella y estableciendo mecanismos para su mejora. Se dividió el trabajo en tres etapas: i) acercamiento y socialización; ii) identificación de las líneas de producción, y iii) su validación por medio del trabajo de campo. Para desagregar toda la cadena del servicio se realizó un levantamiento de la cadena de producción desde el paso 0 hasta que las personas usuarias reciben el referido insumo de forma oportuna. Esto fue validado en territorio. Como resultado final se obtiene una Ficha de Caracterización en la que se identifica el proceso (flujograma), los conceptos, terminología e información relevante que sustenta lo expuesto en los diagramas. Las fichas fueron validadas por la autoridad de la unidad competente a fin de garantizar la fiabilidad para la estrategia.

Identificación de insumos críticos

Para garantizar la entrega de los servicios de manera completa y oportuna, se requiere contar en todo momento con los insumos que permiten brindar estos servicios. En consecuencia, el MSP generó una lista de insumos críticos y mínimos requeridos para brindar la prestación de los servicios del paquete priorizado. Este proceso requirió

de un esfuerzo a nivel central, así como su validación en territorio. El propósito de generar esta lista es vincularla al proceso de compras públicas, asegurando su disponibilidad, al igual que una combinación adecuada de los insumos. Por ejemplo, en la lista de insumos críticos tenemos vacunas, por lo tanto, se incluyen también jeringas, algodón y alcohol, lo que asegura el poder brindar un servicio completo.

Difusión a nivel territorial del PPR

El éxito del PPR radica en lograr su eficaz implementación. Por ello, es imprescindible la difusión que se logre, tanto a nivel vertical como a nivel horizontal en el aparato institucional, sobre los principales conceptos de la DCI, su estrategia de reducción y el PPR.

Así, en cumplimiento con lo establecido en el Plan Estratégico ECSDI, se realizaron dos fases de capacitación para funcionarios de las diferentes entidades involucradas en la lucha contra la DCI. En este caso, se consideraron la STECSDI, MSP, MIES, MEF, Registro Civil, INEC, Registro Social, Secretaría Técnica Planifica Ecuador, entre otros. Además de la difusión de información, se logró consolidar un equipo con el conocimiento necesario sobre las necesidades para combatir la DCI, que incluye conocimiento en materia de PPR. Durante el 2022 se planea implementar la tercera fase de capacitación, que implica ampliar este proceso hacia el nivel local.

Establecimiento de las normas del PPR y las reglas de asignación presupuestal

Una vez definida la línea de producción del paquete priorizado, se establece la importancia de generar reglas de articulación entre las entidades que brindan las prestaciones para mejorar ciertos procesos y condicionar el desembolso de recursos ordinarios a dichas reglas.

Se trabaja en el proceso de definición de las Reglas de Asignación Presupuestaria para que sean oficializadas por las partes involucradas por medio de un acuerdo interministerial. Las reglas planteadas se relacionan con el mejoramiento de procesos de compras públicas, la transparencia en la utilización de recursos y otros procesos que requieren mejoras institucionales.

En esta primera versión de reglas de asignación presupuestaria se incluyen aspectos como: mecanismos para facilitar y acelerar el proceso de compras públicas de insumos recurrentes; el cumplimiento de aspectos administrativos necesarios para implementar una estrategia de PPR; la optimización de los recursos utilizados actualmente, y el reporte detallado al MEF sobre el uso de los recursos financieros a nivel local.

Se aprobó un acuerdo interministerial referido a los avances, agenda de corto plazo y reglas de asignación en el marco de la aplicación del PPR a la reducción de la DCI. Esta norma contiene un conjunto de compromisos que involucra a diversas entidades: MSP, MIES, MEF y STECSDI.

Evaluación del PPR: Etapa iniciada

Fortalecimiento del sistema de seguimiento nominal

La creación de un padrón nominal es un componente clave para garantizar la correcta implementación del PPR debido a que a través de este instrumento es posible realizar el seguimiento, monitoreo y evaluación de las variables que componen el paquete priorizado y que, por lo tanto, condicionan la entrega de presupuesto.

El Sistema de Seguimiento Nominal del MSP alberga información de la población gestante y de niñas y niños menores de 5 años atendidos en los establecimientos de salud de este ministerio. Adicionalmente, recibe la información de todos los nacidos vivos inscritos en el Registro Civil, al igual que información sobre las prestaciones brindadas por el MIES a la población objetivo. Esta interconexión de datos entre el MSP, el MIES y el Registro Civil es adecuada y usualmente es implementada también en países vecinos como Perú.

A febrero de 2022, el Sistema de Seguimiento Nominal ha permitido extraer, transformar y cargar la información individual, de sus representantes y de las prestaciones entregadas a la población objetivo. Esto permite, por ejemplo, visualizar el estado de las distintas vacunas y refuerzos, así como la participación en programas sociales. Además, enlaza al paciente menor o madre gestante con el establecimiento de salud donde recibe la prestación. Finalmente, permite observar indicadores nutricionales para la toma de decisiones (MSP, 2022).

La línea de acciones establecidas y aquellas que se encuentran en proceso van a permitir optimizar los recursos existentes, cubrir o disminuir la brecha existente, y empezar a mover los indicadores relacionados con la DCI mediante la entrega de presupuesto con base en los resultados obtenidos. Las acciones serán dinámicas y permitirán evaluar qué es lo que mejor funciona en nuestras comunidades a partir de un constante seguimiento y monitoreo.

Otras estrategias que apuntan a cerrar la brecha de financiamiento: El talento humano concentra gran parte del déficit para combatir la DCI

En el contexto de asegurar un financiamiento sustentable y predecible que permita mantener un gasto sensible y específico en materia de nutrición, es necesario considerar mecanismos adicionales de generación de ingresos en el mediano y largo plazo. En esta sección se consideran algunas de esas alternativas para futuros debates.

Las mejoras en la forma de registrar el presupuesto y posicionar al combate a la DCI como prioritario permiten avanzar con propuestas analíticas para sumar esfuerzos. La disponibilidad actual de registros permite estimar la brecha de financiamiento, entendida como la necesidad de recursos para brindar de forma completa y oportuna



Para más información sobre Estrategia Presupuesto por Resultados para la Reducción de la DCI en Ecuador, ¿qué se ha logrado? véase Armijos y Grimaldi, 2022 en <https://observatoriodenutricion.com/>

el paquete priorizado. Si bien se habla de una subejecución importante, que daría la impresión de que sobran recursos, en muchas ocasiones estos recursos son para rubros específicos. Por ejemplo, una de las mayores necesidades de financiamiento para atender la DCI es el talento humano; este presupuesto se devenga y no es suficiente para brindar las atenciones en salud que se requieren para prevenir la DCI.

El Gobierno nacional realizó una estimación de la brecha de financiamiento de la estrategia para prevenir y reducir la DCI en Ecuador con el apoyo de organismos internacionales. El resultado de este ejercicio permitió identificar a grandes rasgos las necesidades del MSP y del MIES para poder brindar un servicio completo y oportuno a la población. La brecha de financiamiento de talento humano para las actividades del paquete priorizado que corresponden al MSP fueron definidas por los equipos técnicos de este ministerio. Esta brecha nos indica que existe una necesidad de enfermeras, médicos y obstetras a escala nacional y que el perfil más requerido actualmente es el de enfermeras. Se calcula que para cubrir la brecha de talento humano para los meses de julio a diciembre de 2022 se requieren USD 57,9 millones. De la misma manera, la estimación de las necesidades de equipos antropométricos para abastecer a los establecimientos de salud a escala nacional equivale a USD 63,4 millones.

Para poner estos números en perspectiva, se puede identificar que los recursos asignados actualmente han permitido brindar aproximadamente el 34,27 % de los controles de salud requeridos por la población de niños atendidos por el MSP, resultando en un déficit de 75,73 % del total de controles de salud que deberían brindarse a la población objetivo. Estos números permiten determinar que existe una gran brecha de financiamiento, que se refleja en una falta de talento humano, insumos y equipamiento.

Por otro lado, el MIES estimó un déficit presupuestario de USD 14,9 millones únicamente para cubrir la brecha existente en lo que resta del 2022 (junio a diciembre) en los servicios de los CDI incluidos en el paquete priorizado. En cuanto a la atención por el servicio de CNH, se estima una brecha de aproximadamente USD 6,6 millones para cubrir las necesidades durante el mismo período. En el caso de CNH, todos los recursos requeridos son para cubrir la contratación de talento humano capacitado para brindar servicios de consejería a las familias.

El Sistema de seguimiento nominal permite visualizar el estado de las prestaciones a los niños, niñas y gestantes, con el fin de llegar a la población de manera completa y oportuna.

Una programación adecuada de las necesidades, que atienda los requerimientos de talento humano y equipamiento de los productos priorizados, permitirá iniciar un proceso de mejora de los indicadores propuestos para la estrategia ECSDI.

Unicef realizó una estimación adicional a partir de marzo de 2021 centrada en el paquete priorizado de bienes y servicios establecido en el Decreto 1211 de 2020. En el cuadro 4 se presenta una propuesta de la estimación nacional de recursos humanos para el paquete priorizado.

Cuadro 4. Estimación de la brecha de financiamiento incluyendo las necesidades de talento humano a nivel nacional

INSTITUCIÓN A CARGO DE LA PRESTACIÓN	ASIGNACIÓN CODIFICADA TOTAL A MARZO DE 2021 (A)	COSTO (B)	BRECHA (A-B)
MSP	73.289.921,60	215.496.024,48	-142.206.102,88
MIES	216.727.458,35	227.969.792,65	-11.242.334,30
Total	290.017.379,95	443.465.817,13	-153.448.437,18

Fuente: Unicef y Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE) (2022).

Reforma tributaria y fondo multifuente como alternativas de financiamiento

Unicef diseñó una propuesta de instrumento de política pública para movilizar o alinear recursos públicos para financiar la reducción de la DCI. Dicha propuesta contempla dos escenarios: uno de corto plazo y otro de mediano y largo plazo. En el corto plazo, dada la aprobación reciente de una reforma tributaria, propone realizar una asignación presupuestaria por medio de un decreto ejecutivo para cerrar las brechas de financiamiento para la prevención y reducción de la DCI. En el mediano y largo plazo, propone la constitución de un fondo multifuente para la prevención y reducción de la DCI.

La expedición de la Ley Orgánica para el Desarrollo Económico y Sostenibilidad Fiscal establece varias medidas para promover la sostenibilidad de las finanzas públicas, el reordenamiento del sistema tributario y fiscal y la seguridad jurídica para la reactivación económica tras la pandemia. A través de esta se generan recursos económicos extraordinarios para cubrir las necesidades de financiamiento público generadas a raíz de la pandemia.

La citada ley crea contribuciones temporales, un régimen impositivo voluntario, único y temporal para la regularización de activos en el exterior y, además, reforma varios cuerpos legales, entre ellos la Ley de Régimen Tributario Interno. De este modo, los nuevos ingresos, ya sean de tipo permanente o no permanente, podrían servir para movilizar y alinear el gasto público con el objetivo de prevenir y reducir la DCI, como una primera medida necesaria, pero no suficiente.

Al ser facultad del Presidente de la República la emisión de decretos ejecutivos para dirigir la administración pública, se plantea la expedición de una norma a través de la cual se disponga al ente rector de las finanzas públicas la asignación de recursos para cubrir la brecha fiscal para combatir la DCI. Para ello se considerarán los recursos extraordinarios que ingresarán al presupuesto general del Estado en razón de la promulgación de la Ley de Desarrollo Económico y Sostenibilidad Fiscal tras la Pandemia COVID-19. Esto da oportunidad para que una parte de los recursos adicionales provenientes del precio del crudo por encima del cálculo para el presupuesto general del Estado sean destinados al gasto no permanente vinculado con la prevención y reducción de la DCI en el país.

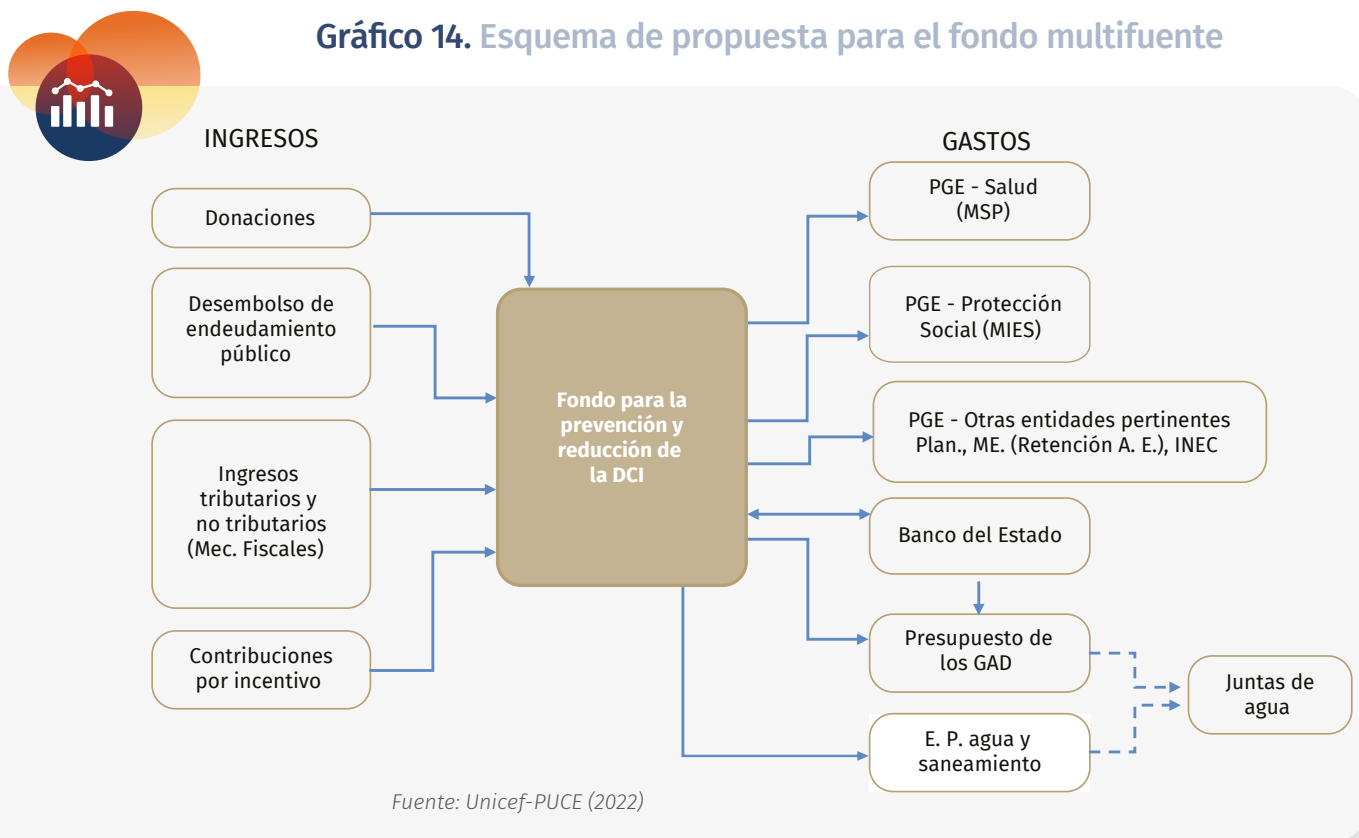
Estrategia de largo plazo: Proyecto de ley para la creación del fondo para la prevención y reducción de la DCI

La estrategia propuesta consiste en la constitución de un fondo multifuente para la prevención y reducción de la DCI, el cual estaría compuesto principalmente por ingresos tributarios, que son ingresos permanentes para el Estado y sirven para cubrir los gastos fijos vinculados con la DCI, que representan la mayoría de los egresos (ver el gráfico 14).

Considerando la composición del gasto y la necesidad de movilizar recursos permanentes para este fin, se incluyeron tres mecanismos fiscales específicos:

- » Un impuesto a consumos específicos (comida rápida vendida por franquicias).
- » Un mecanismo de financiamiento para la provisión de acceso a agua potable y saneamiento.
- » Una propuesta de impuestos altamente progresivos —inspirados inicialmente en instrumentos transitorios como la "Tasa COVID"— y otros de carácter permanente, como el aumento de la progresividad del impuesto a la renta.

Gráfico 14. Esquema de propuesta para el fondo multifuente



El fondo se alimenta de cuatro fuentes de financiamiento: donaciones, desembolsos de endeudamiento público, ingresos públicos tributarios y no tributarios, y contribuciones por incentivo (ver el cuadro 5).

Cuadro 5. Fondo multifuente: fuentes de financiamiento

FUENTE	RUBRO	DETALLE
Ingresos no permanentes	Donaciones	Corresponden a desembolsos no reembolsables realizados por entidades públicas o privadas, nacionales o internacionales, con la finalidad de contribuir a la prevención y reducción de la DCI en Ecuador. Esta fuente da cabida a la posibilidad de recibir créditos no reembolsables o donaciones por parte de diversos organismos internacionales, multilaterales y/o de cooperación bilateral.
	Desembolsos de endeudamiento público	Corresponde a créditos atados a proyectos en materia de prevención y reducción de la DCI. Al ser un ingreso no permanente de capital, que constituye endeudamiento público, su distribución para gasto debe ser canalizada a la inversión en infraestructura, bienes de capital y otros elementos que permitan incrementar la capacidad instalada del país para enfrentar, prevenir y reducir la DCI, y que generen rendimientos sociales o económicos en el largo plazo.
	Contribuciones por incentivo	Permite captar contribuciones de actores privados, nacionales y extranjeros, que por contraprestación pueden ser deducidas de obligaciones tributarias con el Estado. Su implementación requiere de cambios legales y regulatorios en materia tributaria. Los ingresos de esta fuente pueden servir para apuntalar la estrategia en su conjunto, pero constituyen una opción a disposición de las autoridades. Al igual que las donaciones, esta fuente constituye un recurso valioso y coadyuvante para el éxito de la estrategia, pero no estrictamente necesario ni suficiente para su implementación.
	Ingresos no tributarios	Entre los ingresos no tributarios de tipo no permanente, o ingresos de capital, la principal fuente son las rentas petroleras, por exportación de crudo y venta de derivados. Este financiamiento puede ayudar a fortalecer la infraestructura y el equipamiento que soporta la operatividad de la red primaria de salud pública, de la red de protección social y del sistema de educación.
	Ingresos tributarios	Entre estos están los impuestos temporales que se ponen en vigencia por un tiempo limitado. Un ejemplo de esto fueron los impuestos al patrimonio que se aprobaron en 2016 para generar ingresos fiscales extraordinarios con el objetivo de enfrentar los costos ocasionados por el terremoto en Manabí y el impuesto al patrimonio aprobado en la última reforma tributaria. Todo impuesto de carácter temporal se incluye en esta categoría.
Ingresos permanentes	Los ingresos públicos tributarios y no tributarios	De todas las fuentes previstas para el fondo esta es la más importante. El paquete priorizado de prestaciones para la prevención y reducción de la DCI se enfoca en la provisión de servicios de salud pública, protección social y educación, que requieren un uso intensivo de egresos permanentes o gasto corriente. Este tipo de gasto, de acuerdo con las reglas macrofiscales vigentes, se debe financiar en condiciones ordinarias con ingresos de tipo permanente. De aquí se puede concluir que la estrategia de financiamiento debe enfocarse principalmente en este tipo de fuentes de ingresos permanentes, como son los ingresos tributarios y no tributarios.
	Ingresos no tributarios	Entre los ingresos no tributarios de tipo permanente se pueden considerar los posibles ahorros fiscales que provienen de la focalización, reducción o eliminación de subsidios, particularmente de aquellos que generan impactos negativos en el ámbito social o medioambiental.
	Ingresos tributarios	<p>En cuanto a los ingresos tributarios, se consideran los impuestos a la denominada demanda de “males” o consumos nocivos para la salud humana, como las bebidas de alto grado alcohólico, los cigarrillos, la comida chatarra y las bebidas azucaradas o energizantes. La pérdida de eficiencia económica (<i>deadweight loss</i>) que ocasiona este tipo de gravámenes impositivos no se puede ignorar, sin embargo, dicho efecto puede ser atenuado por la focalización del tipo de consumo que grava el impuesto y aplicando un bajo porcentaje <i>ad valorem</i>. En el caso de la comida chatarra existe, además, un efecto no recaudatorio que implica restar incentivos para este tipo de consumos, lo que puede contribuir a mejorar la salud pública al mismo tiempo que genera fuentes permanentes de ingresos para el potencial financiamiento sostenido para la prevención y reducción de la DCI.</p> <p>El gravamen impositivo sería únicamente sobre las ventas de franquicias de comida rápida de productos que contengan agentes que constan como carcinógenos de los grupos 1 y 2 según el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (IARC, por sus siglas en inglés) de la OMS.</p>

Fuente: Unicef y PUCE (2022).

Por contrapartida, el fondo tiene siete destinos de asignación de gasto: el presupuesto del MSP para el financiamiento del paquete de prestaciones para el combate de la DCI en materia de salud pública; el presupuesto del MIES para el financiamiento del paquete de prestaciones para el combate de la DCI en materia de protección social; el presupuesto de otras entidades públicas relevantes para el combate de la DCI en materia de planificación, educación, información, evaluación de impacto y diseño de política pública, entre otras; una línea de financiamiento de segundo piso para el Banco de Desarrollo del Ecuador (BDE) que posibilite líneas de crédito para dotación de agua potable y saneamiento a los GAD y sus empresas públicas (EP); el presupuestos de los GAD para los territorios priorizados cuyos gobiernos subnacionales no tengan capacidad de endeudamiento; el presupuesto de empresas públicas subnacionales para los territorios priorizados que no tengan capacidad de endeudamiento; y la posibilidad indirecta de apalancar recursos con las juntas de agua, a través de los GAD y sus empresas públicas, para la provisión de agua potable en zonas rurales.

La cooperación internacional y las organizaciones de la sociedad civil han sido un fuerte apoyo en el diseño e implementación de las principales estrategias descritas anteriormente. El apoyo ha sido principalmente en el campo técnico, de capacitación y de financiamiento. El financiamiento obtenido a través de cooperaciones técnicas o créditos permite agilizar un sistema que no puede ser cubierto en su totalidad por un presupuesto fiscal vigente. Como parte del apoyo, actualmente se pretende fortalecer los equipos de las instituciones involucradas del Gobierno central con el fin de mantener las capacidades al interno del Estado y permitir una horizontalidad de la estrategia.

Investigadores principales: Investigador interno (Luciana Armijos). Investigadores externos (Daniel Baquero, Nicholas Gachet, Diana Grimaldi)

Insumos: *Estrategia Presupuesto por Resultados para la reducción de la DCI en Ecuador, ¿qué se ha logrado?* (Luciana Armijos y Diana Grimaldi); *Gasto en desnutrición* (Daniel Baquero y Nicholas Gachet); *Diseño de un instrumento de política pública para incrementar (movilizar o alinear) recursos públicos para financiar la estrategia para la prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil (DCI)* (Unicef y PUCE).

Asistentes de investigación: Sofía Valencia

Lectores críticos: Andrés Mejía Acosta, Karla Meneses, Daniela Oleas, Roger Salhuana

Corrección de estilo y diagramación: Manthra Editores.

Talleres de consulta: se realizaron los días 30 de mayo y 16 de septiembre de 2022, con la participación de Daniela Oleas, Roger Salhuana, Lenin Parreño, Luis Cordero, María Belén Villacrés, Xavier Sánchez, Ruth Jimbo, Ximena Garzón Villalba, Fausto Valle, Diana Román, Esteban Moreno, Berenice Cordero, Jairo Rivera, Saskia Izurieta y Paul Arias.

Principales contribuciones y temas pendientes

Este Reporte afirma que el Gobierno del Ecuador tiene una prolongada e incompleta relación con el combate a la DCI. Esta compleja relación es también válida para explicar el papel de la academia y la sociedad civil. Ecuador tiene mucho conocimiento acumulado sobre la problemática de la DCI, hay un impresionante crecimiento de escuelas de nutrición y salud pública en el país y, en los últimos años, se observa el apareamiento y proliferación de una vasta red de nuevos actores y organizaciones no gubernamentales que suman sus recursos e interés a la experiencia de las existentes. Sin embargo, el conocimiento sobre la problemática de la DCI continúa estando fragmentado, los debates pertinentes se limitan a círculos académicos y especializados, generalmente en centros urbanos, y la disponibilidad de datos confiables sigue siendo privilegio de pocos. Este Reporte representa un esfuerzo mancomunado para cambiar ese balance de conocimiento, ampliar los debates más allá de los centros urbanos o círculos de expertos, y democratizar el acceso a información confiable y oportuna. En estas últimas páginas, identificamos tres contribuciones del Reporte al debate y movimiento para reducir la DCI y señalamos algunos temas de agenda pendientes para futuras investigaciones.

Una primera contribución específica es generar un diálogo informado, crítico y continuo entre autores y expertos de distintas disciplinas que buscan explicar la naturaleza multicausal de la DCI. Creemos que la colaboración interdisciplinaria entre nutricionistas, antropólogos, economistas y científicos políticos es fundamental para entender la complejidad de los problemas. Pero también sabemos lo difícil que es invitar a los expertos a superar su propia especialización y escuchar perspectivas fuera de sus parámetros disciplinarios. En la elaboración del Reporte hemos creado canales, debates y procesos para asegurar un diálogo constructivo entre diferentes sabidurías, sin reducir los estándares de calidad de cada disciplina. Esperamos que este ejercicio de debate inclusivo y participativo se pueda mantener en la comunidad de profesionales que trabajan en busca de reducir la DCI.

Una segunda contribución del Reporte es ofrecer una visión panorámica sobre cómo la combinación de factores demográficos, presupuestarios y de gobernanza nutricional afecta la lucha contra la DCI. Desde esta perspectiva combinada, el Reporte ayuda a entender la persistente concentración territorial y étnica de la DCI al mostrar la limitada asignación y ejecución presupuestal en regiones que tienen una alta incidencia de desnutrición. También ayuda a explicar por qué un fuerte compromiso de gobierno para luchar contra la DCI se diluye cuando las estrategias e iniciativas cambian rápidamente sin tener el beneficio de una evaluación de impacto. En este Reporte hemos documentado la dificultad de lograr una efectiva focalización y coordinación de intervenciones en territorio cuando no se cuenta con un sistema adecuado y confiable de monitoreo y seguimiento nominal. Esperamos motivar a expertos y profesionales a pensar en explicaciones más amplias que consideren las dimensiones territoriales, políticas, presupuestarias e informáticas de la problemática de reducir la DCI en Ecuador.

Una tercera contribución es tratar de desarrollar un lenguaje común para debatir y entender mejor la problemática de la DCI en Ecuador. El Reporte define e introduce algunos términos necesarios para precisar el conocimiento sobre este tema. Se explica, por ejemplo, la importancia y urgencia de enfocar la lucha en contra de la DCI en los primeros 1000 días de vida, no solo porque es el momento en que se puede revertir la DCI, sino porque esta es la población con una creciente incidencia y se pueden mejorar los retos de coordinación política. Se desarrolla la noción de gobernanza nutricional como una forma de entender las motivaciones, incentivos y estrategias de diferentes actores para colaborar —o no— entre ellos en la disminución de la DCI. Antes que asumir un compromiso automático, se plantea la necesidad de alinear intereses e incentivar la cooperación entre dichos actores. Finalmente, se introduce la diferencia entre invertir en acciones que reducen de manera directa la incidencia de la DCI (gasto específico) frente a aquellas que la reducen de manera indirecta (gasto sensible). El primer tipo de inversiones (en vacunación o lactancia materna) complementa y es tan importante como el segundo tipo de gasto (en provisión de agua o alcantarillado), pero están a cargo de diferentes entidades y merecen un seguimiento separado.

Quedan al menos dos temas pendientes que desafortunadamente no figuran en este primer Reporte. Dada su complejidad e importancia, esperamos poder discutir estos temas con mayor profundidad en futuras ediciones. El primero es comprender la dimensión territorial de la DCI. Tradicionalmente, la implementación de las estrategias para prevenir y erradicar la DCI ha tenido en los territorios su eslabón más débil. Por un lado, existe un enorme reto administrativo, jurídico y político para entender y conciliar las responsabilidades y atribuciones de cada unidad territorial en Ecuador, a nivel regional, provincial, cantonal y parroquial, en materia de DCI. En segundo lugar, es necesario comprender los alineamientos, lealtades e intereses de las autoridades locales para luchar en contra de la DCI, tanto por parte de quienes son designadas por el ejecutivo (como gobernadores provinciales) como de aquellas que son electas (alcaldes), y sus respectivas organizaciones políticas (CONGOPE, CONAGOPARE y AME).

El segundo tema pendiente es documentar cómo opera el Sistema Único de Monitoreo y Seguimiento Nominal. En particular, es necesario explorar el papel que pueden jugar la sociedad civil, organizaciones no gubernamentales y academia para hacer un seguimiento sistemático de las metas propuestas para reducir la DCI y vigilar su cumplimiento. La ciudadanía solo se puede empoderar y exigir una mejor rendición de cuentas a partir de tener acceso a información confiable y oportuna.

Todavía quedan importantes retos de acción e investigación para erradicar la DCI en Ecuador, pero este es un primer paso en este largo camino.



Bibliografía

Capítulo 1: Nutrición, primera infancia y desarrollo integral

Abuya, B., Ciera, J., & Kimani, E. (2012). Effect of mother's education on child's nutritional status in the slums of Nairobi. *BMC Pediatrics*. Recuperado de <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/12/80>.

Addo, O. Y., Stein, A. D., Fall, C. H., Gigante, D. P., Guntupalli, A. M., Horta, B. L., Kuzawa, C. W., Lee, N., Norris, S. A., Prabhakaran, P., Richter, L. M., Sachdev, H. S., & Martorell, R. (2013). Maternal height and child growth patterns. *The Journal of Pediatrics*, 163(2), 549-554.e1. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.02.002>.

Aguirre, T. (2021). *Factores asociados a la desnutrición crónica infantil: Un análisis regional para Ecuador 2018* (tesis de pregrado). Universidad de Las Américas, Quito. Recuperado de <https://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/13278/1/UDLA-EC-TEC-2021-02.pdf>.

Alderman, H., & Headey, D. D. (2017). How important is parental education for child nutrition? *World Development*, 94, 448-464.

Alderman, H. (1990). *The impact of changes in income and schooling on the demand for food quantity and quality in rural Pakistan*. Washington D. C.: International Food Policy Research Institute.

Almeida, K. (2021). *Relación de la educación de la madre con la desnutrición crónica infantil en niños de 0 a 5 años: Un análisis para Ecuador – 2018* (tesis de pregrado). Universidad de las Américas, Quito. Recuperado de <https://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/13284/1/UDLA-EC-TEC-2021-08.pdf>.

Alvarado-Suárez, M. A., Acosta-González, H. N. (2022). The effects of an early childhood education care program on child development as a function of length of exposure in Ecuador. *International Journal of Educational Development*, 89. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.ijedudev.2022.102559>.

Andrade, J. (2022). *Desnutrición crónica infantil en Ecuador: Factores asociados* [Manuscrito no publicado]. Quito: Observatorio de Nutrición.

Armendáriz, A. (2021). *Efecto de recibir desayuno preescolar gratuito en el estado nutricional de niños y niñas menores de 5 años en Ecuador* (tesis de pregrado). Universidad de Las Américas, Quito.

Behrman, J., & Deolalik, A. (1989). The intrahousehold demand for nutrients in rural South India: Individual estimates, fixed effects and permanent income. *Journal of Human Resources*, 25(4), 665-696. Recuperado de <https://doi.org/10.2307/145671>.

Bhutta, Z. A., Ahmed, T., Black, R. E., Cousens, S., Dewey, K., Giugliani, E., ... & Shekar, M. (2008). What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. *The Lancet*, 371(9610), 417-440. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61693-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61693-6).

Black, R. E., Allen, L. H., Bhutta, Z. A., Caulfield, L. E., Onis de, M., Ezzati, M., ... & Rivera, J. (2008). Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *The Lancet*, 371(9608), 243-260. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61690-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61690-0).

Black, R. E., Victora, C. G., Walker, S. P., Bhutta, Z. A., Christian, P., Onis de, M., ... & Uauy, R. (2013). Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 382(9890), 427-451. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60937-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60937-X).

Cando, F., & Tamayo, D. (2022). *Estimación de la prevalencia de la desnutrición crónica infantil (DCI) 2021* [Manuscrito no publicado]. Quito: Observatorio de Nutrición.

Carrera, V. (2022). *Desnutrición crónica infantil y desarrollo integral* [Manuscrito no publicado]. Quito: Observatorio de Nutrición.

Casadei, K., & Kiel, J. (2022). Anthropometric measurement. En *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. PMID: 30726000.

Caulfield, L. E., Onis de, M., Blössner, M., & Black, R. E. (2004). Undernutrition as an underlying cause of child deaths associated with diarrhea, pneumonia, malaria, and measles. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 80(1), 193-198.

Crosby, L., Jayasinghe, D., & McNair, D. (2013). *Food for thought: Tackling child malnutrition to unlock potential and boost prosperity*. Londres: Save the Children, 1-34.

Cunha, F., & Heckman, J. (2007). The technology of skill formation. *American Economic Review*, 97(2), 31–47. Recuperado de <https://doi.org/10.1257/aer.97.2.31>.

Cusick, S. E., & Georgieff, M. K. (2016). The role of nutrition in brain development: The golden opportunity of the “First 1000 Days”. *The Journal of Pediatrics*, 175, 16–21. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.05.013>.

Dapo-Famodu, A. (2021). *School feeding programmes in low- and lower-middle-income countries evaluations: A focused review of recent evidence from impact evaluations*. World Food Programme. Recuperado de <https://api.godocs.wfp.org/api/documents/WFP-0000126779/download>.

Delisle, H. (2008). Poverty: The double burden of malnutrition in mothers and the intergenerational impact. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136(1), 172–184. Recuperado de <https://doi.org/10.1196/annals.1425.026>.

Demirchyan, A., Petrosyan, V., Sargsyan, V., & Hekimian, K. (2016). Predictors of stunting among children ages 0 to 59 months in a rural region of Armenia. *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition*, 62(1), 150–156.

Drevenstedt, G. L., Crimmins, E. M., Vasunilashorn, S., & Finch, C. E. (2008). The rise and fall of excess male infant mortality. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 105(13), 5016–5021.

Dufló, E., & Banerjee, A. (2011). *Poor economics: A radical rethinking of the way to fight global poverty*. Nueva York: Public Affairs.

Emina, J. B.-O., Kandala, N.-B., Inungu, J., & Ye, Y. (2011). Maternal education and child nutritional status in the Democratic Republic of Congo. *Journal of Public Health and Epidemiology*, 3(12), 576–592.

Fernández, A., Martínez, R., Carrasco, I., & Palma, A. (2017). *Impacto social y económico de la doble carga de la malnutrición: Modelo de análisis y estudio piloto en Chile, el Ecuador y México*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Programa Mundial de Alimentos. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/42535/1/S1700443_es.pdf.

Food and Agriculture Organization (2013). *Derecho a la alimentación, seguridad y soberanía alimentaria*. Recuperado de: <https://www.fao.org/3/au351s/au351s.pdf>.

Food and Agriculture Organization & Comité Científico de la ELCSA. 2012. *Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA). Manual de uso y aplicaciones*. FAO.

Freire, W. B., Ramírez-Luzuriaga, M. J., Belmont, P., Mendieta, M. J., Silva-Jaramillo, M. K., Romero, N., ... & Monge, R. (2014). *Tomo I: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de la población ecuatoriana de cero a 59 años. Ensanut-ECU 2012*. Quito: Ministerio de Salud Pública/Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Recuperado de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf.

Galárraga, J. (2022). *El estado de la desnutrición crónica infantil en Ecuador: Comparativa, tendencias, análisis y un perfil enfocado en los niños menores de 2 años* [Manuscrito no publicado]. Quito: Observatorio de Nutrición.

Galárraga O., & Harris J. E. (2021). Effect of an abrupt change in sexual and reproductive health policy on teen birth rates in Ecuador, 2008-2017. *Economics & Human Biology*, 41. Recuperado de doi:10.1016/j.ehb.2020.100967.

Garrido, C. (2007). La educación desde la teoría del capital humano y el otro. *Educere*, 11(36), 73-80. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35617701010>.

Gobierno Autónomo Descentralizado Cantonal de Pujilí. (2015). *Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial. Patrimonio arqueológico*.

Haddad, L., Alderman, H., Appleton, S., Song, L., & Yohannes, Y. (2003). Reducing child malnutrition: How far does income growth take us? *The World Bank Economic Review*, 17(1), 107-131.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2012*. Recuperado de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2018*. Recuperado de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/ENSANUT_2018/Principales_resultados_ENSANUT_2018.pdf.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2022). *La situación de la primera infancia en el Ecuador. Una mirada integral*. Recuperado de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Libros/Reportes/PPT_Reportes_ENSANUT_17_06_22.pdf.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. 2021. *Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (Enemdu) 2021*.

Lama, R. A. (2018). *Valoración del estado nutricional en Pediatría*. Madrid: Ergon.

López Robles, G. A., González Hernández, N. & Prado López, L. M. (2019). Importancia de la nutrición: Primeros 1000 días de vida. *Acta Pediátrica Hondureña*, 7(1), 597–607. Recuperado de <https://doi.org/10.5377/pediatrica.v7i1.6941>.

Mathiassen, A., & Getz Wold, B. K. (2021). Predicting poverty trends by survey-to-survey imputation: The challenge of comparability. *Oxford Economic Papers*, 73(3), 1153–1174.

Medline Plus (s. f.). *Anemia*. Recuperado de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000560.htm>.

Mei, Z., Grummer-Strawn, L. M., Onis de, M., & Yip, R. (1998). El desarrollo de valores de referencia para el perímetro braquial según la estatura y su comparación con otros indicadores utilizados para el tamizaje del estado nutricional. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 4(3), 187-195.

Mercer, R. (2017). Salud y pobreza en la Argentina: Dime cómo ha sido tu cuna y te diré cómo serás... *La Dignidad de los Nadies. Voces en el Fénix*, 22.

Minaya, C., & Sánchez, A. (2018). Crecimiento económico y desnutrición crónica infantil regional en el Perú: Una aplicación del modelo de probabilidad en el período 2000-2016. *Anales Científicos* 79(2), 249-257.

Moreno, J., Collado, M., Larqué, E., Leis, M., Sáenz, M., & Moreno, L. (2019). Los primeros mil días: Una oportunidad para reducir la carga de las enfermedades no transmisibles. *Nutrición Hospitalaria*, 36, 218-232.

Newhouse, D., & Vyas, P. (2019). *Estimating poverty in India without expenditure data: A survey-to-survey imputation approach. Policy research working paper, n.º WPS 8878*. Washington, D. C.: World Bank Group. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10986/31868>.

O'Donnell, O., Van Doorslaer, E., Wagstaff, A., & Lindelow, M. (2008). *Analyzing health equity using household survey data: A guide to techniques and their implementation*. Washington D. C.: The World Bank. Recuperado de: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/633931468139502235/pdf/4248001ISBN978011OFFICIAL0USE0ONLY10.pdf>.

Oleas, K. (2022). *La apertura de centros de salud en el Ecuador y su efecto en el peso del recién nacido* (tesis de maestría). Universidad de Las Américas, Quito.

Onis de, M., Garza, C., Onyango, A. W., & Martorell, R. (2006). WHO child growth standards. *Acta Paediatrica Supplement*, 450, 1-104. Recuperado de https://cdn.who.int/media/docs/default-source/child-growth/child-growth-standards/acta-paediatrica-supplement-on-the-who-child-growth-standards.pdf?sfvrsn=e8c31ab6_0

Organización de las Naciones Unidas. (2010). *El derecho a una vivienda adecuada*. Ginebra: ONU.

Organización Mundial de la Salud. (1999). *Aplicación de resoluciones y decisiones. Nutrición del lactante y del niño pequeño: Estudio multicéntrico de la OMS sobre el patrón de crecimiento. EB105/INF.DOC./1105a*. Recuperado de https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB105/seid1.pdf.

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/130456/WHO_NMH_NHD_14.1_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Metas mundiales de nutrición 2025: Documento normativo sobre retraso del crecimiento*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.3>.

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Malnutrición*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>.

Organización Mundial de la Salud. (s. f.). *Patrones de crecimiento infantil de la OMS. Nota descriptiva n.º 4*. Recuperado de <https://www.who.int/toolkits/child-growth-standards>

Organización Mundial de la Salud. (2006). *WHO child growth standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age*.

Organización Panamericana de la Salud. (1998). Indicadores de retardo en el crecimiento en menores de 5 años. *Boletín Epidemiológico*, 19(1), 13-16.

Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Informe de la Reunión de Expertos sobre el Uso de los Patrones Internacionales de Crecimiento Infantil en Poblaciones Alto-Andinas*. Recuperado de <https://cupdf.com/document/lima-21-y-22-de-noviembre-de-2011-de-noviembre-de-2011-en-la-ciudad-de-lima.html?page=1>.

Organización Panamericana de la Salud. (2021). *El cuidado cariñoso y sensible para el desarrollo en la primera infancia. Marco para ayudar a los niños y niñas a sobrevivir y prosperar a fin de transformar la salud y el potencial humano*. Washington D. C.: OPS. <https://doi.org/10.37774/9789275324592>

Ortega, F. (2022). *Desarrollo Comunitario Integral para contrarrestar la desnutrición crónica infantil: El caso de las comunidades indígenas de Guangaje, Cotopaxi, Ecuador* [Manuscrito no publicado]. Quito: Observatorio de Nutrición.

Ortiz-Andrellucchi, A., & Serra-Majem, L. (2007). Desnutrición infantil en el mundo: ¿Sentimiento de culpa o de vergüenza? *Acta Científica Estudiantil*, 5(3), 109–114. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/estudiantil/ace-2007/ace073c.pdf>.

Oyekale, A., & Oyekale, T. (2009). Do mother's educational levels matter in child malnutrition and health outcomes in Gambia and Niger? *The Social Sciences*, 4(1), 118-127. Recuperado de <https://www.saga.cornell.edu/saga/educconf/oyekale.pdf>.

Pantoja, M. (2015). Los primeros 1000 días de la vida. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría*, 54(2), 60-61.

Peñaranda Correa, F. (2002). La educación a padres en los programas de salud desde una perspectiva de desarrollo humano. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 1(1), 207-230. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v1n1/v1n1a08.pdf>.

Pérez, D., & Castillo, J. (2016). Capital humano, teorías y métodos: Importancia de la variable salud. *Economía, Sociedad y Territorio*, 16(52), 651-673. Recuperado de <https://www.scielo.org.mx/pdf/est/v16n52/2448-6183-est-16-52-00651.pdf>.

Prendergast, A. J., & Humphrey, J. H. (2014). The stunting syndrome in developing countries. *Paediatrics and International Child Health*, 34(4), 250–265.

Rengifo, J. A. (2019). *Impacto del nivel educativo de la madre sobre la desnutrición crónica infantil para los años 2002 y 2016 en Perú* (tesis de pregrado). Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Lima. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10757/629080>.

Reyes, H., Pérez-Cuevas, R., Sandoval, A., Castillo, R., Santos, J. I., Doubova, S. V., & Gutiérrez, G. (2004). The family as a determinant of stunting in children living in conditions of extreme poverty: A case-control study. *BMC Public Health*, 4(1), 57.

Rivera, J. A., Martorell, R., Ruel, M. T., Habicht, J. P., & Haas, J. D. (1995). Nutritional supplementation during the preschool years influences body size and composition of Guatemalan adolescents. *Journal of Nutrition*, 125(4 Suppl.), 1068–1077. Recuperado de https://doi.org/10.1093/jn/125.suppl_4.1068S.

Roggiero, E. A., & Di Sanzo, M. A. (2007). *Desnutrición infantil: Fisiopatología, clínica y tratamiento dietoterápico*. Buenos Aires: Corpus.

Rosales, F. J., Reznick, J. S., & Zeisel, S. H. (2009). Understanding the role of nutrition in the brain and behavioral development of toddlers and preschool children: Identifying and addressing methodological barriers. *Nutritional Neuroscience*, 12(5), 190–202. <https://doi.org/10.1179/147683009X423454>.

Ruiz Valiente, S. C., Ruiz Cañete, M., & Cohene Velázquez, B. (2015). Prevalencia de desnutrición y hábitos alimentarios en niños menores de 5 años en las comunidades indígenas de Yby Yau y Azote'y, 2011. *Pediatría (Asunción)*, 42(2), 102–107. Recuperado de <https://doi.org/10.18004/ped.2015.agosto.102-107>.

Schiff, M., & Valdés, A. (1990). Poverty, food intake, and malnutrition: Implications for food security in developing countries. *American Journal of Agricultural Economics*, 72(5), 1318–1322.

Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil. (2021). *Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil*. Recuperado de <http://www.infancia.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Plan-Intersectorial.pdf>

Senbeta, B., & Jemal, K. (2021). Determinants of low birth weight among women who gave birth at public health facilities in North Shewa Zone: Unmatched case-control study. *The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 58(1), 2–9. Recuperado de <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/00469580211047199>

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2013). *Atlas de las desigualdades socioeconómicas del Ecuador*. Quito.

SIISE-STMCDs. (2008). *Mapa de pobreza y desigualdad en Ecuador*. Quito.

Singh, S. (2020). How does gender inequality contribute to chronic malnutrition in India? *Feminism in India*. Recuperado de <https://feminismindia.com/2020/06/26/gender-inequality-contributes-chronic-malnutrition-india>.

Tewabe, T., & Belachew, A. (2020). Determinants of nutritional status in school-aged children in Mecha, Northwest Ethiopia. *Current Therapeutic Research*, 93, 100598. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.curtheres.2020.100598>.

Thomas, D., Strauss, J., & Henriques, M. (1991). How does mother's education affect child height? *The Journal of Human Resources*, 26(2), 183-211. Recuperado de <https://www.jstor.org/stable/145920>.

Thurstans, S., Opondo, C., Seal, A., Wells, J., Khara, T., Dolan, C., Briend, A., Myatt, M., Garenne, M., Sear, R., & Kerac, M. (2020). Boys are more likely to be undernourished than girls: A systematic review and meta-analysis of sex differences in undernutrition. *BMJ Global Health*, 5(12), e004030.

Tucker, K., Levinson, J., Rajabiun, S., Rogers, B. L., Vásquez, E., Penny, M., ... & Altobelli, L. (2001). Reducción de la desnutrición crónica en el Perú: Propuesta para una estrategia nacional. *Tufts Nutrition*, 46-47. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-323508>.

Unicef. (2013). *Improving child nutrition: The achievable imperative for global progress*. Recuperado de <https://data.unicef.org/resources/improving-child-nutrition-the-achievable-imperative-for-global-progress>.

Unicef. (2017). *La primera infancia importa para cada niño*. Recuperado de <https://www.unicef.org/es/informes/la-primera-infancia-importa-para-cada-ni%C3%B1o>.

Unicef. (2019). *Estado mundial de la infancia 2019. Niños, alimentos y nutrición: Crecer bien en un mundo en transformación*. Recuperado de <https://www.unicef.org/es/informes/estado-mundial-de-la-infancia-2019#:~:text=A%20pesar%20de%20los%20progresos,la%20mala%20calidad%20de%20su>.

Unicef. (2021). *Efectos del modelo de gestión local comunitario para mejorar la nutrición de niños y niñas en la primera infancia y de mujeres gestantes. El caso de seis parroquias rurales de la provincia de Imbabura*. Quito.

Unicef. (s. f.). *Desarrollo de la primera infancia*. Recuperado de: <https://www.unicef.org/es/desarrollo-de-la-primera-infancia>.

Unicef. (2020). *Nutrition, for every child. Unicef Nutrition Strategy 2020–2030*.

United Nations Statistics Division. (2018). *E-handbook on SDG indicators*. Recuperado de <https://unstats.un.org/wiki/display/SDGeHandbook/Indicator+2.2.2>.

Vaivada, T., Akseer, N., Akseer, S., Somaskandan, A., Stefopoulos, M., & Bhutta, Z. A. (2020). Stunting in childhood: An overview of global burden, trends, determinants, and drivers of decline. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 112(Supplement_2), 777S-791S. Recuperado de <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqaa159>.

Valdospinos, J. (2021). *Relación entre la pobreza por NBI y la desnutrición crónica infantil* (tesis de pregrado). Universidad de las Américas, Quito. Recuperado de <https://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/13284/1/UDLA-EC-TEC-2021-08.pdf>.

Villalobos, G., & Pedroza, R. (2009). Perspectiva de la teoría del capital humano acerca de la relación entre educación y desarrollo económico. *Tiempo de Educar*, 10(20), 273-306. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31112987002>

Wagstaff, A. (2002). Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11, 316-326.

Wamani, H., Åstrøm, A. N., Peterson, S., Tumwine, J. K., & Tylleskär, T. (2007). Boys are more stunted than girls in Sub-Saharan Africa: A meta-analysis of 16 demographic and health surveys. *BMC Pediatrics*, 7(1), 17.

Zhao, D., Zou, L., Lei, X., & Zhang, Y. (2017). Gender differences in infant mortality and neonatal morbidity in mixed-gender twins. *Scientific Reports*, 7(1), 8736.

Zhou, H., Wang, A., Huang, X., Guo, S., Yang, Y., Martin, K., Tian, X., Josephs-Spaulding, J., Ma, C., Scherpbier, R., & Wang, Y. (2019). Quality antenatal care protects against low birth weight in 42 poor counties of Western China. *PLOS ONE*, 14(1), 1-14. Recuperado de <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210393>.

Capítulo 2: Gobernanza nutricional para una política de Estado

Acuña, C. (2019). *Sobre la coordinación de políticas: Importancia y complicaciones*. Recuperado de <https://iiep.econ.uba.ar/uploads/novedades/80/archivos/1.pdf>.

Arboleda, A. (2013). Responsable territorial de EAN / Entrevistado por E. Manosalvas.

Banco Mundial. (2018). *Apuntando alto: Retos de la lucha contra la desnutrición crónica en Ecuador*. Quito: Banco Mundial.

Banco Mundial. (2019). *Marco de cooperación con Ecuador*. Recuperado de <https://www.bancomundial.org/es/country/ecuador/publication/marco-de-cooperacion-con-ecuador-2019-2023>

Basabe, S., Pachano, S., & Mejía Acosta, A. (2010). La democracia inconclusa: Derechos fundamentales, instituciones políticas y rendimientos gubernamentales en Ecuador (1979-2008). *Revista de Ciencia Política (Santiago)* 30(1), 65-85. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-090X2010000100005>.

Bhutta, Z. A., Ahmed, T., Black, R. E., Cousens, S., Dewey, K., Giugliani, E., Haider, B. A., Kirkwood, B., Morris, S. S., Sachdev, H. P., Shekar, M., & Maternal and Child Undernutrition Study Group (2008). What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. *Lancet* 371(9610), 417-440.

Brown, R., Sessions, N., Shoham, J., Dolan, C. (2020). *Multi-sectoral nutrition programming: A review of current literature and evidence*. Oxfordshire: UKaid.

Bustamante, J. P. (2022a). *Los programas públicos DCI en los últimos años en Ecuador* / Entrevistado por E. Moreno.

Bustamante, J. P. (2022b). *Mapeo de actores en la desnutrición crónica infantil* [Manuscrito no publicado]. Quito: Observatorio de Nutrición.

Cordero, B., & Guzmán, J. P. (2022). *La estrategia Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil* [Manuscrito no publicado]. Quito: Observatorio de Nutrición.

Cox, G., & McCubbins, M. (2001). The institutional determinants of economic policy outcomes. En S. Haggard & M. D. McCubbins. *Presidents, parliaments, and policy*. Cambridge University Press.

De la Torre, A., Filippini, F., & Ize, A. (2016). The commodity cycle in Latin America: Mirages and dilemmas. *LAC Semiannual Report*. Washington D. C.: Banco Mundial.

FAO. (2021). *Metodología para la conformación de Mesas Intersectoriales Cantonales para la prevención y disminución de la prevalencia de la desnutrición crónica infantil*. Quito: FAO.

FAO. (2012). *Sistematización de la experiencia Estrategia Acción Nutrición en el Ecuador 2009 – 2012*. Quito: FAO.

Gillespie, S., Haddad, L., Mannar, V., Menon, P., Nisbett, N. (2013). The politics of reducing malnutrition: Building commitment and accelerating progress. *The Lancet*.

Gillespie, S., Van den Bold, M., & Hodge, J. (2019). Nutrition and the governance of agri-food systems in South Asia: A systematic review. *Food Policy*, 82, 13–27.

Grimaldi, D. (2021). *How can performance-based intergovernmental transfers improve child nutrition at community level? A case study from Peru*. Brighton: Institute of Development Studies.

Guzmán, J. P. (2022). *Los programas públicos DCI en los últimos años en Ecuador / Entrevistado por E. Moreno*.

Howlett, M. (2009). Governance modes, policy regimes and operational plans: A multi-level nested model of policy instrument choice and policy design. *Policy Sciences*, 42,73–89.

InfanciaEc (23 de mayo de 2022). *Enfoque de la Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil* [Video]. YouTube. Recuperado de <https://youtu.be/2uxlxUhrBc>.

Leroy, J., Ruel, M., Habicht, J., & Frongillo, E. (2014). Linear growth deficit continues to accumulate beyond the first 1000 days in low- and middle-income countries: Global evidence from 51 national surveys. *The Journal of Nutrition* 144(9), 1460-1466.

Lintelo, D., Nisbett, N. & Pittore, K. (2016). *Multi-level advocacy for nutrition*. Brighton: Institute of Development Studies.

Manosalvas, M. (2015). *El enfoque de las capacidades y las políticas públicas: Un análisis de las políticas del Buen Vivir en el Ecuador*. Quito: FLACSO.

Manosalvas, M. (2018). Cuando las políticas fallan. Desafíos en la reducción de la desnutrición crónica infantil en el Ecuador. *Revista del CLAD: Reforma y Democracia*, 71, 155-188.

Manosalvas, M. (2022). *Gobernanza nutricional hacia una política de Estado* [Manuscrito no publicado]. Quito: Observatorio de Nutrición.

Marini, A., Rokx, C. & Gallagher, P. (2017). *Standing tall: Peru's success in overcoming its stunting crisis*. Washington, D. C.: The World Bank.

Mejía Acosta, A. (2011). Analysing success in the fight against malnutrition in Peru. *IDS Working Paper 367*.

Mejía Acosta, A. (2011). *Examining the political, institutional and governance aspects of delivering a national multi-sectoral response to reduce maternal and child malnutrition*. Brighton: Institute of Development Studies.

Mejía Acosta, A. & L. Tillin (2019) Negotiating universalism in India and Latin America: Fiscal decentralization, subnational politics and social outcomes. *Regional & Federal Studies*, 29:2, 115-134. DOI: 10.1080/13597566.2019.1582525.

Mejía Acosta, A., & Meneses, K. (2019). Who benefits? Intergovernmental transfers, subnational politics and local spending in Ecuador. *Regional & Federal Studies*, 29(2), 219-247.

Mejía Acosta, A., & Fanzo, J. (2012). *Fighting maternal and child malnutrition: Analyzing the political and institutional determinants of delivering a national multisectoral response in six countries*. Brighton: Institute of Development Studies.

Mejía Acosta, A., & Haddad, L. (2014). The politics of success in the fight against malnutrition in Peru. *Food Policy* 44, 26–35.

Ministerio Coordinador de Desarrollo Social. (s. f.). *Video de presentación de la Estrategia Acción Nutrición*. Quito: Ministerio Coordinador de Desarrollo Social.

Ministerio de Economía y Finanzas. (2017). *Deuda pública del sector público del Ecuador*. Recuperado de https://www.finanzas.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/06/DEUDA-SECTOR-PUBLICO-DEL-ECUADOR_mayol2017-publicacion.pdf

Ministerio de Finanzas. (2015). *Justificativo Proforma Presupuesto General del Estado*. Quito: Subsecretaría de Presupuesto.

Moore, T., Arefadib, N., Deery, A., & West, S. (2017). *The first thousand days: An evidence paper*. Victoria AUS: Murdoch Children's Research Institute.

Moreno, E. (2022). *Programas públicos de prevención y reducción de la DCI en Ecuador* / Entrevistado por M. Manosalvas.

Naranjo, M. (2013). *Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Ecuador. Documento de proyecto*. Santiago de Chile: CEPAL.

Natalicchio, M., Garrett, J., Mulder-Sibanda, M. et al. (eds.). (2002). *Carrots and sticks: The political economy of nutrition policy reform*. Washington DC: World Bank.

Nisbett, N., Gillespie, S., Haddad, L., & Harris, J. (2014). Why worry about the politics of childhood undernutrition? *World Development*, 64, 420–433.

Organización de las Naciones Unidas. (2022). *Objetivos de desarrollo sostenible. Objetivo 2: Poner fin al hambre*. Recuperado de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/hunger>.

Peters, G. (2013). *Strategies for comparative research in political science: Theory and methods*. Nueva York: Palgrave Macmillan.

Peters, G. (2018). Governance as political theory. En David Levi-Faur, *The Oxford handbook of governance*. Nueva York: Oxford University Press.

Repetto, F., & Fernández, J. P. (2012). *Coordinación de políticas, programas y proyectos sociales*. Buenos Aires: CIPPEC-UNICEF.

Rivera, J. (2020). *La malnutrición infantil en Ecuador: Entre progresos y desafíos*. Quito: FLACSO.

Salhuana, R., Luna, A., & Cordero, L. (2021). *Presupuesto por resultados para el desarrollo infantil temprano: El caso de Perú*. Panamá: Unicef.

Secretaría Nacional de los ODM. (2005). *Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Quito: Secretaría Nacional de Planificación.

Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil. (2021). *Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil*. Quito: STECSDI.

Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil. (2022). *Primera Infancia*. Recuperado de <https://www.infancia.gob.ec/estrategia-nacional-intersectorial-para-la-primer-infancia-infancia-plena/>

Secretaría Técnica del Plan Toda una Vida. (2022). Recuperado de <https://gobecforms.gobiernoelectronico.gob.ec/stptv>

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2017). *Evaluación del Programa Acción Nutrición*. Quito: Dirección de Evaluación de Políticas Públicas.

Shady, N., & Berlinski, S. (2015). *Los primeros años. El bienestar infantil y el papel de las políticas públicas*. Banco Interamericano de Desarrollo. Recuperado de <https://dds.cepal.org/redesoc/publicacion?id=4305>

Spiller, P., Stein, E., Tommasi, M., & Scartascini, C. (2008). *Policymaking in Latin America: How politics shapes policies*. Inter-American Development Bank. Harvard University Press.

Subandoro, A., Holschneider, S., & Ruel-Bergeron, J. (2021). *Operationalizing multisectoral nutrition programs to accelerate progress: A nutrition governance perspective*. Washington: The World Bank.

Unicef. (2013). *Mejorar la nutrición infantil: El imperativo para el progreso mundial que es posible lograr*. Nueva York: Unicef.

Unicef. (1990). *Strategies of improving nutrition of children and women in developing countries*. Nueva York: Unicef.

Vicepresidencia de la República del Ecuador. (20 de agosto de 2020). *La Vicepresidencia y Hambre Cero: Enfoque en desaceleración de los daños ocasionados por COVID-19*. Recuperado de <https://www.vicepresidencia.gob.ec/la-vicepresidencia-y-hambre-cero-enfoque-en-desaceleracion-de-los-danos-ocasionados-por-covid-19/>

Vicepresidencia de la República del Ecuador. (2021). *Estrategia Ecuador Crece sin Desnutrición*. Impreso no publicado. Quito: Vicepresidencia del Ecuador.

Wu, X., Ramesh, M., & Howlett, M. (2018). "Policy capacity: Conceptual framework and essential components". En Wu, X., Howlett, M., & Ramesh, M. (eds.). *Policy capacity and governance: Studies in the Political Economy of Public Policy*. Switzerland: Palgrave Macmillan.

Capítulo 3: Sustentabilidad financiera de las estrategias contra la desnutrición crónica infantil en el Ecuador

Armijos, L., & Grimaldi, D. (2022). *Estrategia Presupuesto por Resultados para la reducción de la DCI en Ecuador, ¿qué se ha logrado?* [Manuscrito no publicado]. Quito: Observatorio de Nutrición.

Ausejo, F. (2010). *Descentralización y Presupuesto por Resultados. Diplomado sobre Gestión por Resultados*. Perú: Consorcio de Investigación Económica y Social.

CAF, STPTV, MIES & MSP (2020). *Paquete priorizado. Estrategia de Presupuesto por Resultados (PPR) para el abordaje de la desnutrición crónica infantil en el Ecuador, 2020*. Quito: Banco de Desarrollo de América Latina.

Fanzo, J., Hawkes, C., Udomkesmalee, E., Afshin, A., Allemandi, L., Assery, O., & Schofield, D. (2019). *2018 Global Nutrition Report*.

Gachet, N., & Baquero, D. (2022). *Gasto en desnutrición*. [Manuscrito no publicado]. Quito: Observatorio de Nutrición.

Gutiérrez, N., Brousset, Rokx, C., Ciuffardi, T., & Gachet, N. (2018). *Apuntando alto: Retos en la lucha contra la desnutrición crónica*. Washington D. C.: Banco Mundial.

Mejía, A., & Fanzo, J. (2012). *Fighting maternal and child malnutrition: Analysing the political and institutional determinants of delivering a national multisectoral response in six countries*. Institute of Development Studies.

Mesinas, F., Acuña, R., & Huaita, J. (2012). *En camino de un Presupuesto por Resultados (PpR): Una nota sobre los avances recientes en la programación presupuestaria*. Perú: Ministerio de Economía y Finanzas.

Ministerio de Inclusión Económica y Social (2018). *Ingreso al Servicio Misión Ternura - Creciendo con Nuestros Hijos. Guía Oficial de Trámites y Servicios*. Recuperado de www.gob.ec.

Ministerio de Salud Pública Ecuador (2022). *Estado actual del proyecto de seguimiento nominal*. DNTIC.

Morón, E., & Alvarado, B. (2008). *Perú, hacia un presupuesto por resultados: Afianzando la transparencia y rendición de cuentas*. Universidad del Pacífico.

Presidencia de la República de Ecuador (2020). *Decreto Ejecutivo n.o 1211-2020*. Recuperado de DE1211fw.pdf (fielweb.com).

Ruel, M., Alderman, H., & The Maternal and Child Nutrition Study Group. (2013). Nutrition-sensitive interventions and programmes: How can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition? *The Lancet*, 382(9891), 536-551.

Ugalde, L. (2002). *Rendición de cuentas y democracia: El caso de México*. Ciudad de México: Instituto Federal Electoral.

Unicef & Pontificia Universidad Católica del Ecuador. (2022). *Propuesta de instrumento de política pública para incrementar (movilizar o alinear) recursos públicos para financiar la estrategia para la prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil (DCI)*. Quito: Unicef.

Unicef (2013). *Improving child nutrition: The achievable imperative for global progress*. Unicef, 2013.

Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil. (2021). *Plan estratégico intersectorial para la prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil*. Recuperado de <https://www.infancia.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Plan-Intersectorial.pdf>.

