

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
FACULTAD DE ECONOMÍA**

**Disertación previa a la obtención del título de  
Economista**

*Evaluación de resultados de las políticas públicas de inversión social  
en niños menores de 5 años  
(alimentación y nutrición 2007–2012)*

**María Dolores Córdova Vera**  
**madocordova@yahoo.es**

**Director: Econ. Carlos De la Torre**  
**cdelatorre@puce.edu.ec**

**Quito, noviembre de 2016**

## *Resumen*

El potencial físico y cognitivo que tendrá un ser humano de por vida está determinado por el estado nutricional que alcance hasta los dos años de edad. Por esta razón y luego de varios estudios se ha tomado conciencia de la importancia que tiene la nutrición en los menores y se han adoptado medidas que forman parte de las políticas del país. Para conocer la incidencia de las políticas públicas en alimentación y nutrición en menores de cinco años se describió el marco legal de las políticas públicas aplicadas, se investigaron los programas creados, así como la inversión que se ha realizado. Adicionalmente se identificaron a nivel provincial los resultados de las políticas públicas aplicadas para conocer como han influido en los factores que más incidencia tienen en el problema nutricional. Posteriormente se compararon las políticas aplicadas en Ecuador con las políticas aplicadas en otros países y el impacto que éstas tienen en los factores causales de la desnutrición crónica. El análisis de estas variables permitió identificar, en qué medida las políticas públicas que ha aplicado el Ecuador para mejorar el nivel nutricional de los menores de cinco años han generado los resultados esperados, es decir, disminuir la desnutrición de los menores de cinco años. Del análisis efectuado se desprende que es necesario que el Estado ecuatoriano focalice mejor su población beneficiaria, fortalezca la articulación entre los ministerios del área social, esto es que trabajen juntos los expertos en nutrición con los expertos en otras áreas y que dicte políticas públicas direccionadas a fomentar en toda la población educación en hábitos nutricionales y de higiene.

Palabras clave: Desnutrición, Nutrición, Seguridad Alimentaria, Salud, Políticas públicas en alimentación y nutrición.

*A Esteban, Sofía, Anita regalos que han bendecido mi vida,  
y a mi padre quien continúa inspirándome desde algún lugar del cielo.*

*A mi esposo Fernando y a mi director de disertación Econ. Carlos de la Torre por sus valiosos comentarios, guía y apoyo. A mi madre y a todos quienes permitieron desarrollar esta investigación.*

# *Evaluación de resultados de las políticas públicas de inversión social en niños menores de 5 años (alimentación y nutrición 2007–2012)*

<i>Resumen</i> .....	2
<i>Introducción</i> .....	10
<i>Metodología de la investigación</i> .....	15
<b>Procedimiento metodológico</b> .....	<b>15</b>
Etapa de recolección de Información .....	15
Etapa de procesamiento.....	15
Etapa de análisis .....	15
<b>Preguntas de investigación</b> .....	<b>16</b>
Pregunta General .....	16
Preguntas Específicas .....	16
Objetivo General .....	16
Objetivos Específicos .....	16
<i>Fundamentación Teórica</i> .....	17
<b>La alimentación</b> .....	<b>17</b>
<b>Desnutrición</b> .....	<b>19</b>
Seguridad y vulnerabilidad Alimentaria.....	19
Pobreza y desnutrición .....	20
Salud y desnutrición .....	21
Causas de la desnutrición .....	22
Consecuencias de la desnutrición.....	23
<b>Protección Social</b> .....	<b>25</b>
Justificativos de la intervención del Estado.....	28
<i>Programas de alimentación y nutrición</i> .....	<b>30</b>
Estrategia Acción Nutrición .....	36
Proyecto Desnutrición Cero .....	40
Proyecto Alimentario Nutricional Integral (PANI).....	43
<b>Gasto Social</b> .....	<b>45</b>
Comparación Internacional .....	45
Evolución del Gasto Social en el Ecuador .....	47
Gasto social en programas focalizados.....	48
Gastos en Nutrición .....	49
<i>Contexto socioeconómico, nutricional y alimentario del Ecuador</i> .....	52
<b>Contexto económico y social</b> .....	<b>52</b>
<b>Situación Alimentaria y nutricional</b> .....	<b>56</b>
Seguridad alimentaria.....	56
<b>Perfil nutricional</b> .....	<b>64</b>
Bajo peso al nacer.....	64
Desnutrición Crónica.....	66
Comparación Internacional .....	68
Desnutrición y variables relacionadas .....	70
Deficiencia en micronutrientes.....	80
<b>Consumo Alimentario</b> .....	<b>84</b>

<b>Incidencia de las políticas públicas en alimentación y nutrición en los factores causales de la desnutrición crónica.....</b>	<b>92</b>
<i>Comparación Internacional.....</i>	<i>99</i>
<b>Políticas aplicadas en otros países.....</b>	<b>99</b>
<b>Comparación Internacional.....</b>	<b>103</b>
<i>Resultados.....</i>	<i>112</i>
<i>Conclusiones y recomendaciones.....</i>	<i>116</i>
<b>Conclusiones.....</b>	<b>116</b>
<i>Recomendaciones.....</i>	<i>118</i>
<i>Referencia Bibliográfica.....</i>	<i>120</i>

## *Índice de Gráficos*

Gráfico 1 Distribución presupuesto por provincias.....	40
Gráfico 2 Evolución del gasto público social y de su participación en el gasto público total América Latina y el Caribe (21 países).....	45
Gráfico 3 Evolución del gasto público social total.....	46
Gráfico 4 Desnutrición Crónica y Gasto Público Social per cápita (2011).....	46
Gráfico 5 Evolución del gasto público social como porcentaje del PIB y su participación en el gasto público total.....	47
Gráfico 6 Evolución del Gasto Público Social per cápita .....	48
Gráfico 7 Producto Interno Bruto.....	52
Gráfico 8 Gasto social como porcentaje del PIB.....	53
Gráfico 9 Inflación anual.....	53
Gráfico 10 Salario mínimo.....	54
Gráfico 11 Coeficiente de Gini .....	54
Gráfico 12 Tasa de desempleo .....	55
Gráfico 13 Tasa de natalidad – Tasa de mortalidad en la niñez – Esperanza de vida.....	55
Gráfico 14 Suministro de energía alimentaria (SEA) y requerimiento mínimo.....	56
Gráfico 15 Tasa de subnutrición .....	59
Gráfico 16 Perfil de la vulnerabilidad de ingresos 2007–2012 .....	60
Gráfico 17 Índice de precios al consumidor.....	62
Gráfico 18 Costo de la canasta básica e ingreso familiar mensual.....	63
Gráfico 19 Incidencia del bajo peso al nacer.....	65
Gráfico 20 Tendencia de la desnutrición crónica en menores de cinco años .....	67
Gráfico 21 Evolución de la desnutrición global en menores de cinco años .....	67
Gráfico 22 Evolución de la desnutrición aguda en menores de cinco años .....	68
Gráfico 23 Relación de la desnutrición crónica respecto al PIB per cápita en Latinoamérica.....	69
Gráfico 24 Comparación desnutrición crónica en Latinoamérica y el Caribe (%)......	70
Gráfico 25 Desnutrición crónica de acuerdo a la edad.....	72
Gráfico 26 Desnutrición crónica por zona de residencia y etnia.....	73
Gráfico 27 Prevalencia de desnutrición crónica según quintiles de ingreso .....	74
Gráfico 28 Porcentaje de menores con desnutrición crónica por región.....	74
Gráfico 29 Porcentaje de niños con desnutrición de acuerdo al nivel de educación de la madre .....	75
Gráfico 30 Porcentaje de desnutrición crónica por provincias.....	76
Gráfico 31 Lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses de edad.....	78
Gráfico 32 Lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses por etnia y nivel de educación de la madre.....	79
Gráfico 33 Anemia y deficiencia de zinc en mujeres en edad fértil de 12–49 años, nacional y por rangos de edad.....	80
Gráfico 34 Porcentaje de menores con prevalencia de anemia en menores de cinco años .....	81
Gráfico 35 Prevalencia de deficiencias de hierro – zinc y valores anormales de vitamina A por edad .....	83
Gráfico 36 Prevalencia de deficiencias de hierro – zinc y valores anormales de vitamina A por etnia. .....	83
Gráfico 37 Prevalencia de deficiencias de hierro – zinc y valores anormales de vitamina A por quintil .....	84

Gráfico 38 Alimentos más consumidos en el país.....	85
Gráfico 39 Prevalencia de consumo inadecuado de proteínas .....	86
Gráfico 40 Proteínas más consumidas en el país.....	86
Gráfico 41 Carbohidratos más consumidos en el país.....	87
Gráfico 42 Grasas más consumidas en el país.....	88
Gráfico 43 Consumo promedio de frutas y verduras, por sexo y edad en el país .....	88
Gráfico 44 Alimentos que contribuyen al consumo diario de fibra .....	89
Gráfico 45 Porcentaje de personas que viven en pobreza y pobreza extrema.....	92
Gráfico 46 Relación de la Desnutrición crónica con la pobreza y la extrema pobreza .....	93
Gráfico 47 Porcentaje de viviendas con acceso a servicios de saneamiento .....	94
Gráfico 48 Relación de la desnutrición crónica con servicios de saneamiento.....	95
Gráfico 49 Porcentaje de población analfabeta .....	96
Gráfico 50 Desnutrición crónica – Analfabetismo – Años de Escolaridad .....	96
Gráfico 51 Desnutrición crónica por país.....	104
Gráfico 52 Desnutrición crónica / INB per cápita PPA .....	105
Gráfico 53 Desnutrición crónica / gasto público en salud (% del PIB).....	105
Gráfico 54 Desnutrición crónica / Pobreza .....	106
Gráfico 55 Desnutrición crónica / Indigencia .....	106
Gráfico 56 Desnutrición crónica / acceso a suministro de agua.....	107
Gráfico 57 Desnutrición crónica / acceso a instalaciones sanitarias .....	108
Gráfico 58 Desnutrición crónica / Tasa de alfabetización mujeres mayores a 15 años .....	109
Gráfico 59 Desnutrición crónica / años de escolaridad promedio.....	109



## *Índice de cuadros*

Cuadro 1 Metas que se establecieron alcanzar hasta el año 2013 .....	34
Cuadro 2 Presupuesto Programa Acción Nutrición.....	39
Cuadro 3 Inversión Total Proyecto Desnutrición Cero .....	43
Cuadro 4 Inversión Total Proyecto PANI .....	44
Cuadro 5 Evolución del gasto social en programas específicos focalizados .....	49
Cuadro 6 Participación de proyectos en alimentación y nutrición en el gasto social.....	50
Cuadro 7 Suministro de energía alimentaria (SEA) .....	57
Cuadro 8 Composición del suministro de energía alimentaria (SEA) según tipo de alimento .....	57
Cuadro 9 Composición del suministro alimentario en kg/per/año .....	58
Cuadro 10 Ingreso promedio mensual de los hogares, según deciles de ingreso .....	61
Cuadro 11 Participación en el ingreso total de los hogares según deciles de ingreso .....	61
Cuadro 12 Hogares con disponibilidad de servicios básicos en la vivienda, por área urbana y rural ...	63
Cuadro 13 Evolución de la Incidencia del bajo peso al nacer Ecuador.....	66
Cuadro 14 Tendencias nutricionales en niños menores de cinco años (1986 – 2012) .....	66
Cuadro 15 Estadísticas nutricionales en Latinoamérica .....	69
Cuadro 16 Distribución de la desnutrición crónica entre menores de cinco años .....	71
Cuadro 17 Prevalencia de inicio temprano de la lactancia materna .....	77
Cuadro 18 Prevalencia de lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses por quintil económico ...	78
Cuadro 19 Prevalencia de anemia – deficiencia de zinc y valores anormales de vitamina A en menores de 5 años.....	82
Cuadro 20 Alimentos más representativos en el consumo diario de energía por región.....	90

## *Introducción*

Difícilmente se puede concebir injusticia mayor que la de arrebatar a un niño o niña, en la gestación y en su primera infancia, la posibilidad de alcanzar la plenitud de su potencial para el resto de su vida. (Anthony Lake, 2013)

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia –UNICEF– (1998: 21) desde 1924 en los instrumentos internacionales de derechos humanos la nutrición ha sido considerada como un derecho. Así mismo, de acuerdo a UNICEF (2006a: 21) en la Convención sobre los Derechos del Niño se establece todo niño tiene derecho a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social. En su Artículo seis se indica que en la máxima medida posible se garantizará la supervivencia y el desarrollo del niño. De esta forma para UNICEF (2013b: 2) el derecho a la alimentación es un derecho fundamental que permite obtener otros derechos.

Por otra parte, en el marco de las Naciones Unidas –ONU– (2000: 4) 189 países acordaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el año 2000, cuyo propósito es acabar con la pobreza y el hambre y promover el desarrollo humano.

Sin embargo, según UNICEF (2011: 4) a pesar de los esfuerzos que se realizan en todo el mundo la desnutrición es aún “una de las principales amenazas para la supervivencia, la salud, el crecimiento y el desarrollo de las capacidades de millones de niños y niñas”, así como para el progreso de sus países. De igual forma según señala el Pontificio Consejo Cor Unum del Vaticano (1996), pese a todo lo acordado miles de niños y niñas mueren en el mundo año tras año con lo que se demuestra que las leyes son solo palabras que se las lleva el viento mientras no sean respetadas y aplicadas.

Varios estudios realizados por UNICEF (1998: 16) demuestran que la desnutrición produce retraso en el desarrollo físico, cognitivo y el bienestar emocional de los niños y niñas, restringe el rendimiento escolar y el aprendizaje de habilidades para la vida, y limita así la capacidad que tiene el niño de convertirse en un adulto capaz de contribuir a través de su desarrollo humano y profesional al progreso económico de su nación.

Razón por la que el Banco Interamericano de Desarrollo –BID– (2010: 2) señala que invertir en la primera infancia define el futuro de las personas puesto que en los primeros cinco años de vida es cuando el cerebro humano alcanza 90% del tamaño adulto y es en esta etapa que se puede estimular el potencial competitivo de los futuros hombres y mujeres de un país. Por otra parte, estudios recientes realizados por UNICEF (2013a: 5) demuestran que mejorar la nutrición luego de los dos años de edad no conlleva a la recuperación del potencial perdido y los impedimentos intelectuales son irreversibles.

Por esto, para UNICEF (2011: 5) el embarazo y los dos primeros años de vida de los niños y niñas, conocidos como los 1.000 días críticos para la vida, son el periodo más importante para prevenir la desnutrición. Ya que es en esta etapa cuando se produce el mayor desarrollo del cerebro y del sistema nervioso de los niños y niñas, por lo que una adecuada atención permitirá disfrutar de buena salud y buen desarrollo cognitivo por el resto de su vida.

Según UNICEF (2015: 1) antes de que un menor respire por primera vez las posibilidades de vida ya están determinadas por circunstancias fuera de su control: la situación económica y social de su

familia, su lugar de nacimiento y su sexo. Así, para UNICEF (2013b: 2) la desnutrición es el compendio de todas las inequidades sociales y representa el nivel de pobreza y subdesarrollo en el que vive un país.

Se estima que esta tragedia, conforme datos de UNICEF (2013b: iii), afecta en el mundo a más de 165 millones de niños, es decir aproximadamente 1 de cada 4 menores la padece y se le atribuye la tercera parte de las muertes de los menores de cinco años.

Ecuador no está lejos de esta realidad, a pesar de que la desnutrición crónica en los menores de cinco años se ha reducido de 40,2% en 1986 a 25,3% en el 2012, este indicador no resulta preciso para señalar el progreso lento y desigual que en el interior del país y entre los diferentes sectores socioeconómicos existe.

Datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT–ECU (2012: 214) señalan que la desnutrición crónica en el Ecuador (25,3%) representa el problema de salud más importante del país. Afecta a más de 400.000 menores de cinco años y se encuentra dentro de los cuatro países que presentan las prevalencias más elevadas de Latinoamérica y el Caribe, solo Bolivia (27,2), Honduras (29,9%) y Guatemala (48%) superan este porcentaje.

El nivel de heterogeneidad a nivel de provincias es alarmante, donde de acuerdo a la categorización propuesta por la Organización Mundial de la Salud – OMS (2010: 2) solo 7 de las 24 provincias del país tienen prevalencias de desnutrición bajas, es decir, menores a 20%, 15 provincias muestran prevalencias entre moderadas y altas (>20% y < 39%) y 2 están categorizadas con prevalencias muy altas, las cuales superan 40%. Conforme a la ENSANUT–ECU (2012: 222) las provincias más afectadas son Chimborazo y Bolívar donde la desnutrición crónica aflige a 48,8% y a 40,8% de los menores de 5 años respectivamente, situación comparable solo con países como Malawi (47,8%) y Madagascar 49,2%) según indicadores de desarrollo del Banco Mundial (2015).

Al comparar la desnutrición según el origen étnico, de acuerdo a datos proporcionados por ENSANUT–ECU (2012: 216) se evidencia que los menores indígenas (42,3%) son los más perjudicados por la desnutrición crónica, pese a que comprenden menos de 10% de la población ecuatoriana según un estudio del BM (2007:13), doblan el valor correspondiente a otras etnias como montubios (20,4%), mestizos, blancos y otros (24,2%).

Es más severa en las zonas rurales donde 31,6% de los menores la padece en comparación con el 21,8% de los infantes de las zonas urbanas, especialmente en la Sierra rural ya que 33,7% presenta este problema. Esta brecha es mayor al comparar los niños y niñas entre 1 y 2 años, donde 32,6% sufre desnutrición crónica. Este porcentaje es tres veces más que el de menores de seis meses (9,5%) que la sufre.

La desnutrición afecta en mayor proporción a la población que se encuentra en condiciones de pobreza (31,2%). Aproximadamente uno de cada tres niños y niñas que se encuentran en hogares clasificados como pobres sufren de desnutrición crónica mientras que en hogares no pobres uno de cada cuatro menores la padece.

Los quintiles I y II abarcan 65% de los niños que presentan desnutrición crónica mientras que en el quintil V ésta llega solo 13,8% de los menores. Sin embargo, cabe anotar que este nivel es elevado si se tiene en cuenta que en el quintil V se dispone de capacidad adquisitiva para mantener una dieta

saludable, lo que se evidencia al compararlo con otros países de la región como Bolivia, Colombia y Perú en donde según la CEPAL (2014: 97) las prevalencias de desnutrición en el quintil V son de 6,5%, 6,8% y 5,2% respectivamente.

De igual forma, se amplía la brecha cuando se toma en cuenta el nivel de educación de la madre. La desnutrición crónica en hijos de madres analfabetas es de 38,8%, la cual disminuye en promedio 25% por cada nivel de educación que incrementa. Solo 15,4% de hijos de madres con instrucción superior presenta este problema. Sin embargo, cabe señalar que en un estudio realizado por la CEPAL (2014: 63) en Ecuador la disminución de la desnutrición no tiene mayor relación con la educación de la madre como se evidencia en otros países del Grupo Andino, como Perú donde 55,2% de hijos de madres sin educación son desnutridos crónicos, mientras que esta relación disminuye a 8,7% cuando la madre tiene instrucción superior.

Este contexto, refleja la importancia que tiene el problema de la desnutrición crónica en el país, y de acuerdo al BM (2007: 2) de las grandes privaciones y falencias que actualmente padece un gran porcentaje de la niñez ecuatoriana debido a las fallas que han existido en las políticas públicas y los programas implementados, y de la importancia de privilegiar la inversión en este sector ya que de esta manera según UNICEF (2005: 9) no solo se cumplirá un derecho, como es el de la alimentación y nutrición, sino que el país se beneficiará de los réditos que a futuro éstos niños y niñas entregarán al desarrollo del país.

Es así, que el Estado desde hace varios años ha desarrollado políticas públicas e implementado programas dirigidos a mejorar la salud nutricional de los menores de cinco años. Sin embargo, estos esfuerzos no han logrado revertir este problema de salud. A pesar de más de diez años de políticas y programas en los que se ha intentado reducirla, la desnutrición crónica es aun elevada. De acuerdo a Carranza (2010:3) las políticas y programas han estado supeditados a los políticos de turno, han tenido una débil planificación, coordinación y complementariedad. Además, los programas no han sido evaluados con periodicidad, lo que no ha permitido precisar con claridad la eficiencia y calidad del gasto realizado.

Sin embargo, desde el año 2008 según el BM (s.f: 26) el Estado ecuatoriano ha incrementado la inversión social particularmente en salud, el presupuesto para programas nutricionales en el año 2012 representó cinco veces más el presupuesto que se tenía en el año 2005. También se crea un marco legal que reconoce y garantiza el derecho que tiene toda persona a la alimentación y nutrición y se pone énfasis en los nuevos mandatos expresados en la Constitución y el Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir (PNBV) 2009–2013, en los que se pronuncia el derecho a la alimentación y nutrición, a la seguridad y la soberanía alimentaria como objetivos estratégicos y obligación del Estado y se convierten en el eje para garantizar así los derechos del Buen Vivir.

Enfocados en pagar la deuda social y dotar de mayores oportunidades a los menores de cinco años, se crea la Estrategia Acción Nutrición, que está bajo dependencia del Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (MCDS) desde el año 2008 y que trabaja de manera articulada con los Ministerios de Salud (MSP), Inclusión Económica y Social (MIES), Educación (ME), Agricultura (MAGAP) y Vivienda (MIDUVI); y el Proyecto Desnutrición Cero, que está bajo la coordinación del MSP desde el año 2011 de acuerdo al BM (s.f: 24). La finalidad de estos programas era la de reducir la desnutrición crónica en 45% hasta el año 2013, como se estableció en el objetivo 2 del Plan Nacional del Buen Vivir 2009–2013.

Desde esta perspectiva, se consideró necesario analizar si las políticas públicas destinadas a mejorar el nivel nutricional de los menores de cinco años en el Ecuador en el período 2007-2012 han generado los resultados esperados.

Para realizar el análisis se consideraron tres capítulos:

En el primer capítulo, se describió el marco legal de las políticas públicas en nutrición y alimentación, se investigaron los programas creados en el Ecuador, así como la inversión pública que se ha destinado con la finalidad de mejorar la nutrición de la infancia.

Luego de describir las políticas públicas y los programas que se han implementado en el país se evidencia que el marco legal de los programas de alimentación y nutrición, en los últimos veinte y seis años, ha evolucionado favorablemente desde una visión de asistencia social a una visión de derechos, con su consiguiente beneficio de empoderamiento de la sociedad y visualización de la importancia de la nutrición como elemento básico para el desarrollo de otras capacidades del ciudadano.

El enfoque de política también han evolucionado de manera positiva, desde una visión simplista en la que el problema era resuelto con políticas dirigidas exclusivamente a mejorar la alimentación de la población objetivo, a un enfoque más holístico, en el cual se reconoce a la desnutrición como un problema multicausal, cuyas raíces también se encuentran en los hábitos de higiene de la población, el acceso a servicios de saneamiento, el nivel educativo de los padres, la salud de la madre en la etapa de embarazo, acceso a vacunación y a los controles de niños sano, el ingreso familiar y el acceso a ciertos productos, entre otros.

El segundo capítulo se identifica a nivel provincial los resultados de las políticas públicas destinadas a alimentación y nutrición y se las relaciona con los factores que más inciden en la desnutrición crónica.

Una vez analizados cada uno de los indicadores económicos, sociales y alimentarios se evidenció que las condiciones socioeconómicas en el Ecuador han mejorado en el período analizado. Si bien el crecimiento económico del país presentó una tendencia creciente, que ha permitido mostrar mejoras en algunos indicadores de desarrollo, como los niveles de pobreza y extrema pobreza que se han reducido o el gasto social y los ingresos de la población que se han incrementado, los resultados aún son insuficientes al hablar de la desnutrición infantil.

Al analizar las variables de pobreza e indigencia, nivel de saneamiento y educación en los distintos niveles territoriales del país y relacionarlas con el indicador de desnutrición crónica se muestra por un lado, la fuerte correlación que existe de estas variables con el diseño de las políticas alimentarias y nutricionales actuales, pero por otro, el bajo impacto que han tenido las políticas y programas que se han implementado en provincias como Chimborazo y Bolívar, donde los niveles de pobreza e indigencia, así como de saneamiento y educación, no solo que, son los peores del país, sino que, se han deteriorado aún más en el período (2007-2012).

No es una coincidencia que la desnutrición azote de manera alarmante a un gran porcentaje de infantes que habitan en estas provincias, es el reflejo del nivel de subdesarrollo en el que han vivido durante 26 años, en donde las políticas y programas muy poco han podido hacer.

En el tercer capítulo se compararan las políticas aplicadas en Ecuador con las políticas aplicadas con un grupo de países que han sido los que han logrado reducir en mayor porcentaje sus niveles de

desnutrición crónica, y se las relaciona con los factores causales que más incidencia tienen en este problema nutricional.

En cuanto a la eficacia de las políticas públicas de nutrición, los resultados muestran que ha existido una sostenida disminución de los indicadores de desnutrición como porcentaje de población pero no a la velocidad a la que se esperaba. De acuerdo a UNICEF (2013b: 28-38) al contrastar la evolución del indicador de desnutrición crónica del Ecuador con otros países como Etiopía, Haití, India, Nepal, Perú y Ruanda, todos estos mostraron en promedio anual una reducción más acelerada a pesar de que Ecuador conforme indicadores de desarrollo del Banco Mundial (2015) presenta mejores condiciones socioeconómicas que los países analizados, por lo que se puede concluir que la política pública en nutrición y alimentación del Ecuador pudo haber sido más eficaz en el período 2007-2012.

Según indicadores de desarrollo del Banco Mundial (2015) Ecuador entre el año 2004 y 2012 ha duplicado su inversión en programas de salud. Comparado con los países de la muestra, Ecuador es superior a la mediana (% del PIB) y se encuentra entre los tres países que más han invertido en salud en el año 2012. Se puede concluir entonces que los bajos resultados alcanzados en comparación a lo planificado no son consecuencia de la falta de inversión, sino probablemente por ineficiencias operativas y de coordinación, así como por deficiencias en la focalización y el diseño de las políticas nutricionales.

De acuerdo al análisis de los informes de los programas Desnutrición Cero (s.f), Acción Nutrición (2011) y PANI (2012), en Ecuador los programas no evidencian una articulación fuerte entre los diferentes sectores del área social. Es decir, entre los expertos nutricionales (nutrición específica) con los expertos en intervenciones en áreas sensibles (pobreza, saneamiento, educación, agricultura, etc.). Tampoco existe un sistema de focalización único que sea compartido por todos los sectores del área social, lo cual permitiría que la cobertura de los programas sea transparente y llegue a los sectores más vulnerables. Además, no se cuenta con sistemas de monitoreo, ni de evaluación que permitan mejorar el desempeño de los programas como lo tienen todos los países analizados.

También se concluye, conforme se evidencia en un estudio de OMS – UNICEF y USAID (2015: 9), que las políticas en educación enfocadas en salud nutricional, hábitos alimenticios, hábitos de higiene, higiene de alimentos e higiene ambiental inciden directamente en el comportamiento de las personas. Como se observa en países como Perú, que de acuerdo a datos de desarrollo del Banco Mundial (2015), con indicadores socioeconómicos y nutricionales similares a los de Ecuador tuvo un ritmo de disminución de la desnutrición crónica mayor. De hecho, que en el Ecuador la desnutrición sea un problema tanto del quintil más pobre como del quintil más rico sugiere que el acceso a alimentos de calidad no solo es un tema de ingreso sino también está relacionado con hábitos alimenticios, conocimiento nutricional e higiene.

Es decir, no es suficiente que una sociedad tenga ingresos para alimentarse, disponga de recursos para invertir en salud, si no se conoce que alimentos son buenos y cuál es la importancia de éstos en la salud. Así mismo, no es suficiente tener un buen nivel de acceso a servicios de saneamiento y educación formal, es necesario saber cómo utilizar y cómo aprovechar estos servicios.

# *Metodología de la investigación*

## **Procedimiento metodológico**

### **Etapas de recolección de Información**

Para esta investigación se realizó una recopilación de los principales indicadores nutricionales obtenidos en tres encuestas nacionales, la Encuesta Nacional de la Situación Alimentaria, Nutricional y de Salud de la Población Ecuatoriana del Menor de Cinco Años (DANS) realizada en 1986, la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN) que se llevó a cabo en el año 2004 y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT– ECU 2012), que fue publicada en año 2014 las cuales constituyen la principal fuente de información. Además de datos relevantes que se obtuvieron del Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (MCDS) encargado de la coordinación de la Estrategia Acción Nutrición, Ministerio de Inclusión Social y Económica (MIES), encargado del programa PANI, Ministerio de Salud Pública (MSP) que mantiene Desnutrición Cero.

Los demás datos relevantes se obtuvieron de estadísticas y de estudios realizados por varias instituciones del estado y organismos multilaterales como: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE) y Banco Central del Ecuador, que reportan los principales indicadores sociales y económicos del país. Así como UNICEF, CEPAL, Banco Mundial, FAO que reportan información social, económica, agrícola y de salud a nivel internacional. Se reforzó la presente investigación con información obtenida de la Secretaría Nacional de Planificación (SENPLADES), encargada de formular políticas nacionales relacionadas con desnutrición.

### **Etapas de procesamiento**

Para el procesamiento, se revisó y analizó toda la información de encuestas, estadísticas, informes y estudios recopilados principalmente del Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, Ministerio de Inclusión Social y Económica, Ministerio de Salud Pública. Se eligió la información relevante para la presente investigación, la cual fue sintetizada y procesada en cuadros y gráficos informativos.

### **Etapas de análisis**

Para el análisis de la información se consideraron tres capítulos que exponen y analizan la situación nutricional de los menores de cinco años, se partió de un análisis de los principales indicadores sociales, alimentarios y nutricionales, y posteriormente se hizo una evaluación histórica del principal indicador nutricional (desnutrición crónica) en relación a países de América Latina.

Luego se describió el marco legal de las políticas públicas en nutrición y alimentación, se investigaron los programas creados en el Ecuador, así como la inversión pública que se ha destinado con la finalidad de mejorar la nutrición de la infancia.

Y finalmente se compararon las políticas aplicadas en Ecuador con las políticas aplicadas con un grupo de países que han sido los que han logrado reducir en mayor porcentaje sus niveles de

desnutrición crónica, y relacionarlas con los indicadores que más incidencia tienen en este problema nutricional.

## **Preguntas de investigación**

### **Pregunta General**

Desde la perspectiva de cumplimiento del Objetivo dos del Plan Nacional del Buen Vivir 2009–2013 ¿en qué medida las políticas públicas que ha aplicado el Ecuador para mejorar el nivel nutricional de los menores de cinco años, han generado los resultados esperados?

### **Preguntas Específicas**

¿Cómo ha evolucionado el marco legal de las políticas públicas destinadas a nutrición y alimentación, qué programas se han creado y cuál ha sido el nivel de inversión pública destinado a mejorar la nutrición de la infancia?

¿Cómo se han distribuido los resultados de las políticas públicas destinadas a nutrición en los distintos niveles territoriales del país e identificar los factores que determinaron su incidencia?

¿En qué medida las políticas en alimentación y nutrición aplicadas en el Ecuador han generado resultados favorables en contraste con experiencias similares en países como Etiopía, Haití, India, Nepal, Perú y Ruanda?

### **Objetivo General**

Conocer la incidencia de las políticas públicas en alimentación y nutrición destinadas a contrarrestar la desnutrición en menores de cinco años, su evolución, beneficios y desafíos en el período 2007–2012.

### **Objetivos Específicos**

Describir el marco legal de las políticas públicas en nutrición y alimentación, investigar los programas creados en el Ecuador, así como la inversión pública que se ha destinado con la finalidad de mejorar la nutrición de la infancia.

Identificar a nivel provincial los resultados de las políticas públicas destinadas a alimentación y nutrición y relacionarlas con los factores que más inciden en la desnutrición crónica.

Comparar las políticas aplicadas en Ecuador con las políticas aplicadas en Etiopía, Haití, India, Nepal, Perú y Ruanda, países que han sido los que han logrado reducir en mayor porcentaje sus niveles de desnutrición crónica, y relacionarlas con los factores causales que más incidencia tienen en este problema nutricional.



## ***Fundamentación Teórica***

En este capítulo se exponen los lineamientos teóricos en los cuales se sustenta el desarrollo de esta investigación. En la primera parte, se presenta una base conceptual en donde la alimentación y la nutrición son consideradas como un derecho fundamental del ser humano. A continuación, se exponen diferentes nociones dentro de las cuales se enmarca la desnutrición. Por un lado, está el concepto de hambre como sinónimo de desnutrición crónica y se la relaciona con inseguridad alimentaria y nutricional. Por otro, se relaciona la desnutrición con la extrema pobreza o indigencia. Y finalmente, bajo la perspectiva de la salud en dónde se muestran las principales relaciones causales y las consecuencias que se derivan de ésta. En la segunda parte del capítulo, se muestran los fundamentos en los que se basan la intervención del Estado, los programas de protección social y los programas de transferencias de alimentos.

### **La alimentación**

La alimentación para Loma-Ossorio (2008: 2) es considerada un derecho que forma parte de las libertades fundamentales del ser humano para lograr el bienestar. Es así, que según la FAO (2013: 10) desde 1948 en la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDDHH) se reconoce formalmente a la alimentación como una necesidad básica para la supervivencia. Derecho que fue ratificado según Abajo, Figueroa, Paiva y Oharriz (2010: 22) en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) firmado en 1966, que entró en vigor en 1976 y fue ratificado en el 2012 donde se proclama el derecho de toda persona a estar protegida contra el hambre. Así, de acuerdo al Comité de Seguridad Alimentaria Mundial – CFS y al Grupo de Alto Nivel de Expertos en Seguridad Alimentaria y Nutrición – HLPE (2012:68) la alimentación, es el único derecho declarado derecho fundamental.

Así mismo, de acuerdo a la ONU (s.f: párr 26) en la Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social (1969) se indica que es necesario eliminar el hambre y la malnutrición y garantizar el derecho a una nutrición adecuada. De igual forma, señala la ONU (s.f: párr. 14) que en la Declaración Universal para la Eliminación Definitiva del Hambre y de la Malnutrición (1974) se menciona que todos los hombres, mujeres y niños tienen el derecho a estar libres de hambre y malnutrición para así tener buenas capacidades físicas y mentales, además de desarrollarse adecuadamente.

Igualmente, de acuerdo a UNICEF (2006a: 21) en la Convención sobre los Derechos del Niño (1990) se establece el derecho que tiene todo niño a un nivel de vida adecuado en el que se pueda desarrollar en todos los aspectos. En su artículo seis se indica que se garantizará en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño.

La Organización para la Agricultura y la Alimentación –FAO– (1992: párr. 6) en la Declaración Mundial sobre la Nutrición (1992) incorpora y define la Seguridad Alimentaria y reafirma el derecho universal al acceso a una alimentación nutritiva y sana. En 1999 el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas – CDESC (1999: párr. 6) establece una definición en la cual el derecho a una alimentación no es solamente un conjunto de calorías, proteínas y otros elementos nutritivos que debe tener una persona, sino que se reconoce que es necesario crear políticas para garantizar "el derecho fundamental de toda persona a estar protegida contra el hambre" y la malnutrición.

En el Ecuador, en la nueva Constitución (2008: 9) cuyo principio es el ser humano sobre el capital, se otorgan derechos sociales y económicos a toda la población, se obliga al Estado a priorizar el pago de la deuda social por encima de cualquier otra obligación, y se reconoce el derecho a la alimentación y nutrición.

Y desde el año 2009 según el Sistema de Indicadores de Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional – SISSAN, se desarrolló el contenido del derecho a la alimentación mediante la Ley Orgánica de Régimen de Soberanía Alimentaria, en la que se fortalece el derecho de alimentación mediante la disponibilidad de alimentos baratos o gratuitos.

Según el Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia (2012a: 7) la importancia del enfoque de derechos en la política social está en que se da valor a la persona como individuo y no solamente como parte de un todo. Estos fundamentos conceptuales para Caballero (2006: 18) permitieron el re-direccionamiento de la inversión social, desde un punto de vista que buscaba únicamente la maximización de la utilidad social, hacia otro, en el cual el objetivo principal es otorgar a cada individuo un nivel mínimo de derechos básicos.

Es así, que para Mc Donald, Haddad, Gross y McLachlan (2002:3) la alimentación y la nutrición son el primer y el más trascendente de los derechos humanos, ya que es a partir de este que se pueden gozar otros derechos como la salud, la educación, la vivienda, un trabajo digno, etc. Mientras que para Bacallao, Peña y Díaz (2012: 145) la seguridad alimentaria y la nutrición tienen un doble rol, son consideradas como medio y fin, ya que por una parte son reconocidas como derechos, y por otra son requisitos básicos para el logro de metas de salud, educación y desarrollo.

Sin embargo, pese a ser uno de los derechos humanos fundamentales para la vida, para Ziegler (2012: 29) el derecho a la alimentación es el más vulnerado en nuestro planeta, cuya evidencia está plasmada en los menores que padecen hambre y en las consecuencias que esta trae.

La FAO (2011: 3) concibe al hambre como una sensación incómoda o dolorosa originada por no comer y no recibir energía de los alimentos. Y relaciona la inseguridad alimentaria y nutricional de la población con la carencia de alimentación. Definida con el indicador de subnutrición, el hambre es la “ingesta alimentaria diaria inferior al mínimo requerido para satisfacer los requerimientos energéticos” según la página web de la CEPAL (2015)

Así, para la CEPAL, FAO y PMA (2007: 10) el hambre es considerada como un estado agudo, crónico y la mayoría de veces oculto, de inseguridad alimentaria y nutricional. Así mismo, para el Programa Especial para la Seguridad Alimentaria– PESA (2011: 5) se refiere al hambre como la falta de alimentos básicos originados por la escasez y miseria generalizada.

De Castro (1975: 114) menciona que el hambre es un fenómeno de orden social y económico, creada por el hombre y promovida por lo general por la explotación defectuosa de los recursos naturales y por una mala distribución de los bienes de consumo así obtenidos. Considera, que se puede aceptar que el hambre sea un fenómeno natural cuando ésta es ocasionada por la severidad de la naturaleza pero que esto ocurre en pocas ocasiones. Así mismo, para Ziegler (2012: 36) el hambre no es producto de la naturaleza o el destino, el hambre es el resultado de las estructuras de producción. Para este autor, el hambre es la destrucción física y psíquica de la persona y la aniquilación de su dignidad.

Para el PMA (2006:16) una de las manifestaciones física del hambre es la desnutrición y todas las complicaciones que ésta acarrea.

## **Desnutrición**

De acuerdo a la CEPAL (2014:16) existen diferentes nociones dentro de las cuales se enmarca la desnutrición. Por un lado está el concepto de hambre como sinónimo de desnutrición crónica, cuya definición más usual según la FAO (2014:6) se asocia al consumo insuficiente de alimentos. Es decir, es una situación en la cual la ingesta alimentaria no cubre las necesidades energéticas por un período prolongado de tiempo y se la relaciona con inseguridad alimentaria y nutricional. Por otro, la CEPAL (2014:16) relaciona la extrema pobreza o indigencia con la desnutrición, la cual es el reflejo los escasos recursos económicos de una parte de la población que no permiten adquirir una canasta básica de alimentos. Y finalmente bajo la perspectiva de la salud, en donde la CEPAL (2014:16) la define como un estado de las personas, en el cual la función física está muy deteriorada, razón por la que no se puede mantener procesos y funciones corporales adecuadas, y que incluye la desnutrición crónica, desnutrición global, desnutrición aguda y la desnutrición por déficit de micronutrientes.

### **Seguridad y vulnerabilidad Alimentaria**

De acuerdo a la FAO (2011:1) en la Cumbre Mundial de la Alimentación (1996) se señaló que una sociedad tiene seguridad alimentaria cuando todas las personas pueden llevar una vida sana y activa ya que pueden disponer siempre de manera física como económica suficientes alimentos, sanos y nutritivos, para satisfacer sus necesidades y preferencias alimenticias. Entonces, de acuerdo a este concepto para que exista nutrición debe existir seguridad alimentaria. Es decir, debe haber disponibilidad, acceso, utilización y estabilidad alimentaria.

El Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá – INCAP – y la Organización Panamericana para la Salud – OPS – (2001:4) señalan a la seguridad alimentaria como el acceso físico, económico y social a los alimentos de manera que se garantice el bienestar y desarrollo de la población.

Así mismo, el Comité de Seguridad Alimentaria Mundial – CFS y al Grupo de Alto Nivel de Expertos en Seguridad Alimentaria y Nutrición – HLPE (2012:35) basados en el enfoque de derechos de Amartya Sen, señalan que hay seguridad alimentaria cuando, a través de la producción, el trabajo, el mercado y las transferencias, se dispone de alimentos suficientes para satisfacer los requerimientos alimenticios mínimos de individuos, hogares y países.

En el Ecuador de acuerdo a la página web del Sistema de Indicadores de Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional SISSAN y del SIISE (s.f.) se amplía este concepto y se le denomina soberanía alimentaria, en el cual se incorpora un cuarto factor de autodeterminación, que presume la posibilidad de que el país puntualice sus estrategias y políticas de producción, distribución y consumo de alimentos, donde se priorice la producción local como factor esencial del suministro de alimentos, una distribución directa que minimice la intermediación y explotación y un consumo de alimentos que respete la cultura e identidad nacional.

Por otra parte, la vulnerabilidad alimentaria para la FAO (2011: 3) es la probabilidad de que por riesgos ambientales o sociales se dificulte el acceso al consumo de alimentos. Se denomina a esta etapa inseguridad alimentaria. Para CEPAL (2014: 18) este concepto no solo se refiere a las personas

que sufren inseguridad alimentaria actualmente, sino de los que posiblemente la sufran en un futuro cercano.

De acuerdo a la FAO (2011:1) la seguridad alimentaria se puede analizar desde cuatro dimensiones:

**Disponibilidad:** se refiere a la oferta de alimentos de un país. Es decir, al nivel de producción, existencias e importaciones, además de la ayuda alimentaria que reciben ciertos grupos de la población.

**Acceso:** se entiende a la posibilidad que tienen las personas de acceder tanto a los medios de producción (tierra, agua, insumos, tecnología, conocimiento), así como la capacidad para poder adquirir alimentos y así disfrutar de un buen nivel de alimentación. Es decir, es hacer valer el derecho a la alimentación.

**Utilización:** implica la selección y combinación de alimentos de acuerdo a las necesidades nutricionales, diversidad, preferencias y cultura de una persona o familia. Para la CEPAL (2014: 19) también se debe tener en cuenta la inocuidad de los alimentos, la dignidad de las personas, la distribución equitativa en los hogares y las condiciones de higiene tanto en la producción como en el procesamiento, que sumadas a la disponibilidad de agua potable, saneamiento y atención en salud, son factores que determinan una buena nutrición.

**Estabilidad:** la principal condición para tener seguridad alimentaria en un país, en una familia o en una persona, es que se tenga asegurada la disponibilidad, acceso y utilización de alimentos de una manera periódica. La falta de acceso ya sea por causas climáticas, políticas o económicas inciden en la condición nutricional de las personas. Así, la CEPAL (2014: 19) menciona que el concepto de estabilidad se debe entender como la disponibilidad y el acceso a la seguridad alimentaria.

Para la CEPAL (2014: 19) se habla de seguridad alimentaria cuando se cubren los requerimientos de energía (Kilocalorías), además de otros nutrientes como proteínas, carbohidratos, vitaminas y minerales.

## **Pobreza y desnutrición**

Existen diferentes enfoques para definir la pobreza, estos varían conforme la idea de bienestar que se tenga. Para Feres y Mancero (2000: 7) los estudios de la pobreza se han limitado solo a aspectos cuantificables y la relacionan con el concepto de nivel de vida. Así, la pobreza para la CEPAL (2014: 16) manifiesta la falta de recursos económicos para adquirir una canasta básica de alimentos. El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD (2002: 12) la define como la falta de capacidades humana básicas como analfabetismo, malnutrición, etc. y la falta de acceso a recursos para sustentar las capacidades humanas. Es decir es la falta de ingresos para satisfacer las necesidades fundamentales, tanto alimentarias como no alimentarias.

Para Gómez (2007: s.p) la pobreza se la define como la negación de las oportunidades básicas para el desarrollo humano. Es decir, la pobreza humana abarca toda la gama de capacidades y funcionamientos del ser humano, más allá de la nutrición, las necesidades básicas y el ingreso, la falta de libertad, política o el tener que respirar aire contaminado, también son formas de pobreza. Mientras que en la página web del Banco Mundial (2015) pobreza es vivir con menos de 2 USD al día.

De acuerdo a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico –OCDE– (2001: 37) la pobreza esconde diferentes relaciones de privación y la relaciona con la incapacidad de las personas para satisfacer sus necesidades de alimento y salud, entre otros.

Según la página web de UNICEF la pobreza es la carencia de bienes y servicios que afecta a todos los seres humanos pero de manera especial a los derechos de los infantes, como la nutrición, salud, supervivencia y educación.

Así, para Sen (1992: 29) el hambre es, claramente, el aspecto más evidente de la pobreza, la cual se manifiesta en la salud de los individuos.

### **Salud y desnutrición**

Rivera–Dommarco y Casanueva (1982: 23) definen a la desnutrición como una condición patológica, originada por la mala alimentación y la clasifican de acuerdo a sus diferentes grados de severidad conforme sus diversas manifestaciones físicas. El nivel de desnutrición se evalúa por medio de medidas antropométricas que relacionan el peso, la talla y la edad. Los indicadores nutricionales más utilizados en menores de cinco años son la desnutrición crónica, desnutrición aguda, desnutrición global y desnutrición por déficit de micronutrientes.

Así, para UNICEF (2011: 9) un severo retardo en la altura para la edad significa que sufre desnutrición crónica, es decir, es una deficiencia que revela la inadecuada ingesta de nutrientes por un extenso período de tiempo. Para Bacallao, Peña y Díaz (2012: 145) el retardo en la talla tiene una alta correlación con la pobreza y la vulnerabilidad y muestra las privaciones económicas y sociales a las que se han expuesto los infantes durante varios años. Es decir, muestra su historial nutricional.

Si este déficit ocurre durante los dos primeros años de vida de un niño para Lutter y Chaparro (2008:6) la desnutrición crónica se torna irreversible. La Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo (2009: 7) menciona que el retardo en la talla es un indicador muy sensible de los determinantes sociales de la salud y el desarrollo, aunque no determine exactamente los cambios en la configuración de éstos. Por esa razón para Lutter y Chaparro (2008:49) es el indicador que mejor describe los problemas nutricionales debido a que refleja los efectos acumulativos, permanentes y a largo plazo de la desnutrición durante la niñez.

La desnutrición aguda o emaciación es un indicador según UNICEF (2011:9) que muestra un peso menor al que le correspondería con relación a su altura. Que generalmente para Lutter y Chaparro (2008:6) es el resultado de una ingesta insuficiente de alimentos en períodos cortos y/o episodios continuos de enfermedades, y es una medida que refleja el estado nutricional actual y es reversible con una buena alimentación y cuidados de salud.

La desnutrición global es un indicador que según el PESA (2011:5) manifiesta un bajo peso con relación a la edad y está compuesto por los indicadores de retardo en talla y emaciación. Este es el indicador que se utiliza para dar seguimiento a los Objetivos del Milenio. Sin embargo, para Lutter y Chaparro (2008:6) puede ser un indicador “ambiguo” especialmente después del primer año de vida cuando la importancia del peso bajo depende de su relación con la talla. Para estos autores, un niño que se ha clasificado con peso bajo puede tener una relación normal entre el peso y la talla, ya que tiene talla baja. En contraste, un niño clasificado con peso normal puede tener sobrepeso si tiene talla baja.

La desnutrición por déficit de micronutrientes, o llamada también hambre oculta por UNICEF (2011:9) se origina por la insuficiente ingesta de vitaminas y minerales. Entre los que más impacto tienen en la población se encuentran, el hierro, vitamina A, zinc y yodo.

Hierro: para CEPAL (2014: 17) la carencia de este mineral afecta tanto a países en desarrollo como desarrollados. Se presenta como anemia ferropriva o ferropénica. Según la Organización Panamericana de la Salud (s.f.: 1) la carencia de este micronutriente tiene consecuencias graves, en el embarazo está relacionado con el nacimiento de bebés con bajo peso, partos prematuros, mortalidad materna y mortalidad fetal. Durante la infancia según UNICEF (2011:10) reduce la capacidad de aprendizaje y el desarrollo motor, así como el crecimiento y disminución del sistema de defensa contra las infecciones. Mientras que en los adultos disminuye la capacidad de trabajo y la productividad.

Vitamina A: en un estudio realizado por UNICEF (2011:10) se evidenció que menores que carecen de esta vitamina son más propensos a las infecciones, aumenta el riesgo de mortalidad y de ceguera. También está demostrado según la CEPAL (2014: 17) que la administración de vitamina A minimiza el riesgo de mortalidad por sarampión en un 50% mientras que el riesgo de mortalidad infantil puede reducirse en un 23% en niños entre los seis meses y los cinco años de edad.

Zinc: en la Biblioteca electrónica de documentación científica de la OMS (2011) se indica que la carencia de zinc produce retraso del crecimiento, alteraciones inmunitarias, afecciones cutáneas, problemas de aprendizaje y anorexia. Así, la CEPAL (2014: 17) señala que en un estudio se identificó que la suplementación con Zinc mejoró visiblemente la talla y el peso en los menores estudiados. Así mismo, la OMS (2011) encontró que reduce los episodios y la gravedad de la neumonía y la bronquiolitis.

Yodo: según el Centro de prensa de la OMS (2004) se revela que la carencia de yodo tiene consecuencias devastadoras en desarrollo mental en los niños. De acuerdo a la CEPAL (2014: 17) también se lo llama cretinismo neurológico, y está relacionado con el retardo mental, problemas de visión, baja talla, entre otros, y que ocasiona bajo rendimiento escolar, intelectual y baja capacidad de trabajo.

Además de los fundamentos conceptuales que dirigen este análisis, es importante tener en cuenta las causas de la desnutrición. Ya que identificar las variables que tienen mayor incidencia en la desnutrición permite crear políticas focalizadas en los sectores o áreas más desfavorecidas.

### **Causas de la desnutrición**

En un estudio realizado por Martínez y Fernández (2006: 7–8) se encontró que existen varios factores que están altamente asociados a la desnutrición. Sin embargo, a pesar que es muy complicado saber el nivel de influencia que tiene cada uno en los problemas de desnutrición, estos autores las clasificaron en: medioambientales (por causas naturales o antrópicas), socio–culturales–económicos (asociados a los problemas de pobreza e inequidad) y los político institucionales. Estos factores incrementan o minimizan las condiciones bio–médicas y productivas, y a través de estas determinan la cantidad, calidad y capacidad de absorción de los nutrientes de los alimentos.

Para la CEPAL (2014: 25) el nivel de influencia que tiene cada uno de estos factores depende de la situación nutricional y del ciclo vital de los menores, además de la intensidad con la que se presenten estos factores.

Entre los factores medioambientales que más se correlacionan con la desnutrición según Martínez y Fernández (2006: 7–8) se encuentran los riesgos propios de la naturaleza y los producidos por los hombres. En un informe de la Hunger Task Force (2004: 15) se menciona que 50% del hambre en el mundo se encuentra en hogares rurales que se encuentran en ambientes con elevados riesgos ambientales.

Otro factor medioambiental que trae graves consecuencias es el lugar donde habitan, el cual es por lo general poco saludable ya que las viviendas no disponen de agua segura, o de servicios de saneamiento básicos, además de servicios de salud oportunos y de buena calidad. De acuerdo a la Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo (2009: 22) estudios realizados evidencian que en las intervenciones nutricionales, el acceso a suministro de agua y saneamiento, puede reducir en 14% la mortalidad de los niños menores de 5 años. Así mismo, un estudio de la OMS – UNICEF y USAID (2015: 45) demuestra que en Mali las prácticas de higiene, acceso a servicios de agua y saneamiento fueron los factores que contribuyeron en mayor proporción para reducir la desnutrición en los menores; y recomiendan que en todos los programas nutricionales se integre este tipo de intervenciones.

Entre los factores socio–culturales–económicos la pobreza es la que mayor influencia tiene. Así, Martínez y Fernández (2006:31) encontraron que en América Latina la indigencia explica 50% de los casos desnutrición. Otros factores son los bajos ingresos, ya que limitan el acceso a alimentos nutritivos. Para Martínez y Fernández (2006:31) la modernidad ha traído cambios en las tradiciones alimenticias. Mientras que Naranjo (2007:62) menciona que se han cambiado dietas altamente nutritivas existentes en las culturas indígenas y afros (harina de cebada, quinua, chochos, amaranto) por ricas en grasas saturadas o de bajo nivel nutritivo (arroz, pan blanco, fideos). Cambios que se han originado especialmente por el alto costo que representan los productos nutritivos.

Según la CEPAL (2014: 63) el bajo nivel de educación, especialmente de la madre, quien por lo general se encarga del cuidado físico y nutricional de los menores, tiene un rol fundamental en el riesgo de que un menor de cinco años sufra desnutrición. Estos datos se evidencian en varios estudios realizados por la FAO (2004:29) en donde se menciona que mejorar la educación de las mujeres puede ser uno de los métodos más eficaces para reducir la desnutrición.

La CEPAL (2014: 63) encontró que la posibilidad de que un menor tenga desnutrición crónica disminuye en promedio entre 37% y 45% por cada nivel de educación que incrementan sus madres. Así mismo, Schady (2015: 42) encontró que en América Latina la probabilidad de tener desnutrición crónica es cinco veces mayor en hijos de madres con un nivel educativo bajo.

### **Consecuencias de la desnutrición**

De acuerdo a Berlinski, Luca y López Boo (2015: 4) en la primera infancia el rápido crecimiento del cuerpo y del cerebro de los menores se expresa en las medidas antropométricas, ya que éstas constituyen marcadores clave del crecimiento y pueden utilizarse como valores que reflejan el bienestar de los menores, además de ayudar a predecir resultados a futuro a lo largo de la vida.

Así, para Lutter y Chaparro (2008:49) la desnutrición crónica (menor talla para la edad) es el indicador que mejor describe el estado nutricional debido a que refleja los efectos pasados y permanentes de una dieta pobre, infecciones frecuentes o ambas y de acuerdo a Berlinski, Luca y López Boo (2015: 5) permite pronosticar los problemas que en la vida futura pueden presentarse. De igual forma Deaton

(2013); Foguel (1994–2004); Victora (2008) citado en Schady (2015: 42) sostienen que la estatura promedio de una población en la edad adulta puede ser un buen indicador ya que describe el contexto en el crecieron de niños.

Los impactos negativos según Martínez y Palma (2014: 25–26) se evidencian en la salud, la educación y la economía. Sin embargo, los efectos inmediatos son en la salud de los menores, aumentado el riesgo de muerte y de enfermedad.

De acuerdo a al PMA (2006: 50) el problema grave no es que un niño o niña sea pequeño para su edad sino que su cerebro sea pequeño, ya que al no recibir por períodos prolongados de tiempo un alimento adecuado, el cerebro de los menores no se desarrolla. Así según cita Hoddinott, Behrman, Maluccio, Melgar, Quisumbing, Ramirez Zea, Stein, Yount, y Martorell (2013: 1) la desnutrición crónica tiene consecuencias neurológicas ya que afecta negativamente el hipocampo mediante la reducción de la densidad de los circuitos neuronales y daña los procesos químicos asociados con la navegación espacial, formación de la memoria y la consolidación de la memoria. Lo que de acuerdo al PMA (2006: 16) se traduce como un retraso mental irreversible y coeficiente de inteligencia bajo.

Además, en el mismo estudio de Hoddinott, et al (2013:1) se menciona que reduce la velocidad a la que se transmiten las señales neuronales y disminuye el número de neuronas. También daña el lóbulo occipital y la corteza motora, origina retrasos en la evolución de habilidades locomotoras como gatear y caminar, junto con letargo y aumento de la incidencia de enfermedades en lactantes.

Berlinski, et al (2015: 10) establecen que en el momento del nacimiento, el cerebro humano tiene escasas conexiones y sendas neuronales pero que con una buena alimentación y otros cuidados a los dos años el número de sinapsis es igual a las de un adulto.

Es por esto que para UNICEF (2011: 5) el embarazo y los dos primeros años de vida de los menores, conocidos como los 1.000 días críticos para la vida, son el periodo más importante para prevenir la desnutrición ya que estudios recientes realizados por UNICEF (2013b: 5) demuestran que mejorar la nutrición luego de los dos años de edad no conlleva a la recuperación del potencial perdido y los impedimentos intelectuales son irreversibles.

La CEPAL (2009: 20) menciona que los efectos de la desnutrición se pueden presentar a lo largo de todo el ciclo vital, ya que las necesidades y requerimientos de nutrientes cambian durante todo el período de vida de las personas. Así, la CEPAL (2014: 22) señala que se debe destacar especialmente la vida intrauterina, neonatal y de lactante, además de la preescolar. Ya que varios estudios de CEPAL–PMA (2005), Martínez y Fernández (2006), CEPAL–PMA (2009), BID (2010) permiten comprender la importancia que tiene la vida intrauterina hasta los dos primeros años de vida, ya que es en esta etapa que se puede controlar la desnutrición y las consecuencias que esta acarrea.

De acuerdo a la FAO (2004: 8) los problemas que ddarrastra la desnutrición en las diferentes etapas de la vida están vinculadas y se presentan como un círculo vicioso que se transmite de generación en generación. Así, conforme un estudio de Martínez y Fernández (2006: 36) niños que presentan desnutrición fetal, nacen con bajo peso y presentan mayor riesgo de morir en los primeros años. La probabilidad de muerte neonatal es cuatro veces superior en niños que pesan menos de 2500 gramos al nacer.



Además, Martínez y Fernández (2006: 27) encontraron en un estudio realizado en Bolivia, Colombia, Perú y Ecuador que en los primeros dos años la desnutrición crónica muestra un crecimiento elevado y luego se estabiliza, en un nivel ligeramente inferior. Es decir, una elevada proporción de menores entre dos y cinco años, recuperan un peso adecuado pero este no se traduce en incrementos suficientes de talla, con lo cual, así se eleve el consumo de alimentos no se recupera la pérdida de estatura originada en los primeros 24 meses de vida.

Para Martínez y Fernández (2006:38) la relación entre desnutrición y educación depende de la intensidad de la desnutrición. De esta forma el déficit alimentario que afecta el desarrollo físico y cognitivo hasta los dos años de edad presenta problemas de concentración y aprendizaje en clase que difícilmente se pueden solucionar. En un estudio realizado por la Universidad de Chile y el Instituto de nutrición y tecnología de los alimentos (2001:66) se encontró que el coeficiente intelectual de los escolares era de 25 puntos más bajo en los menores que habían padecido desnutrición.

En un estudio realizado en Guatemala por Hodinott et al (2013: 33) se evidencia que la desnutrición crónica en la infancia se asocia con menor escolaridad, menores resultados en pruebas de lectura y habilidades cognitivas no verbales. Además se encontró que las mujeres se embarazan a una menor edad, tienen un mayor número de hijos, menores ingresos y alta probabilidad de vivir en la pobreza.

Estos efectos en salud y en educación para la CEPAL (2009:23) se los puede valorar económicamente tanto para las personas que la padecen, como para su familia y la sociedad. En una investigación realizada por Jimena Pacheco (2009: 115) se determina que en el Ecuador los costos generados por la desnutrición en menores de cinco años en el año 2006 en educación ascendieron a USD. 2'637.495, en salud USD. 165'974.430 y en productividad USD. 789'439.691. Lo que representaba en ese año 2,29% del PIB y 50,61% de la inversión social.

Así mismo la CEPAL y el PMA (2009:92–100) en un estudio sobre el costo social del hambre, estiman que en el año 2005 el costo total estimado de la desnutrición global fue de USD. 1.236,5 millones, lo que representó 3,4 % del PIB y dos veces el gasto social del país de ese año. En este estudio también se estimó el ahorro con intervenciones realizadas por el Estado con la finalidad de disminuir o erradicar la desnutrición global. Se plantearon tres escenarios al 2015: a) si se mantiene al 2015 la desnutrición del año 2005; b) si se alcanza la meta del ODM, reducir a la mitad el número de menores de cinco años con desnutrición global, es decir a 7,1%; c) si se erradica la desnutrición global bajándola a 2,2%. Así, el ahorro acumulado año a año hasta el 2015 expresado en valor presente de 2005, equivale a alrededor de USD. 42 millones para el escenario dos y USD. 460 millones para el escenario tres.

## **Protección Social**

Los vínculos entre seguridad alimentaria y protección social han sido reconocidos por parte del CDESC (1999: párr. 13) en el que se menciona que los grupos vulnerables como las personas sin propiedades y otros segmentos empobrecidos de la población pueden requerir la atención de programas especiales.

Así mismo, el CDESC (2007: párr. 7–10) dio su interpretación y definición sobre el derecho humano a la seguridad social, establecido en el Artículo 9 del PIDESC. En la que se señala que es conveniente considerar la seguridad no solamente como una mercancía o un mero instrumento de política

económica, sino como un bien social. Además de la necesidad de contemplar las necesidades de protección social de los grupos que carecen de la cobertura de los sistemas de seguridad social. Es decir, se refiere a la seguridad social y a la protección social.

La CEPAL (2013a: 7) reconoce que la finalidad de la protección social es agrupar una variedad de medidas destinadas a construir sociedades más justas e inclusivas, y así dotar de niveles mínimos de vida para todos, entre los que se incluyen los derechos de los menores a gozar de una alimentación que garantice su subsistencia y desarrollo físico e intelectual. En particular sugiere medidas orientadas a satisfacer necesidades de determinados grupos de población, especialmente personas que viven en pobreza o indigencia y grupos altamente vulnerables como las etnias indígenas y los menores de cinco años.

Devereux y Sabates–Wheeler (2004:9) definen a la protección social como la suma de todas las iniciativas, que por un lado proporcionan transferencias de ingresos (en efectivo) o consumo (alimentos) a los pobres; además conceden amparo a las personas pobres y mejoran la condición social y los derechos de los excluidos y marginados. En este contexto de protección social, las políticas y programas destinados a asegurar la nutrición de los menores de cinco años son prioritarias porque atienden a uno de los grupos más vulnerables de la población y porque su efecto puede ser permanente y significativo en el bienestar de los individuos.

Así mismo, la Unión Europea en su informe sobre el desarrollo (2010: 1) definió a la protección social como las acciones encaminadas a mitigar la vulnerabilidad de las personas. La cual se puede ofrecer por tres medios: a través de la seguridad social, la asistencia social – que ofrece pagos y transferencias para ayudar a los más pobres – y mediante esfuerzos de inclusión – para permitir el acceso de los marginados a la asistencia y la seguridad social. En este sentido, las políticas destinadas a la población vulnerable de niños y niñas estarían enmarcadas dentro de las acciones de seguridad social.

Históricamente la protección social y en particular las políticas sobre seguridad alimentaria surgen según CFS y HLPE (2012:28) de un programa de lucha contra la pobreza ejecutado en la década de 1990, denominadas “redes de seguridad social”, que aparecieron para afrontar las crisis y ofrecían protección a las personas consideradas pobres crónicos y pobres transitorios. Estos programas, fueron criticados por un lado por ofrecer dádivas a las personas y por otro por crear una cultura de dependencia.

Así mismo, el CFS y HLPE (2012:28) señala que en la década de 2000 se opta por el marco de la “gestión del riesgo social” que se enfocó en la creación de medidas para reducir, mitigar y afrontar situaciones de riesgo de pobreza. Su eficacia para resolver los problemas de desnutrición de menores fue cuestionada; aunque por un lado vinculaba protección social con seguridad alimentaria, ignoraba los riesgos sociales y causas estructurales de la pobreza y la inseguridad alimentaria y se enfoca más en las personas que están en riesgo de pobreza, que en las que viven en la pobreza.

Devereux y Sabates–Wheeler (2004:4) identifican en la década de 2000 la “protección social orientada a la transformación” en el que la pobreza y la vulnerabilidad son el resultado de injusticia social y sostienen que la protección social debe afrontar sus causas estructurales a través de la transformación de las condiciones sociales y políticas que generan pobreza y vulnerabilidad. Este enfoque fue criticado extender los límites de la protección social al ámbito más amplio de las políticas de desarrollo. No obstante para problemas multidimensionales como es el caso de la desnutrición infantil

este enfoque fue acertado y se lo visualiza como el primer gran paso para desarrollar soluciones integrales.

El elemento más reciente conforme el CFS y HLPE (2012:29) es el “régimen básico de protección social” que surge como respuesta a la crisis alimentaria, energética y financiera mundial en el año 2008 por parte de las Naciones Unidas. Basada en los derechos de la protección social y en la concepción de que permitirá incrementar la seguridad alimentaria en el corto plazo y el crecimiento económico, además de reducir en el largo plazo la pobreza. Como se puede ver la evolución de la protección social está asociada con la seguridad alimentaria y acciones destinadas a atenuar y eliminar las vulnerabilidades de grupos particulares donde se destaca el grupo de menores de cinco años. Es decir, si queremos entender la evolución de la eficiencia en los programas de nutrición infantil probablemente esto se enmarque en una temática más amplia denominada protección social.

En los últimos años la protección social y los programas de nutrición infantil han dado un giro importante, según la Oficina Internacional del Trabajo – OIT y la OMS (2010: 1) que señalan que la protección social, más allá de ser permitir la reducción de la pobreza, es un conjunto básico de derechos y transferencias que otorga y da poder a toda la sociedad para acceder a un mínimo de bienes y servicios. Es decir, se basa en el reconocimiento de reglas en el que la protección social debe ser un contrato social entre el Estado como garante de derechos y los ciudadanos como titulares de derechos.

Este sistema de protección social consta de dos componentes de acuerdo a la OIT y OMS (2010:2). El primero, se refiere a la disponibilidad de servicios básicos como nutrición, salud, educación, agua y saneamiento. Mientras que el segundo, se refiere a transferencias sociales ya sea en efectivo o en especie a las personas más desfavorecidas.

De esta forma, el CFS y HLPE (2012:30) reconocen a la protección social como un derecho humano, ya que minimiza la inseguridad alimentaria en las personas vulnerables.

Así, el CFS y HLPE (2012:35) mencionan que cuando existe privación del derecho a la alimentación, esta se puede contrarrestar con alguna medida de protección social, para lo cual existen varios instrumentos. Por ejemplo, cuando no hay acceso adecuado a los alimentos se puede ayudar a través de transferencias de alimentos, la cual se puede ofrecer por medio de alimentación complementaria o alimentación escolar; y a través de transferencias de dinero en efectivo las cuales pueden ser condicionadas o incondicionadas.

La *alimentación complementaria* de acuerdo al CFS y HLPE (2012:14–51) es una forma de transferencia, la cual puede ser en especie o consumo, en la que se proporcionan alimentos a grupos vulnerables como son los menores de cinco años, las mujeres embarazadas y los lactantes. Para estos grupos, la provisión de alimentos nutritivos con suplementos de micronutrientes, puede suponer un mecanismo de protección social intergeneracional.

El CFS y HLPE (2012: 35) menciona que los objetivos que se persiguen son: reducir la pobreza y el hambre, incrementar el consumo de alimentos, promover el acceso a la educación y a la asistencia sanitaria, fomentar la producción local de alimentos.

Existen diferentes tipos de programas según el CFS y HLPE (2012: 52). El primero, en el que se entrega un complemento alimenticio o un paquete que se lleva a casa con una ración nutritiva seca. Y el segundo, en el que se ofrece una ración alimenticia que se consume en el lugar de la entrega, por ejemplo, en comedores comunitarios o en un centro de salud.

En cuanto a la *alimentación escolar* de acuerdo al CFS y HLPE (2012:50) es común que en varios países se entregue papillas para el desayuno, un lunch a media mañana, galletas con micronutrientes. En otros casos raciones de alimentos para la casa (cereales, legumbres y aceite para cocinar). El objetivo es mejorar la seguridad alimentaria e incentivar la asistencia a la escuela.

Los *programas de transferencias condicionales de efectivo como el CFS y HLPE* (2012:14) menciona tienen tres características: la primera, es que se centran en regiones pobres y se seleccionan los hogares pobres dentro de esas regiones. La segunda, es proporcionar dinero en efectivo, y de manera frecuente dar micronutrientes a madres o persona responsable del cuidado de la familia. Y la tercera, es cumplir con ciertas condicionalidades para poder recibir las transferencias. Es decir, los beneficiarios se comprometen a que sus hijos asistan a la escuela y a controles de salud.

Así, el CFS y HLPE (2012:56) indica que los objetivos que persiguen son: reducir en el corto plazo la inseguridad alimentaria y en el largo plazo disminuir que la pobreza y la vulnerabilidad no se transmita de generación en generación.

Entre los *programas de transferencias incondicionales de efectivo* planteado por el CFS y HLPE (2012:14) están las ayudas sociales dirigidas a la población más vulnerable, las cuales son financiadas por el Estado. Las transferencias condicionales de efectivo se han expandido en América Latina, mientras, que las transferencias incondicionales de efectivo son más utilizadas en África ya que sus sistemas educativos y de salud son aún precarios.

De acuerdo al CFS y HLPE (2012: 59) la protección social no puede otorgar seguridad alimentaria y buena nutrición por sí sola, por eso para alcanzar la seguridad alimentaria y mejorar los niveles nutricionales en el corto plazo además de tener acceso a alimentos, se debe trabajar en otras áreas básicas como salud, agua potable y saneamiento, además de educar y capacitar en nutrición. Y para que se mantenga en el largo plazo es importante fortalecer la agricultura, el empleo, la inversión en infraestructura y políticas comerciales.

### **Justificativos de la intervención del Estado**

Para Evans (2001: 227) el Estado tiene un objetivo claramente definido que es el bien común. De esta forma, el Estado es creado por y para el cumplimiento de su fin que consiste en crear las condiciones sociales que permitan a toda la comunidad su mayor realización. De igual forma Meilangil (2010: 171) sostiene que el poder del Estado está justificado por y para procurar el bien común. Es decir, garantizar los derechos fundamentales de un individuo, los servicios esenciales y calidad de vida.

Para Mendoza (s.f: 48) el rol del Estado se encuentra de manera implícita o explícita en los diferentes enfoques del pensamiento económico. Como señala Stiglitz (2000: 13) el Estado siempre ha intervenido en la esfera económica, aunque esta intervención ha diferido según la época y los sistemas económicos. De hecho Stiglitz (2000:103) menciona que una de las actividades más importantes del Estado es redistribuir la renta, y ese es el propósito de los distintos programas de protección social.

También, Sachs (2008: 340) establece que en países con una pobreza extrema elevada el papel del Estado es contribuir a que la población tenga satisfechas sus necesidades básicas como alimentación, nutrición, agua potable, servicios sanitarios y vivienda.

A manera de conclusión, la revisión de la teoría enfocada en alimentación y nutrición permitió clarificar, la razón por la cual la alimentación es el único derecho declarado derecho fundamental, los factores causales que más incidencia tienen en este problema nutricional, y de la importancia de crear políticas para garantizar el derecho fundamental de toda persona a estar protegida contra el hambre y la malnutrición.

Un menor sin alimento es un menor al que se están negando todos sus derechos, ya que es a partir de una buena nutrición que se puede lograr o gozar de otros derechos como salud, educación y desarrollo, un menor sin alimentación está condicionando a morir en vida.

Como se mencionó anteriormente, la desnutrición infantil no se refiere exclusivamente a la falta de alimentos, existen varios factores que se interrelacionan y la ocasionan. En función de la evidencia empírica aportada por varios estudios, (Larrea, 2006:14), (Sobrino, Gutiérrez, Cunha, Dávila y Alarcón, 2014: 109), (Beltrán y Seinfeld, 2011:43), (Smith y Lawrence, 1999: 59), realizados dentro y fuera del país, se pudo exponer y comparar un conjunto de indicadores a nivel nacional e internacional – nivel de ingresos del país, el porcentaje de personas que se encuentra en pobreza y extrema pobreza, el acceso de las viviendas a servicios de saneamiento (agua y alcantarillado) y el nivel de educación de la población – factores, que serían los que mayor incidencia tienen en este problema que afecta a la niñez del país.

Por lo tanto, para la creación de políticas públicas enfocadas en disminuir la desnutrición infantil de manera más eficiente se debe tener en cuenta que no basta solo con suplir las necesidades de alimentación de los menores, se requiere del trabajo interinstitucional en donde se ataque los factores que más incidencia tienen en la desnutrición infantil como lo demuestra la teoría empírica.

Reconocida la trascendencia que tiene la alimentación y nutrición en los menores de cinco años, es importante conocer en qué políticas de alimentación y nutrición ha invertido el Estado para mejorar las condiciones de desarrollo de un sector tan vulnerable como son los niños y niñas menores de cinco años. En el siguiente capítulo se describirá el marco legal de las políticas públicas en nutrición y alimentación, los programas creados en el Ecuador, así como la inversión pública que se ha destinado con la finalidad de mejorar la nutrición de la infancia

## ***Programas de alimentación y nutrición***

“(…) no hace falta ser un país desarrollado para derrotar la malnutrición (…) Lo que importa es la voluntad política y un consenso nacional para superar este problema” (Michelle Bachelet, 2006)

### **Evolución de las políticas públicas y programas en América Latina y Ecuador**

Las políticas sociales en América Latina de acuerdo a la CEPAL (2011: 27-47) han variado de acuerdo a las corrientes de pensamiento económico y social que se han existido en la región. Así, la evolución de estas políticas se podría enmarcar en cuatro tendencias:

i) Antes de la Gran Depresión (1929): la asistencia es concebida como caridad, y la ayuda a los más necesitados es el reflejo de acciones humanitarias. Ayuda que es financiada por organizaciones de la sociedad civil y la iglesia. La regulación del Estado es mínima.

ii) Industrialización y crecimiento hacia adentro (1930-1980): la protección social está marcada principalmente por subsidios para el consumo de alimentos y combustibles. Aparecen programas de alimentación y de transferencias para grupos vulnerables, como los discapacitados. Mientras que las políticas sociales son planificadas y financiadas en su mayoría por el Estado.

iii) Economía de mercado y globalización (1980-2000): en esta etapa de crisis, la protección social no contributiva se direcciona a cubrir niveles mínimos de bienestar, focalizados en personas que se encuentran en pobreza extrema con participación de ministerios del área social. El Estado fortalece el control y evaluación de los programas y reduce de manera parcial su función de proveedor. Se inician las “redes de seguridad social” en donde se encuentran programas como, el Programa de Alimentación Escolar de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) en Chile y el Programa de Abasto Social en México. También se desarrollaron los fondos de inversión social. Se inicia un proceso de descentralización del Estado que da impulso a la participación de organizaciones privadas y no gubernamentales en la gestión.

Sin embargo, a mediados de la década de 1990 se consolida la institucionalidad democrática y se configura un nuevo enfoque, en el cual el Estado comienza a intervenir con más fuerza en el desarrollo social.

iv) Siglo XXI: a inicios de la década del 2000, los enfoques que guían la política social se basan en conceptos como garantía de derechos (humanos, económicos, sociales y culturales), ciudadanía plena y cohesión social. Se adopta la idea de focalizar recursos para universalizar derechos o mínimos sociales, es decir políticas para toda la población pero con servicios diferenciados. Se focaliza no solo por diferencias socioeconómicas, sino también de acuerdo a etnia, género, edad y lugar de residencia. Aparecen principios efectividad, eficiencia y calidad. Se fortalece la articulación público-privada, con un Estado regulador. El sistema de protección social en Chile, la reforma del sistema de salud en Colombia y algunos programas de transferencia con corresponsabilidad como Oportunidades en México o Bolsa Familia en el Brasil son ejemplos de esta etapa.

De igual forma las políticas públicas y los programas destinados a alimentación y nutrición que se han instaurado en el país se enmarcarían dentro las mismas tendencias de América Latina pero de manera tardía. Es decir, pasan desde el asistencialismo social hasta un enfoque basado en derechos.

De acuerdo a Carranza (2010: 62) se podría considerar como una primera etapa a las políticas y programas creados antes del año 1995, los cuales eran asistenciales, poco planificados, sin una focalización clara y financiados con recursos externos. En donde el objetivo de las instituciones públicas era básicamente coordinar donaciones realizadas por organismos internacionales.

Una segunda etapa entre 1995 y 1999, en la cual Carranza (2010:62) señala que se inicia un proceso de reforma del Estado, donde las instituciones públicas comienzan su participación en la implementación de programas y proyectos, aunque esta intervención es baja y no está articulada sectorialmente. Además, los recursos y los programas son administrados por Organismos Internacionales, pues el financiamiento de los programas es mixto.

La tercera etapa comprende el período 2000 - 2006 donde se evidencian dos fases, la primera del año 2000 al 2003, donde de acuerdo a Carranza (2010:62) con la creación del Plan Social de Emergencia aparecen programas de protección con la finalidad de aliviar la crisis económica, los cuales están enfocados en personas en situación de pobreza o vulnerabilidad. Sin embargo, éstos no son planificados adecuadamente y además son utilizados políticamente. Así mismo, los funcionarios son asignados bajo criterios políticos.

En la segunda fase del año 2004 al 2006, los programas creados en la fase anterior solo se reestructuran, y según Carranza (2010: 62) el BM y el BID imponen condiciones para la integración de éstos. Además, se incorporan criterios de focalización en función de pobreza. En esta etapa los programas son financiados totalmente por el Estado, continúan dispersos en distintas instituciones públicas y sin coordinación intersectorial.

Hasta esta etapa no existían políticas claras enfocadas en alimentación y nutrición, lo que se evidenciaba según Carranza (2010: 77) eran programas creados de acuerdo a la coyuntura del país. Es en el año 2006 con la creación de la Ley de Seguridad Alimentaria y Nutricional que se da el primer paso hacia un proceso en el que la alimentación y nutrición se consideran política de Estado y derecho de los ciudadanos. Proceso que se consolida en el año 2008.

Según Hexagón (2007:56) con esta ley, la alimentación y la nutrición pasan a ser acción prioritaria del gobierno y se la establece como política de Estado. Enfocada en formular y ejecutar políticas, planes y proyectos para garantizar la producción de alimentos en el país, facilitar su control de calidad y distribución, permitir su acceso y mejorar el consumo. Además se crea el Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria (SNSAN) que reúne a instituciones públicas, privadas y comunitarias. También se forma el Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CONASA) como unidad coordinadora para dirigir y gestionar las políticas, planes y programas del SNSAN. También se tenía previsto la formación de los consejos provinciales, cantonales y parroquiales del SAN.

Sin embargo, la intención de que los programas sociales de alimentación y nutrición sean política de Estado y que coordinen sus acciones en base a una política de seguridad alimentaria articulada no se logró. Ya que Hexagón (2007:5) señala que siempre existió una débil institucionalidad del sector público.

La última etapa se inicia en el año 2008 con el Gobierno de Rafael Correa, en donde se implementa según la CEPAL (2013: 71) una reforma política, cuyo contenido se enmarca en la Nueva Constitución aprobada por los ecuatorianos en el 2008 mediante Registro Oficial No. 449 del 20 de octubre de 2008. Así, se inician varios cambios para estructurar una nueva institucionalidad del sector público y social.

Así, para el BM ((s.f): 25) con la aprobación de la nueva Constitución en el año 2008, los lineamientos estipulados en el PNBV 2009 – 2013, que fue aprobado el 05 de noviembre de 2009, y los nuevos marcos legales, entre los que se incluye la Ley Orgánica del Régimen de Soberanía Alimentaria (LORSA), detallada en el Registro Oficial No. 583 del 05 de mayo del 2009 y reformada en el Registro Oficial No. 349 del 27 de diciembre de 2010, se inició un proceso de reformas en la política de inclusión social y económica que modificaron la institucionalidad vigente hasta ese período y establecieron un nuevo régimen de planificación.

De esta forma, en la Constitución (2008: 2) cuyo principio es el ser humano sobre el capital, se otorga derechos sociales y económicos a toda la población, y se obliga al Estado a priorizar el pago de la deuda social por encima de cualquier otra obligación.

Por lo que, en la Constitución del Ecuador (2008: 2–5–8–12–18–89–90) se reconoce el derecho a la alimentación y nutrición y se establecen nuevos lineamientos según lo establecido en los siguientes artículos:

En el artículo No. 3 se describen los deberes primordiales del Estado como garantizar a toda la ciudadanía el goce de los derechos establecidos en la constitución y en los instrumentos internacionales, especialmente, la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua.

Así mismo en el artículo No. 13 el Estado se compromete a promover la soberanía alimentaria y se señala el derecho al acceso innegable y permanente a alimentos sanos, suficientes y nutritivos conforme sus tradiciones culturales y preferentemente producidos en el país.

Mientras que en el artículo No.32 se menciona a la salud como un derecho que debe garantizar el Estado, y está vinculado con otros derechos, entre éstos, el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

En el artículo No. 45 se establece que las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. Además, el Estado reconoce y garantiza la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción. También se menciona que las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura, al deporte y recreación.

El artículo No. 46, señala que el Estado creará medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes atención que garantice su nutrición, salud, educación y cuidado diario en un marco de protección integral de sus derechos.

Así, en el artículo No. 66 se reconoce y garantiza a las personas el derecho a una vida digna, que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, vivienda, saneamiento ambiental, educación,



trabajo, empleo, descanso y ocio, cultura física, vestido, seguridad social y otros servicios sociales necesarios.

Del artículo No. 358 se desprende que el sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

Mientras que en el artículo No. 359 se señala que el sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

En el artículo No. 363 se responsabiliza al Estado de formular políticas públicas que garanticen la atención integral en salud y que fomenten prácticas saludables en la población así como garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.

Así, en el Plan Nacional para el Buen Vivir 2009–2013 publicado por la Secretaría Nacional de Planificación Desarrollo–SENPLADES– (2009: 171) el segundo objetivo destinado a “mejorar las capacidades y potencialidades de la ciudadanía” se refiere a los programas nutrición y alimentación cuyas políticas y lineamientos se expresan en el punto 2.1 que aseguran una alimentación natural, nutritiva, sana y con productos locales para disminuir las deficiencias nutricionales.

Las acciones y metas que se han planteado en este plan se detallan a continuación:

- a. Integrar los programas estatales dispersos en un programa nacional, que considere las diferentes culturas así como la perspectiva de género y se enfoque en aquellos sectores de población en situación más crítica de malnutrición, con énfasis en la atención emergente a mujeres embarazadas y niños y niñas con desnutrición grave.
- b. Coordinar los esfuerzos públicos y privados en materia de producción, distribución y comercialización de alimentos.
- c. Promover programas de reactivación productiva enfocados al cultivo de productos tradicionales, articulados al programa nacional de alimentación y nutrición.
- d. Promover la asistencia a los controles médicos mensuales de las madres embarazadas para prevenir la malnutrición prenatal, así como para entregar suplementos alimenticios básicos en la gestación.
- e. Promover la lactancia materna exclusiva después del nacimiento e implementación de bancos de leche materna a escala nacional.
- f. Articular mecanismos de información sobre la importancia del control mensual y programas de alimentación para infantes que evidencien desnutrición temprana.
- g. Fortalecer los programas educativos dirigidos a toda la población, relacionados con la calidad nutricional para fomentar el consumo equilibrado de alimentos sanos y nutritivos.
- h. Apoyar al desarrollo de huertos experimentales en los diferentes ámbitos y espacios sociales.

Como se observa en el Cuadro No. 1 de acuerdo al PNBV (2009–2013), la desnutrición crónica se planteó reducirla en 45%

**Cuadro 1**  
**Metas que se establecieron alcanzar hasta el año 2013**

Meta	Reducir en un 45 % la desnutrición crónica al 2013			
	Indicador	Valor	Año	Fuente
Indicador Meta	Desnutrición crónica en menores de 5 años	25,80 por ciento	2006	INEC – ECV
Indicador de Apoyo	Desnutrición global	8,60 por ciento	2006	INEC–ECV
	Desnutrición aguda	1,70 por ciento	2006	INEC–ECV

Fuente: SENPLADES– Plan Nacional para el Buen Vivir 2009–2013  
Elaboración: María Dolores Córdova

En el período 2007-2012 de acuerdo al Ministerio Coordinador de Desarrollo Social y la FAO (s.f: 248) el gobierno ecuatoriano apoya al sector social y se esfuerza por dar prioridad a los niños y niñas del país. Es así, que se realizan reformas institucionales y de programas sociales, basados en un modelo de desarrollo socioeconómico incluyente y solidario, con principios humanistas. Razón por la cual los programas alimentarios, nutricionales y de desarrollo infantil cambian su enfoque.

Para el BM (s.f: 25) dadas las nuevas metas y desafíos instaurados en la Constitución y en el PNBV se cambia la institucionalidad del Sector Social. Se crea el MCDS mediante el Registro Oficial No. 33 del 05.03. 2007, cuyo objetivo es articular y coordinar la política del Sector Social y proponer políticas intersectoriales que respondan a necesidades prioritarias de los sectores sociales. Se reformó el Ministerio de Bienestar Social, ahora Ministerio de Inclusión Económica y Social de acuerdo al Registro Oficial No. 158 del 27.08.2007, para que transite de una política asistencial y dispersa a una política integrada que promueva el desarrollo social con inclusión económica y social, equidad y ciudadanía. Se conformó el Consejo Sectorial de Políticas de Desarrollo Social que se realizó a través del Decreto ejecutivo No. 242 del 30.11.2007 y cuya prioridad es combatir la malnutrición. Todo esto encaminado a crear una nueva agenda social enfocada en la importancia de una adecuada nutrición, especialmente en los primeros años de vida

Es decir, a partir del año 2008 se pasa de una política basada en el asistencialismo social, en donde los programas estaban enfocados a otorgar alimentación y estaban dispersos en diferentes entidades públicas, a una concepción intersectorial que busca mejorar las condiciones de los infantes atacando las diferentes causas de la desnutrición de manera articulada.

### **Los Programas sociales**

De acuerdo a Carranza (2010: 62) los programas sociales, se inician en la década de 1950 como propuesta de organizaciones privadas sin fines de lucro y por organismos internacionales como USAIS, CARITAS, CARE, y Catholic Relieve Services – CRS.

El PMA conforme su página web (2016) inicia sus actividades de colaboración con el gobierno ecuatoriano 1964, otorgando apoyo a proyectos en las poblaciones más vulnerables, con asistencia alimentaria en casos de emergencia y proyectos de entrega de alimentos a cambio de trabajo y capacitación. De acuerdo a Carranza (2010: 49) el primer proyecto se lo ejecutó junto a la Misión Andina entre 1970 y 1975 para promocionar el desarrollo de la comunidad y alimentación de grupos afectados entre los indígenas de los Andes.

Así mismo Carranza (2010: 49) señala que en 1976 el MSP con su División de Nutrición y el PMA implementan el Programa de Alimentación Materno – Infantil para grupos de ingresos bajos (PAAMI) cuyo objetivo era reducir la malnutrición y promover los controles de salud de los menores de cinco años y de mujeres embarazadas, se entregaba en los centros de salud una ración alimentaria. Este proyecto funcionó hasta 1990 de manera irregular.

Mientras que en 1993 según Carranza (2010: 49) el MSP y el PMA crean el Programa Alimentación Complementaria Materno Infantil (PACMI), enfocado en reducir la inseguridad alimentaria en menores de cinco años con desnutrición moderada o grave y mujeres embarazadas en las zonas más pobres de cinco provincias del país (Cotopaxi, Chimborazo, Manabí, Azuay y Esmeraldas) se incorporan productos fortificados contratados con empresas privadas, este programa finaliza en 1999.

En el año 1998 como se menciona en el SIISE (2015) se crea el Bono de Solidaridad, el cual no fue creado como parte de una política alimentaria o nutricional, ni contra la pobreza, sino como un mecanismo de compensación por la eliminación de los subsidios de gas, electricidad y combustibles. Sin embargo en el año 2003 se le denomina Bono de Desarrollo Humano (BDH), a través de este tipo de transferencia se entrega un subsidio monetario condicionado a salud y educación, a personas ubicadas en el I y II quintil más pobre, según el índice de bienestar del Registro de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales (ex-SELBEN). Este programa se ha convertido en uno de los instrumentos clave para combatir la pobreza en el país.

En el año 2000 de acuerdo al SIISE (2015) surge el Programa Nacional de Alimentación y Nutrición (PANN 2000) liderado por el MSP y bajo el apoyo técnico de Organismos Internacionales como PMA, PNUD, OPS, UNICEF, USDA, Unión Europea, Organismos Gubernamentales como el Fondo de Solidaridad y Organismos No Gubernamentales como Visión Mundial. Este proyecto estaba orientado a menores de dos años, embarazadas y madres en período de lactancia. Tenía algunos componentes como maternidad gratuita y controles de salud, además de capacitación, comunicación, entrega de productos fortificados. Su finalidad era apoyar a la prevención de la mala nutrición enfocados en cambios de los patrones culturales, en la lactancia materna y la alimentación de niños pequeños. Además los beneficiarios estaban focalizados al inicio en 7 provincias pero luego paso a tener cobertura nacional. El programa era ejecutado por el MSP pero los procesos de contratación de bienes y servicios como la compra de los alimentos y su distribución hasta los centros de salud era administrada por el PMA. El programa finalizó en el año 2010.

Según el SIISE (2015) en el año 2001 se crea la Unidad de Gestión para la Alimentación Comunitaria bajo dependencia del Ministerio de Bienestar Social que inicia el Programa de Comedores Comunitarios, el cual fue financiado a su inicio con fondos de OI. Estaba dirigido a personas en condición de pobreza, básicamente niños y niñas de 2 a 14 años, además de jóvenes, adultos, personas con discapacidades y personas de la tercera edad. En el año 2002 el programa es financiado completamente con fondos del Estado pero es administrado por el PMA y se denomina Programa para el Desarrollo Comunitario. En el año 2003, el programa se reestructura y reduce su población objetivo a niños de 2 a 5 años, personas con discapacidad y de la tercera edad de los quintiles I y II en base al Sistema de Selección de Beneficiarios (SELBEN) y se lo denomina Programa Aliméntate Ecuador en el año 2004.

Constaba de varios componentes: el programa de Protección Alimentaria, que entregaba raciones alimenticias a menores de 3 a 5 años, personas con discapacidad y adultos mayores cuatro veces al año. Este programa finalizó en el año 2010. Otro componente era el Proyecto Alimentario Nutricional Integral (PANI) enfocado en reducir la anemia en menores de 5 años que eran atendidos en el INFA.

A partir del año 2007 en un informe del BM (s.f: 32) se indica que la institucionalidad del sector social se reformó para acomodarse a los nuevos lineamientos establecidos en la Constitución y en el Plan Nacional para el Buen Vivir 2013 y lo mismo sucedió con los programas que se desarrollaron con la finalidad de mejorar la alimentación y reducir la desnutrición. Los Programas Alimentación Escolar, PANN 2000, Aliméntate Ecuador y Nutrinna dejaron de ser iniciativas de entrega de alimentos o complementos alimentarios fortificados y pasaron a ser estrategias integrales y multisectoriales directamente direccionados a combatir la desnutrición crónica en el país, focalizados en los grupos de edad, territorios y actividades cuyo impacto en el corto y mediano plazo reviertan los indicadores críticos que presenta la desnutrición en el país y de esta manera se asegure un retorno costo-efectivo mayor a la inversión en salud y nutrición.

De la misma forma el BM (s.f: 32) menciona que estas reformas y alineamientos institucionales incluyen el cierre del Programa Aliméntate Ecuador (AE) del MIES a finales del año 2011. La integración del Instituto Nacional del Niño y la Familia (INFA) a la estructura del MIES. La sustitución del complemento fortificado Mi papilla (la cual se entregaba a menores de 24 meses) por el fortificante Chis paz (el cual se entrega para niños y niñas de 6 a 59 meses de edad). Supresión de Mi Bebida (complemento fortificado que se entregaba a mujeres en gestación o en período de lactancia). La transformación del Programa de Alimentación Escolar (PAE) en la Subsecretaría de Administración Escolar del Ministerio de Educación a inicios del 2012. El PAE suspendió la distribución de los productos del almuerzo escolar, concentrándose ahora en el desayuno (se entrega galletas y colada fortificada) y el refrigerio escolar (leche UTH fortificada y barra de granola).

A partir de estos cambios, en el período 2007–2012 la política en alimentación y nutrición se enfocó en tres iniciativas, según el BM (s.f: 26) la Estrategia Acción Nutrición (2008) antes Intervención Nutricional Territorial Integral (INTI) que está bajo dependencia del MCDS, el Proyecto Desnutrición Cero que está bajo la coordinación del MSP desde el año 2011 y el Proyecto Alimentario Nutricional Integral (PANI) a cargo del MIES.

### **Estrategia Acción Nutrición**

Según Guzmán (2013: 3) en julio de 2008, se aprobó la Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria y Reducción Acelerada de la Malnutrición Infantil (ENRAMI), que busca conforme al Plan Nacional de Desarrollo, reducir de manera acelerada la desnutrición crónica infantil, además de otras deficiencias nutricionales como la anemia para el año 2010. Esta estrategia tenía varios componentes, uno de ellos la ejecución de una primera fase de Intervención Nutricional Territorial Integral (INTI) cuya intención es articular distintas intervenciones interinstitucionales en las provincias de Chimborazo (52,6%), Bolívar (47,9%) y Cotopaxi (42,6%), donde se encuentran las tasas más altas de prevalencia de desnutrición crónica.

En un informe del MCDS (2011–2013: 68) se señala que a partir del 2009 se inicia el Programa Intervención Nutricional Territorial Integral INTI, ahora Acción Nutrición, y que implica una respuesta articulada desde los ministerios del Sector Social, en donde, el MCDS es el encargado de la coordinación de la estrategia nutricional que agrupa a al MSP, MIES, ME, MAGAP, MIDUVI. En donde cada ministerio se compromete a contribuir con un conjunto de actividades para erradicar la desnutrición.

En la página web del Programa Acción Nutrición (2011), se indica que el Programa se creó para mejorar la situación nutricional de la población. Se focalizó en grupos de atención prioritaria, a través

intervenciones multisectoriales articuladas y dirigidas a prevenir la desnutrición en las etapas críticas de la vida de un menor.

Los objetivos y metas de la estrategia según Guzmán (2013: 4) y establecidos bajo revisión y consenso entre la SENPLADES y los Ministerios que conforman el Sector Social son:

1. Disminuir en 1,7 puntos porcentuales anuales la desnutrición crónica en menores de cinco años en los territorios INTI hasta el 2013.
2. Disminuir en 1,7 puntos porcentuales anuales la desnutrición crónica severa en menores de cinco años.
3. Reducir la prevalencia de anemia en niños menores de 5 años y en mujeres embarazadas en 50% hasta el 2013.
4. Mantener controlada la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población menor de cinco años hasta el 2013.
5. Reducir la inseguridad alimentaria a nivel del hogar en un punto porcentual anual hasta el 2013

Debido a que la desnutrición es un problema multicausal, Morgan (2013:101) señala que es necesario tener un enfoque intersectorial que trabaje a través de políticas públicas articuladas, lo que implica la intervención de varias instituciones del sector social y de todos los niveles de gobierno.

De acuerdo a la página web del Programa Acción Nutrición (2011), está liderado a nivel político y estratégico por el Consejo Sectorial de Política de Desarrollo Social que está integrado por representantes del MCDS, MSP, MIES, ME, MIDUVI y presidido por el MCDS los cuales se reúnen con una periodicidad trimestral. A nivel intermedio está liderado por la Mesa de malnutrición infantil, que es el equipo técnico conductor de la estrategia, el cual se reúne con una periodicidad mensual. En esta instancia también se encuentran las Comisiones por temas. Y finalmente los representantes zonales quienes implementan y dan seguimiento a las intervenciones que se realizan en las diferentes provincias del país.

Según la página web del Programa Acción Nutrición (2011) contempla las siguientes líneas de articulación a nivel interinstitucional:

- Ministerio de Salud Pública (MSP): Este ministerio se encarga de atender la salud y la nutrición de la mujer embarazada, madres en período de lactancia y niñas y niños menores de 1 año y la entrega de un bono condicionado al cumplimiento de los controles prenatales, a la atención del parto institucional y al cumplimiento de los controles del niño durante el primer año de vida.
- Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES): Se encarga de la implementación de la corresponsabilidad en salud del Bono de Desarrollo Humano (BDH) y de dotar de centros de desarrollo infantil denominados Centros Integrales del Buen Vivir (CIBV), en sus diferentes modalidades de atención, que por un lado operan como centros de cuidado de menores y por otro dan consejería comunitaria a través del programa Creciendo con Nuestros Hijos (CNH).
- Ministerio de Educación (ME): Es responsable del acceso a programas de alfabetización y post- alfabetización de mujeres y madres comunitarias y de capacitar a través de las escuelas a los niños en temas como nutrición, agricultura, ecología y reciclaje.

- Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda (MIDUVI): Esta institución es la encargada de dotar de servicios básicos de agua potable, saneamiento, soluciones habitacionales e infraestructura.
  - Construcción de sistemas de agua
  - Mejoramiento de sistemas de agua
  - Monitoreo de la calidad del agua –nivel comunitario
  - Capacitación, a los administradores de los sistemas del agua
  - Vivienda
- Ministerio de Agricultura, Ganadería, Acuacultura y Pesca (MAGAP): En esta institución se trabaja proyectos productivos y fomento a la agricultura familiar, asociación de pequeños productores y organizaciones campesinas y en el mejoramiento del acceso y consumo de alimentos saludables.
  - Creación de huertos en centros infantiles del Buen Vivir, escuelas, en centros de salud, centros comunitarios y familiares.
  - Incrementar la agrobiodiversidad en los huertos familiares
  - Capacitación y seguimiento de los huertos

Para ejecutar las acciones cuenta con una metodología para facilitar la articulación de los actores del territorio la cual consta de cinco pasos de acuerdo al Programa Acción Nutrición (2011):

1. Conformación del Comité Provincial y Cantonal: un facilitador llega a la provincia y conforma el comité provincial y los comités cantonales los cuales son presididos por los alcaldes, éstos son reuniones abiertas donde intervienen los Ministerios, las organizaciones sociales, los gobiernos autónomos descentralizados y ONG que quieren sumarse a la estrategia.
2. Análisis de Problemas: una vez conformado el Comité cantonal y previamente sensibilizados y socializados los actores en la Estrategia Acción Nutrición se analizan los problemas y causas de la desnutrición infantil.
3. Concertación entre la oferta y la demanda: aquí se establece un dialogo entre las instituciones oferentes y las comunidades para conocer sus necesidades.
4. Establecimiento de compromisos mutuos: el reto es la elaboración de un plan de acción concertado anual que consiste en registrar todos los compromisos y acuerdos de los actores involucrados.
5. Ejecución de los planes de acción concertados y las reuniones periódicas de seguimiento y evaluación a la ejecución de los mismos.

La estrategia estaba enfocada a las zonas de mayor vulnerabilidad nutricional según la página web del Programa Acción Nutrición (2011). Es decir, zonas rurales, indígenas y de extrema pobreza que integra una población de 117.655 niños y niñas menores de 5 años. También atiende las zonas urbano marginales de Quito, Guayaquil y Manta con una población de 276.776 niños y niñas. Se visitaron las casas de niños y niñas menores para identificarlos y poder realizar un seguimiento nutricional y motivarles para que asistan a los controles en las Unidades de salud y de ser el caso participen en los CIBV y en los CNH.

Según datos del Programa obtenidos en SENPLADES (2010) el mecanismo de focalización se lo obtuvo al considerar las tasas más elevadas de prevalencia de desnutrición crónica en el país, elevado nivel de pobreza, carencia de servicios básicos de agua, saneamiento y vivienda, zona donde se habita y la etnia.

Según Guzmán (2013: 17–18) se consideró la realización de evaluaciones de impacto en estos ocho cantones para lo cual se levantaron líneas de base. Sin embargo, en esta investigación solo tuvimos acceso a la evaluación del cantón Sigchos denominada Evaluación de resultados antes y después de la Estrategia Acción Nutrición en el cantón Sigchos sobre las variables de interés para el periodo 2009–2011. Del levantamiento de la línea base en el año 2009 se concluyó que 53,8% de los niños y niñas menores de 5 años presentaban desnutrición crónica. Los resultados del segundo levantamiento, 30 meses después, mostraron una reducción de la desnutrición crónica la cual era de 50,6% en el 2011, lo que implica una reducción de 3,2 puntos porcentuales. Es decir 1,28 puntos porcentuales por año. Con respecto a desnutrición crónica severa en menores de 5 años se redujo en 1,4 puntos porcentuales, pasó de 20,1% a 18,7% y la prevalencia de anemia en mujeres embarazadas paso de 61% a 60%. Mientras que la reducción en prevalencia de anemia en menores de 5 años pasó de 75,8% a 65,9%. Evidencia que mostró que aunque no se cumplía con la meta propuesta de bajar en 1,7 puntos porcentuales por año la desnutrición crónica, mostraba que la factibilidad de la estrategia era posible, corrigiendo ciertos aspectos técnicos.

Según consta en el documento del proyecto remitido al MCDS por SENPLADES (2010). El proyecto tenía una duración de 24 meses a partir del 2010 al 2012. Para el proyecto Acción Nutrición la inversión total prevista hasta el 2012 fue de 187'222.568 dólares.

**Cuadro 2**  
**Presupuesto Programa Acción Nutrición**

Institución	Componente	PROGRAMACION			
		2010	2011	2012	Total
MIES	PANI (n)	1.196.000	3.586.000		4.782.000
	INFA (n)	1.193.000	3.577.000		4.770.000
	PPS (corresponsabilidad)	60.000	180.000	120.000	360.000
ME	Alfabetización	900.000	2.700.000	1.800.000	5.400.000
MAGAP	Promoción y consumo de alimentos	538.000	1.614.000	98.000	2.250.000
MCDS	Gestión Estratégica	351.000	1.051.990		1.402.990
MIDUVI	Vivienda	11.117.000	48.423.000	12.460.000	72.000.000
	Agua Potable y saneamiento	29.116.000	43.674.000	14.559.568	87.349.568
MSP	EBAS, equipos y capacitación		4.456.000	4.452.010	8.908.010
<b>Total</b>		<b>44.471.000</b>	<b>109.261.990</b>	<b>33.489.578</b>	<b>187.222.568</b>

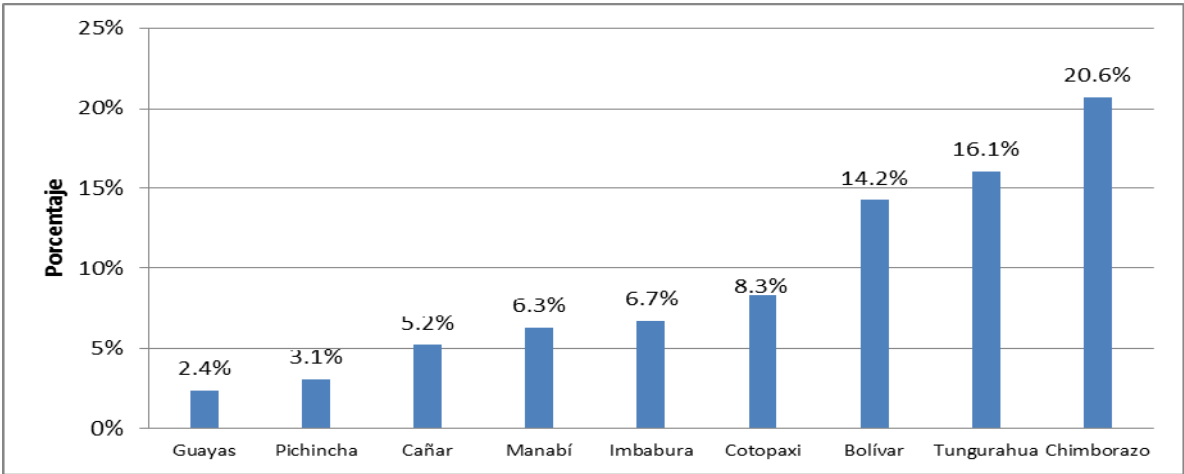
(n) = nutrición – PPS: Programa de Protección Social  
Fuente: SENPLADES – Proyecto INTI  
Elaboración María Dolores Córdova

Del Cuadro No. 2 se desprende que 85% del presupuesto fue destinado al MIDUVI, de este porcentaje se destinó 45,18% para la construcción y mejoramiento de viviendas, mientras que para dotar de servicios de agua potable y saneamiento se utilizó 54,81%. El MIES recibió 5,3% para los programas Instituto de la niñez y la familia (INFA) para el fortalecimiento nutricional y Proyecto Alimentario y Nutricional Integral (PANI). El 4,8% se asignó al MSP para la compra de equipos, capacitación y

comunicación. El 2,9% recibió el ME para la ampliación programas de alfabetización. El 0,7% se destinó al MAGAP para promoción y consumo de alimentos y la creación y apoyo de proyectos productivos familiares, comunitarios y escolares y el 0,7% se asignó al MCDS para la implementación de la estrategia nacional de nutrición y la toma de una línea base.

En el Gráfico No. 1 se observa que en la provincia de Chimborazo (20,6%) se realizaría la mayor inversión. Donde 27,2% se utilizaría para dotar de servicios de agua potable y saneamiento (construcción y mejoramiento de sistemas de agua, monitoreo de la calidad del agua a nivel comunitario, capacitación a los administradores de los sistemas de agua). El 18% se destinaría para la construcción y mejoramiento de viviendas. El 19,3% se asignó a programas nutricionales del INFA y del PANI. El 12,8% para programa de alfabetización de madres y el 11,1% para la capacitación y creación de huertos.

**Gráfico 1**  
**Distribución presupuesto por provincias**



Fuente: SENPLADES – Proyecto INTI  
Elaboración María Dolores Córdova

De un informe del BM (s.f: 36–40) se desprende que se ha visto la necesidad de articular de mejor manera los resultados que se esperan con los recursos invertidos. Así, el Banco Mundial colaboró con el MCDS para elaborar una propuesta de presupuesto por resultados, contar con un sistema de monitoreo individualizado sobre la situación nutricional, mejorar y acelerar el logro de los resultados nutricionales, alinear los componentes de la estrategia hacia una “ruta corta” y articular la estrategia con otras intervenciones públicas como el Bono de Desarrollo Humano (BDH).

**Proyecto Desnutrición Cero**

De acuerdo a un informe de SENPLADES (s.f: 4) el MSP a través del Programa de Nutrición es la institución ejecutora del Proyecto Desnutrición Cero que fue aprobado en marzo del 2011. Esta propuesta nace ya que es importante conocer que la desnutrición crónica en los menores, se inicia en el embarazo cuando la madre tiene un estado nutricional deficiente o su incremento de peso es inadecuado durante el mismo. Continúa cuando el recién nacido no es alimentado con leche materna o la lactancia exclusiva no se la imparte hasta los 6 meses. Se consolida cuando empieza a consumir otros alimentos en cantidades y variedad inadecuadas, por lo que la tasa más alta de desnutrición aparece alrededor de los 24 meses de edad.



Conforme se desprende de un informe del MSP (2012) el MCDS pone en marcha, junto con el MSP, MIES, ME, MAGAP y MIDUVI, la Estrategia (INTI), actualmente Acción Nutrición, en la cual el MSP trabaja con su propuesta Desnutrición Cero para erradicar la desnutrición crónica, ya que los servicios de salud no tenían una estrategia, ni un proyecto específico que intervenga directamente frente a la desnutrición materna y fetal, así como de los niños y niñas en la primera etapa de su vida. (El paquete de salud solo incluía atención médica y entrega de micronutrientes)

El objetivo general del proyecto de acuerdo a un informe de los avances en malnutrición en Ecuador del MSP (2012) es eliminar la desnutrición de los menores hasta el primer año de vida.

Los objetivos específicos son:

- Atender a las mujeres desde el segundo mes de embarazo hasta que cumpla los tres primeros meses de posparto.
- Ofrecer servicios de salud y nutrición al niño desde su nacimiento hasta el primer año de vida.
- Ampliar coberturas de atención a mujeres embarazadas, y niños hasta el primer año de vida, a través de un incentivo monetario para garantizar que la madre acuda al control prenatal, reciba atención en el parto y posparto y se asegure el control de los menores hasta el primer año de vida

Se establecieron como indicadores:

- Reducir en 10% el porcentaje de bajo peso al nacer.
- Incrementar los controles de salud de 2,3 a 6 en 30% de los niños menores de un año, objeto del proyecto.
- Disminuir la deficiencia de anemia en 90% de los niños hasta el primer año de edad.
- Incrementar los controles prenatales a 5 controles en 20% madres cubiertas por el proyecto.
- Entregar el incentivo monetario a 40% de las madres y niños que asistan a los controles de salud.
- Incrementar el parto institucional en 5% anual.

Se focalizó en zonas donde la prevalencia de desnutrición crónica está por sobre 35% (303 parroquias). Parroquias priorizadas según índice de morbi mortalidad en las que se dispone de Unidades Operativas de 1er Nivel: Centros de Salud y Hospitales. En las ciudades de Quito y Guayaquil corresponderá a las madres beneficiarias del BDH y adolescentes de los quintiles I y II.

Según SENPLADES (s.f: 26) la población directamente atendida se estimó que serían 97.644 mujeres embarazadas, 122.151 madres lactantes y 79.822 niños y niñas menores de un año. De acuerdo al MSP (s.f: párr. 17) se intervino en 10 provincias, 57 cantones, 303 parroquias y 541 unidades operativas de salud desde el segundo semestre del 2011 hasta finales del 2012.

De un informe del MSP (s.f: párr. 6) para el éxito de este proyecto se desarrollaron dos componentes:

1. Componente técnico de salud en el cual se realiza la vigilancia epidemiológica nutricional y actividades de comunicación, educación y consejería.

Además, con respecto a la nutrición materna, se asegura la atención de por lo menos 5 controles prenatales, desde el inicio del embarazo al vigilar su adecuada ganancia de peso, la entrega de suplementos de hierro más ácido fólico; y la atención institucionalizada del parto momento en el cual se realiza las 3 prácticas integrales del parto (pinzamiento oportuno del cordón umbilical, apego precoz, lactancia materna inmediata).

Con respecto a la nutrición infantil, se asegura al menos 6 controles a los menores desde el nacimiento hasta el primer año de vida, para así controlar su crecimiento, se promueve la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y fomentarla hasta los dos años de edad, y luego una adecuada alimentación complementaria, además se entrega suplementos de micronutrientes en polvo (Chis paz) hasta los dos años de edad.

Con respecto a suplementación con micronutrientes en mujeres embarazadas y mujeres en periodo de lactancia: se entrega tabletas de hierro más ácido fólico, por lo menos 5 entregas mensuales de 30 tabletas para la suplementación diaria, hasta finalizar su embarazo y tres meses post parto. A los niños de 6 a 59 meses de edad se suplementa con megadosis de vitamina A, cada 6 meses como norma preventiva.

Con respecto a suplementación con micronutrientes en polvo (Chis Paz) para niños y niñas desde los 6 a 59 meses de edad, contiene hierro, ácido fólico, zinc, vitamina A y vitamina C, el tratamiento completo con Chis Paz para prevenir la anemia en los niños, es de 60 sobres para consumir 1 sobre diario mezclado con las comidas del niño por 2 meses consecutivos.

## 2. Componente de apoyo con las transferencias condicionadas en salud.

Para otorgar los incentivos monetarios se tomó en cuenta el costo que representa para una madre dejar sus actividades diarias para ir al hospital. Entre éstos, estarían el costo de movilización y la pérdida de la remuneración de ese día. Además, se entregan los incentivos con el objeto de lograr una captación temprana de la madre embarazada y motivarle a su participación, para iniciar la consejería lo más tempranamente posible en el curso del embarazo, promover la adquisición de alimentos saludables, la lactancia materna y la atención al parto.

Se entregaba USD. 145 por los cinco controles y USD. 60 para la atención del parto. Este último incentivo para asegurar que las madres acudan para la atención al parto institucionalizado sin que el costo de transporte sea un impedimento y como ayuda adicional para cubrir cualquier necesidad de emergencia. En el caso de los niños, se daba un incentivo de USD. 100 para que asistan al menos a 6 chequeos hasta el primer año de vida para controlar el peso y la talla. Además a los 6 y a los 12 meses se entregaba USD. 5 si los niños crecían de acuerdo a las curvas de la OMS. Estos incentivos se los entregaba solo si los beneficiarios cumplían y asistían a los controles prenatales, parto institucionalizado y control del menor hasta el primer año.

De acuerdo a SENPLADES (s.f: 37) para contar con información que permita vigilar el proceso de implementación del proyecto se crearon dos sistemas de información. Uno que se alimenta a partir del primer control y sirve para alimentar la base de datos que se envía al MSP al PPS para la entrega del incentivo. Y el segundo que parte de la misma información recolectada, pero que se queda en la unidad de salud para hacer el seguimiento individual de cada sujeto. Así, la información recolectada a través de estos dos sistemas serviría para la evaluación de los procesos y el impacto de la intervención.

El MSP desarrolló y fortaleció el paquete de atención de salud nutricional, a través de la formulación de normas y protocolos de nutrición en salud, que se distribuyeron en las 24 provincias del país, además de la capacitación al personal de salud sobre su contenido.

Se han realizado acciones con la finalidad de fortalecer la lactancia materna como una política para erradicar la desnutrición de los menores de un año de edad a través de servicios de bancos de leche humana, lactarios institucionales y hospitalarios y hospitales amigos del niño.

En este proyecto social su duración conforme el documento que reposa en SENPLADES (s.f: 1) se estableció para el período comprendido entre el 2011 y el 2013. Para este proyecto la inversión fue de 64'662.057,70 de dólares. En cuanto al presupuesto del programa en el Cuadro No. 3 se observa su asignación:

**Cuadro 3**  
**Inversión Total Proyecto Desnutrición Cero**

Año	Monto (usd)
2011	13.273.207,00
2012	25.047.464,14
2013	26.341.386,56

Fuente: Desnutrición Cero – Proyecto  
Elaboración: María Dolores Córdova

### **Proyecto Alimentario Nutricional Integral (PANI)**

De acuerdo al MIES (2012: 1) el Proyecto PANI forma parte del Proyecto Aliméntate Ecuador, su población objetivo está compuesta por niños y niñas menores de cinco años que se encuentran bajo la línea de pobreza y que asisten a los servicios de Desarrollo Infantil Integral del MIES bajo dos modalidades de atención. Los centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV) en cuya modalidad asisten los menores a un centro público y son atendidos por el personal del centro y Creciendo con Nuestro Hijos (CNH) que es una modalidad en la que las madres o la persona responsable del niño lo cuidan en casa pero recibe la visita de un profesional periódicamente, además de asistir a reuniones comunitarias de consejería. Aproximadamente a escala nacional son 500.000 niños y niñas los que reciben sus beneficios.

Según se desprende del sitio web del PANI (2014) su objetivo es prevenir y reducir la prevalencia de anemia y la malnutrición de la población objetivo. Mientras que sus objetivos específicos son el de generar cambios de comportamiento hacia una alimentación saludable al incorporar los saberes culturales en las familias participantes desde una perspectiva de derechos. Mejorar la calidad alimentaria nutricional desde una perspectiva de soberanía alimentaria. Garantizar la accesibilidad y consumo de micronutrientes en la población de niños y niñas entre 6 a 59 meses de edad. Y contar con información sistemática, permanente y oportuna para la toma de decisiones.

El PANI (2014) está compuesto de cuatro componentes:

- Suplementación con micronutrientes, que se encarga de la adquisición, distribución y la entrega del micronutriente Chis Paz en los CIBV y CNH.
- Formación y desarrollo de capacidades integradas, bajo cuya modalidad se dictan capacitaciones y encuentros ciudadanos para fomentar la importancia de una buena nutrición.
- Comunicación, en donde se diseñan los materiales educativos y comunicacionales como guías, murales, videos que son transmitidos a través de medios locales.
- Monitoreo, que se encarga de realizar evaluaciones de impacto social, creación de líneas base y mediciones.

De acuerdo a un informe del MIES (2012: 14 – 21) el PANI inició su implementación en el 2009 en las provincias de Cotopaxi, Chimborazo, Cañar, Bolívar y Tungurahua, con una cobertura de aproximadamente 75.937 niños y niñas atendidos por el sistema MIES. En el año 2010, amplió su cobertura a Imbabura, Manabí, Pichincha, Pastaza y Guayas, con una cobertura de 456.000 menores.

El monitoreo y evaluación han constituido un pilar importante en este proyecto, ya que a través de una evaluación realizada por EL PANI (2014) se ha podido construir y reportar los avances en cada uno de sus componentes. En las primeras provincias intervenidas se levantó una línea base que permitió conocer que 54% de los niños y niñas menores de 5 años que participan de este Proyecto tenían anemia. A finales del año 2010 se realizó otra toma de muestras y se encontró que la anemia había reducido a 37,4%.

En el año 2011 se realizaron 2 tomas, en la primera se encontró que 42,46% de los analizados presentaba prevalencia de anemia. Se debe señalar, que la medición es por establecimiento y no se realiza el seguimiento individualizado por niño. Además se debe tener en cuenta que en los CIBV y CNH ingresan cada año nuevos niños y niñas y así mismo salen para ingresar a escuelas. En la segunda toma realizada se encontró que la anemia se presentaba en 28,45% de los niños y niñas.

En el año 2012 de acuerdo al informe del MIES (2012:14-21) en la evaluación final se encontró que la anemia había disminuido de 60% a 43,4%. Es decir 16,6 puntos porcentuales menos, lo cual representa un 28% de cambio. Con respecto a la desnutrición crónica, se observa que esta pasó de 30,39% en la primera evaluación a 29,3% en la evaluación final. Es decir, se reduce solamente en 1,09 puntos porcentuales.

El proyecto PANI, conforme al proyecto remitido a SENPLADES por el MIES (2010) es un proyecto que tiene una duración de 60 meses a partir del 2010 hasta el 2014, se espera que a partir del 2015 el proyecto pase a formar parte del Presupuesto corriente del MIES y se transforme en una actividad permanente. Para el proyecto PANI la inversión total prevista hasta el 2014 es de 67'008.657 de dólares (ver Cuadro No. 4) los cuales se incrementan de manera paulatina conforme se prevén incrementos de cobertura. El desglose presupuestario programado por año es el siguiente:

**Cuadro 4**  
**Inversión Total Proyecto PANI**

Año	Monto (usd)
2010	3.074.424,00
2011	6.315.900,00
2012	16.989.693,00
2013	18.564.000,00
2014	22.064.640,00

Fuente: PANI – Proyecto  
Elaboración: María Dolores Córdova

El gobierno del Econ. Rafael Correa desde el año 2007 de acuerdo a la CEPAL (2013: 9) ha invertido en infraestructura física, equipamiento y fortalecido los recursos humanos en el sector social. Así, se revela el compromiso y la importancia que ha dado a este sector.

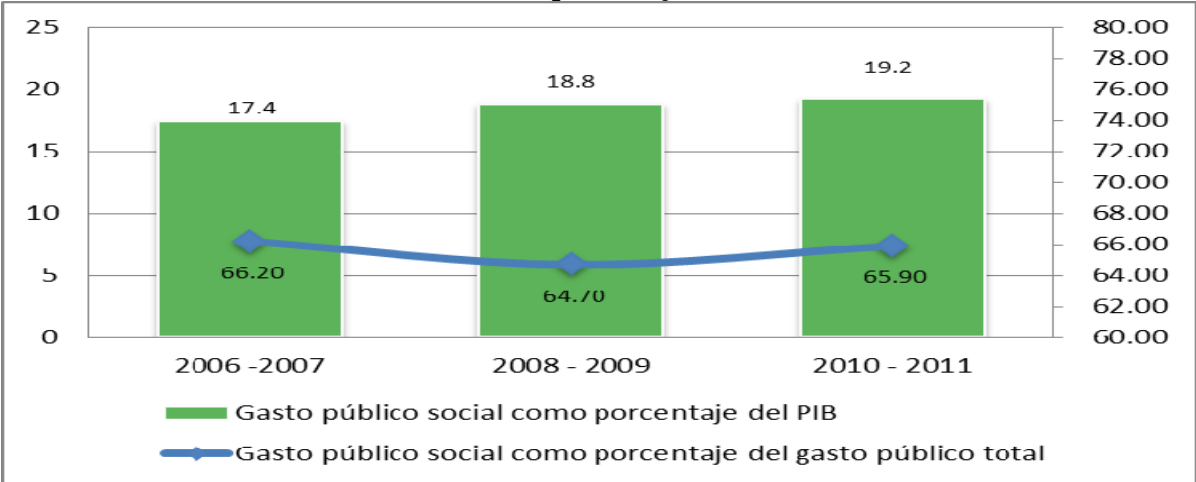
# Gasto Social

## Comparación Internacional

De acuerdo a la CEPAL (2013: 197) en América Latina y el Caribe hay una tendencia creciente en el gasto social. El gasto social como porcentaje del producto interno bruto (PIB) era de 17,4% en el bienio 2006–2007 y presentó un aumento en los bienios siguientes hasta llegar a 19,2% en el período 2010–2011 (véase Gráfico No. 2). En el año 2011 se destinaron en América Latina y el Caribe aproximadamente 640.000 millones de dólares al gasto social.

Para la CEPAL (2013: 199) a pesar del alza que exhibe el gasto social como porcentaje del PIB existe una gran diferencia entre países. Así, tenemos que el Ecuador a pesar del esfuerzo por aumentar la prioridad fiscal del gasto social, ha sido uno de los países que menos ha invertido.

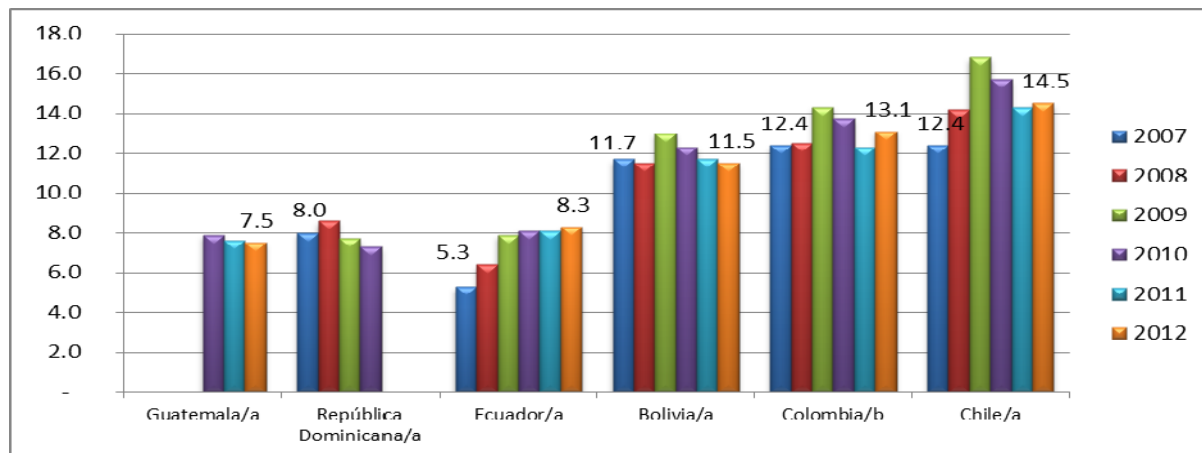
**Gráfico 2**  
**Evolución del gasto público social y de su participación en el gasto público total**  
**América Latina y el Caribe (21 países)**  
**(En porcentajes)**



Fuente: CEPAL  
Elaboración: María Dolores Córdova

Como se observa en el Gráfico No. 3 el gasto social se ha incrementado en prácticamente todos los países. A finales del 2010 (disponibilidad de datos), solo el Ecuador, Guatemala y República Dominicana exhibían gastos sociales con montos inferiores a 10% de sus respectivos PIB.

**Gráfico 3**  
**Evolución del gasto público social total**  
(% PIB)



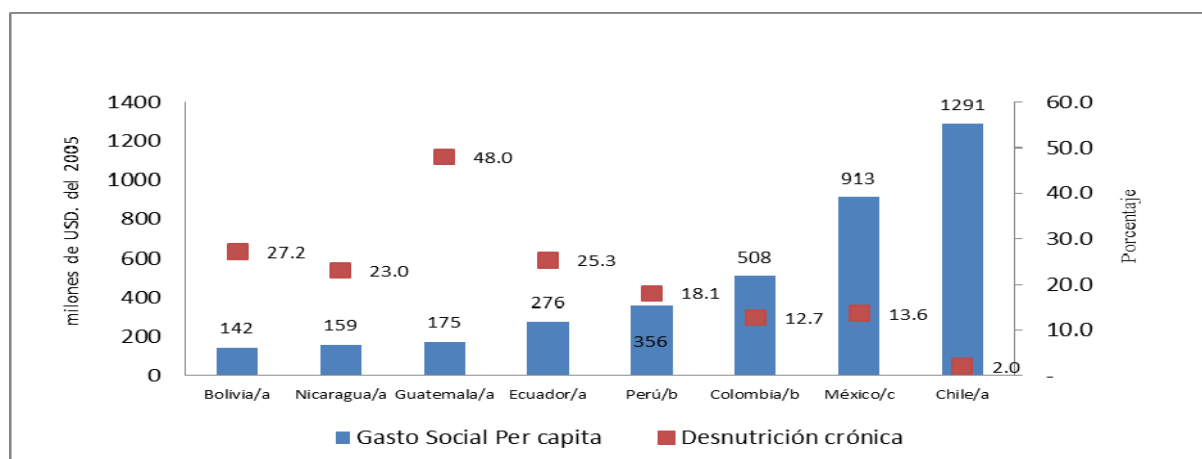
Fuente: CEPAL

Elaboración: María Dolores Córdova

a/ Se refiere al gobierno central – b/ Se refiere al sector público no financiero – c/ Se refiere al gobierno central presupuestario

Con respecto al gasto social anual per cápita en la región conforme a la CEPAL (2013a: 200) éste se ha duplicado en casi 20 años, llegó a 1.087 dólares en el bienio comprendido entre 2010 y 2011. Pero los avances han sido desiguales entre países. Así, en Bolivia, Ecuador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay el gasto anual per cápita aún no supera los 300 dólares, mientras que en Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, Panamá, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela sobrepasa los 1.000 dólares (ver Gráfico No. 4)

**Gráfico 4**  
**Desnutrición Crónica y Gasto Público Social per cápita (2011)**  
(Dólares a precios constantes de 2005)



Fuente: CEPAL

Elaboración: María Dolores Córdova

Gasto Social per cápita año 2011 – Nicaragua 2009 (Dólares a precios constantes de 2005)

Desnutrición Crónica: Bolivia (2008), Nicaragua (2006), Guatemala (2009), Ecuador (2012), Perú (2012), Colombia (2010), México (2012), Chile (2008)

a/ Se refiere al gobierno central – b/ Se refiere al sector público no financiero – c/ Se refiere al gobierno central presupuestario

De acuerdo a la CEPAL (2009: 30) los países que más invierten socialmente son los que tienen menores prevalencias de desnutrición. Así, se puede observar en el Gráfico No. 4 que Bolivia, Nicaragua, Guatemala y Ecuador que presentan las mayores prevalencias de desnutrición en la región, también son los países que menor gasto social han realizado (promedio de 188 dólares per cápita anual en el año 2011).

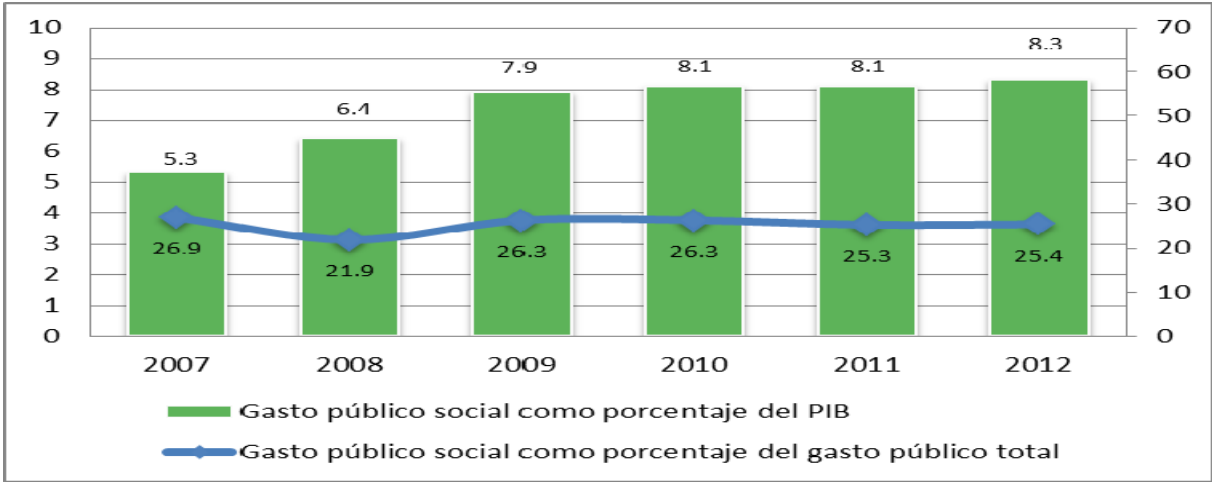
Bajo esta óptica, en la actualidad se evidencia al comparar internacionalmente, que el gasto social no sería eficiente, ya que la situación nutricional del Ecuador es inferior a la de otros países con niveles similares de gasto social. Por ejemplo, Nicaragua que con un gasto social per cápita de 159 dólares, mantiene su nivel de desnutrición crónica en 23%, mientras que Ecuador (276 dólares) con un gasto social per cápita 1,73 veces superior al de Nicaragua presenta una tasa de desnutrición crónica de 25,3%.

**Evolución del Gasto Social en el Ecuador**

Durante el período 2007–2012, el gasto público social mantiene una tendencia creciente. Los niveles de gasto que se registraron muestran la importancia que se ha dado a la política social a partir del año 2007.

En el período 2007–2012 la tasa de crecimiento promedio del gasto social del Gobierno Central fue del 22%. Expansión respaldada según la CEPAL (2013a: 23) por la disponibilidad de recursos que ingresaron por los elevados precios del petróleo, el incremento en la recaudación tributaria, así como emisión de deuda interna y externa.

**Gráfico 5**  
**Evolución del gasto público social como porcentaje del PIB**  
**y su participación en el gasto público total**  
**(En porcentajes)**



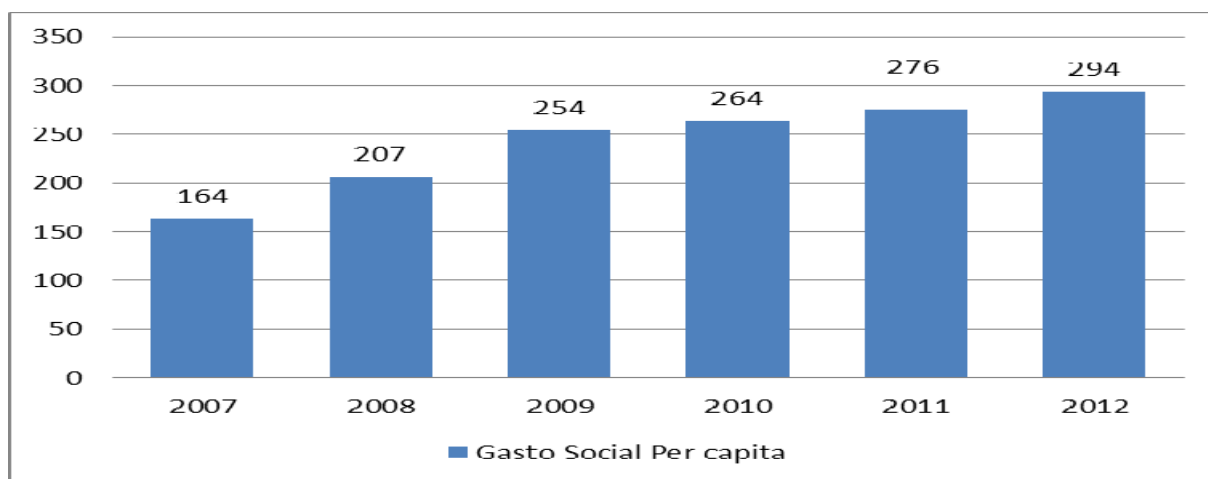
Fuente: CEPAL  
 Elaboración: María Dolores Córdova

Como se aprecia en el Gráfico No. 5, la inversión social del Gobierno Central realizada durante el periodo 2007–2012, mantiene una tendencia creciente, en este período se registró una expansión importante, pasó de 5,3% del PIB en 2007 a 8,3% en 2012. Con respecto al gasto social como porcentaje del gasto público total, su tendencia se ha mantenido sin variaciones significativas,

inclusive ha decrecido en 1,5 puntos porcentuales en el año 2012 con relación al año 2007. En promedio ha representado 25% del total de gastos del gobierno central.

Entre 2007–2012 el gasto social se incrementó en menor proporción que el gasto público total (19,4% frente a 25,6% promedio anual), mientras que el crecimiento del PIB fue de 4,3% promedio anual.

**Gráfico 6**  
**Evolución del Gasto Público Social per cápita**  
**(Dólares a precios constantes de 2005)**



Fuente: CEPAL  
Elaboración: María Dolores Córdova

Por su parte, el gasto público social per cápita pasó de 164 dólares en el año 2007, a 294 dólares en el año 2012. Presentó una tasa de crecimiento de 79,3% (ver Gráfico 6).

Sin embargo, de acuerdo a un estudio realizado por la CEPAL (2013a: 26) sobre los sistemas de protección social de América Latina – bajo el enfoque de gasto social ampliado que es el que utiliza la CEPAL en este estudio, se toma en cuenta además del gasto del gobierno central (Gasto social en políticas regulares, ejecutado a través de los Ministerios del sector social), el gasto de entidades autónomas descentralizadas (Gasto social en programas focalizados, ejecutados en unidades para ministeriales) y el gasto otorgado a través de empresas públicas y/o entidades autónomas (Gasto social bajo la forma de subsidios) – el nivel de gasto social en el Ecuador estaría alrededor de 15% del producto interno bruto (PIB), similar al nivel de gasto en Chile, mientras que el gasto social per cápita sería de 315 dólares en el año 2012. Nivel que ubicaría a Ecuador a nivel intermedio entre los países latinoamericanos.

Cabe señalar que a nivel de análisis internacionales normalmente se toma en cuenta solo los gastos del gobierno central por la disponibilidad de información.

#### **Gasto social en programas focalizados**

Para la CEPAL (2013a:30) las inversiones vía programas focalizados (Inclusión económica y social) han representado alrededor de 17,2% del gasto social total durante el periodo 2007–2012. Sin embargo, éstas han caído 3,6 puntos porcentuales al 2012. Estos programas han operado en los sectores tradicionales de inclusión económica y han complementado los servicios de tipo universal.



Son programas que utilizan mecanismos de transferencias monetarias como el Bono de Desarrollo Humano.

Los datos del Cuadro No. 5 muestran que en el 2012 una sexta parte del gasto total del sector social constituye el gasto en programas específicos focalizados (Gasto Inclusión económica y social). Es decir, más de 1.000 millones de dólares se invierten en este sector. Según la CEPAL (2013a: 30) dentro del gasto en programas, las transferencias monetarias (BDH) constituyen la base de la política de inclusión social, ya que representan aproximadamente 67% del total del gasto en programas sociales (2009–2012).

Se observa que en promedio en el período analizado los gastos de inclusión económica y social con relación al PIB, han tenido una participación de 1,4%.

**Cuadro 5**  
**Evolución del gasto social en programas específicos focalizados**

Sector / Año	2007	2008	2009	2010	2011	2012
PIB (millones de dólares)	51.007,8	61.762,6	62.519,7	69.555,4	79.779,8	87.498,6
PGE (millones de dólares)	10.014,0	14.148,9	18.833,8	20.894,5	24.749,2	27.580,5
Gasto sector social (millones de dólares)	2.730,9	3.992,3	5.065,9	5.761,3	6.597,5	7.583,3
Gasto Inclusión Eco. y Social (millones de dólares)	514,1	661,4	844,2	1.067,9	1.162,6	1.149,8
Gasto Social % PIB	5,4%	6,5%	8,1%	8,3%	8,3%	8,7%
Gasto Social % PGE	27,3%	28,2%	26,9%	27,6%	26,7%	27,5%
Gasto Inclusión Eco. y Social % del PIB	1,0%	1,1%	1,4%	1,5%	1,5%	1,3%
Gasto Inclusión Eco. y Social % PGE	5,1%	4,7%	4,5%	5,1%	4,7%	4,2%
Gasto Inclusión Eco. y Social % Sector Social	18,8%	16,6%	16,7%	18,5%	17,6%	15,2%

Fuente: SIISE  
Elaboración: María Dolores Córdova

Así, para la CEPAL (2013a: 30) el Estado reconoce la importancia de este sector ya que mantiene, reestructura o crea nuevos programas, para de alguna forma atenuar los graves problemas estructurales de pobreza, desnutrición y desempleo. Y basa su política de asistencia social especialmente en el BDH, crédito de desarrollo humano (CDH), en los programas de desarrollo infantil y de alimentación.

### **Gastos en Nutrición**

De acuerdo a la información disponible, el gasto presupuestario en alimentación y nutrición de las tres iniciativas que han operado en el período 2007-2012 no se ha unificado en una sola cuenta, dado que los proyectos investigados se encuentran en diferentes ministerios.

La inversión en alimentación y nutrición se ha caracterizado por tener una participación baja en el gasto público ecuatoriano. En el Cuadro No. 6 puede observarse que en promedio para el período (2010–2012) los proyectos investigados (Acción Nutrición, del PANI y de Desnutrición Cero) tuvieron una mínima participación. Así, este rubro representó apenas 0,1% del PIB, 0,4% del gasto público total y 1,4% del gasto del sector social.

Porcentaje que se encuentra dentro de los parámetros internacionales citados por estudios realizados por la CEPAL (2009: 30) en los que se indica que los programas de nutrición se registran ya sea en el sector de salud o de educación, y que resulta complicado saber con exactitud la proporción que concentran. Sin embargo, estiman que este tipo de inversión no es más de 1% del gasto social.

**Cuadro 6**  
**Participación de proyectos en alimentación y nutrición en el gasto social**

Concepto	2010	2011	2012
Acción Nutrición (millones de dólares)	44,5	109,3	33,5
Proyecto PANI (millones de dólares)	3,1	6,3	17,0
Proyecto Desnutrición Cero (millones de dólares)	13,3	25,0	26,3
Acción Nutrición % Sector Social	0,77%	1,66%	0,44%
Acción Nutrición % PGE	0,21%	0,44%	0,12%
Acción Nutrición % PIB	0,06%	0,14%	0,04%
Proyecto PANI % Sector Social	0,05%	0,10%	0,22%
Proyecto PANI % PGE	0,01%	0,03%	0,06%
Proyecto PANI % PIB	0,00%	0,01%	0,02%
Proyecto Desnutrición Cero % Sector Social	0,23%	0,38%	0,35%
Proyecto Desnutrición Cero % PGE	0,06%	0,10%	0,10%
Proyecto Desnutrición Cero % PIB	0,02%	0,03%	0,03%
Total Acción Nutrición y Proyectos % Sector Social	1,06%	2,13%	1,01%
Total Acción Nutrición y Proyectos % PGE	0,29%	0,57%	0,28%
Total Acción Nutrición y Proyectos % PIB	0,09%	0,18%	0,09%

Fuente: SIISE, Acción Nutrición, PANI, Desnutrición Cero.  
Elaboración: María Dolores Córdova

El presupuesto asignado para los tres programas de alimentación y nutrición dirigidos a menores de cinco años en el año 2012 ascendió a USD. 76,8 millones de dólares, lo que representa 2,5 veces más el presupuesto que se manejaba en el año 2005 – para el Programa de Alimentación Escolar, PANN 2000 y Aliméntate Ecuador – el cual de acuerdo a BM (s.f), 26) era de 31 millones de dólares. Lo que refleja la importancia que se da a la alimentación y nutrición actualmente.

Una vez analizado el marco legal de las políticas públicas en nutrición y alimentación, los programas que se han creado, así como la inversión pública que se ha destinado con la finalidad de mejorar la nutrición de la infancia, se observa según el BM (s.f: 26) que a partir del año 2008 se inicia un cambio en la concepción del problema de la desnutrición crónica, en donde ya no es considerado solo como un problema de salud, que se puede solucionar con raciones de alimentos, sino que se le considera como un problema con múltiples causas que requiere intervenciones de varios sectores para poder erradicarlo.

Además, pasa de un enfoque de asistencia social – caritativo – a un enfoque de derechos, en donde la alimentación y la nutrición son consideradas un derecho básico y una precondition que debe tener toda la población – de manera especial las personas más vulnerables – para así poder acceder a otros derechos.

Así, cuando se realiza la primera encuesta de la situación alimentaria, nutricional y de salud en el país – DANS (1986) – 40,2% de los menores de cinco años presentaban desnutrición crónica, realidad que

refleja el escaso manejo de las políticas aplicadas en este período, las cuales consistían básicamente en asistencia social.

Cuando se realiza la segunda encuesta nutricional – ENDEMAIN (2004) – se evidencia que la desnutrición crónica pasó de 40,2% en 1986 a 33,5% en el 2004. Lo que representa una reducción de 6,7 puntos porcentuales en 18 años. Es decir, 0,4 puntos porcentuales por año, lo que demuestra que a pesar de que las políticas estaban mejor focalizadas, había una mayor participación y organización del gobierno con proyectos y programas, el hecho de que sean solo programas alimentarios no condujo a disminuir la desnutrición de manera significativa. Según un estudio realizado por Larrea (2006:10) la cobertura de los programas nutricionales para menores de 5 años no solo que era baja, sino que no estaba focalizada, estaba dirigida mayormente a la Costa, donde la desnutrición crónica es menor.

En la tercera encuesta nutricional – ENSANUT-ECU (2012) – se reporta que la desnutrición pasó de 33,5% en el 2004 a 25,3% en el 2012. O sea, 8,2 puntos porcentuales por año. A pesar de los nuevos enfoques en las políticas aplicadas en el país en el período analizado – en las que se pasa de una política basada en el asistencialismo en donde los programas estaban dispersos en diferentes entidades públicas y eran básicamente alimentarios, a un enfoque basado en factores causales de la desnutrición en donde se comienza a trabajar de manera articulada con los diferentes ministerios del área social – se evidencia que no se ha cumplido con la meta propuesta en el PNVB 2009–2013 de reducir la desnutrición crónica en 45% hasta el año 2013. Sin embargo, el hecho de que el ritmo de reducción del período 2004–2012 sea de 1 punto porcentual por año, muestra que en este segundo período las políticas en alimentación y nutrición que se han ejecutado han tenido mayor impacto en los indicadores nutricionales que las aplicadas en el período 1986–2004.

En la entrevista realizada a los funcionarios de la Estrategia Acción Nutrición, se verificó que ha existido voluntad y esfuerzo para coordinar e integrar los proyectos de alimentación y nutrición entre las instituciones del área social. Sin embargo, no se evidencia una articulación multisectorial fuerte – ya que es fácil formular pero muy complicado implementar – de acuerdo a un informe de sistematización de experiencias exitosas en los programas conjuntos de infancia, seguridad alimentaria y nutrición de América Latina y Caribe realizado por Morgan (2013) el mayor problema al que deben enfrentarse las estrategias multisectoriales es a la articulación de programas y proyectos, ya que resulta muy complejo que un director de una institución este subrogado a otro director o institución. Razón por la cual es muy importante buscar un punto de conciliación y que existan normas que respalden la articulación en función del bien común.

Así, los tres proyectos investigados, funcionan de manera independiente, con sus propios sistemas de focalización, así como de información y de monitoreo. Además fue imposible tener acceso a todos los informes de evaluación, ya que la información de los proyectos y programas depende del director que este en funciones, situación que se agrava porque son frecuentes los cambios de funcionarios.

Con respecto a la inversión social se evidencia que a pesar del esfuerzo por aumentar la prioridad del gasto social, Ecuador ha sido uno de los países que tradicionalmente ha mantenido las menores tasas de inversión social en América Latina y el Caribe. A finales del 2010 (disponibilidad de datos), solo Ecuador (8,1%), Guatemala (7,9%) y República Dominicana (7,3%) presentaban gastos sociales menores al 10% de su PIB, comparado con el promedio de la región de 19,2%. Con respecto al gasto social anual per cápita, el promedio de la región se ubicó en USD. 1.087 dólares, mientras que el de Ecuador fue de 276 dólares. Al comparar internacionalmente, se observa que el gasto social del Ecuador no tiene el mismo nivel de eficiencia que otros países.

## *Contexto socioeconómico, nutricional y alimentario del Ecuador*

“Cada niña ecuatoriana que es rescatada ahora de desnutrición crónica reduce la probabilidad del nacimiento de un niño con baja talla por edad en el futuro” (BM, 2006:30)

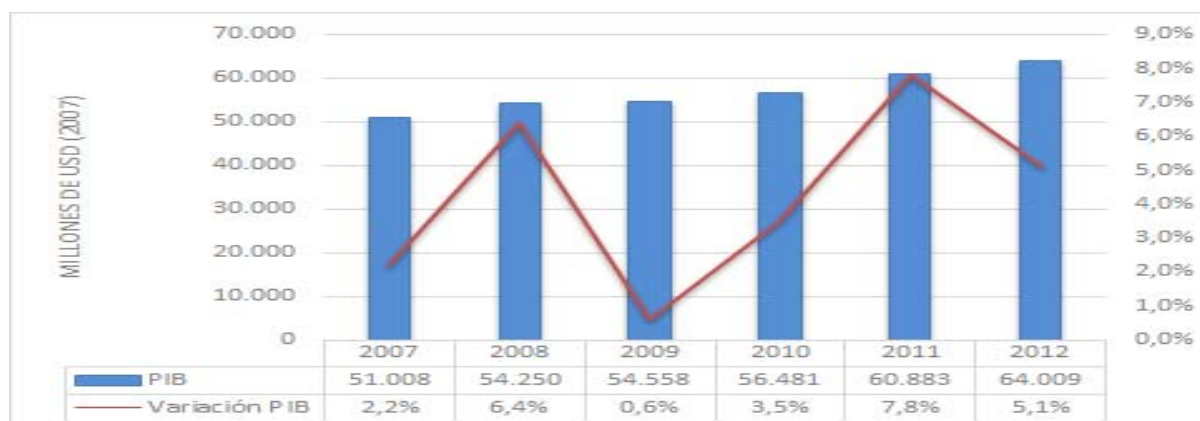
En la primera parte de este capítulo se presenta una breve imagen del contexto socioeconómico ecuatoriano en relación a algunos indicadores que permiten identificar el panorama en el que se han desarrollado las políticas públicas en alimentación y nutrición. En la segunda parte, se hace un seguimiento de la situación de la seguridad alimentaria en el país. A continuación, se realiza un análisis del perfil nutricional del país y en la parte final se identifica a nivel provincial los resultados de las políticas públicas destinadas a alimentación y nutrición y se las relaciona con los factores que más inciden en la desnutrición crónica. De esta manera se podrá tener una visión amplia de la situación nutricional en el Ecuador, destacar las áreas y grupos que son más vulnerables y en los cuales se deben enfocar las políticas públicas.

### **Contexto económico y social**

De acuerdo a Martínez y Fernández (2006: 30), el problema de la desnutrición, no es solo una cuestión de falta de alimentación, está determinado por varios factores del entorno económico y social en el que las personas se desarrollan. Así, las condiciones socioeconómicas de un país influyen directa o indirectamente en el nivel nutricional de sus habitantes.

La economía del país, de acuerdo a datos del Banco Central, ha mantenido una tendencia creciente desde el año 2007. En el período 2007–2012, el PIB creció a una tasa promedio anual de 4,3%. Sin embargo, su comportamiento ha sido inestable, a pesar del incremento de los precios del petróleo en el mercado internacional durante últimos años y de una política expansiva del gasto público. (Ver gráfico No. 7)

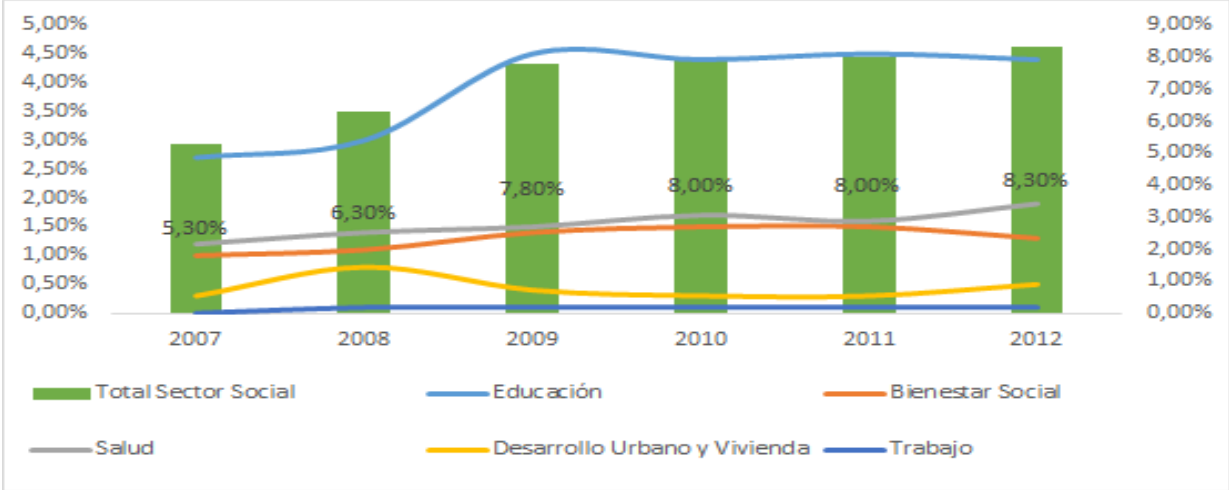
**Gráfico 7**  
**Producto Interno Bruto**  
Miles de USD



Fuente: Boletín Estadístico Mensual (Dic. 2013) – BCE  
Elaboración: Autora

Los niveles de gasto público social que se registran en el período analizado evidencian la importancia que se ha dado a la política social a partir del año 2007. Como se observa en el Gráfico No. 8 esta tendencia creciente se da especialmente en el sector de la salud y de desarrollo urbano, no así en sectores como educación y bienestar social que comienzan a decrecer a partir del año 2011.

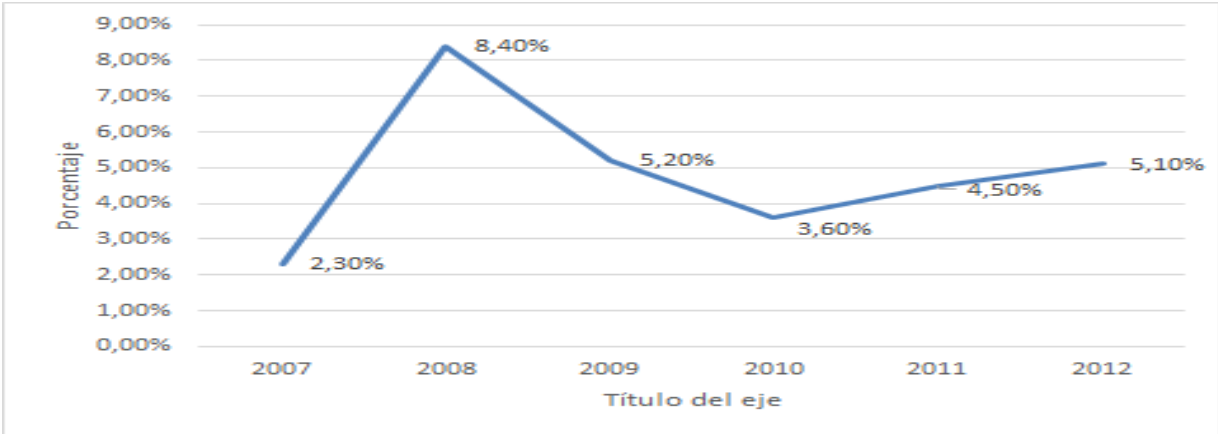
**Gráfico 8**  
**Gasto social como porcentaje del PIB**



Fuente: SIISE  
Elaboración María Dolores Córdova

Con respecto a la evolución de la inflación, datos del Banco Central del Ecuador señalan que durante el período 2007–2012, el nivel general de precios (IPC) alcanzó un valor promedio de 4,8%, pero a partir del 2007 como se puede apreciar en el Gráfico No. 9 la inflación inicia un proceso de crecimiento, el cual se incrementa en el año 2008, hasta estabilizarse en alrededor de 5% en el año 2012.

**Gráfico 9**  
**Inflación anual**



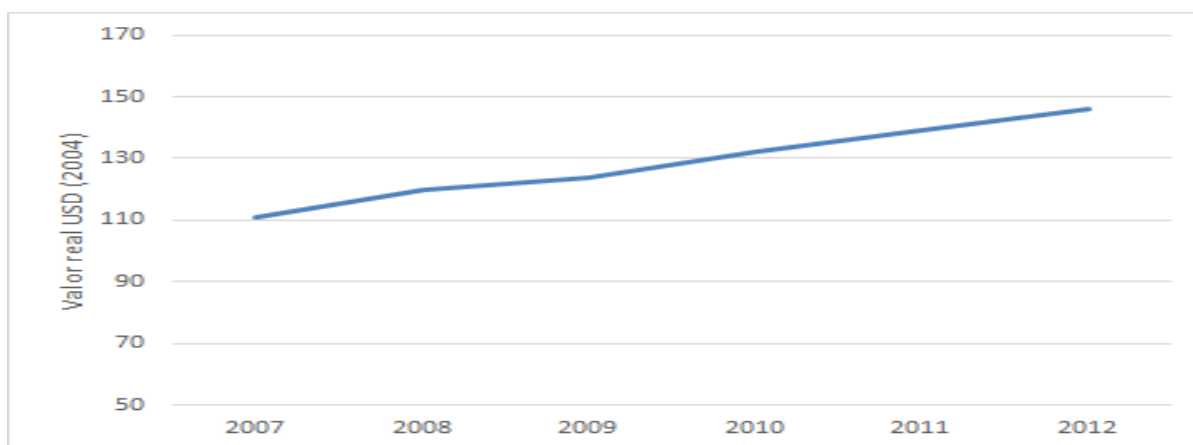
Fuente: Boletín Estadístico Mensual (Dic. 2013) – BCE  
Elaboración: Autora

Este comportamiento para la CEPAL (2013a: 18) se origina por varios factores como el incremento del gasto público iniciado en 2007, el alza de los precios internacionales de los alimentos en 2009, la depreciación del dólar respecto de las monedas de los principales socios comerciales de Ecuador. Lo

que se refleja en el alza de los precios de los productos, de manera especial los de primera necesidad. Los precios del rubro alimentos y bebidas no alcohólicas, que representan 25,1% del IPC, crecieron un 46,5% entre 2007 y de 2012.

Con relación al salario mínimo real, en base a datos del Banco Central, se observa que se ha incrementado a partir de la dolarización. La tasa de crecimiento real promedio anual entre 2007 y 2012 fue de 6%. De esta forma, se demuestra que la capacidad adquisitiva de los salarios ha mejorado moderadamente, especialmente a partir del año 2007. (Ver Gráfico No. 10)

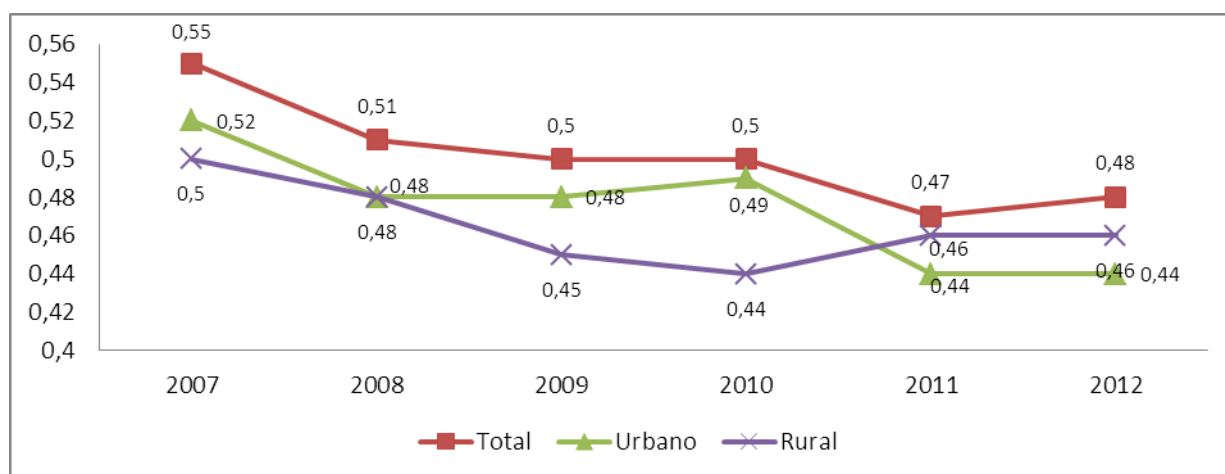
**Gráfico 10**  
**Salario mínimo**  
(USD de 2004)



Fuente: Boletín Estadístico Mensual (Dic. 2013) – BCE  
Elaboración: Autora

En cuanto a la evolución de la desigualdad del ingreso a nivel nacional, de acuerdo a los datos recopilados por el SIISE entre diciembre de 2007 y diciembre de 2012 la distribución de los ingresos mejora, el coeficiente de Gini pasó de 0,55 a 0,48 en dicho período como se ve en el Gráfico No. 11

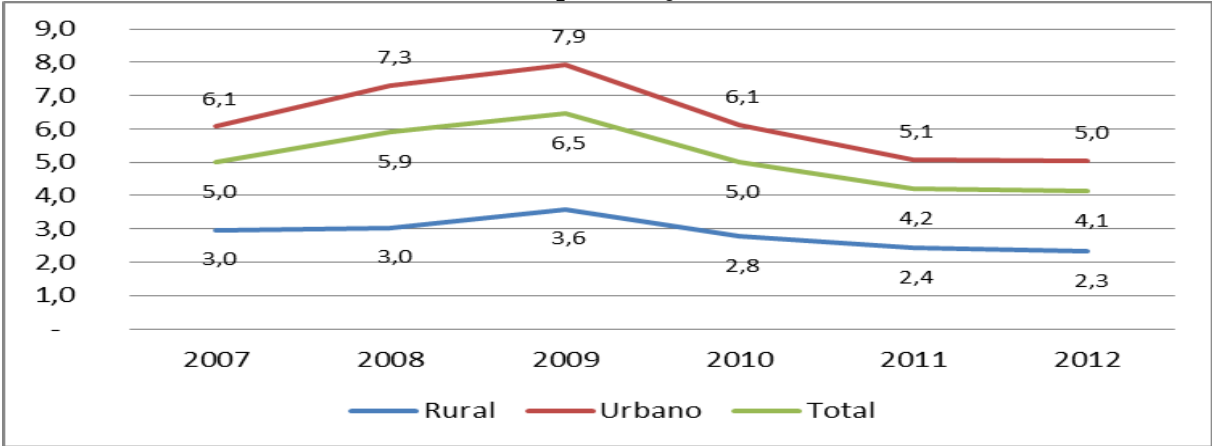
**Gráfico 11**  
**Coefficiente de Gini**  
Total nacional, urbano y rural, 2007–2012  
(En porcentajes)



Fuente: SIISE  
Elaboración María Dolores Córdova

En lo que se refiere tasa de desempleo nacional, cifras del SISSE 2007–2012 muestran que durante el período, el promedio anual de la giró alrededor de 5,11%. Como indica el Gráfico No. 12 a pesar de un incremento del desempleo desde el 2007 hasta el 2009 la tendencia fue decreciente, en el 2012 se registró una tasa de desempleo de 4,1%. Las diferencias entre las áreas urbanas y rurales revelan que el problema es mayor a nivel urbano (6,3%), pues el sector rural registra una tasa promedio anual de desempleo de 2,3%.

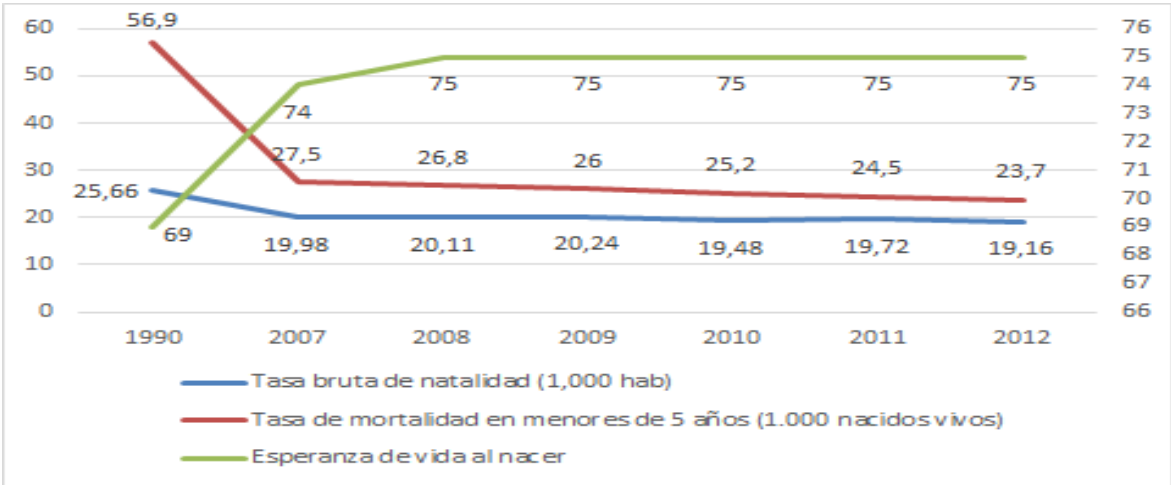
**Gráfico 12**  
**Tasa de desempleo**  
**(En porcentajes)**



Fuente: SIISE  
Elaboración María Dolores Córdova

Por otra parte, se observa que la tasa de natalidad y mortalidad en los menores de cinco años ha disminuido, mientras que la esperanza de vida se ha incrementado. La tasa de natalidad de acuerdo al INEC muestra que en los últimos 20 años el número de nacidos vivos por cada 1.000 habitantes ha disminuido, esta pasó de 25,66 nacidos vivos en el año 1990 a 19,19 nacimientos en el 2012. De igual forma, la tasa de mortalidad en menores de cinco años acorde a la CEPAL presenta una tendencia decreciente, pasó de 56,9 a 23,7 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos. Mientras que la esperanza de vida al nacer de los ecuatorianos se ha incrementado acorde a cifras del Banco Mundial, en el año 2012 fue de 75 años como se observa en el Gráfico No. 13.

**Gráfico 13**  
**Tasa de natalidad – Tasa de mortalidad en la niñez – Esperanza de vida**



Fuente: Banco Mundial, CEPAL, INEC  
Elaboración María Dolores Córdova

# Situación Alimentaria y nutricional

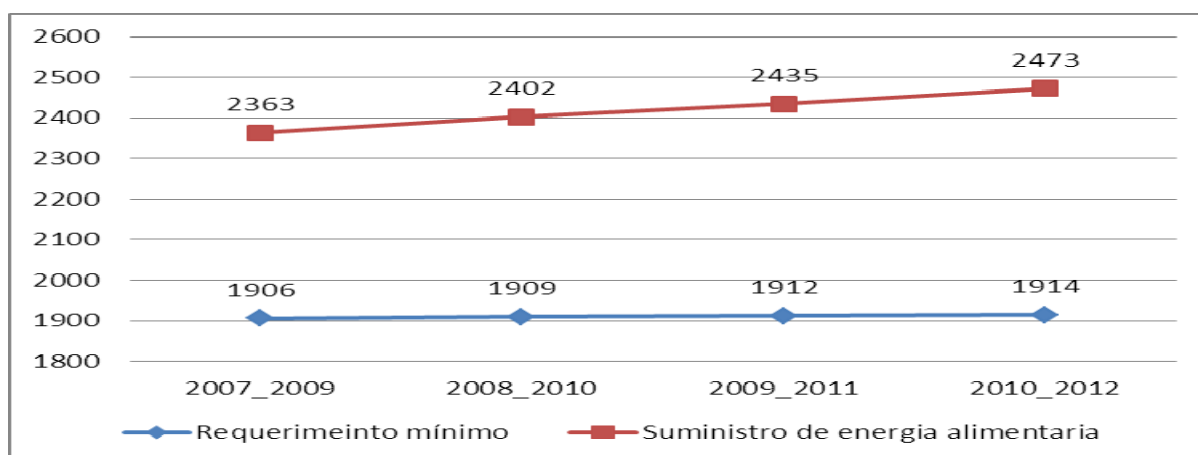
## Seguridad alimentaria

### Disponibilidad

De acuerdo a estimaciones de la FAO (2014a: 19) en América Latina y el Caribe se producen más alimentos de los que se requiere para el consumo de su población, la disponibilidad de energía alimentaria para esta zona en el período (2010–2012) fue de 2.900 kcal/persona/día, valor que supera el promedio mundial de 2.840 kcal/persona/día. Es decir, de acuerdo a la FAO (2014a: 19) todos los países de la región presentan disponibilidad calórica suficiente para cubrir los requerimientos mínimos diarios por persona.

En el Gráfico No. 14 se presenta la oferta alimentaria en el país, la cual en promedio anual (2007–2012) ha sido de 2418 kilocalorías por persona al día. Valor que se encuentra bajo el promedio Latinoamericano pero que cubre los requerimientos diarios mínimos promedio por persona del país, ya que conforme a una estimación de la FAO (2014:15) el requerimiento promedio (2007–2012) del Ecuador ha sido en de 1910 kcal diarios. Por lo tanto, se evidencia que la oferta alimentaria en el país es estable y suficiente para la población.

**Gráfico 14**  
**Suministro de energía alimentaria (SEA) y requerimiento mínimo**  
**(kcal/persona/día)**



Fuente: FAOSTAT  
Elaboración: María Dolores Córdova

Inclusive, en diferentes temporadas existen graves problemas de sobreproducción en el campo ecuatoriano, que afectan a distintos productos y productores, que por la caída en el nivel de los precios prefieren abandonar sus sembríos y perderlos que comercializarlos. Estas son las contradicciones que existen en un país que por otro lado padece de graves problemas de desnutrición.

De acuerdo a la Faostat (2011) la energía disponible en alimentos de consumo humano en el año 2011 representó aproximadamente 41% de la energía total disponible en el país. Mientras que 2.100 kilocalorías por persona al día no se destinan al consumo humano directamente, sino que de acuerdo a la FAO (2014:15) se utilizan en alimentación de animales, como materia prima, semillas, usos industriales o de biocombustibles entre los más importantes. En el Cuadro No. 7 se indica que aproximadamente 70% de la energía disponible en el país es de origen vegetal.



**Cuadro 7**  
**Suministro de energía alimentaria (SEA)**  
**(kcal/persona/día)**

Año	Total	Productos vegetales	Productos animales
2007	2.331	1.629	702
2008	2.381	1.661	721
2009	2.375	1.669	706
2010	2.450	1.732	717
2011	2.477	1.744	733

Fuente: FAOSTAT  
 Elaboración: María Dolores Córdova

Como se observa en el Cuadro No. 8, en el país los cereales son la mayor fuente de energía, su participación es de la tercera parte del total de calorías disponibles, mientras que los aceites vegetales ocupan el segundo lugar. La leche, la carne y las frutas tienen una participación menor pero significativa dentro de la estructura de la oferta de energía alimentaria.

**Cuadro 8**  
**Composición del suministro de energía alimentaria (SEA) según tipo de alimento**  
**(2011)**

Tipo de alimento	Porcentaje
Aceites vegetales	15,7
Almidón de raíces	1,82
Azúcar y dulcificantes	7,43
Carne	10,05
Cereales (excluida cerveza)	31,77
Frutas (excluido vino)	9,41
Grasas animales	4,56
Hortalizas y legumbres	0,85
Leche (excluida mantequilla)	12,96
Otros	5,45

Fuente: FAOSTAT  
 Elaboración: María Dolores Córdova

De acuerdo a datos de Faostat (2011) el suministro alimentario en kilogramos por persona es de 652 kg/per/año, de los cuales 57% corresponde a vegetales, especialmente debido a la participación de frutas y cereales. Las bebidas alcohólicas que representan el 6,2% (Ver Cuadro No. 9)

**Cuadro 9**  
**Composición del suministro alimentario en kg/per/año**  
**(2011)**

Tipo de alimento	Kg/per/año
Total vegetales	375,19
Aceites vegetales	16,14
Almidón de raíces	22,04
Azúcar y dulcificantes	19,09
Bebidas alcohólicas	23,22
Cereales (excluida cerveza)	92,68
Cultivos de oleaginosas	1,44
Espicias	0,33
Estimulantes	0,52
Frutas (excluido vino)	171,39
Hortalizas	25,65
Legumbres	2,56
Nueces	0,13
Total carne	277,39
Carne	54,37
Grasas animales	5,71
Huevos	7,48
Leche (excluida mantequilla)	198,68
Pescados y mariscos	7,54
Vísceras	3,61

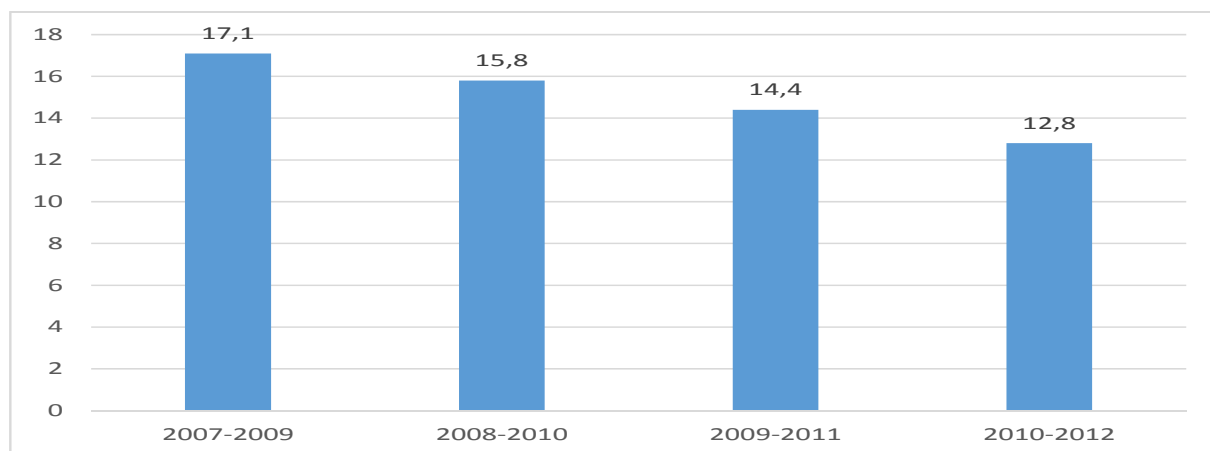
Fuente: FAOSTAT  
 Elaboración: María Dolores Córdova

Para complementar el análisis de disponibilidad es importante considerar la superficie de terreno destinado al cultivo. Así, de acuerdo a estimaciones del Banco Mundial en el año 2011 el porcentaje de terreno agrícola fue 30% de la superficie del país. La mayor superficie de tierra cultivable a nivel nacional, de acuerdo al Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2011:7), se destina a pastos cultivados (29,4%), seguido por pastos naturales (11,9%), cultivos permanentes (11,8%) y cultivos transitorios y barbecho (8,4%). Los montes y bosques representan 30,3% del suelo. Por lo que se puede decir que existen aún tierras de uso agrícola disponibles y que el problema de nutrición en el país no estaría asociado a la disponibilidad de alimentos.

### **Acceso**

De acuerdo a datos obtenidos de la FAOSTAT la tasa de subnutrición, que es el indicador de seguimiento de la meta 1 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en el período 2007–2012 presenta una tendencia decreciente. Lo que se corrobora con la información del SEA, presentada anteriormente, que se ha incrementado en el período analizado. Sin embargo, aun cuando hay disponibilidad suficiente de alimentos, el acceso a estos es restringido para 12,8% de la población ecuatoriana que no tiene suficientes alimentos para cubrir sus requerimientos energéticos. (Ver Gráfico No. 15)

**Gráfico 15**  
**Tasa de subnutrición**  
**(Porcentaje)**



Fuente: FAOSTAT  
Elaboración: María Dolores Córdova

Uno de los principales factores que se asocia al apareamiento de la desnutrición de acuerdo a CEPAL (2014: 24), es la pobreza, ya que aumenta la vulnerabilidad tanto biomédica como productiva.

Para definir los niveles de vulnerabilidad de ingresos para acceder a una canasta básica de alimentos la CEPAL (2014: 44) separa a la población según niveles de ingresos en función de la línea de la pobreza y la extrema pobreza.

Así, los más vulnerables a la inseguridad alimentaria serían los que no disponen de recursos para adquirir una canasta básica de alimentos, es decir, los extremos pobres o indigentes, que de acuerdo a los datos expuestos por el SIISE (2012) indican que 11,18% de los ecuatorianos se encontraba en esta condición.

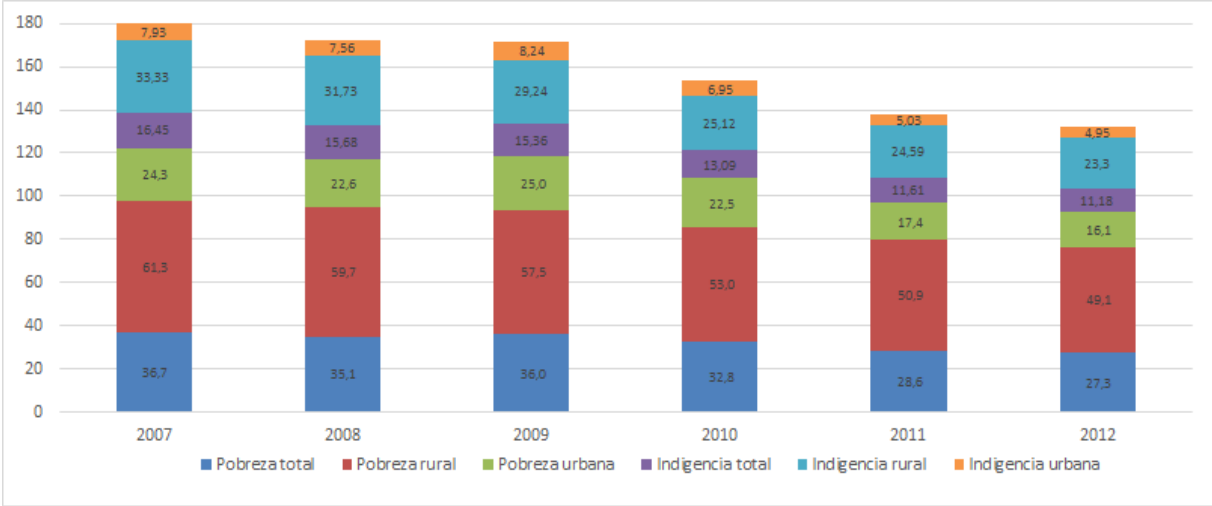
Por otro lado, los grupos pobres o con altas probabilidades de ingresar al grupo de la pobreza, que según la CEPAL (2014: 14) tendrían ingresos para acceder no sólo a alimentos, en el Ecuador de acuerdo a los datos publicados en la página web del SIISE en el 2012 llegaron a 27,3% de la población ecuatoriana.

Como se puede observar en el Gráfico No. 16, el país ha experimentado un descenso de la pobreza y extrema pobreza por ingresos. La extrema pobreza pasó de 16,45% en el año 2007 a 11,18% en el año 2012. Mientras que pobreza se redujo de 36,7% a 27,3% en el mismo período. Además se evidencia que a pesar de que a nivel nacional han mejorado estos indicadores, en el sector rural la situación aún es grave, la pobreza pasó de 61,3% a 49,1% mientras que la indigencia se redujo de 33,3% a 23,3%. Por eso la importancia de que el Estado tenga políticas sociales y programas de protección que ayuden de alguna forma a mitigar la dura realidad en la que se vive en el sector rural y en las zonas marginales de las ciudades.

Para la CEPAL (2009: 19) el no disponer de recursos económicos que cubran el costo de una canasta básica de alimentos, se relaciona con la extrema pobreza o indigencia. Así, según la CEPAL (2014: 45) las transferencias públicas y programas de alimentación complementaria si beneficiarían para que

personas con bajos recursos accedan a una canasta básica de alimentos, ya que de otra manera la tasa de subnutrición (12,8%) sería más alta en el país.

**Gráfico 16**  
**Perfil de la vulnerabilidad de ingresos 2007–2012**  
**(En porcentajes)**



Fuente: SIISE  
 Elaboración María Dolores Córdova

Otro factor, es el nivel de ingresos ya que de acuerdo a la CEPAL (2014: 29) determinan el acceso a una canasta básica de alimentos que permita cubrir los requerimientos nutricionales mínimos. Es decir, menor disponibilidad de ingresos genera una mayor vulnerabilidad alimentaria y nutricional.

Los datos del ingreso promedio mensual según deciles, si bien indican una reducción de la desigualdad en la distribución del ingreso entre el 2007 y el 2012 las brechas aún son inmensas. Entre diciembre del 2007 y diciembre del 2012 se redujo la brecha entre el ingreso del decil más pobre y el decil más rico de la población como se evidencia en los datos obtenidos del SIISE. Mientras en el año 2007, el decil más rico tenía una participación en el ingreso 25 veces mayor que el decil más pobre, en 2012 esta relación se redujo a 18. Así, se evidencia una mejora en la equidad de la distribución del ingreso (véase Cuadro No. 10) pero que es insuficiente para los estratos con ingresos más bajos ya que no tienen acceso para cubrir una canasta básica y por ende una mejor alimentación.

**Cuadro 10**  
**Ingreso promedio mensual de los hogares, según deciles de ingreso**  
**(dólares)**

Año	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Decil 1	85,8	94,5	109,2	117,8	116,6	116,2
Decil 2	165,7	193,1	193,4	213,3	219,9	241,6
Decil 3	227,5	251,3	268,5	293,2	308,4	323,1
Decil 4	292,2	315,2	324,7	355,5	388,8	421,3
Decil 5	351,4	382,4	389,7	422,8	474,2	516,0
Decil 6	412,2	469,2	473,5	524,2	551,5	617,3
Decil 7	514,1	582,0	552,0	605,2	659,8	731,2
Decil 8	635,4	700,1	686,6	749,5	850,9	887,8
Decil 9	931,3	958,5	915,7	1.024,3	1.080,2	1.138,6
Decil 10	2.133,2	1.972,2	1.896,4	2.172,0	1.928,9	2.140,3

Fuente: SIISE  
 Elaboración María Dolores Córdova

Si bien a partir de los datos de ingresos la desigualdad ha disminuido, los datos del Cuadro No. 11 reflejan que las variaciones en la estructura de la distribución por deciles son pequeñas, especialmente en los tres deciles más pobres. En más de un lustro, según la CEPAL (2013: 15), pese al importante crecimiento de los subsidios, del gasto social, de los aumentos salariales, del crecimiento de la economía y del gran crecimiento del presupuesto del Estado, el decil más pobre apenas mejoró en 0,38 puntos porcentuales su participación en la distribución del ingreso total. En el año 2012 el ingreso que recibieron tres deciles de menores ingresos no llegó a 10% del ingreso total, en tanto que el último decil captó más de un tercio del ingreso total.

**Cuadro 11**  
**Participación en el ingreso total de los hogares**  
**según deciles de ingreso**

Año/Deciles	2007	2012
Decil 1	1,05	1,43
Decil 2	2,18	2,63
Decil 3	3,45	3,77
Decil 4	3,57	4,85
Decil 5	4,95	6,08
Decil 6	6,72	7,49
Decil 7	7,6	9,92
Decil 8	10,74	11,36
Decil 9	16,28	16,52
Decil 10	43,47	35,95

Fuente: SIISE  
 Elaboración María Dolores Córdova

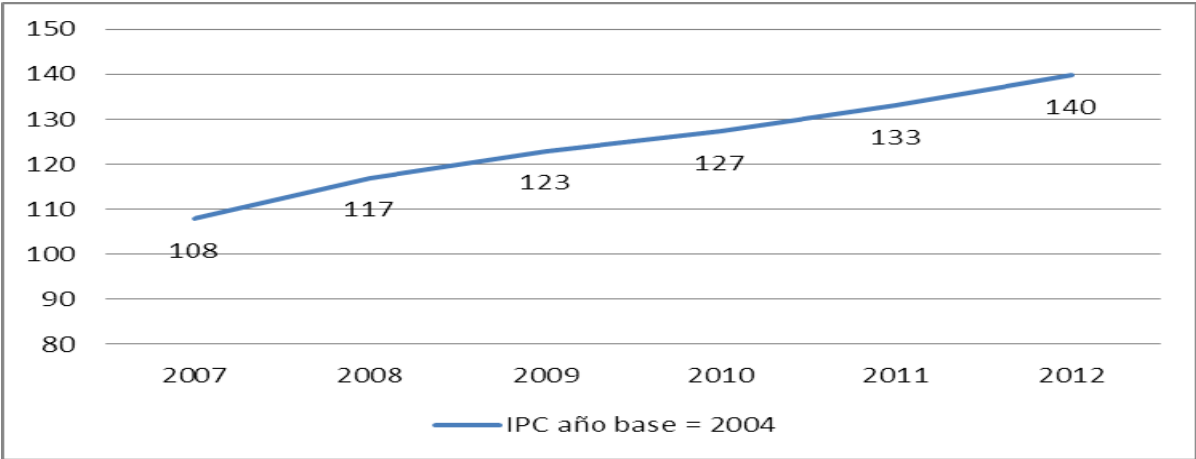
Situación que se evidencia en el porcentaje de gasto de los hogares que se dispone para adquirir alimentos. De esta forma, en los hogares del primer decil de ingresos, según datos recopilados por la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los hogares urbanos y rurales (2011–2012: 28) se tiene que

la población de menores ingresos destina mayor prop, orción de éstos para adquirir alimentos (entre 40% y 42%) mientras que las personas con mayores ingresos destinan entre 10% y 19%.

Otro elemento importante en el acceso a alimentos según CEPAL (2014: 47) es el alza de los precios que ha tenido que enfrentar la población, especialmente los más vulnerables.

Como se desprende de los datos del Banco Central del Ecuador a partir del año 2007, el IPC presenta una tendencia creciente, por esta razón se activó el control de los precios de ciertos alimentos a partir de 2008 (ver Gráfico No. 17). Sin embargo, no se evidenció claros efectos sobre el nivel de precios al consumidor, ya que si bien el poder adquisitivo de las familias tuvo una recuperación en los primeros años de dolarización, nuevamente perdió capacidad de compra en los años 2008 a 2011, en virtud del alza acumulada de precios.

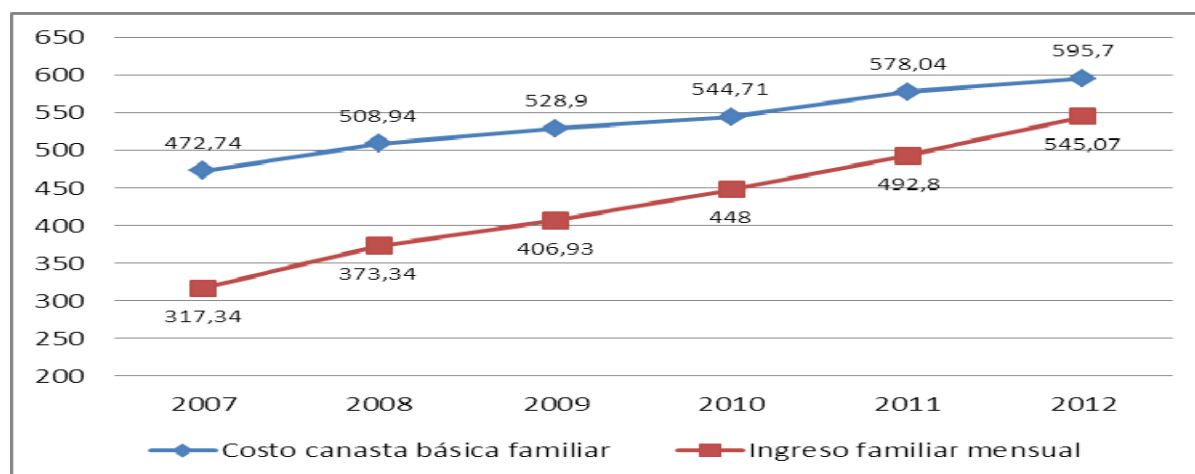
**Gráfico 17**  
**Índice de precios al consumidor**



Fuente: Boletín Estadístico Mensual (Dic. 2013) – BCE  
Elaboración: María Dolores Córdova

En el Gráfico No. 18 se verifica esta realidad, que ha disminuido la capacidad de compra de las familias, especialmente de los estratos más vulnerables, ya que los ingresos familiares no son suficientes para cubrir los costos de la canasta básica.

**Gráfico 18**  
**Costo de la canasta básica e ingreso familiar mensual**  
**(USD)**



Fuente: INEC – Serie histórica canasta familiar básica – Dic. 2013  
Elaboración: María Dolores Córdova

Luego de este análisis, se puede decir que las condiciones económicas por las que atraviesa un significativo porcentaje de la población ecuatoriana, especialmente en las zonas rurales, sería uno de los principales determinantes del acceso a la alimentación y causante de la desnutrición crónica, sin embargo, no sería el único.

### Utilización

El acceso a servicios de saneamiento es un factor protector de la higiene en los alimentos consumidos en el hogar, ya que previenen varias enfermedades que terminan en desnutrición. En estudios realizados por la CEPAL (2014:64) se demuestra que tener acceso a agua potable y alcantarillado minimiza la probabilidad de tener desnutrición crónica.

Cómo se observa de los datos recolectados por la ENSANUT ECU 2012 en el Cuadro No. 12 el abastecimiento de agua potable cubre a 91,7% de la población urbana y solamente a 58% de la población rural. Mientras que el servicio de alcantarillado público evidencia un problema aún más grave, ya que afecta a 8 de cada 10 hogares en el sector rural, en sector urbano perjudica solo a 2 de cada 10. El carro recolector de basura atiende a 98,1% de los hogares urbanos y solo a la mitad de los hogares que se encuentran en sectores rurales.

**Cuadro 12**  
**Hogares con disponibilidad de servicios básicos en la vivienda, por área urbana y rural**  
**(porcentajes)**

	Urbana	Rural	Indígena	Afroecuatoriano	Montubio	Mestizo/otro
Agua potable	91,7	57,9	76	83,1	46,6	85,4
Alcantarillado	77,4	23,7	41,8	59	21,8	67,1
Recolección de basura	98,1	53,2	61,8	90,5	62,9	88,6

Fuente: ENSANUT ECU 2012  
Elaboración: María Dolores Córdova

Así, de acuerdo a un estudio realizado por la CEPAL (2006: 31–32), el no disponer de instalaciones sanitarias como agua potable, alcantarillado y salubridad en el hogar están asociadas a padecer enfermedades infecciosas que desencadenan en desnutrición.

Para CEPAL (2014: 48) las tasas de prevalencia de patologías permiten analizar la tendencia de una buena utilización biológica de los alimentos. De acuerdo al Banco Mundial la incidencia de tuberculosis en el Ecuador tiene una tendencia decreciente. En el año 2007 se registraron 63 nuevos casos por cada cien mil ecuatorianos mientras que en el 2012 se registraron 59 casos. Con respecto a la tasa de incidencia de VIH, datos del SISSE muestran que la tendencia es creciente, pasó de 1,8 casos por cada diez mil habitantes a 3,3 casos.

En la encuesta de condiciones de vida del INEC se registra que en el año 2006 que las infecciones respiratorias agudas (IRA) afectaban a 56% de los niños y niñas ecuatorianos menores de cinco años mientras que en el 2014 solo el 45,3% habrían tenido algún síntoma de resfriado.

En relación la diarrea, la encuesta de condiciones de vida del INEC consigna prevalencias de 25% en el 2006 y 16,9% en el 2014 para los menores de 5 años.

Las enfermedades transmitidas por problemas en alimentos y agua (ETA) de acuerdo al Anuario de vigilancia epidemiológica del MS muestran una tendencia decreciente en el período analizado, la tasa de hepatitis A registró 39,77 casos por cada cien mil habitantes en el año 2007 mientras que en el 2012 se registraron solamente 19,04 casos. Así mismo, la tasa de infecciones por salmonelosis pasó de 53,74 casos a 13,07 por cada cien mil habitantes.

## **Perfil nutricional**

### **Bajo peso al nacer**

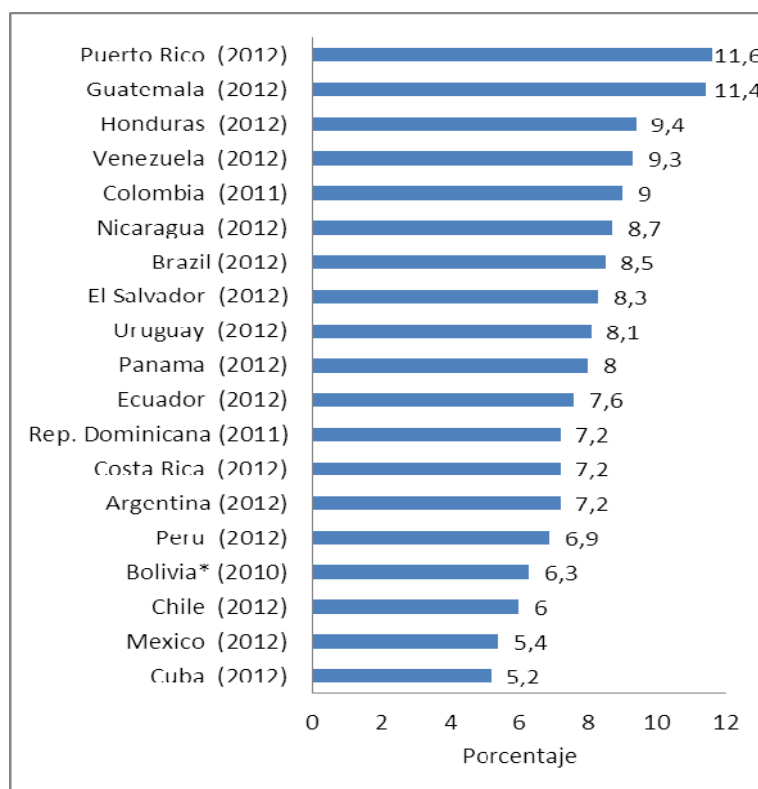
De acuerdo a UNICEF (2011:8), la desnutrición de un niño generalmente inicia durante la gestación, se agudiza en los primeros dos años de vida y deja secuelas para el resto de la vida. Así, se convierte en un círculo vicioso, las mujeres desnutridas tienen bebés con bajo peso al nacer, lo que incrementa las probabilidades de desnutrición en las siguientes generaciones.

Así mismo, un estudio de UNICEF (2006b) señala que más de 96% de los casos de bajo peso al nacer se originan en países en desarrollo, por lo que se señala que la pobreza sería un factor condicionante de este problema.

En el mundo 15% de bebés nacen con un peso inferior al normal de acuerdo a datos de UNICEF (2013b:16). En el Ecuador esta tasa es de 7,6%.



**Gráfico 19**  
**Incidencia del bajo peso al nacer**



Fuente: Pan American Health Organization, Health Information and Analysis Unit. Regional Core Health Data Initiative, Washington DC, 2014.  
Elaboración: María Dolores Córdova

En el Gráfico No. 19 se presentan las tasas de incidencia más recientes presentadas por la Organización Panamericana de Salud sobre bajo peso al nacer (BPN). En el cual se observa que Ecuador (7,6%), Panamá (8%) y República Dominicana (7,2%) presentan un porcentaje similar de menores que han nacido con un peso inferior al normal. Al contrastar éstos datos con los indicadores de desnutrición crónica se evidencia que éstos son diferentes entre los países. Así por ejemplo, Panamá que presenta una tasa del 8% de menores con bajo peso al nacer tiene una desnutrición crónica de 19,1% la cual es menor a la de Ecuador (25,3%). Por lo que de acuerdo a la CEPAL (2014: 55) si bien los sistemas de registro de la información antropométrica al nacer podrían ser diferentes en estos países, lo expuesto podría indicar que el mayor problema de la malnutrición en Ecuador no estaría relacionado con la etapa del embarazo sino con las condiciones a las que se exponen los menores luego de su nacimiento.

De acuerdo a datos estadísticos obtenidos de la Organización Panamericana de la Salud (2014), en el Ecuador el porcentaje de niños y niñas que nacen con bajo peso ha decrecido. Como se observa en el Cuadro No. 13 en el año 2004 este porcentaje llegaba a 11,8% mientras que en el 2012 bajó a 7,6%.

**Cuadro 13**  
**Evolución de la Incidencia del bajo peso al nacer Ecuador**

2004	2010	2011	2012
11,8%	8,4%	7,5%	7,6%

Fuente: Pan American Health Organization, Health Information and Analysis Unit. Regional Core Health Data Initiative, Washington DC, 2014.

Elaboración: María Dolores Córdova

### **Desnutrición Crónica**

En el Cuadro No. 14 se comparan las encuestas DANS (1986), la ENDEMAIN (2004) y la ENSANUT– ECU (2012) en donde se puede observar que la desnutrición crónica ha descendido de manera moderada desde 1986. Año en el que cuatro de cada diez niños tenían una estatura muy baja para su edad.

**Cuadro 14**  
**Tendencias nutricionales en niños menores de cinco años (1986 – 2012)**

Clase	1986	2004	2012
Desnutrición crónica (baja talla por edad)	40,2%	33,5%	25,3%
Desnutrición global (bajo peso por edad)	12,8%	7,3%	6,4%
Desnutrición aguda (bajo peso por talla)	2,4%	2,1%	2,4%

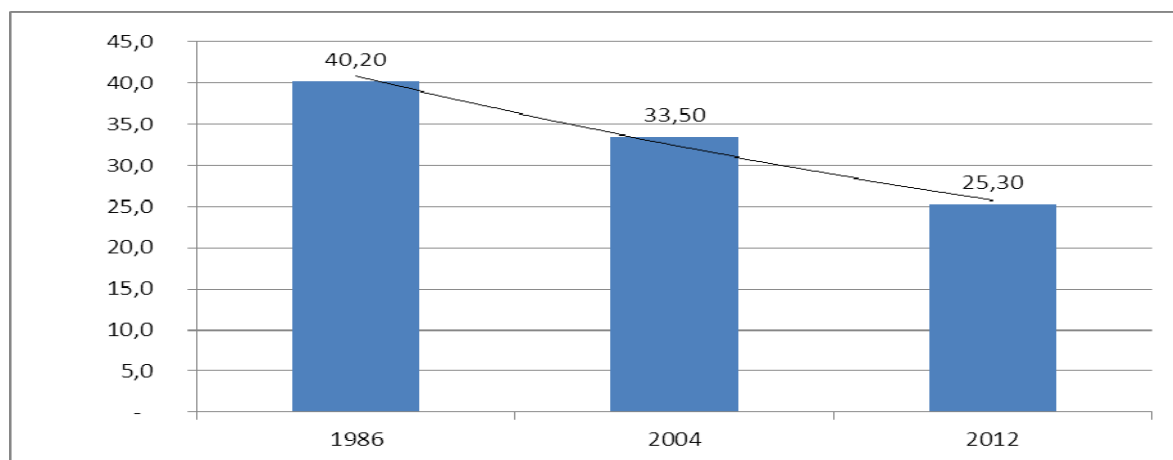
Fuente: ENSANUT– ECU 2012

Elaboración: María Dolores Córdova

En el Gráfico No. 20 se puede ver que en 26 años entre 1986 y 2012, la desnutrición crónica se ha reducido 15 puntos porcentuales, lo que representa una reducción promedio anual de solo 0,6 puntos porcentuales. Si bien existe una tendencia a disminuir, ésta es baja comparada a la registrada en otros países. En un estudio realizado por el BM (2007: 2) Chile redujo en quince años la desnutrición crónica de 23,7% en 1965 a 1,9% en 1980, es decir a un ritmo de 1,50 puntos porcentuales por año.

El retardo en talla, ha disminuido entre los años 1986 – 2004 de 40,2% a 33,5% (6,7 puntos porcentuales en 18 años) esto representa una reducción promedio anual de 0,4 puntos porcentuales anuales. Realidad que refleja – como se evidenció en el capítulo anterior – la ausencia de políticas públicas claras enfocadas en alimentación y nutrición para menores de cinco años. Sin embargo, entre los años 2004 – 2012 pasó de 33,5% a 25,3% (8 puntos porcentuales en ocho años) es decir una reducción promedio anual de 1 punto porcentual. Esto muestra que en el segundo período el ritmo de reducción de la desnutrición ha sido más acelerado que en el primer período. Situación que puede atribuirse a la buena situación social y económica que ha tenido el país en los últimos años y a una mayor efectividad de las políticas públicas que se han destinado a la alimentación y nutrición de los menores de cinco años.

**Gráfico 20**  
**Tendencia de la desnutrición crónica en menores de cinco años**  
**(Porcentaje)**

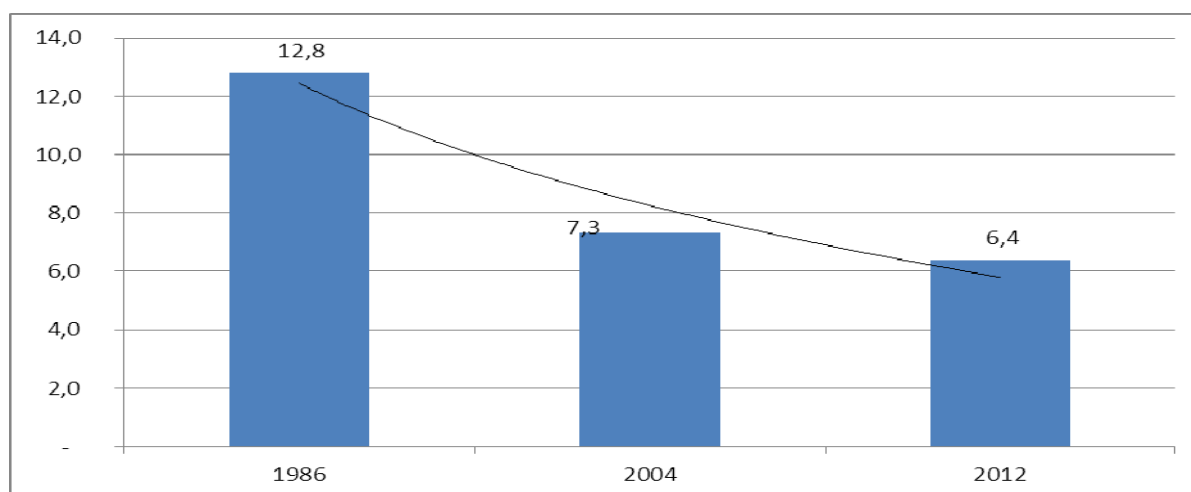


Fuente: ENSANUT- ECU 2012  
Elaboración: María Dolores Córdova

Sin embargo, estudios realizados por de UNICEF (2013b: 32) muestran que en la India la desnutrición crónica descendió de 39% en el 2005 a 23% en el 2012, es decir, 2,28 puntos porcentuales por año. Mientras que en Perú, el retraso en el crecimiento se redujo de aproximadamente 30% en 2004 a 20% en 2011. Lo que representa 1,43 puntos porcentuales por año. Lo que demuestra que hay mejores políticas públicas que podrían ayudar a tener un ritmo más acelerado de reducción.

Por otro lado, la desnutrición global, es decir el bajo peso para la edad, también ha descendido, en el Gráfico No. 21 se observa que desde 1986 ha pasado de 12,8% a 6,4%. Hasta el 2012 se ha reducido en 6,4 puntos porcentuales (reducción promedio anual de 0,2 puntos porcentuales). De acuerdo a la ENSANUT- ECU 2012 (2012: 214) este valor elimina a la desnutrición global como problema de salud pública.

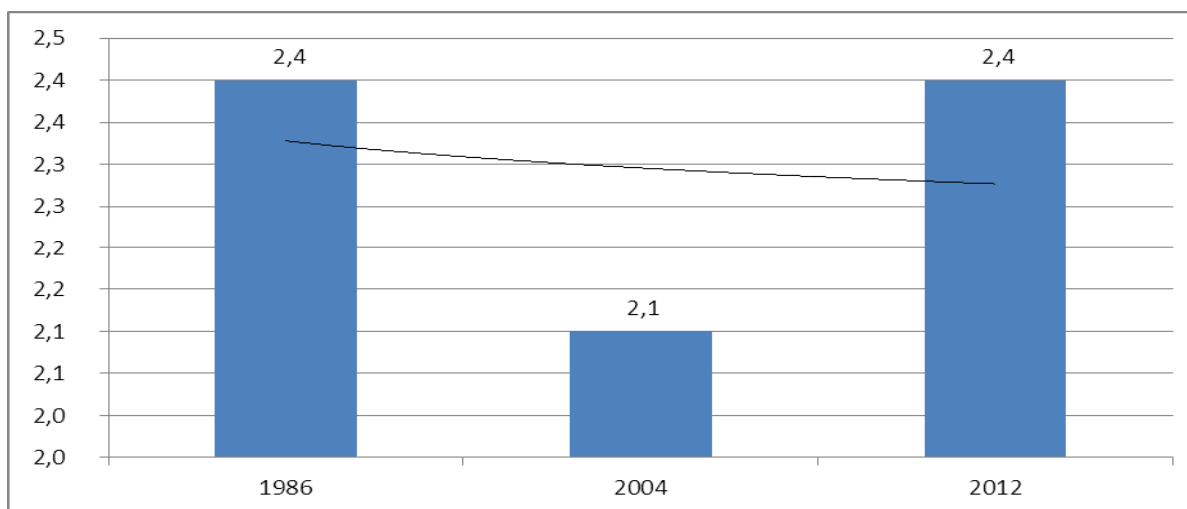
**Gráfico 21**  
**Evolución de la desnutrición global en menores de cinco años**  
**(Porcentaje)**



Fuente: ENSANUT- ECU 2012  
Elaboración: María Dolores Córdova

Con respecto al bajo peso por talla (desnutrición aguda) se observa en el Gráfico No. 22 que ha mantenido una tendencia estable durante el lapso de tiempo analizado, presenta porcentajes mínimos (2,4%) por lo que al igual que la desnutrición global ya no es considerada un problema de salud pública de acuerdo a la ENSANUT– ECU 2012 (2012: 214).

**Gráfico 22**  
**Evolución de la desnutrición aguda en menores de cinco años**  
**(Porcentaje)**



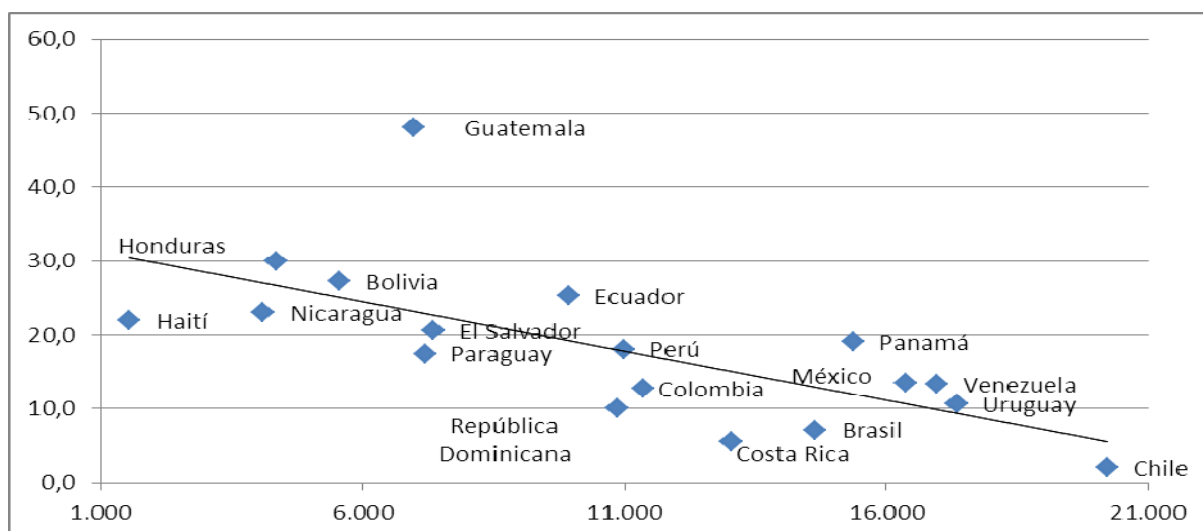
Fuente: ENSANUT– ECU 2012  
Elaboración: María Dolores Córdova

Al dejar de ser la desnutrición aguda y la desnutrición global un problema de salud pública, solo se analizará la desnutrición crónica presente en el país.

### **Comparación Internacional**

Ecuador aunque está clasificado por el BM (2011: 7) como un país de ingreso mediano alto, lo que se refleja en la mejora de algunos indicadores sociales – como se vio en párrafos anteriores – no ha logrado reflejar este nivel en mejores índices nutricionales para sus niños, como lo han hecho otros países con ingresos similares como República Dominicana, Colombia y Perú. (Ver Gráfico No. 23). Cabe destacar que Perú de acuerdo a UNICEF (2013b:35) ha conseguido disminuir su nivel de desnutrición en 10 puntos porcentuales, en solo siete años pasa de aproximadamente 30% en el año 2004 a 20% en el 2011. Es decir, 1,4 puntos porcentuales por año. Mientras que la prevalencia entre los niños más pobres disminuyó de 56% a 44% en el mismo período (1,7 puntos porcentuales por año).

**Gráfico 23**  
**Relación de la desnutrición crónica respecto al PIB per cápita en Latinoamérica**



Fuente: WHO 2013: Estadísticas Nutricionales – Banco Mundial 2011: International – Comparison –Program – results. Datos nutricionales para Ecuador encuesta ENSANUT– ECU 2012  
Elaboración: María Dolores Córdova

De igual forma, pese a que el ingreso del Ecuador USD. PPA (9.932) es seis veces más que el de Haití, el doble que el de Nicaragua y aproximadamente 25% superior que el de Paraguay y el Salvador. Estos mantienen niveles de desnutrición considerablemente menores que los ecuatorianos (Ver Gráfico No. 23 y Cuadro No. 15).

**Cuadro 15**  
**Estadísticas nutricionales en Latinoamérica**

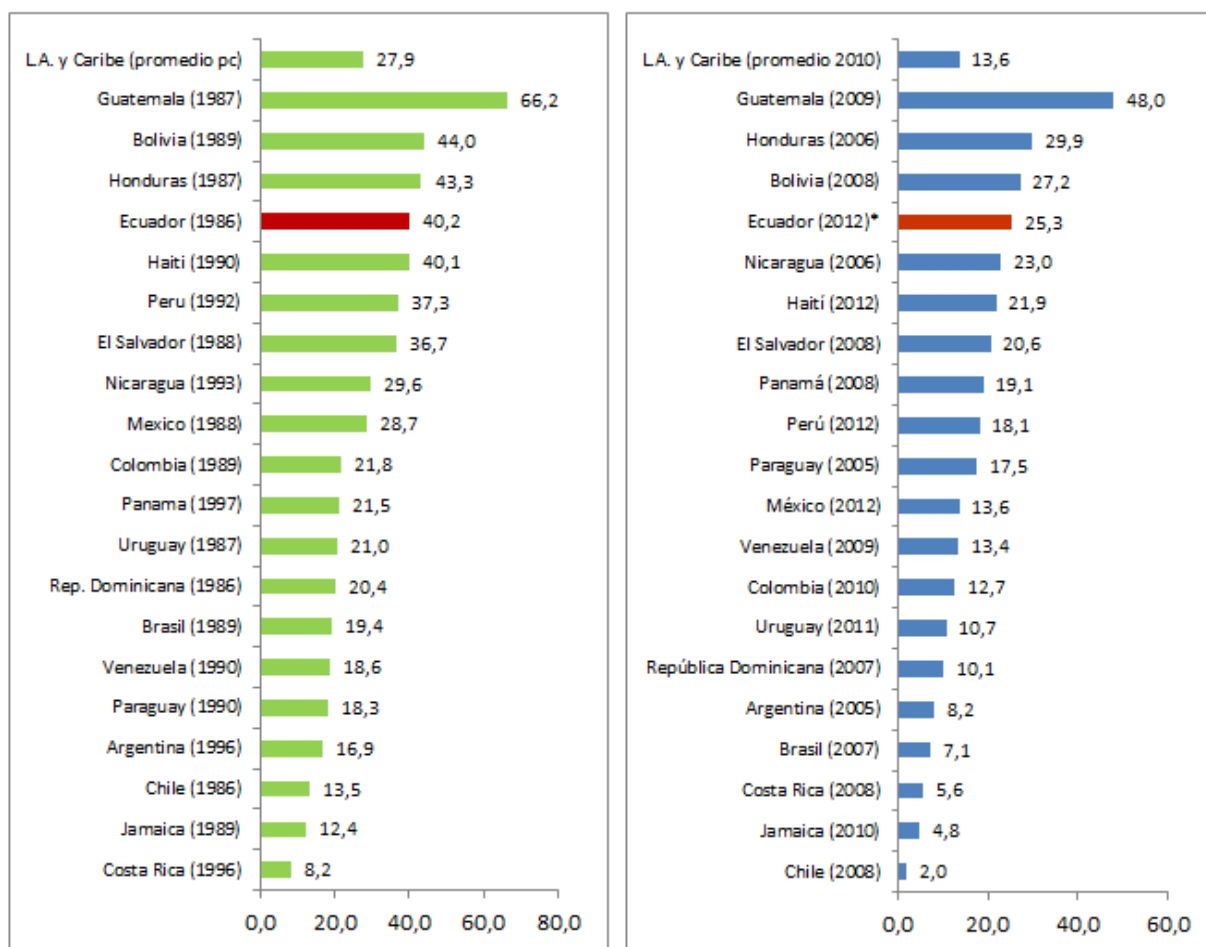
País	Desnutrición Crónica	Desnutrición Global	2011 PPA US USD.
Guatemala (2009)	48,0	13	6.971
Honduras (2006)	29,9	8,6	4.349
Bolivia (2008)	27,2	4,5	5.557
Ecuador (2012)*	25,3	6,4	9.932
Nicaragua (2006)	23,0	5,7	4.111
Haití (2012)	21,9	11,4	1.557
El Salvador (2008)	20,6	6,6	7.357
Panamá (2008)	19,1	3,9	15.369
Perú (2012)	18,1	3,4	10.981
Paraguay (2005)	17,5	3,4	7.193
México (2012)	13,6	2,8	16.377
Venezuela (2009)	13,4	2,9	16.965
Colombia (2010)	12,7	3,4	11.360
Uruguay (2011)	10,7	4	17.343
República Dominicana (2007)	10,1	3,4	10.858
Brasil (2007)	7,1	2,2	14.639
Costa Rica (2008)	5,6	1,1	13.030
Chile (2008)	2	0,5	20.216

Fuente: WHO 2013: Estadísticas Nutricionales – Banco Mundial 2011: International – Comparison –Program – results  
Elaboración: María Dolores Córdova  
\* Datos nutricionales para Ecuador encuesta ENSANUT– ECU 2012

Como se puede apreciar en el Gráfico No. 24 la desnutrición crónica en el Ecuador (2012) es casi el doble del promedio latinoamericano que se sitúa en 13,6% y una de las más altas de América Latina y el Caribe, superado solo por Bolivia (27,2%), Honduras (29,9) y Guatemala (48%).

Así mismo, se puede ver que Ecuador en la década de los 80 presentaba una desnutrición crónica de 40,2%. Es decir, era el cuarto país a nivel Latinoamericano con el mayor porcentaje de desnutrición. Posición que no ha cambiado en el tiempo, luego de 26 años la prevalencia de desnutrición se mantiene entre las cuatro más altas de la región.

**Gráfico 24**  
**Comparación desnutrición crónica en Latinoamérica y el Caribe (%)**  
**(1986 – 1997) (2005 – 2012)**



Fuente: WHO 2013: Estadísticas Nutricionales –Banco Mundial 2011: International – Comparison – Program – results. \* Datos nutricionales para Ecuador encuesta ENSANUT– ECU 2012 – El promedio LA y Caribe pc = promedio países del gráfico.

Elaboración: María Dolores Córdova

## Desnutrición y variables relacionadas

### Distribución de la desnutrición crónica en Ecuador

En el Cuadro No. 16 se detalla la distribución de los niños menores de cinco años que presentan desnutrición crónica entre los diferentes grupos de la población ecuatoriana. Esto revela la preocupante la situación por la que atraviesa el Ecuador en donde según el BID (2010: 2) pese a todo

el trabajo y el esfuerzo que se realice es muy difícil que los menores que han nacido en circunstancias miserables lleguen a tener una posición similar a la de los menores que pertenecen a cunas privilegiadas.

**Cuadro 16**  
**Distribución de la desnutrición crónica entre menores de cinco años**

Desnutrición Crónica		
Nivel de desagregación	Porcentaje	Cantidad
Género		
Masculino	26	212.228
Femenino	24,5	195.908
Edad en meses		
0-5	9,5	
6-11	20,4	
12-23	32,6	
24-35	29,1	
36-47	27,2	
48-60	21,9	
Etnia		
Afroecuatoriano	17,9	12.690
Indígena	42,3	56.453
Montubio	20,4	17.232
Mestizo, Blanco y otros	24,2	321.761
Zona		
Rural	31,6	180.754
Urbano	21,8	227.383
Región		
Sierra		
Quito	20,8	
Urbano	27,9	
Rural	33,7	
Costa		
Guayaquil	19,7	
Urbano	18,2	
Rural	26,5	
Amazonía		
Urbana	14,6	
Rural	21,8	
Insular	8,9	
Quintiles de consumo		
Quintil I	36,5	
Quintil II	28,5	
Quintil III	20,0	
Quintil IV	18,1	
Quintil V	13,8	
Pobreza por consumo		
No pobre	19,5	
Pobre	31,2	
Educación de la madre		
Analfabeta	38,8	
Primaria	27,6	
Secundaria	20,6	
Superior	15,4	
Total	25,3	408.137

Fuente: ENSANUT- ECU 2012  
Elaboración: María Dolores Córdova

Estas diferencias como se observa están relacionadas con el sexo, la edad, el grupo étnico al que pertenecen, la ubicación de la residencia urbana o rural en la que habitan, de la región geográfica, de la capacidad adquisitiva, del nivel de pobreza de los hogares y de la educación de la madre.

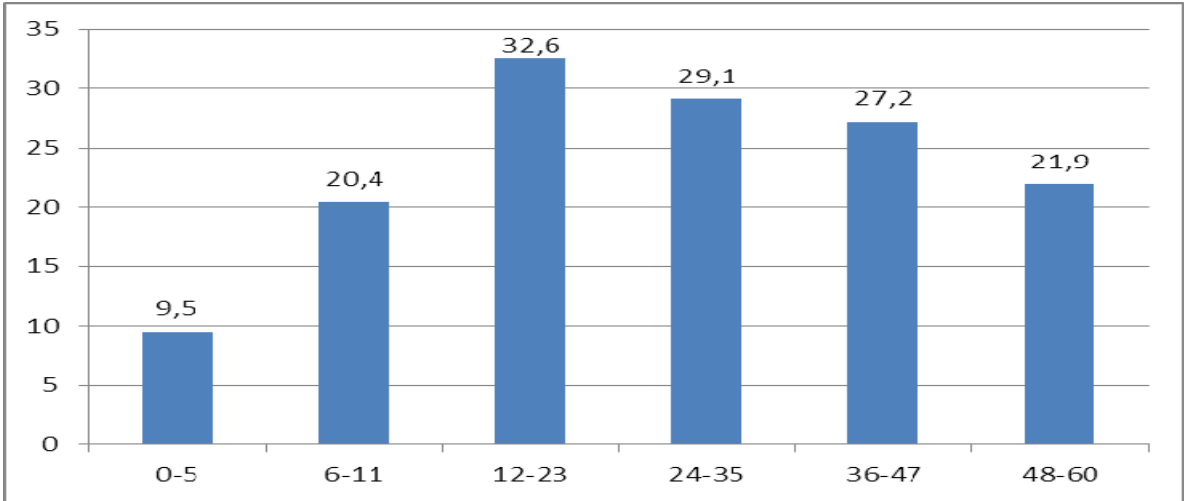
De acuerdo a estos datos se estima que más de cuatrocientos mil menores presentan desnutrición crónica. Es decir 1 de cada 4 niños y niñas menores de cinco años la padecen.

El retardo en talla es ligeramente mayor en niños que en niñas (26 por ciento versus 24,5 por ciento)

Existen estudios realizados por el BM (2007:15) en los que se observa que la desnutrición crónica aumenta con la edad de los menores. En el Ecuador solamente 9,5% de los niños menores de cinco meses tienen baja talla para la edad. Esto confirma de acuerdo a la CEPAL (2014: 61) que la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de vida es uno de los principales factores protectores para una adecuada nutrición, ya que la desnutrición crónica se eleva más del doble en el grupo de 6 a 11 meses – que es el período que se inicia la introducción de alimentos complementarios a la lactancia materna – ubicándose en 20,4% y sube de manera drástica hasta 32,6% para niños y niñas de entre 12 y 23 meses de edad.

Como se observa en el Gráfico No. 25 los niños y niñas entre 1 y 2 años presentan un porcentaje de desnutrición que triplica el porcentaje de desnutrición de los menores de seis meses. De ahí la campaña que realizan la OMS y UNICEF (2012: 96) desde hace varios años y que ha sido implementada por el Ministerio de Salud del Ecuador, en la cual se recomienda amamantar como complemento alimenticio a los niños y niñas hasta los 2 años. A partir de los 3 años el nivel de desnutrición crónica tiende a decrecer y se mantiene relativamente estable hasta los 5 años.

**Gráfico 25**  
**Desnutrición crónica de acuerdo a la edad**  
**(meses)**



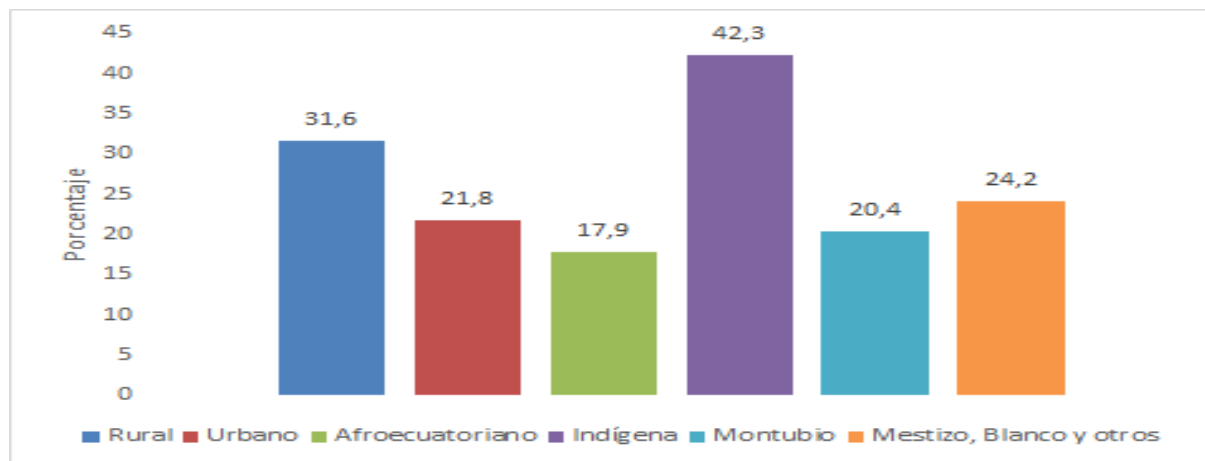
Fuente: ENSANUT- ECU 2012  
Elaboración: María Dolores Córdova

Al comparar la desnutrición según el origen étnico se confirma, de acuerdo a la CEPAL (2014: 61) la vulnerabilidad que sufren los niños y niñas que provienen de hogares indígenas. Como se observa en el Gráfico No. 26 el riesgo de presentar desnutrición crónica para un menor de cinco años indígena es en promedio el doble que en otras etnias. Por ejemplo, al compararlos con menores afroecuatorianos



tienen 2,5 más probabilidades de contraer desnutrición crónica, 2 veces más que los menores montubios y 1,75 más que niños y niñas mestizos o blancos.

**Gráfico 26**  
**Desnutrición crónica por zona de residencia y etnia**



Fuente: ENSANUT- ECU 2012  
Elaboración: María Dolores Córdova

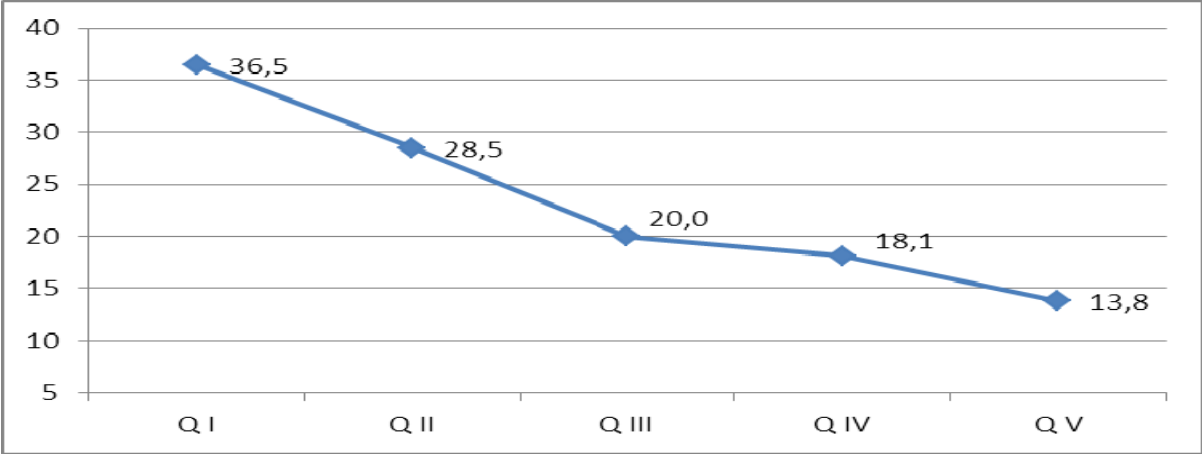
Así mismo, la posibilidad de presentar desnutrición crónica es 1,4 veces más en los niños y niñas que viven zonas rurales (31,6%) comparado con los que viven en zonas urbanas (21,8%). Sin embargo, la CEPAL (2014: 59) recomienda tener en cuenta que también se debe analizar la cantidad de niños y niñas por zona, ya que la mayor cantidad de menores con desnutrición crónica viven en la zona urbana. Así la cantidad de niños y niñas desnutridas de las zonas rurales equivale a 79% de los urbanos. Para la CEPAL (2014: 60) es muy importante tener en cuenta la cantidad de menores con desnutrición para definir la focalización de los proyectos, ya que si bien las vulnerabilidades son de mayor magnitud en el sector rural, el tamaño del problema podría ser mayor en las zonas marginales de las ciudades.

Según la Organización Mundial de la Salud (2003: 8) existen varios estudios en el mundo en los que se relaciona una salud deteriorada con condiciones sociales y económicas de pobreza. Ecuador no es la excepción, la desnutrición afecta en mayor proporción a los menores que viven en condiciones de pobreza, aproximadamente uno de cada tres niños y niñas que se encuentran en hogares catalogados como pobres sufren de desnutrición crónica mientras que en hogares no pobres 19,5% son menores desnutridos crónicos.

Para CEPAL (2014: 61) la comparación de la desnutrición entre grupos de distinto nivel de riqueza muestra que a mayor nivel de bienestar menores tasas de desnutrición. Como se observa en el Gráfico No. 27 los quintiles I y II abarcan 65% de los menores que presentan desnutrición crónica mientras que en el quintil V esta llega solo a 13,8% de los menores. Sin embargo, cabe anotar que este nivel es elevado si se tiene en cuenta que en este quintil se dispone de capacidad adquisitiva para mantener una dieta saludable, lo que se evidencia al compararlo con otros países de la región como Bolivia, Colombia y Perú en donde las prevalencias de desnutrición en el quintil V son de 6,5%, 6,8% y 5,2% respectivamente.

Según un estudio realizado por el BM (2006: sp) se encontró que las personas, así dispongan de recursos, no tienen conocimiento sobre nutrición, es decir no saben qué alimentos son apropiados para sus niños. Además no es fácil reconocer para una madre o la persona que se encarga del cuidado del menor que problema nutricional padecen.

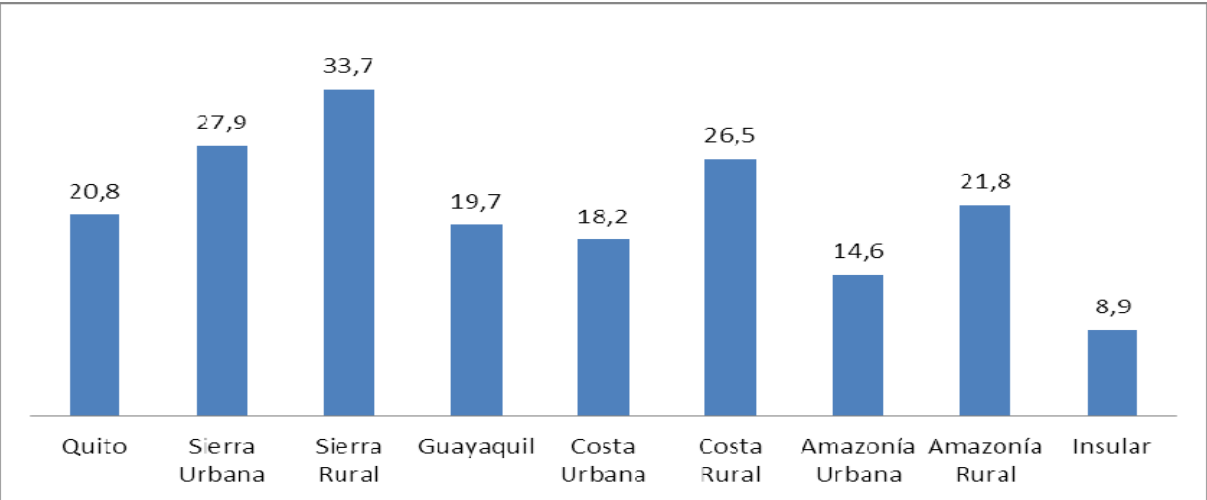
**Gráfico 27**  
**Prevalencia de desnutrición crónica según quintiles de ingreso**  
**(Porcentaje)**



Fuente: ENSANUT- ECU 2012  
 Elaboración: María Dolores Córdova

La desnutrición crónica afecta a la población rural especialmente de la Sierra, en donde un tercio de los menores presentan la prevalencia de desnutrición crónica más alta del país. (Ver Gráfico No. 28)

**Gráfico 28**  
**Porcentaje de menores con desnutrición crónica por región**

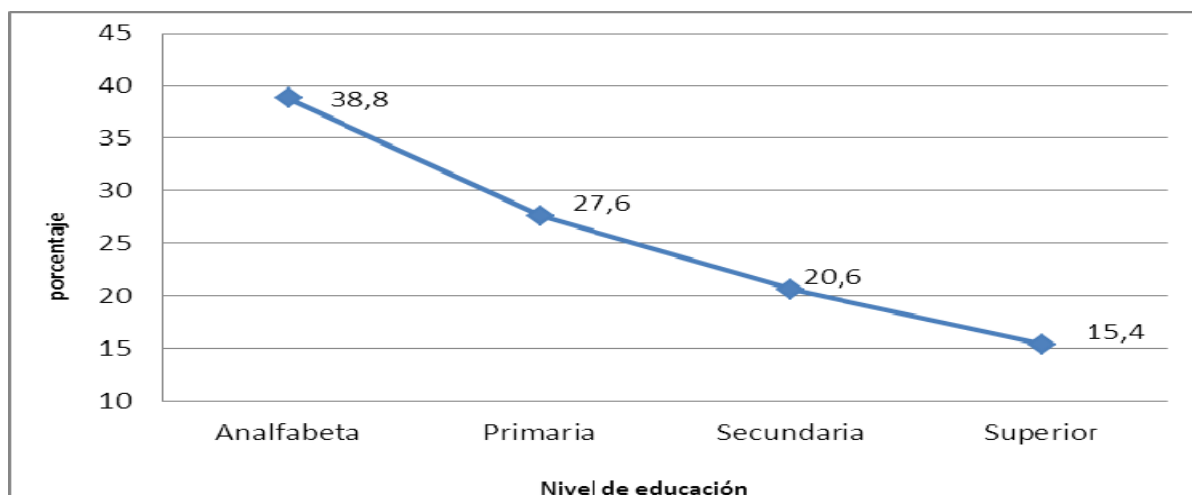


Fuente: ENSANUT- ECU 2012  
 Elaboración: María Dolores Córdova

De acuerdo a la CEPAL (2014: 63) la educación de la madre es un factor determinante del nivel de desnutrición de los menores. Como se desprende del Gráfico No. 29 madres sin educación tiene 2,6 veces más probabilidades de tener hijos con baja talla para la edad. La desnutrición crónica en hijos de

madres analfabetas es de 38,8% versus el 15,4% que se presenta en hijos de madres con instrucción superior. Así, la probabilidad de tener hijos con desnutrición crónica disminuye en promedio 25% por cada nivel de educación que incrementan las madres ecuatorianas. Cabe señalar, que en un estudio realizado por la CEPAL (2014: 63) en el Grupo Andino, en Perú la educación de la madre está muy relacionada con la desnutrición crónica, en donde una mayor educación de la madre muestra menores porcentajes de desnutrición crónica, mientras que en Ecuador la educación de las madres no influye de la misma manera que en otros países.

**Gráfico 29**  
**Porcentaje de niños con desnutrición de acuerdo al nivel de educación de la madre**



Fuente: ENSANUT- ECU 2012  
Elaboración: María Dolores Córdova

### **Distribución de la desnutrición por provincias**

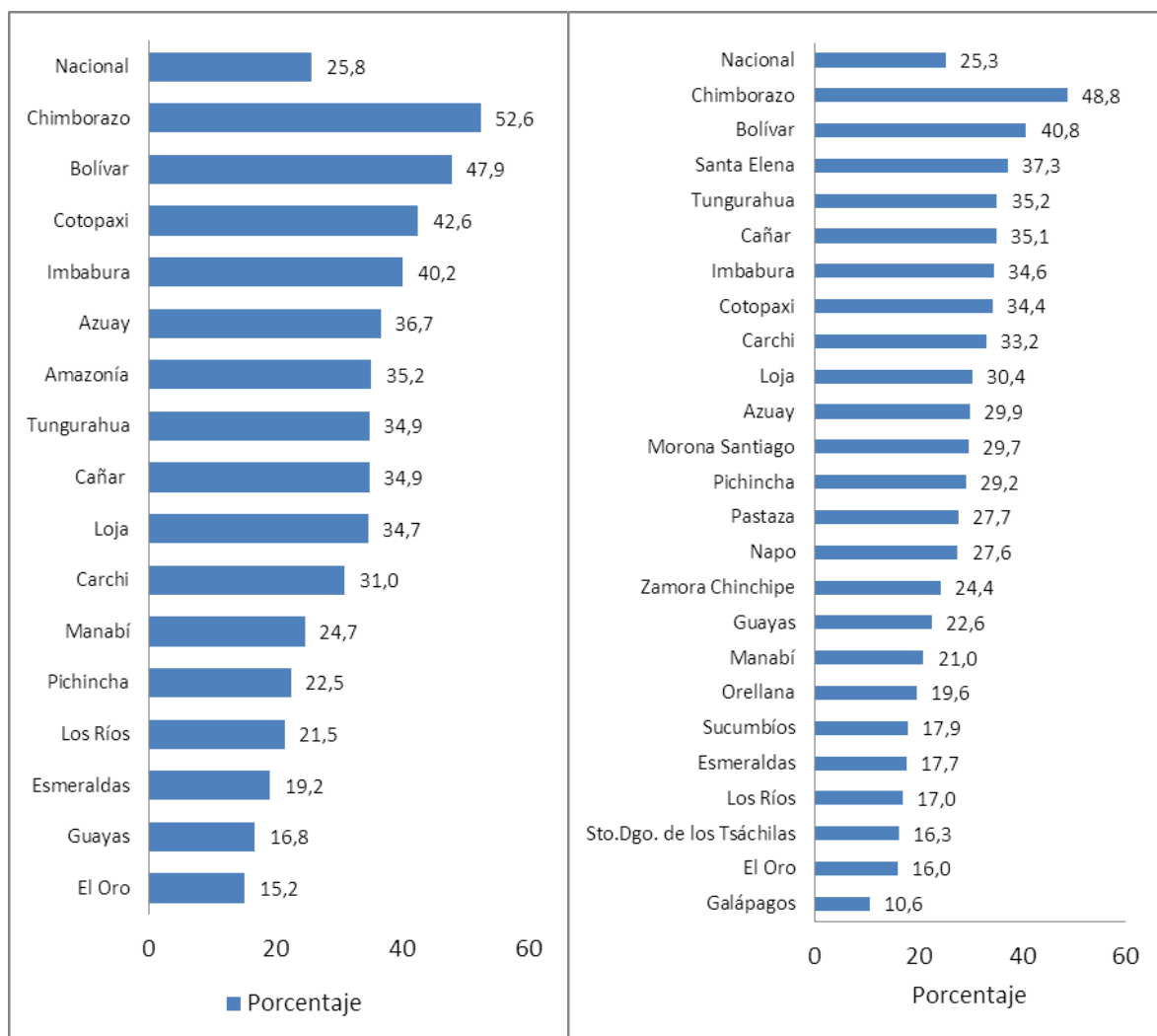
Las diferencias en desnutrición crónica a nivel provincial se presentan en Gráfico No. 30 en donde se observa que la prevalencia de desnutrición crónica en 14 de las 24 provincias del país es superior a la media nacional (25,3%). La desnutrición crónica se encuentra especialmente a lo largo del callejón interandino. En un estudio realizado por el BM (2007: 33) en el Ecuador se encontró que la altura en la que habita un menor está relacionada con los indicadores nutricionales. Así, la diferencia es amplia entre quienes viven por encima de 1.500 metros comparada con los que viven a una menor altura.

También encontraron en este estudio del BM (2007: 37) que en el Ecuador, al igual que en otros países de la región, la desnutrición crónica en menores de cinco años pertenecientes a la etnia indígena no está predeterminada genéticamente sino que obedece a las características socioeconómicas de las poblaciones indígenas. Así, las provincias de Chimborazo y Bolívar, que según el Censo poblacional (2010) son provincias con porcentaje elevado de indígenas, además de presentar una de las mayores tasas de indigencia, pobreza, analfabetismo y menores niveles de salubridad del país, presentan los niveles más elevados de desnutrición crónica.

Es así, que en Chimborazo 1 de cada 2 niños presenta desnutrición crónica mientras que en la provincia de Bolívar la prevalencia de desnutrición crónica es de 40,8%. Situación que no ha cambiado desde el año 2004 pese a las intervenciones focalizadas que se han realizado.

Sin embargo, llama la atención que la provincia de Santa Elena presente una prevalencia de 37,3% ubicándose como la tercera provincia del país con mayores proporciones de niños con desnutrición crónica. Ya que según Larrea (2006: 10) el incorporar pescados y mariscos a la dieta mejora la nutrición y salud, ya que estos productos son fuente de micronutrientes y proteínas.

**Gráfico 30**  
**Porcentaje de desnutrición crónica por provincias**  
**(2004) (2012)**



Fuente: ENSANUT- ECU 2012  
 Elaboración: María Dolores Córdova

### Lactancia Materna

Según la Organización Panamericana de Salud (2003: 8), la práctica deficiente de lactancia materna acompañada de un índice elevado de enfermedades infecciosas, son las principales causas de desnutrición en los primeros dos años de vida.

Así, de acuerdo a la página web de UNICEF (s.f.), esta práctica podría evitar 1,4 millones de muertes de niños menores de cinco años en los países menos desarrollados. Además, señala que la probabilidad de vida en bebés amamantados es de seis veces más que los niños no amamantados. Así mismo

UNICEF (2013: 20) de acuerdo a estudios realizados establece que un bebe alimentado con leche materna tiene 14 veces más probabilidades de vivir.

Para la Organización Panamericana de Salud (2003: 12) es fundamental que la leche materna sea el único alimento que se ofrezca a los bebes durante los primeros 6 meses de vida y a partir de esta edad, recomienda iniciar con la alimentación complementaria: sin embargo, se debe mantener la lactancia materna hasta los 2 años de edad para de esta forma garantizar una buena nutrición.

De acuerdo a la encuesta ENSANUT– ECU (2012: 154) y al Cuadro No. 17 más de la mitad (54,6%) de los niños y niñas menores a 5 años han iniciado la lactancia materna en la primera hora de nacidos, tasa superior al promedio mundial que según UNICEF (2013: 123) fue de 42%.

La población de menores ingresos (62,7%) es la que inicia la lactancia materna más temprano comparada con la población de mayores ingresos (47,6%). Estos datos reflejarían conforme un estudio realizado por el BM (2007: 59) la forma en la que se atienden los partos, mientras las madres de menores ingresos tienen a sus bebes en casa, a menudo con partera o comadrona, las madres de mayores ingresos tienen a sus bebes en clínicas privadas o públicas en donde los servicios institucionales generalmente separan al niño luego del nacimiento.

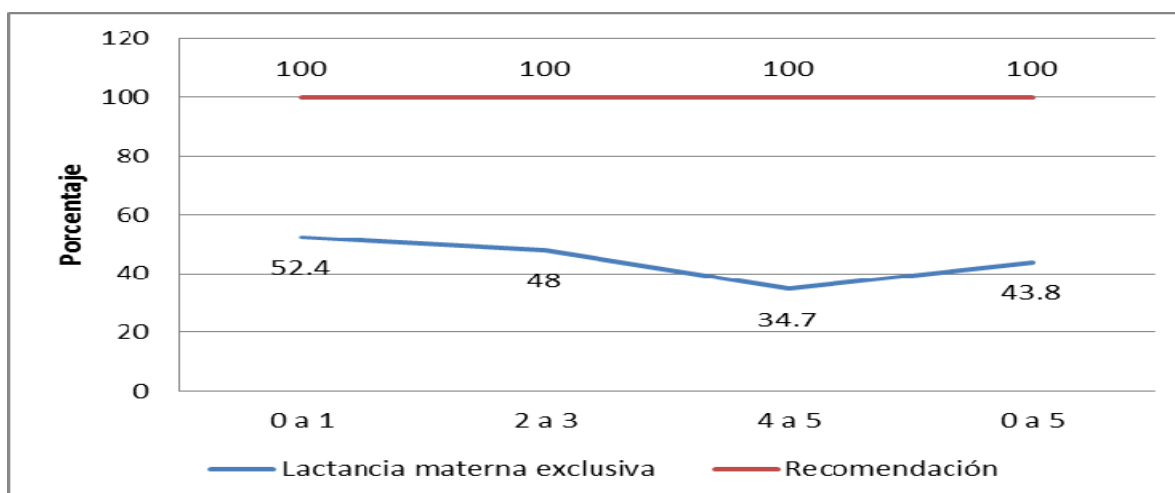
**Cuadro 17**  
**Prevalencia de inicio temprano de la lactancia materna**

Quintil económico	< a 1 hora	>=1 hora y < a 1 día	< a 1 día
Quintil I	62,7	26,9	10,5
Quintil II	55,4	32,3	12,3
Quintil III	51,7	32,3	16,1
Quintil IV	50	35,2	14,7
Quintil V	47,6	34,1	18,4
Total	54,6	31,6	13,8

Fuente: ENSANUT– ECU 2012  
Elaboración: María Dolores Córdova

En el primer mes de vida solamente la mitad de los bebes que nacen son alimentados con leche materna exclusivamente. Tendencia que decrece conforme el niño llega a los seis meses de edad. Al llegar al quinto mes esta proporción se reduce a 34,7% (ver Gráfico No. 31).

**Gráfico 31**  
**Lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses de edad**



Fuente: ENSANUT- ECU 2012  
Elaboración: ENSANUT- ECU 2012

Como se observa en el Cuadro No. 18 de acuerdo a la encuesta ENSANUT- ECU (2012:154) la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses es adoptada por 44% de las madres, tasa superior al promedio mundial que según UNICEF (2013:20) llegó a 39%. Sin embargo, llama la atención que 68,1% de las madres del quintil IV no realiza esta práctica.

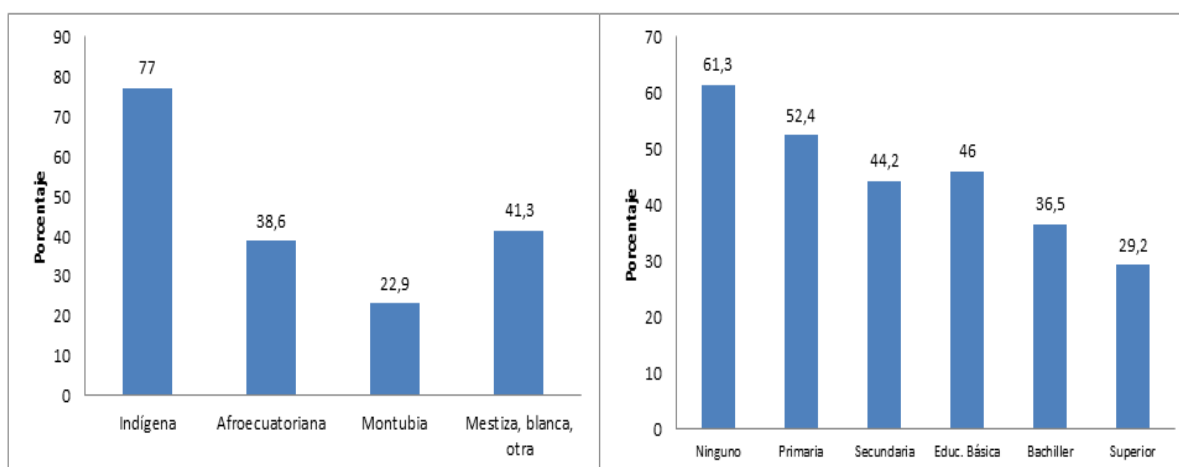
**Cuadro 18**  
**Prevalencia de lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses por quintil económico**

Quintiles	Si	No
Quintil I	51,3	48,7
Quintil II	45,8	54,2
Quintil III	41,4	58,6
Quintil IV	31,9	68,1
Quintil V	45,5	54,5

Fuente: ENSANUT- ECU 2012  
Elaboración: María Dolores Córdova

Con respecto al grupo étnico, de acuerdo a la ENSANUT – ECU (2012: 154) el 77% de los niños y niñas indígenas son alimentados solo con leche materna hasta los seis meses (Ver Gráfico No. 32). Esto confirmaría, de acuerdo a la CEPAL (2014: 61) que la lactancia materna hasta los seis meses de vida provee de una adecuada nutrición, ya que en el país solo 9,5% de los menores de seis meses sufren de desnutrición crónica.

**Gráfico 32**  
**Lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses**  
**por etnia y nivel de educación de la madre**



Fuente: ENSANUT– ECU 2012  
 Elaboración: ENSANUT– ECU 2012

En el país se evidencia que a mayor nivel de instrucción de la madre menor es la alimentación con leche materna exclusivamente hasta los seis meses. Solo 29,2% de madres que tienen educación superior alimentaron a sus hijos e hijas hasta los seis meses, en contraste con las madres sin educación (61,3%). Estudios realizados por la FAO (2007: 56) demuestran que en países industrializados esta tendencia cambia aunque lentamente, y son las madres con mayor educación las que ofrecen lactancia materna por mayor tiempo.

Los datos presentados por la ENSANUT– ECU (2012: 163) muestran que la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses es mayor en las zonas rurales (58,9%) que en las zonas urbanas (35,9%). Solo 18,9% de los menores reciben leche materna hasta los 2 años de edad mientras que el promedio mundial según UNICEF (2013: 20) es del 58%.

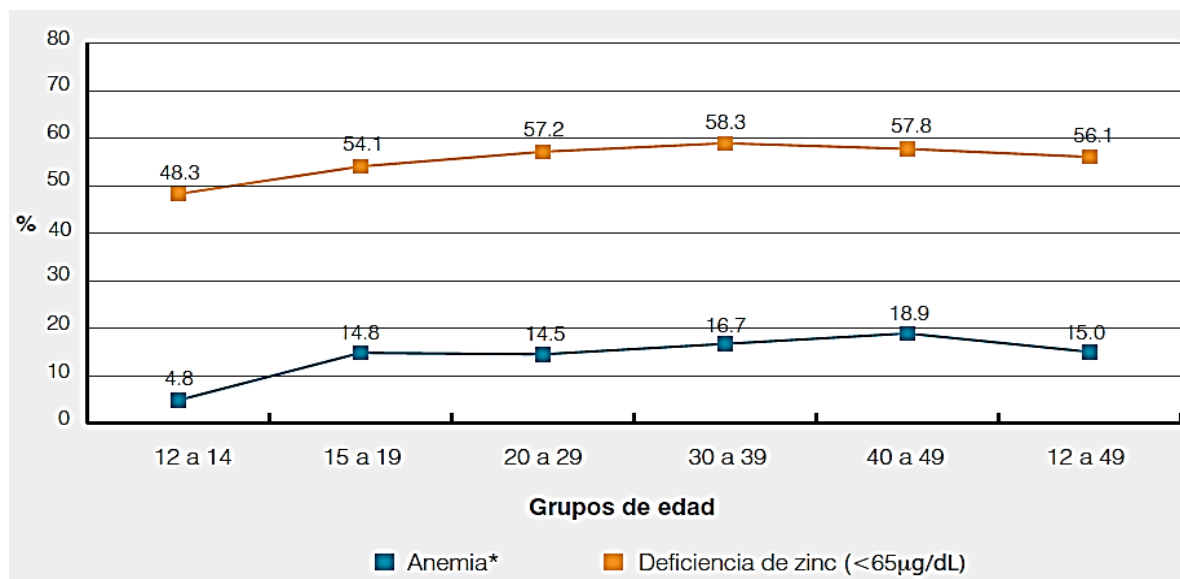
De acuerdo a la ENSANUT– ECU (2012: 182) es probable que las causas de este comportamiento se relacionen con la incorporación de las madres a su trabajo aproximadamente tres meses después de que su bebé haya nacido, la inexistencia de lactarios en los lugares de trabajo, una ley de lactancia que no se practica, la ausencia de conocimiento sobre los beneficios de alimentar a su niño con leche materna exclusivamente hasta los 6 meses de vida, y el poco consejo y compromiso de los obstetras y pediatras, de promover y proteger la lactancia materna.

### **Estado nutricional de la madre**

#### **Nivel de peso de la madre**

En el caso de mujeres en edad reproductiva (12– 49 años) en el Gráfico No. 33 se observa una prevalencia de anemia en esta población de 15% a nivel nacional. La cual se incrementa conforme aumenta la edad.

**Gráfico 33**  
**Anemia y deficiencia de zinc en mujeres en edad fértil de 12–49 años,**  
**nacional y por rangos de edad**



Fuente: ENSANUT– ECU 2012. \* \*Valor de punto de corte para definir anemia: Adolescentes de 12 a 14 años: <12g/dL; Mujeres mayores de 15 años no embarazadas: <12g/dL.  
 Elaboración: ENSANUT– ECU 2012

### Deficiencia en micronutrientes

El problema nutricional según la CEPAL (2014: 16) no se presenta solamente cuando hay déficit de la talla y el peso de un menor, también se refiere al déficit de micronutrientes que afecta al desarrollo intelectual y puede causar inclusive la muerte en menores y en mujeres embarazadas. Es conocida como también como “hambre oculta” y refleja malnutrición por falta de vitamina A, el hierro, el zinc, el ácido fólico y el yodo, entre otros.

Para Lutter y Rivera (2003: 2945S) la principal causa se da por el consumo de dietas de baja calidad nutricional, determinadas por el consumo elevado de cereales con limitados alimentos de origen animal.

En Micronutrient Initiative (2009: 7) se estima que cada año más de dos billones de personas sufren las consecuencias de la deficiencia de vitaminas y minerales. En un estudio realizado por esta institución en el 2009 se indica que a nivel mundial todos los años por deficiencia de vitamina A mueren alrededor de 670.000 niños y niñas menores de cinco años, 350.000 se quedan ciegos y aproximadamente 5 millones padecen de ceguera nocturna. Mientras que por la falta de zinc mueren más de 450.000 niños y niñas menores de cinco años.

Así, Micronutrient Initiative (2009: 7–8) señala que la anemia asociada con la falta de hierro durante el embarazo es la causante de la muerte de 115.000 mujeres que representa un quinto de todas las muertes maternas. La causante de la muerte de 600.000 recién nacidos en su primera semana de vida y se estima según UNICEF (2013: 23) que alrededor del mundo 42% de las mujeres embarazadas y el 47% de niños y niñas menores de cinco años sufren anemia. En general se supone que la mitad de todos los casos de anemia son causados por falta de hierro. Así mismo, la anemia reduce la capacidad



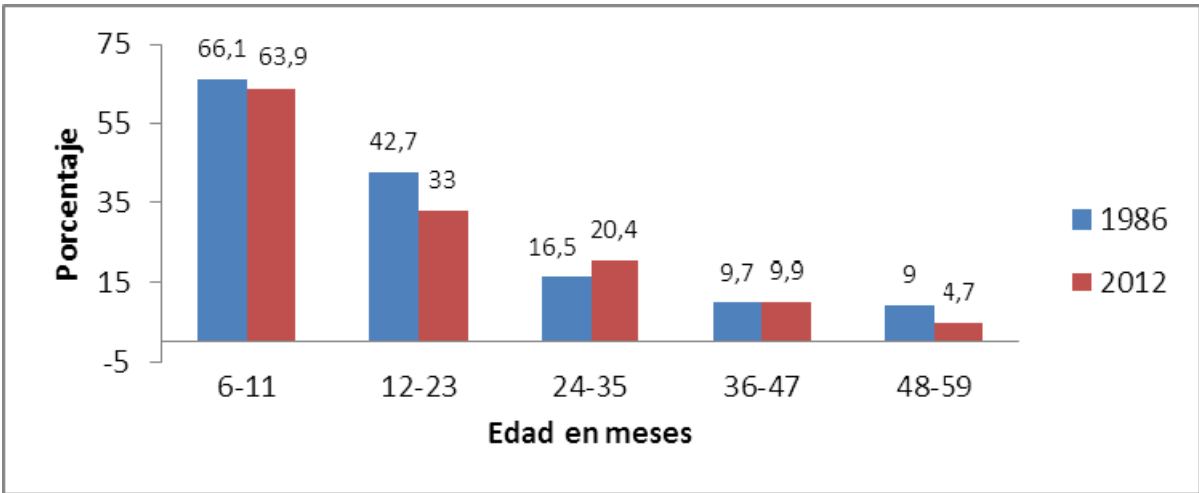
productiva de 1,6 billones de personas. Mientras que la falta de ácido fólico en madres embarazadas hace que 300.000 bebés tengan problemas de espina bífida, anencefalia y defectos de por vida.

Para UNICEF (2013: 24) la deficiencia de yodo es la causa más frecuente de deficiencia mental que se puede prevenir pero pese a que 75% de familias en el mundo disponen de sal yodada en su alimentación, esta deficiencia según Micronutrient Initiative (2009: 9) en madres embarazadas causa que aproximadamente 18 millones de niños y niñas lleguen al mundo mentalmente incapacitados.

A nivel regional la disponibilidad de información sobre déficit de micronutrientes es escasa. Según un estudio realizado por la CEPAL (2014: 65) se observan diferencias tanto en las unidades analizadas como en los métodos de estimación, por lo que no se cuenta con información confiable y comparable, razón por la cual no se realiza en esta investigación una comparación internacional.

En el Ecuador, al comparar los datos disponibles se observa que la prevalencia de anemia por deficiencia de hierro a nivel nacional en los últimos 26 años se ha incrementado en 4,9 puntos porcentuales, la que pasó de 20,8% en 1986 a 25,7% en el 2012. Incrementándose en mayor proporción en los menores de 24 a 35 meses y de 36 a 47 meses (ver Gráfico No. 34).

**Gráfico 34**  
**Porcentaje de menores con prevalencia de anemia en menores de cinco años**



Fuente: ENSANUT- ECU 2012  
Elaboración: María Dolores Córdova

Afecta a uno de cada cuatro niños y niñas menores de cinco años (25,7%). Los niños son los que se ven más afectados (26,1%) comparados con las niñas (25,3%). Como se observa en el Gráfico No. 34 y Cuadro No. 19 es preocupante el porcentaje de menores a un año que la padecen (63,9%). Sin embargo, desde el primer año de vida ésta tiende a bajar, y disminuye a la mitad en el grupo de 12 a 23 meses (33,0%) y baja hasta el 20,4 por ciento para niños y niñas de entre 24 y 35 meses de edad. Solo el 4,7% de niños entre 48 y 59 meses la padecen. La propensión a disminuir con la edad de los menores es en promedio 45% por cada año de vida.

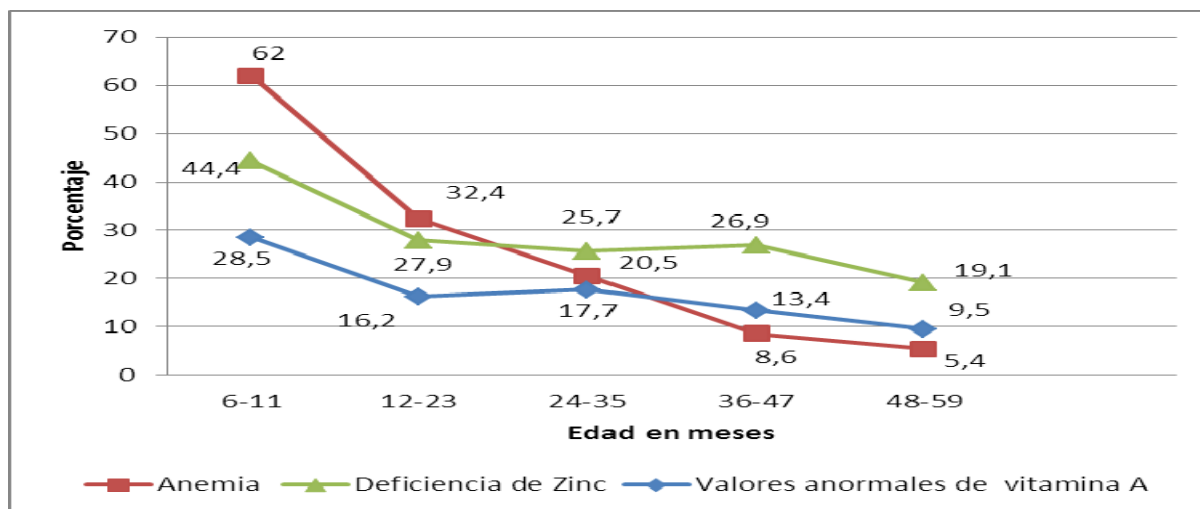
**Cuadro 19**  
**Prevalencia de anemia – deficiencia de zinc y valores anormales de vitamina A**  
**en menores de 5 años**

Nivel de desagregación	Anemia	Deficiencia de Zinc	Deficiencia de Vitamina A
<b>Género</b>			
Masculino	26,1	27,7	19,1
Femenino	25,3	27,2	15,5
<b>Edad en meses</b>			
6–11	63,9	44,4	28,5
12–23	33,0	27,9	16,2
24–35	20,4	25,7	17,7
36–47	9,9	26,9	13,4
48–59	4,7	19,1	9,5
<b>Etnia</b>			
Afroecuatoriano	24,9	22,3	29,9
Indígena	41,6	32,4	19,3
Montubio	25,6	26,5	14
Mestizo, Blanco y otros	24,5	29	16,6
<b>Región</b>			
Sierra			
Quito	29,4	39	12,8
Urbano	26,8	21,3	16,5
Rural	30,7	25	13,1
Costa			
Guayaquil	28,1	32,8	21
Urbano	23,5	26,8	21,2
Rural	19,3	22,4	14,6
Amazonía			
Urbano	27,2	21,9	16,6
Rural	26,4	34,3	20,1
Insular*	16,1	25,3	8,4
<b>Quintiles de consumo</b>			
Quintil I	33,6	31,5	19,5
Quintil II	29,7	32,6	19,1
Quintil III	25,0	29,9	16,9
Quintil IV	20	21,9	12,6
Quintil V	0,9	22,7	13,9
Total	25,7	28,8	17,1

Fuente: ENSANUT– ECU 2012  
 Elaboración: María Dolores Córdova

Del Cuadro No. 19 y Gráfico No. 35 se desprende que tanto la anemia como la deficiencia de zinc y los valores anormales de vitamina A afectan en mayor proporción a los niños y niñas menores a 1 año y la tendencia es a disminuir conforme se incrementa la edad.

**Gráfico 35**  
**Prevalencia de deficiencias de hierro – zinc y valores anormales de vitamina A por edad**

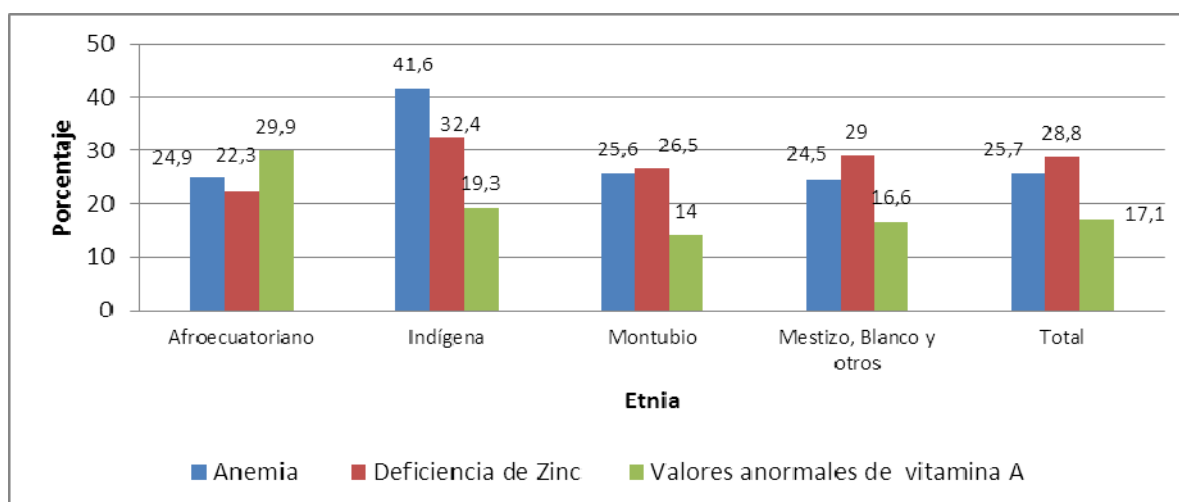


Fuente: ENSANUT– ECU 2012  
 Elaboración: María Dolores Córdova

La deficiencia en zinc afecta en promedio a 28,8% de los menores de cinco años y los valores anormales de vitamina A están presentes en 17,1% de este grupo.

Los niños y niñas indígenas son los más afectados por anemia y por deficiencia de zinc, mientras que los menores afroecuatorianos presentan valores anormales de vitamina A. La prevalencia de valores anormales de vitamina A en el grupo afroecuatoriano es 2 veces la de los niños y niñas montubios como se observa en el Gráfico No. 36

**Gráfico 36**  
**Prevalencia de deficiencias de hierro – zinc y valores anormales de vitamina A por etnia.**

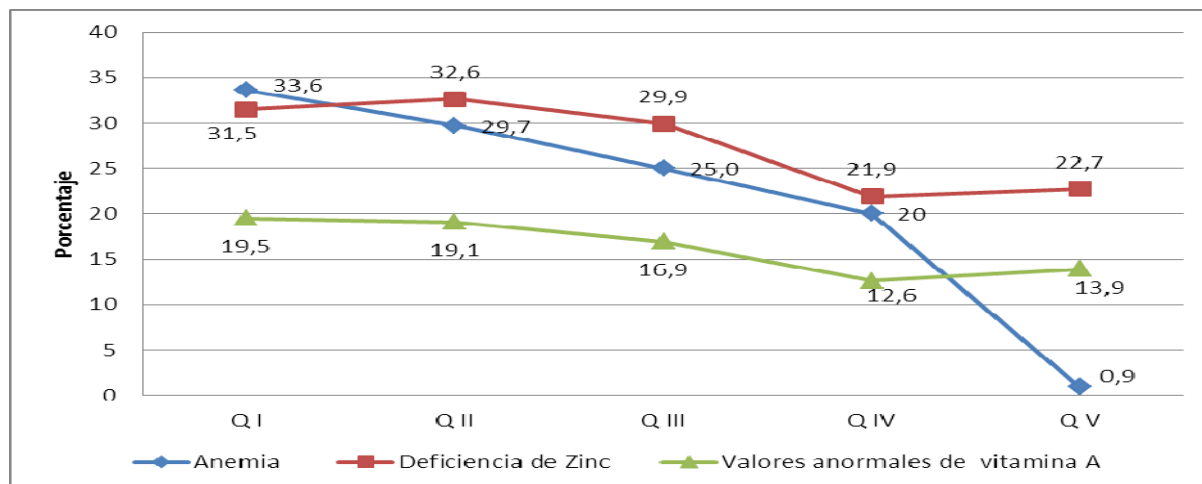


Fuente: ENSANUT– ECU 2012  
 Elaboración: María Dolores Córdova

En el Gráfico No. 37 se evidencia que a menores ingresos mayores son las deficiencias de micronutrientes. La anemia, la deficiencia de zinc y los valores anormales de vitamina A son mayores en los niños y niñas de escasos recursos. La prevalencia de anemia es 37 veces más en el quintil I que

en el quintil V. Mientras que la deficiencia de zinc y los valores anormales de vitamina A son solo 1,4 veces mayores.

**Gráfico 37**  
**Prevalencia de deficiencias de hierro – zinc y valores anormales de vitamina A por quintil**



Fuente: ENSANUT– ECU 2012  
Elaboración: María Dolores Córdova

Al analizar los datos por región se observa que Quito (39%) y Guayaquil (32,8%) son las ciudades con las más altas prevalencias de deficiencia de zinc en los menores de 5 años.

En una investigación realizada por Carranza (2010: 109) se cita que en un estudio realizado en el país en el año 2007 por Wilma Freire y William Waters se declaró al Ecuador libre de los desórdenes por deficiencia de yodo como el bocio y el cretinismo endémico.

### Consumo Alimentario

La CEPAL (2009: 12) indica que en América Latina y el Caribe la producción de alimentos ha presentado una tendencia creciente y estable, y se ha logrado superar el requerimiento mínimo de energía estimado por la FAO (2014a: 6) de 1.800 kcal/día por persona. Según las últimas estimaciones de la FAO (2012: 12), la disponibilidad calórica por persona por día a nivel mundial es de 2.840 kcal/persona/día. Latinoamérica supera el promedio mundial, en esta región la disponibilidad es cercana a 3.000 kcal/persona/día según la (FAO, 2012: 19).

En el Ecuador según datos de la FAOSTAT (2014: A10) ésta llega a 2.4718 kcal/persona/día. Valor que se encuentra bajo el promedio Latinoamericano pero que cubre los requerimientos diarios mínimos promedio por persona del país, ya que conforme a una estimación de la FAO (2014:15) el requerimiento promedio (2007–2012) del Ecuador ha sido en de 1910 kcal diarios. Por lo tanto, se evidencia que la oferta alimentaria en el país es estable y suficiente para la población.

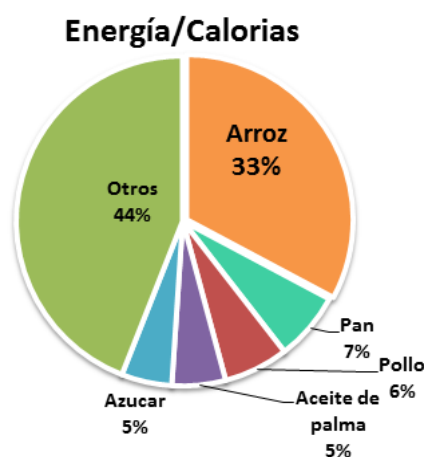
Estudios realizados por la FAO (2012: 27) indican que actualmente las dietas se basan en alimentos procesados con exceso de calorías, grasas saturadas, azúcar y colesterol. Este cambio es conocido como transición nutricional. Al incrementarse los ingresos y la urbanización, la población cambia su

estilo de vida. Sin mucha actividad física, se dedica más tiempo al trabajo, generalmente fuera de casa y con tiempo escaso para las tareas del hogar, como consecuencia la población se alimenta con comidas rápidas en restaurantes.

En un primer momento la FAO (2012: 27) relacionó esta situación con las poblaciones de mayores ingresos y de las zonas urbanas. Sin embargo, los expertos coinciden en que la transición nutricional actualmente afecta a todos los estratos sociales.

Como se evidencia en el Gráfico No. 38, de la encuesta ENSANUT– ECU (2012: 50) se desprende que el arroz es el principal alimento en la dieta ecuatoriana, aporta 33% del consumo de energía diaria. Es consumido en todas las regiones tanto urbanas como rurales. Otros alimentos representativos son el pan (7%), pollo (6%), aceite (5%) y azúcar (5%).

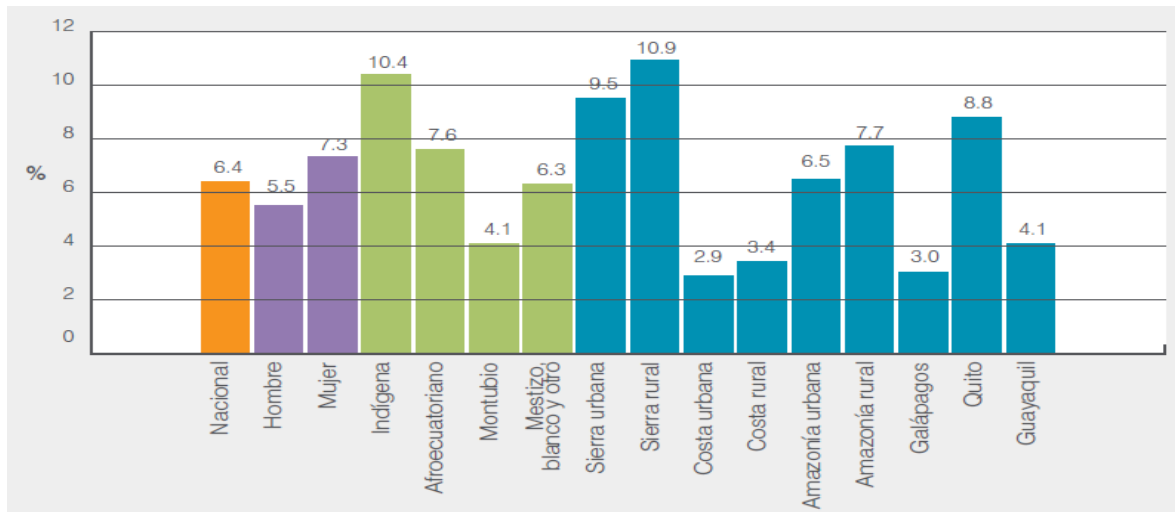
**Gráfico 38**  
**Alimentos más consumidos en el país**



Fuente: ENSANUT– ECU 2012  
Elaboración: ENSANUT– ECU 2012

**Consumo de Proteínas:** Al revisar el Gráfico No. 39 se observa que la población indígena (10,4%) tanto en la sierra rural (10,9%) como en la urbana (9,5%) del país, no cumple con el requerimiento mínimos de proteínas. Esta deficiencia es mayor en mujeres (7,3%) que en varones (5,5%).

**Gráfico 39**  
**Prevalencia de consumo inadecuado de proteínas**

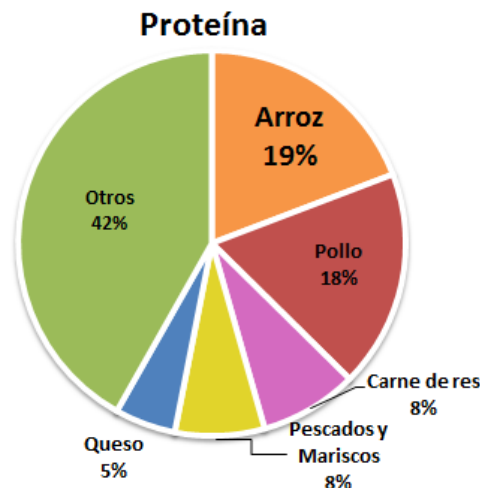


Fuente: ENSANUT- ECU 2012  
Elaboración: ENSANUT- ECU 2012

En el Gráfico No. 40 se observa que a nivel del país, el consumo diario de proteínas proviene especialmente del arroz (19,2%). Según la ENSANUT – ECU (2012: 51) la base de las proteínas es de origen vegetal, lo que significa que existe baja biodisponibilidad de micronutrientes esenciales como el hierro y el zinc.

Como referencia, según la FAO (2006: 124–125) el porcentaje de proteínas que se encuentra en 100 gramos de arroz blanco es de 6,5% mientras que en el pollo es de 20%, la carne de res tiene 21,4%, el pescado 18,4% y en el queso la FAO (s.f: 52) señala que el porcentaje proteico es de 16,4%.

**Gráfico 40**  
**Proteínas más consumidas en el país**



Fuente: ENSANUT- ECU 2012  
Elaboración: ENSANUT- ECU 2012

La FAO (s.f: 106) señala que la carencia de proteínas es muy peligrosa para la salud de los niños debido al crecimiento en esta etapa y al riesgo de infecciones, que son mayores durante la infancia.

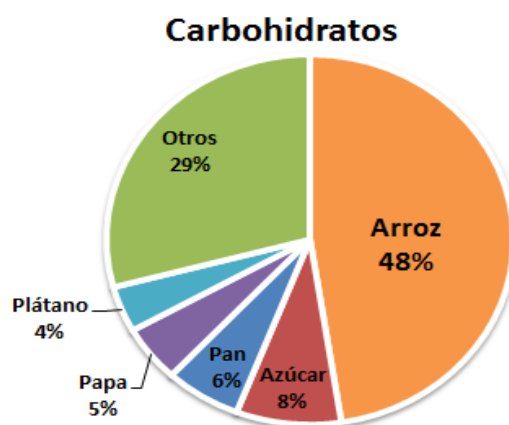
Así, señala la FAO (s.f: 38) que si bien las proteínas vegetales son de menor calidad que las animales, la combinación de cereales con legumbres puede reemplazar a la carne, leche y huevos.

**Consumo de carbohidratos:** De acuerdo a la ENSANUT– ECU (2012:49) el 29,2% de la población ecuatoriana consume en exceso carbohidratos, supera la recomendación máxima establecida para la prevención de la obesidad y enfermedades cardiovasculares. Un informe de la OMS (2003) indica que en la dieta de una persona los carbohidratos deberían encontrarse entre el 55% y el 75% de la ingesta diaria.

No existen diferencias significativas en el consumo excesivo de carbohidratos entre hombres (29,7%) y mujeres (28,7%). La prevalencia de consumo en exceso de carbohidratos es menor en el quintil de mayores ingresos económicos (15,1%), lo que coincide con lo señalado por la FAO (2012: 18) en donde los hogares con mayores ingresos consumen menos carbohidratos, raíces y tubérculos comparado a hogares con menores ingresos. Al referirse al grupo étnico, la población indígena (46,4%) es la que más carbohidratos consume. Los sectores rurales de la Costa (44%) y Sierra (39,2%) así como el quintil más pobre del país, presentan una prevalencia de consumo en exceso carbohidratos.

Los carbohidratos más consumidos de acuerdo al Gráfico No. 41 son el arroz (48%), azúcar (8%), pan (6%), papa y plátano.

**Gráfico 41**  
**Carbohidratos más consumidos en el país**

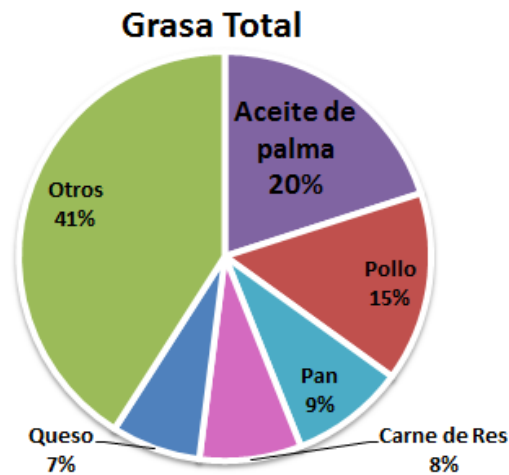


Fuente: ENSANUT– ECU 2012  
Elaboración: ENSANUT– ECU 2012

**Consumo de grasas:** Según la ENSANUT– ECU (2012:49) el 6% de la población consume en exceso grasas. Este indicador está estrechamente relacionado con la urbanización. Quito (11,4%) es la ciudad donde se presenta el mayor consumo de grasas. Al analizar las zonas, la Sierra urbana (8,2%) es la que presenta el mayor porcentaje. El 7,2% de las mujeres presentan consumo excesivo de grasas con respecto a los hombres, de los cuales solo 4,8% lo hacen. Con respecto al grupo étnico, los afroecuatorianos (8,6%) son lo que más exceden el requerimiento mínimo. Por otro lado, los indígenas (35%) no cumplen con el mínimo requerido. El consumo en exceso es superior en el quintil de mayores ingresos (11%), mientras que 37% de la población del quintil I no llega al mínimo.

En el Gráfico No. 42 se visualiza que los alimentos más consumidos son el aceite de palma, el pollo, el pan, la carne de res y el queso.

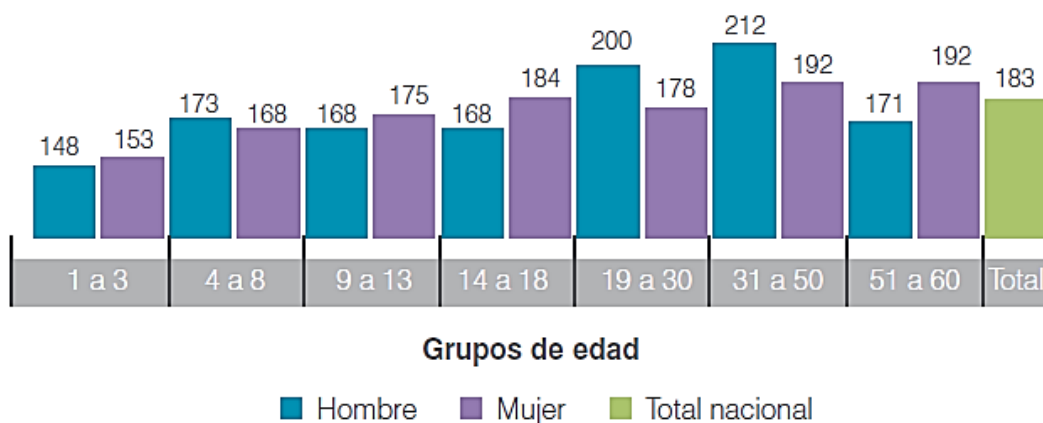
**Gráfico 42**  
**Grasas más consumidas en el país.**



Fuente: ENSANUT- ECU 2012  
 Elaboración: ENSANUT- ECU 2012

**Consumo de fibra:** de acuerdo a la ENSANUT- ECU (2012:50) el consumo de fibra es mínimo, tan solo 0,1% de la población presenta un adecuado consumo de frutas y verduras. Es decir, solo 1 de cada 1000 habitantes consume niveles acordes a las recomendaciones de la OMS (2003) que señala que el consumo de frutas y hortalizas debería incrementarse con el fin de prevenir enfermedades crónicas y mejorar el suministro de micronutrientes. Recomiendan consumir cinco porciones de frutas y verduras al día (ver Gráfico No. 43).

**Gráfico 43**  
**Consumo promedio de frutas y verduras, por sexo y edad en el país (gramos/día)**

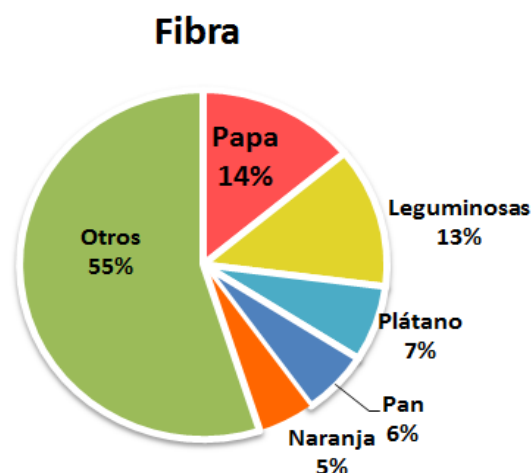


Fuente: ENSANUT- ECU 2012  
 Elaboración: ENSANUT- ECU 2012

En el Gráfico No. 44 se observa que la papa (14,2 %) es el alimento que más contribuye al consumo diario de fibra en el país. Sin embargo, la OMS y la FAO (2012: 20) exhortan a consumir al menos 400 g de frutas y hortalizas al día pero sin tomar en cuenta papas y otros tubérculos ya que no están consideradas dentro de este grupo.



**Gráfico 44**  
**Alimentos que contribuyen al consumo diario de fibra**



Fuente: ENSANUT- ECU 2012  
Elaboración: ENSANUT- ECU 2012

Al realizar el análisis sobre los alimentos más representativos en el consumo diario de energía por región, se evidencia (Cuadro No. 20) que en la Sierra rural, región con los índices más elevados de desnutrición crónica, los alimentos que más se consumen de acuerdo a la ENSANUT- ECU (2012: 316) son carbohidratos y tubérculos. Mientras que el consumo de carnes, huevos y frutas es reducido. La dieta está basada principalmente en arroz, pan, papas y fideos, productos altos en carbohidratos pero escasos en proteínas y micronutrientes.

Y es que resulta imposible consumir alimentos que antiguamente eran tradicionales de esta región, como quinua, amaranto, chochos, etc. debido a los elevados precios en el mercado. Por ejemplo, el precio de 1 libra de quinua o de chochos es tres veces superior al precio de 1 libra de arroz (0,52 centavos de dólar), mientras que 1 libra de amaranto cuesta ocho veces más, precios que no están al alcance de la mayoría de la población. (No se puede comparar precios a nivel del MAGAP ya que no hay datos para productos como quinua, amaranto o chochos).

Hay que anotar que, aunque no están registrados en la tabla, en las regiones de la costa los pescados y mariscos se encuentran dentro de la dieta principal, esta sería una de las razones para que en la costa la desnutrición crónica sea menor.

**Cuadro 20**  
**Alimentos más representativos en el consumo diario de energía por región**

Posición	Producto	Nacional	Sierra rural	Sierra urbana	Costa rural	Costa urbana	Amazonía rural	Amazonía urbana	Galápagos
1	Arroz	32,8	27,8	26,5	45	36,6	33,6	32	29,8
2	Pan	6,7	7,6	9,7	2,7	5,3	3	5	7,3
3	Pollo	6,3	5	6,2	4,8	6,6	6,4	6,4	8,2
4	Aceite de palma	5,2	5,3	5,6	5,5	4,9	6,4	7,3	4,3
5	Azúcar	4,9	6,2	5,9	4,5	4,2	6	6,1	5,7
6	Carne de res	3,3	2,6	3,3	2,9	3	3,2	3,8	3,3
7	Papa	3,3	7	4,3		2		2,6	2,6
8	Leche entera	3	3,4	3,7	1,8			2,8	3,3
9	Queso	2,6		2,2	3	3,3	2,5	2,3	2,4
10	Plátano	2,4			3,6	3,1	4,4	3,7	
	% total	70,5	70	69,3	75,7	70,9	72,2	72	68,7

Fuente: ENSANUT– ECU 2012  
Elaboración: María Dolores Córdova

Una vez que se ha evidenciado el contexto socioeconómico, nutricional y alimentario. Se observa que las condiciones del país han mejorado. La economía ecuatoriana ha mantenido una tendencia creciente en el período 2007–2012. El crecimiento económico ha sido en promedio del orden de 4%. El gasto público social como porcentaje del PIB se ha incrementado, pasó de 5,30% en el año 2007 a 8,30% en el 2012. Así, los niveles de inflación presentaron una tendencia al alza. Sin embargo, se estabilizaron en alrededor de 5% en el año 2012. Los salarios mínimos reales han mejorado en promedio en 32%. La desigualdad de los ingresos se ha reducido, tal como lo demuestra el coeficiente Gini que pasó de 0,52 a 0,46. El desempleo presenta una tendencia decreciente (5%) en el año 2012, a pesar del incremento en el período 2007– 2009. Además se evidencia que la tasa de natalidad y mortalidad ha disminuido en los menores de cinco años, mientras que la esperanza de vida de la población se ha incrementado.

Con respecto al análisis de la seguridad alimentaria, se evidencia que la disponibilidad de energía alimentaria en el país es estable y suficiente para la población, ya que la oferta promedio anual (2007–2012) ha sido de 2.418 kilocalorías por persona al día y el requerimiento mínimo promedio anual por persona estimado por la FAO para el Ecuador ha sido de 1.910 kcal diarios. Sin embargo, aun cuando hay disponibilidad suficiente de alimentos, el acceso a estos es restringido para aproximadamente 12,8% de la población ecuatoriana que no tiene suficientes alimentos para cubrir sus requerimientos energéticos de acuerdo a la tasa de subnutrición.

De manera a priori se podría decir, que serían las condiciones sociales, económicas y de saneamiento por las que atraviesa un elevado porcentaje de menores ecuatorianos el factor principal para padecer desnutrición crónica. A pesar de que la pobreza se ha reducido de 44,6% a 27,3% y la extrema pobreza ha bajado de 16,4% a 11,1%, y los ingresos se han incrementado, en el período 2007–2012, el ingreso que captaron los cuatro deciles de menores ingresos fue menos de 15% del ingreso total, mientras que el último decil captó más de un tercio del ingreso total. Situación que demuestra la baja capacidad de compra de las familias de los estratos más vulnerables, pues los ingresos familiares no alcanzan a cubrir los costos de la canasta básica familiar.

Es así, que al realizar el análisis sobre los alimentos más representativos en el consumo diario de energía por región, se evidencia que en la Sierra rural, zona con los índices más elevados de desnutrición crónica, los alimentos que más se consumen son carbohidratos y tubérculos. Mientras que el consumo de carnes, huevos y frutas es reducido. La dieta está basada principalmente en arroz, pan, papas y fideos, no así en carnes cuyo consumo es menor a la media nacional.

Con respecto al acceso a servicios de saneamiento, se observa que el abastecimiento de agua potable cubre a 91,7% de la población urbana y solamente a 58% de la población rural. Mientras que el servicio de alcantarillado público evidencia un problema aún más grave, ya que afecta a 8 de cada 10 hogares en el sector rural, en sector urbano perjudica solo a 2 de cada 10.

Al analizar los indicadores nutricionales, se observa que si bien la desnutrición crónica ha disminuido su estructura se mantiene. Al interior del país la desnutrición crónica se afecta en mayor proporción en los menores pobres (31,2%), en los que pertenecen a la etnia indígena (42,3%), en los que viven en zonas rurales especialmente de la sierra (33,7%) y en hijos de madres analfabetas (38,8%). Así mismo, Chimborazo (48,8%) y Bolívar (40,8%) continúan con la mayor prevalencia de desnutrición del país. Sin embargo, llama la atención el elevado índice de desnutridos que se encuentran en la provincia de Santa Elena (37,3%).

A nivel de Latinoamérica y el Caribe, tradicionalmente el país ha mostrado una de las tasas de prevalencia de desnutrición crónica más elevadas. En 1986 ésta llegaba a 40,2% de los menores de 5 años, han pasado 26 años y si bien la desnutrición crónica ha disminuido, aun afecta a 1 de cada 4 niños y niñas y es de las más altas de la región, solo Guatemala (48%), Honduras (29,9%) y Bolivia (27,2%) superan este porcentaje.

Cabe señalar que el déficit de micronutrientes en el país es un problema que va de la mano de la desnutrición. La prevalencia de anemia en menores de 5 años se incrementó en el período 1986–2012 de 20,8% a 25,7%.

Así, la desnutrición se ha convertido en un círculo vicioso, agravado por el elevado nivel de pobreza, la distribución desigual del ingreso, la baja cobertura de servicios básicos, así como por cambios en las costumbres, hábitos alimenticios, bajo nivel de educación y poco conocimiento sobre nutrición, especialmente de las madres.

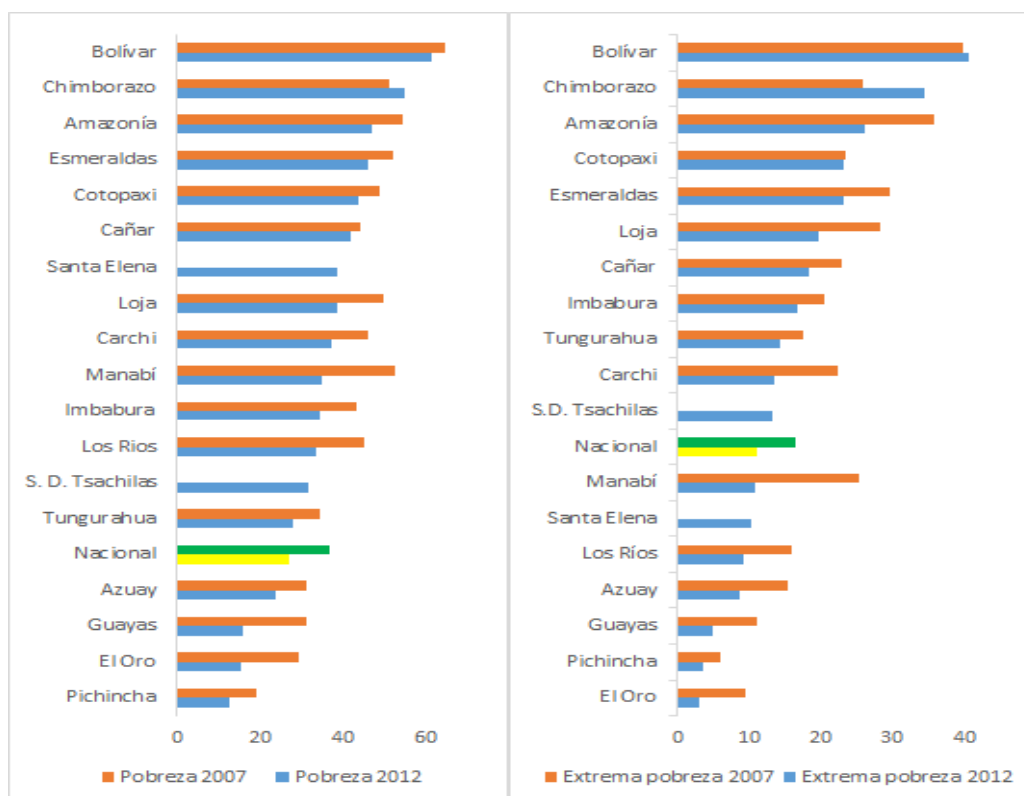
## Incidencia de las políticas públicas en alimentación y nutrición en los factores causales de la desnutrición crónica.

En la fundamentación teórica se mostró que existen varios factores que están altamente asociados a la desnutrición. Sin embargo, a pesar de la dificultad de saber el nivel de influencia que tiene cada uno en los problemas de desnutrición, varios estudios señalan al nivel de pobreza de las familias, el acceso a servicios de saneamiento (agua y alcantarillado) y el nivel de educación de las madres, serían algunos de los indicadores que más inciden en el nivel de desnutrición de los menores de cinco años. Razón por la cual en las siguientes líneas se analizará la evolución de indicadores de pobreza, saneamiento y educación a nivel provincial y se los relacionará con el principal indicador nutricional.

### Pobreza

Si bien en el Ecuador en el período 2007–2012 la pobreza y la extrema pobreza se han reducido, al revisar estos indicadores a nivel provincial se evidencia la gran disparidad que existe. Así, de acuerdo a datos del SIISE en el año 2012 la provincia de Bolívar presenta los niveles más elevados tanto de pobreza (61,7%) como de extrema pobreza (40,6%) mientras que en Pichincha la pobreza afecta solo a 12,5% y la extrema pobreza a 3,5% de la población.

**Gráfico 45**  
Porcentaje de personas que viven en pobreza y pobreza extrema

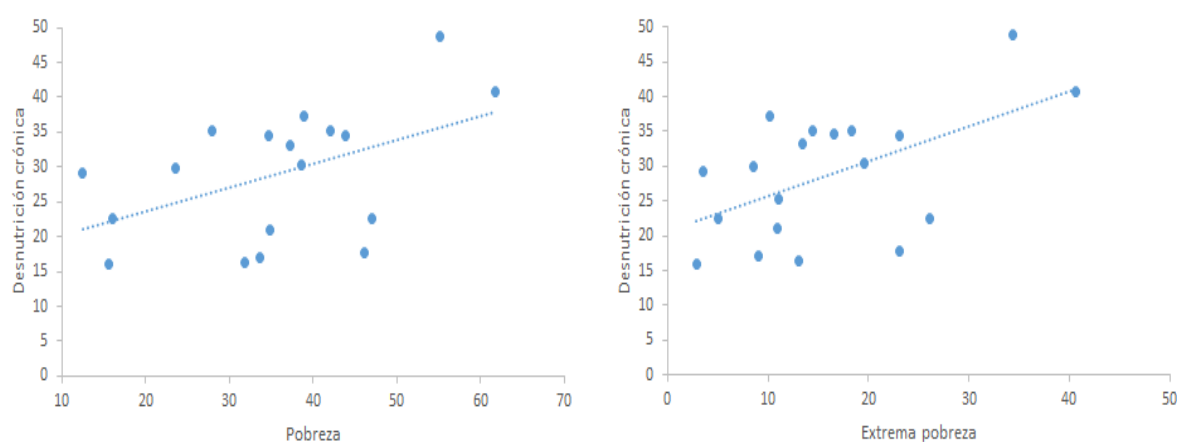


Fuente: SIISE  
Elaboración María Dolores Córdova

A pesar de que la extrema pobreza ha disminuido en casi todas las provincias del país, en Chimborazo y Bolívar estas incidencias se han incrementado en el período analizado. Como se observa en el Gráfico No. 45 en la provincia de Bolívar pasa de 39,9% a 40,6% mientras que en Chimborazo se incrementa de 25,9% a 34,4%.

Realidad que se refleja en los indicadores nutricionales de estas provincias. Como se observa en el Gráfico No. 46 Chimborazo y Bolívar presentan las tasas más elevadas de desnutrición, así como los mayores niveles de pobreza y pobreza extrema del país. Esta situación lleva a reflexionar en cuanto a la focalización de los programas sociales y a la articulación entre las diferentes instituciones del área social. ¿Llegan los beneficios a las personas y regiones que más lo necesitan? Es evidente que se requiere revisar estos mecanismos.

**Gráfico 46**  
**Relación de la Desnutrición crónica con la pobreza y la extrema pobreza**



Fuente: SIISE  
Elaboración María Dolores Córdova

Como se mencionó en el capítulo anterior, el BDH desde el año 2003 es el uno de los instrumentos clave de las políticas públicas para combatir la pobreza en el país y desde el año 2008 también es parte de las políticas públicas dirigidas a alimentación y nutrición. Sin embargo, el hecho de que en las provincias de Bolívar y Chimborazo la pobreza y la indigencia se incrementen refleja por un lado la necesidad de revisar su focalización y por otro que la Estrategia Acción Nutrición haga cumplir con una de las corresponsabilidades de este – que los niños menores de cinco años asistan a controles de salud – en donde en teoría se verificaría su estado nutricional.

### Nivel de saneamiento

Como se señaló en la fundamentación teórica, la CEPAL (2014:64) señala que el acceso a servicios de saneamiento es un factor básico para disminuir la desnutrición en los menores de cinco años, ya que permiten tener un ambiente saludable.

Así, en el país estos servicios de acuerdo al SIISE se han incrementado en el período 2006–2014. Con respecto al número de viviendas que tienen acceso a la red pública de agua, pasó de 47,9% en el año 2006 a 63,2% en el año 2014. Lo que refleja un incremento de 1,9 puntos porcentuales por año. No se tiene datos de la calidad del agua ya que de acuerdo a la página web del SIISE existen limitaciones en las fuentes de información, y no es posible conocer si el agua es potable o no. A pesar de ello, este

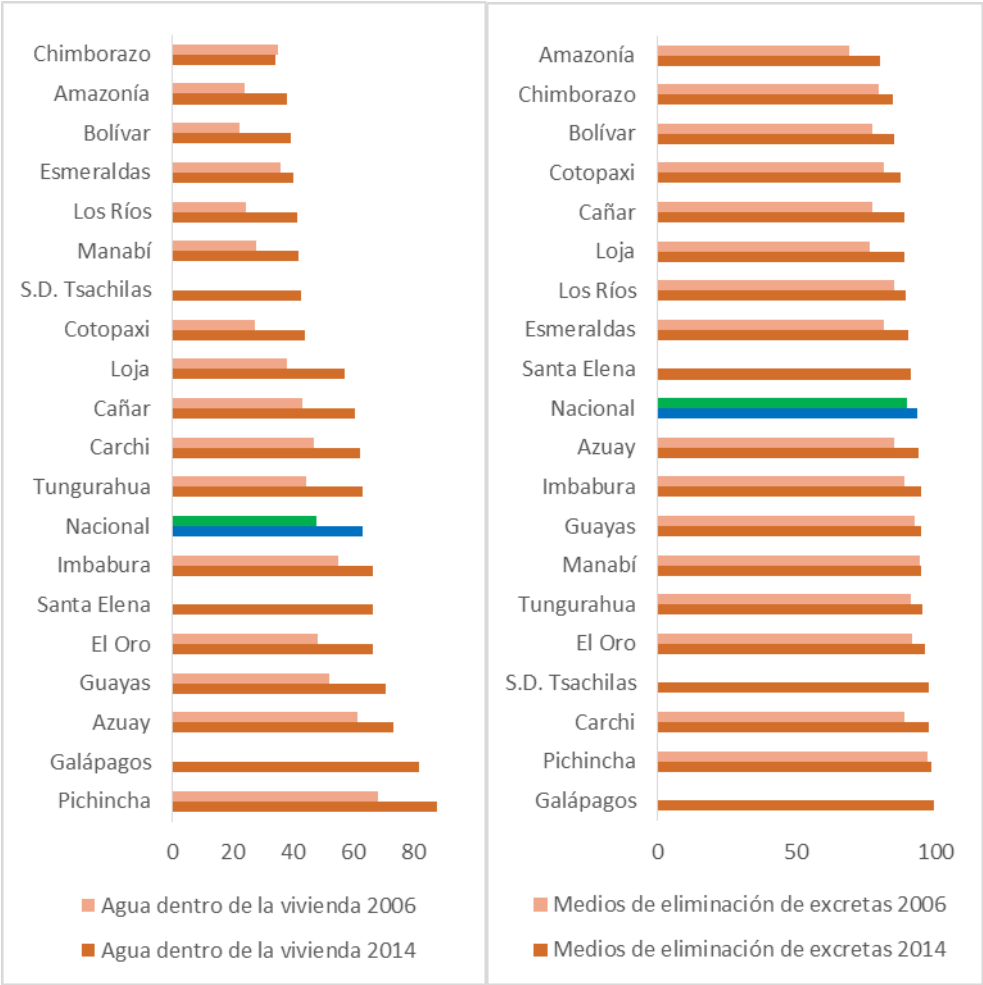
servicio al ser por red pública podría tener algún tipo de tratamiento, además al llegar por tuberías al interior de la vivienda, minimiza la contaminación durante el transporte.

El número de viviendas que tienen acceso a algún tipo de eliminación de excretas (red pública de alcantarillado, pozo ciego, séptico o letrina) también se elevó, pasó de 89,9% en el año 2006 a 93,8% en el año 2014. Es decir, 0,5 puntos porcentuales por año.

Sin embargo, en el sector rural la situación es compleja en cuanto al abastecimiento de agua a través de la red pública, solamente 23,4% de las viviendas tiene acceso a este servicio. Con respecto al acceso a servicios sanitarios se evidencia una mejor situación ya que 83,8% de las viviendas tiene acceso a algún tipo de instalación sanitaria.

El acceso a servicios de saneamiento ha mejorado en todas las provincias, con excepción de Chimborazo en donde el número de viviendas que tienen acceso a la red pública de agua se redujo en 0,8 puntos porcentuales. Como se puede ver en el Gráfico No. 47 Chimborazo, la Amazonía y Bolívar son las provincias que menor nivel de saneamiento presentan.

**Gráfico 47**  
**Porcentaje de viviendas con acceso a servicios de saneamiento**

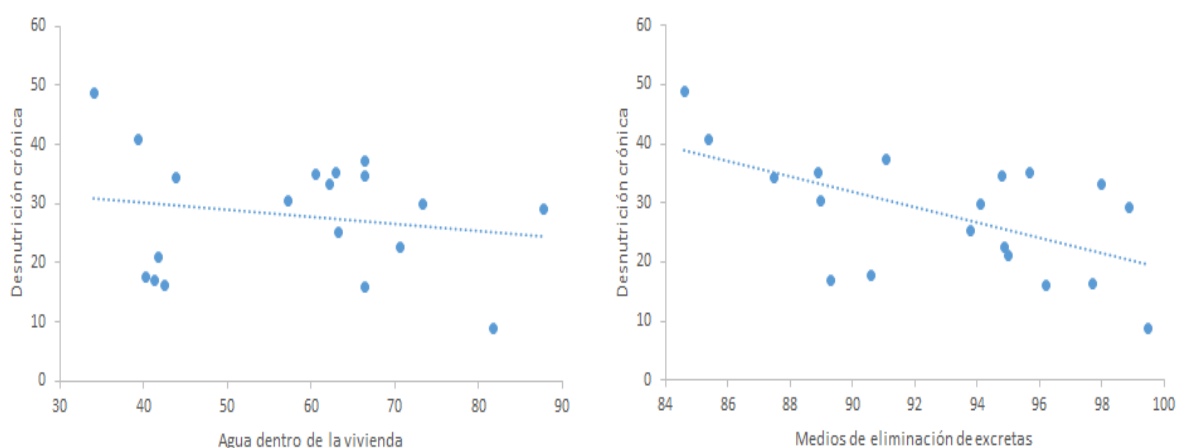


Fuente: SIISE  
Elaboración María Dolores Córdova

En el Gráfico No. 48 se observa la correlación que existe entre el nivel de acceso a servicios de saneamiento y la desnutrición crónica. La Amazonía, Chimborazo y Bolívar que en el año 2014 presentaban los niveles de acceso más bajos tanto en agua como en instalaciones sanitarias, tiene los porcentajes más elevados de desnutrición crónica.

El hecho de que en la provincia de Chimborazo el acceso de agua dentro de la vivienda en lugar de incrementarse se reduzca, también merece ser revisado. La Estrategia Acción Nutrición, destinó el mayor porcentaje de su presupuesto a esta provincia (20,6%) y la dotación de agua potable y saneamiento era el principal rubro en el que se debía invertir (27,2%). Sin embargo, el acceso a este servicio disminuyó.

**Gráfico 48**  
**Relación de la desnutrición crónica con servicios de saneamiento**



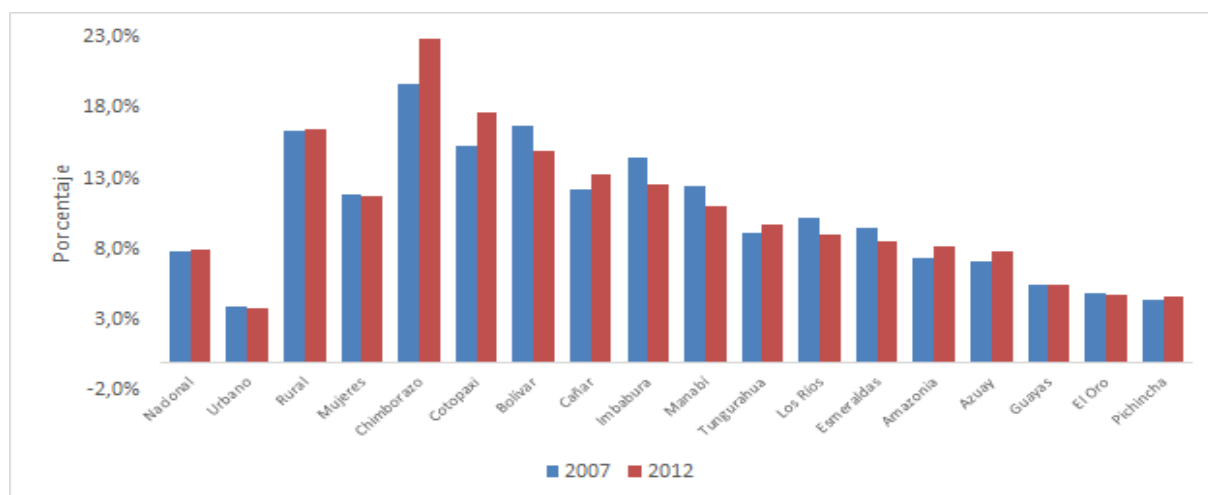
Fuente: SIISE  
Elaboración María Dolores Córdova

## Educación

Estadísticas de la Encuesta nacional de empleo, desempleo y subempleo, indican que en el período 2007–2012 no ha disminuido el analfabetismo. En el año 2012 el 7,9% de la población mayor de 15 años y más continuaba sin saber leer ni escribir. En las zonas urbanas llegaba a 3,8% mientras que en las zonas rurales (16,4%) era cuatro veces más alta. Las mujeres (11,8%) presentan la tasa más elevada, especialmente en las zonas rurales en donde aproximadamente 1 de cada cinco mujeres no ha recibido ningún tipo de educación.

Cabe anotar, que en 7 de las 14 provincias, de las que se dispone de datos, se ha incrementado el nivel de analfabetismo en el período analizado. Chimborazo, además de ser la provincia con mayor porcentaje de población analfabeta, es en la que más se ha agudizado este problema, pasó de 19,7% a 22,9%. (Ver gráfico No. 49)

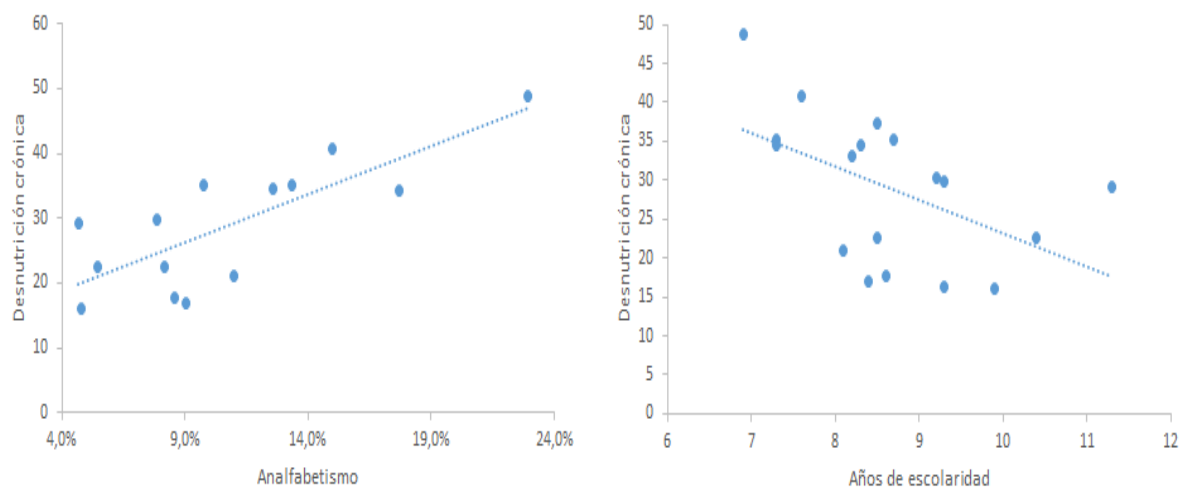
**Gráfico 49**  
**Porcentaje de población analfabeta**



Fuente: Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo – ENEMDU  
Elaboración María Dolores Córdova

Con respecto al nivel de escolaridad, en el país el número de años aprobados se ha incrementado de 9,1 a 9,5 años. Existe una ligera diferencia entre los años aprobados por hombres (9,7) y mujeres (9,4) pero una marcada disparidad entre zonas de residencia. Así, los años de instrucción formal aprobados por las mujeres de las áreas urbanas (10,3) es casi el doble de las mujeres que se encuentran en zonas rurales (5,9). Al analizar el porcentaje de mujeres que han terminado sus estudios, se evidencia la elevada diferencia entre zonas de residencia. En las zonas rurales 64% de las mujeres tiene educación primaria, 17% educación secundaria y solamente 3% título universitario. Mientras que en las zonas urbanas 88% de las mujeres ha terminado la educación primaria, 52% la secundaria y 16% tiene título universitario. En el gráfico No. 50 se evidencia la relación que existe entre desnutrición crónica, analfabetismo y escolaridad. Chimborazo y Bolívar, son las provincias con mayor porcentaje de analfabetismo y menor nivel de escolaridad y a la vez las que presentan los mayores índices de desnutrición crónica.

**Gráfico 50**  
**Desnutrición crónica – Analfabetismo – Años de Escolaridad**



Fuente: Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo – ENEMDU  
Elaboración María Dolores Córdova



Al igual que con los indicadores analizados anteriormente, Chimborazo requiere atención especial ya que la población analfabeta se encuentra en mayor proporción en esta provincia, la cual se ha incrementado en el período analizado pese a los programas que se han implementado.

Como menciona Mc Donald et al (2002:4-5) ninguna región puede darse el lujo de desperdiciar su mayor recurso – el poder intelectual de su gente – sin embargo, esto es lo que sucede en Chimborazo donde los menores de edad no alcanzan su potencial real de crecimiento, las carencias de micronutrientes causan un daño irreversible a su cerebro y el hambre no les permite estudiar. Actualmente, más que los recursos naturales o físicos es el intelecto de una persona, el que determina el crecimiento y bienestar de una región. Esta es una razón más para invertir en los menores de cinco años.

Además de focalizar, articular e incrementar la inversión en Chimborazo, Morgan (2013: 101) sugiere que para que los indígenas reconozcan, comprendan y acepten los programas es necesario primero un encuentro respetuoso de saberes y costumbres. Así mismo Larrea (2006:20) señala que los promotores de las políticas deberían conocer la lengua, cultura y la medicina tradicional indígena. Ya que el mejor instrumento para tener éxito en trabajos interculturales señala Freire (2013:52) es la habilidad para comunicarse con los beneficiarios de las políticas públicas.

Luego de este análisis se evidencia que si bien ha mejorado en términos generales la situación socioeconómica del Ecuador, al analizar y comparar los indicadores al interior del país se pone de manifiesto una gran disparidad. Existe una marcada diferencia entre provincias, así como entre zonas urbanas y rurales.

En términos de pobreza, tanto en la zona urbana como en la rural ha descendido de 24,3% a 16,1% y de 61,3% a 49,1% respectivamente en el período 2007–2012. De igual forma se ha reducido en todas las provincias, con excepción de Chimborazo que se incrementó, pasó de 51,5% a 55,1% de la población.

Con respecto a la indigencia también se ha reducido, en las zonas urbanas alcanzaba 5% mientras que en las zonas rurales afectaba a 23,3% de la población en el año 2012 Si bien ha descendido en todas las provincias, en Bolívar pasó de 39,9% en el 2007 a 40,6% en el 2012, situación que se replica en Chimborazo, en donde la indigencia sube de 25,9% a 34,4%.

Por otra parte, el acceso a servicios de saneamiento ha mejorado en todas las provincias tanto en zonas urbanas como rurales. En relación al servicio de agua en la vivienda pasó de 47,9% en el año 2006 a 63,2% en año 2014. Sin embargo, en Chimborazo se redujo levemente este servicio de 34,9% a 34,1%. El acceso a servicios sanitarios también se incrementó de 89,9% a 93,8% a nivel nacional.

En lo que se refiere a educación, se observa que la tasa de analfabetismo en el país se ha mantenido en 7,9% en el período 2007–2012, mientras que los años de escolaridad se han incrementado de 9,1 a 9,5 años. Sin embargo Chimborazo, además de ser la provincia con mayor porcentaje de población analfabeta, es en la que más se ha agudizado este problema, pasó de 19,7% a 22,9%. Así mismo, los años de escolaridad disminuyeron de 7,3 a 6,9.

Al revisar la evolución de estos indicadores se pone en evidencia que las políticas aplicadas no llegaron a las personas más vulnerables. Es necesario revisar la focalización y la articulación de los

programas sociales. ¿Llegan los beneficios a las personas y regiones que más lo necesitan? es evidente que se requiere revisar estos mecanismos.

Como ejemplo, la Estrategia Acción Nutrición – que se revisó en el capítulo anterior – dedica entre los años 2010-2012, el mayor porcentaje de su presupuesto (38 millones de dólares) a la provincia de Chimborazo (20,6%) en donde 27,2% se utilizaría para dotar de servicios de agua potable y saneamiento. El 18% se destinaría para la construcción y mejoramiento de viviendas. El 19,3% se asignó a programas nutricionales del INFA y del PANI. El 12,8% para programa de alfabetización de madres y el 11,1% para la capacitación y creación de huertos. A pesar de la implementación de este programa y de la entrega del BDH a esta provincia, la pobreza, indigencia y el analfabetismo se incrementaron mientras que el acceso a servicios de agua se redujo.

No es una coincidencia que la desnutrición azote especialmente a los infantes que habitan en zonas rurales (31,6%) y en las provincias de Chimborazo (48,8%) y Bolívar (40,8%). Se podría decir que las políticas públicas aplicadas no han llegado a un elevado porcentaje de menores ecuatorianos – lo que se traduce en precarias condiciones sociales y económicas – factores de gran incidencia para padecer desnutrición crónica.

Si bien las políticas aplicadas en el período 2004–2012 han sido mejores que las aplicadas en el período 1986–2004 – ya que reflejan una disminución de la desnutrición crónica de los menores de cinco años de 1 punto porcentual por año – no lo han sido al compararlas con otros países que han logrado disminuir en mayor proporción su nivel de desnutrición. Por lo que en el tercer capítulo se pretende comparar las políticas aplicadas en Ecuador con las políticas aplicadas por un grupo de países – que han sido los que han logrado reducir en mayor porcentaje sus niveles de desnutrición crónica – y relacionarlas con los factores que más incidencia tienen en este problema.

## *Comparación Internacional*

En Ecuador no se han visualizado los mismos efectos en los indicadores nutricionales como en otros países que han aplicado políticas similares a las ecuatorianas. A continuación se expone un resumen de las principales políticas y estrategias que permitieron identificar algunos factores según UNICEF (2013b:25) que influyeron en las mejoras de la situación nutricional de Etiopía, Haití, India, Nepal, Perú y Ruanda, países que a nivel mundial son los que en mayor proporción han reducido la desnutrición crónica.

UNICEF (2013b:27) menciona que en las intervenciones que más éxito han tenido se incluye: la voluntad y el compromiso político como eje principal. Y políticas destinadas a mejorar la nutrición de las mujeres, especialmente antes, durante y después del embarazo. Además de promover la lactancia materna desde que nacen hasta los 6 meses e instruir sobre alimentación complementaria a tiempo, segura y de buena calidad de los 6 a los 24 meses, acompañada de una ingesta adecuada de micronutrientes. Y de acuerdo a la OMS–UNICEF y USAID (2015: 9) la acción multisectorial. Es decir, trabajar juntos, los expertos nutricionales (nutrición específica) con los expertos en otras áreas (intervenciones en áreas sensibles).

### **Políticas aplicadas en otros países**

**Etiopía:** de acuerdo a UNICEF (2013b:29) entre los años 2000 y 2011 se redujo la desnutrición crónica de 57% a 44%. Es decir, 1,18 puntos porcentuales por año.

De acuerdo al Movimiento SUN (2012:27) en el año 2008, el Gobierno de Etiopía puso en marcha el Programa nacional de nutrición. La estrategia nutricional de este país pasó de ser de ayuda alimentaria y asistencia humanitaria a intervenciones nutricionales directas para abordar causas inmediatas a nivel de comunidad.

Con el Programa redes de seguridad productiva se realizan transferencias de dinero o se suministran alimentos, tanto a familias en situación de pobreza y a personas que prestan sus servicios para realizar obras públicas. Lo que ha tenido un impacto positivo según el Movimiento SUN (2012:27) en 8 millones de personas para hacer frente al problema de la inseguridad alimentaria.

Además, la comunidad es la base de la estrategia. Está basada en la promoción de una buena alimentación para menores de dos años. Se capacita a las comunidades en educación nutricional, sus causas, consecuencias y cómo reducirla. Además, se enseña cómo hacer más productivos los recursos de la familia y comunidad.

Las políticas de educación dirigidas a las comunidades se basan en capacitar en jornadas de salud y de brindar servicios de salud gratuitos en los que se imparten micronutrientes, productos para desparasitar, mosquiteros, tratamientos de neumonía y planificación familiar.

En el año 2010 el 92% de las comunidades rurales estaban atendidas por este programa según el movimiento SUN (2012: 27) con aproximadamente con 34.000 trabajadores sanitarios en 10.000 puntos sanitarios.

Evaluaciones realizadas a los programas muestran que el comportamiento de las comunidades ha cambiado y que también los servicios de salud han mejorado.

**Haití:** en este país la desnutrición crónica disminuyó de aproximadamente 29% a 22% entre los años 2006 y 2012 según UNICEF (2013b:30). O sea, 1,16 puntos porcentuales por año.

La rápida expansión de los servicios sanitarios y nutricionales fue su principal estrategia. En el año 2010 el gobierno de Haití con el apoyo de la comunidad internacional formuló el Plan nacional de acción para la recuperación y la reanudación del desarrollo que incluía programas de distribución de alimentos, programas de transferencias de dinero por trabajos realizados y programas de transferencias de dinero a las familias vulnerables.

El Ministerio de salud de Haití y el Fondo para la infancia de las naciones unidas, en colaboración con organizaciones no gubernamentales locales e internacionales crearon los Centros de orientación sobre la nutrición del bebé, en los que se asesoraba sobre nutrición a las comunidades enfocados en lactancia materna, prácticas de alimentación e identificación de menores con desnutrición. Además de administrar suplementos con micronutrientes y dar seguimiento y promoción del crecimiento con médicos especializados.

La promoción de la estrategia nutricional a la comunidad permitió que se incremente la cobertura de los programas.

**India (Maharashtra):** según UNICEF (2013b: 32) la desnutrición crónica se redujo de 39% en el 2005 a 23% en el 2012. Es decir, 2,28 puntos porcentuales por año. Fortalecer al personal de salud fue la base de la estrategia.

En el año 2005 mejorar la prestación de servicios de salud y nutrición dirigidos a madres y menores era el objetivo del Estado. Se capacitó a todos los trabajadores de la salud en nutrición, salud y desarrollo infantil y se focalizó en las zonas rurales.

La educación en nutrición se basaba en datos empíricos y se la dirigía a madres de menores de cinco años y a adolescentes de las zonas más vulnerables. Se apoyaban en la comunidad.

Se enfocaron en el peso de los menores al nacer, en todos los chequeos de salud se capacitaba a las madres y si un menor no tenía el peso adecuado las madres ingresaban en un programa especial de capacitación.

Tienen un sistema integrado de indicadores de nutrición para todos los sectores y programas. La evaluación y supervisión de los programas es básica para medir su servicio.

**Nepal:** la desnutrición crónica entre los menores de 5 años pasó de 57% en el año 2001 a 41% en el año 2011 según UNICEF (2013b:33). Es decir 1,6 puntos porcentuales por año. La estrategia principal se apoyó en intervenciones comunitarias, con el respaldo de organismos internacionales, organizaciones no gubernamentales y técnicos nacionales.

Las principales políticas nutricionales y sanitarias implementadas son:

Programas basados en la comunidad en todo el país que son coordinados por un equipo de 50.000 voluntarias comunitarias de salud, en los que se suministran micronutrientes y se desparasitan a niños en edad preescolar.

La estrategia se apoya en la educación sobre nutrición, salud y planificación familiar a toda persona que tenga a cargo un menor de cinco años o mujeres embarazadas.

**Ruanda:** en este país según UNICEF (2013b: 38) el índice de desnutrición crónica descendió de aproximadamente 52% en el 2005 a 44% en el 2010. Lo que significa 1,6 puntos porcentuales por año. El éxito de esta estrategia se debe a paso de un plan nacional de emergencia a una política centrada en la comunidad.

Se ampliaron los programas existentes y el Estado dirigió una política multisectorial basada en la participación de la comunidad. Se mejoraron los servicios sociales existentes, y se dotó de seguridad médica universal, se incrementó el financiamiento en salud y programas nutricionales a nivel de la comunidad en todas las regiones.

Algunos elementos de las políticas aplicadas en Ruanda son:

- El apoyo tanto del gobierno como de la comunidad para disminuir la desnutrición.
- En base a experiencias exitosas se logró crear una estrategia primero de emergencia y luego a largo plazo en la que se involucró la articulación intersectorial.
- Basados en la comunidad se invirtió en seguridad alimentaria, se crearon huertos familiares, se educó a la población para que exista un cambio de comportamiento, se iniciaron prácticas de alimentación y atención a las madres antes, durante y después del embarazo, y se supervisó el crecimiento de menores de 2 años acompañado de programas de nutrición.
- Planificación descentralizada bajo estrictos sistemas de supervisión y evaluación de los programas.

**Perú:** de acuerdo a UNICEF (2013b: 35) en el año 2006 se establecieron varias políticas que permitieron que el porcentaje de menores desnutridos crónicos se redujera de aproximadamente 30% en 2004 a 20% en 2011. En tanto, que el problema nutricional en los sectores más pobres disminuyó de 56% a 44% en el mismo período. Es decir, 1,43 puntos porcentuales por año a nivel nacional y 1,71 entre los más desfavorecidos.

La experiencia peruana en la reducción de la desnutrición crónica según Mejía (2011: 17) subraya el firme compromiso del gobierno para crear estructuras coordinadas a nivel nacional, incremento del gasto público y alineación de los programas sociales (alianza entre entidades públicas, organizaciones internacionales y organizaciones no gubernamentales para promover buenas políticas).

Se dejó atrás la asistencia alimentaria y se dio paso a un enfoque multisectorial, atacando las causas de la desnutrición, enfocado de acuerdo a Mejía (2011:36) en agua y saneamiento, educación alimentaria nutricional y tratamiento de enfermedades infecciosas. Además, de acuerdo al Grupo inversión en la infancia (2012: 16) se tiene en cuenta prácticas de higiene y educación en nutrición en los hogares, especialmente en los hogares con mayores niveles de pobreza y exclusión.

De acuerdo a UNICEF (2013b: 35) se creó un marco de acción común para los ministerios del área social. Así, como la articulación de acuerdo al Grupo inversión en la infancia (2012: 17) con programas realizados por Organismos Internacionales, Organizaciones no gubernamentales, empresas y comunidades.

Los programas emblemáticos según UNICEF (2013b:35) desde el 2007, son la Estrategia nacional de lucha contra la pobreza y la promoción de oportunidades y capacidades económicas (CRECER), que se enfoca en mujeres embarazadas y menores de cinco años en las zonas más vulnerables. Para a través del apoyo a programas multisectoriales mejorara la nutrición a nivel regional y nacional. Y el programa gubernamental de transferencias condicionales de dinero en efectivo, JUNTOS, que se enfoca en actividades intersectoriales para reducir la desnutrición infantil, incrementar la asistencia a los servicios de salud materna e infantil e incrementar la asistencia a la escuela.

De acuerdo a Mejía (2011: 37-45) fue requisito del programa JUNTOS que los padres de familia obtengan el documento de identidad para todos los miembros de la familia, demuestren 85% de asistencia a la escuela de los menores, tengan cartillas de vacunas completas, lleven a sus hijos a controles de salud y a las mujeres embarazadas a chequeos antes, durante y después del embarazo y a programas de educación, además de hacer uso de un paquete nutricional (alimentos fortificados y asistir a capacitaciones en higiene, nutrición y salud) ofrecido por el Programa Nacional de Asistencia Nutricional, consumir agua potable y medicamentos antiparasitarios. Con el cumplimiento de estos requisitos se les entrega USD 71 cada dos meses a personas en extrema pobreza.

Este programa se convirtió según Mejía (2011:11-36) en uno de los más importantes dentro de la estrategia (CRECER) de combate contra la pobreza y desnutrición y una de las razones fue hacer cumplir las condicionalidades del programa, además de la buena coordinación interinstitucional que existía entre los ministerios de Salud, Educación, Vivienda, Desarrollo Social y Finanzas.

Además, en el estudio de UNICEF, Mejorar la nutrición infantil (2013b:35) se menciona que se trabajó a nivel local, regional y nacional, con un financiamiento basado en resultados, lo que contribuyó a movilizar recursos y a mejorar la eficiencia operacional así como la rendición de cuentas por parte del gobierno. La ejecución del programa CRECER y los programas de los distritos, eran responsabilidad de los gobiernos regionales.

Además de acuerdo a UNICEF (2013b: 6) el tener programas bien diseñados y con evaluaciones continuas evidencian el éxito de estas estrategias.

Al comparar las políticas aplicadas en los acápite anteriores con las políticas aplicadas en el país, se observa que se han aplicado similares políticas a las que se han adoptado en los países que han tenido éxito en disminuir la desnutrición en menores de cinco años. Es decir, ha existido la voluntad política para implementar la estrategia, se ha creado el marco legal para el desarrollo de los programas, se han incrementado los recursos para su ejecución y se ha pasado de una política de asistencia alimentaria a una política multisectorial, es decir, enfocada en atacar las principales causas de la desnutrición crónica.

Las políticas se han orientado a la atención de niños menores de cinco años, que incluye mejoramiento en salud, nutrición para niños y niñas y mujeres embarazadas. Educación y alimentación de las madres embarazadas. Además de dar acceso a fuentes de agua segura y servicios sanitarios, vivienda y cultivo de vegetales y hortalizas a través de huertos familiares y escolares.

Además, los programas se han focalizado en los grupos de atención prioritaria, población pobre, con carestía de servicios básicos de agua, saneamiento y vivienda, menores de cinco años, que viven en zonas rurales y que pertenecen a la etnia indígena especialmente.

Las intervenciones han sido multisectoriales y en teoría articuladas con los ministerios del área social, en donde, el MCDS es el encargado de la coordinación de la Estrategia Acción Nutrición que agrupa a al MSP, MIES, ME, MAGAP y MIDUVI. Los proyectos emblemáticos son Desnutrición Cero y PANI.

El proyecto Desnutrición Cero se enfocó en atender a las mujeres desde el segundo mes de embarazo hasta los tres primeros meses de posparto y ofrecer controles de salud y nutrición al niño desde el momento que nace pero solo hasta el primer año de vida. Y entregar un incentivo económico por controles pre y post natales. Una diferencia con respecto a las estrategias mencionadas anteriormente es que en otros países la atención a los menores es hasta los 2 años. En el Informe Ejecutivo del Proyecto Desnutrición Cero (s.f) se menciona que solo se incrementó la concentración de controles de menores de un año de 2,3 a 2,6 visitas y no a 6 que era la meta. También se indica que los controles prenatales pasaron de 3,3 a 3,8 visitas de madres y no 5 como se tenía estimado. Mientras que la entrega de incentivos condicionados solo tuvo una cobertura de 67% de la población objetivo.

El Proyecto PANI se diseñó para atender a menores de 5 años que se encuentran bajo la línea de pobreza. Se crearon los centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV) en cuya modalidad asisten los menores a un centro público y son atendidos por el personal del centro y Creciendo con Nuestro Hijos (CNH) que es una modalidad en la que las madres o la persona responsable del niño los cuidan en casa pero reciben la visita de un profesional periódicamente. Además a los menores se les proporcionaba suplementación con micronutrientes y los padres y madres de familia debían asistir a reuniones comunitarias de consejería. Es decir, educar para así propiciar cambios de comportamiento nutricional, lo cual no se evidencia según Malo, Mejía y Vinuesa (2015: 54) ya que la desnutrición crónica es inclusive más alta en los menores que asisten a estos centros que en aquellos que no asisten a ningún programa infantil.

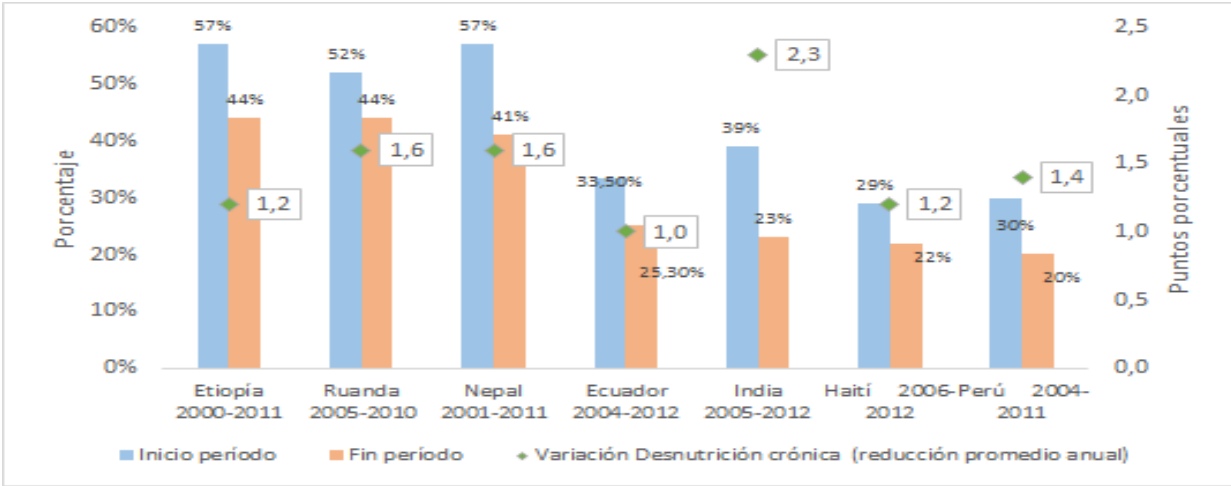
En el país, también se entrega el Bono de Desarrollo Humano, el cual es una transferencia condicionada que, de la misma manera que en varios de los países mencionados, lo que pretende de acuerdo al SIISE (2015) es a través de la ayuda monetaria a hogares en extrema pobreza, mejorar su situación de vulnerabilidad, bajo ciertos condicionamientos, obliga a los beneficiarios a que lleven a sus hijos entre 6 y 16 años a la escuela, y a los menores de 5 años a que sean llevados al menos dos veces al año a un control de salud. Se menciona que si no se cumple con estos condicionamientos, el Estado, a través del Programa Social, suspenderá temporal o de manera definitiva esta ayuda social. Condicionamiento que sería muy importante hacerlo cumplir, ya que como se revisó anteriormente, en Perú uno de los ejes centrales para combatir la desnutrición fue su programa de transferencias condicionadas.

## **Comparación Internacional**

En el Gráfico No. 51, se resumen los porcentajes de desnutrición crónica de Etiopía, Ruanda, Nepal, India, Perú y Haití, antes y después de poner en práctica las políticas alimentarias y nutricionales que les permitieron consolidarse como los países que más lograron bajar la desnutrición crónica en el mundo de acuerdo a un estudio realizado por UNICEF (2013b). Convirtiéndose así, en ejemplo para gobiernos, y en esperanza para millones de niños y niñas, al ver que es posible cumplir con este objetivo.

Ecuador en el año 2012 se ubicó en la mediana de la muestra, con valores de desnutrición crónica superiores a los de India, Haití y Perú y con un ritmo de reducción promedio anual menor a todos los países analizados. Esto a pesar de presentar mejores niveles socioeconómicos que la mayoría de países estudiados, como se verá en las siguientes líneas.

**Gráfico 51**  
**Desnutrición crónica por país**



Fuente: UNICEF 2013 – ENSANUT – ECU 2012  
Elaboración: María Dolores Córdova

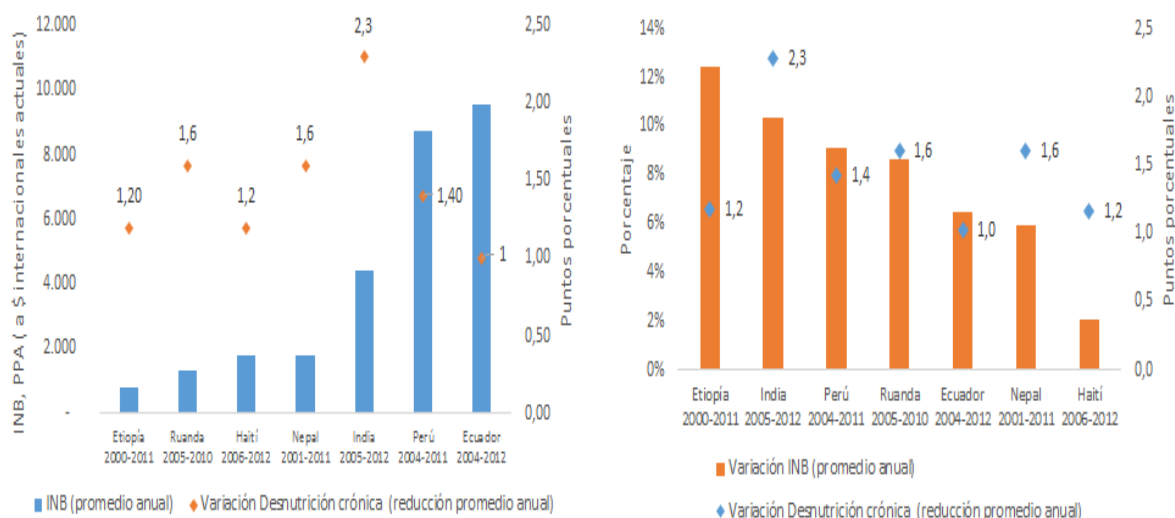
Como se mencionó en el marco teórico, la desnutrición infantil no se refiere exclusivamente a la falta de alimentos, existen varios factores que se interrelacionan y la ocasionan. En función de la evidencia empírica aportada por varios estudios, (Larrea, 2006:14), (Sobrino, Gutiérrez, Cunha, Dávila y Alarcón, 2014: 109), (Beltrán y Seinfeld, 2011:43), (Smith y Lawrence, 1999: 59), realizados dentro y fuera del país y de la disponibilidad de información, se expondrá un conjunto de indicadores entre los que se encuentran, el nivel de ingresos del país, el porcentaje de personas que se encuentra en pobreza y extrema pobreza, el acceso de las viviendas a servicios de saneamiento (agua y alcantarillado) y el nivel de educación de la población. Factores que serían los que mayor incidencia tienen en este problema que afecta a la niñez del país.

**Ingresos**

De acuerdo a los indicadores de desarrollo del Banco Mundial (2015), el nivel de ingresos en los países analizados ha presentado una mejora continua desde el año 2004. Como se aprecia en el Gráfico No. 52, el nivel de ingresos del Ecuador es muy superior al de los países estudiados y similar al de Perú. A pesar de que el país ha mejorado su nivel de ingresos esto no se ha reflejado en los indicadores nutricionales. Ecuador solamente logró disminuir el nivel de desnutrición crónica en 1 punto porcentual por año en el período 2004–2012. Valor menor al de todos los países de la muestra, inclusive al de Etiopía que con un nivel menor de ingresos redujo 1,2 puntos porcentuales anuales o al de Perú que con un nivel de ingresos similar al ecuatoriano redujo sus niveles de desnutrición 1,4 puntos porcentuales anuales.



**Gráfico 52**  
**Desnutrición crónica / INB per cápita PPA**

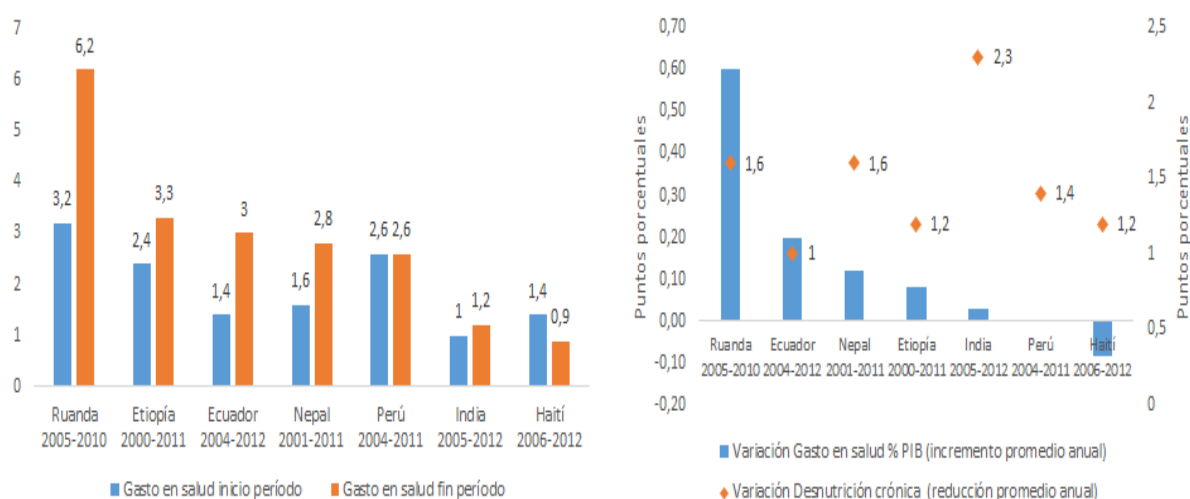


Fuente: Banco Mundial  
Elaboración: María Dolores Córdova

### Gasto público en salud

Como se observa en el Gráfico No. 53, el nivel de gasto en salud como % del PIB de Ecuador es superior a la mediana, dentro de la muestra se encuentra entre los tres países que más han invertido en salud en el año 2012, además de ser de los que más han incrementado su nivel de gasto en el período analizado. A pesar de ello, es el que en menos puntos porcentuales por año ha reducido la desnutrición crónica.

**Gráfico 53**  
**Desnutrición crónica / gasto público en salud (% del PIB)**

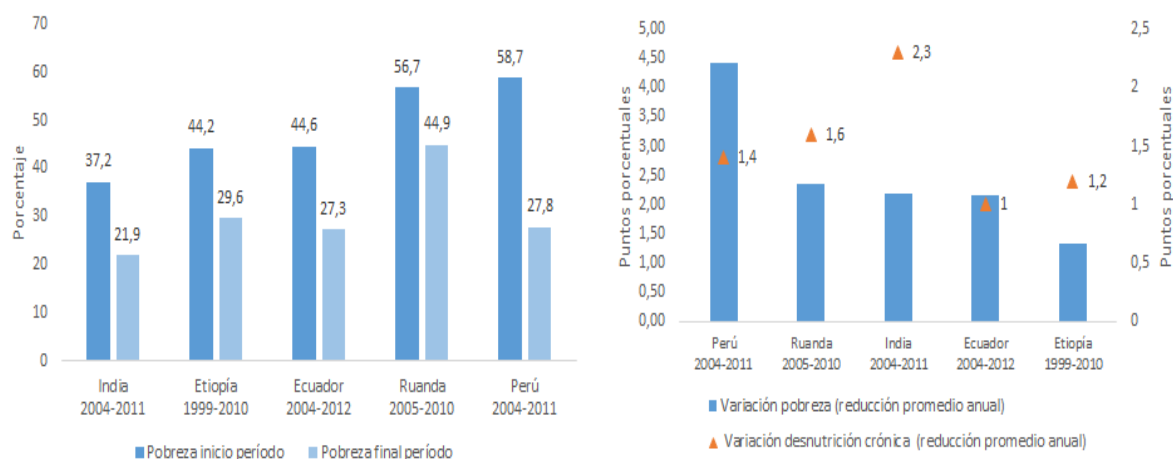


Fuente: Banco Mundial  
Elaboración: María Dolores Córdova  
Nota: Se compara inversión en salud porque no se dispone de información más desagregada para todos los países.

## Pobreza

Se puede apreciar en el Gráfico No. 54, que el nivel de pobreza en Ecuador se encuentra en la mediana de los países analizados. El que muestra más eficiencia en sus políticas de combate a la desnutrición crónica es la India, ya que a pesar de que su ritmo de reducción de la pobreza es similar a la del Ecuador, el ritmo de reducción de la desnutrición crónica duplica a la ecuatoriana.

**Gráfico 54**  
**Desnutrición crónica / Pobreza**



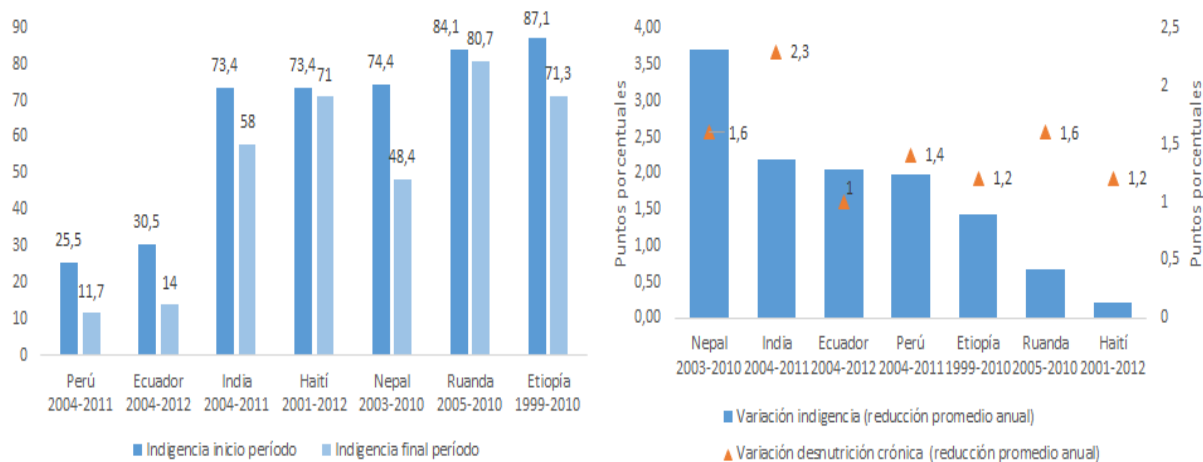
Fuente: Banco Mundial

Elaboración: María Dolores Córdova

Indigencia: porcentaje de la población que vive con menos de USD. 3,10 al día a PPA 2011.

Con respecto a la indigencia, Ecuador presenta uno de los niveles más bajos de población en extrema pobreza con respecto a la muestra analizada. Se observa que India, Ecuador y Perú reducen sus niveles de indigencia a un ritmo similar. Sin embargo, Ecuador solo reduce en un punto porcentual al año su nivel de desnutrición crónica, mientras que la India reduce en 2,3 puntos porcentuales y Perú en 1,4 puntos. (Véase Gráfico No. 55)

**Gráfico 55**  
**Desnutrición crónica / Indigencia**



Fuente: Banco Mundial

Elaboración: María Dolores Córdova

Indigencia: porcentaje de la población que vive con menos de USD. 3,10 al día a PPA 2011.

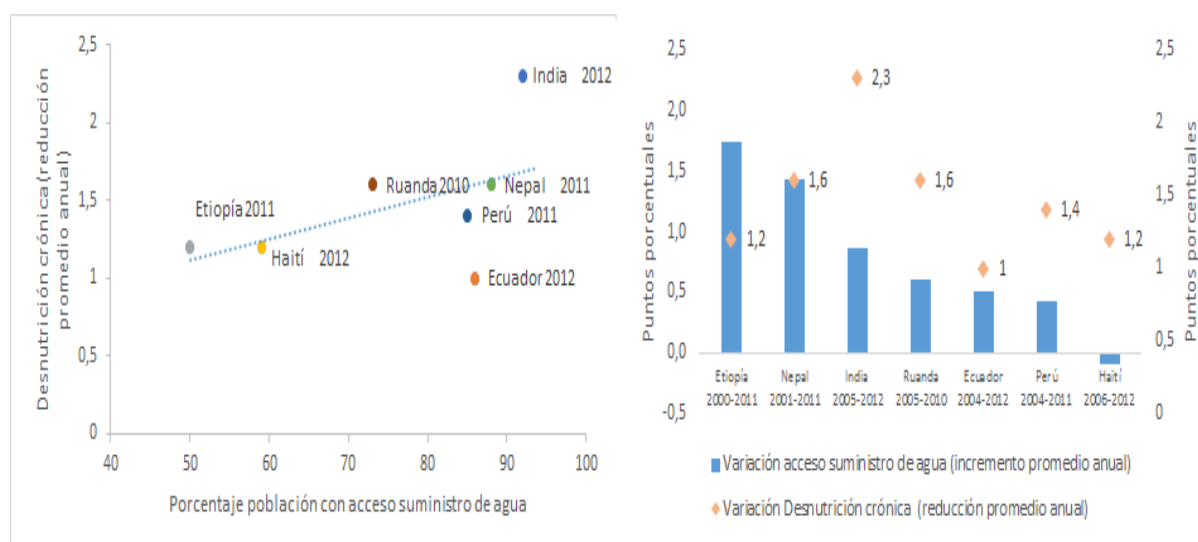
A pesar de esta significativa reducción de la pobreza e indigencia en el Ecuador, resulta evidente que fue insuficiente o mal focalizada y no se pudo cumplir con el objetivo de reducir la desnutrición de los menores como lo han hecho los otros países analizados.

Se debe tener en cuenta, que en países como Etiopía y Perú, las transferencias condicionadas son parte de la estrategia nutricional, que han demostrado su efectividad al disminuir la desnutrición crónica como réplica de la disminución de la pobreza. Sin embargo, en Ecuador el BDH, pese a ser considerado como una transferencia de dinero condicionada, de acuerdo a un estudio de la CEPAL (2013a: 43) no tiene un monitoreo de las corresponsabilidades de este en cuanto a las visitas de los menores de seis años a los centros de salud. De igual forma, en un artículo del BM (2011:14) se menciona que el gobierno no ha exigido corresponsabilidad y que en este caso no se podría hablar de transferencias de dinero condicionadas. Así mismo, el BM (2011: 35) indica que en una evaluación de impacto realizada en el año 2007 no se encontró que el BDH haya contribuido a reducir el retraso en crecimiento de los menores. Por estas razones, sería importante que la Estrategia Acción Nutrición exija la corresponsabilidad.

### Saneamiento

De acuerdo a los indicadores de desarrollo del Banco Mundial (2015), el porcentaje de población con acceso a suministro de agua en los países de la muestra se ha elevado en el período analizado, con excepción de Haití como se observa en el Gráfico No. 56. Así mismo, se evidencia que los países que muestran mayores niveles de acceso a este servicio son los que han logrado reducir en mayor porcentaje sus niveles de desnutrición. A pesar de que Ecuador se encuentra dentro de los tres países que mejores condiciones de acceso presentan, sería la excepción.

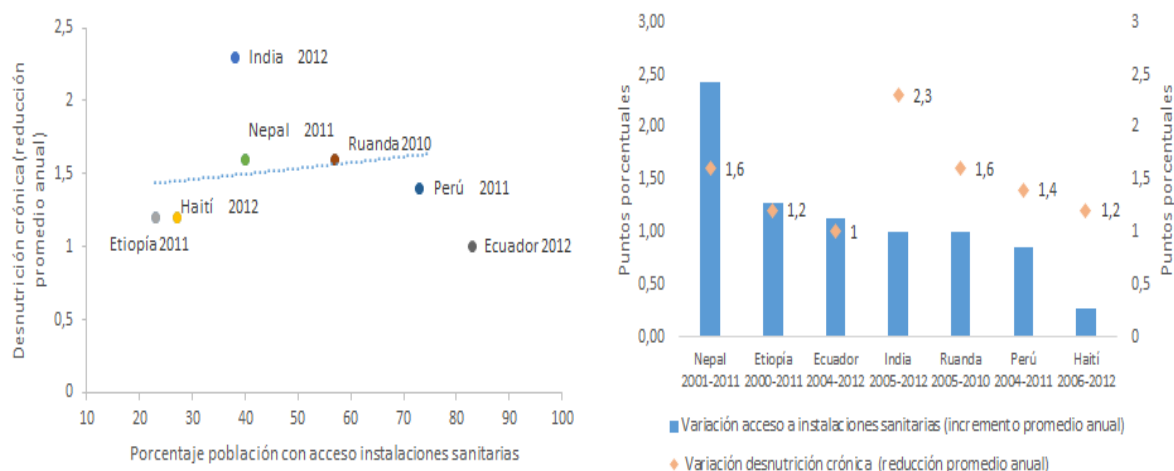
**Gráfico 56**  
**Desnutrición crónica / acceso a suministro de agua**



Fuente: Banco Mundial  
Elaboración: María Dolores Córdova

Con respecto, a la mejora del porcentaje de la población con acceso a instalaciones sanitarias, en el Gráfico No. 57 se observa que Ecuador es el país con mejores niveles de acceso a este servicio. Sin embargo, a pesar de presentar un ritmo de incremento similar al de India o Ruanda y superior al de Perú o Haití, esto no se refleja en el porcentaje de cambio de la desnutrición.

**Gráfico 57**  
**Desnutrición crónica / acceso a instalaciones sanitarias**



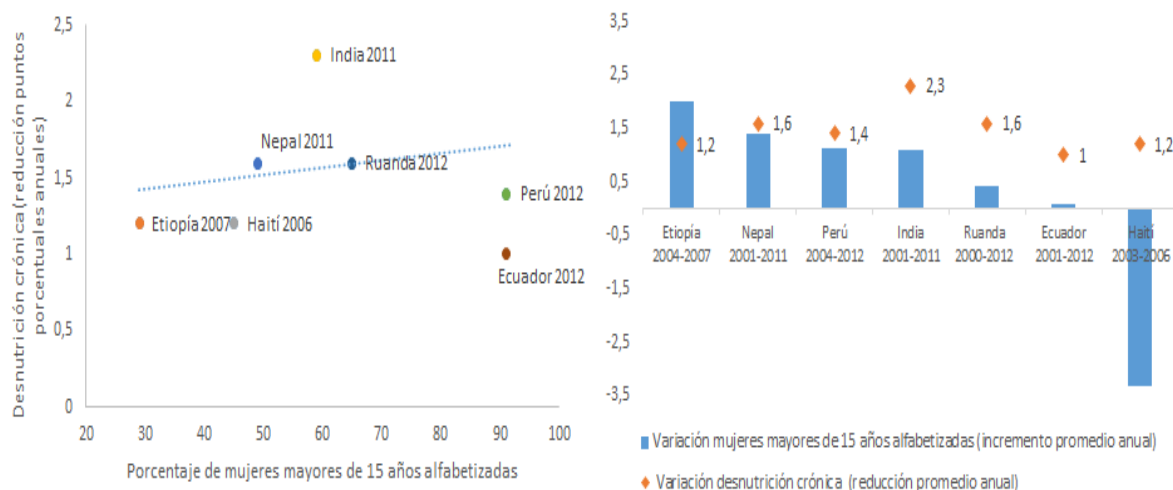
Fuente: Banco Mundial  
Elaboración: María Dolores Córdova

Es decir, si bien ha mejorado el acceso de la población ecuatoriana a estos servicios, posiblemente una de las causas en el bajo ritmo de descenso de la desnutrición crónica, está relacionada con los hábitos de higiene (nivel cultural). En un estudio de la OMS – UNICEF y USAID (2015: 37) se encontró que el grupo en el que se incluyeron hábitos de higiene, higiene de alimentos e higiene ambiental, además de políticas alimentarias, bajó en mayor proporción su nivel de desnutrición crónica al compararlo con los grupos que solo aplicaban políticas alimentarias. Demostrando así, la significativa asociación entre hábitos de higiene y desnutrición crónica.

### Educación

Varios estudios señalan que la educación de la madre se encuentra entre los factores que más incidencia tienen en la desnutrición infantil. De acuerdo a los datos disponibles en la base de datos del Banco Mundial, se observa en el Gráfico No. 58 que el nivel de educación de las mujeres contribuye a disminuir la desnutrición crónica, pero en Ecuador no se cumple este axioma. Lo cual se corrobora con un estudio realizado por la CEPAL (2014: 63) en el Grupo Andino, en donde se menciona que en Ecuador la disminución de la desnutrición no tiene mayor relación con la educación de las madres como lo tiene en Perú, Bolivia y Colombia.

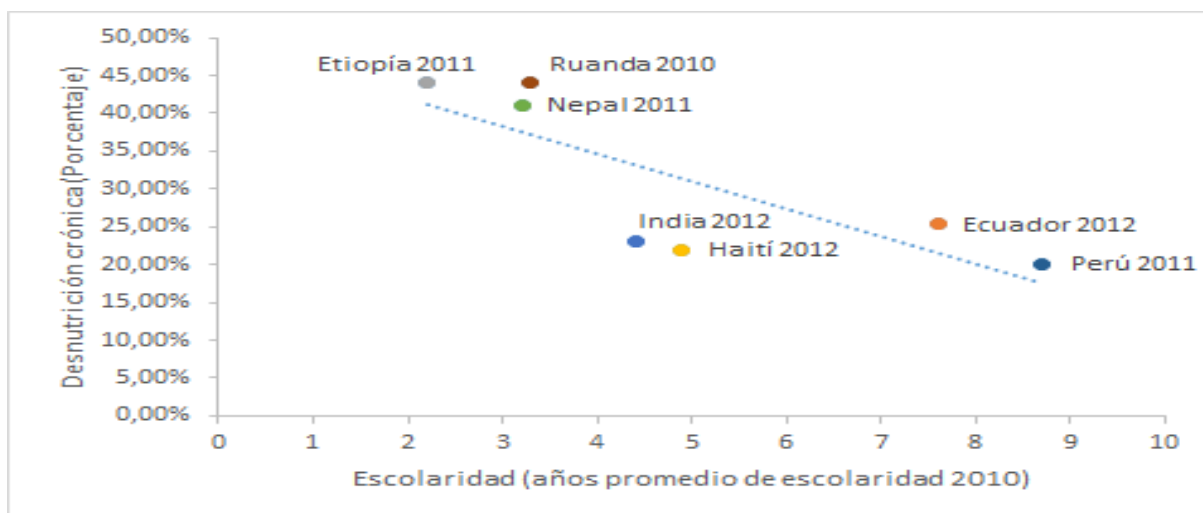
**Gráfico 58**  
**Desnutrición crónica / Tasa de alfabetización mujeres mayores a 15 años**



Fuente: Banco Mundial  
 Elaboración: María Dolores Córdova

Según la Oficina regional de educación para América Latina y el Caribe – OREAL – y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura – UNESCO – (2011:14) alcanzar al menos 12 años de escolaridad (años para terminar la primaria y la secundaria) en la mayor parte de los países de América Latina, sería el capital educativo mínimo para obtener mejores niveles de nutrición, entre otros beneficios. Perú y Ecuador presentan los niveles de escolaridad más altos como se observa en el Gráfico No. 59, a pesar de esto, Ecuador no ha disminuido el porcentaje de desnutrición crónica como lo han hecho Perú y otros países de la muestra con menores niveles de escolaridad.

**Gráfico 59**  
**Desnutrición crónica / años de escolaridad promedio**



Fuente: Banco Mundial. PNUD: Años de escolaridad.  
 Elaboración: María Dolores Córdova

Estos resultados reflejarían, que el nivel de educación formal no tiene tanta incidencia al momento de reducir la desnutrición crónica en el Ecuador, tal como lo indican estudios citados en párrafos anteriores. Además de las políticas que se están aplicando actualmente, se debería diseñar políticas en

educación enfocadas en salud nutricional y hábitos alimenticios. Además de políticas en educación enfocadas en hábitos de higiene, higiene de alimentos e higiene ambiental como lo señala un estudio de la OMS – UNICEF y USAID (2015: 9) y como se evidencia fueron aplicadas en la mayoría de los países analizados.

En Ruanda, existen jornadas de salud en las que además de suministrar servicios de salud gratuitos, se capacita a la comunidad en salud nutricional. En Haití, se crearon los centros de orientación sobre nutrición. En India, además de los servicios en salud, en las mismas instalaciones se educa en salud nutricional a madres, y adolescentes. En Nepal, las voluntarias de las comunidades educan sobre nutrición a todas las personas que cuiden niños o a mujeres embarazadas. En Ruanda, existen estrategias educativas para el cambio de comportamiento, con lo cual se promueven prácticas de alimentación y atención de la madre antes, durante y después del embarazo. En Perú, se implantaron prácticas de higiene y educación en nutrición en los hogares, especialmente en los hogares con mayores niveles de pobreza y exclusión.

Cabe anotar que en el país en el quintil V la desnutrición crónica es de 13,8%, por lo que se evidencia las políticas deben ser generales, tanto para estratos pobres como no pobres ya que según un estudio realizado por el BM (2006: sp) la mala nutrición no solo está en función del ingreso, las personas no disponen de conocimiento sobre qué alimentos o prácticas de alimentación son mejores para sus niños.

Una vez analizados y comparados los indicadores de la población ecuatoriana con los indicadores de los países seleccionados, se puede concluir que las condiciones socioeconómicas del país se encuentran sobre la mediana de los países estudiados. Es decir, además de haberse incrementado en el período 2004–2012, presentan un mejor nivel con relación a los países de la muestra. Donde se observa que el INB per cápita (PPA) pasa de USD. 6.810 en el año 2004 a USD. 10.350 en el 2012 lo que ubica al país como país de ingreso mediano alto según la clasificación del Banco Mundial y con el mejor nivel de INB en relación a la muestra.

Así mismo, el nivel de gasto en salud como % del PIB de Ecuador es superior a la mediana, dentro de la muestra se encuentra entre los tres países que más han invertido en salud en el año 2012, además de ser de los que más han incrementado su nivel de gasto en el período analizado, pasa de 1,4% a 3% del PIB.

De igual forma, el nivel de pobreza en Ecuador se encuentra en la mediana de los países analizados, ha tenido una disminución importante entre el 2004 y el 2012, la cual se reduce de 44,6% a 27,3%. Lo mismo ha sucedido con la extrema pobreza, la cual disminuyó de 30,5% a 14%, ubicando al Ecuador como uno de los países con menor nivel de indigencia.

Con respecto al nivel de acceso a servicios de agua, Ecuador se encuentra dentro de los tres países que mejores condiciones de acceso presentan, el cual se ha incrementado en el período 2004–2012 de 82% a 86% de la población. Mientras que el nivel acceso que tiene la población de Ecuador a servicios sanitarios es el mejor, el cual cubre a 83% de la población.

Lo mismo sucede con la tasa de alfabetización y los años de escolaridad, que presentan mejores niveles de instrucción que los demás países estudiados. El porcentaje de mujeres mayores de 15 años que saben leer y escribir se ubica en 91%, mientras que los años de escolaridad de la población en general es de 7,6 años, solo Perú presenta un nivel superior de años de instrucción (8,7).

El análisis de estas variables muestra que no es condición suficiente mejorar los indicadores socioeconómicos de un país para que mejore el indicador nutricional, es necesario tener políticas públicas que estén bien focalizadas y articuladas.

Al relacionar las políticas que se han aplicado en Ecuador, con las políticas aplicadas en Etiopía, Haití, India, Nepal, Perú y Ruanda, países que a nivel mundial son lo que en mayor proporción han reducido la desnutrición crónica, se evidencia que el país sigue la misma línea de estos países. Es decir, con políticas alimentarias y nutricionales específicas, destinadas a mejorar la nutrición de las mujeres, antes, durante y después del embarazo, además de lactancia materna temprana y exclusiva durante los primeros 6 meses, así como alimentación complementaria de 6 a 24 meses, acompañada de una ingesta adecuada de micronutrientes y educación nutricional. Y políticas subyacentes, que son articuladas con otras áreas como acceso a fuentes de agua segura y servicios sanitarios, vivienda y cultivo de vegetales y hortalizas a través de huertos familiares y escolares.

Sin embargo se evidencian algunas diferencias, no existe una articulación fuerte entre los expertos nutricionales (nutrición específica) con los expertos en otras áreas (intervenciones en áreas sensibles).

La edad de los menores, ya que en Ecuador se brindó controles de salud y nutrición al niño desde el momento que nace pero solo hasta el primer año de vida, en contraste con las estrategias en aplicadas en los países estudiados que dan atención hasta los dos años de edad.

Otra diferencia es que en Ecuador a pesar de que el BDH es una transferencia de dinero condicionada, no tiene un monitoreo de las corresponsabilidades de este en cuanto a las visitas de los menores a los centros de salud, como lo tienen Etiopía y Perú. El programa de transferencias condicionadas en Perú es el eje central de la estrategia para reducir la pobreza y la desnutrición ya que incorpora varias condicionalidades: obtención del documento de identidad para todos los miembros de la familia, que se demuestre 85% de asistencia a la escuela de los menores, que se tenga cartillas de vacunas completas, que se lleve a los hijos de los beneficiarios a controles de salud y a las mujeres a chequeos antes, durante y después del embarazo, que se asista a programas de desarrollo de capacidades, además de consumir agua potable y medicamentos antiparasitarios.

De la misma manera, se evidencia que las políticas en educación enfocadas en salud nutricional y hábitos alimenticios, así como políticas en educación enfocadas en hábitos de higiene, higiene de alimentos e higiene ambiental también marcan una gran diferencia. De esta manera se explicaría en parte, que países con indicadores socioeconómicos bajos y niveles de desnutrición similares a los del país – como Haití (22%) – tengan un ritmo de disminución de la desnutrición crónica mayor que Ecuador.

Es decir, no es suficiente que una sociedad tenga ingresos para alimentarse, disponga de recursos para invertir en salud, si no se conoce que alimentos son buenos, cual es la importancia de éstos en la salud. Así mismo, no es suficiente tener un buen nivel de acceso a servicios de saneamiento y educación formal, es necesario saber cómo utilizar y cómo aprovechar estos servicios.

## *Resultados*

Una vez analizado el marco legal de las políticas públicas en nutrición y alimentación, los programas que se han creado, así como la inversión pública que se ha destinado con la finalidad de mejorar la nutrición de la infancia, se observa que a partir del año 2008 se inicia un cambio en la concepción del problema de la desnutrición crónica, en donde ya no es considerado solo como un problema de salud, que se puede solucionar con raciones de alimentos, sino que se le considera como un problema con múltiples causas que requiere intervenciones de varios sectores para poder erradicarlo.

Además, pasa de un enfoque de asistencia social – caritativo – a un enfoque de derechos, en donde la alimentación y la nutrición son consideradas un derecho básico y una precondition que debe tener toda la población – de manera especial las personas más vulnerables – para así poder acceder a otros derechos.

Así, en el año 1986 cuando se realiza la primera encuesta de la situación alimentaria, nutricional y de salud (DANS), 40,2% de los menores de cinco años presentaban desnutrición crónica, realidad que refleja el escaso manejo de las políticas aplicadas en este período, las cuales consistían básicamente en asistencia social.

En el año 2004 cuando se realiza la segunda encuesta nutricional (ENDEMAIN) se evidencia que la desnutrición crónica pasó de 40,2% en 1986 a 33,5% en el 2004. Lo que representa una reducción de 6,7 puntos porcentuales en 18 años. Es decir, 0,4 puntos porcentuales por año, lo que demuestra que a pesar de que las políticas estaban mejor focalizadas, había una mayor participación y organización del gobierno con proyectos y programas, el hecho de que sean solo programas alimentarios no condujo a disminuir la desnutrición. Según un estudio realizado por Larrea (2006:10) la cobertura de los programas nutricionales para menores de 5 años no solo que era baja, sino que no estaba bien focalizada, estaba dirigida a la Costa, donde la desnutrición crónica es menor. Así, según la encuesta ENDEMAIN 2004, la cobertura en la Costa era de 6,1% en comparación a la Sierra que alcanzaba al 3,9%, en donde el Programa PANN 2000 llegaba solo a 5 % de los hogares.

En la tercera encuesta nutricional (ENSANUT-ECU) se reporta que la desnutrición pasó de 33,5% en el 2004 a 25,3% en el 2012. O sea, 8,2 puntos porcentuales por año. A pesar de los nuevos enfoques en las políticas aplicadas en el país en el período analizado – en las que se pasa de una política basada en el asistencialismo en donde los programas estaban dispersos en diferentes entidades públicas y eran básicamente alimentarios, a un enfoque basado en factores causales de la desnutrición en donde se comienza a trabajar de manera articulada con los diferentes ministerios del área social – se evidencia que no se ha cumplido con la meta propuesta en el PNVB 2009–2013 de reducir la desnutrición crónica en 45% hasta el año 2013. Sin embargo, el hecho de que el ritmo de reducción del período 2004–2012 sea de 1 punto porcentual por año, muestra que en este segundo período las políticas en alimentación y nutrición que se han ejecutado han tenido mayor impacto en los indicadores nutricionales que las aplicadas en el período 1986–2004.

En la entrevista realizada a los funcionarios de la Estrategia Acción Nutrición, se verificó que ha existido voluntad y esfuerzo para coordinar e integrar los proyectos de alimentación y nutrición entre las instituciones del área social. Sin embargo, no se evidencia una articulación multisectorial fuerte – ya que es fácil formular pero muy complicado implementar – de acuerdo a un Informe de sistematización de experiencias exitosas en los programas conjuntos de infancia, seguridad alimentaria



y nutrición de América Latina y Caribe realizado por Morgan (2013) el mayor problema al que deben enfrentarse las estrategias multisectoriales es la articulación de programas y proyectos, ya que resulta muy complejo que un director de una institución este subrogado a otro director o institución.

Así, los tres proyectos investigados, funcionan de manera independiente, con sus propios sistemas de focalización, así como de información y de monitoreo. Además fue imposible tener acceso a todos los informes de evaluación, ya que la información de los proyectos y programas depende del director que este en funciones, situación que se agrava porque son frecuentes los cambios de funcionarios.

Con respecto a la inversión social se evidencia que a pesar del esfuerzo por aumentar la prioridad del gasto social, Ecuador ha sido uno de los países que tradicionalmente ha mantenido las menores tasas de inversión social en América Latina y el Caribe. A finales del 2010 (disponibilidad de datos), solo Ecuador (8,1%), Guatemala (7,9%) y República Dominicana (7,3%) presentaban gastos sociales menores a 10% de su PIB, comparado con el promedio de la región de 19,2%. Con respecto al gasto social anual per cápita, el promedio de la región se ubicó en USD. 1.087 dólares, mientras que el de Ecuador fue de 276 dólares.

Al relacionar el gasto social con la desnutrición, varios estudios señalan que a mayor inversión social menores prevalencias de desnutrición. Sin embargo, se evidencia al comparar internacionalmente, que el gasto social del Ecuador no tiene el mismo nivel de eficiencia que otros países.

Por otra parte, una vez que se ha evidenciado el contexto socioeconómico, se observa que si bien la economía ecuatoriana ha mantenido una tendencia creciente – en promedio del orden de 4% – en el período 2007–2012, que ha permitido mejorar la tasa de pobreza e indigencia de la población y de varios indicadores de desarrollo, aún existen indicadores – como el de la desnutrición crónica – cuyo resultado revela las grandes privaciones y falencias que aun padece un gran porcentaje de la niñez ecuatoriana debido al bajo impacto que han tenido las políticas y programas que ha implementado el Estado.

Efectivamente, la desnutrición crónica en el país presenta tasas elevadas desde que se realizó la primera encuesta nutricional en el año 1986. Al comparar a nivel de Latinoamérica y el Caribe se pone en evidencia la dimensión de este problema, en donde desde hace 26 años Ecuador se encuentra entre los cuatro países de la región con los índices más elevados de desnutrición crónica. Si bien ha disminuido de 40,20% en el año 1986 a 25,30% en el año 2012 aun afecta a 1 de cada 4 menores de cinco años. Solo Bolivia (27,2%), Honduras (29,9%) y Guatemala (48%) superan este porcentaje.

Sin embargo, este indicador del país no refleja las graves y notorias diferencias que se viven en los diferentes sectores socioeconómicos ni en los distintos niveles territoriales del Ecuador. En donde, la desnutrición crónica es más elevada en menores indígenas (42,3%) que en menores de otras etnias – montubios (20,4%), mestizos, blancos y otros (24,2%). Así también, es más severa en las zonas rurales donde 31,6% de los menores la padece comparada con 21,8% de los infantes de las zonas urbanas, especialmente en la Sierra rural ya que 33,7% presenta este problema. La brecha entre los quintiles I y II es aún mayor abarca 65% de los niños que presentan desnutrición crónica mientras que en el quintil V llega solo 13,8% de los menores. Así mismo se amplía la brecha cuando se compara el nivel de educación de la madre, la desnutrición crónica en hijos de madres analfabetas es de 38,8% mientras solo afecta a 15,4% de hijos de madres con instrucción superior.

Al comparar este indicador en las diferentes provincias se evidencia que las más afectadas son Chimborazo y Bolívar donde la desnutrición crónica aflige a 48,8% y a 40,8% de los menores de 5 años respectivamente, situación comparable solo con países como Malawi (47,8%) y Madagascar (49,2%) según indicadores de desarrollo del Banco Mundial (2015). Sin embargo, llama la atención el elevado índice de desnutridos que se encuentran en la provincia de Santa Elena (37,3%), donde sería interesante analizar las razones que influyen en este indicador, ya que la literatura científica señala que en las zonas costeras el problema nutricional es menor.

Al analizar las variables de pobreza e indigencia, nivel de saneamiento y educación en los distintos niveles territoriales del país y relacionarlas con el indicador de desnutrición crónica se muestra por un lado, la fuerte correlación que existe con el diseño de las políticas alimentarias y nutricionales actuales, y por otro, que las políticas públicas y los programas en alimentación y nutrición implementados aún no han llegado a la población más vulnerable, lo que se traduce en – precarias condiciones sociales y económicas y – elevados índices de desnutrición.

No es una coincidencia que la desnutrición azote especialmente a los infantes que habitan en las provincias de Chimborazo (48,8%) y Bolívar (40,8%) en donde los niveles de pobreza e indigencia, así como de saneamiento y educación presentan los peores índices del país.

Entonces, se podría decir que son las condiciones sociales y económicas por las que atraviesa un elevado porcentaje de menores ecuatorianos el factor principal para padecer desnutrición crónica – ya que si bien del análisis de seguridad alimentaria, se desprende que la disponibilidad de energía alimentaria en el país es estable y suficiente para la población, ya que la oferta promedio anual del país es de 2.418 kilocalorías por persona al día lo que cubre sin problema el requerimiento mínimo promedio anual de 1.910 kilocalorías diarios por persona – al analizar los alimentos más representativos en el consumo diario de energía por región, se evidencia que en la Sierra rural, zona con los índices más elevados de desnutrición crónica, los alimentos que más se consumen son carbohidratos y tubérculos (arroz, pan, papas y fideos). Situación que demuestra la baja capacidad de compra de las familias de los estratos más vulnerables, pues los ingresos familiares no alcanzan a cubrir los costos de la canasta básica familiar.

Así, la desnutrición se ha convertido en un círculo vicioso, que se profundiza por el elevado nivel de pobreza, la baja cobertura de servicios básicos y reducido nivel de educación, así como por cambios en las costumbres, hábitos alimenticios, y poco conocimiento sobre nutrición, especialmente de las madres.

Al relacionar las políticas que se han aplicado en Ecuador, con las políticas aplicadas en Etiopía, Haití, India, Nepal, Perú y Ruanda – países que a nivel mundial son los que en mayor proporción han reducido la desnutrición crónica – se evidencia que Ecuador sigue la misma línea de estos países. Es decir, existe la voluntad y el compromiso político como eje principal. También, políticas alimentarias y nutricionales específicas destinadas a mejorar la nutrición de los menores de dos años y mujeres, especialmente antes, durante y después del embarazo. Fomentar la lactancia materna desde la primera hora de nacidos y de forma exclusiva hasta los 6 meses. Instruir sobre alimentación complementaria de 6 a 24 meses, acompañada de una ingesta apropiada de micronutrientes. Además de educación nutricional. Y políticas subyacentes, que son articuladas con otras áreas como acceso a fuentes de agua segura y servicios sanitarios, vivienda y cultivo de vegetales y hortalizas a través de huertos familiares y escolares. Sin embargo, se evidencian algunas diferencias en su aplicación:

No existe una articulación fuerte intersectorial. Es decir, entre los expertos nutricionales (nutrición específica) con los expertos en intervenciones en áreas sensibles (pobreza, saneamiento, educación, agricultura, etc.)

Tampoco existe un sistema de focalización único que sea compartido por todos los sectores del área social, como lo tienen los países analizados, lo cual permitiría que la cobertura de los programas sea transparente y llegue a los sectores más vulnerables.

No se cuenta con sistemas de monitoreo, ni de evaluación que permitan mejorar el desempeño de los programas como lo tienen todos los países analizados.

La edad de los menores ya que en Ecuador – a través del Programa Desnutrición Cero – se ofreció controles de salud y nutrición al niño desde el momento que nace pero solo hasta el primer año de vida, en contraste con las políticas aplicadas en los países estudiados que dan atención hasta los dos años de edad.

Otra diferencia es que en Ecuador a pesar de que el BDH es una transferencia de dinero condicionada, no tiene un monitoreo de las corresponsabilidades de este en cuanto a las visitas de los menores a los centros de salud, como lo tienen Etiopía y Perú. El programa de transferencias condicionadas en Perú ha sido el eje central de las políticas públicas para reducir la pobreza y factor determinante según Mejía (2011: 36) en reducir la desnutrición, ya que obliga a cumplir varias condicionalidades – chequeos de salud a menores y mujeres embarazadas, uso de un paquete que ofrecido por el Programa Nacional de Asistencia Nutricional para niños menores de tres años (alimentos fortificados y asistir a capacitaciones en higiene, nutrición y salud), consumir agua potable y medicamentos antiparasitarios – además de contar con un sistema de focalización

De la misma manera, se evidencia que las políticas en educación enfocadas en salud nutricional y hábitos alimenticios, así como políticas en educación enfocadas en hábitos de higiene, higiene de alimentos e higiene ambiental también marcan una gran diferencia. De esta manera se explicaría, que países como Haití (29%) y Perú (30%) con indicadores nutricionales similares a los de Ecuador (33,5%) pero cuyo nivel de gasto en salud es bajo – como se señala en el capítulo tres – comparado al Ecuador, tengan un ritmo de disminución de la desnutrición crónica mayor.

Es decir, no es suficiente que una sociedad tenga ingresos para alimentarse, disponga de recursos para invertir en salud, si no se conoce que alimentos son buenos y cuál es la importancia de éstos en la salud. Así mismo, no es suficiente tener un buen nivel de acceso a servicios de saneamiento y educación formal, es necesario saber cómo utilizar y cómo aprovechar estos servicios.

## *Conclusiones y recomendaciones*

### **Conclusiones**

En base a los resultados observados se puede concluir, con respecto a los programas de alimentación y nutrición en el Ecuador, lo siguiente:

El marco legal de los programas de alimentación y nutrición, en los últimos veinte y seis años, ha evolucionado favorablemente desde una visión de asistencia social a una visión de derechos, con su consiguiente beneficio de empoderamiento de la sociedad y visualización de la importancia de la nutrición como elemento básico para el desarrollo de otras capacidades del ciudadano.

El enfoque de política también ha evolucionado de manera positiva, desde una visión simplista en la que el problema era resuelto con políticas dirigidas exclusivamente a mejorar la alimentación de la población objetivo, a un enfoque más holístico, en el cual se reconoce a la desnutrición como un problema multicausal, cuyas raíces también se encuentran en los hábitos de higiene de la población, el acceso a servicios de saneamiento, el nivel educativo de los padres, la salud de la madre en la etapa de embarazo, acceso a vacunación y a los controles de niño sano, el ingreso familiar y el acceso a ciertos productos, entre otros.

En cuanto a la eficacia de las políticas públicas de nutrición, según UNICEF (2013b:25) los resultados muestran que ha existido una sostenida disminución de los indicadores de desnutrición como porcentaje de población pero no a la velocidad a la que se esperaba. Al contrastar la evolución del indicador de desnutrición crónica del Ecuador con otros países como Etiopía, Haití, India, Nepal, Perú y Ruanda, todos estos mostraron en promedio anual una reducción más acelerada a pesar de que Ecuador presenta mejores condiciones socioeconómicas que los países analizados, por lo que se puede concluir que la política pública en nutrición y alimentación del Ecuador pudo haber sido más eficaz en el período 2007-2012.

El Ecuador entre el año 2004 y 2012 ha duplicado su inversión en programas de salud de acuerdo a datos del BM (Comparado con los países de la muestra, Ecuador es superior a la mediana (% del PIB) y se encuentra entre los tres países que más han invertido en salud en el año 2012. Se puede concluir entonces que los bajos resultados alcanzados en comparación a lo planificado no son consecuencia de la falta de inversión, sino probablemente por ineficiencias operativas y de coordinación, así como por deficiencias en la focalización y el diseño de las políticas nutricionales.

Al analizar las variables de pobreza e indigencia, nivel de saneamiento y educación en los distintos niveles territoriales del país y relacionarlas con el indicador de desnutrición crónica se muestra por un lado, la fuerte correlación que existe de estas variables con el diseño de las políticas alimentarias y nutricionales actuales, pero por otro, el bajo impacto que han tenido las políticas y programas que se han implementado en provincias como Chimborazo y Bolívar, donde los niveles de pobreza e indigencia, así como de saneamiento y educación, no solo que, son los peores del país, sino que, se han deteriorado aún más en el período (2007-2012).

No es una coincidencia que la desnutrición azote de manera alarmante a un gran porcentaje de infantes que habitan en estas provincias, es el reflejo del nivel de subdesarrollo en el que han vivido durante 26 años, en donde las políticas y programas muy poco han podido hacer. Sería interesante investigar

como en Perú se logró rebasar la barrera de la interculturalidad, lo cual permitió reducir la desnutrición crónica en los sectores más pobres con una población de mayoría indígena, a un ritmo de 1,71 puntos porcentuales por año.

En Ecuador los programas no evidencian una articulación fuerte entre los diferentes sectores del área social. Es decir, entre los expertos nutricionales (nutrición específica) con los expertos en intervenciones en áreas sensibles (pobreza, saneamiento, educación, agricultura, etc.)

Tampoco existe un sistema de focalización único que sea compartido por todos los sectores del área social, como lo tienen los países analizados, lo cual permitiría que la cobertura de los programas sea transparente y llegue a los sectores más vulnerables.

No se cuenta con sistemas de monitoreo, ni de evaluación que permitan mejorar el desempeño de los programas como lo tienen todos los países analizados.

Un aspecto relevante que debería ser evaluado es la pertinencia del período de intervención. Al parecer los países que presentaron programas más extensos tuvieron mejores resultados que el Ecuador. Así por ejemplo, el Programa Desnutrición Cero ofreció controles de salud y nutrición al niño desde el momento que nace hasta el primer año de vida, en contraste con las políticas aplicadas en los países estudiados que dan atención hasta los dos años de edad.

Otra diferencia es que en Ecuador a pesar de que el BDH es una transferencia de dinero condicionada, no tiene un monitoreo de las corresponsabilidades de este en cuanto a las visitas de los menores a los centros de salud, como lo tienen Etiopía y Perú. El programa de transferencias condicionadas en Perú ha sido el eje central de las políticas públicas para reducir la pobreza y factor determinante según Mejía (2011: 36) en reducir la desnutrición, ya que obliga a cumplir varias condicionalidades, lo que no sucede con el BDH de Ecuador.

También se concluye que las políticas en educación enfocadas en salud nutricional, hábitos alimenticios, hábitos de higiene, higiene de alimentos e higiene ambiental inciden directamente en el comportamiento de las personas. Como se observa en países como Perú que con indicadores socioeconómicos y nutricionales similares a los de Ecuador tuvo un ritmo de disminución de la desnutrición crónica mayor. De hecho, que en el Ecuador la desnutrición sea un problema tanto del quintil más pobre como del quintil más rico sugiere que el acceso a alimentos de calidad no solo es un tema de ingreso sino también está relacionado con hábitos alimenticios, conocimiento nutricional e higiene.

Es decir, no es suficiente que una sociedad tenga ingresos para alimentarse, disponga de recursos para invertir en salud, si no se conoce que alimentos son buenos y cuál es la importancia de éstos en la salud. Así mismo, no es suficiente tener un buen nivel de acceso a servicios de saneamiento y educación formal, es necesario saber cómo utilizar y cómo aprovechar estos servicios.

## *Recomendaciones*

Existen un sinnúmero de acciones que contribuirían a controlar la desnutrición en el país, sin embargo la que más incidiría sería una política de Estado que se respete a lo largo del tiempo, aplicada de manera sostenida, independientemente de la tendencia política y económica.

Se debería crear un consenso técnico liderado por el MCDS a través de su Estrategia Acción Nutrición sobre las políticas y programas más adecuados para enfrentar el problema, con la incorporación de la academia y técnicos de las políticas públicas tanto de instituciones nacionales como internacionales. Esto permitiría sustentar de manera empírica y científica los programas y poder dar continuidad a los mismos. Además del asesoramiento de organizaciones internacionales que bastante experiencia tienen en el tema.

La Estrategia Acción Nutrición debería redefinir la focalización de los proyectos, por un lado hay que tener en cuenta que, si bien el problema nutricional afecta en mayor proporción al sector rural e indígena, la cantidad de niños y niñas desnutridas de las zonas rurales equivalen a 79% de los urbanos. Es muy importante tener en cuenta esta relación, ya que aun cuando el porcentaje de menores con desnutrición crónica sea mayor en el sector rural, el número de menores puede ser más elevado en el sector urbano marginal de las ciudades. Y por otro, es básico crear un sistema de selección, hay que enfocarse en los que más lo necesitan.

La Estrategia Acción Nutrición debe insistir en la corresponsabilidad del BDH, ya que es una política que permitió que Perú y Etiopía disminuyan a ritmo acelerado su nivel de desnutrición crónica.

Así mismo, las políticas direccionadas a incrementar la cobertura de servicios de agua potable y servicios sanitarios, además de focalizarse especialmente en las zonas rurales y urbano marginales, deben ir acompañadas de políticas de educación en hábitos de higiene, higiene de alimentos e higiene ambiental, políticas que se evidencian fueron aplicadas en todos los países analizados.

El Programa Desnutrición Cero del MSP además de controlar a las mujeres embarazadas y a los menores hasta el segundo año de vida, debería tener en cuenta las prácticas realizadas en Chile en donde la desnutrición es de 2%. En este país según la OPS (s.f.: 71) los controles son hasta los seis años de edad, donde se inmuniza a los menores, se imparten charlas en educación en nutrición y estimulación del desarrollo psicomotor, además de informar sobre planificación familiar.

Se deberían fortalecer las acciones de prevención a nivel país, poniendo énfasis en las zonas más vulnerables, con políticas educativas enfocadas en programas de información sobre: educación enfocada a alimentos nutritivos, alimentación saludable y comunicación sobre buenas prácticas de cuidado infantil y desparasitación. Además de hábitos de higiene, como lavarse las manos ya que de acuerdo a 42 estudios realizados en 19 países, según la OMS – UNICEF y USAID (2015: 3) solo 19% de la población tiene ese hábito.

De acuerdo a The Lancet (2013: 19) se deberían incluir intervenciones en los programas que se dirijan a minimizar la depresión que padecen las mujeres, especialmente luego del parto. Existen estudios que demuestran que niños con madres estables mentalmente presentan un mejor desarrollo físico, cognitivo y emocional ya que la salud mental de los padres, especialmente de la madre es otro factor que se ha determinado influye en el mal cuidado de los niños y niñas y se asocia con mala nutrición.

El Programa PANI debería promover y mejorar las prácticas alimentarias y de educación en nutrición tanto en los CIBV y CNH para que los programas tengan el efecto deseado y que mejore su estado nutricional. Esta debería estar basada en productos originarios y tradicionales, con alto contenido nutricional. Se debe tener en cuenta la diversidad cultural, étnica y el estado nutricional del menor.

Al ser el arroz el alimento más consumido en el país, el MSP debería investigar su fortificación obligatoria, ya que actualmente solo algunas marcas lo fortifican. Existen estudios realizados en Costa Rica por Tacsan y Ascencio, (s.f: 301–302) que muestran la efectividad de fortificar alimentos como: azúcar con vitamina A; sal con flúor y yodo; arroz con ácido fólico, tiamina, vitamina B12, niacina, vitamina E, selenio y zinc; leche con hierro, vitamina A, ácido fólico. Actualmente solo en tres países latinoamericanos (Costa Rica, Nicaragua y Panamá) existe un marco legal que obliga la fortificación del arroz Food Fortification Initiative (2014). En el Ecuador existe la evidencia de que al fortificar la sal con yodo se eliminó la deficiencia de este micronutriente en la población. Así se ayudaría a que toda la población disminuya su déficit de micronutrientes.

Además de las políticas que fomentan la producción para exportación de alimentos andinos nutritivos (Proecuador, 2015) como quinua, amaranto, chochos entre otros, se deberían crear políticas para fomentar el consumo nacional y de alguna manera controlar su precio, ya que este sería uno de los principales impedimentos para su consumo según el INIAP (2009: 10).

El fortificante chis paz, que es entregado gratuitamente por el Programa PANI y por Desnutrición Cero, debería ser evaluado para identificar porque no ha tenido la acogida que se esperaba.

## Referencia Bibliográfica

- Abajo, Valeria, Figueroa, Elina, Paiva, Mercedes y Oharriz, Elida (2010) *Derecho a la Alimentación*. Recuperado de ([http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1852-73372010000200005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1852-73372010000200005&script=sci_arttext))
- Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo (2009) *Documento básico, premisas conceptuales y principios estratégicos*. Recuperado de: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/alidoces.pdf>
- Ángel de la Fuente (2003) *Capital humano y crecimiento en la economía del conocimiento*. Recuperado de: [http://www5.uva.es/docyl/asignaturas/a\\_0385/documentos/C\\_HUMANO\\_COTEC.pdf](http://www5.uva.es/docyl/asignaturas/a_0385/documentos/C_HUMANO_COTEC.pdf)
- Bacallao J, Peña M, Díaz A (2012) *Reducción de la desnutrición crónica en las bases biosociales para la promoción de la salud y el desarrollo*. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v32n2/v32n2a09>
- Banco Central del Ecuador – BCE – *Boletín estadístico mensual*. Recuperado de: <http://contenido.bce.fin.ec/home1/estadisticas/bolmensual/IEMensual.jsp>
- Banco Interamericano de Desarrollo – BID – (2010) *Invertir en los primeros años de vida: Una prioridad para el BID y los países de América Latina y el Caribe*. Recuperado de <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=35450919>
- Banco Interamericano de Desarrollo – BID – (2015) *Los primeros años: El bienestar infantil y el papel de las políticas públicas*. Recuperado de [https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/7259/Los\\_primeros\\_a%C3%B1os\\_El\\_bienestar\\_infantil\\_y\\_el\\_papel\\_de\\_las\\_pol%C3%ADticas\\_p%C3%ABlicas.pdf?sequence=1](https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/7259/Los_primeros_a%C3%B1os_El_bienestar_infantil_y_el_papel_de_las_pol%C3%ADticas_p%C3%ABlicas.pdf?sequence=1)
- Banco Mundial (2006) *Revalorización del papel fundamental de la nutrición para el desarrollo. Estrategia para una intervención en gran escala*. Recuperada de: [http://siteresources.worldbank.org/NEWSSPANSISH/Resources/Nutrition\\_estrategy\\_es.pdf](http://siteresources.worldbank.org/NEWSSPANSISH/Resources/Nutrition_estrategy_es.pdf)
- Banco Mundial (2007) *Insuficiencia nutricional en el Ecuador. Causas, consecuencias y soluciones*. doi: 10.1596/978-0-8213-7042-1
- Banco Mundial (2010) What can we learn from nutrition impact evaluations? Lesson from a review of interventions to reduce child malnutrition in developing countries. Recuperado de: [http://siteresources.worldbank.org/EXTWBASSHEANUTPOP/Resources/Nutrition\\_eval.pdf](http://siteresources.worldbank.org/EXTWBASSHEANUTPOP/Resources/Nutrition_eval.pdf)
- Banco Mundial (2011) *Cambios en la clasificación de países*. Recuperado de: <http://datos.bancomundial.org/node/2216> y <http://datos.bancomundial.org/nueva-clasificacion-de-paises#5995>
- Banco Mundial (2015) *Indicadores de desarrollo mundial*. Recuperado de: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.TBS.INCD> (Consultado: 15 de noviembre de 2015)
- Banco Mundial (s.f.) *Notas técnicas de desarrollo humano: La apuesta estratégica para Desnutrición Cero. Autor (no publicado)*
- Banco Mundial. *Datos de libre acceso del Banco Mundial*. Recuperado de:



<http://datos.bancomundial.org/>

Banko, Catalina (s.f.) *Redefinición del papel del Estado en América Latina*. Recuperado de: [http://www.usp.br/prolam/downloads/2001\\_01\\_03.pdf](http://www.usp.br/prolam/downloads/2001_01_03.pdf)

Barker, D.J.P. (2004), *The Developmental Origins of adult disease. Journal of the American College of Nutrition* 23. Recuperado de: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07315724.2004.10719428>

Barroso, María y Castro, Julia (s.f.) *Ley de la Dependencia como cuarto pilar del Estado del Bienestar: análisis de su aplicación en Andalucía*. Recuperado de: <http://www.aecr.org/web/congresosAACR/2009/pdfs/mesa2/3-1.pdf>

Benería, Lourdes (2006) *Trabajo productivo, reproductivo, pobreza, y la globalización de la reproducción: Consideraciones teóricas y prácticas*. Recuperado de: <http://www.jstor.org/stable/27821200> Accessed

Beltrán, Arlette y Seinfeld, Janice (2011) *Identificando estrategias efectivas para combatir la desnutrición infantil en el Perú*. Recuperado de: <http://revistas.up.edu.pe/index.php/apuntes/article/view/82/65>

Bengo, Marta y Pérez Patricio (2009) *Determinantes de la Productividad Total de los Factores en las Regiones Españolas Cantabria*. Recuperado de: <http://www.alde.es/encuentros/anteriores/xiveea/trabajos/b/pdf/143.pdf>

Berlinski, Samuel, Flabbi Luca y López Boo Florencia (2015) en *Los primeros años: El bienestar infantil y el papel de las políticas públicas*. Recuperado de [https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/7259/Los\\_primeros\\_a%C3%B1os\\_El\\_bienestar\\_infantil\\_y\\_el\\_papel\\_de\\_las\\_pol%C3%ADticas\\_p%C3%ABlicas.pdf?sequence=1](https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/7259/Los_primeros_a%C3%B1os_El_bienestar_infantil_y_el_papel_de_las_pol%C3%ADticas_p%C3%ABlicas.pdf?sequence=1)

Boltvinik, Julio (1992) *Pobreza, naturaleza humana y necesidades en América Latina: El reto de la pobreza. Características, evolución y perspectivas*. Comp. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Proyecto Regional para la superación de la pobreza en América Latina y el Caribe PNUD/RLA86/004. Bogotá. Colombia. Editorial Presencia.

Caballero, José (2006) *La Teoría de la Justicia de John Rawls*. Recuperada de: <file:///C:/Users/Admin/Downloads/TEORIA+DE+LA+JUSTICIA+DE+JOHN+RAWLS.pdf>

Camarero, Jesús (1998) *El déficit social neoliberal*. España: Sal Terrae.

Caritas española y veterinarios sin frontera (2004) *El derecho humano a la alimentación: Campaña “derecho a la alimentación Urgente” 2004*. Recuperado de: <http://www.oda-alc.org/documentos/1341106570.pdf>

Carranza, César (2010) *“Políticas públicas en alimentación y nutrición: Eficiencia del gasto en los programas de alimentación social de Ecuador” (Disertación de maestría en Ciencias Sociales)* Recuperada de Repositorio digital de la Flacso.

Cátedra de estudios sobre hambre y pobreza (2008) *Derecho a la alimentación y soberanía alimentaria*. Recuperado de <http://www.uco.es/internacionalcooperacion/cooperacion/documentos-de-interes/documentos/publicaciones/Libro-Derecho-Alimentacion.pdf#page=150>

CEPAL (2005) *La dotación de capital humano de América Latina y el Caribe*. Recuperado de: [http://www.oei.es/etp/dotacion\\_capital\\_humano\\_AL\\_cepal.pdf](http://www.oei.es/etp/dotacion_capital_humano_AL_cepal.pdf)

- CEPAL (2007) *El costo del hambre Impacto social y económico de la desnutrición infantil en Centroamérica y República Dominicana*. Recuperado de: [http://www.cepal.org/publicaciones/xml/3/28923/dp\\_costohambre.pdf](http://www.cepal.org/publicaciones/xml/3/28923/dp_costohambre.pdf)
- CEPAL (2009) *Inseguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe*. Recuperado de: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/6/37896/dp-inseguridad-alimentaria-ALC.PDF>
- CEPAL (2011) *Protección social inclusiva en América Latina: Una mirada integral, un enfoque de derechos*. Recuperado de: <http://www19.iadb.org/intal/intalcdi/PE/2011/07973.pdf>
- OREALC/UNESCO (2011) Informe regional sobre la educación para todos en América Latina y el Caribe. Recuperado de: [http://portal.unesco.org/geography/es/files/13904/13008239403EPT\\_Informe\\_Regional\\_Tailandia\\_21marzo2011\\_esp.pdf/EPT+Informe+Regional+Tailandia\\_21marzo2011+esp.pdf](http://portal.unesco.org/geography/es/files/13904/13008239403EPT_Informe_Regional_Tailandia_21marzo2011_esp.pdf/EPT+Informe+Regional+Tailandia_21marzo2011+esp.pdf)
- CEPAL (2013a) *Sistemas de Protección Social en América Latina y el Caribe: Ecuador*. Publicación anticipada en línea. Recuperado de: [http://www.cepal.org/publicaciones/xml/5/50835/SPS\\_Ecuador\\_esp.pdf](http://www.cepal.org/publicaciones/xml/5/50835/SPS_Ecuador_esp.pdf)
- CEPAL (2013b) *Tendencias recientes del gasto social dentro del gasto público y del gasto de los Hogares en salud. En Panorama social de América Latina 2013* Recuperado de: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/9/51769/PanoramaSocial2013-capituloV.pdf>
- CEPAL (2014) *Seguridad alimentaria y nutricional en cuatro países andinos*. Recuperado de [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36773/S20131121\\_es.pdf?sequence=1](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36773/S20131121_es.pdf?sequence=1)
- CEPAL (2015) *Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe*. Recuperado de: <http://dds.cepal.org/san/marco-conceptual>. (Consultado: 15 de noviembre de 2015)
- CEPAL, FAO, PMA (2007) *Hambre y cohesión social: Cómo revertir la relación entre inequidad y desnutrición en América Latina y Caribe*. Recuperado de: [file:///C:/Users/Admin/Downloads/FILE%20\(106775\)\\_es.pdf](file:///C:/Users/Admin/Downloads/FILE%20(106775)_es.pdf) gi
- CEPAL – PMA (2009) *El costo del hambre: Impacto social y económico de la desnutrición infantil en el Estado Plurinacional de Bolivia, el Ecuador, Paraguay, el Perú*. Recuperado de: [http://inversionenlainfancia.net/application/views/materiales/UPLOAD/ARCHIVOS\\_DOCUMENTO/documento\\_documento\\_file/38\\_1CostohambreBoliviaEcuadorParaguayyPeruCEPAL2009.pdf](http://inversionenlainfancia.net/application/views/materiales/UPLOAD/ARCHIVOS_DOCUMENTO/documento_documento_file/38_1CostohambreBoliviaEcuadorParaguayyPeruCEPAL2009.pdf)
- CEPALSTAT - *Bases de datos y publicaciones estadísticas*. Recuperado de: [http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB\\_CEPALSTAT/buscador.asp?idioma=e&string\\_busqueda=tasa%20de%20mortalidad](http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/buscador.asp?idioma=e&string_busqueda=tasa%20de%20mortalidad)
- Chacón, Arantza, Ormazabal, Josu, Oskoz, Barbero, y García Bernardo (2013) *Guía metodológica para la incorporación de los derechos humanos en la cooperación al desarrollo*. Recuperado de: [http://www.unescoetxea.org/dokumentuak/Gida\\_metodologikoa\\_cast.pdf](http://www.unescoetxea.org/dokumentuak/Gida_metodologikoa_cast.pdf)
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales – CDESC (1999) *El derecho a una alimentación adecuada*. Recuperado de: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1450.pdf?view=1>.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales – CDESC (2007) *El derecho a la seguridad social*. Recuperado de: [www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/docs/gc/e.c.12.gc.19\\_sp.doc](http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/docs/gc/e.c.12.gc.19_sp.doc)

- Comité de Seguridad Alimentaria Mundial - CFS y Grupo de alto nivel de expertos en seguridad alimentaria y nutrición - HLPE (2012) *Protección social en favor de la seguridad alimentaria*. Recuperado de: <http://www.fao.org/3/a-me422s.pdf>
- Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia (2012a) *Informe de seguimiento y evaluación de la agenda social de la niñez y adolescencia 2007-2010*. Quito: Autor (Documento sin publicar)
- Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia (2012b) *Pre-evaluación de resultados del Programa de Alimentación Escolar (PAE)*. Quito: Autor (Documento sin publicar)
- Constitución Política del Ecuador (2008) Recuperado de: [http://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4\\_ecu\\_const.pdf](http://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf)
- Cuevas, Aurelio (s.f.) *Del estado de bienestar al neoliberalismo globalizador*. Recuperado de: [http://paraninfouniversitario.com/doc/11y12/Ensayos/Ensayo\\_p59.pdf](http://paraninfouniversitario.com/doc/11y12/Ensayos/Ensayo_p59.pdf)
- Dallorso, Nicolás Santiago (2013) *La teoría del capital humano en la visión del Banco Mundial sobre las Transferencias Monetarias Condicionadas*. Recuperado de: <http://www.jstor.org/stable/23622256>
- De Castro, Josué, (1975) Geopolítica del hambre. Recuperado de: <https://elsudamericano.files.wordpress.com/2016/01/geopolitica-del-hambre-josue-de-castro.pdf>
- De Loma, Ossorio Enrique (2008) *El Derecho a la Alimentación: Definición, avances y retos*. Recuperado de: <https://www.fuhem.es/media/ecosocial/File/Boletin%20ECOS/Boletin%204/Derecho%20a%20la%20Alimentacion%20E.deLOMA-OSSORI%E2%80%A6.pdf> 2008
- Devereux, Stephen y Sabates-Wheeler, Rachel (2004). *Transformative social protection*, IDS Working Paper 232. Brighton: Instituto de Estudios sobre Desarrollo. Recuperado de: Di Virgilio, M. M. y Solano, R. (2012) *Monitoreo y evaluación de políticas, programas y proyectos sociales*. Buenos Aires: CIPPEC y UNICEF. Recuperado de: [http://www.unicef.org/argentina/spanish/cippec\\_uni\\_monitoreo\\_evaluacion.pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/cippec_uni_monitoreo_evaluacion.pdf)
- Evans, Eugenio (2001) *El bien común en el ejercicio de algunos derechos fundamentales*. Recuperado de: <http://www.jstor.org/discover/10.2307/41613178?sid=21105639714711&uid=4&uid=2&uid=3737912>
- FAOSTAT (2014: A10) Disponibilidad energética de alimentos. Revisado el 21 de julio de 2014
- Feres, Juan Carlos y Mancero, Xavier (2000) *Enfoques para la medición de la pobreza. Breve revisión de la literatura. Estudios estadísticos y prospectivos de la CEPAL*. Recuperado de: [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4740/S01010056\\_es.pdf;jsessionid=9419E272B96B57D7CF2DF353E57219?sequence=1](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4740/S01010056_es.pdf;jsessionid=9419E272B96B57D7CF2DF353E57219?sequence=1)
- Food Fortification Initiative (2014) *Country Profiles* Recuperado de: [http://www.ffinetwork.org/country\\_profiles/index.php](http://www.ffinetwork.org/country_profiles/index.php) (Consultado: 13 de octubre de 2014)
- Gálvez, Elizabeth, Gutiérrez, Esthela y Picazzo, Esteban (2011). *El trabajo decente: nuevo paradigma para el fortalecimiento de los derechos sociales*. Recuperado de: <http://www.jstor.org/stable/25769922>

- Gérald, André (2005) *El capital humano en las teorías del crecimiento económico: La dotación de capital humano de América Latina y el Caribe*. Recuperado de: [http://www.oei.es/etp/dotacion\\_capital\\_humano\\_AL\\_cepal.pdf](http://www.oei.es/etp/dotacion_capital_humano_AL_cepal.pdf)
- Giménez, Gregorio, Simón, Blanca (2002) *Una nueva perspectiva en la medición del capital humano*. Recuperado de: [http://www.unizar.es/departamentos/estructura\\_economica/personal/bsimon/documents/Unanu\\_evaperspectivaenlamediciondelcapitalhuman.pdf](http://www.unizar.es/departamentos/estructura_economica/personal/bsimon/documents/Unanu_evaperspectivaenlamediciondelcapitalhuman.pdf)
- Gómez de Pedro, María Esther (2001) *El Estado del Bienestar: Presupuestos éticos y políticos*. Recuperado de: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/1751/TESISGPEDRO.pdf;jsessionid=43B0423789F13BE8517CF34E3706DFCE.tdx2?sequence=1>
- Gómez, Hernando (2007) *La Pobreza y el Desarrollo Humano. Escuela Virtual – PNUD*. Recuperado de: [http://escuelapnud.org/biblioteca/pmb/opac\\_css/doc\\_num.php?explnum\\_id=392](http://escuelapnud.org/biblioteca/pmb/opac_css/doc_num.php?explnum_id=392)
- Guzmán, Wilson (2013) *Evaluación de resultados “antes y después” de la Estrategia Acción Nutrición en el cantón Sigchos sobre las variables de interés para el periodo 2009-2011. Consultoría realizada por Wilson Espinoza*. Quito: SENPLADES. (Documento no publicado).
- Hexagón consultores (2007) *Seguridad Alimentaria Política nutricional para Ecuador*. Recuperado de: [www.hexagon.com.ec/documentos?download=22:meil27](http://www.hexagon.com.ec/documentos?download=22:meil27)
- Hoddinott, John, Behrman, Jere, Maluccio John, Melgar, Paul, Quisumbing, Agnes, Ramirez-Zea, Manuel, Stein, Aryeh, Yount, Kathryn y Martorell Reynaldo (2011) *The Consequences of Early Childhood Growth Failure over the Life Course*. Recuperado de: <file:///C:/Users/Admin/Downloads/124900.pdf>
- Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá-INCAP y Organización Panamericana de la Salud- OPS (2001) *Situación de la seguridad alimentaria y nutricional en Centroamérica de cara al siglo xxi*. Recuperado de: <http://bvssan.incap.org.gt/local/file/ME101.pdf>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Sistema Estadístico Agropecuario Nacional, Encuesta de Superficie y Producción Agropecuaria Continua (2011) *Datos Estadísticos Agropecuarios – Resumen Ejecutivo*. Recuperado de: [http://www.inec.gob.ec/espac\\_publicaciones/espac-2011/INFORME\\_EJECUTIVO%202011.pdf](http://www.inec.gob.ec/espac_publicaciones/espac-2011/INFORME_EJECUTIVO%202011.pdf)
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2011-2012) *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos De los hogares urbanos y rurales*. Recuperado de: [http://www.inec.gob.ec/Enighur\\_/Analisis\\_ENIGHUR%202011-2012\\_rev.pdf](http://www.inec.gob.ec/Enighur_/Analisis_ENIGHUR%202011-2012_rev.pdf)
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2013) *Anuario de estadísticas vitales: Nacimientos y defunciones*. Recuperado de: [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion\\_y\\_Demografia/Nacimientos\\_Defunciones/Publicaciones/Anuario\\_Nacimientos\\_y\\_Defunciones\\_2013.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2013.pdf)
- Inversión en la Infancia (2012) *Documento de investigación sobre la desnutrición infantil crónica*. Recuperado de: <http://www.midis.gob.pe/dgsye/data1/files/enic/eje1/documento-tecnico/InfobarometroPrimeraInfancia2012.pdf>
- Isuani, Ernesto (s.f) *Bismark o Keynes: ¿Quién es el culpable? Notas sobre la crisis de la acumulación*. Recuperado de: <file:///C:/Users/Admin/Downloads/Unidad+2+Texto+2-+Isuani,+Aldo++Bismarck+o+Keynes+Qui%C3%A9n+es+el+culpable.pdf>

- John F Kennedy Presidential Library and Museum: John F. Kennedy Quotations. Recuperado de: <http://www.jfklibrary.org/Research/Research-Aids/Ready-Reference/JFK-Quotations.aspx>
- Korsgaard, Christine (1996) tomado del libro Nussbaum, Martha y Sen Amartya: *La calidad de vida* (1996) Fondo de Cultura Económica. México.
- Larrea, Carlos (2006) Desnutrición, etnicidad y pobreza en el Ecuador y el área andina. Recuperado de: <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/856/1/LARREAC-CON0008-DESNUTRICION.pdf>
- Lutter, C. K., y Rivera, J. A. (2003) *Nutritional Status of Infants and Young Children and Characteristics of Their Diets. The Journal of Nutrition*. Recuperado de: <http://jn.nutrition.org/content/133/9/2941S.full.pdf+html>
- Lutter, C., y Chaparro C. (2008) *La desnutrición en lactantes y niños pequeños en América Latina y El Caribe: alcanzando los objetivos de desarrollo del milenio*. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/MalnutritionSpa.pdf>
- Malo, N., Mejía, M. y Vinuesa, B. (2015). *Situación de la desnutrición crónica en niños y niñas de los servicios de desarrollo infantil integral del Ecuador*. Quito: Ministerio de Inclusión Económica y Social. Recuperado de: [http://info.inclusion.gob.ec/infomies/descargas\\_documentos/INVESTIGACIONES/DESARROLLO\\_INFANTIL\\_INTEGRAL/SITUACION%20DE%20LA%20DESNUTRICION%20CRONICA%20EN%20NN%20DE%20LOS%20SERVICIOS%20DE%20DESARROLLO%20INFANTIL%20INTEGRAL.pdf](http://info.inclusion.gob.ec/infomies/descargas_documentos/INVESTIGACIONES/DESARROLLO_INFANTIL_INTEGRAL/SITUACION%20DE%20LA%20DESNUTRICION%20CRONICA%20EN%20NN%20DE%20LOS%20SERVICIOS%20DE%20DESARROLLO%20INFANTIL%20INTEGRAL.pdf)
- Martínez, Óscar (2009) *Complementos nutricionales y capital humano*. Un análisis desde los beneficiarios al Nutrisano y Nutrívada del programa Oportunidades de México. Recuperado de: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2661>
- Martínez, Rodrigo y Fernández Andrés (2006) *Modelo de análisis del impacto social y económico de la desnutrición infantil en América Latina*. Manuales de la CEPAL. Recuperado de: <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/8/27818/P27818.xml&xsl=/dds/tpl/p9f.xsl&base=/dds/tpl/top-bottom.xsl>
- Martínez, Rodrigo y Palma, Amalia (2014) *Seguridad alimentaria y nutricional en cuatro países andinos*. CEPAL. Recuperado de <http://www10.iadb.org/intal/intalcdi/PE/2014/14427.pdf>
- Mc Donald, Bárbara, Haddad, Lawrence, Gross Rainer y McLachlan Milla (2002) *Nutrición: los argumentos a favor*. Recuperado de: [http://www.unscn.org/files/Publications/Briefs\\_on\\_Nutrition/Brief1\\_SP.pdf](http://www.unscn.org/files/Publications/Briefs_on_Nutrition/Brief1_SP.pdf) y <http://www.unscn.org/layout/modules/resources/files/Brief1-12SP.pdf>
- Meilangil, José Luis (2010) *Intereses generales e interés público desde la perspectiva del Derecho público español*. Recuperado de: <http://revistaderecho.um.edu.uy/wp-content/uploads/2012/12/Delpiazzo-Bien-comun-sociedad-y-estado.pdf>
- Mejía, Andrés (2011) *Análisis del éxito en la lucha contra la desnutrición en el Perú: Estudio de caso preparado para care. Perú. CARE*. Recuperado de: <http://www.care.org.pe/wp-content/uploads/2015/06/ANALISIS-DEL-EXITO-EN-LA-LUCHA-CONTRA-LA-DESNUTRICION-ESPANOL-INGLES1.pdf>
- Mendoza, Juan León (s.f.) *¿Cuál es el rol del estado?*. Recuperado de: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/economia/15/pdf/rol\\_estado.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/economia/15/pdf/rol_estado.pdf)

- Micronutrient Initiative (2009) *Investing in the future: A united call to action on vitamin and mineral deficiencies. Global report.* Recuperado de: [http://www.who.int/vmnis/publications/investing\\_in\\_the\\_future.pdf](http://www.who.int/vmnis/publications/investing_in_the_future.pdf)
- Millennium Project Task Force on Hunger (2004) *Halving Hunger by 2015: A Framework for Action. Interim Report. Millennium Project.* Recuperado de: <http://www.unmillenniumproject.org/documents/tf2interim.pdf>
- Ministerio de agricultura, ganadería, acuicultura y pesca –MAGAP- (s.f.) *Precios de productos.* Recuperada de: <http://sinagap.agricultura.gob.ec/index.php/infoproductor-precios> (Consultada: 02 de noviembre de 2015)
- Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (2011-2013) *Agenda Social.* Recuperado de: [http://www.desarrollosocial.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/07/1\\_AGENDA\\_SOCIAL\\_31-03-2012\\_OK.pdf](http://www.desarrollosocial.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/07/1_AGENDA_SOCIAL_31-03-2012_OK.pdf)
- Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social – FAO (s.f) *Seguridad alimentaria y nutricional en el Ecuador.* Recuperado de: <http://es.scribd.com/doc/100616097/Seguridad-Alimentaria-y-Nutricional-en-El-Ecuador>
- Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social - Programa Mundial de Alimentos (2010) *Mapa de la desnutrición crónica en el Ecuador.* Quito: Autor.
- Ministerio de Inclusión Económica y Social (2012) *Levantamiento de datos para la evaluación y monitoreo de la implementación del PANI en las unidades de atención del INFA” Producto 5 PANI: informe de evaluación nutricional de impacto - Provincias de fases I, II, III.* Quito: Autor.
- Ministerio de Inclusión Económica y Social (2010) *Programa alimentario nutricional integral – PANI.* Quito: Autor.
- Ministerio de Salud Pública (2011): *Nutrición en salud propuesta para el fortalecimiento institucional en el área de nutrición en salud.* Recuperado de: [http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/nutricion/NUTRICION\\_SALUD.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/nutricion/NUTRICION_SALUD.pdf)
- Ministerio de Salud Pública (2012): *Presentación de los avances en Malnutrición en el Ecuador.* Recuperado de: <http://www.orasconhu.org/sites/default/files/files/PRESENTACION%20MALNUTRICION%20ECUADOR%20MAY%202012.pdf>
- Ministerio de Salud Pública (2014): *Encuesta nacional de salud y nutrición de la población ecuatoriana de 0 a 59 años. ENSANUT-ECU 2012.* Ministerio de Salud Pública/Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Quito-Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (s.f.): *Informe ejecutivo del proyecto Desnutrición Cero.* Quito: Autor. (Documento sin publicar)
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (s.f.): *Anuario de vigilancia epidemiológica 1994 – 2014.* Recuperado de: <https://public.tableau.com/profile/vvicentee80#!/vizhome/ETAS-2014/ANUARIO> Enfermedades ETAS (Consulta: 15 de noviembre de 2015)
- Morgan, María de la Luz (2013) *Lecciones aprendidas en programas articulados de salud, alimentación y nutrición.* Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo. Recuperado de: <http://www.unicef.org/peru/spanish/Lecciones-Aprendidas-en-Programas-Articulados-de-Salud-Alimentacion-y-Nutricion.pdf>

- Movimiento SUN (2012) Fomentando la nutrición: Informe sobre el progreso del movimiento SUN 2011-2012. Recuperado de: [http://scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2012/10/SUN-MP-REPORT\\_ES.pdf](http://scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2012/10/SUN-MP-REPORT_ES.pdf)
- Naranjo, Plutarco (2007) *Situación alimentaria y nutricional en La equidad en la mira: La salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*. Recuperado de: <file:///C:/Users/Admin/Downloads/vsa-LIBRO%20OPS%20baja.pdf>
- Nussbaum, Marta (s.f.) *Las mujeres y el desarrollo humano: El enfoque de las capacidades*. Recuperado de: <file:///C:/Users/Admin/Downloads/144611-623891-1-PB.pdf>
- Oficina Internacional del Trabajo – OIT y Organización Mundial de la Salud – OMS (2010) *Iniciativa del Piso de Protección Social: Manual y marco estratégico para las actividades nacionales conjuntas de las Naciones Unidas*. Recuperado de: [file:///C:/Users/Admin/Downloads/17072%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Admin/Downloads/17072%20(1).pdf)
- Organización de las Naciones Unidas - ONU (2000) *Declaración del Milenio*. Recuperado de: <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas - ONU (s.f) *Declaración universal sobre la erradicación del hambre y la malnutrición, aprobada en la Asamblea General en su resolución 3348 (XXIX) de 17 de diciembre de 1974*. Recuperado de: <http://www.solidaritat.ub.edu/observatori/general/docugral/hambre.htm>
- Organización de las Naciones Unidas - ONU (s.f) *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966*. Recuperado de: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>
- Organización de las Naciones Unidas - ONU (s.f) *Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 2542 (XXIV) del 11 de diciembre de 1969*. Recuperado de: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/ProgressAndDevelopment.aspx>
- Organización Panamericana de la Salud - OPS (s.f.) *La anemia entre adolescentes y mujeres adultas jóvenes en América Latina y El Caribe: Un motivo de preocupación*. Recuperado de: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/AdolescentAnemiaSpan%20\(2\).pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/AdolescentAnemiaSpan%20(2).pdf)
- Organización Panamericana de la Salud - OPS (2003) *Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado*. Recuperado de: [http://whqlibdoc.who.int/paho/2003/9275324603\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/paho/2003/9275324603_spa.pdf)
- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación-FAO y Organización Mundial de la Salud-OMS (s.f) *Conferencia Internacional sobre Nutrición*. Recuperado de: <ftp://ftp.fao.org/es/esn/nutrition/Icn-s/icnde-s.htm>
- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación-FAO (s.f) *Iniciativa América Latina y Caribe Sin Hambre 2025*. Recuperado de: <http://www.rlc.fao.org/es/iniciativa/la-iniciativa/derecho-alimentacion/>
- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación-FAO (s.f) *Necesidades Nutricionales 2* Recuperado de: <http://www.fao.org/docrep/014/am401s/am401s03.pdf>

- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación-FAO (s.f) *Nutrición humana en el mundo en desarrollo: Macronutrientes carbohidratos, grasas y proteínas*. Recuperado de: <http://www.fao.org/docrep/014/am401s/am401s03.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación-FAO (s.f) *Lactancia Materna*. Recuperado de: <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/005/w0073s/W0073S00.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación-FAO (1992) *Conferencia Internacional sobre Nutrición - 1992*. Recuperado de: <ftp://ftp.fao.org/es/esn/nutrition/Icon-s/icnde-s.htm>
- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación-FAO (2004) *El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo 2004*. Recuperado de: <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/007/y5650s/y5650s00.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación-FAO (2006) *Guía de la nutrición de la familia*. Recuperado de: <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/009/y5740s/y5740s.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación-FAO (2011) *La Seguridad Alimentaria: información para la toma de decisiones. Guía Práctica*. Recuperado de: <http://www.fao.org/docrep/014/al936s/al936s00.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación-FAO (2012) *El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo 2012*. Recuperado de: <http://www.fao.org/docrep/017/i3027s/i3027s03.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación-FAO (2013) *Derecho a la alimentación, seguridad y soberanía alimentaria*. Recuperado de: <http://www.fao.org/3/a-au351s.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación-FAO (2014) *Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe 2013*. Recuperado de: <http://www.fao.org/docrep/019/i3520s/i3520s.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación-FAO (2014b) *Cooperación Internacional y Políticas Públicas de Seguridad Alimentaria y Nutricional: La experiencia del Programa España-FAO para América Latina y el Caribe*. Recuperado de: <http://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Publicaciones%20coeditadas%20por%20AECID/Cooperaci%C3%B3n%20Internacional%20y%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%BAblicas%20de%20Seguridad%20Alimentaria%20y%20Nutricional.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación - FAO - *FAOSTAT- FAO – FOOD SECURITY INDICATORS* Recuperado de: [http://www.fao.org/economic/ess/ess-fs/ess-fadata/en/#.VFJ09PmG8rU\\_](http://www.fao.org/economic/ess/ess-fs/ess-fadata/en/#.VFJ09PmG8rU_) (Consulta: 25 de julio de 2014)
- Organización Mundial de la Salud – OMS – Centro de prensa (2004) *La eliminación mundial de la carencia de yodo está a nuestro alcance*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr93/es/> (Consultado: 8 de julio de 2014)
- Organización Mundial de la Salud – OMS (2003) *Social determinants of health: the solid facts*. Recuperado de: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/98438/e81384.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf)
- Organización Mundial de la Salud – OMS – Centro de prensa (2004) *La eliminación mundial de la carencia de yodo está a nuestro alcance*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr93/es/> (Consultado: 8 de julio de 2014)



- Organización Mundial de la Salud – OMS y UNICEF (2004) *Low birthweight: Country, regional and global estimates*. Recuperado de: [http://www.unicef.org/spanish/publications/files/low\\_birthweight\\_from\\_EY.pdf](http://www.unicef.org/spanish/publications/files/low_birthweight_from_EY.pdf)
- Organización Mundial de la Salud - OMS (2009) *Administración semanal de suplementos de hierro y ácido fólico a mujeres en edad reproductiva: importancia en la promoción de una óptima salud Materna e infantil*. Recuperado de: [http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/weekly\\_iron\\_folicacid\\_es.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/weekly_iron_folicacid_es.pdf)
- Organización Mundial de la Salud - OMS (2010) *Nutrition Landscape Information System (NLIS): Country Profile Indicators*. Recuperado de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44397/1/9789241599955\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44397/1/9789241599955_eng.pdf?ua=1)
- Organización Mundial de la Salud - OMS - Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales (2011) *Administración de suplementos de zinc para mejorar los resultados terapéuticos en niños diagnosticados de infección respiratoria*. Recuperado de: [http://www.who.int/elena/titles/bbc/zinc\\_pneumonia\\_children/es/](http://www.who.int/elena/titles/bbc/zinc_pneumonia_children/es/)
- Organización Mundial de la Salud - OMS (2014) *Estadísticas nutricionales*. Recuperado de: <http://apps.who.int/gho/data/node.imr.stunt5?lang=en>
- OMS – UNICEF y USAID (2015) *Improving nutrition outcomes with better water, sanitation and hygiene*. Recuperado de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/193991/1/9789241565103\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/193991/1/9789241565103_eng.pdf?ua=1)
- Organización Panamericana de la Salud (s.f.) *La desnutrición infantil en Chile: políticas y programas que explican su erradicación*. Recuperado el 31 de enero de 2014, de: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/LOW/LOW-2a.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (2014) *Basic Indicator Browser - Indicators by Countries and selected year*. Recuperado de: <http://ais.paho.org/hip/viz/basicindicatorbrowser.asp> (Consulta: 15 de mayo de 2014)
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico -OCDE- (2001) *The DAC Guidelines Poverty Reduction*. Recuperado de: <https://www.oecd.org/dac/povertyreduction/2672735.pdf>
- Ostry, Jonathan, Berg, Andrew y Tsangarides Charalambos (2014) *Revista de Economía Institucional*. Recuperado de <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=3bad97ce-8db0-453d-8f08-6cc0f859e34e%40sessionmgr113&hid=109> 2014
- Pacheco, Jimena (2009) *Impacto económico y social de la desnutrición en el Ecuador bajo un análisis de costos*. (Disertación de Economía no publicada). Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Pereira, Gustavo (2009) *Filosofía Medios, Capacidades y Comunidad en la Construcción de Criterios Normativos de Justicia*. Recuperado de: <http://www.jstor.org/stable/41220794> Accessed
- Plata, Leobardo (1999) *Amartya Sen y la economía del bienestar*, Estudios Económicos, 14 (1), (4-5). Recuperado de: <http://www.jstor.org/stable/40311417>
- Pontificio Consejo Cor Unum del Vaticano (1996) *El hambre en el mundo un reto para todos: el desarrollo solidario*. Recuperado de: [http://www.vatican.va/roman\\_curia/pontifical\\_councils/corunum/documents/rc\\_pc\\_corunum\\_doc\\_04101996\\_world-hunger\\_sp.html](http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/corunum/documents/rc_pc_corunum_doc_04101996_world-hunger_sp.html)

- Programa Acción Nutrición, Recuperado de: <http://www.desarrollosocial.gob.ec/programa-accion-nutricion/> (Consulta: 10 de mayo de 2014)
- Programa Acción Nutrición (2011) *Estrategia nacional de soberanía alimentaria y nutricional del Ecuador*. Recuperado de: [http://www.uitc-edu.org/fileadmin/medias/matrix/Docs/presentacion\\_ambato/PRESENTACION ESTRATEGIA ACCION NUTRICION AMBATO.pdf](http://www.uitc-edu.org/fileadmin/medias/matrix/Docs/presentacion_ambato/PRESENTACION ESTRATEGIA ACCION NUTRICION AMBATO.pdf)
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo -PNUD- (2002) *Desarrollo humano y pobreza*. Recuperado de: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:8u0ZIJ9MD4cJ:www.cs.usb.ve/sites/default/files/CSA212/PNUD\\_DESARROLLO\\_HUMANO\\_Y\\_POBREZA.doc+&cd=4&hl=es-419&ct=clnk&gl=ec](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:8u0ZIJ9MD4cJ:www.cs.usb.ve/sites/default/files/CSA212/PNUD_DESARROLLO_HUMANO_Y_POBREZA.doc+&cd=4&hl=es-419&ct=clnk&gl=ec)
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo -PNUD- (2009) *Manual de planificación, seguimiento y evaluación de los resultados de desarrollo*. Recuperado de: [http://web.undp.org/evaluation/handbook/spanish/documents/manual\\_completo.pdf](http://web.undp.org/evaluation/handbook/spanish/documents/manual_completo.pdf)
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo -PNUD- (2013) *Informe sobre el desarrollo humano 2013*. Recuperado de: [http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2013\\_es\\_completo.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2013_es_completo.pdf)
- Programa Especial para la Seguridad Alimentaria – PESA (2011) *Seguridad Alimentaria y Nutricional Conceptos Básicos*. Recuperado de: <http://www.fao.org/3/a-at772s.pdf>
- Programa Mundial de Alimentos (2003) *Manual de Alimentación y Nutrición*. Roma: Autor.
- Programa Mundial de Alimentos (2006) *Serie de informes sobre el hambre en el mundo 2006: El hambre y el aprendizaje*. Recuperado de: [http://www.unicef.org/lac/Informe\\_hambre\\_2006\\_completoSpa\(1\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Informe_hambre_2006_completoSpa(1).pdf)
- Programa Mundial de Alimentos (2016) Recuperado de: <http://sicprov.congope.gob.ec:8080/offers/offerView/147> (Consulta: 10 de junio de 2016)
- Proyecto Alimentario Nutricional Integral –PANI. Recuperado de: <http://www.inclusion.gob.ec/mies-y-su-proyecto-allimentario-natricional-integral-promueve-la-alimentacion-saludable/> (Consulta: 10 de junio de 2014)
- Ramales, Martín (s.f.) *Mercado y Estado: economía neoclásica vs economía keynesiana*. Recuperado de: <http://www.utm.mx/temas/temas-docs/e0235.pdf>
- Rivera-Dommarco, J. y E. Casanueva (1982) Identificación y definición de desnutrición, en Estudios epidemiológicos sobre desnutrición infantil en México 1900-1980. México, DF: Instituto Mexicano del Seguro Social, pp. 23-59.
- Rué, Emma (2003) *Desarrollo y capacidades: Aplicación al microcrédito desde una perspectiva de género*. Recuperado de: <http://www.jstor.org/stable/40585951> Accessed
- Sachs, Jeffrey (2008) *Economía para un planeta abarrotado*. 2008. Recuperado de: Random House Mondadori <http://www.serlib.com/pdflibros/9788483067727.pdf>
- Sarwat Jahan, Ahmed, Saber Mahmud y Papageorgiou, Chris (2014) *Qué es la economía keynesiana?*. Recuperado de: <https://www.imf.org/external/Pubs/FT/fandd/spa/2014/09/pdf/basics.pdf>
- Schady, Norbert (2015) en *Los primeros años: El bienestar infantil y el papel de las políticas públicas*. Recuperado de:

[https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/7259/Los\\_primeros\\_a%C3%B1os\\_El\\_bienestar\\_infantil\\_y\\_el\\_papel\\_de\\_las\\_pol%C3%ADticas\\_p%C3%BAblicas.pdf?sequence=1](https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/7259/Los_primeros_a%C3%B1os_El_bienestar_infantil_y_el_papel_de_las_pol%C3%ADticas_p%C3%BAblicas.pdf?sequence=1)

Sen, Amartya, (1992) *Pobreza y titularidades y conceptos de pobreza. En América Latina: El reto de la pobreza. Características, evolución y perspectivas. Comp. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Proyecto Regional para la superación de la pobreza en América Latina y el Caribe PNUD/RLA86/004*. Bogotá. Colombia. Editorial Presencia, Ltda.

Sen, Amartya (1997) *Capital humano y capacidad humana*. Recuperado de: World Development [http://www.oocities.org/wallstreet/floor/9680/documentos/Sen\\_caphum.pdf](http://www.oocities.org/wallstreet/floor/9680/documentos/Sen_caphum.pdf)

Sen, Amartya (s.f.) *Teorías del desarrollo a principios del siglo XXI* Recuperado de: [http://sidoc.puntos.org.ni/bibliotecamultimedia/b8/doc/pdf/economia/Teor%F4%80%83%ADas\\_desarrollo\\_SXXI.pdf](http://sidoc.puntos.org.ni/bibliotecamultimedia/b8/doc/pdf/economia/Teor%F4%80%83%ADas_desarrollo_SXXI.pdf)

SEN, Amartya (1987) *Food and Freedom: Sir John Crawford memorial lecture*. Washington D.C,

SEN, Amartya (2003) *Desarrollo y Libertad*. Planeta.

SENPLADES (2009) *Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013*. Recuperado de: <http://www.planificacion.gob.ec/plan-nacional-para-el-buen-vivir-2009-2013/>

SENPLADES (2010) *Oficio No. SENPLADES-SIP-dap-210-490 Proyecto para la reducción acelerada de la Malnutrición en el Ecuador e Intervención Nutricional Integral INTI*. Recuperado de: [file:///C:/Users/Admin/Downloads/oficio%20no.%20senplades%20sip%20dap%202010%20490%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Admin/Downloads/oficio%20no.%20senplades%20sip%20dap%202010%20490%20(3).pdf)

SENPLADES (s.f) *Estructura general para la presentación de proyectos de Inversión y de cooperación externa no reembolsable. Proyecto Desnutrición Cero*. Quito: Autor. (Documento no publicado).

SENPLADES (s.f) *Notas para discusión: Definiciones conceptuales del subsistema de seguimiento y evaluación*. Recuperado de: <http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/08/Notas-para-Discusi%C3%B3n.-Definiciones-conceptuales-del-Subsistema-de-Seguimiento-y-Evaluaci%C3%B3n.pdf>

SENPLADES (s.f) Recuperado de: *Reforma democrática del estado: Rediseño de la función ejecutiva de las carteras de estado y su modelo de gestión y de la organización territorial*. Recuperado de: <http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/08/Reforma-Democr%C3%A1tica-del-Estado.pdf>

Sistema de Indicadores de Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional SISSAN - SIISE (2015) *Los ecuatorianos: la Seguridad y Soberanía Alimentaria*. Recuperado de: [http://www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/SISSAN/macsan\\_ecussa.htm](http://www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/SISSAN/macsan_ecussa.htm) (Consultada: 20 de octubre de 2015)

Sistema de Indicadores de Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional – SISSAN – (s.f.) Recuperado de: <http://www.siise.gob.ec/siiseweb/siiseweb.html?sistema=9#> (Consultada 18 de enero de 2015)

Sistema Integrado de Indicadores Sociales de Ecuador (SIISE) Recuperado de: [www.siise.gob.ec](http://www.siise.gob.ec) (Consultada: 10 de febrero del 2014 – 10 de enero de 2016)

Smith, Lisa y Lawrence, Haddad (1999) *Explaining child malnutrition in developing countries: a cross-country analysis*. Recuperado de:

<http://ageconsearch.umn.edu/bitstream/94515/2/explaining%20child%20malnutrition%20in%20developing%20countries.pdf>

Sociedad española de salud pública y administración sanitaria (2011) *Evaluación en salud pública*. Recuperado de: <https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2011/07/gsevaluacion.pdf>

Sobrino, Manuel, Gutiérrez, César, Cunha Antonio, Dávila, Miguel y Alarcón, Jorge (2014) *Desnutrición infantil en menores de cinco años en Perú: tendencias y factores determinantes*. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v35n2/a04v35n2.pdf>

Stiglitz, Joseph E (2000) *La Economía del sector público* (3 ed.). Barcelona: Antoni Bosh.

Tacsa, Luis y Ascencio Melany (s.f) *La Salud Pública en Costa Rica*. Recuperado de: <http://www.saludpublica.ucr.ac.cr/Libro/16%20Alimentos%20fortificados.pdf>

The Lancet (2013) *Maternal and Child Nutrition*. Recuperado de: <http://www.thelancet.com/search/results?searchTerm=nutrition&fieldName=AllFields&journalFromWhichSearchStarted=>

UNICEF (1998) *Estado Mundial de la Infancia: Nutrición*. Recuperado de: <http://www.unicef.org/spanish/sowc98sp/spsw98a.pdf>

UNICEF (2005) *¿Cómo influenciar una mayor inversión social en la infancia?: Argumentos y Estrategias*. Recuperado de: [http://www.unicef.org/lac/como\\_influenciar\\_una\\_mayor\\_inversion\\_soc\\_en\\_la\\_infancia\(3\).pdf](http://www.unicef.org/lac/como_influenciar_una_mayor_inversion_soc_en_la_infancia(3).pdf)

UNICEF (2006a) *Convención sobre los derechos del niño*. Recuperado de: [https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/CDN\\_06.pdf](https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/CDN_06.pdf)

UNICEF (2006b) *Un balance sobre la nutrición No. 4*. Recuperado de: [http://www.unicef.org/spanish/progressforchildren/2006n4/index\\_lowbirthweight.html](http://www.unicef.org/spanish/progressforchildren/2006n4/index_lowbirthweight.html) (Consulta: 15 de octubre de 2014)

UNICEF (2008) *Lineamientos Estratégicos para la erradicación de la desnutrición crónica infantil en América Latina y el Caribe: Guías para líneas de acción*. Panamá: Autor.

UNICEF (2009) *Estado Mundial de la Infancia: conmemoración de los 20 años de la Convención sobre los Derechos del Niño*. Nueva York: Autor.

UNICEF (2009) *Tracking Progress on Child and Maternal Nutrition: A Survival and Development Priority*. Nueva York: Autor.

UNICEF (2010) *Nutrición*. Recuperado de: <http://www.unicef.org/spanish/nutrition/> (Consulta: 25 de agosto de 2014)

UNICEF (2011) *La desnutrición infantil. Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento*. Recuperado de: <http://www.unicef.es/actualidad-documentacion/publicaciones/la-desnutricion-infantil>

UNICEF (2012) *Estado Mundial de la Infancia: Niños y niñas en un mundo urbano*. Nueva York: Autor.

UNICEF (2012) *Manual sobre lactancia materna*. Recuperado de: [http://www.unicef.org/ecuador/Manual\\_lactancia\\_materna\\_web\\_1.pdf](http://www.unicef.org/ecuador/Manual_lactancia_materna_web_1.pdf)

UNICEF (2013a) *La inversión en la infancia: Una condición indispensable para el desarrollo económico y social equitativo y sostenible* Recuperado de: [http://www.unicef.org/paraguay/spanish/inversion-infancia\(2\).pdf](http://www.unicef.org/paraguay/spanish/inversion-infancia(2).pdf)

UNICEF (2013b) *Mejorar la nutrición infantil, el imperativo para el progreso mundial que es posible lograr.* Recuperado de: [http://www.unicef.org/spanish/publications/files/Spanish\\_UNICEF-NutritionReport\\_low\\_res\\_10May2013.pdf](http://www.unicef.org/spanish/publications/files/Spanish_UNICEF-NutritionReport_low_res_10May2013.pdf)

UNICEF (s.f) *La evolución de las normas internacionales sobre derechos de la infancia.* Recuperado de: <http://www.unicef.org/spanish/rightsite/sowc/pdfs/panels/SOWC%20all%20panels%20SP.pdf>

UNICEF (s.f) *Lactancia materna.* Recuperado de: [http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index\\_24824.html](http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html) (Consulta: 12 junio de 2014)

UNICEF (s.f) *Objetivos de desarrollo del milenio.* Recuperada de: <http://www.unicef.org/spanish/mdg/poverty.html> (Consultada: 20 de noviembre de 2015)

Unión Europea (2010) *Informe Europeo sobre el Desarrollo de 2010: La protección social para el desarrollo inclusivo: una nueva perspectiva en la cooperación de la UE con África.* San Domenico di Fiesole: Centro de Estudios Avanzados Robert Schuman, Instituto Universitario Europeo. Recuperado de: [http://erd.eui.eu/media/2010/ERD\\_Report\\_ES\\_DIGITAL.pdf](http://erd.eui.eu/media/2010/ERD_Report_ES_DIGITAL.pdf)

Universidad de Chile y el Instituto de nutrición y tecnología de los alimentos (2001) *The impact of malnutrition on brain development, intelligence and school work performance.* Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/11830788\\_The\\_impact\\_of\\_malnutrition\\_on\\_brain\\_development\\_intelligence\\_and\\_school\\_work\\_performance?enrichId=rgreq-0407e12a-faf3-4af7-9925-fe3aee1b89fc&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzExODMwNzg4O0FTOjEwMzM3OTAyODE1MjMyNUAxNDxNjU4ODg5MjIx&el=1\\_x\\_3](https://www.researchgate.net/publication/11830788_The_impact_of_malnutrition_on_brain_development_intelligence_and_school_work_performance?enrichId=rgreq-0407e12a-faf3-4af7-9925-fe3aee1b89fc&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzExODMwNzg4O0FTOjEwMzM3OTAyODE1MjMyNUAxNDxNjU4ODg5MjIx&el=1_x_3)

Walker, Melanie (2007) *Pedagogías en la educación superior relacionadas con el enfoque de las capacidades humanas: Hacia un criterio de justicia* Recuperado de: [http://publicaciones.anuies.mx/acervo/revsup/pdf/RES\\_142.pdf](http://publicaciones.anuies.mx/acervo/revsup/pdf/RES_142.pdf)

Ziegler, Jean (2012) *Destrucción masiva: Geopolítica del hambre.* Recuperado de: [http://static0.planetadelibros.com/libros\\_contenido\\_extra/28/27613\\_Destruccion%20masiva.pdf](http://static0.planetadelibros.com/libros_contenido_extra/28/27613_Destruccion%20masiva.pdf)