

Secretaría Técnica Ecuador  
Crece Sin Desnutrición Infantil



**ESTRATEGIA NACIONAL  
ECUADOR CRECE SIN  
DESNUTRICIÓN INFANTIL:**  
Avances de la política pública  
orientada al abordaje de la  
desnutrición crónica infantil

  
**Gobierno  
del Ecuador**  
GUILLERMO LASSO  
PRESIDENTE



## **Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil: Avances de la política pública orientada al abordaje de la desnutrición crónica infantil**

Secretaría Ecuador Crece sin Desnutrición Crónica Infantil

### **DESCRIPCIÓN BREVE**

La desnutrición crónica infantil (DCI), es un problema de salud pública y de corte social que compromete el desarrollo de la nación. El contar con una política social sostenida, independiente a los cambios de gobierno, garantizará un futuro prometedor de desarrollo para las próximas generaciones.

## CRÉDITOS

### Dirección General

Erwin Ronquillo

### Secretario Técnico

Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil

### Coordinación Técnica

Estefani Jarrín

**Subsecretaria Técnica de Prevención y Reducción de la DCI**

### Equipo Técnico Institucional

Fausto Vásquez

**Subsecretario de Articulación Intersectorial y Política Pública**

Fabrizio Vallejo

**Subsecretario de Fortalecimiento de la Inversión y Presupuesto por Resultados**

Juan Carlos Palacios

**Subsecretario de Gestión de la Información**

Verónica Salgado

**Subsecretaria de Gestión Territorial**

### Equipo de Redacción

Pablo Ormaza

**Director de Políticas Públicas, Seguimiento y Monitoreo**

Juan Pablo Salazar

**Director de Articulación Intersectorial y Cooperación**

Ximena Jaramillo

**Analista de Políticas Públicas, Seguimiento y Monitoreo**

Catalina Carvajal

**Analista de Políticas Públicas, Seguimiento y Monitoreo**

Julia Jácome

**Analista de la Dirección de Información, Investigación y Evaluación**

### Diseño

**Dirección de Comunicación Social**

Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil

### Fotografías:

**Direcciones de Comunicación:**

Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil, Presidencia de la República, Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Inclusión Económica y Social, Dirección General de Registro Civil Identificación y Cedulación



*La lucha contra la **desnutrición crónica infantil** es una causa común. Es una lucha por un futuro en donde todos y todas puedan tener las capacidades de convertir sus sueños en realidades. Ese futuro se construye ahora.*



## Contenido

Introducción.....	7
Resumen .....	9
Capítulo I: Condicionantes de base.....	10
1.1 Normativa vinculante.....	10
1.2 Alineación al Plan Nacional de Desarrollo y ODS.....	11
1.3 Alineación a las agendas para la igualdad.....	11
Capítulo II: Políticas Públicas implementadas para el abordaje de la desnutrición crónica infantil en Ecuador (2009-2023).....	14
2.1 Antecedentes para la generación de la política pública .....	14
2.2 Análisis de políticas públicas de abordaje a la DCI en el Ecuador.....	15
2.3 Análisis del paquete priorizado propuesto de la ENECSDI.....	26
2.4 Plan Estratégico Intersectorial .....	37
Capítulo III: Prevalencia de la desnutrición crónica infantil (Periodo 2020-2023).....	42
3.1 Evolución de la desnutrición crónica infantil, a partir de las cifras oficiales de encuestas .....	42
3.2 Perfil de la población con desnutrición crónica infantil a partir de registros administrativos .....	42
3.3 Evolución de la desnutrición crónica infantil desde los registros administrativos .....	47
3.4 Velocidad de crecimiento desde los registros administrativos .....	49
Capítulo IV: Avances de la implementación de la Estrategia Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil .....	52
4.1 Avances del Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la DCI .....	52
4.1.1. Eje 1: Generación de entorno habilitador.....	53
4.1.2. Eje 2: Movilización de recursos financieros .....	58
4.1.3. Eje 3: Articulación territorial .....	61
4.1.4. Eje 4: Gestión de la información .....	63
4.1.5. Eje 5: Talento humano y mejora de la gestión institucional en el punto de atención .....	67
4.1.6. Eje 6: Corresponsabilidad y transparencia.....	68
4.2 Logros alcanzados .....	71
4.2.1. Logros de cobertura del paquete priorizado de la Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil (ENECSDI) .....	71
4.2.1.1. Ampliación de servicios.....	72
4.2.1.2. Articulación de servicios .....	76
4.2.1.3. Oportunidad de servicios .....	80
4.2.1.4. Focalización de la atención .....	84



Capítulo V: Aprendizajes para avanzar hacia el Ecuador de oportunidades .....	89
5.1 Lecciones aprendidas .....	89
5.2 Retos .....	93
5.3 Recomendaciones .....	95
Bibliografía .....	101



## Introducción

El oportuno cuidado durante los primeros años de vida de una persona, sienta las bases para su desarrollo individual, económico y social. Desde el periodo prenatal, se forjan los cimientos de bienestar, salud y productividad para los años futuros. La evidencia científica en el campo social y económico demuestra la fuerte correlación entre los cuidados de salud pertinentes y oportunos, nutrición, educación y desarrollo afectivo con el desarrollo de capacidades cognitivas, psicológicas, emocionales y sociales de los niños/as durante los primeros años de vida, siendo importante garantizar condiciones adecuadas en el hogar y en la sociedad, para que logren su pleno desarrollo en todas las etapas de vida.

Uno de los problemas sociales que podría comprometer el desarrollo infantil integral y, por ende, el desarrollo económico y social del país, es la desnutrición crónica infantil (DCI), problemática multicausal de larga data que limita la garantía de los derechos de miles de niños y niñas de contar con un adecuado comienzo de la vida.

Quienes padecen DCI presentan una talla inferior al estándar para su edad. Las consecuencias en los infantes son irreversibles ya que afecta su salud y aumenta el riesgo de padecer enfermedades diarreicas agudas (EDA) e infecciones respiratorias agudas (IRA) lo cual se traduce en un mayor riesgo de mortalidad a edad temprana.

En la edad adulta, una persona que presentó DCI en la infancia es más propensa a padecer enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes, hipertensión, problemas cardiovasculares y obesidad (Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial, BM, 2017).

Invertir en la prevención y en la lucha contra la DCI es la mejor expresión de voluntad política para transformar la realidad de la niñez del Ecuador. Su abordaje eficiente no es solo una responsabilidad moral, sino un mecanismo rentable que genera amplios beneficios económicos y sociales a mediano y largo plazo para el país. Para ello, se requiere implementar políticas sociales sostenidas, basadas en evidencia, que trascienden los periodos de gobierno a fin de mejorar las condiciones de vida de miles de niños y niñas.

La Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil, considerando sus competencias respecto a la coordinación y articulación de acciones, ha impulsado un trabajo interinstitucional coordinado bajo el principio de sumar esfuerzos para disminuir las inequidades en la población objetivo de la Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil y revertir las tendencias de incremento de la problemática de la DCI. Es a través de la entrega de los servicios descritos en el paquete priorizado, apoyadas de acciones comunitarias, que se contribuye al desarrollo infantil integral de niños y niñas desde la concepción hasta los dos años de edad, sin que esto implique dejar de atender a poblaciones por fuera de la población citada.



La prevención y reducción de la DCI no es posible con acciones paliativas, cortoplacistas o aisladas de la evidencia, tampoco sería posible sin el compromiso al más alto nivel que impulse un trabajo coordinado y los recursos necesarios para contar con una política de Estado sostenida al igual que el trabajo local con los tomadores de decisión y el aporte directo de la sociedad civil y la academia.

El presente documento constituye un insumo referencial de las acciones que el Gobierno nacional ha implementado, con el objetivo de garantizar la protección integral de la primera infancia, con énfasis en la prevención, atención y reducción de la desnutrición crónica infantil a nivel nacional.

Las líneas que se describen a continuación posibilitan al lector, identificar aquellos procesos que al momento se han implementado en el Ecuador para avanzar en la lucha contra la DCI; de igual forma invitan a repensar las acciones implementadas bajo un enfoque de mejora continua y, sobre todo, apelan a trabajar incansablemente por la primera infancia.





## Resumen

A través del presente documento, la Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil, describe las acciones ejecutadas de la Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil (ENECSDI) y su Plan Estratégico.

Parte de una revisión del marco normativo nacional que regula las distintas intervenciones de prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil, su relación con la planificación anual respecto a las metas del Plan Nacional de Desarrollo Creación de Oportunidades y su vinculación con los objetivos de desarrollo sostenible. De igual forma, se visibiliza a la DCI como un problema intersectorial de urgente abordaje y de interés social, reconocido dentro de las agendas para la igualdad.

Se aborda, además, el diagnóstico de la situación actual respecto a la población que enfrenta desnutrición crónica infantil, su implicancia en la salud y en el desarrollo social, económico y productivo. Así mismo, describe las limitaciones de los programas implementados por el país, tomando como periodo de partida al 2009. Se describen los bienes y servicios vinculados al paquete priorizado de atenciones y los ejes que conforman el Plan estratégico intersectorial para la prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil.

A partir de las cifras oficiales de encuestas y los registros administrativos institucionales, se analiza la evolución de DCI; el modo de operación de la ENECSDI al momento de atender a su población objetivo y los principios que han regido el despliegue territorial de cada uno de los servicios críticos del paquete priorizado de bienes y servicios para la prevención de la desnutrición.

En el documento, se describen los avances de los ejes del Plan estratégico y las acciones relevantes ejecutadas. De igual forma, se identifican los logros alcanzados respecto a la cobertura del paquete priorizado, la ampliación y articulación de los servicios y la oportunidad y focalización de los mismos.

Finalmente, se recogen las lecciones aprendidas durante la implementación de la ENECSDI y se identifican los retos en la implementación de la política de prevención y reducción de la DCI, así como las acciones a corto, mediano y largo plazo pendientes para garantizar la sostenibilidad de la estrategia.



## Capítulo I: Condicionantes de base

### 1.1 Normativa vinculante

El abordaje de la DCI se enmarca en el cumplimiento de normativas internacionales vinculantes para el Ecuador e instrumentos normativos y de planificación que al momento rigen la gestión gubernamental. A continuación, se describen dichos instrumentos que recogen la necesidad de trabajar articuladamente frente al problema antes citado:

La Convención de los Derechos del Niño<sup>1</sup> reconoce a niñas, niños y adolescentes como sujetos de derechos, entre ellos consta la responsabilidad de los Estados en garantizar la identificación y asignación de un nombre, una nacionalidad y en la medida de lo posible, a conocer a progenitores y a ser cuidado por ellos.

De igual forma, se determina la responsabilidad de los Estados en asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que posibilite combatir enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre.

La Constitución de la República del Ecuador<sup>2</sup> reconoce el rol fundamental del Estado en la garantía de la protección integral de la niñez y adolescencia en todos los aspectos de su vida, enfatizando la protección de menores de seis años de edad.<sup>3</sup> De igual forma, el Código Orgánico de la Niñez y Adolescencia, expedido en el año 2003 establece los mecanismos que posibilitan garantizar sus derechos.

Mediante Decreto Ejecutivo Nro. 1211, de fecha 15 de diciembre de 2020, el Gobierno de turno aprobó la implementación de la Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición, cuyo objetivo es prevenir la desnutrición crónica infantil y reducir su prevalencia en niños y niñas menores de 24 meses, a través de la implementación del denominado paquete priorizado de bienes y servicios destinado a atender a la población citada.

Con fecha 06 de julio de 2021, se emite el Decreto Ejecutivo Nro. 92, en cuyo artículo 1 se dispone la transformación de la Secretaría Técnica del Plan Toda una Vida en la Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil, institución de derecho público, con personalidad jurídica,

---

<sup>1</sup> Ratificada por el Ecuador mediante Decreto Ejecutivo No. 1330, publicado en Registro Oficial 400 de 21 de marzo de 1990

<sup>2</sup> Ecuador, Constitución de la República del Ecuador (CRE), Registro Oficial 449 del 20 de octubre de 2008.

<sup>3</sup> CRE, Art. 46.- El Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes: atención a menores de seis años, que garantice su nutrición, salud, educación y cuidado diario en un marco de protección integral de sus derechos.



patrimonio propio, dotada de autonomía presupuestaria, financiera, administrativa y de gestión, adscrita a la Presidencia de la República con las competencias de articulación y coordinación intersectorial e interinstitucional orientadas a la reducción de la DCI.

Al 21 de abril de 2022, el Presidente de la República emite el Decreto Ejecutivo Nro. 404 en el cual se reforma parcialmente al Decreto 1211, dando énfasis al rol de coordinación interinstitucional que tiene la Secretaría Técnica referente a la implementación de la plataforma intersectorial de corte longitudinal posteriormente denominada: Sistema Unificado y Universal de Seguimiento Nominal (Suusen).

## 1.2 Alineación al Plan Nacional de Desarrollo y ODS

La Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil y su Plan estratégico, están alineados al Plan Nacional de Desarrollo 2021-2025 Creación de Oportunidades con el Objetivo 6 referente a: Garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad. De este, se desprende la política 6.4 respecto a: Combatir toda forma de malnutrición, con énfasis en la DCI, cuya meta es: 6.4.1. Reducir 6 p.p. la desnutrición crónica infantil en menores de dos años.

De igual forma, contribuye al Objetivo de Desarrollo Sostenible 2 respecto a Hambre cero, el cual tiene por meta: 2.2 De aquí a 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición, incluso logrando, a más tardar en 2025, las metas convenidas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y la emaciación de los niños menores de cinco años, y abordar las necesidades de nutrición de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes y las personas de edad.

Cabe recalcar que el abordaje de la desnutrición crónica infantil también genera un impacto inmediato e indirecto en los ODS: 1) Fin de la Pobreza, 3) Salud y Bienestar, y 16) Paz, Justicia e Instituciones sólidas, ya que su abordaje interinstitucional, traducido en la consolidación de una gobernanza multiactor, posibilitará mejorar las condiciones de vida de aquellas personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad.

## 1.3 Alineación a las agendas para la igualdad

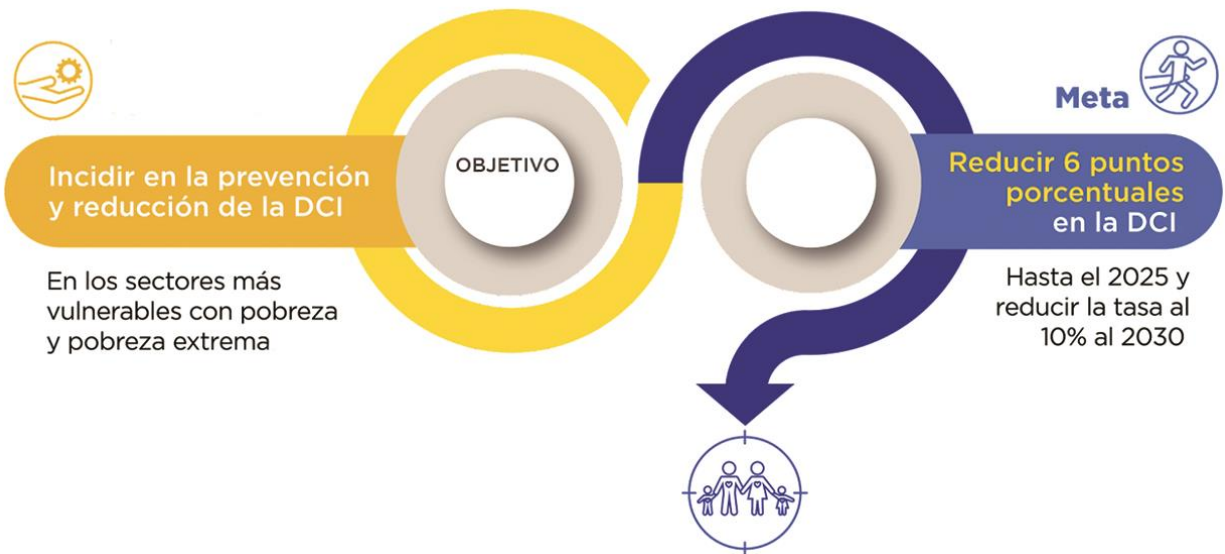
Conforme el artículo 156 de la Constitución de la República del Ecuador, los consejos nacionales para la igualdad son órganos responsables de asegurar la plena vigencia y el ejercicio de los derechos consagrados en la carta magna y en los instrumentos internacionales de derechos humanos, mediante la formulación, transversalización, observancia, seguimiento y evaluación de las políticas públicas relacionadas con las temáticas de género, etnia, generacional, intercultural, discapacidad y de movilidad humana.

El artículo 9 de la Ley Orgánica de los Consejos Nacionales para la Igualdad, entre sus funciones consta la construcción participativa de las agendas para la igualdad, mismas que deben integrarse al Sistema Nacional de Planificación y el seguimiento y evaluación de las políticas alineadas en la misma.



Considerando la Norma Técnica del Sistema Nacional Descentralizado de Planificación Participativa emitida mediante Acuerdo N° SNP-SNP-2021-0006-A de 30 de septiembre de 2021, las agendas nacionales para la igualdad son: instrumentos de planificación que contienen propuestas de políticas públicas definidas al interior de cada Consejo Nacional para la Igualdad, entendidas como mecanismos para la transversalización de los enfoques de igualdad en los planes sectoriales. Es así que, las agendas nacionales para la igualdad contienen lineamientos para la elaboración e implementación de políticas públicas con enfoques de igualdad a ser considerados en los instrumentos de planificación en los distintos niveles de gestión (nacional, sectorial y local).

Ilustración 1: Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil



Elaboración: Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil

La Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Crónica Infantil y el Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil, se encuentran alineados al cumplimiento de la Agenda Nacional para la Igualdad Intergeneracional- ANII- 2021- 2025, aprobada en la primera sesión extraordinaria del Pleno del Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional -CNII-, mediante resolución PCNII-001-2022, del 9 de marzo del 2022, específicamente al eje de derecho: Salud, alimentación y hábitos de vida saludable, propuesta de política: Prevenir y erradicar la desnutrición y malnutrición promoviendo hábitos de vida saludables, a través de las líneas de acción descritas en los ejes de: Prevención y Mitigación (Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional, 2022).

De igual forma, la Agenda Nacional para la Igualdad de Movilidad Humana – ANIMHU- 2021 – 2025, aprobada en el 2023, constituye el documento rector de la política en materia de movilidad humana, alineando las necesidades que presentan los sujetos de derechos, referente a empleo, acceso a servicios, salud, educación, regularización, entre otros. En esa línea, respecto a la propuesta de política cinco referente a: Propender al acceso de los servicios de salud integral de las personas en movilidad humana, la Estrategia Nacional, Ecuador Crece sin Desnutrición Crónica Infantil y el Plan estratégico intersectorial



para la prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil se alinean a la acción 5.1 referente a: Promover el acceso a los servicios de atención en salud pública a personas en movilidad humana (Consejo Nacional para la Igualdad de Movilidad Humana, 2023).

Así mismo, los lineamientos de política pública formulados en la Agenda Nacional para la Igualdad de Género 2021-2025 aprobada en noviembre 2022, determina dentro del eje: “Cuidado humano, reproducción y sostenibilidad de la vida”, la importancia de reducir la desnutrición crónica infantil, impulsando programas que promuevan el desarrollo infantil integral (Consejo Nacional para la Igualdad de Género, 2022).

Respecto a la Agenda Nacional para la Igualdad de Discapacidades 2021 – 2025, aprobada el 04 de agosto de 2022, dentro del eje: Protección Integral y Seguridad Social, se establece como propuesta de política pública, el fortalecer e innovar los servicios de protección social para personas con discapacidad y sus familias, proceso relacionado al lineamiento C3 respecto a: Promover programas de protección social no contributiva en las provincias con mayor incidencia de pobreza y desnutrición (Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades, 2022).

El Consejo Nacional para la Igualdad de Pueblos y Nacionalidades (CNIPN) emitió, el 28 de marzo del 2023, la Agenda Nacional para la Igualdad de Pueblos y Nacionalidades 2021 – 2025 documento donde se identifican las líneas de acción y recomendaciones de políticas públicas desde un enfoque intercultural y plurinacional, reconociendo los derechos colectivos de los pueblos y nacionalidades descritos en la Constitución del país y en el marco internacional.

En la línea de trabajo: Salud intercultural, se destaca la necesidad de garantizar la atención en salud con pertinencia intercultural a los pueblos y nacionalidades integrando a sus sabios/as, saberes y conocimientos, prácticas propias y soberanía alimentaria que permita reducir las causas asociadas a: desnutrición, muerte infantil y materna, muerte por violencia, así como generar centros de investigación sobre medicina ancestral (Consejo Nacional para la Igualdad de Pueblos y Nacionalidades, 2023).

Dentro de los ámbitos de trabajo se propone la necesidad de contar con un diagnóstico y solución sistemática a corto, mediano y largo plazo a los problemas de desnutrición crónica de los menores de cinco años de edad, cuyos índices, en pueblos y nacionalidades, superan ampliamente el promedio nacional.

En cuanto a los lineamientos de intervención se establece la importancia de incorporar los conocimientos y prácticas propias de los pueblos y nacionalidades, en la provisión del paquete priorizado, de la Estrategia Nacional de Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil, en el marco de la soberanía y seguridad alimentaria (Consejo Nacional para la Igualdad de Pueblos y Nacionalidades, 2023).



## Capítulo II: Políticas Públicas implementadas para el abordaje de la desnutrición crónica infantil en Ecuador (2009-2023)

### 2.1 Antecedentes para la generación de la política pública

Desde la expedición de la Convención de los Derechos del Niño en el año 1989,<sup>4</sup> se dio un cambio trascendental en términos de protección de la niñez y adolescencia, debido a su reconocimiento como sujetos de derechos. Los derechos de la niñez tienen que ver con su desarrollo físico, mental, social, e incluyen su derecho a expresar libremente sus opiniones. La Convención es obligatoria en su cumplimiento para los estados signatarios y constituye un marco de supervisión y gobernanza global sobre un asunto que antes quedaba en manos de gobiernos nacionales (Unicef, 2006).

En la Constitución de la República del Ecuador se establecieron principios de protección integral de la niñez y adolescencia.<sup>5</sup> En el artículo 46, numeral 1, se reconoce y garantiza la atención especializada a niñas y niños en temas como nutrición, salud, educación y cuidado diario, enfatizando la protección de menores de seis años de edad. De la Constitución se desprende el Código Orgánico de la Niñez y Adolescencia, expedido en el año 2003. Si bien Ecuador cuenta con un marco normativo nacional para la garantía de derechos de niños, niñas y adolescentes (NNA), han existido algunas barreras políticas, económicas y técnicas en su implementación, las cuales se analizan con mayor detenimiento en la siguiente sección.

Según los datos del Censo de Población y Vivienda 2022, realizado por el INEC, Ecuador tiene 16'938.986 habitantes, de los cuales, 1'293.325 son menores de cinco años. Es decir, el 7,6% de la población ecuatoriana atraviesa la primera infancia, fase fundamental en la vida del ser humano que requiere una protección especializada.

Entre los principales problemas que presenta la primera infancia está la doble carga de la malnutrición, siendo la desnutrición crónica infantil un problema capaz de ocasionar alteraciones devastadoras y duraderas en el desarrollo cerebral de niñas y niños, en su habilidad para aprender, comunicarse, pensar analíticamente, socializar efectivamente y adaptarse a nuevos ambientes y personas (Cepal, 2018). A escala mundial, se estima que el 22% (149,2 millones) de niños menores de cinco años sufrió retraso del crecimiento, el 6,7% (45,4 millones) sufrió emaciación (bajo peso con relación a la altura) y el 5,7% (38,9 millones) tuvo sobrepeso (FAO, 2021). Cabe resaltar que a nivel global el 45% de las muertes de niños y niñas es causada por una pobre nutrición y es probable que el hambre esté empeorando (World Vision, 2023).

---

<sup>4</sup> Ratificada por el Ecuador mediante Decreto Ejecutivo No. 1330, publicado en Registro Oficial 400 de 21 de marzo de 1990.

<sup>5</sup> Constitución de la República del Ecuador, Registro Oficial 449 del 20 de octubre de 2008.



El Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil (2021) señala que en Ecuador nacen aproximadamente 330.000 niñas y niños al año, de los cuales 23 de cada 100 niñas y niños padecen DCI antes de los cinco años de vida. Así mismo, 27 de cada 100 niñas y niños menores de dos años sufren desnutrición crónica infantil, lo que quiere decir que casi 180.000 niñas y niños no reciben los cuidados adecuados (STECSDI, 2021). Los índices nacionales son igual de preocupantes que los datos a nivel global.

Se estima que en Ecuador los costos de la malnutrición ocasionan un 4,3 % de pérdidas en el PIB en términos de salud, educación, cuidado y pérdida de productividad (Unicef, 2023). Actualmente, el país ocupa el cuarto lugar en Latinoamérica con índices más altos de desnutrición infantil en menores de cinco años, siendo superado por Honduras, Haití y Guatemala (INEC, 2023; Unicef, Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial, 2021).<sup>6</sup>

Las desigualdades socioeconómicas en Ecuador han llevado a disparidades en el acceso a una nutrición adecuada, siendo la población más vulnerable aquella que habita en zonas rurales, con limitaciones de agua segura y alimentos de calidad. La DCI también se relaciona con la ausencia de lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida (luego de manera continua hasta los dos años); prácticas de higiene; preparación de alimentos; entre otros (Naciones Unidas 2022).

En los últimos 12 años casi no ha variado el porcentaje de DCI en menores de dos años en Ecuador, pasando de 24 % en 2006 a 27,2% en 2018 (cifra ajustada al 23,6% por INEC)<sup>7</sup> (STECSDI, 2021). Esta información revela que, a pesar de haberse invertido en programas y estrategias para hacer frente a esta problemática, la ejecución de los mismos no alcanzó la eficacia esperada, visibilizando el reto de encauzar nuevas acciones conforme la evidencia y considerando las lecciones aprendidas que pudieron dejar los programas pasados.

## 2.2 Análisis de políticas públicas de abordaje a la DCI en el Ecuador

Como se ha mencionado, la DCI es un problema multifactorial cuyos determinantes se relacionan con la falta de acceso a información nutricional adecuada y oportuna, situación socioeconómica de las familias, el acceso limitado o nulo a servicios básico de agua segura, saneamiento, el derecho a la salud y a la alimentación, la ubicación geográfica, entre otros. Desde 1993, se han implementado 12 programas nacionales orientados a mejorar la salud y nutrición infantil en Ecuador (Unicef, n.d.).

La evidencia empírica demuestra que los principales problemas para implementar políticas públicas se encuentran la inadecuada articulación interinstitucional (horizontal), problemas de coordinación a nivel

---

<sup>6</sup> La comparación entre países se realiza en base al documento “Levels and Trends in Child Malnutrition”, elaborado por Unicef, la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial en el 2021. El dato de desnutrición crónica infantil fue tomado de INEC (2023).

<sup>7</sup> INEC. 2023. Calidad de los datos en las estimaciones de retraso en talla de las encuestas de desnutrición infantil 2006-2023.



local (vertical), y la inexistencia o fallas en los planes de seguimiento y monitoreo, condicionantes que han estado presentes en los programas y estrategias que se analizarán más adelante.

**Articulación interinstitucional (horizontal).** - En Ecuador, ha existido una débil coordinación entre las instituciones del Estado frente a objetivos comunes para prevenir y reducir la DCI, aspecto reflejado en los frágiles progresos obtenidos. A pesar de que las distintas estrategias nacionales fueron diseñadas para contar con la colaboración y articulación entre distintas entidades de gobierno, las acciones implementadas experimentaron cambios constantes de actores y funcionarios técnicos, así como de prioridades y agendas (Rivera, 2019).

**Coordinación local (vertical).** - La limitada participación de gobiernos seccionales y actores de la sociedad civil fue una constante en la implementación de programas para la prevención de la DCI. Al respecto, Rivera (2019) y el Banco Mundial (2018) resaltan los bajos niveles de involucramiento comunitario en el diseño e implementación de programas, que en buena medida estuvieron supeditados a las disposiciones del gobierno central. A esto se suma el incumplimiento por parte de los Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD) en garantizar el derecho de provisión de agua segura, competencia descrita en el Código Orgánico de Organización Territorial Autónoma y Descentralización (Cootad).

**Seguimiento, monitoreo y evaluación.** – El seguimiento y evaluación de políticas y programas para la prevención de la DCI en Ecuador fueron inadecuados o inexistentes, resultando difícil medir el éxito o fracaso de los programas, el realizar ejercicios de rendición de cuentas o focalizar las atenciones brindadas (Banco Mundial, 2018).

Ilustración 2: Causas que inciden en la desnutrición crónica infantil



Elaboración: Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil





Considerando los tres indicadores antes citados, a continuación, se analizan las políticas, estrategias y programas de prevención y reducción de la DCI implementadas en Ecuador desde el año 2009, identificando sus características principales que han contribuido en determinar el éxito o fracaso de los programas implementados.

### **Programa de Reducción Acelerada de la Mala Nutrición- Pramie (2009-2014)**

En Plan Nacional del Buen Vivir (PNBV) 2009-2013 se establecía que a nivel nacional uno de cada cuatro niños menores de cinco años tenía desnutrición crónica, cuya cifra alcanzaba el 25,8% de la población total, y podía llegar a ser del 93,9% en infantes indígenas de madres sin escolarización (Senplades, 2009).<sup>8</sup> En provincias como Chimborazo, Bolívar y Cotopaxi, la DCI superaba el 40% de la población, y estaba concentrada, principalmente, en zonas rurales, mayoritariamente indígenas, con baja cobertura de agua potable y saneamiento; limitaciones de acceso a educación; e históricamente pobres (Manosalvas Vaca, 2018).

En el PNBV se planteó como meta la reducción del 45% de la DCI hasta 2013 y de la prevalencia en 11,6 puntos hasta llegar al 14,2 % en el 2013 (Senplades, 2009). Cifras que se constituyeron en el punto de partida del Programa de Reducción Acelerada de la Mala Nutrición (Pramie), cuyos ejes de intervención fueron: 1) Acceso a agua potable y saneamiento; 2) Servicios de nutrición y salud; 3) Desarrollo infantil y educación; 4) Producción y consumo de alimentos, y 5) Ejercicio de derechos ciudadanos (Ruales, 2023).

Entre las instituciones responsables de implementar el Pramie, en el marco de sus competencias estaban, el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, el Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia, el Ministerio de Inclusión Económica y Social, Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda, Banco de Desarrollo del Ecuador, Ministerio de Agricultura, Ganadería, Acuacultura y Pesca, Ministerio de Educación y la Secretaría Nacional de Planificación.

Se contó con un Consejo donde se tomaba decisiones estratégicas, las cuales pasaban a las instituciones ejecutoras para su cumplimiento; el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social se encargaba de dar seguimiento y de coordinar la implementación de iniciativas, para ello se crearon Planes de Acción Concertados, con el apoyo de la FAO (Fundación Crisfe, 2022).

A nivel territorial, el Pramie se instrumentalizó a través del Programa de Intervención Nutricional Territorial Integral (INTI), considerado como un programa de segundo piso que debía involucrar a diversos sectores y actores (Manosalvas Vaca, 2018). Esta iniciativa tenía como meta la erradicación de la desnutrición crónica en niños y niñas y la anemia en menores de un año hasta el 2015; así como la reducción en un 50% de la prevalencia de anemia en niños y niñas menores de cinco años hasta el 2013 (Ministerio de Salud Pública, 2021). Alrededor del Programa, se esperaba conformar una red estable de actores orientados por un mismo objetivo, pero esta visión solo estuvo presente durante la fase de diseño,

---

<sup>8</sup> Esta cifra fue tomada del Sistema Integrado de Indicadores Sociales (SIISE) del año 2006.



ya que los actores sociales tuvieron una participación marginal al inicio del proceso y en algunas actividades de promoción durante la implementación (Manosalvas Vaca, 2019).

En el marco del INTI, el Ministerio de Salud Pública impulsó el Programa Desnutrición Cero, a fin de eliminar la desnutrición en recién nacidos hasta el primer año de vida en parroquias que presentaban mayores índices de prevalencia a nivel nacional. A esta intervención se sumó la entrega de un bono de corresponsabilidad a mujeres durante el embarazo y los tres primeros meses luego del nacimiento de sus hijos e hijas (Ministerio de Salud Pública, 2018).

Al 2014, la prevalencia de la DCI en lugar de reducirse al 14,2%, alcanzó casi el 24%. Algunos de los problemas identificados en el Pramie y el INTI fueron (Manosalvas Vaca, 2018):

A pesar del enfoque intersectorial hubo una limitada articulación entre instituciones nacionales y de territorio (coordinación local). Ejemplo de ello fueron los proyectos de vivienda (INTI Miduvi) para familias con niños menores de cinco años y mujeres embarazadas o en edad fértil, en donde hubo una deficiente coordinación entre actores nacionales, GAD y juntas de agua rurales a fin de garantizar la provisión de agua segura a la población. En el 2013, cerca de 100 millones de dólares fueron transferidos al Miduvi para este tipo de proyectos, y se estimaba que al menos 87 millones de dólares debían ser invertidos en agua y saneamiento (de los cuales solo se invirtió 9 millones). Acorde al mismo Pramie, el 30% de la prevalencia de DCI está relacionada con el consumo de agua no segura.

En la primera fase del proyecto (2009-2010) se construyeron viviendas principalmente en lugares sin acceso a agua potable y saneamiento. Aquello fue corregido en la segunda fase, estableciendo como requisito que las viviendas fueran construidas en lugares donde ya existía cobertura del servicio. Dicha medida excluyó a la población que vivía en zonas donde estaban concentrados los niños con mayor riesgo de tener desnutrición crónica. Así mismo, los beneficiarios del programa de vivienda debían contar con escrituras de los terrenos en que se realizaban las construcciones, al no generarse las legalizaciones, fue motivo de exclusión del programa a personas y comunidades con problemas de legalidad de sus territorios.

Otro elemento que limitó la coordinación a nivel territorial fue la alta rotación de talento humano a nivel nacional y local, así como el cambio de prioridades cuando llegaban nuevas autoridades (Banco Mundial, 2018). El INTI se enfocó en mujeres gestantes, niñas y niños durante su primer año de vida. Al respecto, es importante considerar que, durante los 1.000 días desde la gestación hasta el segundo año de edad, los niños y niñas forman la mayor parte de órganos y tejidos, así como el potencial físico de cada persona (Gobierno de México 2023).



### **Proyecto Emblemático Acción Nutrición - PAN (2015-2017)**

El proyecto tuvo como meta la reducción de la DCI en menores de cinco años de 23,9% en el 2014 a 21,6% en el 2016 y 19,2% en el 2017. La iniciativa partió del Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, e incorporó en su ejecución a instituciones como el Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Inclusión Económica y Social, Ministerio de Educación, Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda, Ministerio de Agricultura, Ganadería, Acuacultura y Pesca y la Secretaría del Agua (Senplades, 2017).

El PAN se desarrolló considerando cuatro ejes de acción: 1) Salud sexual y reproductiva; 2) Hábitos de consumo e higiene: bebe agua purificada; 3) Hábitat saludable: piso de tabla sin tratar y piso de tierra o caña, tubería dentro del hogar, y 4) Nivel de ingreso y educación: ingreso per cápita, escolaridad de la madre (Vicepresidencia de la República del Ecuador, 2021).

Dentro de los objetivos específicos del proyecto, se puede citar (García Celi & Lara Izaguirre, 2022):

1. Crear mecanismos transversales para la cobertura de servicios de prevención y manejo de la desnutrición infantil, componente relacionado con acciones para mejorar el acceso a controles del niño sano en menores de cinco años; seguimiento nominal de niños y niñas con desnutrición crónica, alimentación escolar y controles prenatales.
2. Promover acciones transversales para la ingesta de nutrientes que niñas y niños necesitan a través de mejores patrones de consumo, atención y disponibilidad de alimentos y complementos, para su cumplimiento se realizaron actividades de promoción de la nutrición, asesoramiento y educación a través de instituciones que brindan servicios educativos, Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV), instituciones educativas, entre otros. También, se impulsó buenas prácticas de higiene, alimentación, lactancia materna, manejo de desechos, consumo de agua segura (tratamiento), entre otros, dando atención especial a zonas rurales en donde los índices de desnutrición crónica eran más altos.
3. Promover la coordinación intersectorial para mejorar las condiciones de vivienda que afectan el estado nutricional de niñas y niños mediante el mejoramiento de acceso a agua segura, saneamiento y materiales de construcción a fin de crear viviendas adecuadas para madres, niños y niñas.



Ilustración 3: Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil



Elaboración: Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil

En 2016, se realizó una Evaluación al Programa Acción Nutrición por parte de Senplades, Ministerio de Salud Pública, Ministerio Coordinador de Desarrollo Social y Naciones Unidas. Los ejes de evaluación fueron: Desnutrición crónica, Gestante controlada, Control del crecimiento y desarrollo, Lactancia materna y alimentación complementaria, Suplementación con micronutrientes y la iniciativa Creciendo con Nuestros Hijos.

Una de las recomendaciones identificadas en la Evaluación fue la necesidad de fortalecer al MCDS para convocar, planificar, articular financiamiento y coordinar el trabajo en territorios con los GAD (coordinación local). Se observó la capacidad del Ministerio de Salud Pública para generar información centralizada y relevante desde sus distintas instancias. También se recomendó la importancia de contar con herramientas de medición a nivel de país, en una sola institución que pueda dar seguimiento a los indicadores de desnutrición crónica infantil (DCI) y que provea a demás instancias a fin de realizar el seguimiento y corregir errores (Fundación Crisfe, 2022).

Rivera Vásquez (2020) menciona que en la implementación del Proyecto Emblemático Acción Nutrición hubo tensiones interinstitucionales ya que el MCDS fungía como coordinación de acciones mientras que el MSP generaba información para el seguimiento, la cual era desagregada, heterogénea y subutilizada, limitando un seguimiento adecuado. A pesar de que se realizó una evaluación de resultados del Programa Acción Nutrición, no se hizo una evaluación de impacto del programa para conocer su efectividad y no hubo un análisis crítico de los resultados obtenidos frente a las metas planteadas.



Si bien las sucesivas estrategias (INTI y PAN) adoptaron el enfoque conceptual de los factores causales de Unicef, (...) su implementación no monitoreó las intervenciones clave, sea por insuficiencia de información (encuestas a hogares), como por ausencia de herramientas de explotación de la información disponible (administrativa) (Banco Mundial, 2018). El proyecto no alcanzó la meta propuesta de reducir al 19,2% la DCI en el 2017.

### **Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador - Piane (2018-2025)**

Durante la gestión del presidente Lenin Moreno se concibieron dos estrategias para abordar la desnutrición crónica infantil. La primera es conocida como Misión Ternura, supervisada por la Secretaría Técnica del Plan Toda una Vida (STPTV), institución que se creó en reemplazo del Ministerio Coordinador de Desarrollo Social en 2017. La segunda es el Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador (Piane), bajo la coordinación del Ministerio de Salud Pública.

La DCI había bajado menos de un punto porcentual desde el 2014, hasta llegar a una prevalencia del 23% para menores de cinco años en el 2018. Respecto al grupo de menores de dos años, las cifras habían pasado del 24,8 % en 2014 al 27,2 % en 2018 [cifra ajustada al 21,7%].<sup>9</sup> De aquí partió la meta de reducir la DCI al 14,8 % en menores de dos años hasta el 2021 (Ministerio de Salud Pública, 2018).

El Piane tuvo por objetivo el promover una adecuada nutrición y desarrollo de la población ecuatoriana durante todo el curso de vida, brindando atención integral y, generando mecanismos de corresponsabilidad entre todos los niveles de gobierno, ciudadanía y sector privado; en el marco de intervenciones intersectoriales para incidir en los determinantes sociales de la salud (Ministerio de Salud Pública, 2018).

El Plan se estructuró para ser implementado en múltiples niveles, que van desde coordinación nacional a la planificación cantonal y gestión local. En todos ellos, se enfatizó la colaboración y el compromiso de las partes interesadas, que incluía la creación de redes de apoyo para lograr los objetivos y directrices del Plan. A nivel nacional, debían participar todas las entidades públicas responsables de su implementación, mientras que, a nivel local, estaban las instituciones cuyos servicios tenían un impacto directo en la ciudadanía.

Los ministerios vinculados al Piane tuvieron un rol específico en la provisión de servicios, conforme se detalla a continuación (Ministerio de Salud Pública, 2018):

- El Ministerio de Educación, encargado de alimentación en escuelas.
- El Ministerio de Inclusión Económica y Social para la entrega del Bono de Desarrollo Humano y prestaciones para el desarrollo infantil.

---

<sup>9</sup> ECV 2014; ENSANUT 2018; INEC 2023.



- El Ministerio de Salud Pública se encargaba de proveer servicios de salud prioritarios a lo largo del ciclo de vida, incluyendo la captación, planificación y atención.
- El Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda fue responsable de los programas Casa para Todos y Agua para Todos.
- El Ministerio de Agricultura y Ganadería tuvo a cargo la implementación de iniciativas como el Sello de Agricultura Familiar, la Campaña Diversidad Alimentaria (enfaticando el consumo de huevos) y el Programa Come Pescado.

El Piane recoge un conjunto focalizado de prestaciones de salud desde el embarazo hasta los dos años de edad (paquete priorizado: vacunas, control prenatal y control del niño sano, suministro de vitaminas, consejería nutricional, entre otros); y un mandato explícito para focalizar las intervenciones en los primeros 1.000 días (Ministerio de Salud Pública, 2018). Cabe mencionar que esta iniciativa tuvo una débil implementación, pero aun así existieron mayores avances que en Misión Ternura.

No existió un ejercicio detallado de medición respecto a los avances en temas de DCI con respecto al Piane al fin de la gestión del presidente Moreno. Manosalvas (2022) considera que la coordinación en territorio del Piane fue mejor que la de Misión Ternura, debido a que contaba con personal y presencia institucional a nivel local, siendo más fácil para el MSP coordinar acciones con otros actores como el MIES y Mineduc respecto a la implementación de talleres sobre alimentación saludable y agua segura. En estos espacios también se socializaban los servicios de las instituciones participantes.

Una de las limitaciones en la implementación del Piane fue la duplicidad de funciones entre la Secretaría Técnica del Plan Toda una Vida y el Ministerio de Salud Pública del Ecuador. La existencia de ambas instancias se expresó en una débil coordinación a nivel territorial más allá de que desde el Piane se hizo un mejor trabajo operativo que en Misión Ternura. Las provincias con una mayor prevalencia de la DCI tenían un gasto promedio menor al de aquellas con índices más bajos de prevalencia de DCI.

Además, durante el confinamiento de la pandemia se dejaron de realizar 12,5 millones de atenciones, incluyendo atenciones a niños menores de cinco años y madres gestantes y existió falta de vacunas y otros servicios.

### **Misión Ternura (2018- 2021)**

De manera paralela al Piane, se planteó el programa Misión Ternura desde la Secretaría Técnica del Plan Toda una Vida (STPTV). El objetivo del programa fue generar un entorno apropiado para el desarrollo de las niñas y niños menores de cinco años, con énfasis en aquellos que presenten mayores condiciones de vulnerabilidad. El programa estaba alineado a las siguientes metas del Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 sobre DCI (Secretaría Técnica del Plan Toda una Vida, 2018):

- Reducir del 24,8% al 14,8% la prevalencia de DCI en niños menores a dos años al 2021.



- Reducir del 23,9% al 13,2% la prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de cinco años al 2021.
- Aumentar del 46,4% al 64% la prevalencia de lactancia materna, exclusiva durante los primeros seis meses de vida a 2021.
- Incrementar el porcentaje de niños y niñas menores de cinco años que participan en programas de primera infancia al 2021.

Las acciones desarrolladas desde la Misión se enfocaron en atención receptiva y cambio cultural, seguimiento nominal y comunitario; priorización de 96 cantones a nivel territorial para intervenir efectivamente; acción intersectorial en los primeros 1.000 días hasta los cinco años de edad y consejería familiar mediante nuevas modalidades de atención. Entre los principales actores a cargo de implementar las acciones programáticas estaban el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Inclusión Económica y Social y el Registro Civil.

En el marco de Misión Ternura, se avanzó con la creación de mesas técnicas a nivel cantonal, consideradas como espacios de diálogo entre alcaldes y otros actores del territorio. Sin embargo, al igual que el extinto MCDS, la STPTV no logró promover el trabajo intersectorial debido a limitaciones financieras y técnicas ya que la Secretaría Técnica fue una institución con un presupuesto limitado.

El programa no alcanzó la meta de 14,8% de desnutrición infantil en menores de dos años al 2021, y al 2022-2023, la cifra todavía se sitúa en el 20,01 %.<sup>10</sup> Algunas de las limitaciones de Misión Ternura fueron (Fundación Crisfe, 2022; Vicepresidencia de la República del Ecuador, 2021):

- Desconexión y duplicidad de funciones a nivel intersectorial, ya que existían dos instancias de coordinación de políticas como la Secretaría Técnica del Plan Toda una Vida encargada del monitoreo de Misión Ternura; y el Ministerio de Salud Pública del Ecuador encargada de la provisión de los servicios descritos dentro de la Misión.
- Limitada presencia de funcionarios de la Secretaría Técnica Plan Toda una Vida en territorio para la coordinación interinstitucional y con actores locales, partiendo de que Misión Ternura fue una de las siete intervenciones aprobadas en el seno del VI Comité Interinstitucional del Plan Toda una Vida el 28 de noviembre del 2018.
- Las problemáticas de asignación presupuestaria al Ministerio de Salud, que se originaron por la coyuntura sanitaria, produjeron disminución de talento humano, así como en el desabastecimiento de insumos necesarios para la prestación de los servicios a la población objetivo. Algunas de ellas fueron la vacuna pentavalente, neumococo y rotavirus. Además, existió la proyección de posible desabastecimiento de hierro más ácido fólico, vitamina A, hierro, multivitaminas y minerales en polvo, poniendo en riesgo la intervención.

---

<sup>10</sup> ENDI 2022-2023.



- Si bien Misión Ternura reconocía la importancia de la prevención de la DCI, las acciones descritas en los bienes y servicios iban más allá de atender la problemática y la población de cero a dos años, lo cual ampliaba el espectro de atención sin mayor incidencia directa en la DCI.

### **Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil - ENECSDI (2021- actualidad)**

Al final del periodo de gestión del ex presidente Lenin Moreno, la Secretaría Técnica del Plan Toda una Vida centra su atención en focalizar, dentro de Misión Ternura, la atención objetiva de la DCI. Fruto de ello, a través del Decreto 1211, el presidente Lenin Moreno creó la Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil con el objetivo de prevenir la DCI y reducir su prevalencia en niños y niñas menores de 24 meses de edad, conforme a los objetivos planteados en la agenda 2030.

Para ello, interinstitucionalmente se define el paquete priorizado de bienes y servicios que incluye vacunas, controles prenatales y control del niño sano, protección social y la importancia del desarrollo infantil a través de los servicios de desarrollo infantil. La Estrategia también propone el diseño y asignación de Presupuestos por Resultados y la creación de una operación estadística por parte del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) de manera anual, a fin de solventar la necesidad de realizar un seguimiento adecuado a los programas y estrategias de nutrición, lo cual ha sido una limitante constante en las políticas implementadas desde el 2009.

Las instituciones encargadas de entregar el paquete priorizado son el Registro Civil, el Ministerio de Inclusión Económica y Social, el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Educación, quienes también alimentan con información a una plataforma intersectorial para la realización del Seguimiento Nominal.

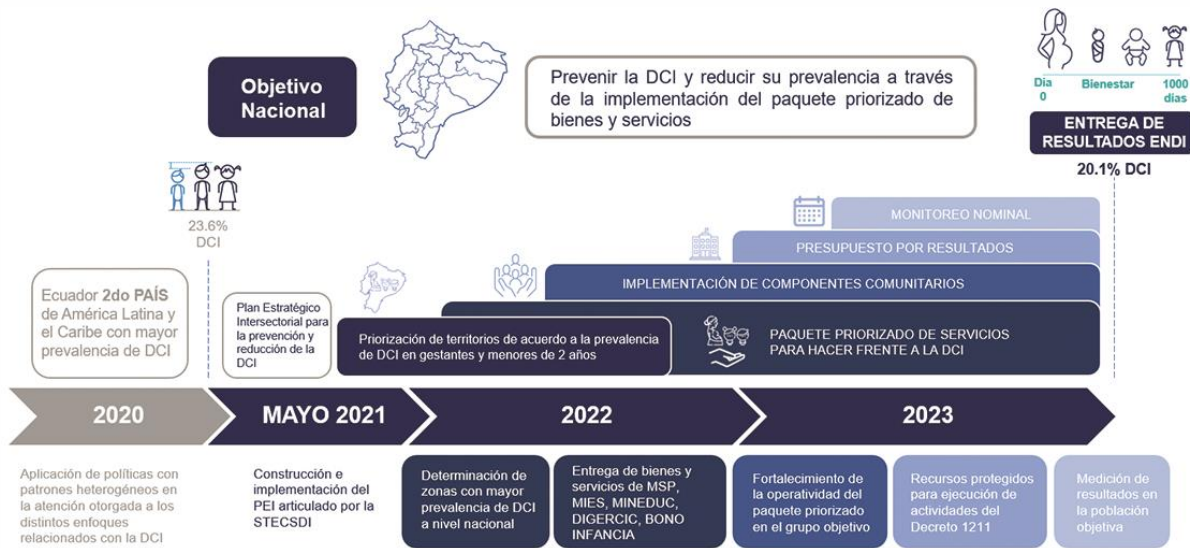
A estas instituciones se suman el Ministerio de Telecomunicaciones, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, la entidad a cargo del Registro de Datos Públicos, Ministerio de Economía y Finanzas, la red privada de prestadores de salud y la Secretaría Nacional de Planificación, como corresponsables de la implementación de la Estrategia.

La Estrategia pasó en 2021 a la gestión del presidente Guillermo Lasso, quien transformó la Secretaría Técnica del Plan Toda una Vida (STPTV) en la Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil (STECSDI). La nueva institución prioriza la atención a niños y niñas con DCI menores de dos años y se encarga de coordinar la articulación intersectorial y el relacionamiento con actores territoriales, sociedad civil, academia, sector privado y cooperación internacional. También fue responsable de elaborar el Plan Estratégico para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil, pasando de ser una instancia de seguimiento a las políticas nacionales (como en el caso de la STPTV), a ser una entidad coordinadora y articuladora de políticas que tienen que ver exclusivamente con la DCI. La meta del gobierno de Lasso es reducir en seis puntos la DCI hasta el 2025.





**Ilustración 4: Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil**



Elaboración: Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil

En el marco de la Estrategia se conformó un Comité Intersectorial, en el que participan 13 entidades de la función Ejecutiva y se definen directrices de trabajo nacionales. El Comité es liderado e impulsado por el Presidente de la República, lo cual refleja el compromiso de abordar la DCI desde el más alto nivel del gobierno. En reuniones mensuales se realizan actividades de coordinación, seguimiento de compromisos y rendición de cuentas de las instituciones encargadas de la implementación de la Estrategia.

También se creó el Consejo Consultivo, como un órgano colegiado autónomo, que constituye un espacio de consulta, diálogo y articulación de acciones. Esta instancia tiene por objetivo monitorear la implementación de la Estrategia, y está compuesto por 19 miembros permanentes de la sociedad civil, academia, cooperación internacional y el sector privado.

A nivel territorial, se han activado mesas de trabajo con los GAD, lideradas por sus respectivos alcaldes, cuya finalidad es la de aportar en el acceso a bienes y servicios por parte de la población objetiva a través de dos estrategias fundamentales: cambio de comportamiento y articulación territorial. Ambas se operativizan en las mesas intersectoriales cantonales (MIC). Mediante el acceso a la información nominal que brinda el Sistema Unificado y Universal de Seguimiento Nominal (Suusen), las instituciones que forman parte de las mesas identifican brechas y acciones de mejora.

Es importante resaltar que uno de los hitos de la Estrategia es que por primera vez el país cuenta con un sistema interconectado con cerca de 20 bases de datos de seis instituciones del gobierno. La plataforma pasó a disponer la integración intersectorial de registros administrativos a nivel nominal de, aproximadamente, un millón de mujeres embarazadas, niñas y niños menores de 24 meses, a un sistema que permite hacer seguimiento y monitoreo a la política pública a través de indicadores de gestión y resultados, que son de dominio público y pueden ser monitoreados por toda la ciudadanía. Además, se



generan alertas de la necesidad de la prestación de servicios según corresponda a los ministerios ejecutores, las mismas que se derivan en atenciones efectivas generando captación temprana e intervenciones oportunas.

Otra de las acciones desarrolladas fue la realización de la Primera Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil (ENDI), para monitorear avances en la prevención y reducción de la DCI. La encuesta debe realizarse de manera anual y permite verificar el cumplimiento de los indicadores y metas de política pública. La primera encuesta arrojó un resultado alentador sobre la desnutrición crónica en menores de dos años, que tuvo una reducción de 3,5 p.p., alcanzando 20,1% en el 2023. Aquello demuestra que, con voluntad política, un plan de acción conjunto y la articulación de esfuerzos de distintos actores es posible caminar hacia un Ecuador sin desnutrición crónica infantil.

También se ha establecido una política de calidad de gasto para las instituciones nacionales mediante el Presupuesto por Resultados. Aquellas instituciones tienen que considerar aspectos como padrón nominal, insumos y costos para brindar las atenciones en sus puntos de atención. Esto permite planificar los presupuestos de manera más certera con base en la realidad específica de las localidades y a la cantidad de atenciones realizadas.

El reto como Estado es el de garantizar que la atención que requiere la primera infancia, con énfasis en los primeros 1.000 días de vida, continúe siendo una política sostenida, con recursos, insumos, equipos y personal suficiente que ejecute acciones basadas en evidencia. Pese a que los primeros resultados son satisfactorios, se requiere del compromiso de los futuros gobiernos y de la multiplicidad de actores debe ser, el no dejar a nadie atrás y garantizar un adecuado comienzo de la vida para contar con generaciones exitosas.

### 2.3 Análisis del paquete priorizado propuesto de la ENECSDI

El análisis previo realizado de las políticas, estrategias y planes implementados entre del 2009 al 2023 para enfrentar la desnutrición crónica infantil, revela patrones heterogéneos en la atención otorgada y en la sostenibilidad de las intervenciones; la evolución de las políticas para combatir la DCI en Ecuador, muestran un progreso significativo en su abordaje a lo largo del tiempo.

La deficiencia de crecimiento lineal comienza durante el embarazo y continúa hasta aproximadamente los 24 meses de edad, y este déficit de crecimiento lineal no se recupera. Por lo tanto, las posibilidades de lograr un crecimiento adecuado más adelante en la infancia son mínimas, en consecuencia a esta premisa mediante Decreto Ejecutivo No. 1211 de fecha 15 de diciembre de 2020, se aprueba la Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil (ENECSDI) con el objetivo de prevenir la desnutrición crónica infantil y reducir su prevalencia en menores de dos años de edad, a través de la implementación del denominado paquete priorizado<sup>11</sup> de bienes y servicios que será monitoreado nominalmente y para su

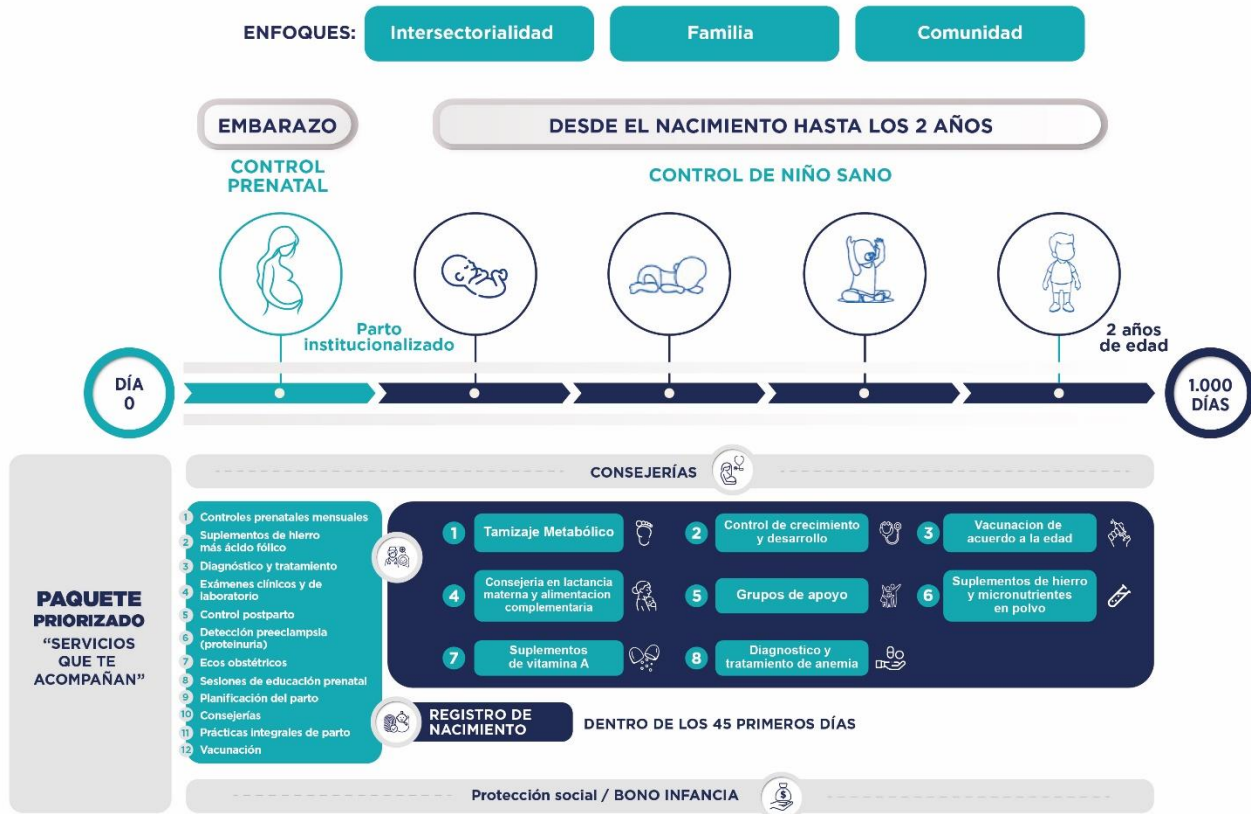
---

<sup>11</sup> El artículo 2 del Decreto 1211 detalla las prestaciones correspondientes al paquete priorizado.



consecución la asignación presupuestaria se garantizará con la aplicación de la metodología de presupuesto por resultados, en la misma línea establece la obligatoriedad en la medición de la prevalencia de DCI mediante una operación estadística por muestreo y de forma anual que está a cargo del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

Ilustración 5: Paquete priorizado de bienes y servicios



Elaboración: Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil

La Estrategia se fundamentó en la experiencia internacional, pero sobre todo del aprendizaje del vecino país Perú; un aspecto fundamental de la ENECSDI es la entrega de un solo paquete priorizado de manera completa y oportuna, con un enfoque en los primeros 1.000 días, es decir evitar entregar servicios de manera dispersa y que se enfoquen desde la concepción hasta los primeros dos años de vida del infante.

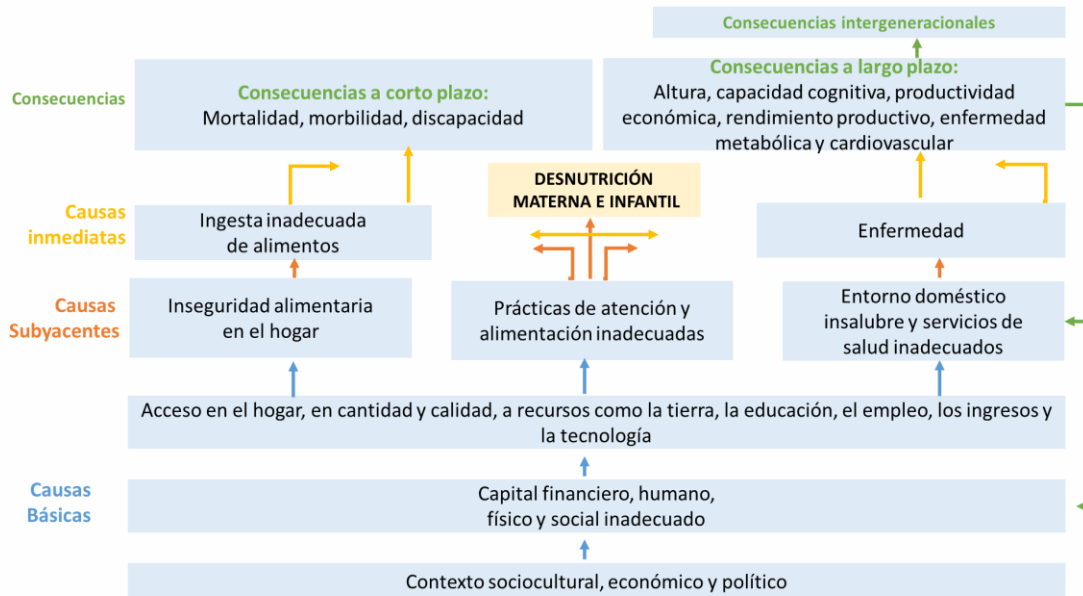
Considerando el marco conceptual de los determinantes de la desnutrición materna e infantil, basado en el marco de la Unicef de 1990 (Gráfico 1) se identifican tres tipos de causas o determinantes principales: las inmediatas, subyacentes y básicas. Las causas básicas en la desnutrición infantil se relacionan al contexto sociocultural, económico y político de la persona. Así mismo, se destaca la importancia del capital que se le asigne, siendo este financiero, humano, físico y social.



Es importante señalar que, dentro de las causas básicas para la desnutrición, se considera también el acceso en el hogar, en cantidad y calidad, a recursos como a la tierra, la educación, el empleo, los ingresos y la tecnología. Por otro lado, las causas subyacentes de la desnutrición se centran en tres grandes grupos: la inseguridad alimentaria en el hogar, las prácticas de atención y alimentación inadecuadas, el entorno doméstico insalubre y los servicios de salud inadecuados.

Finalmente, se identifican las causas inmediatas, que son la ingesta inadecuada de alimentos y la enfermedad.

Gráfico 1: Los determinantes de la desnutrición materna e infantil



La flecha negra 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, (Mejorar la nutrición infantil: El imperativo para el progreso mundial que es posible lograr, 2013)

Ahora bien, definido lo que determina a la desnutrición crónica infantil, la Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil, propone la entrega a la población objetivo de un paquete priorizado de bienes y servicios de manera completa y oportuna, para esto consideró los determinantes a abordarse con el paquete priorizado con base en múltiples evidencias científicas (Fenske et al., 2013); para plantear las intervenciones que permitirán mejorar la salud materno infantil y con esto prevenir y reducir la desnutrición crónica infantil.

El paquete priorizado incluye siete componentes: esquema de vacunación completo y oportuno, control prenatal, control del niño sano, inscripción temprana de nacimiento, acceso a servicios de desarrollo infantil integral, sesiones de educación con consejería en prácticas saludables y de cuidado y prevención del embarazo adolescente.

En los siguientes puntos de esta sección se abordará cómo estos factores causales o determinantes afectan el estado nutricional de los niños y niñas, y qué tan grave puede ser su efecto para comprender la importancia del acceso al paquete priorizado.



## 1) Esquema de vacunación completo y oportuno



Fotografía: Ministerio de Salud Pública

El esquema de vacunas es importante para mantener un adecuado estado de salud de los niños y por ende de su crecimiento. Pero en esta sección se priorizan a dos vacunas: (i) vacuna contra el rotavirus, y (ii) vacuna contra el neumococo; por sus efectos positivos en la prevención de enfermedades relacionadas al estado nutricional de las niñas y niños.

Existen muchas enfermedades infecciosas, pero la enfermedad diarreica aguda y la infección respiratoria aguda son las que tienen mayores efectos negativos en el estado nutricional de los niños durante los primeros dos años de vida. Los niños con enfermedades infecciosas tienen un crecimiento inadecuado (y a medida que el número episodios de infecciones se presentan, la brecha de crecimiento se hace más grande).

Cada episodio de diarrea afecta el crecimiento adecuado de los niños y niñas, mientras mayor sea el número de episodios de diarrea o tengan más días de duración, entonces el retardo en el crecimiento de los niños es mayor y por lo tanto tienen mayor riesgo de presentar desnutrición crónica infantil (Checkley et al., 2008). Se ha encontrado que la vacunación contra el rotavirus (RV1 y RV5) previene entre el 57% al 87% de los casos de diarrea por rotavirus en niños menores de un año de edad. Recibir la primera dosis de la vacuna a las seis semanas de edad o entre las 10 u 11 semanas tiene efectos similares en la prevención de diarrea grave por rotavirus durante los dos años siguientes a la vacunación (Soares-Weiser et al., 2012).

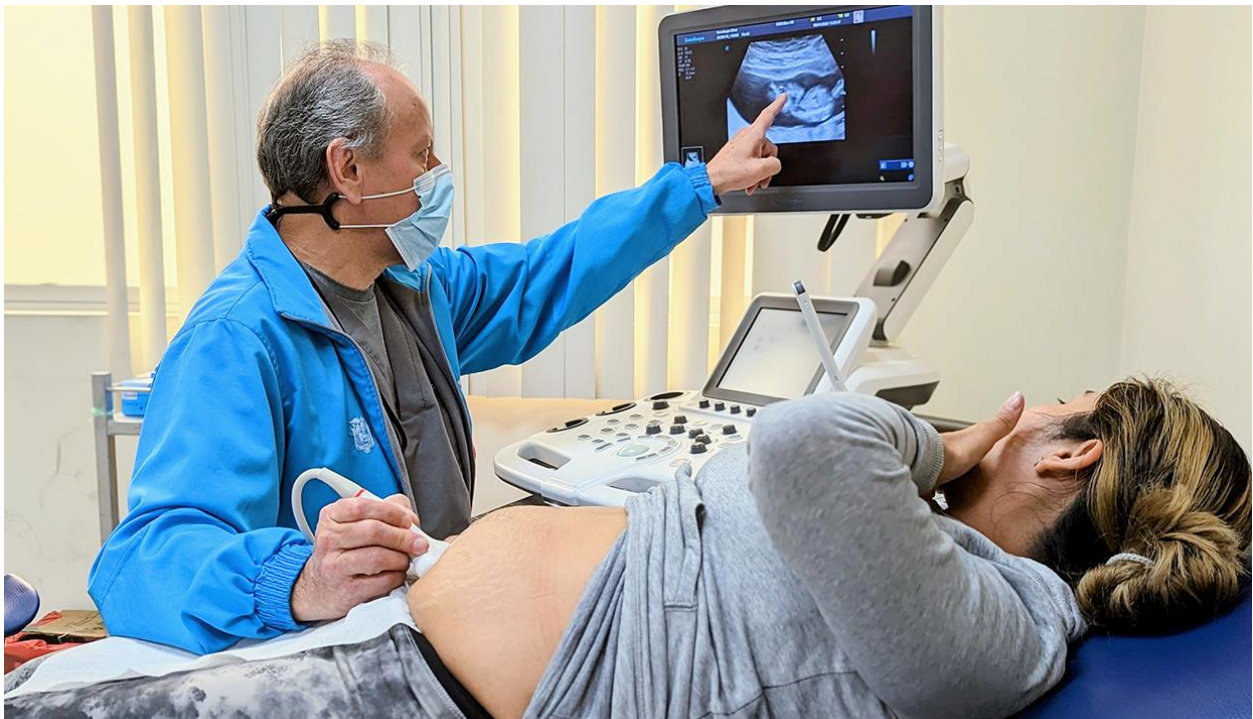


En teoría, todas las infecciones que el niño adquiere durante los dos primeros años de vida afectan su crecimiento. Sin embargo, en cuanto a las infecciones respiratorias agudas, un estudio ha demostrado que aquellos niños que a la edad de dos meses son portadores (no enfermos) de una bacteria llamada *streptococcus pneumoniae* tienen más riesgo de presentar desnutrición crónica infantil. Porque en ellos se observó que a los seis meses los niños: pesaban en promedio 266 gramos menos y medían en promedio 1.31 centímetros menos (Coles et al, 2012).

En el año 2000 en Estados Unidos se introdujo la vacuna contra el neumococo (PCV7) y el número de hospitalizaciones por casos de neumonía, empezó a disminuir tanto en infantes como en adultos. Los casos de hospitalización por neumonía se redujeron en 43.2% (95%CI, 34.9-51.6%) entre los niños menores de dos años; también hubo reducción de hospitalizaciones entre niños de dos a cuatro años (Griffin, 2013).

Por tanto, asegurar la entrega completa del esquema de vacunación en menores de 24 meses favorece a disminuir la aparición de casos de enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas, así como la severidad y la duración de cada episodio.

## 2) Control prenatal



Fotografía: Ministerio de Salud Pública



El control prenatal es el conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Guía de Práctica Clínica, 2016); el control prenatal incluye prescripción de hierro más ácido fólico, planificación del parto, valoración de hemoglobina, exámenes de laboratorio, ecos obstétricos, sesiones de consejería.

Los servicios entregados a la madre en el control prenatal conforme lo mencionado efectivamente reducen el riesgo de que un niño presente bajo peso al nacer, anemia o prematuridad.

Se recomienda que las gestantes consuman suplementos de hierro y ácido fólico desde el primer trimestre de embarazo hasta el parto para prevenir defectos en el desarrollo del tubo neural de los niños, y que los recién nacidos tengan mayores niveles de hemoglobina y ferritina (reservas de hierro). La suplementación conjunta de hierro más ácido fólico tiene efectos positivos en el peso del recién nacido (22.4 g. más), menor riesgo de bajo peso al nacer y menos riesgo de que el recién nacido sea pequeño para su edad gestacional (Shrimpton, 2009).

La deficiencia de hierro y la anemia en las mujeres embarazadas tienen múltiples efectos. Las gestantes que presentaron anemia moderada o severa durante el primer trimestre de embarazo, tuvieron con mayor frecuencia a bebés prematuros o con bajo peso. También encontraron recién nacidos con bajo peso al nacer cuando las madres habían presentado anemia durante el segundo trimestre de embarazo. Y, a mayor concentración de hierro en sangre de las madres, se observa que sus bebés tienen mayor peso al nacer (Hider et al., 2013; Sukrat et al., 2009).

En la misma línea se ha observado que niños prematuros entre las 34 y 36 semanas de gestación presentan mayor frecuencia de desnutrición crónica a los 12 y 24 meses (Santos et al., 2016).

### **3) Control del niño sano**

Conforme lo establece el Manual de atención Integral de la niñez del Ministerio de Salud Pública el control de niño sano tiene la finalidad de evaluar de forma cercana el crecimiento y desarrollo, especialmente durante los dos primeros años de vida, promoviendo un ambiente seguro. La promoción de la salud, la prevención de enfermedades conjuntamente con el control de crecimiento y desarrollo han demostrado tener un impacto positivo si se aplican siempre dentro de los controles planificados por grupo etario. (MSP, 2018).

El control del niño sano incluye prácticas integradas a la atención al parto, tamizaje metabólico, control de crecimiento, valoraciones de hemoglobina, sesiones de consejería en lactancia materna exclusiva, sesiones de consejería en lactancia materna continua y alimentación complementaria, suplementación preventiva con hierro y micronutrientes en menores de 24 meses y megadosis de vitamina A.



Por tanto, durante el control del niño sano el personal de salud prescribe suplementos de hierro y micronutrientes. Para prevenir la deficiencia de hierro y la anemia, la Organización Mundial Social, OMS, (2016) recomienda que los niños reciben suplementación con multimicronutrientes en polvo a partir de los seis meses de edad. En lugares donde la prevalencia de anemia en niños menores de dos a cinco años es superior al 20%, la dosis recomendada para niños de seis a 23 meses de edad es de 10 a 12.5 mg de hierro elemental por día, además de 300 ug de Retinol y 5 mg de Zinc elemental. La meta es que el niño o niña consuma 90 dosis (sobres) en un periodo de seis meses. Se ha observado que los niños menores de 24 meses que consumieron multimicronutrientes en las dosis recomendadas y al menos por un periodo de dos meses seguidos presentaron menor número de casos de anemia y de deficiencia de hierro (OMS, 2011).



Fotografía: Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil

En los últimos 10 años se ha introducido la suplementación de zinc para tratar y prevenir la diarrea. Una experiencia con niños desnutridos con antecedentes previos de diarrea aguda o persistente que recibieron suplementación mostraron una reducción del riesgo de presentar diarrea persistente y disentería en niños menores de cinco años (Bhutta et al., 2008). Otro grupo de experiencias mostró que la suplementación oral con zinc en niños mayores de seis meses tiene efectos positivos sobre la diarrea aguda o persistente (Lazzerini y Wanzira, 2008), al reducir la duración del episodio entre 16 a 27 horas menos.

Durante el control del niño sano las madres tienen la oportunidad de formar parte de los grupos de apoyo a la lactancia materna, las consejerías sobre lactancia materna exclusiva tienen mayor efecto si van acompañadas de grupos de apoyo madre-madre tras el alta. Madres afiliadas a la Liga de la Leche tenían





más probabilidades que las no afiliadas de dar el pecho a demanda en el hospital (60% vs 29%) y de retrasar la introducción de la alimentación complementaria hasta los 4 o 6 meses [87 vs 31%] (OMS, 1998).

La lactancia materna es una práctica que beneficia a los niños en múltiples formas. La OMS (Horta et al., 2007), la Academia Americana de Pediatría (2022; Greer et al., 2008) y otros comités científicos (Agostoni et al., 2009; European Food Safety Authority, 2009; Scientific Advisory Committee on Nutrition, 2011, concluyeron que la Lactancia Materna (LM) y el consumo de la leche humana otorgan beneficios nutricionales y no nutricionales únicos al niño y a la madre. Estas organizaciones recomiendan: Lactancia Materna Exclusiva (LME) por seis meses y continuar con lactancia materna hasta los dos años de edad como complemento de la ingesta de alimentos.

Las consejerías brindadas sobre alimentación complementaria son clave en la prevención de la DCI, entre los seis a 12 meses de vida, es el periodo de alimentación complementaria durante el cual se pasa de la LME hasta el consumo de alimentos sólidos. Si la alimentación es de inadecuada calidad durante este periodo, entonces, los niños están expuestos a un crecimiento inadecuado (Lutter y Rivera, 2011). Los niños que inician tardíamente (de los 10 meses en adelante) su alimentación complementaria en el futuro podrá presentar mayores dificultades para ser alimentados, porque consumirán una menor variedad de alimentos, y tendrán mayores dificultades para integrarse a la alimentación familiar cuando cumplan 15 meses de edad (Northstone et al., 2001).

#### 4) Inscripción temprana de nacimiento



Fotografía: Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil



La inscripción de los recién nacidos radica dentro de sus primeros 45 días de vida se constituye en ser la puerta de entrada a derechos esenciales, empezando por el derecho a la identidad, es fundamental para asegurar el acceso oportuno a servicios de salud y protección social en la primera infancia, conforme lo indica la Estrategia y Plan de acción para la reducción de la desnutrición crónica del Perú el fomento de la inscripción de todo recién nacido junto con el incremento de la cobertura de los servicios de salud, el programa de alfabetización, entre otros hizo posible lograr la reducción en zonas rurales de la desnutrición crónica en más de 5 p.p. (OPS, 2010).

## 5) Servicios de desarrollo infantil integral



Fotografía: Ministerio de Inclusión Económica y Social

Los servicios de desarrollo infantil integral (SDII): Creciendo con Nuestro Hijos y Centros de Desarrollo Infantil, contribuyen al desarrollo armónico de las capacidades, habilidades, promoviendo aprendizajes a través de la explotación de ambientes estimuladores y seguros, con atenciones oportunas que propician interacciones positivas que inciden directamente en el desarrollo integral de niñas y niños.<sup>12</sup>

Los CDI son unidades de atención que se sustentan en la protección integral de niñas y niños de uno a tres años de edad a través de la atención y cuidado diario, con actividades de juego y aprendizaje, acciones de salud, nutrición y entrega de alimentación. Asimismo, CNH orienta a las familias con niñas, niños de cero a tres años de edad y gestantes, en: atención receptiva, estimulación prenatal, espacio de juego y aprendizaje, entornos protectores, salud y nutrición para una libre expresión de emociones; en este

---

<sup>12</sup> Norma Técnica del Servicio de Centros de Desarrollo Infantil CDI y Norma Técnica del Servicio de Atención Familiar Creciendo con Nuestros Hijos CNH.



servicio, la educadora o educador realiza las consejerías familiares una vez a la semana; las familias y gestantes aplican las orientaciones en la cotidianidad de su vida familiar.

Los SDII son un componente que demarca la eficacia respecto al planteamiento del paquete priorizado, debido a que si la calidad de los cuidados que ofrecen los educadores, cuidadores de niños, padres o las personas que se hacen cargo de estas tareas es alta, el crecimiento de los niños se acelera, especialmente en el plano cognitivo, cuando es baja sucede lo contrario (Belsky, 2006).

las prácticas de crianza están fuertemente influenciadas por aspectos del ambiente inmediato, así como del sistema de creencias, actitudes y tradiciones de la familia, Ruel y Menon (2002) han encontrado una asociación reveladora y positiva entre prácticas de crianza y estado nutricional, específicamente en edades tempranas, lo que propende a indicar que cuando las acciones de los cuidadores en cuanto a satisfacer las necesidades del niño son insuficientes, puede presentarse consecuencias negativas en el crecimiento. Los cuidadores de niños con DCI suelen ser menos responsivos, pocos hábiles e inconsistentes para detectar las necesidades básicas del niño (Cortes et. al, 2006).

#### **6) Sesiones de educación, consejería en prácticas saludables y de cuidado**



Fotografía: Ministerio de Inclusión Económica y Social

En función a lo establecido en el Decreto Nro. 1211 el Ministerio de Inclusión Económica y Social se encarga de brindar sesiones de educación familiar prenatal y neonatal, a los beneficiarios de los servicios CDI y CNH, dentro de las múltiples prácticas saludables de cuidado de los niños se han priorizado: el lavado de manos, la higiene alimentaria, lactancia materna, y consumo de agua segura.



Es reconocido a nivel internacional (OMS, OPS, Unicef) que los momentos críticos para el lavado de manos con jabón son los siguientes: después de usar el baño, después de limpiar las heces de un niño o niñas (o después de cualquier otro contacto con excretas humanas, incluidas las de bebés, niños y niñas), y antes de manipular alimentos. La consejería para promover el lavado de manos también ha tenido experiencias exitosas porque el riesgo de contraer diarrea y reduce el gasto en salud (Curtis y Cairncross, 2003).

El lavado de manos se convierte en un factor importante porque está relacionado con la prevención de la enfermedad diarreica aguda; en especial entre los niños menores de 24 meses. Cuando las personas encargadas el cuidado de los niños se lavan las manos entonces la frecuencia de casos de diarrea disminuyen un tercio (Ejemot-Nwandiario et al., 2008), pero cuando el lavado de manos está ausente entonces se incrementa el riesgo de que los niños presenten episodios de diarrea (Curtis y Cairncross, 2003).

Disponer de los servicios de agua, saneamiento e higiene tiene efectos positivos comprobados en la reducción de la diarrea y la infección por algunos parásitos (Fewtrell et al., 2005; Strunz et al., 2014). Algunas experiencias sugieren que la talla de los niños es mejor cuando existe acceso servicios mejorados de agua, saneamiento e higiene (Lin et al, 2013; Daniels et al, 1991; Fink et al., 2011; García et al., 2013; Masibo y Makoka, 2012; Merchant et al., 2003; Spears et al., 2013).

## 7) Prevención del embarazo adolescente



Fotografía: Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil

Los embarazos tempranos juegan un papel importante en el retraso del crecimiento, debido a las demandas competitivas para el desarrollo puberal de las madres jóvenes y el crecimiento del feto. Esto conduce a una mayor división de la nutrición, lo que compromete el desarrollo tanto de la gestante como



de su hijo o hija. Un embarazo repetido en la adolescencia agrava este mecanismo a través de un mayor agotamiento de las reservas nutricionales. Esto puede dar lugar a nacimientos prematuros, complicaciones maternas y bajo peso al nacer, que a su vez son factores de riesgo para el retraso del crecimiento de la descendencia (Das JK, Salam RA, Thornburg KL, 2017).

Estudios respaldan el embarazo adolescente como factor de riesgo para la DCI. Una investigación realizada en más de 4,000 díadas madre-niño o madre-niña en Brasil, se demostró que el embarazo adolescente junto con la falta de pareja de la gestante incrementa hasta tres veces el riesgo de tener un niño o niña con bajo peso al nacer (Guimarães AM1, 2013).

## 2.4 Plan Estratégico Intersectorial

Ilustración 6: Actores Plan estratégico intersectorial para la prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil



Elaboración: Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil

La Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil en el marco de sus competencias estatutarias cuyo énfasis es la coordinación y articulación interinstitucional, elaboró, en conjunto con instituciones del Estado, organismos internacionales y organizaciones de la sociedad civil, el Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil (PEIPRDCI), documento operativo donde se marca las acciones interinstitucionales que, conforme la evidencia, coadyuvan a la prevención y reducción de la DCI.

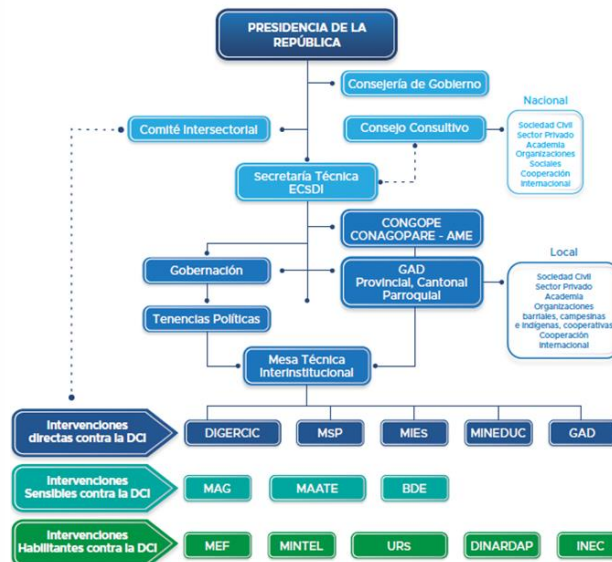
El mencionado documento, fue presentado en el seno del Comité Intersectorial para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil, al Presidente de la república y a los miembros de dicho espacio colegiado a fin de avalar la implementación del mismo.



Conforme las estrategias y tácticas para la prevención y reducción de la DCI establecidas en el Plan estratégico intersectorial, se identificaron los proyectos / acciones estratégicas a ejecutar a partir del año 2021. Dichas acciones descritas en cada eje responden a tres fases ordenadas en función de su prioridad de ejecución hasta el 2025. Sin embargo, es propicio relevar que en el proceso de operatividad del Plan existieron factores positivos como la voluntad política y el compromiso interinstitucional que permitieron avanzar paralelamente en proyectos o acciones con distinto nivel de prioridad. Así mismo, en la operatividad se identificaron algunos limitantes y nuevas perspectivas de política pública que determinaron la reconceptualización de actividades que, si bien no se modificó la esencia del proyecto o acción, fueron reajustados a las necesidades y coyuntura actual.

El Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil considera dos finalidades; a nivel prospectivo, generar las condiciones necesarias en distintos niveles de gobernanza que permita prevenir y reducir la DCI en el país mediante la implementación de una política pública que trascienda las decisiones de gobierno y se constituya en una política de estado y a nivel de proceso se busca impulsar la coordinación interinstitucional a fin de proveer completa y oportunamente a cada madre gestante e infante de cero a dos años, el paquete básico y priorizado, dicho rol de gobernanza asignado a la STECSDI se muestra en el siguiente gráfico:

Gráfico 2: Actores instancias y niveles de la ENECSDI



Fuente: Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la DCI, 2021

El Plan se conforma por seis ejes estratégicos y dentro de cada uno se identifican proyectos o acciones de mejora que, conforme la evidencia, su operatividad permitirá incidir en la reducción de la DCI; estos ejes son:



### **1) Generación de entorno habilitador**

Se concibe como entorno habilitador al conjunto de circunstancias, factores sociales, culturales o económicos que rodean a una persona o colectividad y que influyen en su desarrollo; su configuración es dinámica y por tanto cambiante, por cuanto existe la influencia de las políticas públicas, el contexto económico, tecnológico, político y social. Para la operatividad del Plan estratégico, el entorno habilitador se traduce en las condiciones necesarias de gobernanza de base que deben instaurarse afín de alcanzar el objetivo esperado.

Considerando los efectos deseables de la realidad futura descritos en el Plan Estratégico, la gobernanza institucional permitiría la sostenibilidad de la ENECSDI, para alcanzar la misma, se requiere definir e implementar un marco normativo que sitúe a la primera infancia como sujetos garantes de derechos, a los cuales el Estado ecuatoriano debe proteger, volcando sus esfuerzos para potenciar ambientes saludables, protectores, libres de cualquier factor económico y social que menoscabe el desarrollo integral de los infantes. De igual forma, el presente eje se orienta hacia la consolidación de relaciones horizontales entre los actores de la sociedad civil, academia, organismos internacionales, banca multilateral e instituciones del estado en sus distintos niveles de gestión, para recoger criterios técnicos, basados en la evidencia que sumen en la definición normativa y de política pública.

### **2) Movilización de recursos financieros**

Si bien el país contó con periodos de gobierno caracterizados por ingresos fiscales suficientes para abordar la DCI; la evidencia demuestra que los recursos asignados a las distintas estrategias nutricionales implementadas, no se focalizaron adecuadamente en comunidades en situación de pobreza, en brindar atenciones oportunas en los primeros dos años de vida y sobre todo, no se aseguró que se invierta de forma oportuna en la dotación de insumos para brindar una atención eficiente (Banco Mundial, 2018). De igual forma, falló la asignación de incentivos financieros a manera de recompensa cuando se ejecuta el presupuesto de manera oportuna y eficientemente y la definición de incentivos monetarios hacia las familias, a través de bonos condicionados al cumplimiento de compromisos adquiridos.

Considerando la evidencia existente respecto a las limitaciones citadas, el Plan estratégico considera a la movilización de recursos como un factor determinante para la sostenibilidad de la estrategia, es así que, el presente eje estratégico se orienta a la identificación y propuestas de mecanismos de financiamiento que posibiliten la entrega oportuna y suficiente de bienes y servicios hacia la población objetivo de atención, considerando la eficacia en la asignación de recursos y la eficiencia en el gasto.

### **3) Articulación territorial**

La articulación territorial parte de considerar al territorio como una construcción social de carácter multidimensional y dinámico (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2013) lo cual conlleva a repensar la coordinación entre los distintos niveles de gobierno bajo una mirada integradora, horizontal



y plural a fin de identificar, diferenciar, priorizar y focalizar los esfuerzos de la acción pública en función de las realidades territoriales y las capacidades institucionales a fin de consolidar procesos sostenidos que aborden estructuralmente las problemáticas locales con impacto nacional.

Para alcanzar dicho fin se requiere de la convergencia de los distintos actores sociales bajo una relación armónica que posibilite partir de conceptos y necesidades comunes, lo cual se traduciría en planes programas o proyectos que respondan a los objetivos locales y nacionales.

Una de las prioridades nacionales es mejorar las condiciones de vida de niños, niñas y gestantes bajo la garantía de derechos a un adecuado inicio de la vida, a la protección prenatal, postnatal, educación y bienestar social. La prevención y reducción de la DCI está supeditada al abordaje eficiente de sus factores causales, entre ellos las capacidades o recursos con los que cuentan las familias, el acceso continuo a agua potable y saneamiento, el acceso a los servicios de salud, programas de desarrollo infantil y educación, entre otros. Su abordaje demanda de una gestión participativa que permita el acceso universal e interconectado a los servicios públicos indispensables para una vida digna, bajo el principio de equidad y pertinencia territorial. (Secretaría Nacional de Planificación, 2023).

Considerando las experiencias de programas anteriores, a pesar de la aparente estabilidad que tuvo el país; uno de los obstáculos que limitó el avance en las políticas de prevención y reducción de la DCI fue el lograr un adecuado engranaje entre los ministerios, partiendo del esfuerzo intersectorial y de la descentralización de las acciones; sin embargo, dicha coordinación demoró mucho en concretarse (Banco Mundial, 2018).

#### **4) Gestión de la información**

La gestión de la información implica reconocer el ciclo de vida completo de la información, el cual se configura desde la recopilación, almacenamiento, seguridad, mantenimiento, evaluación y presentación de los datos en un determinado contexto, controlando su calidad de manera que esta sea veraz, oportuna, significativa, exacta y útil (Vidal & Araña, 2012).

El manejo de información oportuna y de calidad permite identificar potenciales desafíos en cuanto a las atenciones que se requieren brindar mediante un bien o servicio, posibilitando mejorar las intervenciones. De acuerdo con el Banco Mundial, durante el periodo 2007-2017 no se previó la importancia de mantener un constante monitoreo respecto al resultado de la aplicación de las estrategias diseñadas, faltando información para contrastar la eficiencia de las mismas. No había encuestas nacionales sobre la problemática, los datos administrativos no eran muy consistentes (Banco Mundial, 2018).

#### **5) Talento humano y mejora de la gestión institucional en el punto de atención**

Para Eslava (2004), gestionar el talento humano implica asumir un enfoque estratégico de dirección, a través de un conjunto de acciones dirigidas a disponer en todo momento del nivel de conocimiento,





capacidades y habilidades en la obtención de los resultados necesarios para responder con eficiencia en el entorno actual y futuro. Las personas se constituyen en el activo más importante para el funcionamiento eficaz de una institución (Koontz & Weihrich, 2004); frente a ello, garantizar talento humano sensibilizado, comprometido y técnicamente eficiente, permitirá avanzar en la atención oportuna y de calidad de mujeres gestantes y niños y niñas menores de dos años.

Una de las limitaciones que presentaban los programas implementados en el país, fue la sobrestimación de las capacidades institucionales que el país tenía, dejando de lado la inversión en la capacidad institucional para mejorar la gobernanza (Banco Mundial, 2018). A fin de abordar dicha problemática, el gobierno nacional determinó como proceso estructural el fortalecimiento del talento humano, mediante la incorporación de nuevo personal dentro de los servicios de salud y el fortalecimiento de capacidades del personal encargado de la entrega de bienes y servicios.

## **6) Corresponsabilidad y transparencia**

Mantener un espacio de participación de los distintos sectores de la ciudadanía en la gestión pública, implica un proceso de construcción social de las políticas públicas. Es un derecho, una responsabilidad y un complemento de los mecanismos tradicionales de representación política. Es vital el desarrollo de un modelo participativo para identificar las demandas de la población que permita involucrar al ciudadano en la toma de decisiones de los aspectos de interés social. Por tanto, el Estado debe promover un proceso dinámico que se adapte a la realidad territorial y poblacional.

En este sentido, es un equívoco asumir que todo el devenir social dependa únicamente del esfuerzo del gobierno. Hay que involucrar a la sociedad y dar apertura a las actividades que estimulen la toma de conciencia. Se requieren ambientes que nutran la corresponsabilidad, es decir, convivencias traducidas en iniciativas y obligaciones dirigidas a sostener digna y colectivamente los asuntos públicos. De esta forma, en el proceso de construcción de este espacio participativo, se debe implementar un programa de educomunicación orientado a las familias, a los prestadores de servicios y a la sociedad en su conjunto; promover la actuación ciudadana desde las poblaciones más vulnerables y desde las diversidades, fortalecer los canales de representación política para mejorar la rendición de cuentas y alinear los esfuerzos de responsabilidad social de las empresas privadas y de sociedad civil en general hacia temas de la DCI.

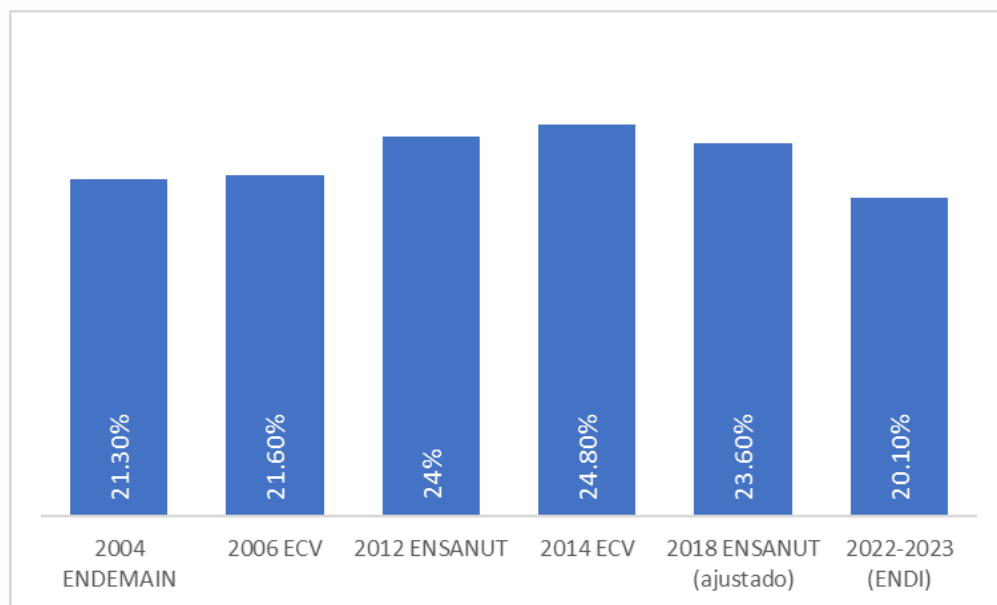


## Capítulo III: Prevalencia de la desnutrición crónica infantil (Periodo 2020-2023)

### 3.1 Evolución de la desnutrición crónica infantil, a partir de las cifras oficiales de encuestas

La desnutrición crónica infantil (DCI) entre menores de dos años ha afectado a varias generaciones de niñas y niños en Ecuador. Desde 2004, que se tiene cifras oficiales, la DCI entre menores de dos años, en lugar de reducirse, ha aumentado hasta el 2014. Es partir del 2014 que la tendencia empieza a revertirse y se registra la reducción más alta entre el periodo 2018-2022, pasando de 23,6%<sup>13</sup> a 20,1% ( Gráfico 3).

Gráfico 3: Evolución de la prevalencia de DCI entre menores de dos años a partir de encuestas nacionales



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC)

La reducción equivale a 3.5 p.p. coincide con la puesta en marcha de la ENECSDI. En términos absolutos, esto significa que anualmente 20.000 niños y niñas, que de otra manera hubiesen padecido DCI, no tuvieron que enfrentarla y se encuentran en un camino de desarrollo y crecimiento adecuado para su sexo y edad.

### 3.2 Perfil de la población con desnutrición crónica infantil a partir de registros administrativos

La DCI tiene efectos nocivos sobre la salud de las personas, uno de los más visibles es el retraso en la talla.

<sup>13</sup> La cifra de la ENSANUT 2018 originalmente fue estimada en 27,2%. No obstante, el INEC realizó una verificación de la calidad de la información de talla y peso y determinó, tras una serie de ajustes técnicos, que la cifra para el 2018 sería de 23,6% (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2023a).



Es por esto que se mide como el porcentaje de niñas y niños con retraso en talla para la edad en contraste con los estándares definidos por la OMS. La DCI es una problemática multicausal; es decir, no solo es un problema de alimentación insuficiente de manera sostenida, sino que sus raíces se encuentran en otras características individuales, familiares y comunitarias que limitan el desarrollo integral de las personas durante la infancia, afectando así su desempeño a largo plazo. Los efectos, muchas veces, son irreversibles.



Fotografía: Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil

Al ponerle rostro a la DCI, se puede enfocar acciones para prevenir que más niños y niñas deban enfrentar sus consecuencias. A partir de los registros administrativos con los que cuenta el Sistema Unificado y Universal de Seguimiento Nominal (Suusen) para la lucha contra la DCI, se puede estimar la prevalencia de DCI entre los menores de dos años y verificar su relación con varias de las características de los niños y niñas que la padecen (Tabla 1).

Antes de analizar los resultados, se debe entender de donde provienen los datos utilizados. A diferencia de una encuesta que puede captar a una muestra representativa de la población total, los registros administrativos del Suusen guardan información de aquellas personas que han recibido los servicios de las instituciones vinculadas al Suusen. La fuente de información antropométrica son las atenciones de salud brindadas por el Ministerio de Salud Pública (MSP). La población atendida por el MSP supera el



72.1% de la población de menores de dos años acorde a la ENDI 2022-2023 y capta al 79.93% de los menores de 24 meses con DCI. Consecuentemente, el dato obtenido a partir de esta fuente de información no es generalizable a toda la población nacional, sino que debe entenderse dentro de la población de referencia que es atendida por el MSP. No obstante, sus resultados pueden ayudar a entender la problemática.

Teniendo en cuenta el contexto de la fuente de información utilizada, la prevalencia de DCI entre menores de 24 meses a julio 2023 fue de 16.23% a nivel nacional (Tabla 1). Este valor se encuentra alrededor de 4 p.p. por debajo de la cifra oficial de la ENDI 2022-2023, la cual es 20.1% y 6 p.p. debajo de la prevalencia obtenida desde la ENDI para los niños atendidos por el MSP que es 22.1%. Por lo tanto, existe una subestimación de la prevalencia de DCI, más la estructura de quienes la padecen mantiene coherencia con la ENDI, así como con los demás resultados y conceptos relacionados con la DCI. Consecuentemente, se convierte en una fuente de información relevante para analizar su estructura y relación con la ejecución de la política pública enfocada en la prevención y reducción de la DCI a través de la Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil (ENECSDI).

En un primer ejercicio para ponerle rostro a la DCI, resalta que la prevalencia de DCI es mayor entre niños que niñas en alrededor de 5 p.p. (Tabla 1). En segunda instancia, a medida que los niños aumentan en edad, también aumenta la DCI, se nota un incremento de la DCI posterior a los seis meses de edad, coincidente con el fin de la lactancia materna exclusiva, aunque un aumento más grande se da incluso para el grupo de un año. Entre los menores de 24 meses atendidos por el MSP, se evidencia que la prevalencia de la DCI para los niños de un año es casi el doble que para aquellos menores de 12 meses (Tabla 1). Esto brinda una primera noción de que es fundamental que las familias cuenten con las herramientas para una adecuada transición de la lactancia materna exclusiva hacia la alimentación complementaria.

En una siguiente dimensión resalta la edad de la madre al momento del parto. Los niños y niñas cuyas madres son muy jóvenes o con edades superiores a 35 años, tienen una mayor prevalencia de DCI, siendo el grupo entre 25 y 35 años el que menor prevalencia presenta, resaltando la importancia de una maternidad planificada.

Sin mayor sorpresa, a medida que el nivel de pobreza es mayor, también es mayor la prevalencia de DCI. Tomando en cuenta la pobreza según el Registro Social, se registra que los niños en pobreza tienen una prevalencia 3.5 p.p. mayor a los niños por encima de la línea de pobreza; esta brecha se amplía a más de 8 p.p. entre los niños con pobreza extrema y los niños no pobres. Esto último realza la importancia de una política pública que se enfoque en los más vulnerables como una herramienta efectiva de prevención de la DCI.



Tabla 1: Prevalencia de desnutrición crónica infantil entre menores de dos años según varias características. Julio 2023

Sexo	Hombre	18.8%	Educación de la madre	Ninguno	22.4%
	Mujer	13.5%		EGB	18.9%
Edad de la niña o niño	<6 meses	11.2%	Superior	Secundaria/Bachillerato	15.4%
	6-11 meses	13.3%		Superior	12.1%
	12-23 meses	22.1%		Extremo prematuro	70.9%
Edad de la madre al nacimiento	<18 años	19.5%	Semanas de gestación	Muy prematuro	64.6%
	18-24 años	16.6%		Prematuro	35.3%
	25-35 años	15.7%		A tiempo	14.2%
	>35 años	17.8%		Muy bajo peso al nacer	72.8%
Pobreza según Registro Social	No pobre	12.5%	Peso al nacer	Bajo peso al nacer	40.5%
	Pobreza	16.0%		Peso normal	12.9%
Pobreza extrema	Pobreza extrema	20.7%		Prueba de Apgar	1-5
	Sin RS	14.4%	6-8		22.1%
Etnia	Indígena	24.4%	9-10		15.4%
	Afroecuatorianos	9.8%	<b>Nacional</b>		
	Montubio	15.2%	<b>16.23%</b>		
	Mestizo	15.5%			
	Blanco, otros	14.5%			

Fuente: Sistema Unificado y Universal de Seguimiento Nominal (Suusen)

Otra dimensión de vulnerabilidad y exclusión que es indispensable tener en cuenta al momento de ejecutar las acciones de política pública es la autoidentificación étnica. La prevalencia de DCI entre menores de 24 meses que forman parte de hogares indígenas es 8.1 p.p. superior al promedio nacional, mientras que, para los demás grupos étnicos, la prevalencia es inferior al promedio nacional (Tabla 1). Es necesario recordar que existe una fuerte correlación entre la pertenencia a la etnia indígena y enfrentar una situación de pobreza.

Una de las raíces de la DCI yace también en el nivel de conocimiento por parte de las madres y padres. Tomando el nivel de educación de la madre como una aproximación, resalta que a medida que su nivel educativo aumenta, la prevalencia de DCI se reduce. Como ejemplo, los menores cuyas madres tienen educación básica tienen una prevalencia de DCI 6.7 p.p. mayor a los menores con madres con educación universitaria. Si bien el nivel educativo también está relacionado al nivel de pobreza de la familia, este tiene su relación directa también con la DCI.

Finalmente, es necesario resaltar la importancia del proceso de cuidado durante el embarazo como un precursor de la DCI, pues las condiciones iniciales de desarrollo intrauterino tienen una persistencia extensa en el desarrollo futuro de los menores. Resalta, entonces, que los menores producto de partos prematuros presentan una prevalencia de DCI significativamente superior que aquellos niños cuya



gestación llegó a término<sup>14</sup>, lo cual está fuertemente relacionado con un bajo peso al nacer y una baja talla al nacer. De hecho, el bajo peso al nacer también es un fuerte predictor de la DCI. Aquellos niños con bajo peso al nacer (entre 1500 y 2500 gramos) tienen una prevalencia más de tres veces superior a los niños cuyo peso fue mayor a 2500 gramos en el momento del parto (Tabla 1), y la prevalencia de DCI entre aquellos con muy bajo peso al nacer (inferior a 1500 gramos) es cinco veces mayor.

Finalmente, al considerar los resultados de la prueba de APGAR a los cinco minutos de nacimiento, se identifica también una persistencia extensa. La prueba de APGAR mide la probabilidad de supervivencia de una niña o niño a los cinco minutos del parto; un resultado superior representa una mayor probabilidad de supervivencia (Lee et al., 2010). A su vez, una baja probabilidad de supervivencia se relaciona con complicaciones durante el embarazo como hipertensión gestacional, bajo peso al nacer, hemorragias durante el embarazo, parto por cesárea de emergencia, entre otras (Ajibo et al., 2022).

Tabla 2: Prevalencia de DCI por provincia y área. Julio 2023.

Urbana	14.9%	El Oro	10.1%	Pastaza	16.2%
Rural	18.4%	Esmeraldas	11.6%	Pichincha	19.0%
		Guayas	12.4%	Tungurahua	21.6%
Azuay	21.0%	Imbabura	17.2%	Zamora Chinchipe	13.8%
Bolívar	26.2%	Loja	14.9%	Galápagos	8.0%
Cañar	18.7%	Los Ríos	12.8%	Sucumbíos	11.3%
Carchi	21.6%	Manabí	15.3%	Orellana	12.4%
Cotopaxi	22.6%	Morona Santiago	17.5%	Santo Domingo	11.3%
Chimborazo	26.7%	Napo	13.6%	Santa Elena	28.8%

Fuente: Sistema Unificado y Universal de Seguimiento Nominal (Suusen)

Geográficamente, la prevalencia de DCI es casi 4 p.p. superior en el área rural y están en particular riesgo las niñas y niños en Azuay, Bolívar, Carchi, Cotopaxi, Chimborazo, Tungurahua y Santa Elena. En estas provincias, más del 20% de la población padece DCI<sup>15</sup>.

Con estos primeros resultados, destaca que la DCI en el Ecuador tiene un rostro de pobreza, con un desarrollo intrauterino limitado, con una acentuación posterior a los seis meses de edad y con un mayor riesgo en la Sierra Centro, Azuay, Carchi y Santa Elena, sobre todo en el área rural. Resalta entonces la importancia de una atención integral desde el momento de la gestación, o incluso antes, con un énfasis en cubrir a la población más vulnerable y proveerles las herramientas para un desarrollo infantil integral en cada etapa de los 1.000 primeros días de vida, desde la gestación hasta cumplir los dos primeros años.

<sup>14</sup> Se define como parto a término cuando es de 37 o menos semanas. Si es de menos de 28 semanas es extremadamente prematuro; entre 28 y 31 semanas como muy prematuro; y entre 32 y 36 semanas como prematuro (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>)

<sup>15</sup> Los resultados geográficos a partir del Suusen no coinciden exactamente con los de la ENDI; más su estructura es cercana.



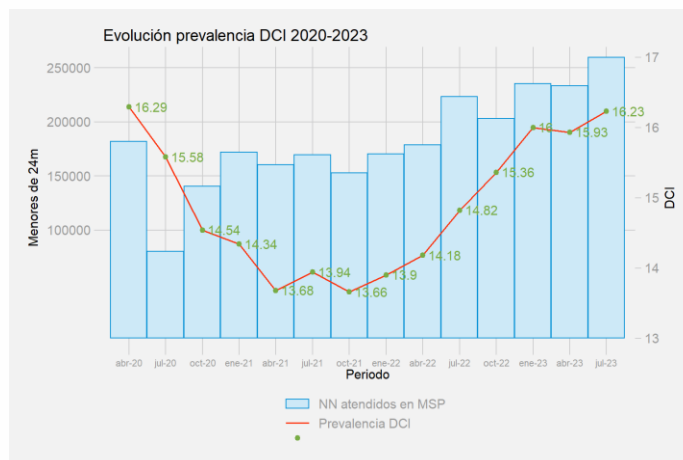
### 3.3 Evolución de la desnutrición crónica infantil desde los registros administrativos

Una vez conocido el rostro de la DCI, es necesario entender cómo la DCI ha evolucionado. Al ser los registros administrativos una fuente de información diferente a las encuestas se requiere definir cuál será la población de referencia para medir el estado nutricional de la población. Se ha considerado como el grupo de referencia para cada fecha de corte, a los menores de 24 meses con un registro válido de talla y peso en los tres meses previos a la fecha de corte. Esto es, para estimar la prevalencia de la DCI, por ejemplo, para enero de 2023, se toman los datos de las atenciones de noviembre 2022, diciembre 2022 y enero 2023. Para cada persona, si en la última atención dentro del periodo de referencia tiene una talla menor a dos desviaciones estándar por debajo del estándar de la OMS para su edad y sexo, se define como alguien con DCI. Consecuentemente, la población de referencia es aquella atendida por el MSP en los tres meses previos a la fecha de corte con un registro válido de talla y peso.

Conociendo esto, se registran dos periodos de evolución de la DCI. Entre abril de 2020 y octubre de 2021 se registra una reducción sostenida y significativa de la prevalencia de la DCI, la cual pasó de 16.29% a 13.66%, mientras que entre octubre de 2021 y julio de 2023 se evidencia un aumento de la prevalencia de la DCI de 13.66% a 16.23% (Gráfico 4). No obstante, no se puede concluir que ha existido un aumento de la DCI entre la población, pues a la vez que se nota un aumento de la prevalencia de la DCI, se registra también un aumento de las atenciones provistas por el MSP a niñas y niños menores de 24 meses, particularmente desde enero 2022.

Al aumentar la cantidad de personas atendidas por el MSP, es necesario conocer si estas personas pertenecen a algún grupo en particular o si la composición de la población atendida es la misma en octubre 2021 frente a julio 2023. Se debe recordar que se está trabajando con información de registros administrativos y, por lo tanto, los resultados son el reflejo de la población captada, la cual también puede variar en el tiempo.

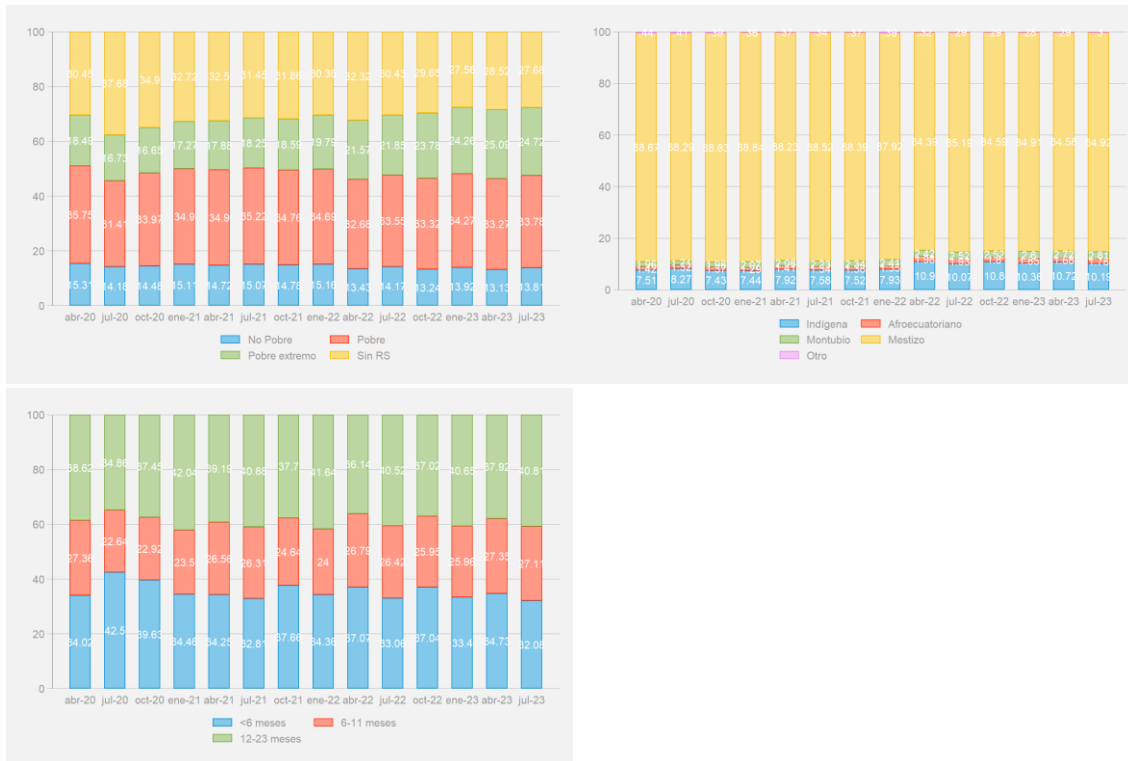
Gráfico 4: Evolución de la DCI entre la población atendida por el MSP entre 2020 y 2023



Fuente: Sistema Unificado y Universal de Seguimiento Nominal (Suusen)



Gráfico 5: Composición de la población atendida por el MSP para estimación de DCI



Fuente: Sistema Unificado y Universal de Seguimiento Nominal (Suusen)

Posterior a octubre de 2021, y de manera sostenida, se registró un cambio de composición de la población atendida por el MSP. En primera instancia, aumentó la proporción de la población considerada como en pobreza o pobreza extrema. En octubre de 2021, el 18.59% de la población atendida por el MSP se encontraba en condiciones de pobreza extrema; esto aumentó a 19.79% en enero de 2022 y cerró en 24.72% en julio de 2023 (Gráfico 5). Así mismo, aumentó significativamente las atenciones brindadas a niñas y niñas mayores de seis meses, y entre la población indígena. En específico, la población indígena pasó de representar el 7.52% de los atendidos a 10.19% entre octubre de 2021 y julio de 2023.

Estos cambios en composición muestran con claridad el fortalecimiento del enfoque del MSP hacia las poblaciones más vulnerables; es decir, población en pobreza y de etnia indígena, las que a su vez presentan una mayor prevalencia de DCI (Tabla 1), así como mejorar la continuidad de atenciones a lo largo de los 1.000 primeros días, lo que resulta en más niñas y niños de mayor edad con atenciones. Es esperable, por lo tanto, que la prevalencia de la DCI aumentara, pues desde enero de 2020 se registra un aumento de atenciones entre personas que pertenecen a grupos con mayor prevalencia de DCI.

Consecuentemente, el aumento registrado entre octubre de 2021 y julio de 2023 refleja, primordialmente, el incremento de la captación de la población en condiciones de vulnerabilidad y mayor riesgo de padecer de DCI.





## 3.4 Velocidad de crecimiento desde los registros administrativos

Al trabajar con registros administrativos cuya composición poblacional ha cambiado en el tiempo, no se puede medir la evolución del desarrollo infantil a través de la prevalencia de la DCI o el promedio de talla, pues los resultados encontrados serán la evidencia de las captaciones y no de los cambios en la DCI.

La mejor manera de comparar entre grupos equivalentes es comparando a cada niña y niño consigo mismo a lo largo del tiempo. Esto se denomina velocidad de crecimiento y se puede medir de dos maneras; a través del cambio en la talla en centímetros (cm) o a través del cambio en el score z de talla para la edad y el sexo<sup>16</sup>. El primero identifica los cm que ha crecido una niña o niño entre un control y otro, mientras que el segundo mide en cuánto se está desviando una persona de su trayectoria de crecimiento.

Aunque la medición en centímetros es más intuitiva, es menos útil, pues el crecimiento esperado entre el primer mes de edad y los dos meses de edad difiere de aquel entre los 13 y 14 meses, por lo que no se podrá decir con claridad si los resultados son adecuados o no. Por lo tanto, al medir a través del score z de talla para la edad y el sexo, se puede concluir con mayor facilidad si un niño se está desviando de su trayectoria de crecimiento.

Independientemente de su punto de partida, una velocidad de crecimiento adecuada implica que una niña o niño se mantiene a una distancia constante de la mediana del patrón de crecimiento para su sexo y edad. Por ejemplo, dos niños pueden iniciar su vida estando una desviación estándar por debajo de la mediana del patrón de crecimiento. Dos meses después, el uno se mantiene una desviación estándar por debajo de la mediana, mientras que el otro ahora está 1.3 desviaciones estándar por debajo. El primero mostró una velocidad de crecimiento adecuada, mientras que el segundo se desvió de su trayectoria en -0.3 desviaciones estándar; si continúa así, en pocos meses incluso superará el umbral de -2 desviaciones estándar y podría caer en DCI.

---

<sup>16</sup> El score z es el mecanismo de definir si una niña o niño padece DCI. Es un score estandarizado con los patrones de crecimiento de la OMS para la edad y el sexo, de manera tal que un score por debajo de -2 desviaciones estándar de la mediana de talla para su edad y sexo implica presencia de DCI.



Tabla 3: Velocidad de crecimiento promedio en desviaciones estándar del score z de talla para la edad y sexo. Julio 2023.

Sexo	Hombre	-0.08	Educación de la madre	Ninguno	-0.11
	Mujer	-0.07		EGB	-0.10
Edad de la niña o niño	<6 meses	0.10	Semanas de gestación	Secundaria/Bachillerato	-0.07
	6-11 meses	-0.12		Superior	-0.02
	12-23 meses	-0.12		Extremo prematuro	0.32
Edad de la madre al nacimiento	<18 años	-0.08	Muy prematuro	0.35	
	18-24 años	-0.08	Prematuro	0.11	
	25-35 años	-0.07	A tiempo	-0.09	
	>35 años	-0.05	Muy bajo peso al nacer	0.36	
Pobreza según Registro Social	No pobre	-0.04	Peso al nacer	Bajo peso al nacer	0.09
	Pobreza	-0.08		Peso normal	-0.09
	Pobreza extrema	-0.11		Prueba de Apgar	1-5
Etnia	Sin RS	-0.05	6-8		-0.01
	Indígena	-0.14	9-10		-0.08
	Afroecuatorianos	-0.04	<b>Nacional</b>		
	Montubio	-0.07	<b>-0.08</b>		
	Mestizo	-0.07			
	Blanco, otros	-0.08			

Fuente: Sistema Unificado y Universal de Seguimiento Nominal (Suusen)

Una velocidad de crecimiento ralentizada es el motivo por el cual la DCI aumenta después de los seis meses y se acentúa incluso más después del primer año. Es decir, existen miles de niñas y niños que al inicio de sus vidas no tienen DCI, pero se desvían de su trayectoria de crecimiento y consecuentemente empiezan a caer en DCI. Las poblaciones más vulnerables presentan al mismo tiempo una mayor prevalencia de DCI y una menor velocidad de crecimiento.

A nivel nacional, en julio 2023, la velocidad promedio de crecimiento fue de -0.08 desviaciones estándar por trimestre (Tabla 3), valor estadísticamente diferente de 0 al 1%. Es decir, en promedio, las niñas y niños que se atienden en el MSP de un control al siguiente se desvían negativamente en 0.08 desviaciones estándar de su trayectoria de crecimiento. Destaca que en los primeros seis meses de vida la velocidad de crecimiento es positiva, es decir, incluso por encima de su trayectoria; sin embargo, una vez superado los seis meses, la velocidad de crecimiento se torna negativa, reafirmando que existe un quiebre en el desarrollo infantil posterior a la finalización de la lactancia materna exclusiva (Tabla 3).

En reflejo a la prevalencia de DCI entre menores de 24 meses (Tabla 1), los hombres presentan un promedio de velocidad de crecimiento menor al de las mujeres, lo que explica su mayor prevalencia de DCI. De la misma manera, las niñas y niños indígenas, así como aquellos que padecen pobreza o pobreza extrema muestran una velocidad de crecimiento menos favorable que sus contrapartes. De hecho, la velocidad de crecimiento entre los menores en pobreza extrema es tres veces más lenta que para los niños no pobres. Igualmente, el retraso en crecimiento para las niñas y niños indígenas es cerca del doble que el promedio nacional (Tabla 3).



Destaca que aquellos niños que tuvieron un nacimiento con complicaciones tienen una velocidad de crecimiento mayor a quienes tuvieron un nacimiento más cercano a lo óptimo. Estos resultados muestran un proceso acelerado de igualación con el desarrollo esperado para su edad y sexo considerando que partieron de un nivel de desarrollo intrauterino más limitado. No obstante, a pesar de tener una velocidad de crecimiento más acelerada, no es suficiente para superar la DCI. Muchas de estas niñas y niños ya nacen con DCI, y a pesar de una mayor velocidad de crecimiento, la prevalencia de DCI entre ellos se mantiene significativamente por encima de sus contrapartes (Tabla 1).

Tabla 4: Velocidad de crecimiento promedio en desviaciones estándar del score z de talla para la edad y sexo. Julio 2023 – desagregaciones geográficas.

Urbana	-0.06	El Oro	-0.06	Pastaza	-0.17
Rural	-0.10	Esmeraldas	-0.09	Pichincha	-0.01
		Guayas	-0.06	Tungurahua	-0.10
Azuay	-0.08	Imbabura	-0.08	Zamora Chinchipe	-0.11
Bolívar	-0.13	Loja	-0.07	Galápagos	0.02
Cañar	-0.07	Los Ríos	-0.08	Sucumbíos	-0.10
Carchi	-0.10	Manabí	-0.08	Orellana	-0.18
Cotopaxi	-0.06	Morona Santiago	-0.08	Santo Domingo	-0.07
Chimborazo	-0.11	Napo	-0.06	Santa Elena	-0.11

Fuente: Sistema Unificado y Universal de Seguimiento Nominal (Suusen)

Geográficamente las provincias donde la prevalencia de DCI es mayor, también tienen una menor velocidad de crecimiento, así como el área rural. No obstante, esta relación no es exacta, pues destacan casos como Pastaza y Orellana, donde la velocidad de crecimiento es muy menor al resto del país, y aun así su prevalencia de DCI no es la más alta.

Únicamente en Pichincha y Galápagos, la velocidad promedio de crecimiento no es estadísticamente diferente de cero; es decir, en promedio las niñas y niños se mantienen en su trayectoria de crecimiento.



## Capítulo IV: Avances de la implementación de la Estrategia Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil

### 4.1 Avances del Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la DCI

A fin de fortalecer la gobernanza frente al abordaje de la DCI en el marco del compromiso interinstitucional ratificado mediante los distintos espacios de articulación, a partir del año 2021 considerando las atribuciones y competencias de esta cartera de Estado de: a. Dirigir y coordinar la articulación intersectorial e interinstitucional para la ejecución efectiva, eficiente y oportuna de la Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición y el Plan Estratégico para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil (...), se generó el proceso de seguimiento y monitoreo a las acciones, planes y proyectos descritos en el Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la DCI, por cada eje estratégico, a través del Cuadro de Mando Integral (Balanced Scorecard) que se constituye en un modelo de gestión que permite traducir la estrategia de la institución en una serie de objetivos relacionados entre sí, que son medidos a través de diferentes indicadores y que se encuentran vinculados a planes de acción concretos, posibilitando la consecución de objetivos.

Con el fin de generar y/o identificar propuestas para la implementación, monitoreo y mejora en la prestación de bienes y servicios del paquete priorizado de la Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil, el Comité Intersectorial para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil aprobó la creación del Subcomité Técnico.

En el marco de los subcomités se generaron herramientas, lineamientos y metodologías que permitieron el seguimiento y monitoreo a la implementación del Plan Estratégico, documentos que fueron aprobados en el Comité Intersectorial, tales como: Metodología para el cálculo de los porcentajes de avance de cumplimiento al Plan, considerando los indicadores registrados en el Cuadro de Mando Integral - CMI; Cuadro de Mando Integral; y Lineamientos generales para el seguimiento a las acciones interinstitucionales vinculadas al Plan Estratégico.

Así mismo, se validaron los indicadores de gestión y resultados que permitieron monitorear el avance de las acciones efectuadas por las instituciones vinculadas a la prestación de bienes y servicios en el marco de la Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil, indicadores que fueron aprobados por el Comité Intersectorial.

Respecto al Cuadro de Mando Integral, hasta agosto de 2022, el monitoreo de resultados y avances se realizó en un tablero de control de acciones donde se registraron en una matriz los hitos, subhitos y porcentaje en los proyectos alineados al PEIPRDCI, definidos por las distintas subsecretarías de la STECSDI. A partir de septiembre de 2023, los resultados se sistematizaron en el cuadro de Mando Integral aprobado por el Comité Intersectorial, considerando los marcos metodológicos diseñados por la STECSDI y consensuado con las instituciones vinculadas al abordaje de la DCI.



El mecanismo de cálculo utilizado durante el año 2022 consideraba el avance mediante el promedio de resultados en porcentaje por eje estratégico e institución, mientras que para el año 2023 se asignó una ponderación identificando la jerarquía el indicador (gestión y resultados) en puntos de índice de gestión por eje estratégico y en puntos de avance institucional.

Frente a lo descrito, a continuación se describen los avances alcanzados en la implementación del Plan estratégico intersectorial para la prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil (PEIPRDCI) con sustento en el denominado Cuadro de Mando Integral, herramienta donde se reúnen todos los indicadores de seguimiento a la Estrategia, los cuales están organizados por ejes estratégicos del PEIPRDCI, siendo importante mencionar que los indicadores vinculados al proceso de monitoreo fueron definidos por cada una de las instituciones que conforman la Estrategia junto con las respectivas fichas metodológicas en donde consta la configuración de los indicadores en cuanto a denominación, línea base, metas y temporalidad de reporte.

De igual forma es importante citar que, al tener un conjunto de indicadores con temporalidades distintas, el proceso de monitoreo responde a aquella información que estuvo disponible en el mes de corte, sin que eso implique la omisión de indicadores con temporalidad bimensual, trimestral, semestral o anual en el proceso de cálculo.

#### **4.1.1. Eje 1: Generación de entorno habilitador**

En este eje se representa la definición e implementación del marco normativo que permitió la puesta en marcha del Plan y que, al mismo tiempo, logró la alineación de actores para la consecución de los objetivos estratégicos.



Gráfico 7: Avance por eje del Plan estratégico intersectorial para la prevención y reducción de la DCI

<p><b>Resultados avance del PEIPRDCI</b> <b>Sep 2021 - Ago 2022</b></p>	<p><b>Resultados avance del PEIPRDCI</b> <b>Sep 2022 - Dic 2022</b></p>	<p><b>Resultados avance del PEIPRDCI</b> <b>Ene 2023 - Sep 2023</b></p>
<p><b>Fuente:</b> SAIPP - Presentaciones de Comité Intersectorial. <b>Elaborado por:</b> DPPSM- 2022</p>	<p><b>Fuente:</b> Cuadro de Mando Integral 2022 <b>Elaborado por:</b> DPPSM 2022.</p>	<p><b>Fuente:</b> Cuadro de Mando Integral 2023 <b>Elaborado por:</b> DPPSM - 2023</p>
<p>El periodo de monitoreo inicia en septiembre de 2021 con un valor de avance del PEIPRDCI del 30%, el cual tiene una tendencia creciente llegando al valor más alto en julio de 2022 con un 81%. Los meses anteriores no registran valores por cuanto sus resultados no fueron presentados en los Comités.</p>	<p>Considerando la metodología de cálculo aprobada por el Comité Intersectorial para el 2022, en septiembre inicia el periodo de reporte de avance del PEPRDCI con un 85%, el cual refleja una tendencia creciente en los meses subsiguientes logrando mantenerse en un 100% de avance.</p>	<p>Considerando la metodología de cálculo ajustada al 2023; durante los 2 primeros meses, el eje no registra avances considerando que las instituciones se encontraban en proceso de ajuste de indicadores. A partir de marzo a junio inicia la participación de STECSDI, MIES y BDE los cuales tienen un cumplimiento de 100% en sus metas a partir de julio existe un decrecimiento ya que MIES en uno de sus indicadores cuenta con semaforización roja, y lo mismo sucede con el BDE a partir de septiembre, con un decrecimiento 91% de avance.</p>

Fuente: Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil. Septiembre 2021 – septiembre 2023



**Nota:** Para el periodo del 2023 dado el cambio de metodología se realizó una estandarización de valores de cada eje sobre 100% para una mejor trazabilidad en el análisis temporal.

**Acciones relevantes implementadas en el eje 1:**

- **Creación del Comité Intersectorial para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil.** - A la fecha se han realizado 16 sesiones del Comité, que son espacios en los que se realiza liderados por presidente de la república en los que se realiza la coordinación, ejecución y rendición de cuentas de las instituciones gubernamentales encargadas de la implementación de la Estrategia.



Fotografía: Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil

- **Conformación del Consejo Consultivo para la Prevención y Reducción de la DCI.**- Se ha promovido la participación activa de varios actores en las distintas acciones encaminadas a la prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil. A la fecha se han desarrollado 13 reuniones ordinarias de octubre de 2022 a octubre de 2023.



Fotografía: Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil



- **Ley Primera Infancia.**- Se generó el análisis de las propuestas a la Ley de ley en apoyo al MIES, con el fin de garantizar la inclusión de acciones orientadas a la prevención y reducción de la DCI, el desarrollo infantil integral y la importancia de la gobernanza en las políticas para el abordaje de la problemática citada, se ha coordinado, articulado y fortalecido acciones desde la STECSDI para la unificación de las propuestas de ley para la protección de la primera infancia, con la finalidad de entregar a la Asamblea Nacional un solo proyecto de Ley, consensuado con actores clave, como: Asamblea Nacional, sociedad civil y organismos multilaterales.



Fotografía: Presidencia de la República

- **Bono 1.000 días:** se diseñó y coadministra con el MIES el Bono 1.000 días, el cual es un programa integral de prevención de la DCI desde el embarazo, enfocado a la población más pobre. Es una transferencia monetaria condicionada que incluye los servicios complementarios de control prenatal, control de niño sano, inscripción temprana del nacimiento en el Registro Civil y los servicios de desarrollo infantil integral. Para noviembre de 2023, se identificaron 96.997 elegibles, de los cuales 75.454 personas se encuentran habilitados al cobro; 58.002 menores de 24 meses y 17.452.



Fotografía: Ministerio de Inclusión Económica y Social





- **Mesas provinciales Alianza por una Infancia con Futuro**



Fotografía: Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil

A fin de sensibilizar a alcaldes y sus equipos técnicos sobre la importancia del abordaje de la desnutrición crónica infantil (DCI), se desarrollaron espacios de encuentro denominados Alianza por una Infancia con Futuro.

En estos encuentros se capacitó al personal técnico sobre el uso de herramientas que permiten el acceso a información nominal sobre la DCI a nivel territorial y su análisis; se abordó la importancia del liderazgo de los GAD de las Mesas Intersectoriales Cantonales y se difundieron las oportunidades de financiamiento de proyectos de agua y el mecanismo de deducibilidad para proyectos sobre DCI.

A la fecha se contó con 178 participantes entre Alcaldes, delegados técnicos y facilitadores de la Secretaría.

- **Participación en gabinetes:**

- **Gabinete de Salud:** Desde el 28 de junio de 2022 se realizó la primera reunión de los miembros que forman parte del Gabinete Intersectorial de Salud, presidida por el Vicepresidente de la República para coordinar y supervisar acciones en relación al Decreto 454, en que se declaró la emergencia sanitaria a nivel nacional. Entre las instituciones participantes se encuentran aquellas que forman parte del Sistema Nacional de Salud y la Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil. Uno de los principales objetivos de este espacio es el de identificar brechas de cobertura de servicios a nivel nacional, para tomar acciones correctivas al respecto. Aquí se incluyen las brechas de DCI. STECSDI participó en 17 gabinetes de salud.
- **Gabinete Social:** Los gabinetes sociales tienen por objeto la coordinación para revisión, actualización y conexión de la política intersectorial, con relación al Plan Nacional de Desarrollo.



El MIES es la institución que preside los gabinetes y revisa el cumplimiento de metas por institución. En los meses de enero a junio de 2023, STECSDI reportó un cumplimiento de metas mayor al 100%.

- **Gabinete Territorial:** Este gabinete es presidido por el Ministro de Gobierno y participan 13 instituciones públicas conforme al Decreto 536. En este espacio se realizan procesos de diálogo con actores de territorio para conocer sus necesidades de primera mano, compartir información pública y revisar el avance de mesas de trabajo. En el segundo gabinete territorial, el secretario Erwin Ronquillo socializó las acciones de Infancia con Futuro, acción que incluye la realización de ferias a nivel nacional.
- **Cooperación técnica:** Además de la cooperación financiera, STECSDI ha venido trabajando en programas de cooperación técnica con varias agencias que forman parte del Grupo de Nutrición de Naciones Unidas, en temas como educomunicación, consultorías, fortalecimiento de las capacidades locales para el combate de la DCI, diseño de políticas, realización de cursos de capacitación, entre otros. Entre las principales agencias con las que se ha mantenido relacionamiento durante la gestión de STECSDI están el Programa Mundial de Alimentos (PMA); la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura (FAO); el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD); el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Adicionalmente, se han implementado programas de cooperación técnica con la Agencia Peruana de Cooperación Internacional (APCI) y la Agencia Chilena de Cooperación Internacional (AGCI) para el fortalecimiento de trabajo en territorios de la Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil y la fortificación de alimentos con el MIES y el MSP.

#### 4.1.2. Eje 2: Movilización de recursos financieros

En este eje se representa la identificación y propuestas de mecanismos de financiamientos orientados a la entrega oportuna y suficiente de recursos para la sostenibilidad de la Estrategia, a la incorporación del presupuesto por resultados y el monitoreo de la calidad del gasto.



Gráfico 8: Avance por eje del Plan estratégico intersectorial para la prevención y reducción de la DCI

<b>Resultados avance del PEIPRDC</b> <b>Sep 2021 - Ago 2022</b>	<b>Resultados avance del PEIPRDC</b> <b>Sep 2022 - Dic 2022</b>	<b>Resultados avance del PEIPRDC</b> <b>Ene 2023 - Sep 2023</b>																																										
<table border="1"> <caption>Avance del PEIPRDC (Sep 2021 - Ago 2022)</caption> <thead> <tr> <th>Mes/año</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Septiembre 2021</td><td>34%</td></tr> <tr><td>Febrero 2022</td><td>34%</td></tr> <tr><td>Mayo 2022</td><td>19%</td></tr> <tr><td>Julio 2022</td><td>54%</td></tr> <tr><td>Agosto 2022</td><td>54%</td></tr> </tbody> </table>	Mes/año	Porcentaje	Septiembre 2021	34%	Febrero 2022	34%	Mayo 2022	19%	Julio 2022	54%	Agosto 2022	54%	<table border="1"> <caption>Avance del PEIPRDC (Sep 2022 - Dic 2022)</caption> <thead> <tr> <th>Mes/año</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Septiembre 2022</td><td>66%</td></tr> <tr><td>Octubre 2022</td><td>79%</td></tr> <tr><td>Noviembre 2022</td><td>87%</td></tr> <tr><td>Diciembre 2022</td><td>96%</td></tr> </tbody> </table>	Mes/año	Porcentaje	Septiembre 2022	66%	Octubre 2022	79%	Noviembre 2022	87%	Diciembre 2022	96%	<table border="1"> <caption>Avance del PEIPRDC (Ene 2023 - Sep 2023)</caption> <thead> <tr> <th>Mes/año</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Enero 2023</td><td>100%</td></tr> <tr><td>Febrero 2023</td><td>100%</td></tr> <tr><td>Marzo 2023</td><td>100%</td></tr> <tr><td>Abril 2023</td><td>98%</td></tr> <tr><td>Mayo 2023</td><td>98%</td></tr> <tr><td>Junio 2023</td><td>88%</td></tr> <tr><td>Julio 2023</td><td>89%</td></tr> <tr><td>Agosto 2023</td><td>89%</td></tr> <tr><td>Septiembre 2023</td><td>89%</td></tr> </tbody> </table>	Mes/año	Porcentaje	Enero 2023	100%	Febrero 2023	100%	Marzo 2023	100%	Abril 2023	98%	Mayo 2023	98%	Junio 2023	88%	Julio 2023	89%	Agosto 2023	89%	Septiembre 2023	89%
Mes/año	Porcentaje																																											
Septiembre 2021	34%																																											
Febrero 2022	34%																																											
Mayo 2022	19%																																											
Julio 2022	54%																																											
Agosto 2022	54%																																											
Mes/año	Porcentaje																																											
Septiembre 2022	66%																																											
Octubre 2022	79%																																											
Noviembre 2022	87%																																											
Diciembre 2022	96%																																											
Mes/año	Porcentaje																																											
Enero 2023	100%																																											
Febrero 2023	100%																																											
Marzo 2023	100%																																											
Abril 2023	98%																																											
Mayo 2023	98%																																											
Junio 2023	88%																																											
Julio 2023	89%																																											
Agosto 2023	89%																																											
Septiembre 2023	89%																																											
<p>Fuente: SAIPP - Presentaciones del Comité Intersectorial Elaborado por: DPPSM- 2022</p>	<p>Fuente: Cuadro de Mando Integral 2022 Elaborado por: DPPSM- 2022</p>	<p>Fuente: Cuadro de Mando Integral 2023 Elaborado por: DPPSM- 2023</p>																																										
<p>El periodo inicia en septiembre de 2021 con un valor del 34%. En mayo de 2022 llega a su valor más bajo siendo 19% de avance y el puntaje más alto se alcanza en julio de 2022 con el 54% el cual se mantiene hasta agosto de 2022.</p>	<p>En septiembre de 2022 se obtiene un valor de 66% el cual tiene una tendencia creciente en los meses siguientes llegando a su valor más alto del 96% al finalizar este periodo.</p>	<p>Entre enero y marzo de 2023 se obtiene un avance del 100%. En abril y mayo MIES cuenta con un indicador en semaforización amarilla lo cual hace que el puntaje tenga un decrecimiento a 98%. En el periodo de junio a septiembre el BDE inicia su reporte de indicadores con un indicador en semaforización roja lo cual hace que decrezca a 88%, posteriormente existe un leve crecimiento a 89%.</p>																																										

Fuente: Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil. Septiembre 2021 – septiembre 2023

**Nota:** Para el periodo del 2023 dado el cambio de metodología se realizó una estandarización de valores de cada eje sobre 100% para una mejor trazabilidad en el análisis temporal.

**Acciones relevantes implementadas en el eje 2:**

- **Implementación de metodología en el marco de PpR:** Se construyó una estructura Presupuestaria específica enfocada en la desnutrición crónica infantil (DCI), en las instituciones prestadoras del



paquete priorizado (MIES, MSP), que permita monitorear y dar seguimiento a los recursos asignados. Además, la implementación de procesos e instrumentos metodológicos institucionales en temáticas como: costeo y abastecimiento de insumos, establecimiento de necesidades por punto de atención; y, seguimiento presupuestario. De tal forma, la Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil, a través del MSP, MIES, INEC y STECSDI, ha logrado una ejecución de USD. 597,62 millones (Fuente: eSIGEF 15 de noviembre 2023).

- **Financiamiento de la Estrategia a corto plazo / proyectos de agua y saneamiento:** Para el fortalecimiento de la inversión, se planteó la Metodología de Agua Segura la cual busca cooperantes para los GADM, en donde existe un aporte por parte del cooperante, la alcaldía y la comunidad con su mano de obra. En consecuencia, se articuló con la Fundación Legado para concretar la suscripción del convenio marco con la Alcaldía de Guaranda y el Secretario Técnico como testigo de honor.

En el año 2023, otro mecanismo de articulación interinstitucional, liderado por la Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil - STECSDI, fue promover acciones en la Mesa de Agua para el Desarrollo Infantil (MADI), incluyendo entidades como: Banco de Desarrollo del Ecuador (BDE), Ministerio del Ambiente, Agua y Transición Ecológica (Maate), Agencia de Regulación y Control del Agua (ARCA), Secretaría Técnica de la Circunscripción Territorial Especial Amazónica (STCTEA), Empresa Pública del Agua (EPAEP), Secretaría de Gestión y Desarrollo de Pueblos y Nacionalidades (SGPDN), con el apoyo de la Vicepresidencia de la República (VPR), para identificar, priorizar y generar estrategias y mecanismos de articulación interinstitucional que permitan la consecución de recursos para proyectos de agua y saneamiento. En este marco, se generó la Matriz Única, herramienta de seguimiento de la Mesa de Agua para el Desarrollo Infantil, MADI, y la Metodología de seguimiento a la gestión de proyectos de agua y saneamiento, la cual busca medir el incremento sobre el financiamiento para los proyectos de agua y saneamiento identificados. A la fecha, se han identificado 839 proyectos de agua y saneamiento por aproximadamente \$1.401 millones, de los cuales 161 proyectos están financiados por aproximadamente \$334 millones, 194 con posible financiamiento por alrededor de \$343 millones y 484 proyectos que aún no tienen financiamiento por \$724 millones.

- **Mecanismo de deducibilidad:** Fomenta la corresponsabilidad de la empresa privada y personas naturales, apoyando el financiamiento para la implementación de proyectos y programas presentados por las entidades sin fines de lucro para la prevención y reducción de la DCI, y atención a madres gestantes. Se socializó el incentivo tributario, que contempla el beneficio de la deducción adicional del 150%, a representantes de las empresas privadas, gremios, fundaciones, entre otras. Al mes de octubre 2023, las cifras muestran los siguientes resultados: 29 proyectos postulados por las entidades sin fines de lucro alineados a la prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil y atención a madres gestantes; 13 proyectos con aval de alineación al Plan estratégico intersectorial para la prevención y reducción de la DCI; 10 proyectos calificados



listos para patrocinar, con un cupo reservado de USD. 3'952.022,30 y monto de certificación de deducibilidad de USD. 1'949.951,40.

- **Desarrollo de plataforma de promoción para deducibilidad:** Contempla las fases de postulación, validación de requisitos y aprobación de proyectos de deducibilidad, para que fundaciones puedan postular su proyecto, recibir retroalimentación, obtener la aprobación y promocionarlo, Así, las entidades que deseen acogerse a este beneficio tributario puedan, a través de la plataforma, patrocinar los programas o proyectos, presentar la solicitud de certificado y la consulta y/o descarga del mismo. Esta herramienta fue desarrollada para dar cumplimiento al Acuerdo interinstitucional Nro. MIES-MSP-MINEDUC-MAATE-STECSDI-2022-001 de 18 de agosto de 2022.
- **Articular el financiamiento de la cooperación internacional:** Se gestionaron cerca de 14 millones de dólares (en créditos y donaciones) de distintos cooperantes, entre los que están:
  - Usaid: proyecto de agua y saneamiento para ser ejecutado con ONG a partir del 2024; Fondo Ítalo Ecuatoriano: cinco proyectos que iniciaron su ejecución a partir de septiembre de 2023 y serán implementados a través de ONG;
  - Unión Europea: apoyo a GAD para proyectos de agua, saneamiento y conservación, con financiamiento proveniente del Banco Europeo de Inversiones que se canalizará a través del BDE / cooperación para interoperabilidad de datos de los sectores social, justicia y derechos humanos. La ejecución inicia en el 2024;
  - Movimiento Scaling Up Nutrition (SUN) junto con la Unión Europea y FIIAPP: apoyo para el Fortalecimiento del modelo de gestión local para el combate a la Desnutrición Crónica Infantil y para Asegurar la sostenibilidad de la política pública para la prevención y reducción de la DCI. Inicio de ejecución en 2024.

#### 4.1.3. Eje 3: Articulación territorial

En este eje se representa la identificación e implementación de propuestas de priorización de acciones estratégicas de mayor impacto sobre la desnutrición crónica infantil en las poblaciones más afectadas, mediante la articulación con los actores locales.



Gráfico 9: Avance por eje del Plan estratégico intersectorial para la prevención y reducción de la DCI

<b>Resultados avance del PEIPRDCI</b>	<b>Resultados avance del PEIPRDCI</b>	<b>Resultados avance del PEIPRDCI</b>
<b>Sep 2021 - Ago 2022</b>	<b>Sep 2021 - Dic 2022</b>	<b>Ene 2023 - Sep 2023</b>
<p>Fuente: SAIPP - Presentaciones de Comité Intersectorial Elaborado por: DPPSM - 2022</p>	<p>Fuente: Cuadro de Mando Integral 2022 Elaborado por: DPPSM - 2022</p>	<p>Fuente: Cuadro de Mando Integral 2023 Elaborado por: DPPSM - 2023</p>
<p>En septiembre de 2021 se alcanza un 18% con una tendencia creciente a agosto de 2022 (63%).</p>	<p>En septiembre de 2022 el avance alcanza el 59% el cual tiene una tendencia creciente en los meses siguientes llegando a su resultado más alto de 86% al finalizar este periodo.</p>	<p>En enero se inicia el periodo con el reporte de indicadores de URS, MAG y MIES un avance del 100%. En febrero el MSP reporta un indicador en semaforización roja lo cual influye en que el valor llegue a 93%. De marzo y abril existe una tendencia creciente llegando a un valor máximo de 99%, y posterior a esto existe un decrecimiento llegando en septiembre a 98%.</p>

Fuente: Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil. Septiembre 2021 – septiembre 2023

**Nota:** Para el periodo del 2023 dado el cambio de metodología se realizó una estandarización de valores de cada eje sobre 100% para una mejor trazabilidad en el análisis temporal.

**Acciones relevantes implementadas en el eje 3:**

- **Priorización territorial:** De manera complementaria a la prestación de los bienes y servicios se elaboró una priorización territorial considerando determinantes de la DCI como pobreza por necesidades básicas insatisfechas, nivel de escolaridad, acceso a sistemas de agua y saneamiento, y de DCI, producto de esta priorización se clasificó a los cantones y parroquias del Ecuador en



prioridad alta, media y baja, esta acción que permite identificar la vulnerabilidad del territorio para la implementación de acciones complementarias.

- **Actualización del Modelo de Gestión Territorial:** para promover la planificación, gestión, articulación, participación activa y solución de nudos críticos en la prestación de bienes y servicios del paquete priorizado. La aplicación del modelo se realiza a través de las 221 Mesas Intersectoriales Cantonales (MIC) donde participan las instituciones prestadoras del PP, actores públicos, privados y la comunidad.
- **Mesas intersectoriales Cantonales (MIC):** En las MIC se ejecutan los planes de acción cantonal (PAC) y, en el 2023, se crearon las comisiones locales de educomunicación (CEL) para la implementación de los planes locales de educomunicación (PLE). Para el aterrizaje del nuevo modelo de gestión territorial, se diseñó la Metodología de las MIC V4.0 y su caja de herramientas, que fue socializada a las instituciones prestadoras del paquete priorizado, y a los Gobiernos Autónomos Descentralizado (GAD).
- **Galardón por una Infancia con Futuro:** En la primera edición, de los 221 Gobiernos Autónomos Descentralizados Municipales que existen a nivel nacional, se contó con 57 inscripciones de las cuales 41 fueron formalizadas con la remisión del Acta de Resolución del Concejo Municipal. Se entregó el reconocimiento a 41 Gobiernos Autónomos Descentralizados Municipales y a sus equipos técnicos. 25 GAD se hicieron acreedores a placas de reconocimiento, pues remitieron los verificables bajo los criterios de calidad, cantidad, orden y oportunidad. 10 GADM obtuvieron los mayores puntajes y se hicieron acreedores a programas de asistencia técnica. Para el 2024, se cuenta con bases actualizadas y acorde al modelo de municipios saludables, del MSP, que define acciones específicas que los GAD deben implementar en la prevención de la DCI.

#### 4.1.4. Eje 4: Gestión de la información

En este eje se representa la definición, identificación y desarrollo de propuestas de fortalecimiento al manejo de la información, sistemas de medición, monitoreo y socialización de resultados.



Gráfico 10: Avance por eje del Plan estratégico intersectorial para la prevención y reducción de la DCI

<b>Resultados avance del PEIPRDC</b> <b>Sep 2021 - Ago 2022</b>	<b>Resultados avance del PEIPRDC</b> <b>Sep 2022 - Dic 2022</b>	<b>Resultados avance del PEIPRDC</b> <b>Ene 2023 - Sep 2023</b>																																						
<table border="1"> <caption>Resultados avance del PEIPRDC (Sep 2021 - Ago 2022)</caption> <thead> <tr><th>Mes/año</th><th>Porcentaje</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>Septiembre 2021</td><td>14%</td></tr> <tr><td>Febrero 2022</td><td>18%</td></tr> <tr><td>Mayo 2022</td><td>35%</td></tr> <tr><td>Julio 2022</td><td>40%</td></tr> <tr><td>Agosto 2022</td><td>44%</td></tr> </tbody> </table>	Mes/año	Porcentaje	Septiembre 2021	14%	Febrero 2022	18%	Mayo 2022	35%	Julio 2022	40%	Agosto 2022	44%	<table border="1"> <caption>Resultados avance del PEIPRDC (Sep 2022 - Dic 2022)</caption> <thead> <tr><th>Mes/año</th><th>Porcentaje</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>Septiembre 2022</td><td>57%</td></tr> <tr><td>Diciembre 2022</td><td>100%</td></tr> </tbody> </table>	Mes/año	Porcentaje	Septiembre 2022	57%	Diciembre 2022	100%	<table border="1"> <caption>Resultados avance del PEIPRDC (Ene 2023 - Sep 2023)</caption> <thead> <tr><th>Mes/año</th><th>Porcentaje</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>Enero 2023</td><td>100%</td></tr> <tr><td>Febrero 2023</td><td>100%</td></tr> <tr><td>Marzo 2023</td><td>100%</td></tr> <tr><td>Abril 2023</td><td>100%</td></tr> <tr><td>Mayo 2023</td><td>100%</td></tr> <tr><td>Junio 2023</td><td>96%</td></tr> <tr><td>Julio 2023</td><td>96%</td></tr> <tr><td>Agosto 2023</td><td>96%</td></tr> <tr><td>Septiembre 2023</td><td>91%</td></tr> </tbody> </table>	Mes/año	Porcentaje	Enero 2023	100%	Febrero 2023	100%	Marzo 2023	100%	Abril 2023	100%	Mayo 2023	100%	Junio 2023	96%	Julio 2023	96%	Agosto 2023	96%	Septiembre 2023	91%
Mes/año	Porcentaje																																							
Septiembre 2021	14%																																							
Febrero 2022	18%																																							
Mayo 2022	35%																																							
Julio 2022	40%																																							
Agosto 2022	44%																																							
Mes/año	Porcentaje																																							
Septiembre 2022	57%																																							
Diciembre 2022	100%																																							
Mes/año	Porcentaje																																							
Enero 2023	100%																																							
Febrero 2023	100%																																							
Marzo 2023	100%																																							
Abril 2023	100%																																							
Mayo 2023	100%																																							
Junio 2023	96%																																							
Julio 2023	96%																																							
Agosto 2023	96%																																							
Septiembre 2023	91%																																							
<p>Fuente: SAIPP - Presentaciones del Comité Intersectorial Elaborado por: DPPSM - 2022</p>	<p>Fuente: Cuadro de Mando Integral 2022 Elaborado por: DPPSM - 2022</p>	<p>Fuente: Cuadro de Mando Integral 2023 Elaborado por: DPPSM - 2023</p>																																						
<p>A septiembre de 2021 se obtiene un valor del 14% el cual tiene una tendencia creciente llegando al valor más alto en agosto de 2022 con un 44%.</p>	<p>En septiembre de 2022 se alcanza un valor de 57%. En octubre y noviembre no existen valores de reporte debido a su temporalidad de reporte, A diciembre, alcanza un 100% de cumplimiento.</p>	<p>Entre enero y mayo de 2023 participan la URS y Digercic obteniendo 100% de cumplimiento en sus indicadores. En junio INEC participa reportando un indicador el cual se encuentra en semaforización roja lo cual influye en el valor final de 96% que se conserva a agosto, sin embargo, decrece a septiembre a 91%.</p>																																						

Fuente: Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil. Septiembre 2021 – septiembre 2023

**Nota:** Para el periodo del 2023 dado el cambio de metodología se realizó una estandarización de valores de cada eje sobre 100% para una mejor trazabilidad en el análisis temporal.

**Acciones relevantes implementadas en el eje 4:**

- **Consolidación del Sistema de Seguimiento Nominal (Sussen).** El Sussen cuenta con los siguientes módulos:
  - Plataforma de alertas: módulo utilizado por MIES, Mineduc y Digercic para obtener información de la población que requiere sus bienes y servicios, contactarlos y ofrecerles





los servicios del paquete priorizado. Se envían alertas para los servicios de desarrollo infantil integral, levantamiento del Registro Social, inscripción de nacimiento, necesidad de vinculación al sistema educativo. Se han remitido desde el 1 de enero de 2023 hasta el 15 de octubre de 2023 502.611 alertas, de las cuales 291.947 han sido atendidas.

- Protocolos de captación, transformación, integración y seguridad de la información: procesos mediante los cuales se obtiene la información de las instituciones que forman parte de la ENECSDI como MSP, MIES, Digercic, URS, Mineduc y de la propia STECSDI. Posterior a esto, se realiza un proceso de transformación de nueve pasos para que la información de las diferentes instituciones pueda interactuar. Posteriormente, se ejecutan los procesos de integración de la información, entre los cuales está la construcción del padrón nominal. Se cierra el proceso con la identificación de alertas para el módulo de alertas y la entrega en el servidor de frontera de información para consumo de otras instituciones. Entre la información puesta a disposición de otras instituciones están las alertas para el MSP que no usa la plataforma de alertas del Sussen, sino su propio mecanismo de derivación; o la información del padrón nominal. Estos procesos se ejecutan a diario bajo un esquema seguro de protección de datos personales.
- Tablero territorial de indicadores: tablero con nueve indicadores de resultado y 15 de gestión que muestra, en un pantallazo, la situación de un territorio específico. Puede mostrar datos a nivel nacional, provincial, cantonal y parroquial. Así mismo, genera un reporte automáticamente con los 24 indicadores presentados comparando el resultado del territorio elegido con los de sus niveles territoriales superiores; por ejemplo, si se elige un cantón, se muestra la información del cantón frente a los de su provincia y a los del país. Finalmente, muestra resultados de la evolución de cada uno de los indicadores en los últimos dos años para el territorio seleccionado.
- Tablero temático de indicadores: tablero con más de 40 indicadores de seguimiento de la ENECSDI basados en los registros administrativos captados por el Sussen. Se enfoca en brindar un detalle más profundo de cada uno de los indicadores construidos, de tal manera que cuenta con fichas metodológicas, cruces básicos por características de la población, cruces territoriales hasta nivel parroquial y la evolución temporal. Permite filtrar la información de manera personalizada, así como construir reportes personalizados con hasta cuatro cruces de variables.
- Ficha individual de seguimiento nominal: ficha individual de cada embarazada y cada menor de dos años que incluye información de contacto, demográfica, acceso a servicios de salud, acceso a servicios de desarrollo infantil integral, acceso a transferencias monetarias, curvas de crecimiento y estado nutricional. Como módulo adicional, se puede consultar la elegibilidad para el bono 1.000 días, la cual es una herramienta necesaria en territorio para guiar a la población que así lo necesita.



- **Gestión territorial:** conjunto de módulos que permiten el manejo de delegados y actores de las mesas intersectoriales cantonales; seguimiento de las metas del plan de acción cantonal y seguimiento de los compromisos alcanzados en las mesas intersectoriales cantonales. Desarrollado en conjunto con la SGT según sus necesidades y requerimientos. Desarrollo técnico a partir de asistencia técnica del BID.
- **Ficha de centros:** perfilamiento de centros de salud y unidades de atención de desarrollo infantil del MIES que describe la población atendida, su perfilamiento de acuerdo con su nivel de pobreza y prevalencia de DCI.
- **Página web infanciaconfuturo.info:** canal de captación de información de la población objetivo de la ENECSDI, de manera que las embarazadas, madres y padres puedan ser valorados y se identifique qué servicios requieren recibir.
- **Aplicativo móvil Monitora:** aplicativo móvil para la captación de información de la población objetivo de la ENECSDI, de manera que las embarazadas, madres y padres puedan ser valorados y se identifique qué servicios requieren recibir.
- **Aplicativo móvil Infancia con Futuro:** aplicativo para que la ciudadanía pueda acceder a la información de desarrollo desde el embarazo hasta los dos años de vida, así como información educomunicacional que apoye un desarrollo integral e incentive el uso de los bienes y servicios del paquete priorizado. Desarrollo financiado a través de la asistencia técnica del BID.
- **Apoyo en la implementación de la Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil - (ENDI) y la generación de sus resultados:** desde la STECSDI se ha formado parte de la definición de los instrumentos de la ENDI, desde la definición de los dominios de estudio, el formulario de levantamiento y las definiciones metodológicas para la estimación de los principales indicadores derivados de la ENDI.
- **Desarrollo del padrón nominal:** el padrón nominal es un listado de construcción diaria de menores de 24 meses, gestantes, madres adolescentes y madres de los menores de 24 meses. Incluye información demográfica, de ubicación, de contacto, de acceso a servicios y del estado nutricional de la población a la fecha de corte.
- **Acceso a información de IESS:** a través de un convenio específico entre IESS y STECSDI y la aprobación de consumo por parte de DINARP, se han iniciado los procesos de intercambio de información con el IESS, los cuales se concretarán en la segunda semana de noviembre.



#### 4.1.5. Eje 5: Talento humano y mejora de la gestión institucional en el punto de atención

En este eje se representa la definición y desarrollo de propuestas orientadas a incrementar la eficiencia y eficacia en la entrega de bienes y en la prestación de servicios en el punto de atención y al fortalecimiento del talento humano.

Gráfico 11: Avance por eje del Plan estratégico intersectorial para la prevención y reducción de la DCI

<b>Resultados avance del PEIPRDC Sep 2021 - Ago 2022</b>	<b>Resultados avance del PEIPRDC Sep 2022 - Dic 2022</b>	<b>Resultados avance del PEIPRDC Ene 2023 - Sep 2023</b>																																										
<table border="1"> <caption>Resultados avance del PEIPRDC (Sep 2021 - Ago 2022)</caption> <thead> <tr> <th>Mes/año</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Septiembre 2021</td><td>23%</td></tr> <tr><td>Febrero 2022</td><td>40%</td></tr> <tr><td>Mayo 2022</td><td>35%</td></tr> <tr><td>Julio 2022</td><td>22%</td></tr> <tr><td>Agosto 2022</td><td>25%</td></tr> </tbody> </table>	Mes/año	Porcentaje	Septiembre 2021	23%	Febrero 2022	40%	Mayo 2022	35%	Julio 2022	22%	Agosto 2022	25%	<table border="1"> <caption>Resultados avance del PEIPRDC (Sep 2022 - Dic 2022)</caption> <thead> <tr> <th>Mes/año</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Septiembre 2022</td><td>42%</td></tr> <tr><td>Octubre 2022</td><td>85%</td></tr> <tr><td>Noviembre 2022</td><td>89%</td></tr> <tr><td>Diciembre 2022</td><td>94%</td></tr> </tbody> </table>	Mes/año	Porcentaje	Septiembre 2022	42%	Octubre 2022	85%	Noviembre 2022	89%	Diciembre 2022	94%	<table border="1"> <caption>Resultados avance del PEIPRDC (Ene 2023 - Sep 2023)</caption> <thead> <tr> <th>Mes/año</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Enero 2023</td><td>100%</td></tr> <tr><td>Febrero 2023</td><td>100%</td></tr> <tr><td>Marzo 2023</td><td>97%</td></tr> <tr><td>Abril 2023</td><td>97%</td></tr> <tr><td>Mayo 2023</td><td>97%</td></tr> <tr><td>Junio 2023</td><td>96%</td></tr> <tr><td>Julio 2023</td><td>92%</td></tr> <tr><td>Agosto 2023</td><td>93%</td></tr> <tr><td>Septiembre 2023</td><td>92%</td></tr> </tbody> </table>	Mes/año	Porcentaje	Enero 2023	100%	Febrero 2023	100%	Marzo 2023	97%	Abril 2023	97%	Mayo 2023	97%	Junio 2023	96%	Julio 2023	92%	Agosto 2023	93%	Septiembre 2023	92%
Mes/año	Porcentaje																																											
Septiembre 2021	23%																																											
Febrero 2022	40%																																											
Mayo 2022	35%																																											
Julio 2022	22%																																											
Agosto 2022	25%																																											
Mes/año	Porcentaje																																											
Septiembre 2022	42%																																											
Octubre 2022	85%																																											
Noviembre 2022	89%																																											
Diciembre 2022	94%																																											
Mes/año	Porcentaje																																											
Enero 2023	100%																																											
Febrero 2023	100%																																											
Marzo 2023	97%																																											
Abril 2023	97%																																											
Mayo 2023	97%																																											
Junio 2023	96%																																											
Julio 2023	92%																																											
Agosto 2023	93%																																											
Septiembre 2023	92%																																											
<p>Fuente: SAIPP - Presentaciones de Comité Intersectorial Elaborado por: DPPSM - 2022</p>	<p>Fuente: Cuadro de Mando Integral 2022 Elaborado por: DPPSM - 2022</p>	<p>Fuente: Cuadro de Mando Integral 2023 Elaborado por: DPPSM - 2023</p>																																										
<p>A septiembre de 2021 se obtiene un 23% con una tendencia creciente llegando al valor más alto en febrero de 2022 con un valor de 40%. En julio existe se alcanza 22% y cierra el periodo con un crecimiento de 3%, alcanzando 25%.</p>	<p>A septiembre de 2022 se alcanza un valor de 42% y se genera una tendencia creciente llegando en diciembre al valor más alto de 94%.</p>	<p>En enero y febrero de 2023 MIES y MSP iniciaron el reporte de sus indicadores teniendo un cumplimiento de 100%. Entre febrero y julio se incluyen Digercic, Intel y MSP de los cuales, en julio, Digercic y MIES presentan un indicador con semaforización roja lo cual influye en el reporte, alcanzado 92%. En agosto existe un leve crecimiento, sin embargo, se cierra el reporte a septiembre con 92%.</p>																																										

Fuente: Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil. Septiembre 2021 – septiembre 2023



**Nota:** Para el periodo del 2023 dado el cambio de metodología se realizó una estandarización de valores de cada eje sobre 100% para una mejor trazabilidad en el análisis temporal.

**Acciones relevantes implementadas en el eje 5:**

- **Fortalecimiento del talento humano:** Con el fin de fortalecer el talento humano para la provisión de los servicios de salud y de desarrollo infantil integral se cuenta con 38.912 profesionales a nivel nacional que trabajan en el primer nivel de atención de salud, de los cuales 1.726 son nuevos profesionales contratados (médicos, enfermeras, obstetras, promotores de salud y nutricionistas comunitarios) para actividades de promoción de salud y provisión del servicio. En la misma línea, actualmente 9.232 educadoras realizan actividades por el desarrollo infantil, estimulación y cuidado en los Centros de Desarrollo Infantil Integral, adicional 4.810 educadoras en el servicio Creciendo con Nuestros Hijos visitan a embarazadas y menores de 24 meses realizando acompañamiento familiar.
- **Implementación del proceso de sensibilización** denominado: ¿Cómo implementar programas para reducir la desnutrición crónica infantil en Ecuador?, con la participación activa de los delegados/as de las instituciones ejecutoras de la Estrategia Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil, llegando en su primera fase a 150 funcionarios públicos. A octubre de 2023, 38.661 personas se encuentran realizando el curso. De estos, 30.157 han terminado el mismo.
- **Mejora en la capacidad instalada:** Para brindar estos servicios es clave el mejoramiento de la gestión institucional en el punto de atención, en cuanto a los servicios de salud del MSP se ha adquirido 4.483 equipos antropométricos y para valoración de hemoglobina para 765 establecimientos de salud, se ha realizado la mejora de conectividad a internet para el uso de sistemas informáticos, 688 establecimientos de salud han tenido mantenimiento de infraestructura; el 100% de establecimientos de salud del primer nivel de atención tienen abastecimiento de biológicos para el esquema regular de vacunas, micronutrientes y libretas integrales de salud.

El MIES mantiene al 98% de sus Servicios de Desarrollo Infantil Integral con atención permanente beneficiando a 286.334 niñas y niños de cero a tres años en situación de vulnerabilidad y se ha realizado la construcción de tres nuevos CDI.

**4.1.6. Eje 6: Corresponsabilidad y transparencia**

En este eje se representan los resultados de la coordinación de espacios de encuentro con actores de la sociedad que fomente la participación efectiva en políticas, estrategias y tácticas.



Gráfico 12: Avance por eje del Plan estratégico intersectorial para la prevención y reducción de la DCI

<b>Resultados avance del PEIPRDC</b> <b>Sep 2021 - Ago 2022</b>	<b>Resultados avance del PEIPRDC</b> <b>Sep 2022 - Dic 2022</b>	<b>Resultados avance del PEIPRDC</b> <b>Ene 2023 - Sep 2023</b>																																										
<table border="1"> <caption>Resultados avance del PEIPRDC (Sep 2021 - Ago 2022)</caption> <thead> <tr> <th>Mes/año</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Septiembre 2021</td> <td>16%</td> </tr> <tr> <td>Febrero 2022</td> <td>25%</td> </tr> <tr> <td>Mayo 2022</td> <td>41%</td> </tr> <tr> <td>Julio 2022</td> <td>44%</td> </tr> <tr> <td>Agosto 2022</td> <td>54%</td> </tr> </tbody> </table>	Mes/año	Porcentaje	Septiembre 2021	16%	Febrero 2022	25%	Mayo 2022	41%	Julio 2022	44%	Agosto 2022	54%	<table border="1"> <caption>Resultados avance del PEIPRDC (Sep 2022 - Dic 2022)</caption> <thead> <tr> <th>Mes/año</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Septiembre 2022</td> <td>44%</td> </tr> <tr> <td>Octubre 2022</td> <td>98%</td> </tr> <tr> <td>Noviembre 2022</td> <td>82%</td> </tr> <tr> <td>Diciembre 2022</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	Mes/año	Porcentaje	Septiembre 2022	44%	Octubre 2022	98%	Noviembre 2022	82%	Diciembre 2022	100%	<table border="1"> <caption>Resultados avance del PEIPRDC (Ene 2023 - Sep 2023)</caption> <thead> <tr> <th>Mes/año</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Enero 2023</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>Febrero 2023</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>Marzo 2023</td> <td>58%</td> </tr> <tr> <td>Abril 2023</td> <td>79%</td> </tr> <tr> <td>Mayo 2023</td> <td>79%</td> </tr> <tr> <td>Junio 2023</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Julio 2023</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Agosto 2023</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Septiembre 2023</td> <td>94%</td> </tr> </tbody> </table>	Mes/año	Porcentaje	Enero 2023	0%	Febrero 2023	0%	Marzo 2023	58%	Abril 2023	79%	Mayo 2023	79%	Junio 2023	100%	Julio 2023	100%	Agosto 2023	100%	Septiembre 2023	94%
Mes/año	Porcentaje																																											
Septiembre 2021	16%																																											
Febrero 2022	25%																																											
Mayo 2022	41%																																											
Julio 2022	44%																																											
Agosto 2022	54%																																											
Mes/año	Porcentaje																																											
Septiembre 2022	44%																																											
Octubre 2022	98%																																											
Noviembre 2022	82%																																											
Diciembre 2022	100%																																											
Mes/año	Porcentaje																																											
Enero 2023	0%																																											
Febrero 2023	0%																																											
Marzo 2023	58%																																											
Abril 2023	79%																																											
Mayo 2023	79%																																											
Junio 2023	100%																																											
Julio 2023	100%																																											
Agosto 2023	100%																																											
Septiembre 2023	94%																																											
<p>Fuente: SAIPP - Presentaciones de Comité Intersectorial Elaborado por: DPPSM 2022</p>	<p>Fuente: Cuadro de Mando Integral 2022 Elaborado por: DPPSM 2022</p>	<p>Fuente: Cuadro de Mando Integral 2023 Elaborado por: DPPSM 2023</p>																																										
<p>En septiembre de 2021 se obtiene un porcentaje de cumplimiento del 16% con una tendencia creciente llegando al valor más alto en agosto de 2022 con 54%.</p>	<p>En septiembre de 2022 inicia el periodo con un valor de 44% el cual crece a 98% en octubre dado al avance de los proyectos relacionados a este eje. En el mes siguiente se genera un decrecimiento y en el mes de diciembre de alcanza el 100%</p>	<p>En enero y febrero de 2023 no existen instituciones que reporten indicadores. A partir de marzo empieza a reportar el MSP dando un valor de 58% debido a que uno de sus indicadores marca semaforización roja. En los meses de abril y mayo inicia el reporte de indicadores MIES y Mineduc llegando a 79% de cumplimiento y en junio inicia su reporte STECSDI junto a las demás instituciones llegando a 100% de cumplimiento manteniéndose así hasta el mes de agosto, con un ligero decrecimiento en septiembre.</p>																																										

Fuente: Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil. Septiembre 2021 – septiembre 2023

**Nota:** Para el periodo del 2023 dado el cambio de metodología se realizó una estandarización de valores de cada eje sobre 100% para una mejor trazabilidad en el análisis temporal.



**Acciones relevantes implementadas en el eje 6:**

- **Campaña educomunicacional:** Se ha ejecutado una campaña educomunicacional orientada al cambio de comportamiento a nivel de familia y de comunidad en torno a la DCI en territorio en coordinación con las entidades rectoras en el campo de la primera infancia y la comunicación pública. A la fecha, 49.912 personas han sido capacitadas en las regiones de la Costa, Sierra y Amazonía sobre desnutrición crónica infantil. Se han implementado 273 obras de teatro, con un alcance de 102.461 personas.
- **Captación temprana mediante el despliegue territorial** para la caracterización de los usuarios, generación de línea base y articulación de atenciones en el marco del paquete priorizado de la ENECSDI. A la fecha, el total de niños, niñas menores de dos años y mujeres gestantes captados son: 272.326, de estos: 212.374 son niños y niñas menores de dos años y 59.952 mujeres gestantes.
- **Elaboración de la Estrategia de comunicación para el desarrollo para la prevención de la desnutrición crónica infantil (C4D):** generada con apoyo de Unicef, MSP, MIES, Agencias de la ONU y la STECSDI. Contempla un conjunto de lineamientos que promueven el cambio de comportamiento en la ciudadanía para la prevención de la DCI. La Estrategia plantea la construcción de planes locales de educomunicación, aplicando la metodología C4D y tiene cinco fases: diagnóstico; diseño estratégico; creación y validación de mensajes; implementación y monitoreo; y evaluación.
- **Planes locales de educomunicación:** Actualmente se cuenta con 220 diagnósticos cantonales y 22 a nivel parroquial (Distrito Metropolitano de Quito), enfocados en las principales problemáticas relacionadas con la DCI, para implementar, a través de planes locales de educomunicación durante el 2024, acciones de cambio de comportamiento, con pertinencia cultural y territorial.
- **Ejecución de activaciones territoriales:** para acercar los servicios del paquete priorizado a la población materno infantil, a octubre 2023 se ejecutaron 69 ferias, 90 mingas, 41 recorridos participativos, 1.651 jornadas de capacitación a agentes de cambio y 81 caravanas Infancia con Futuro. A través de estas actividades se cubrieron las 24 provincias, registrando la participación de más de 150.000 personas.
- **Estrategia de vigilancia epidemiológica comunitaria:** La vigilancia comunitaria se basa en la participación activa de personas comprometidas con su comunidad frecuentemente líderes comunitarios, que trabajan por el bienestar comunitario, con especial atención en madres gestantes y niños menores de dos años. Se han capacitado a 4.701 miembros de la comunidad como vigilantes comunitarios, quienes, en colaboración con profesionales de la salud,



contribuyen en la identificación de embarazos y posibles riesgos individuales y comunitarios que afecten su salud, para la posterior notificación, confirmación y atención de los casos reportados.

## 4.2 Logros alcanzados

### 4.2.1. Logros de cobertura del paquete priorizado de la Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil (ENECSDI)

La principal herramienta de la ENECSDI para prevenir y combatir la DCI, es el paquete priorizado de bienes y servicios enfocados a la población objetivo. La entrega de este paquete priorizado para que potencie sus efectos puede decirse que se rige por cuatro principios: (1) ampliación de cobertura, (2) atención articulada, (3) atención oportuna, y (4) focalización hacia la población más vulnerable.



Fotografía: Ministerio de Salud Pública

La ampliación de cobertura hace referencia a la entrega de más bienes y servicios del paquete priorizado y que se realice de manera completa. Lo último quiere decir, por ejemplo, que en los controles de niño sano también se entreguen las vacunas pediátricas, se brinden las consejerías necesarias; que en los servicios de desarrollo infantil integral se aborden los temas de desarrollo y estimulación apropiadamente; etc.



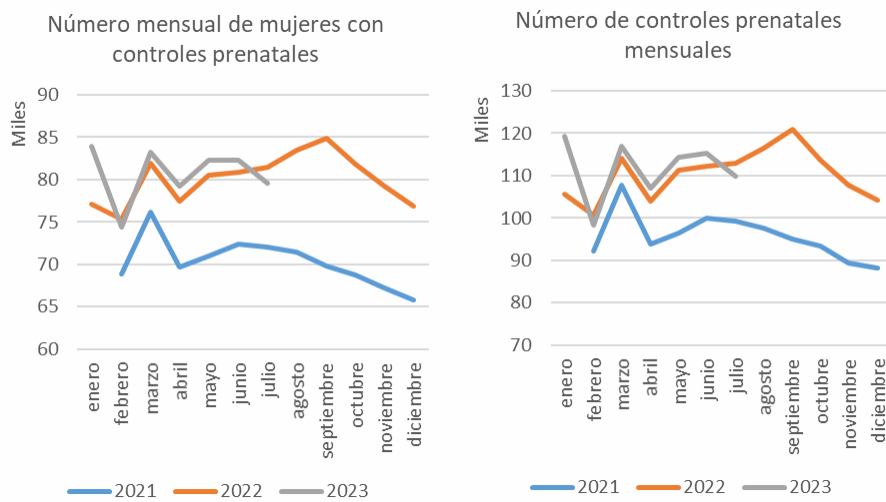
La atención articulada hace referencia a que no hace solo falta entregar más bienes y servicios, sino que estos lleguen como un programa de atención integral, pues la DCI es un problema multicausal y, como tal, requiere una respuesta intersectorial. La atención oportuna hace referencia a que los servicios tienen una mayor potencia cuando se entregan en el momento adecuado; por ejemplo, es más apropiado brindar una consejería acerca de lactancia materna exclusiva antes del nacimiento del niño. Finalmente, la focalización implica que, dado que la DCI afecta de manera desproporcionada a la población en condición de pobreza, más esfuerzos se deben enfocar a este grupo.

Dicho esto, se analizarán los servicios del paquete priorizado a través de cada uno de estos principios.

#### 4.2.1.1. Ampliación de servicios

Iniciando con los controles prenatales como el punto de partida de los 1.000 primeros días de vida, se evidencia un crecimiento tanto en la cantidad de embarazadas que reciben los controles por parte del MSP, como la cantidad de controles entregados entre 2021 y 2022. La entrega de los servicios se mantiene durante 2023 (Gráfico 13).

Gráfico 13: Evolución de prestación de controles prenatales 2021-2023



Fuente: Sistema Unificado y Universal de Seguimiento Nominal (Suusen)

En promedio, en el 2021, 70.303 gestantes recibían controles prenatales en los centros de salud del MSP mensualmente. Esto aumentó a 80.073 en 2022 y a 80.688 entre enero y julio de 2023. Lo que quiere decir que, si se toma al año 2021 como punto de partida, incrementó en 14,8% la cantidad de personas que recibieron, mensualmente, controles prenatales entre 2021 y 2023.

El aumento de la cantidad de embarazadas atendidas es también el reflejo de un aumento de la producción de controles prenatales entregados, los cuales pasaron de un promedio de 95.739 mensuales en 2021 a 110.276 en 2022 y a 111.562 entre enero y julio de 2023. Esto significa un aumento de 16,5% de la cantidad de controles prenatales mensuales en los centros de salud del MSP.



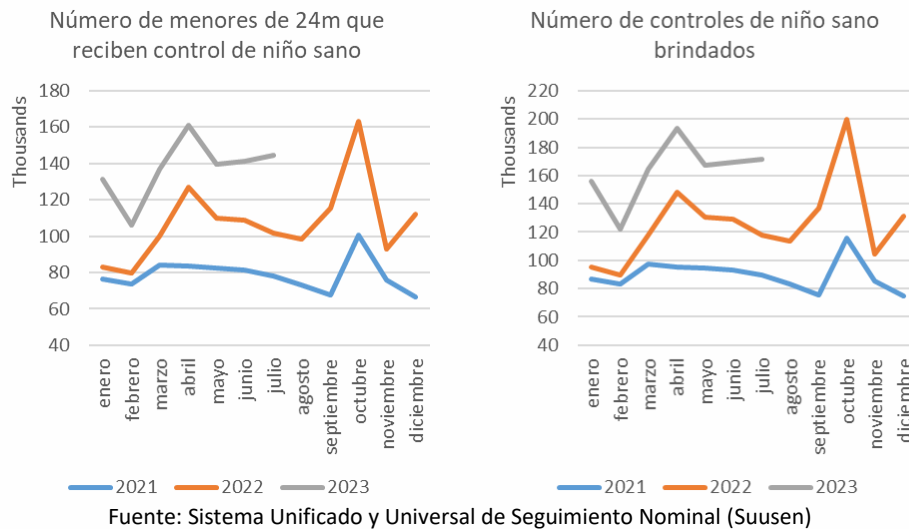


El hecho de que haya un aumento superior del número de controles prenatales que la cantidad de gestantes que reciben estos controles refleja, a su vez, un aumento de la cantidad en promedio de controles que recibe cada gestante que se hace atender en el MSP.

Comparando julio 2021 con julio 2023, en los lugares donde se registró un mayor aumento de controles prenatales fue en las provincias de Morona Santiago (145,6%), Azuay (74,9%), Galápagos (70,3%), Orellana (57,7%), Pastaza (41,5%), Napo (24%), Santa Elena (23,0%) y Chimborazo (18,6%). Y, dentro de cada provincia, aumentaron más las atenciones en las parroquias priorizadas (12,6%), mientras que en las no priorizadas el incremento fue de 8,5%. Las parroquias priorizadas son un conjunto de 728 parroquias rurales y urbanas a nivel nacional donde existe la mayor prevalencia y concentración de DCI, por lo que centrar los esfuerzos en estos lugares permite una mejor focalización de las acciones.

Continuando con el ciclo de vida, están los controles de niño sano, los cuales han aumentado incluso más que los prenatales. Mientras que en 2021 en promedio 78.743 niños mensualmente se hacían atender en los centros de salud del MSP, en 2022 el promedio ascendió a 107.639 y entre enero y julio de 2023 alcanzó 137.303 menores de 24 meses mensuales en promedio. Esto representa un crecimiento del 74,4% de niños que reciben sus controles entre 2021 y lo que va de 2023 (Gráfico 14).

**Gráfico 14: Evolución de prestación de controles de niño sano 2021-2023**



No solo aumentó la cantidad de niños atendidos, sino también la cantidad de atenciones. En 2021 se brindaban en promedio 89.845 controles de niño sano mensualmente; entre enero y julio de 2023 este promedio subió a 163.432, lo que implica un crecimiento del 81,9%. Similar al caso de las mujeres gestantes, la cantidad de atenciones aumentó más que la cantidad de niños atendidos, reflejando que no solo más niños se atienden, sino que en promedio cada uno recibe más atenciones.





Fotografía: Ministerio de Salud Pública

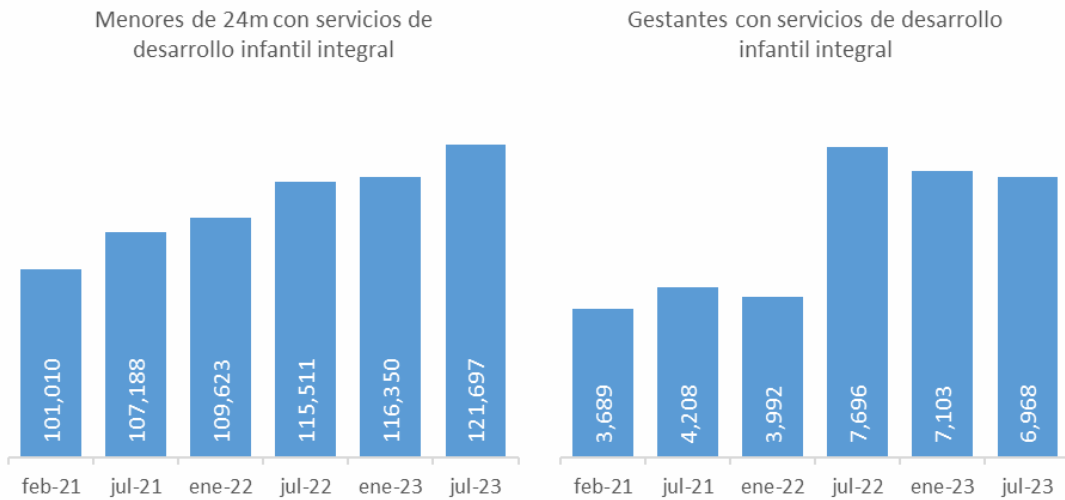
Geográficamente, destaca el crecimiento de Orellana y Santa Elena. Entre julio de 2021 y julio de 2023 la cantidad de niños que recibieron controles de niño sano pasó de 560 a 2.780 en la provincia de Orellana y de 1.412 a 5.714 en Santa Elena, lo que significa un crecimiento de 396,4% y 304,7%, respectivamente entre 2021 y 2023. Le siguen Morona Santiago (197,5%), Los Ríos (174,7%), Galápagos (171,3%), Pastaza (142,0%) y Azuay (123,7%). Así mismo, en las parroquias priorizadas el crecimiento fue de 118,6%, mientras que entre las no priorizadas fue de 50,7%; es decir, se dio un mayor enfoque en aquellos territorios donde la DCI es más prevalente y está más concentrada.

Más allá de lo geográfico, destaca un crecimiento mayor de cobertura de controles de niño sano entre la población pobre y con pobreza extrema. En el primer grupo se registra un aumento de 184,5% entre julio 2021 y julio 2023; entre los niños y niñas de familias en pobreza extrema, el aumento de cobertura en el mismo periodo fue de 137,9%. Así mismo, destaca un aumento de cobertura superior entre los usuarios de los servicios de desarrollo infantil integral del MIES, principalmente CNH. Mientras que entre los no usuarios de CDI o CNH, aumentó en 60,1% la cantidad de niños que recibieron controles de niño sano, entre los usuarios de CDI, este aumento fue de 85,8%, y entre los usuarios de CNH de 174,3% entre julio 2021 y julio 2023. Esto quiere decir que no solo se incrementó las atenciones de control de niño sano, sino que se focalizó mucho más hacia las poblaciones más vulnerables.

Al considerar la evolución de los servicios de desarrollo infantil integral para menores de 24 meses y gestantes (Ilustración 5), resalta un incremento de cobertura entre embarazadas y menores de 24 meses. A inicios de 2021, 101.010 menores de 24 meses accedían a los servicios de Creciendo con Nuestros Hijos (CNH) o de los Centro de Desarrollo Infantil (CDI). A julio 2023, este número llegó a 121.697; registrando un aumento de 20,5%. A su vez, entre las gestantes esta cobertura aumentó de 3.689 a 6.968, es decir, un 88,9% más.



Gráfico 15: Evolución de cobertura de los servicios de desarrollo infantil integral del MIES entre menores de 24 meses y gestantes



Fuente: Sistema Unificado y Universal de Seguimiento Nominal (Suusen)

Este aumento no solo significó dar más servicios, sino enfocarlos mucho mejor hacia la población más vulnerable. Destaca, entonces, que los mayores incrementos se han dado entre la población pobre y en pobreza extrema. Los niños en pobreza atendidos por los servicios de desarrollo infantil integral del MIES crecieron en 15,2%, mientras que para los niños y niñas en extrema pobreza el crecimiento fue de 58,6% entre julio 2021 y julio 2023. No solo el enfoque mejoró hacia la población en pobreza, sino también hacia las edades tempranas; el número de niños y niñas atendidas con menos de seis meses de edad aumentó en un 73,5% en el mismo periodo de análisis.



Fotografía: Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil



Geográficamente, en las parroquias priorizadas el incremento de cobertura fue de 15,9% entre julio de 2021 y julio de 2023 entre menores de 24 meses y de 42,9% entre gestantes en el mismo periodo. En complemento destaca el crecimiento de la cobertura para menores de 24 meses en las provincias de Pichincha (39,7%), Orellana (33,2%), Santo Domingo (28,3%), El Oro (24,8%) y Bolívar (24,3%). Con excepción de Galápagos, todas las provincias registraron un crecimiento en la cobertura de los servicios de desarrollo infantil integral para los menores de 24 meses entre julio de 2021 y julio 2023.

#### 4.2.1.2. Articulación de servicios

Una vez registrado el incremento significativo de los servicios de manera individualizada, es necesario conocer la medida en la que estos se entregaron de manera coordinada, pues la DCI no se resuelve únicamente con un tipo de servicios, sino que todos reciban todo lo que requieren.

En una primera instancia, se requiere identificar el nivel de coordinación entre MIES y MSP que son los principales proveedores de los bienes y servicios del paquete priorizado. Para esto se verificará el porcentaje de gestantes y niñas y niños menores de 24 meses usuarios de los servicios del MIES que cuentan con sus controles prenatales o de niño sano al día.

Que una mujer gestante, una niña o un niño tenga sus controles al día, quiere decir que se realizó el último control prenatal o de niño sano que corresponde a su periodo gestacional o edad. Para esto, se detalla a continuación los calendarios sugeridos por el Ministerio de Salud Pública (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2023b) (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2023a):

Tabla 5: Calendario de controles prenatales y niño sano según el Ministerio de Salud Pública

Controles prenatales	< 12 semanas	12-17 semanas	18-23 semanas	24-29 semanas	30-42 semanas
Controles de niño sano	< 16 días	16 días - 1 mes	2 meses	3-4 meses	5 meses
	6-8 meses	9-10 meses	11-12 meses	13-15 meses	16-18 meses
	19-21 meses	22-23 meses			

La tabla 5 ayuda a identificar cuándo una gestante, un niño o una niña debe recibir un control de salud. Por ejemplo, que una gestante de 22 semanas tenga sus controles al día significa que tiene un control prenatal entre las 18 y 23 semanas de gestación. No obstante, si no tiene ese control registrado, se puede verificar que haya recibido uno entre las 12 y 17 semanas, pues aún tiene dos semanas para cumplir el control que le corresponde. Consecuentemente, se puede decir que una gestante, una niña o un niño tiene sus controles al día si cuenta con el control que le corresponde a su grupo etario o al inmediatamente anterior.

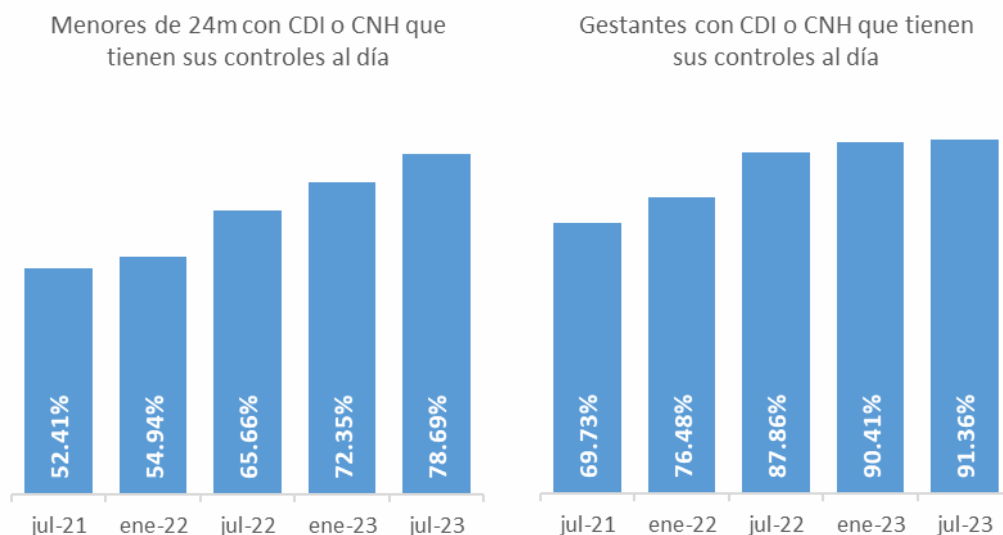


Con los precedentes detallados, se requiere entonces conocer el nivel de articulación entre ambas instituciones. En el Gráfico 16 se detalla la evolución de los menores de 24 meses usuarios de los servicios de desarrollo infantil integral del MIES (CDI o CNH) que tienen sus controles de niño sano al día, así como el porcentaje de gestantes usuarias de los servicios de desarrollo infantil integral del MIES que cuentan con sus controles prenatales al día.

En julio de 2021, apenas la mitad de los menores de 24 meses atendidos por los CDI y CNH tenía al mismo tiempo sus controles de niño sano al día. Al cerrar julio 2023, la cobertura de controles de niño sano al día entre los usuarios de los CDI y CNH menores de dos años alcanzó el 78,69%; es decir un crecimiento de 26 p.p. en dos años de activación de la ENECSDI. Análogamente, el 69,73% de gestantes atendidas tenía sus controles prenatales al día en julio de 2021; en julio de 2023 esto llegó al 91,36%, es decir nueve de cada 10 gestantes usuarias de los servicios de CNH.

Consecuentemente, no solo aumentaron los servicios de cada uno de estos ministerios, sino que al mismo tiempo se han enfocado en brindarlos articuladamente a la misma población. Recordando que ambos servicios aumentaron su cobertura más entre los pobres, se nota ya también el cuarto principio: la focalización. En otras palabras, los servicios preventivos de salud y los servicios de acompañamiento familiar provistos por el MIES han aumentado su provisión, han trabajado coordinadamente y esa coordinación se ha enfocado entre la población en condición de pobreza, entre quienes la prevalencia de la DCI es superior.

Gráfico 16: Población con servicios de desarrollo infantil integral del MIES con sus controles al día en el MSP



Fuente: Sistema Unificado y Universal de Seguimiento Nominal (Suusen)



Geográficamente, hay un mayor crecimiento en las parroquias priorizadas. Mientras que entre las parroquias priorizadas el crecimiento entre julio 2021 y julio 2023 fue de 28,34%, en las no priorizadas alcanzó un 23,11%. Es decir, si bien hay un mayor enfoque en aquellos territorios con más necesidades y concentración de DCI, en las demás igualmente ha mejorado la cobertura.

A nivel provincial encabezan Morona Santiago y Orellana tanto para la población de niños como para gestantes. En Morona Santiago, entre julio de 2021 y julio de 2023, la cobertura de controles de niño sano al día entre menores de 24 meses con servicios del MIES pasó de 35,56% a 84,07%, mientras que la cobertura de controles prenatales al día entre las gestantes usuarias de los servicios del MIES pasó de 33,9% a 81,17%. En Orellana entre niños se dio un crecimiento de 61,2 p.p. alcanzando el 85,71% de cobertura en julio de 2023, mientras que entre gestantes el crecimiento fue de 49,2 p.p. y cerró con una cobertura de 90,91%. Todas las demás provincias también muestran ampliaciones significativas de las coberturas articuladas entre MSP y MIES.

Entre grupos poblacionales particulares destaca el aumento de cobertura articulada entre la población indígena y afro. Los niños indígenas que reciben los servicios de desarrollo infantil integral del MIES aumentaron su cobertura de controles de niño sano en 38,30 p.p., pasando de 47,77% a 86,07% entre julio de 2021 y julio de 2023; entre menores de 24 meses afro, el aumento fue de 35,71 p.p., cerrando en una cobertura de 71,66% en julio de 2023. El aumento para ambos grupos es significativamente superior al promedio nacional. Así mismo, destaca que los aumentos de cobertura son mayores entre niños que enfrentan pobreza extrema (30,46 p.p.) y pobreza (25,24 p.p.) frente a aquellos niños no pobres (22,01 p.p.). Nuevamente, empieza a destacar el cuarto principio, la focalización de acciones.

Otro indicador relevante para identificar la articulación también con el Registro Civil es el porcentaje de menores de 24 meses y gestantes con sus servicios integrales al día. Este indicador mide quiénes tienen los servicios detallados en la Tabla 6, del total de menores de 24 meses y gestantes.

Tabla 6: Servicios evaluados para identificar la población con sus servicios integrales al día

	Gestantes	Menores de 24 m
Todos	Controles prenatales al día	Controles de niño sano al día
		Inscripción en el Registro Civil
Población en pobreza	CDI o CNH	CDI o CNH
	Transferencia monetaria	Transferencia monetaria

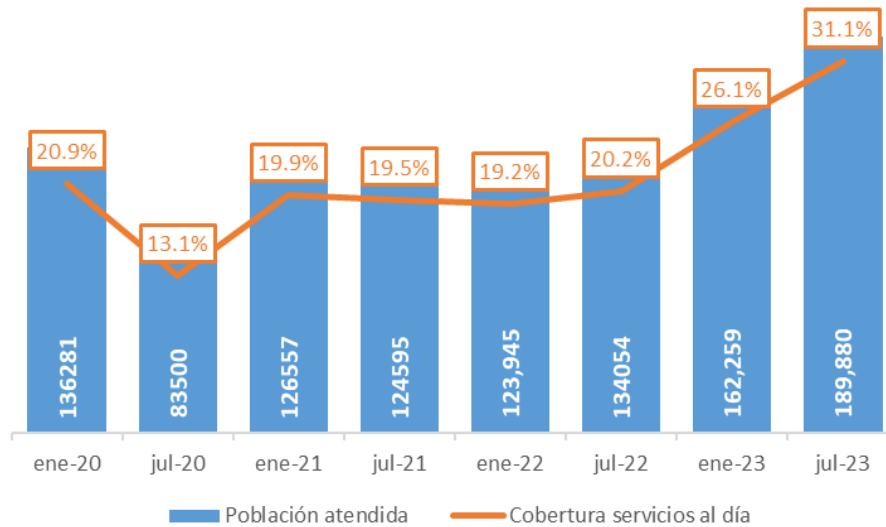
Fuente: Sistema Unificado y Universal de Seguimiento Nominal (Suusen)

Es decir, se mide del total de gestantes y menores de 24 meses, qué porcentaje accede a los servicios de la Tabla 6 según su condición. Es importante notar que los servicios de CDI o CNH y las transferencias monetarias se evalúan únicamente para la población en condición de pobreza, pues es parte de la focalización hacia la población más vulnerable.



Esta cobertura articulada, que incluye los servicios de protección social y de la inscripción del nacimiento en el registro civil, estuvo estancada hasta mediados de 2022 (Gráfico 17) cuando entró a funcionar el mecanismo de alertas del Sistema Unificado y Universal de Seguimiento Nominal (Suusen) y el Bono 1.000 días. El Suusen permite identificar automáticamente las necesidades de la población objetivo de la ENECSDI a través de un monitoreo individualizado y derivarlas para una atención oportuna a los operadores territoriales de MIES, MSP, Registro Civil y Ministerio de Educación. El Bono 1000 días es una transferencia monetaria enfocada en la prevención de la DCI y condicionada a la corresponsabilidad familiar de asistencia a los controles prenatales, controles de niño sano e inscripción temprana del nacimiento en el registro; además, se debe brindar a todos sus beneficiarios los servicios de desarrollo infantil integral del MIES.

Gráfico 17: Evolución de cobertura de servicios integrales al día



Fuente: Sistema Unificado y Universal de Seguimiento Nominal (Suusen)

A julio de 2023, la cobertura de los servicios integrales al día alcanzó al 31,13% de la población objetivo, partiendo de una base promedio de 20%. Esto significó que alrededor de 65K niñas, niños y gestantes adicionales a lo registrado en julio de 2021 recibieron al mismo tiempo todos los servicios que corresponden según sus características. Si bien el paquete priorizado detalla otros servicios particulares como vacunas, exámenes de laboratorio, suplementación nutricional, entre otros, los controles prenatales y los controles de niño sano son las puertas de entrada a todos estos servicios.

Entre los diferentes grupos poblacionales destaca el incremento entre los menores de 24 meses, y, entre ellos, la población de menos de seis meses y los niños y niñas entre seis y 11 meses. En el primero de estos grupos aumentó la cobertura en 14,52 p.p., mientras que para el segundo fue de 16,32 p.p. entre julio de 2021 y julio de 2023. Si bien estos dos grupos es para quienes mayor incremento se registra, todos los grupos poblacionales muestran un aumento significativo de cobertura integral entre julio 2021 y julio



2023. Así mismo, destaca un crecimiento más marcado entre la población usuaria de los servicios del MIES frente a quienes no los reciben. Entre los usuarios del CNH, el aumento de cobertura de los servicios integrales fue de 26,04 p.p., cerrando en 64,78% en julio 2023; entre los usuarios de los CDI, el incremento fue de 13,46 p.p. y cerró julio 2023 con una cobertura de 51,53% de servicios integrales al día; entre aquella población sin acceso a los servicios de desarrollo infantil integral del MIES la cobertura aumentó de 15,55% en julio de 2021 a 22,69% en julio de 2023.

#### 4.2.1.3. Oportunidad de servicios

Un tercer principio es la oportunidad de entrega de los servicios, es decir, el momento en que se recibe cada uno de los bienes y servicios del paquete priorizado. La ENECSDI es una estrategia preventiva, y como tal busca evitar que más niños caigan en DCI, en lugar de actuar reactivamente solo cuando una niña o niños ya padezca DCI.

Para ejecutar una efectiva prevención se requiere identificar el momento crítico en que un servicio o bien deben entregarse, es decir cuándo brindará mayor protección a gestantes, niños y niñas. Por ejemplo, la vacunación pediátrica contra el rotavirus provee una mejor cobertura si su primera dosis es puesta a los dos meses de vida y la segunda a los cuatro meses.

Si bien esta vacuna puede colocarse más tarde, la oportunidad de entrega permite evitar cuadros de enfermedades diarreicas agudas en edades tempranas que puedan implicar un reverso en el desarrollo infantil. Como otro ejemplo, los servicios de desarrollo infantil integral del MIES proveen consejerías enfocadas a un desarrollo integral y estimulación de crecimiento desde el embarazo, cubriendo tópicos como la lactancia materna exclusiva, la planificación del parto, entre otros.

Muchos de los temas de consejería y estimulación solo son relevantes si son provistos a tiempo, pues si un niño de cinco meses no recibió lactancia materna exclusiva durante su corta edad, ya no podrá recibirla y apenas le quedaría un mes de exposición a este hábito crítico para una correcta alimentación y protección infantil.

Un concepto fundamental para fortalecer la oportunidad de entrega de los bienes y servicios es la captación temprana; es decir, el ingreso al sistema de cuidado desde etapas tempranas de la gestación o de la vida. En términos del embarazo, se considera como captación temprana si una gestante recibió su primer control prenatal antes de las primeras 12 semanas de embarazo. En términos de inscripción del nacimiento en el Registro Civil, se considera como captación temprana si la inscripción del nacimiento ocurrió máximo 45 días después del nacimiento. Finalmente, para el ingreso en los servicios de desarrollo infantil integral del MIES, se considerará como captación temprana a quienes hayan ingresado antes de los 90 días de vida o durante el embarazo<sup>17</sup>.

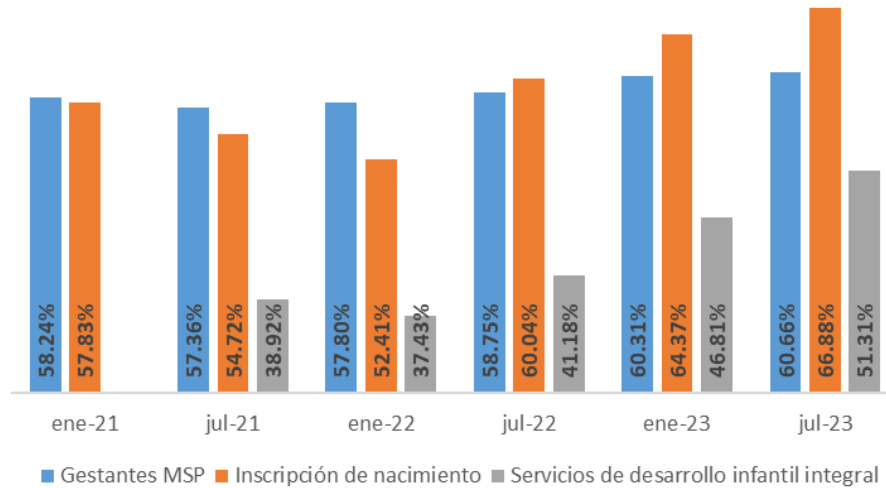
---

<sup>17</sup> Esto quiere decir que, si la madre de un niño que recibe el servicio de CNH o CDI recibió el acompañamiento del MIES durante su gestación, también se considerará como captación temprana. Por definición, toda gestante que reciba los servicios del MIES se considerará como captación temprana.





Gráfico 18: Evolución de la captación temprana en servicios de salud, inscripción de nacimiento y servicios de desarrollo infantil integral del MIES



Fuente: Sistema Unificado y Universal de Seguimiento Nominal (Suusen)

La captación temprana de embarazadas en el MSP ha aumentado en poco más de 3 p.p. entre julio de 2021 y julio de 2023 (Gráfico 18). Esto quiere decir que, en julio de 2023, del total de embarazadas que se hacen atender en el MSP, el 60,66% empieza sus controles antes de las 12 semanas de gestación. Esta etapa es crítica, pues en el primer control se pueden detectar y descartar patologías especiales. En caso de que se detecte alguna patología, se puede referir el caso a tiempo para el tratamiento respectivo (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015).

Si bien a nivel nacional la captación temprana del embarazo ha aumentado ligeramente, se debe destacar un crecimiento más alto entre ciertos grupos vulnerables. En particular, entre julio de 2021 y julio de 2023 ha aumentado en 9,2 p.p. la captación temprana entre gestantes usuarias de los servicios de CNH del MIES; en 6,6 p.p. para las gestantes parte del bono de desarrollo humano y en 11,5 p.p. entre las gestantes parte del bono de desarrollo humano variable.

En complemento, la inscripción temprana de nacidos vivos ha aumentado significativamente entre 2021 y 2023 (Gráfico 18). Desde la pandemia por COVID, la inscripción temprana de nacimientos se redujo significativamente y mantuvo esta tendencia decreciente hasta febrero de 2022. Prepandemia, la inscripción temprana de nacimientos, es decir hasta los 45 días de vida, llegó a 70,1% de los menores de 24 meses en enero de 2020 y en su punto más bajo fue de 52,53% en febrero de 2022. Desde marzo de 2022 se registra un aumento significativo y constante crecimiento hasta cerrar en 66,88% en julio de 2023.

A pesar de que el nivel de cobertura de la inscripción temprana de nacimiento se encuentra aún por debajo del registro prepandemia es porque el indicador toma en cuenta a todos los menores de 2 años;



es decir, incluyendo a aquellos que nacieron en la época inmediatamente después de la pandemia y por lo tanto con baja cobertura.

Al analizar de manera particular a los niños de menos de 12 meses de edad, la cobertura prepandemia en enero de 2020 fue de 70,15%, y para julio de 2023 llegó a 70,75%, es decir, aunque por poco, ya por encima del nivel prepandemia. En otras palabras, para aquellos niños que nacieron en la época postpandemia se realizaron más esfuerzos para que su inscripción de nacimiento sea oportuna. La inscripción del nacimiento declara la existencia de la persona y le otorga una identidad que le permitirá acceder con mayor facilidad a los demás servicios del paquete priorizado.

Finalmente, los servicios que más mejoraron en términos de captación temprana fueron los servicios de desarrollo infantil integral del MIES que pasó de 38,92% en julio de 2021 a 51,31 en julio de 2023 (Gráfico 18); es decir, un crecimiento de más de 12 p.p. en dos años. En julio de 2023, más de la mitad de las gestantes y menores de 24 meses atendidos por el MIES iniciaron con los servicios de desarrollo infantil integral antes de los 90 días de vida o durante la gestación. Esto les permite recibir todas las consejerías y ejercicios de estimulación a tiempo y, por lo tanto, ajustar los hábitos de cuidado y crianza antes de que un evento adverso como la DCI se presente.

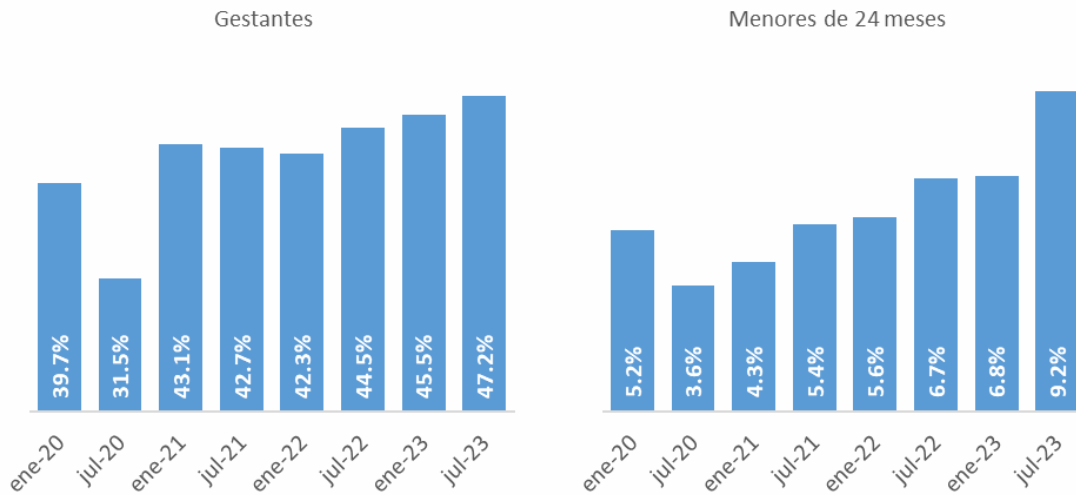
Destaca el aumento de captación temprana en los servicios de desarrollo infantil integral del MIES en las provincias de Santo Domingo, Bolívar y Zamora Chinchipe, donde incrementó en 24,6 p.p., 24,2 p.p., y 19.4 p.p., respectivamente. Así mismo, destaca un mayor aumento de captación temprana en el área rural (15 p.p.) frente al área urbana (11,7 p.p.) en el mismo periodo. Así mismo, el mayor incremento se ha dado en la población en condiciones de pobreza, pues la derivación de alertas desde el Suusen para la vinculación a los servicios de desarrollo infantil integral se ha enfocado únicamente en la población en condiciones de pobreza.

Finalmente, destaca que la población con mayor captación temprana es aquella del Bono 1.000 días, pues alcanza el 79,43% a julio 2023, mientras que el promedio nacional es 51,31%. Es decir, entre aquellos beneficiarios del bono 1.000 días que reciben los servicios de desarrollo infantil integral del MIES, 8 de cada 10 comenzaron a recibirlo antes de los 90 días de vida o durante su gestación.

Una vez definido el concepto de captación temprana y evidenciados sus resultados, es necesario abordar la oportunidad más allá del primer contacto. Esto es, los servicios, principalmente de salud, deben mantenerse en constante provisión acorde al calendario de la Tabla 5. Para medir esto, se define el concepto de oportuno y completo. Este concepto, aplicado a los controles prenatales y de niño sano, implica que una persona según su edad o edad gestacional haya recibido todos los controles previos a su grupo de edad o edad gestacional. Por ejemplo, una gestante de 25 semanas debe haber recibido al menos un control antes de las 12 semanas, al menos uno entre las 12 y 17 semanas y al menos uno entre las 18 y 23 semanas para ser considerada como con controles oportunos y completos. No se verifica el cuarto control, pues aún tiene hasta la semana 29 para realizarlo.



Gráfico 19: Cobertura de controles prenatales y de niño sano oportunos y completos



Fuente: Sistema Unificado y Universal de Seguimiento Nominal (Suusen)

Tanto los controles prenatales como de niño sano oportunos y completos tuvieron un retroceso durante la pandemia y una respectiva recuperación post pandemia. A partir del valor postpandemia, se registra un aumento significativo en ambos servicios a julio 2023. En el caso de gestantes con controles oportunos y completos, se registró un aumento de 4,5 p.p. entre julio 2021 y julio 2023, mientras que la cobertura de menores de 24 meses con controles oportunos y completos pasó de 5,4% a 9,2% entre julio 2021 y julio 2023, lo cual implicó casi una duplicación de cobertura.

Se destaca que la cobertura para menores de 24 meses es significativamente inferior a la de gestantes, lo que realza la importancia de continuar con los esfuerzos para mantener vinculada a la población en los servicios de salud. Este indicador es particularmente exigente, pues si un niño o niña falta a solo un control de crecimiento, ya nunca podrá ser considerado como con controles oportunos y completos. No obstante, si bien es un indicador exigente, es el tipo de cobertura que se debe tener.

En cuanto a resultados de cobertura de controles oportunos y completos de niño sano, los más notables son los de Galápagos, Chimborazo, Santa Elena y Carchi. En Galápagos, por ejemplo, la cobertura pasó de 2,4% a 20,5%; un aumento de 18,1 p.p. en dos años. Le sigue Chimborazo, una de las provincias con mayor prevalencia de DCI que pasó de 4,4% a 15,1%. En tercer lugar, está Santa Elena, otra de las provincias con mayor prevalencia de DCI en el país; su cobertura pasó de apenas 1,6% a 11,9% entre julio de 2021 y julio de 2023. Cierra el grupo la provincia de Carchi que pasó de 8,1% a 17,9% en el mismo periodo; lo que significó un aumento de casi 10 p.p. en apenas dos años.

En cuanto a grupos poblacionales, resalta el aumento de cobertura entre la población indígena que registró un aumento de 5,1 p.p. Finalmente, destaca nuevamente, que el grupo de mayor cobertura es el de los niños beneficiarios al bono 1.000 días que a julio 2023 cerraron con una cobertura de 19%, 10 p.p. por encima del promedio nacional, demostrando que los programas de protección social con el adecuado



diseño e incentivos pueden influir positivamente en el cambio de comportamiento y hábitos de la población.

En complemento, acorde a los resultados de la primera ronda de la ENDI, el 94,6% de los niños entre 12 y 59 meses de edad tuvieron sus dos dosis de la vacuna de rotavirus antes de cumplir un año de edad; así mismo, el 90,5% del mismo grupo tuvo sus tres dosis de la vacuna contra neumococo colocadas durante el primer año de vida (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2023b).

#### 4.2.1.4. Focalización de la atención

El último principio de dotación de prestaciones y servicios es la focalización de los servicios hacia la población más vulnerable. En particular, y dada la relación entre pobreza y DCI, esto significa enfocar la entrega de los servicios críticos a la población en condiciones de pobreza. A lo largo de las anteriores secciones se mostró como en muchos de los servicios, los mayores crecimientos se han registrado entre la población en pobreza y pobreza extrema.

Tabla 7: Evolución de cobertura de servicios críticos según nivel de pobreza julio 2021-julio 2023

Indicador	Pobreza extrema			Pobreza			Nivel agregado		
	jul-21	jul-23	Variación %	jul-21	jul-23	Variación %	jul-21	jul-23	Variación %
Número de controles prenatales mensuales	20.892	19.365	-7,3%	34.198	35.859	4,9%	99.304	109.798	10,6%
Número de controles de niño sano mensuales	12.183	28.986	<b>137,9%</b>	24.628	70.078	<b>184,5%</b>	89.565	171.464	91,4%
Captación temprana gestantes en MSP	53,57 %	57,30%	<b>7,0%</b>	59,55%	62,75%	5,4%	57,36%	60,66%	5,8%
Controles oportunos y completos prenatales	40,82 %	44,32%	8,6%	45,70%	50,40%	10,3%	42,69%	47,19%	10,5%
Controles oportunos y completos niño sano	6,45%	9,65%	49,6%	5,18%	8,74%	68,7%	5,38%	9,19%	70,8%
Gestantes con servicios de desarrollo infantil integral (SDII)	1.391	1.843	32,5%	1.611	3.447	<b>114,0%</b>	4.208	6.968	65,6%
Menores de 24 meses con servicios de desarrollo infantil integral (SDII)	22.868	36.280	<b>58,6%</b>	45.585	52.521	<b>15,2%</b>	107.188	121.697	13,5%
Captación temprana en SDII	52,27 %	59,14%	13,1%	37,80%	53,15%	<b>40,6%</b>	38,92%	51,31%	31,8%
Gestantes y menores de 24 meses con servicios integrales al día	8,16%	20,59%	<b>152,3%</b>	5,30%	15,16%	<b>186,0%</b>	19,53%	31,13%	59,4%

Fuente: Sistema Unificado y Universal de Seguimiento Nominal (Suusen)



En la tabla 7 se detalla la evolución entre julio de 2021 y julio de 2023 de todos los indicadores analizados separando por la población en pobreza extrema según el Registro Social (RS), población en pobreza según el RS (excluye a los de pobreza extrema) y la población total. Se marca en verde aquellos casos donde el incremento es mayor para la población en pobreza o pobreza extrema que el incremento entre la población general. Las columnas de variación hacen referencia a la variación porcentual del indicador. Es decir, se identifica la tasa de variación del indicador de julio de 2023 y la de julio de 2021; no se estima el cambio en puntos porcentuales para los indicadores que miden cobertura porcentual.

Destaca, entonces, un aumento más marcado entre la población en pobreza o pobreza extrema de la provisión de controles de niño sano, captación temprana de gestantes en MSP, acceso a los servicios de desarrollo infantil integral del MIES y el indicador del paquete priorizado integrado. Todos estos servicios han incrementado más sus coberturas entre embarazadas y niños en condiciones de pobreza o pobreza extrema según el RS, lo que refleja el enfoque hacia la población que es más probable de padecer DCI. No obstante, algunas prestaciones no siguen la misma tendencia como la provisión de controles prenatales y la cobertura de controles oportunos y completos.

Más allá del incremento de varios de los servicios críticos entre la población en pobreza, se desplegó el Bono 1.000 días como un programa específico para ese grupo poblacional. El Bono 1.000 días, también conocido como Bono Infancia Futuro (BIF) es un programa integral de prevención de la DCI que incluye una transferencia monetaria no condicionada de USD 50 mensuales y una transferencia condicionada equivalente a USD 10 mensuales que se pagan de manera acumulada al nacimiento (USD 90), al cumplir el primer año de vida (USD 120) y al cumplir el segundo año de vida (USD 120) después de verificar la asistencia frecuente a los controles prenatales, controles de niño sano e inscripción temprana del nacimiento en el registro civil.

Además, todos los beneficiarios del Bono 1.000 días deben recibir los servicios de desarrollo infantil integral del MIES. El Bono 1.000 días se enfoca en gestantes y menores de 24 meses en pobreza que no reciban otras transferencias monetarias del MIES, que sean ecuatorianos y no estén afiliados a la seguridad social contributiva. La ventana de ingreso al Bono 1.000 días es durante la gestación o hasta los 45 días de vida, pues igual que el resto de la ENECSDI, es un programa preventivo que busca brindar una cobertura oportuna del paquete priorizado desde las etapas tempranas de la vida de la población.

A julio de 2022, la población de elegibles al Bono 1.000 días se ubicó en 19.943 personas y un año después este valor ascendió a 80.271 personas, lo que indica un importante incremento de más de 60.000 personas. De entre los elegibles, a julio de 2023 58.047 personas fueron habilitadas al cobro del Bono<sup>18</sup>.

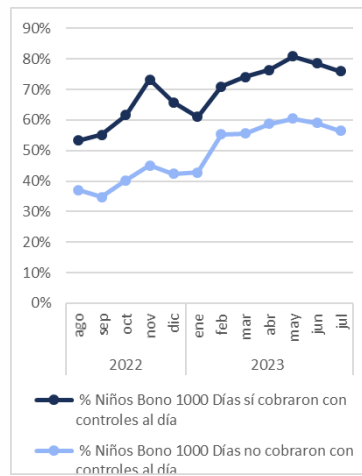
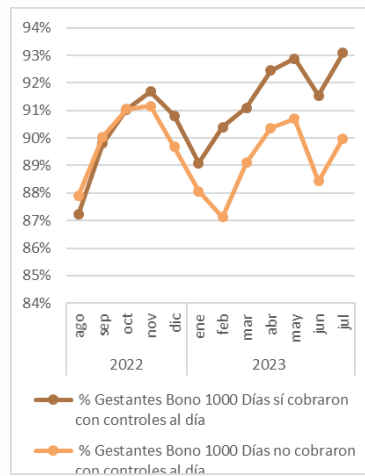
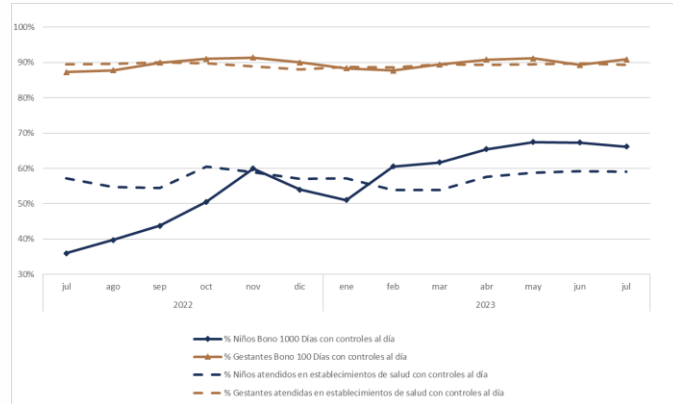
---

<sup>18</sup> No todos los elegibles se habilitan al cobro, pues el Bono 1.000 días requiere que todos los beneficiarios registren una cuenta financiera. Existe una ventana de cuatro meses para registrar la cuenta, durante la cual las personas deben registrar la cuenta.



Al inicio de la implementación del programa (julio de 2022) se habilitó a 16.613 personas, lo cual al compararlo con julio de 2023 representa un notable incremento de 41.434 personas. El 71,0% de los habilitados en julio de 2023 eran niños y niñas menores de 24 meses y el restante 29,0% gestantes.

Gráfico 20: Evolución de cobertura de controles prenatales y de niño sano entre los beneficiarios al Bono 1.000 días



Fuente: Sistema Unificado y Universal de Seguimiento Nominal (Suusen)

El Bono 1.000 días ha dejado varias lecciones para el desarrollo de la política social del país. Al enfocarse en población en condiciones de pobreza, la población del Bono 1.000 días es esperable que tenga una menor cobertura de los servicios del paquete priorizado. Esto es cierto al inicio del programa, en julio de 2022 (Gráfico 20). No obstante, a medida que los beneficiarios comprendieron que asistir regularmente a los controles prenatales y de niño sano, además de traer beneficios en el desarrollo de sus hijos e hijas, también implicaba un incentivo monetario complementario, empezó a crecer significativamente la cobertura de controles prenatales y de niño sano (Gráfico 20).

Al final del periodo de análisis, en julio de 2023, la cobertura de controles de niño sano al día por parte de los beneficiarios del Bono 1.000 días superó la cobertura entre la población general. Es decir, no solo que incrementó más rápido la cobertura entre la población en condiciones de pobreza y pobreza extrema (beneficiarios del Bono 1.000 días), sino que incluso superó la cobertura registrada para el promedio



general, demostrando que puede convivir la corresponsabilidad entre el Estado y las familias para un desarrollo infantil adecuado.

Como segunda lección, se evidencia que es importante la confianza que las personas tienen en el programa para un cambio de comportamiento y hábitos adecuado. En la sección inferior del gráfico 20, se descompone la evolución de la cobertura de controles de niño sano y prenatales entre aquellos beneficiarios que cobraron el bono el mes pasado y aquellos que no. Las diferencias al final del periodo de análisis son significativas y evidencian la importancia del cumplimiento conjunto de los acuerdos adquiridos entre las familias y el Estado. Entre los meses de diciembre de 2022 y febrero de 2023 existieron problemas generalizados de cobro. En esos periodos se evidencia un descenso, generalizado también, de la cobertura de los servicios de salud; inmediatamente se recupera la cobertura de cobros, aumentó la cobertura de los servicios de salud.

El Bono 1.000 días presenta otros resultados relevantes como una mayor cobertura de inscripción temprana del nacimiento en el Registro Civil frente a la población general y un mejor resultado en la cobertura de servicios integrales al día (37,63% de la población del Bono 1.000 días frente al 31,13% de la población general), pues los servicios integrales también son condiciones y programas vinculados al Bono 1000 días y que deben cumplir las familias beneficiarias para recibir los montones condicionados<sup>19</sup>. Al mismo tiempo, a medida que pasan los meses, una mayor proporción de los beneficiarios acceden al componente condicional del programa, mostrando que los incentivos monetarios efectivamente están cumpliendo su objetivo de fortalecer los hábitos de salud preventiva y desarrollo integral.

Finalmente, entre la población del Bono 1.000 días se evidencia una reducción acelerada de la prevalencia de DCI entre los menores de 24 meses beneficiarios del programa. Al ser el primer año de operación del Bono 1.000 días, la población de niños y niñas aún no cubre el rango de edad entre 0 y 23 meses de edad, sino que la edad máxima de sus elegibles va avanzando mes a mes a la vez que los niños y niñas van creciendo. Consecuentemente, para comparar la situación de los elegibles del bono frente a la población general, se debe calcular la DCI entre la población general cuya edad sea la misma que la población de elegibles del Bono en cada mes.

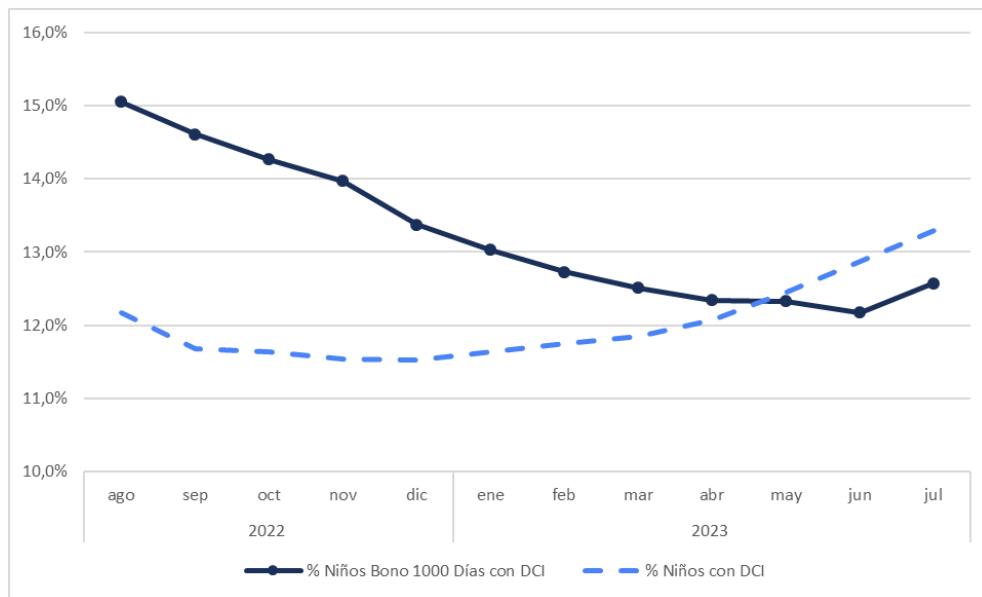
Por ejemplo, en el mes de agosto del año 2022, el niño de más edad que formaba parte del Bono 1.000 días tenía 88 días, por lo que se calcula la desnutrición crónica infantil únicamente para niños y niñas hasta 88 días y de esta manera poder realizar comparaciones. Este ejercicio se replica cada mes; es decir, cada mes se identifica la edad máxima de los elegibles del Bono y se calcula la DCI tanto para la población del Bono como para la población general hasta la edad máxima identificada. Es necesario mencionar que ese cálculo únicamente se lo hace en la población que se hace atender en el MSP.

---

<sup>19</sup> Los servicios de desarrollo infantil integral no son condicionantes, pero son parte integral del programa.



Gráfico 20a: Prevalencia de DCI entre niños beneficiarios al Bono 1000 días frente a la población general



Fuente: Sistema Unificado y Universal de Seguimiento Nominal (Suusen)

En el gráfico 20a se puede revisar la evolución de la prevalencia de la DCI a partir de registros administrativos tanto en la población general, así como en la población de los elegibles al Bono 1.000 días. La DCI entre la población general se ubicó en 12,2% en el mes de agosto del 2022 y cerró en 13,3% al mes de julio del 2023.

Por su parte, los elegibles al Bono presentan mejores resultados tanto longitudinalmente como al último mes de análisis. En el mes de julio del 2022 la prevalencia de la DCI se ubicó en 15,1% y cerró en 12,6% en el mes de julio del año 2023. Longitudinalmente, esta evolución representa una disminución de casi 3 p.p. Así mismo, al último registro, la prevalencia de DCI incluso es menor que aquella de la población general.

Se debe tener en cuenta que la población general incluye a población que no está en condiciones de pobreza y como tal, se espera que su situación nutricional sea mejor y por lo tanto la prevalencia de la DCI sea menor. A pesar de esto, la población elegible al Bono, que se encuentran en condiciones de pobreza y pobreza extrema, registra una menor prevalencia de DCI en julio 2023 frente a la población general y mantiene una tendencia decreciente sostenida desde el inicio del programa.

A partir de estos resultados, se puede afirmar que existen claros indicios que el programa del Bono está cumpliendo con su objetivo fundamental de disminuir y prevenir la DCI, los cuales serán confirmados en una evaluación futura con una óptica de evaluación de impacto.











## Capítulo V: Aprendizajes para avanzar hacia el Ecuador de oportunidades










### 5.1 Lecciones aprendidas

Si bien los avances obtenidos en cuanto a la política de prevención de la DCI se han gestado en el marco del trabajo interinstitucional para el abordaje eficiente del problema. A continuación, se describen aquellas lecciones aprendidas, tanto positivas como negativas en cuanto a la implementación de la Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición y su Plan estratégico:









-  La existencia de una institución adscrita a la Presidencia de la República con responsabilidad de coordinación ha posibilitado el avance en la implementación de acciones por parte de las instituciones prestadoras de los servicios respecto al abordaje de la DCI.
-  Existe la voluntad institucional de implementar el Plan Estratégico de forma coordinada, sin embargo, al momento de establecer compromisos y responsabilidades concretas, traducidos en indicadores de seguimiento, las instituciones se enmarcan en los procesos ya implementados más no en aquellos que se requerirían implementar.
-  Es necesario vincular los indicadores a acciones concretas, generando por parte de las instituciones responsables de la entrega de bienes y servicios, un plan de acción en respuesta a los resultados encontrados. Así mismo, es necesario empatar el cuadro de mando del Plan estratégico, los indicadores de las Mesas Intersectoriales Cantonales y el Suusen bajo una misma batería de indicadores que simplifique el monitoreo y se enfoque en la generación de acciones correctivas.
-  El involucramiento de autoridades al más alto nivel, ha permitido generar compromisos institucionales en el marco del Comité Intersectorial.
-  Si bien contamos con una instancia conformada para el acompañamiento y veeduría de la política pública de DCI, el Consejo Consultivo debería tener una representatividad más amplia de actores de la sociedad civil.
-  Se ha consolidado una conciencia territorial sobre la importancia de avanzar en la prevención de la DCI, siendo importante motivar al cumplimiento de reuniones en el marco de las mesas territoriales para concretar compromisos (asistencia de actores locales).



La ENECSDI ha motivado interés de diferentes actores (públicos, privados, academia) para sumarse a las acciones de prevención de la DCI, existiendo organizaciones sociales que se encuentran trabajando en desnutrición crónica en distintos territorios.

-  La demora en el proceso de habilitación por parte de DINARP para el consumo de información desincentiva la actuación de las instituciones, siendo importante identificar alternativas legales para intercambio de información más expeditos.
-  El Bono 1.000 días tiene buenos resultados a un año de implementación. Se ha identificado que los incentivos funcionan ya que se ha mejorado las atenciones de salud, tanto de madres gestantes como de niños y niñas menores de dos años.
-  Limitada estrategia comunicacional para los beneficiarios del BIF, lo que ha ocasionado que éstos no conozcan de sus beneficios y accedan al Bono, esta es una de las conclusiones del informe anual del Bono de los 1.000 días.
-  Para garantizar la construcción expedita de marcos normativos que prioricen y protejan a la primera infancia, se requiere contar con una articulación multiactor desde el momento mismo de la definición de la necesidad normativa, a fin de disminuir plazos en la construcción, revisión, modificación e inclusión de propuestas en los marcos normativos propuestos.
-  Es necesario mayor decisión política que impulse la definición e implementación de mecanismos sostenibles de financiamiento.
-  Es necesario mayor involucramiento y capacidad de respuesta interinstitucional frente al desarrollo de todas las fases de implementación de Presupuesto por Resultado.
-  El limitado talento humano en las instituciones vinculadas con la implementación de la metodología de Presupuesto por Resultados ha provocado retrasos.
-  La obtención de asistencia técnica de terceros (cooperación internacional, banca multilateral y organizaciones no gubernamentales), permitió iniciar la internalización de instrumentos y procesos relacionados a la sostenibilidad financiera, al igual que el arranque y consolidación del Sistema Universal y Unificado de Seguimiento Nominal (Suusen).
-  El padrón nominal intersectorial ha ayudado a identificar y cerrar brechas de atención mediante la generación de alertas que son remitidas por la STECSDI a MIES y MSP. Las alertas han ayudado a cambiar el modo de atención: más oportunidad, más integralidad y mejor focalización.





-  Para fortalecer el proceso es necesario un padrón centralizado con una visión universal y unificada orientado a ampliar y focalizar la cobertura y contar con normativa de intercambio de información más expedita.
-  La institucionalización de las acciones en territorio y la promoción de la responsabilidad social frente a un objetivo común, es posible gracias al trabajo interinstitucional.
-  Para implementar un modelo de gestión de articulación territorial se requiere la optimización y fortalecimiento de los procesos de selección de personal. Al momento son complejos y dependen de aspectos presupuestarios, así como el apoyo del Ministerio de Trabajo para cumplir con las necesidades de TTHH requeridas.
-  En el marco de implementar mecanismos de incentivos hacia los gobiernos locales y las entidades operativas desconcentradas se desarrolló el Galardón Infancia con Futuro como un mecanismo de reconocimiento local. Más allá de la coyuntura nacional (cambio de autoridades nacionales y locales), dicho proceso no puede verse afectado en su implementación, proponiendo que el mismo sea cada dos años para contar con resultados a nivel local.
-  Para la implementación de campañas de educomunicación es necesario priorizar activaciones en lugares con menor cumplimiento del paquete priorizado para prevenir la DCI, contar con suficientes recursos (materiales impresos y contenidos homologados) con un enfoque interinstitucional, con la finalidad de garantizar el abordaje integral de la DCI y generar una planificación conjunta con las instituciones que forman parte de la Estrategia, con la finalidad de lograr mayor impacto en el mensaje.
-  La falta de capacidad técnica a nivel territorial incide en el cumplimiento de requisitos que permiten viabilizar el acceso a líneas de financiamiento por parte de los GAD para la ejecución de Proyectos de agua y saneamiento.
-  Para el diseño, construcción y administración del Suusen fue necesaria la cooperación, la voluntad política y recursos de gasto corriente e inversión. Dicho sistema debe ser fortalecido.
-  Falta de claridad en el marco normativo (entre DINARP, Ley de Protección de Datos Personales y otros) para un intercambio eficiente de datos y de herramientas para captación y gestión de información entre las instituciones vinculadas a la ENECSDI.



-  El contar con un equipo de antropometría especializado, calificado y permanente permitió contar con datos confiables en el levantamiento de la Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil (ENDI).
-  Es necesario mejorar el nivel de respuesta de la Unidad de Registro Social, respecto a la actualización del Registro Social para captar casos nuevos con nacimientos. Muchos casos vulnerables podrían quedarse sin servicios por no tener un Registro Social o su actualización.
-  Los aportes de las empresas públicas pertenecientes a las universidades facilitaron el proceso de captación de la población objetivo que forma parte del Sussen, siendo importante analizar la posibilidad de institucionalizar el proceso de captación con el apoyo de la academia.
- La metodología de captación y el plazo de ejecución para el cumplimiento de los hitos repercutió en los resultados finales obtenidos.
-  Se requiere mayor vinculación del IESS en el abordaje de la DCI y en los procesos de intercambio de información.
-  La asignación presupuestaria es indispensable para el cumplimiento de lo descrito en la Estrategia Nacional y el Plan Estratégico. Es indispensable definir un procedimiento que posibilite contar con un régimen especial que proteja al TTHH vinculado a la Estrategia.
-  El garantizar por parte de las instituciones, información completa sobre las brechas y necesidades de TTHH a nivel de punto de atención a fin de solventarlas.
-  La construcción de un curso único de sensibilización sobre la DCI evidencia la factibilidad de trabajar interinstitucionalmente en un objetivo común. El proceso de sensibilización implementado debe ser ampliado y socializado a otras instituciones del Estado, la sociedad civil y la academia.
-  En el marco de implementar un programa de educomunicación orientado a las familias, a los prestadores de servicios y a la sociedad en su conjunto, se diseñó la aplicación Infancia con Futuro, la cual contó con la validación intersectorial para tener un mejor producto. El aporte de MSP fue fundamental para un mejor desempeño de la aplicación.
-  Si bien hay una estrategia concreta de educomunicación, a nivel inter institucional se dificulta la operatividad de acciones bajo un mismo enfoque, siendo necesario fortalecer el compromiso de todas las instituciones, evitando la implementación de acciones desarticuladas.



- No se debe confundir entre Plan de comunicación institucional con el plan de comunicación interinstitucional vinculado a la DCI.
-  Para mantener la operatividad del mecanismo de deducibilidad es necesario garantizar capacidades institucionales de TTHH para cumplir con la normativa, los procesos y soportar el posible incremento de requerimientos de calificación de Proyecto.
-  El desarrollo tecnológico de la STECSDI se ha ampliado y podría requerir un nuevo análisis de estructura organizacional institucional.

## 5.2 Retos

La evidencia histórica sobre el abordaje de la DCI en el Ecuador da cuenta de algunos elementos que han incidido en la baja reducción de este problema de salud pública, aspectos que deben ser tomados en cuenta en la sostenibilidad de una estrategia nacional que sobrepase las voluntades institucionales y que trascienda a una política de Estado. Los retos que deben superarse, son:

- **Inestabilidad de las estrategias:** Caracterizada por cambio de autoridades, desconocimiento del problema, limitada institucionalidad e intervenciones desarticuladas. Para evitar ello se requiere institucionalizar la Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Crónica Infantil para que se mantenga independiente a los periodos de gestión gubernamental, fortaleciendo el abordaje intersectorial con la participación de los sectores de salud, educación, bienestar social, los gobiernos locales y el Ministerio de Economía y Finanzas para la administración de recursos.
- **Acciones basadas en evidencia:** Ecuador ha implementado parcialmente acciones basadas en la evidencia para mejorar la nutrición y la salud de los niños y niñas, para incidir objetivamente en la prevención y reducción de la DCI se requiere contar con intervenciones enmarcadas en dar respuesta al esquema causal de la DCI y ratificadas por la academia, organismos de la cooperación internacional y los multilaterales, sólo así se podría cumplir el objetivo de desnutrición cero.
- **Centralización:** Cualquier estrategia de abordaje de la DCI debe considerar la suma de esfuerzos entre las entidades públicas, la academia, la cooperación y la sociedad civil, desde una mirada territorial, definiendo claramente lo que se realizaría en los próximos años, los mecanismos de monitoreo a utilizarse, metas concretas y acciones orientadas a la mejora de los programas.



- **Asignación presupuestaria no protegida:** Los recortes arbitrarios de presupuesto impactan en la garantía de la prestación de intervenciones oportunas e ininterrumpidas. La evidencia da cuenta que los recursos asignados a estrategias nutricionales que el país ha implementado no estuvieron necesariamente centrados en atender a las comunidades más vulnerables y en los primeros dos años de vida. Frente a ello, se requiere proteger el presupuesto en todas las instituciones que conforman la estrategia, asegurando la existencia de los bienes y servicios necesarios para atender de forma oportuna a las poblaciones objetivo.  
La implementación y sostenibilidad del mecanismo de Presupuesto por Resultados (PpR) orientado a la asignación de recursos específicos al paquete priorizado de bienes y servicios, evitaría que los esfuerzos alcanzados puedan verse diluidos.
- **Seguimiento nominal a través del Sussen:** Permite verificar la atención integral que se presta a las mujeres embarazadas, niños y niñas menores de dos años a fin de promover la oportuna entrega de bienes y servicios. Frente a ello, es necesario garantizar su sostenibilidad y mejora continua, evitando configurar nuevas herramientas tecnológicas como ha sucedido en el pasado.
- **Sostenibilidad de la ENDI:** Operación estadística a través de la cual se explora la prevalencia de la desnutrición crónica infantil. La evidencia identifica la importancia de contar con una operación estadística constante la cual no debería verse afectada por factores externos como ajustes presupuestarios o cambio de autoridades. El desarrollo de operaciones estadísticas bajo un criterio de oportunidad permite a los tomadores de decisión conocer el impacto de las intervenciones seleccionadas y definir los próximos pasos frente a la política pública.
- **Fortalecer la articulación con los gobiernos locales y la sociedad civil:** gestionando la actoría de los GAD y la sociedad en su conjunto mediante la ampliación de las Mesas Intersectoriales Cantonales a otros actores a fin de tomar decisiones en función de la realidad local y nacional. La gestión de los GAD es fundamental en cuanto al cumplimiento de sus responsabilidades normativas respecto a garantizar el derecho al agua segura y saneamiento.
- **Seguimiento al cumplimiento de las condicionalidades:** El monitoreo de las corresponsabilidades de padres y madres de llevar a sus hijos e hijas a los controles de salud y de desarrollo infantil debe ser fortalecido por cuanto, posibilita identificar el acceso a los servicios que se han desplegado para la prevención y reducción de la DCI, los cuales coadyuvan positivamente en la calidad de vida de los infantes.
- **Fortalecimiento de acciones para promover el cambio de comportamiento en los hogares**  
La evidencia da cuenta que todas las intervenciones destinadas a prevenir y reducir la DCI deben acompañarse de acciones comunicacionales basadas en el cambio social y de comportamiento a fin de promover hábitos y comportamientos saludables y oportunos en la población objetivo. El enfoque de comunicación para el cambio social y de comportamiento



considera que los procesos de modificación de hábitos y prácticas no dependen solo de los individuos, sino también de las condiciones sociales, políticas y culturales que inciden en las personas. Frente a ello, es necesario implementar acciones interinstitucionales articuladas que partan del reconocimiento de las problemáticas locales y bajo un enfoque de sensibilización a escala nacional. Así mismo, es necesario establecer mecanismos de monitoreo y seguimiento a las acciones comunicacionales y procesos de evaluación para determinar su impacto.

- **Contar con un marco normativo que proteja a la primera infancia**, donde se determine las responsabilidades que tiene cada cartera de Estado respecto a garantizar el goce de los derechos y garantizar el adecuado desarrollo infantil integral y la prevención de factores de riesgo.

### 5.3 Recomendaciones

A continuación, se describen aquellas recomendaciones identificadas en relación a los procesos que al momento la Secretaría viene impulsando en el marco de la instrumentación de la Estrategia Nacional y su Plan estratégico.

#### ***Corto plazo***

- Se recomienda transformar la actual Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil en la Secretaría Nacional de Primera Infancia y Entorno Familiar que amplíe su ámbito de acción a todo el espectro de la primera infancia, extendiendo las acciones de política pública al entorno del infante: padres, madres, cuidadores y comunidad.
- Mantener la política pública establecida en la Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Crónica Infantil y su Plan sumando acciones que coadyuven al cumplimiento de la misma y evitando su reconfiguración con acciones que no respondan a la evidencia.
- Institucionalización del mecanismo de seguimiento y monitoreo a la implementación del Plan Estratégico, definiendo con claridad hitos temporales, garantizando su curva de implementación y aprendizaje para su potencial mejora. De igual forma, es necesario culminar con la validación de indicadores que se administran en el Sussen y de aquellos que se monitorean en el Plan estratégico.
- Seguimiento de compromisos y alertas a corto, mediano y largo plazo en cuanto a los planes de acción cantonal y el plan de educomunicación local, en el marco de las mesas técnicas de articulación territorial.



- Replantear el funcionamiento del Comité Interinstitucional bajo un enfoque de toma de decisiones estratégicas más no solo de reporte de avances.
- Generar talleres de trabajo con la participación de actores clave de la sociedad civil, la academia y la cooperación a fin de concretar la propuesta de Ley de Primera Infancia donde se priorice y proteja su desarrollo infantil integral.
- Trascender el abordaje de las políticas implementadas por el MAG, hacia una mirada de prevención de la DCI que posibilite mejorar las condiciones de vida de las personas.
- Promover en la Asamblea Nacional y a nivel presidencial la priorización de recursos /presupuesto para la sostenibilidad de la Estrategia.
- Fortalecer las capacidades de talento humano para implementar proforma 2024 en el marco de la metodología de Presupuesto por Resultados y el mecanismo de deducibilidad.
- Seguimiento a la ejecución de cooperación en los temas de sostenibilidad financiera, apoyo en el mejoramiento de los servicios, sistemas de información y gestión local.
- Fortalecer el proceso de reconocimiento y de incentivos para los Gobiernos Autónomos Descentralizados, reconociendo las acciones que se implementen a nivel local con énfasis en la provisión de agua apta para el consumo humano y saneamiento. Implementar una estrategia de expectativa y de socialización del Galardón Infancia con Futuro para motivar la participación de los GAD en el Galardón 2024.
- Fortalecer la gestión de alertas para Bono 1.000 días de modo que se amplíe la entrega de servicios integrales para la población objetivo y a su vez las instituciones prestadoras de servicios del paquete priorizado culminen su proceso de autorización con DINARP para poder recibir dicha información.
- Avanzar en la captura de datos integrados ENDI con Suusen y en su modelo de gestión.
- Evaluar el despliegue que ha tenido el MIES frente a su compromiso de aportar en la operatividad del Registro Social.
- Captar la información del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), asegurando un flujo óptimo de recepción de información.
- Proteger los recursos del sector social a fin de consolidar los bienes y servicios destinados a la atención de mujeres gestantes y niños menores de dos años. El contar con recursos de gasto





corriente fijos, evitaría que los procesos financiados con gasto de inversión corran en riesgo de desaparecer con la terminación de los proyectos.

- Incrementar las estrategias de comunicación y fortalecimiento de capacidades orientadas a la buena nutrición, incorporando (o capacitando) a funcionarios de todos los niveles de gobierno sobre el impacto de la DCI en el desarrollo de la sociedad, los mecanismos para la operatividad de la Estrategia, el manejo del presupuesto a nivel central y descentralizado y sobre temas de nutrición.
- Generar el compromiso por parte de cada institución prestadora del paquete priorizado de mantener procesos y mecanismos permanentes que permitan fortalecer las capacidades técnicas de sus equipos territoriales.
- Generar un plan de formación y de carrera con apoyo del MDT para los funcionarios de los ministerios que forman parte de la implementación de la Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil.
- Avanzar con la implementación de la Estrategia C4D a nivel nacional y planificar acciones de sensibilización a nivel territorial, enmarcadas en planes locales de educomunicación.

### ***Mediano plazo***

- Mantener el compromiso político de lucha contra la malnutrición y específicamente la desnutrición crónica infantil, por cuanto existe una curva de aprendizaje robusta a nivel interinstitucional que ha generado una ventana de oportunidad para el fortalecimiento de las políticas y programas.
- Generar una evaluación intermedia de resultados respecto a la institucionalización del mecanismo de seguimiento y monitoreo a la implementación del Plan estratégico.
- Sensibilización a los actores sociales en territorio sobre la conformación de las mesas técnicas de articulación y construcción de plan de comunicación interinstitucional.
- Motivar el fortalecimiento del modelo de gestión del Consejo Consultivo potenciando la ampliación de socios estratégicos a través del proyecto financiado por la Unión Europea y la Fundación Internacional y para Iberoamérica de Administración y Políticas Públicas (FIIAPP).
- Identificar alternativas legales para intercambio de información expedita entre las instituciones a fin de alcanzar la interoperabilidad de los sistemas.



- Ajustar modelo de gestión del Programa Creciendo con Nuestros Hijos CNH, a fin de mejorar su eficiencia en la prestación del servicio y para llegar a población por fuera de área de cobertura.
- Posicionar políticamente en la Asamblea la importancia de garantizar una ley que proteja a la primera infancia.
- Contar con un sistema de registro automático de la información respecto al monitoreo del Plan estratégico.
- Fortalecer la plataforma de promoción del mecanismo de deducibilidad.
- Fortalecer el Sistema de monitoreo, seguimiento y acceso a información de la implementación de la metodología de Presupuesto por Resultados.
- Establecer alianzas estratégicas con el sector privado, academias, ONG, u otros actores a nivel territorial, para articular la gestión de recursos que permitan acercar los bienes y servicios de manera oportuna y eficiente, en el marco de las activaciones territoriales.
- Generar una metodología para el fortalecimiento de capacidades técnicas para la implementación de planes locales de educomunicación.
- Planificación de fechas con mayor antelación y rigurosidad de la ejecución de las campañas de educomunicación.
- Generar un acuerdo de uso por parte de personal de MIES y de los vigilantes comunitarios del MSP, del sistema Monitora orientado a captar información de población no atendida.
- Definir mejores mecanismos de levantamiento rápido del Registro Social.
- Captar información de contacto de usuarios a través de operadores telefónicos y otras fuentes que pueda identificar el IESS con el objetivo de contar con información que pueda ser compartida a nivel interinstitucional para brindar atenciones oportunas.
- Identificar fuentes de financiamiento permanente para cubrir brecha de Talento Humano de las instituciones prestadoras de servicios.
- Necesidad de implementar nuevos módulos de retroalimentación desde la ciudadanía con respecto al acceso a servicios en la aplicación Infancia con Futuro.



**Largo plazo**

- Mantener las intervenciones basadas en evidencia fortaleciendo los modelos de gestión y la priorización de acciones con alto impacto.
- Contar con una sola batería de indicadores, tanto para el proceso de monitoreo de la Estrategia, así como de monitoreo del Plan estratégico.
- Mantener la metodología de Mesas Intersectoriales Cantonales para beneficiar al grupo objetivo.
- Incluir a la desnutrición crónica en la agenda de las negociaciones bilaterales, por ejemplo: cooperación con España (a través del Marco de Asociación Ecuador-España), la Unión Europea y Alemania. Identificar con Cancillería potenciales donantes.
- Fomentar e impulsar la ley para la sostenibilidad financiera de la Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil considerando los recursos mineros y los excedentes de las empresas públicas para destinarlos a diferentes proyectos enfocados en la prevención y reducción de la DCI, prioritariamente en el ámbito de agua y saneamiento.
- Rediseñar el sistema de transferencias monetarias para que no existan programas que se superpongan; es decir, que se enfoquen en la misma población beneficiaria. Además, es necesario enlazar los diferentes programas con incentivos condicionados para fortalecer el cambio de comportamiento de la población objetivo y así enfrentar otros problemas sociales como deserción escolar, embarazo adolescente, continuidad a la educación superior, entre otros.
- Ampliación del techo presupuestario en el marco de la operatividad del mecanismo de deducibilidad.
- Fortalecer la normativa para implementar proforma 2025 en el marco de la metodología de Presupuesto por Resultados.
- Desarrollar un programa de formadores en el marco de la implementación de las mesas cantonales y parroquiales, a fin de lograr mayor integración y la articulación de los actores locales en la estrategia ECSDI.
- Formular nuevas estrategias de comunicación y educomunicación de acuerdo a la realidad local para acercar los servicios del paquete priorizado y evaluar sus intervenciones.
- Potencial ampliación del Sussen para gestionar información más allá de la DCI; al contar con información interinstitucional en un solo sistema posibilita mejorar el consumo de la misma para la concreción de políticas públicas.



- Adecuar todo el sistema de transferencias monetarias del país mejorando su funcionalidad y los mecanismos de seguimiento y monitoreo a las condicionalidades.
- Evaluar la implementación del plan de formación y de carrera que pudiera implementarse a fin de contar con TTHH encargado de la implementación de la Estrategia Nacional, así como de su plan estratégico.



## Bibliografía

- The American Academy of Pediatrics (2022). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 150(1), e2022057988. <https://doi.org/10.1542/peds.2022-057988>
- Agostoni, C., Braegger, C., Decsi, T., Kolacek, S., Koletzko, B., Michaelsen, K. F., Mihatsch, “., Moreno, L. A., Puntis, J., Shamir, R., Szajewska, H., Turck, D. y Van Goudoever, J. (2009). Breast-feeding: a commentary by the ESPGHAN committee on nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 49(1),112–25. <https://doi.org/10.1097/MPG.0b013e31819f1e05>
- Ajibo, B. D., Wolka, E., Aseffa, A., Nugusu, M. A., Adem, A. O., Mamo, M., Temesgen, A. S, Debalke, G., Gobena, N. Obsa, M. S. (2022). Determinants of low fifth minute Apgar score among newborns delivered by cesarean section at Wolaita Sodo University Comprehensive Specialized Hospital, Southern Ethiopia: an unmatched case control study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1) <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04999-z>
- Agrasada, G. V, Gustafsson, J., Kylberg, E. y Ewald, U. (2005). Postnatal peer counseling on exclusive breastfeeding of low-birthweight infants: A randomized, controlled trial. *Acta Paediatr*, 94(8), 1109-1115. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2005.tb02053.x>
- Banco Mundial. (2018). *Apuntando Alto*. Banco Mundial.
- Baker, R. D. y Greer, F. R. (2010). Diagnosis and prevention of iron deficiency and iron-deficiency anemia in infants and young children (0-3 years of age). *Pediatrics* 126(5), 1040-1050. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-2576>
- Belsky, J. (2006). *Efectos del cuidado infantil fuera del hogar en el apego y desarrollo del niño: Resultados del estudio NICHD sobre cuidado infantil temprano realizada al Internacional* [ponencia], Conference on Early Childhood Education, Arnheim, Holanda.
- Beaton, G. H. y McCabe, G. P. (1999). Efficacy of intermittent iron supplementation in the control of iron deficiency anaemia in developing countries. An analysis of experience: final report to the Micronutrient Initiative.
- Bhutta, Z. A., Ahmed, T., Black, R. E., Cousens, S., Dewey, K., Giugliani, E., Haider, A. B., Kirkwood, B., Morris, S.S., Sachdev, H.P.S. y Shekar, M. (2008). What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. *Maternal and Child Undernutrition* 371(9610), 417-440. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61693-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61693-6)
- Blum, L., Oria, P., Olson, C., Breiman, R. y Ram, P. (2011). Examining the use of oral rehydration salts and other oral rehydration therapy for childhood diarrhea in Kenya. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 85(6), 1126-1133. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.2011.11-0171>
- Boot, M., y Cairncross, S. (1993). *Actions speak: the study of hygiene behavior in water and sanitation projects*. La Haya: IRC International Water and Sanitation Centre.
- Bothwell, T. H. (2000). Iron requirements in pregnancy and strategies to meet them. The American journal of clinical nutrition. *The American Journal of Clinical Nutrition* 72(1), 257s-264s. <https://doi.org/10.1093/ajcn/72.1.257S>
- Cameron, A. C. y Trivedi, P. K (2005). *Microeconometrics: Methods and Applications*. Cambridge University Press.
- Caulfield, L. E., Gross, S.M., Bentley M. E., Bronner, Y., Kessler, L., Jensen, J., Weathers, B. y Paige, D. M. (1998). WIC-based interventions to promote breastfeeding among African-American women in Baltimore: effects on breastfeeding initiation and continuation. *Journal of Human Lactation*, 14(1), 15-22. <https://doi.org/10.1177/089033449801400110>.



- Chapman, D., Morel, K., Kojo, A., Damio, G. y Pérez-Escamilla, R. (2010). Breastfeeding Peer Counseling: From Efficacy Through Scale-Up. *Journal of Human Lactation* 26(3), 314- 326. <https://doi.org/10.1177/0890334410369481>
- Checkley, W., Buckley, G., Gilman, R. H., Assis, A. M., Guerrant, R. L., Morris, S. S., Mølbak, K., Valentiner-Branth, P., Lanata, C. F. y Black, R. E. (2008). Multi-country analysis of the effects of diarrhea on childhood stunting. *International Journal of Epidemiology*, 37(4), 816-830. <https://doi.org/10.1093/ije/dyn099>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2018). Malnutrición en niños y niñas en América Latina y el Caribe. Recuperado el 28 de octubre de 2023, de <https://www.cepal.org/es/enfoques/malnutricion-ninos-ninas-america-latina-caribe>
- Coles, C. L., Rahmathullah, L., Kanungo, R., Katz, J., Sandiford, D., Devi, S., ...&Tielsch, J. M. (2012). Pneumococcal carriage at age 2 months is associated with growth deficits at age 6 months among Infants in South India. *The Journal of Nutrition*, 142(6), 1088-1094. <https://doi.org/10.3945/jn.111.156844>
- Cortes A., Romero P. y Flores, G. (2006). Diseño y validación inicial de un instrumento para evaluar prácticas de crianza en la infancia. *Universitas Psychologica*, 5(1), 37-49.
- Curtis, V. y Cairncross, S. (2003). Effect of washing hands with soap on diarrhea risk in the community: a systematic review. *The Lancet* 3(5), 275-281. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(03\)00606-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(03)00606-6)
- Daniels, D. L., Cousens, S. N., Makoe, L. N. y Feachem, R. G. (1991). A study of the association between improved sanitation facilities and children's height in Lesotho. *European Journal of Clinical Nutrition*, 45(1), 23-32.
- Das, J. K., Salam, R. A., Thornburg, K. L., Prentice, A. M., Campisi, S., Lassi, Z. S., Koletzko, B. y Bhutta, Z. A. (2017). Nutrition in adolescents: physiology, metabolism, and nutritional needs. *Annals of New York Academy of Sciences* 1393(1), 21-33. <https://doi.org/10.1111/nyas.13330>
- De-Regil, L.M., Fernández-Gaxiola, A. C., Dowswell, T. y Peña- Rosas, J. P. (2010). *Effects and safety of periconceptional folate supplementation for preventing birth defects. The Cochrane Database of Systemic Reviews*, 6(10). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007950.pub2>.
- Dewey, K. G., y Adu-Afarwuah, S. (2008). Systematic review of the efficacy and effectiveness of complementary feeding interventions in developing countries. *Maternal & Child Nutrition*, 4(1), 24-85. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2007.00124.x>
- European Food Safety Authority. (2009). *Scientific opinion on the appropriate age for introduction of complementary feeding of infants* [panel]. Panel on Dietetic Products Nutrition and Allergies (NDA). <https://doi.org/10.2903/j.efsa.2009.1423>
- Ejemot-Nwadiaro, R. I., Ehiri, J. E., Arikpo, D., Meremikwu, M. M. y Critchley, J. A. (2008). Hand washing for preventing diarrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12(1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004265.pub2>
- Fall, C. H., Yajnik, C. S., Rao, S., Davies, A. A., Brown, N. y Farrant, H. J. (2003). *Micronutrients and Fetal Growth*, 133(5), 1747S-1756S. <https://doi.org/10.1093/jn/133.5.1747S>
- Fenske N., Burns J., Hothorn T. y Rehfuess E. A. (2013) Understanding Child Stunting in India: A Comprehensive Analysis of Socio-Economic, Nutritional and Environmental Determinants Using Additive Quantile Regression. *PLoS ONE* 8(11), e78692. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0078692>
- Fewtrell, L., Kaufmann, R. B., Kay, D., Enanoria, W., Haller, L. y Colford Jr, J. M. (2005). Water, sanitation, and hygiene interventions to reduce diarrhoea in less developed countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infectious Diseases*, 5(1), 42-52.



- Fink, G., Gunther, I. y Hill, K. (2011). The effect of water and sanitation on child health: evidence from the demographic and health surveys 1986–2007. *International Journal of Epidemiology*, 40(5), 1196–1204.
- Friel, J. K., Aziz, K., Andrews, W. L., Harding, S. V., Courage, M. L. y Adams, R. J. (2003). A double-masked randomized control trial of iron supplementation in early infancy in healthy term breast-fed infants. *The Journal of Pediatrics*, 145(5), 582-586. [https://doi.org/10.1067/S0022-3476\(03\)00301-9](https://doi.org/10.1067/S0022-3476(03)00301-9).
- García Celi, M. M., & Lara Izaguirre, R. S. (2022). *Evaluación de Resultados del Plan Acción Nutrición en niños/as menores a cinco años en Ecuador* [tesis de maestría, Escuela Superior Politécnica del Litoral]
- García, S., Sarmiento, O. L., Forde I. y Velasco, T. (2013). Socio-economic inequalities in malnutrition among children and adolescents in Colombia: the role of individual, household and community-level characteristics. *Public Health Nutrition* 16(9), 1703–18.
- Garófalo Gómez, N., Gómez García, A. M., Vargas García, J. y Novoa López, L. (2009). Repercusión de la nutrición en el neurodesarrollo y la salud neuropsiquiátrica de niños y adolescentes. *Revista Cubana de Pediatría*, 81(2).
- Graffy, J., Taylor, J., Williams, A. y Eldridge, S. (2004). Randomised controlled trial of support from volunteer counsellors for mothers considering breastfeeding. *BMJ*, 328(7430) 328-326, 26. <https://doi.org/10.1136/bmj.328.7430.26>
- Greer, F. R., Sicherer, S. H., Burks, A. W. (2013). American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition, American Academy of Pediatrics Section on Allergy and Immunology. Effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease in infants and children: the role of maternal dietary restriction, breastfeeding, timing of introduction of complementary foods, and hydrolyzed formulas. *Pediatrics*, 143(4). <https://doi.org/10.1542/peds.2019-0281>
- Griffin, M. R., Zhu, Y., Moore, M. R., Whitney, C. G. y Grijalva, C. G. (2013). U.S. hospitalizations for pneumonia after a decade of pneumococcal vaccination. *New England Journal of Medicine*, 369(2), 155-163. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1209165>.
- Guimarães, A. M. A. N, Bettiol, H., De Souza, L., Gurgel, R. Q., Almeida, M. L. D., Ramos de Oliveira Ribeiro, E., Goldaniv, M. Z. y Barbieri Antonio, M. (2013). Is adolescent pregnancy a risk factor for low birth weight? *Rev Saude Publica*, 47(1), 11-19. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102013000100003>.
- Haider, B., Olofin, I., Wang, M., Spiegelman, D., Ezzati, M. y Fawzi, W. (2013). Anemia, prenatal iron use, and risk of adverse pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 346. <https://doi.org/10.1136/bmj.f3443>
- Horta, B., Bahl, R., Martines, J. y Victora C. (2007). *Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses*. Organización Mundial de la Salud.
- Hutton, E. K., & Hassan, E. S. (2007). Late vs early clamping of the umbilical cord in full-term neonates. Clinician's Corner. En *Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews [Internet]*. Centre for Reviews and Dissemination. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK74045/>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2023a). *Calidad de los datos en las estimaciones de retraso en talla de las encuestas de nutrición infantil 2006-2023*. (septiembre 2023). INEC. [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-nec/ENDI/Documento\\_calidad\\_mediciones\\_DCI\\_2006-2023.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-nec/ENDI/Documento_calidad_mediciones_DCI_2006-2023.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2023b). *Encuesta Nacional de Desnutrición Infantil - ENDI 2022 - 2023*. INEC.



- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2020). *Proyección de población por años en edades simples. Consultado 28 de octubre 2022*, <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/proyecciones-poblacionales/>
- Jabbari, H., Bakhshian, F., Asgari, M., Sattari, M., Naghavi-Behzad, M. y Mashayekhi, S. O. (2013). Antenatal micronutrient supplementation relationship with children's weight and height from birth up to the age of 18 months. *Iranian Journal of Public Health* 42(6), 626-634. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3744260/>
- Kielmann, A., Mobarak, A. B., Hammamy, M. T., Abou-el-Saad, S., Lotfi, R. K., Mazen, I. y Nagaty, A. (1985). Control of deaths from diarrheal disease in rural communities. I. Design of an intervention study and effects on child mortality. *Tropical Medicine and Parasitology*, 36(4), 191-198.
- Lassi, Z. S., Salam, R. A., Haider, B. A., & Bhutta, Z. A. (2013). Folic acid supplementation during pregnancy for maternal health and pregnancy outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 3. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006896.pub2>.
- Lazzerini, M. y Wanzira, H. (2008). *Oral zinc for treating diarrhoea in children. Cochrane Database Syst Rev*. 12. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005436.pub5>
- Lee, H. C., Subeh, M. y Gould, J. B. (2010). Low Apgar score and mortality in extremely preterm neonates born in the United States. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, 99(12), 1785–1789. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2010.01935.x>
- Levitsky, D. y Strupp, B. J. (1995). *Malnutrition and the brain: changing concepts, changing concerns. The Journal of Nutrition*, 125(8), 2212S-2220S. [https://doi.org/10.1093/jn/125.suppl\\_8.2212S](https://doi.org/10.1093/jn/125.suppl_8.2212S).
- Lin, A., Arnold, B. F., Afreen, S., Goto, R., Huda, T. M. N., Haque, R., Raquib, R., Unicomb, L., Ahmed, T., Colford Jr, J. M. y Luby, S.P. (2013). Household environmental conditions are associated with enteropathy and impaired growth in rural Bangladesh. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 89(1), 130-137.
- Luby, S., Agboatwalla, M., Painter, J., Altaf, A., Billhimer, W., & Hoekstra, R. (2004). Effect of intensive handwashing promotion on childhood diarrhea in high-risk communities in Pakistan. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 291(21), 2547-2554.
- MacArthur C, Jolly, K., Ingram, L., Freemantle, N., Dennis, C., Hamburger, R., Brown, J., Chambers, J. y Khan, K. (2009). Antenatal peer support workers and initiation of breast feeding: cluster randomised controlled trial. *BMJ*, 338. <https://doi.org/10.1136/bmj.b131>
- Manosalvas, M. (2022). *Gobernanza nutricional hacia una política de Estado* [documento no publicado]. Observatorio de Nutrición.
- Manosalvas Vaca, M. M. (2019). La política del efectivismo y la desnutrición infantil en Ecuador. *Perfiles latinoamericanos*, 54, 1–28. <https://doi.org/10.18504/pl2754-013-2019>
- Manosalvas Vaca, M. M. (2018). Cuando las políticas fallan. Desafíos en la reducción de la desnutrición crónica infantil en Ecuador. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, (71), 155–188.
- Masibo, P. K. y Makoka, D. (2003). Trends and determinants of undernutrition among young Kenyan children: Kenya Demographic and Health Survey; 1993, 1998, 2003 and 2008–2009. *Public Health Nutrition*, 15(9), 1715-1727. <https://doi.org/10.1017/S1368980012002856>
- McDonald, S., Middleton, P., Dowswell, T. y Morris, P. S. (2009). Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 7. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004074.pub3>
- Merewood, A., Chamberlain, L. B., Cook, J. T., Philipp, B. L., Malone, K. y Bauchner, H. (2006). The effect of peer counselors on breastfeeding rates in the neonatal intensive care unit. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 160(7), 681-685.





- Merchant, A. T., Jones, C., Kiure, A., Kupka, R., Fitzmaurice, G., Herrera, M.G. y Fawzi, W. W. (2003). Water and sanitation associated with improved child growth. *European Journal of Clinical Nutrition*, 57, 1562–1568.
- Ministerio de Salud Pública de Ecuador. (2023a). *Calendarización de controles (0 – 6 meses) del niño sano*. (Alcance Informe No. MSP-GIFDPI-2023-0012). MSP.
- Ministerio de Salud Pública de Ecuador. (2023b). *Informe técnico calendarización de controles (0-6 meses) del niño sano*. MSP
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2021). *Ecuador se unió a la conmemoración del Día Mundial de la Alimentación*. Consultado el 8 de agosto de 2023. <https://www.salud.gob.ec/ecuador-se-unio-a-la-conmemoracion-del-dia-mundial-de-la-alimentacion/>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2018). *Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador 2018- 2025*. MSP.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2018). *Atención integral a la niñez. Manual*. Dirección Nacional de Normatización.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015). *Control Prenatal. Guía de Práctica Clínica (GPC)*. MSP.
- Mongeon, M. (1995). Essai controle d'un sortien telephonique regulier donne par une benevole sur le deroulment et l'issus de l'allaitment. *Can J Public Health*, 124-127.
- Muirhead, P. E., Butcher, G., Rankin, J., Munley, A. (2006). The effect of a programme of organized and supervised peer support on the initiation and duration of breastfeeding: a randomized trial. *The British Journal of General Practice*, 56(524), 191-197.
- Naciones Unidas. (2022). *Juntos llegamos más lejos, la ONU en Ecuador, trabajando contra la desnutrición crónica infantil*. Consultado el 28 de octubre de 2022. <https://ecuador.un.org/es/213134-juntos-llegamos-más-lejos-la-onu-en-ecuador-trabajando-contra-la-desnutrición-crónica>
- Organización Mundial de la Salud (1998). *Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural*. OMS. [http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO\\_CHD\\_98.9\\_spa.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_CHD_98.9_spa.pdf?ua=1)
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Use of multiple micronutrient powders for home fortification of foods consumed by infants and children 6-23 months of age*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Born too soon. The global action report on preterm birth*. OMS. <https://resourcecentre.savethechildren.net/document/born-too-soon-global-action-report-preterm-birth/>
- Organización Mundial de la Salud. (2011a). *Guideline: intermittent iron and folic acid supplementation in menstruating women*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2011b). *Use of multiple micronutrient powders for home fortification of foods consumed by infants and children 6-23 months of age*. OMS.
- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. (2021). *Versión resumida: El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2021: Transformación de los sistemas alimentarios en aras de la seguridad alimentaria, una mejor nutrición y dietas asequibles y saludables para todos*. Consultado el 28 de octubre de 2023, <https://reliefweb.int/report/world/versi-n-resumida-el-estado-de-la-seguridad-alimentaria-y-la-nutricion-en-el-mundo-2021>
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Estrategia y plan de acción para la reducción de la desnutrición crónica*. Consultado el 25 de octubre de 2023, <https://andeguat.org.gt/wp-content/uploads/2015/02/PAHO-Estrategia-y-Plan-de-Accio%C3%B3n-Reduccion-de-la-Desnutricion-Cr%C3%B3nica-CD50-13.pdf>
- Pavia, M. B. (2009). Efficacy of pneumococcal vaccination in children younger than 24 months: a meta-analysis. *Pediatrics*, e1103-e1110.



- Penny, M. E., Creed-Kanashiro, H. M., Robert, R. C., Narro, M. R., Caulfield, L. E. y Black, R. E. (2005). Effectiveness of an educational intervention delivered through the health services to improve nutrition in young children: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 365(9474), 1863-1872. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)66426-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66426-4)
- Rahman, M., & otros. (1979). Diarrhoeal mortality in two Bangladeshi villages with or without community based oral rehydration therapy. *Lancet*, 809–812.
- Reyes, H., Guiscafré, H., Muñoz, O., Pérez-Cuevas, R., Martínez, H. y Gutiérrez, G. (1997). Antibiotic noncompliance and waste in upper respiratory infections and acute diarrhea. *Journal of Clinical Epidemiology*, 50(11), 1297–1304. [https://doi.org/10.1016/s0895-4356\(97\)00197-2](https://doi.org/10.1016/s0895-4356(97)00197-2).
- Reyes, H., Guiscafré, H., Sarti, E., Montoya, Y., Tapia, R. y Gutiérrez, G. (1996). Variaciones urbano-rurales en la atención del niño con enfermedad diarreica en México. *Salud Pública de México*, 38(3), 157-166.
- Reyes, H., Perez-Cuevas, R., Salmeron, J., Tome, P., Guiscafre, H. y Gutierrez, G. (1997). Infant mortality due to acute respiratory infections: the influence of primary care processes. *Health Policy and Planning*, 12(3), 214-223. <https://doi.org/10.1093/heapol/12.3.214>
- Rivera, J. (2019). La malnutrición infantil en Ecuador: Una mirada desde las políticas públicas. *Revista de Estudios de Políticas Públicas*, 5(1), 89–107. <https://doi.org/10.5354/0719-6296.2019.51170>
- Rivera Vásquez, J. I. (2020). *La malnutrición infantil en Ecuador: entre progresos y desafíos* [tesis doctoral, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales]. Repositorio digital FLACSO Ecuador. <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/16585>
- Ruales, José (2023, 5 de septiembre). *I Foro Infancia con Futuro* [ponencia]. Evolución de las políticas públicas en salud para la prevención y reducción de la DCI en el Ecuador. Quito, Ecuador.
- Ruel, M. T. y Menon, P. (2002). Child feeding practices are associated with child nutritional status in Latin-America: innovative uses of the demographic and health surveys. *Journal of Nutrition*, 132(6), 1180-1187. <https://doi.org/10.1093/jn/132.6.1180>
- Santos, I. S., Matijasevich, A., Domingues, M. R., Barros, A. J., Victora, C. G., & Barros, F. C. (2009). Late preterm birth is a risk factor for growth faltering in early childhood: a cohort study. *BMC pediatrics*, 9(1), 71.
- Scientific Advisory Committee on Nutrition. (2011). *The influence of maternal, fetal and child nutrition on the development of chronic disease in later life*. The Stationary Office Ltd. [http://www.sacn.gov.uk/pdfs/sacn\\_early\\_nutrition\\_final\\_report\\_20\\_6\\_11.pdf](http://www.sacn.gov.uk/pdfs/sacn_early_nutrition_final_report_20_6_11.pdf)
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo del Ecuador. (2017). *Plan Anual de Evaluaciones 2016*. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo del Ecuador. (2009). *Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013*. SENPLADES.
- Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil. (2021). *Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil*. SETECSDI.
- Secretaría Técnica del Plan Toda una Vida. (2018). *Toda una Vida. Intervención Emblemática Misión Ternura*. STPTV.
- Shrimpton, R., Huffman, S. L., Zehner, E. R., Darnton-Hill, I. y Dalmiya, N. (2009). Multiple micronutrient supplementation during pregnancy in developing-country settings: policy and program implications of the results of a meta-analysis. *Food and Nutrition Bulletin* 30(4), S556-S573. <https://doi.org/10.1177/156482650903045410>
- Soares-Weiser, K. (2012). *Rotavirus Vaccines Schedules: A systematic review of safety and efficacy from randomized controlled trials and observational studies of childhood schedules using RV1 and RV5 vaccines* (febrero de 2022). Organización Mundial de la Salud.



- [https://terrance.who.int/mediacentre/data/sage/SAGE\\_Docs\\_Ppt\\_Apr2012/7\\_session\\_rotavirus/Apr2012\\_session7\\_Soares\\_RV\\_schedule.pdf](https://terrance.who.int/mediacentre/data/sage/SAGE_Docs_Ppt_Apr2012/7_session_rotavirus/Apr2012_session7_Soares_RV_schedule.pdf)
- Soares-Weiser, K., H., Bergman, H., Henschke, N., Pitan, F. y Cunliffe, N. (2012). Vaccines for preventing rotavirus diarrhoea: vaccines in use. *Cochrane Database Syst. Rev*, 3.
- Spears, D., Ghosh, A. y Cumming, O. (2013). Open defecation and childhood stunting in India: an ecological analysis of new data from 112 districts. *PLoS One* 8(9), e73784.
- Stoltzfus, R. J. (2001). Iron deficiency anemia: Re-examining the nature and magnitude of the public health problem. *The Journal of Nutrition* 131(2S-2), 679S-701S. <https://doi.org/10.1093/jn/131.2.697S>  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD008521.pub4>
- Strunz, E. C., Addiss, D. G., Stocks, M. E., Ogden, S., Utzinger, J. y Freeman, M.C. (2014). Water, sanitation, hygiene, and soil-transmitted helminth infection: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*, 11(3), e1001620. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001620>
- Sukrat, B., Wilasrusmee, C., Siribumrungwong, B., McEvoy, M., Okascharoen, C., Attia, J. y Thakkinstian, A. (2013). Hemoglobin concentration and pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BioMed Research International*. <https://doi.org/10.1155/2013/769057>
- Unicef. (2023). *Desnutrición*. Consultado el 29 de octubre de 2023, <https://www.unicef.org/ecuador/desnutrición>
- Unicef. (2013). *Mejorar la nutrición infantil: el imperativo para el progreso mundial que es posible lograr*. Consultado el 6 de octubre de 2023, <https://www.unicef.org/venezuela/informes/mejorar-la-nutrici%C3%B3n-infantil-el-imperativo-para-el-progreso-mundial-que-es-posible-lograr>
- Unicef. (2006). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Unicef.
- Vicepresidencia de la República del Ecuador. (2021). *Ecuador crece sin desnutrición infantil. Una ruta trazada hacia la erradicación de la desnutrición crónica infantil. Gobernanza y desafíos*. Vicepresidencia de la República del Ecuador.
- Victora, G., Bryce, J., Fontaine, O. y Monasch, R. (2000). Reducing deaths from diarrhoea through oral rehydration therapy. *Bulletin of the World Health Organization* 78(10), 1246–1255.
- World Vision. (2023). *Suficiente: percepciones globales del hambre y la desnutrición infantil*. Consultado el 30 de octubre de 2023, <https://home.worldvisionamericaslatina.org/wp-content/uploads/2023/10/SUFICIENTE-Presentación-del-Estudio-Global-sobre-Hambre-y-Malnutrición-Infantil.pdf>
- Zhang, J. S. (2013). Effectiveness of an educational intervention to improve child feeding practices and growth in rural China: updated results at 18 months of age. *Maternal & Child Nutrition*, 9(1), 118-129. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2012.00447.x>
- Ziegler, E. E., Nelson, S. E. y Jeter, J. M. (2011). Iron supplementation of breastfed infants. *Nutrition Review*, 69(1), S71-S77. <https://doi.org/10.1111/j.1753-4887.2011.00438.x>
- Zlotkin, S., Arthur, P., Schauer, C., Yeboah Antwi, K., Yeung, G., & Piekarz, A. (2003). Home-fortification with iron and zinc sprinkles or iron sprinkles alone successfully treats anemia in infants and young children. *The Journal of Nutrition*, 133 (4), 1075-1080. <https://doi.org/10.1093/jn/133.4.1075>





@infanciaec



@infanciaec



@infanciaec

Secretaría Técnica Ecuador  
Crece Sin Desnutrición Infantil



República  
del Ecuador

  
**Gobierno  
del Ecuador**

**GUILLERMO LASSO  
PRESIDENTE**