



*La nueva
infancia.*
#EcuadorSinDesnutrición

2025 – 2030 Plan Estratégico Intersectorial

para la Prevención
y Reducción de la
Desnutrición Crónica
Infantil en Ecuador



*EL NUEVO
ECUADOR*

Secretaría Técnica Ecuador
Crece Sin Desnutrición Infantil

Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil en Ecuador

2025 - 2030



EL NUEVO
ECUADOR

Secretaría Técnica Ecuador
Crece Sin Desnutrición Infantil

Con el apoyo de:



OPS

Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
Región de las Américas



BANCO DE DESARROLLO
DE AMÉRICA LATINA
Y EL CARIBE

Créditos

Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción
de la Desnutrición Crónica Infantil en Ecuador 2025 – 2030

Presidencia de la República del Ecuador
Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil

Ministerio de Salud Pública
Ministerio de Inclusión Económica y Social
Ministerio de Educación
Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda
Ministerio de Ambiente, Agua y Transición Ecológica
Ministerio de Telecomunicaciones
Ministerio de Trabajo
Ministerio de la Mujer y Derechos Humanos
Ministerio de Economía y Finanzas
Ministerio de Agricultura y Ganadería
Ministerio de Producción, Comercio Exterior, Inversiones y Pesca
Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana
Banco de Desarrollo del Ecuador
Secretaría Nacional de Planificación
Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación
Secretaría de Gestión y Desarrollo de Pueblos y Nacionalidades
Servicio de Rentas Internas
Dirección General de Registro Civil, Identificación y Cedulación
Dirección Nacional de Registros Públicos
Consejo de Educación Superior
Unidad del Registro Social
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
Instituto Nacional de Estadísticas y Censos



Con el apoyo técnico de

CAF - Banco de Desarrollo de América Latina y el Caribe
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
Organización Panamericana de la Salud (OPS)

En colaboración con

Academia
Consejo Consultivo para la Prevención y Reducción de la DCI
Consortio de Gobiernos Autónomos Provinciales - CONGOPE
Consejo Nacional de Gobiernos Parroquiales Rurales del Ecuador - CONAGOPARE
Asociación de Municipalidades del Ecuador - AME
Organismos no gubernamentales
Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura - FAO
Programa Mundial de Alimentos - PMA
Asociación Ecuatoriana de Pediatría

Fotografía

Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil

Diseño y diagramación

Good ;) Creatividad para el Desarrollo
<https://isgood.com.co/>

Primera edición, noviembre de 2024

Quito, Ecuador

© Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil

www.infancia.gob.ec

La reproducción parcial o total de esta publicación, en cualquier forma y por cualquier medio mecánico o electrónico, está permitida siempre y cuando sea autorizada por los editores y se cite correctamente la fuente.



La nueva
infancia

#EcuadorSinDesnutrición



Agradecimiento

Este instrumento de política pública busca reducir la prevalencia de la Desnutrición Crónica Infantil en menores de 24 meses, del 19,3% al 15%, hasta el 2030; articulando esfuerzos intersectoriales con base en principios de prevención, equidad, calidad, sostenibilidad, igualdad de género, pertinencia cultural y gobernanza efectiva.

Así mismo, contribuye al cumplimiento de los compromisos globales a través de su alineación a 8 objetivos de desarrollo sostenible; aporta a 4 ejes, 4 objetivos y 10 políticas del Plan Nacional de Desarrollo. Se enmarca en seis ejes estratégicos: generación de entornos habilitadores, movilización de recursos, articulación territorial, gestión de información, fortalecimiento del talento humano, y promoción de la corresponsabilidad social.

El Plan Estratégico Intersectorial 2025-2030 para la prevención y reducción de la Desnutrición Crónica Infantil en Ecuador, liderado por la Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil (STECSDI), establece una hoja de ruta integral para abordar esta problemática prioritaria para el país y para el Gobierno de El Nuevo Ecuador.

Partimos de que la prevención y reducción de la DCI es una tarea colectiva. El trabajo en red es el que permitirá alcanzar nuestra meta al 2030, involucrando a 15 instituciones adicionales, con un total de 28 organizaciones, promoviendo la participación de los GAD, la academia, el sector privado, la sociedad civil, la comunidad y la familia.

También destaca avances significativos alcanzados durante el periodo 2018-2024, como la implementación de la Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil (ENECSDI), y propone nuevas acciones fundamentadas en evidencia científica para consolidar progresos en la nutrición, salud y bienestar infantil. El documento incorpora lineamientos estratégicos de un diagnóstico participativo, y prioriza intervenciones específicas en las regiones y poblaciones más vulnerables.

Este esfuerzo multisectorial reafirma el compromiso del Estado ecuatoriano con los derechos de la niñez y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Quiero agradecer a todos quienes fueron parte de esta construcción conjunta y a todos quienes siguen impulsando la lucha contra la Desnutrición Crónica Infantil desde sus espacios, estos esfuerzos se traducen en un futuro próspero y con esperanza para todos los ecuatorianos. Convencidos de que TODO empieza con los niños, les invitamos a sumar acciones y propuestas que permitan aterrizar y cumplir este gran sueño.



María de Lourdes Muñoz
MINISTRA
Secretaría Técnica Ecuador Crece
Sin Desnutrición Infantil

Contenido



Siglas y acrónimos	07
1. Introducción	11
2. Situación de la desnutrición crónica infantil en Ecuador	15
Marco conceptual	16
Descripción de la problemática	18
¿En qué se ha avanzado?	37
¿Qué se desea conseguir?	40
3. Lineamientos estratégicos para el abordaje integral de la desnutrición crónica infantil	47
Principios de la estrategia para la prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil	48
Paquete priorizado	50
Criterios de priorización de territorios	61
Articulación intersectorial y estructura de gobernanza	64
4. Ejes estratégicos, lineamientos de política y acciones	75
Eje estratégico 1: generación de entorno habilitador	78
Eje estratégico 2: movilización de recursos financieros	80
Eje estratégico 3: articulación territorial	84
Eje estratégico 4: gestión de información	86
Eje estratégico 5: talento humano y mejora de la gestión en punto de atención	90
Eje estratégico 6: corresponsabilidad y transparencia	94

5.		99
Indicadores		
Indicador de impacto y resultado		101
Indicadores del paquete priorizado		102
Indicadores de ejes estratégicos		103
6.		109
Alineación programática		
Vinculación a los Objetivos de Desarrollo Sostenible		110
Vinculación a la planificación nacional		110
7.		115
Análisis presupuestario		
Costeo referencial para la ENECSDI		118
8.		121
Mecanismos de seguimiento y evaluación		
Monitoreo de la evolución de la prevalencia de la desnutrición crónica infantil		122
Monitoreo y evaluación de indicadores y metas del PEI-DCI		123
Hacia un esquema de presupuesto por resultados		125
Ápéndices		127
Referencias		147
Glosario de términos		149



Índice de tablas

Tabla 1. Prevalencia de DCI en niñas y niños menores de 2 años	22
Tabla 2. Indicadores de la inseguridad alimentaria en el hogar en Ecuador	27
Tabla 3. Prácticas de alimentación inadecuadas en Ecuador	28
Tabla 4. Características de entorno doméstico insalubre en Ecuador	32
Tabla 5. Indicadores de servicios de salud en Ecuador	36
Tabla 6. Cobertura de principales productos del paquete priorizado	38
Tabla 7. Productos del paquete priorizado	51
Tabla 8. Responsabilidades en la prestación del paquete priorizado	59
Tabla 9. Lineamientos de política y acciones - Eje 1	78
Tabla 10. Lineamientos de política y acciones - Eje 2	80
Tabla 11. Lineamientos de política y acciones - Eje 3	84
Tabla 12. Lineamientos de política y acciones - Eje 4	86
Tabla 13. Lineamientos de política y acciones - Eje 5	90
Tabla 14. Lineamientos de política y acciones - Eje 6	94
Tabla 15. Alineación programática - PND y ODS	111
Tabla 16. Porcentaje de presupuesto de ENECSDI por tipo de gasto	117
Tabla 17. Costeo referencial	119

Índice de gráficos

Gráfico 1. Modelo causal de las determinantes de la desnutrición infantil	17
Gráfico 2. Prevalencia de DCI en niñas y niños menores de 2 años y menores de 5 años	20
Gráfico 3. Mapa de la prevalencia de la DCI a nivel provincial en menores de 2 años	24
Gráfico 4. Estructura de gobernanza de la ENECSDI	65
Gráfico 5. Ejes estratégicos	77



Siglas y acrónimos

AME	Asociación de Municipalidades del Ecuador
APP	Asociaciones Público-Privadas
ASH	Agua, saneamiento e higiene
BDE	Banco de Desarrollo del Ecuador
CAP	Conocimientos, actitudes y prácticas
CACES	Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior
CCDCI	Consejo Consultivo para la prevención y reducción de la DCI
CDI	Centro de desarrollo infantil
CES	Consejo de Educación Superior
CNC	Consejo Nacional de Competencias
CNH	Creciendo con nuestros hijos
CONAGOPARE	Consejo Nacional de Gobiernos Parroquiales Rurales del Ecuador
CONGOPE	Consorcio de Gobiernos Autónomos Provinciales del Ecuador
COOTAD	Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización
DCI	Desnutrición crónica infantil
DIGERCIC	Dirección General de Registro Civil, Identificación y Cedulación
DINARP	Dirección Nacional de Registros Públicos
EDA	Enfermedad diarreica aguda
ENDEMAIN	Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil
ENDI	Encuesta de Nacional sobre Desnutrición Infantil
NECSDI	Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
FIIAPP	Fundación Internacional y para Iberoamérica de Administración y Políticas Públicas
GAD	Gobierno autónomo descentralizado
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
IRA	Infección respiratoria aguda
ITS	Infección de transmisión sexual
ITU	Infección del tracto urinario
JAAP	Junta administradora de agua potable
MAATE	Ministerio del Ambiente, Agua y Transición Ecológica
MADI	Mesa de Agua para el Desarrollo Infantil
MAG	Ministerio de Agricultura y Ganadería
MDT	Ministerio de Trabajo
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MIC	Mesa intersectorial cantonal
MIDUVI	Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda
MIES	Ministerio de Inclusión Económica y Social
MINEDUC	Ministerio de Educación
MINTEL	Ministerio de Telecomunicaciones
MIP	Mesa intersectorial parroquial
MPCEIP	Ministerio de Producción, Comercio Exterior, Inversiones y Pesca
MMDH	Ministerio de la Mujer y Derechos Humanos
MREMH	Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana
MSP	Ministerio de Salud Pública
NBI	Necesidades básicas insatisfechas
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas

ONG	Organización no gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAC	Plan de acción cantonal
PDOT	Plan de desarrollo y ordenamiento territorial
PEI-DCI	Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil
PPL	Personas privadas de libertad
PP	Punto porcentual
PpR	Presupuesto por resultados
RPIS	Red pública integral de salud
RPC	Red privada complementaria de salud
RSE	Responsabilidad social empresarial
SEGCOM	Secretaría General de Comunicación
SDII	Servicios de desarrollo infantil integral
SEIBE	Secretaría de Educación Intercultural Bilingüe y la Etnoeducación
SENESCYT	Secretaría de Educación Superior, Ciencia , Tecnología e Innovación
SGDPN	Secretaría de Gestión y Desarrollo de Pueblos y Nacionalidades
SGT	Subsecretaría de Gestión Territorial
SNP	Secretaría Nacional de Planificación
SRI	Servicio de Rentas Internas
STECSDI	Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil
SUUSEN	Sistema Unificado y Universal de Seguimiento Nominal
TPEG	Tamaño pequeño en relación con la edad gestacional
UE	Unión Europea
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
URS	Unidad del Registro Social





1.

INTRODUCCIÓN



La desnutrición crónica infantil (DCI), también conocida como retraso en la talla o en el crecimiento, constituye un desafío crítico para la salud de la niñez en Ecuador ¹, problemática que ha afectado a varias generaciones de infancias, despojándolas de un futuro de oportunidades con iguales posibilidades. Su relevancia, en relación con otras regiones del mundo y al interior de América Latina, sigue siendo alta, aunque hay también esfuerzos y avances importantes.

Desde 2004 la DCI entre niñas y niños menores de 2 años mostró una tendencia preocupante de incremento. A partir de 2014, la tendencia comenzó a revertirse y en el período 2018-2024 tuvo una reducción de 23,6 % a 19,3 % que equivale a 4,3 puntos porcentuales y coincide con la puesta en marcha de la Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil (ENECSDI) para la prestación del paquete priorizado destinado a atender a la población objetivo y la institucionalización de la Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil (STECSDI), creada mediante decreto ejecutivo 092 del 6 de julio del año 2021.

En términos absolutos, esto significa que anualmente alrededor de 23.000 niñas y niños, que de otra manera hubiesen presentado esta condición, no tuvieron que enfrentarla. Sin embargo, las cifras siguen siendo alarmantes, un poco menos de 2 de cada 10 niñas y niños menores de 2 años en Ecuador presentan DCI, lo que evidencia la necesidad de actualizar el plan estratégico para prevenir y reducir este problema prioritario en el país que en su primera versión culmina en 2025.

El Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil (PEI-DCI) comprende un periodo de seis años, de 2025 a 2030, con el fin de dar continuidad a las acciones implementadas en el plan anterior y también asumir los nuevos desafíos para enfrentar esta problemática. Este enfoque a largo plazo es crucial para lograr cambios duraderos en la salud, nutrición y el bienestar de niñas y niños. El primer año de implementación de este plan coincide con la instalación de un nuevo gobierno en 2025 en Ecuador, lo que ofrece una oportunidad para la sostenibilidad de la política pública alrededor de la DCI en el Estado. La evaluación del período anterior ha demostrado importantes avances y, al mismo tiempo, nuevos desafíos a ser abordados.

El plan se desarrolla dentro del marco constitucional y legal que promueve y protege los derechos de la niñez a la salud, nutrición y protección social. La Constitución de la República del Ecuador garantiza el derecho a la alimentación y a un nivel de vida adecuado, al crecimiento, la maduración, el despliegue del intelecto y las capacidades de los niños (artículo 44); así como la atención a menores de seis años, la garantía de su nutrición, salud, educación y cuidado diario en el marco de la protección integral de sus derechos (artículo 46). Este plan refleja el compromiso del Estado con estos principios, asegurando que las políticas y acciones implementadas sean coherentes con los mandatos constitucionales y legales, así como los compromisos del Estado ecuatoriano establecidos en la Convención de Derechos del Niño.



••

1 La desnutrición crónica infantil mide la proporción de niñas y niños que presentan un retardo en su talla para su edad y sexo en comparación con los estándares de crecimiento identificados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Su prevalencia se calcula entre niñas y niños menores de 2 años y entre menores de 5 años.

La consecución de las metas de este plan requiere un trabajo intersectorial liderado por la STECSDI, mediante la construcción, implementación y monitoreo de los programas, proyectos, planes y acciones sostenibles para la población objetivo, ejecutados por varios ministerios sectoriales; además, se requiere un trabajo comprometido a nivel de gobiernos autónomos descentralizados (GAD), la sociedad civil, organismos de cooperación, la comunidad científica, entre otros.

Para la construcción del presente plan se llevaron a cabo cinco talleres técnicos a nivel nacional donde se construyeron y validaron de manera colaborativa los lineamientos de política pública y acciones para cada uno de los ejes estratégicos. En total se convocaron a cerca de 200 personas en Quito y Guayaquil pertenecientes a organizaciones sociales y de la sociedad civil, organismos de cooperación, GAD, academia, expertos y técnicos de las diversas carteras del Estado. De igual manera, se recabaron aportes en línea con el objetivo de contar con una participación de varios actores a nivel nacional. Este trabajo ha tenido el apoyo técnico de UNICEF, CAF y OPS.

La meta del PEI-DCI 2025-2030 es reducir la prevalencia de la DCI en menores de 24 meses del 19,3 %

en el 2024 a menos del 15 % para el año 2030. Esta meta ambiciosa requiere un esfuerzo coordinado y la implementación de intervenciones efectivas de manera intersectorial, así como del involucramiento directo de la sociedad y las familias en su conjunto.

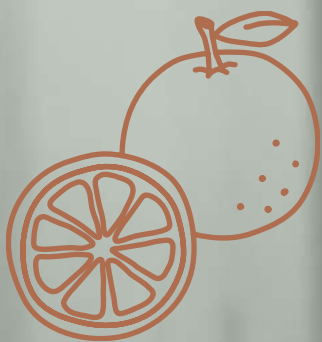
La inversión más importante en un Estado es la realizada en los primeros años de vida de las niñas y los niños. De acuerdo con el estudio **Marco de inversión en la nutrición 2024** realizado por el Banco Mundial, por cada dólar destinado a combatir la desnutrición se obtendrán retornos de USD 23, lo que evidencia la importancia de las intervenciones que se proponen en este plan.

Las bases del desarrollo cognitivo y emocional, así como el crecimiento físico se establecen en los primeros 1.000 días. Si durante la infancia no se asumen colectivamente los cuidados de niñas y niños se pierde la esperanza de contar con un país diferente en el futuro (Tayler, et al., 2017).

La evidencia científica acumulada muestra que los primeros 1.000 días son cruciales para alcanzar el mejor desarrollo y salud a largo plazo, y constituyen un periodo estratégico en términos de prevención y salud pública. (Moreno et al., 2019).



Este plan constituye el marco de acción integral para enfrentar la DCI en el país, entendiendo que el **bienestar y desarrollo de las futuras generaciones** depende de intervenciones tempranas y sostenidas.



2.

SITUACIÓN DE LA DCI EN ECUADOR





Marco conceptual

La evidencia científica mundial ha servido como base para establecer un modelo causal de factores asociados a la DCI. El modelo conceptual del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2013) establece relaciones causales entre diferentes determinantes asociadas a la DCI, que hay que tomar en cuenta para el diseño de intervenciones de la política pública. Este modelo fue elegido porque se diferencia de otros enfoques centrados en la nutrición, y se caracteriza por un abordaje integral al considerar las causas asociadas a la problemática de DCI.

El marco conceptual de los determinantes de la Nutrición Materna e Infantil de UNICEF (2013) describe las causas inmediatas, subyacentes y básicas. Este marco reconoce la multicausalidad de la desnutrición infantil y subraya la importancia del cuidado, los entornos domésticos, las atenciones en salud y las prácticas de alimentación, entre otros elementos esenciales para una adecuada nutrición infantil.

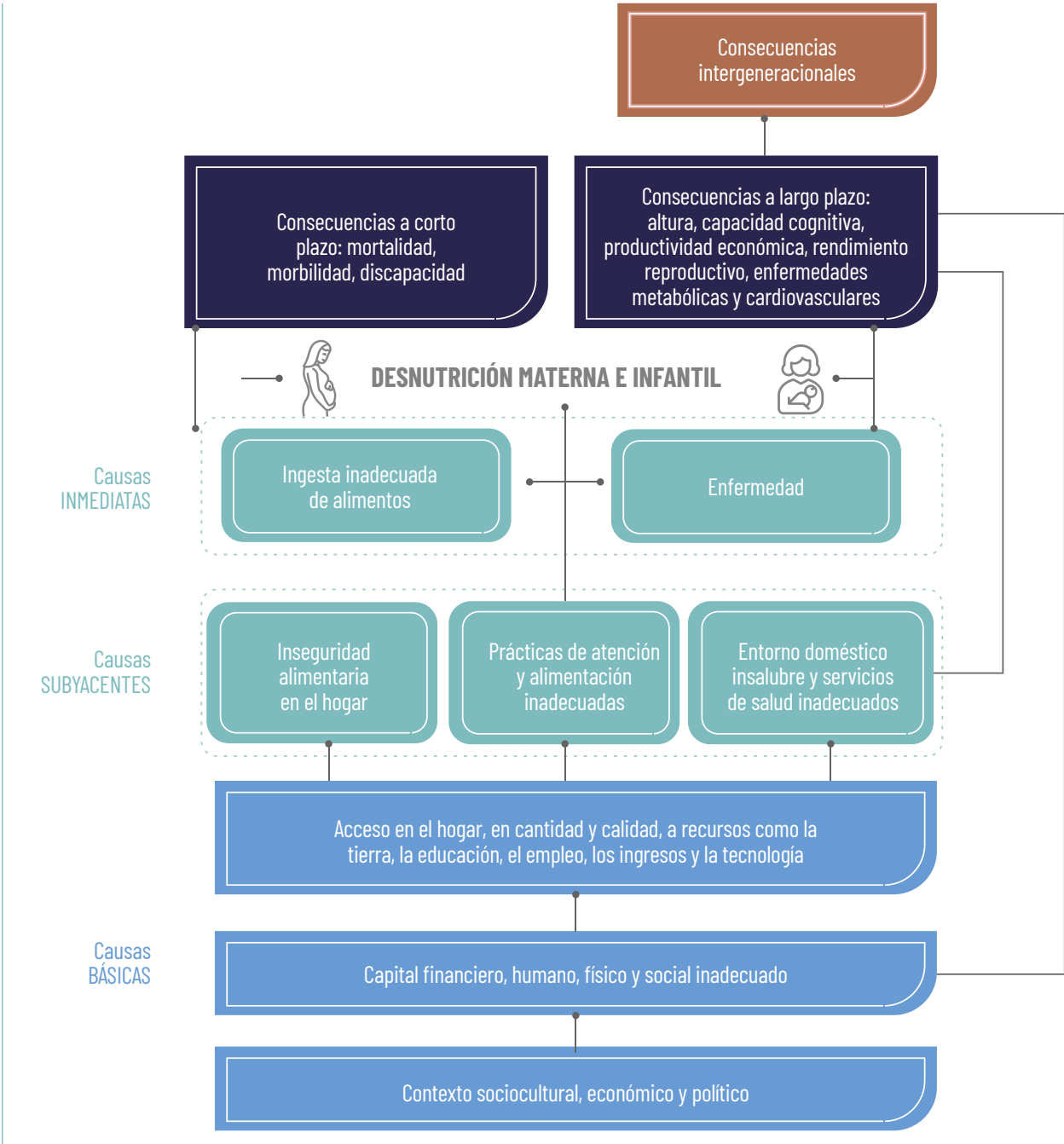
Bajo este modelo existen tres tipos de causalidades para la presencia de la DCI.

Las causas inmediatas, son las enfermedades y la ingesta inadecuada de alimentos, podrían ser considerados los elementos visibles que anteceden de forma directa en la DCI.

Las causas subyacentes, son aquellas que guardan una relación con las causas inmediatas y pueden ser modificadas a través de la acción de la política pública, estas son: la inseguridad alimentaria en el hogar, las prácticas de atención y alimentación inadecuada, los entornos domésticos insalubres y servicios de salud inadecuados.

Las causas básicas, hacen referencia al contexto socio cultural, económico, político; el capital financiero, humano y físico, y el acceso a un hogar, tierra, empleo, ingresos y tecnologías; vinculándose a la importancia del capital asignado en términos financieros, humanos, físicos y sociales, y visibilizando la importancia de abordar aspectos como la gobernanza, economía política, acceso a servicios básicos e incorporación de los sistemas alimentarios.

Gráfico N. 1 Modelo causal de las determinantes de la desnutrición infantil



Fuente: UNICEF (2013).

A partir de este modelo conceptual y a través de un análisis de evidencia científica mundial, se identificaron las relaciones causales específicas que permiten determinar la ocurrencia de la DCI. En respuesta a estas causas, se diseñó un conjunto de intervenciones que cuentan con evidencia suficiente y adecuada que son el sustento de la propuesta desarrollada en este plan.



Descripción de la problemática

La DCI es un problema persistente que amenaza la salud, el crecimiento y desarrollo de millones de niñas y niños en todo el mundo. Este problema no solo afecta a los individuos aislados, sino que también impide el desarrollo y bienestar de un país.

La DCI es una condición caracterizada por un retraso en el crecimiento que genera consecuencias en el corto y largo plazo, algunas de ellas irreversibles, afectando desde el desarrollo cognitivo en la infancia hasta la salud y los ingresos en la edad adulta. En el corto plazo, existe mayor riesgo de fallecimiento, enfermedades y deficiencias en el desarrollo infantil y en la capacidad de aprendizaje. Entre las consecuencias en el largo plazo están

la baja estatura, capacidad intelectual limitada, poca productividad económica, un mayor riesgo de infecciones y enfermedades no transmisibles como diabetes e hipertensión, enfermedades asociadas al metabolismo y al corazón. Además, estas niñas y niños suelen experimentar una capacidad de trabajo reducida y resultados reproductivos maternos desfavorables en la edad adulta (UNICEF, 2013).



La Convención sobre los Derechos del Niño establece que todos las niñas y niños tienen derecho a un nivel de vida adecuado que permita su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social. En particular, el artículo 6 enfatiza la obligación de los Estados de garantizar la supervivencia y el desarrollo de las niñas y niños. Además, el cumplimiento de los **Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), un compromiso ratificado por el Ecuador, establecen un camino trazado en la Agenda 2030 para:**



Poner fin a la pobreza.



Poner fin al hambre para lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición.



Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.



Garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos.



Reducir la desigualdad en los países y entre ellos.



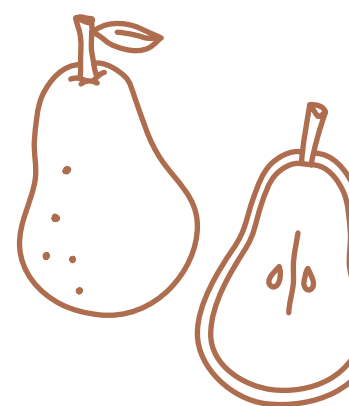
Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles.



Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y construir a todos los niveles instituciones eficaces e inclusivas que rindan cuentas.



Revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible,



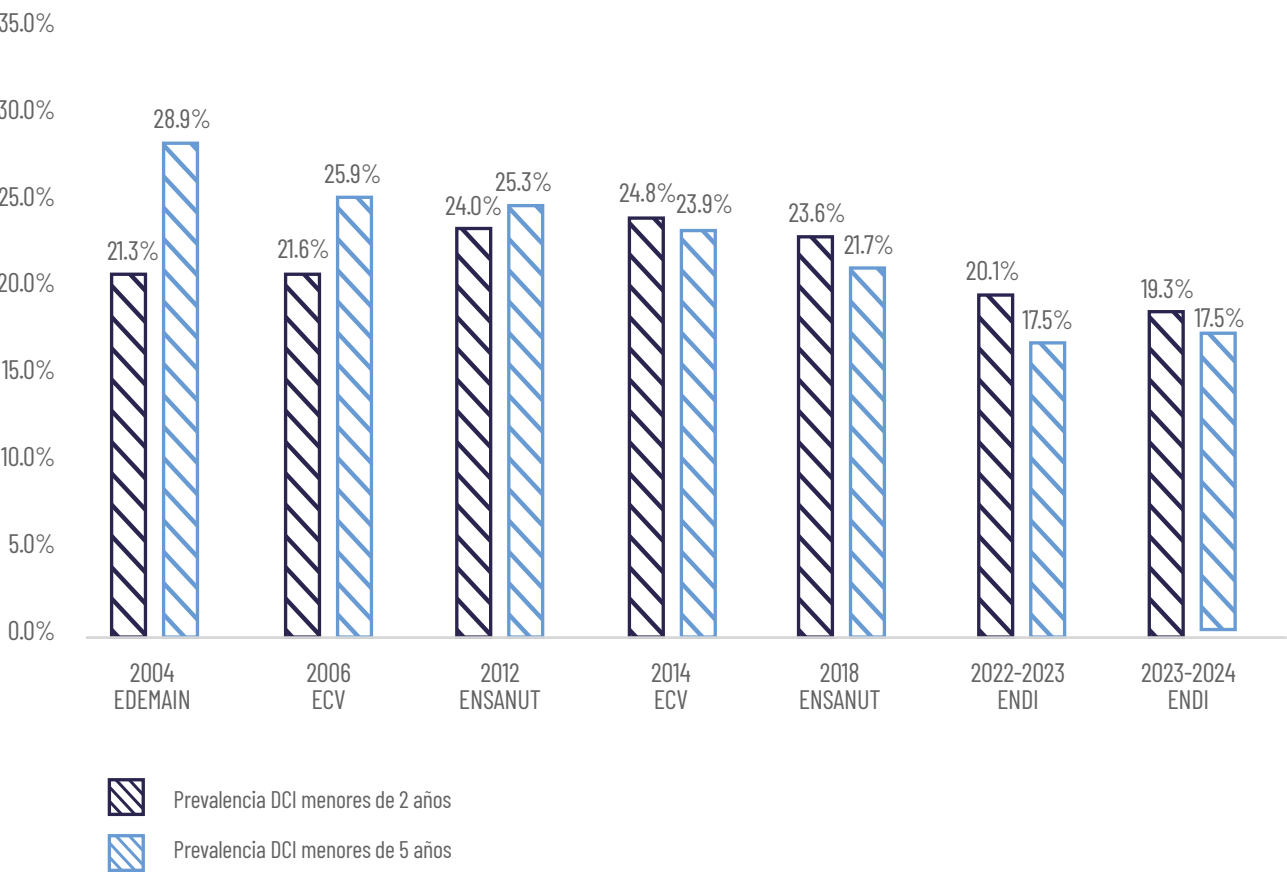
Este marco programático subraya la responsabilidad de los gobiernos en asegurar condiciones que permitan el **pleno desarrollo de la niñez** en la prevención de la desnutrición crónica.

En la gestación y los 24 primeros meses de vida se puede prevenir la DCI y promover un adecuado desarrollo integral de las infancias debido al crecimiento físico y el desarrollo que se experimenta en esta etapa (UNICEF, 2024)².

Los datos que se ven en el gráfico 2 muestran la evolución de la DCI en el país. Entre el 2018 y el 2024

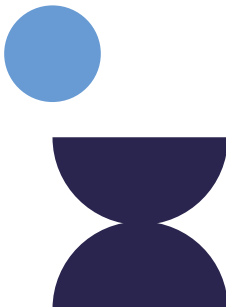
existe una disminución de 4,3 puntos porcentuales en la DCI de niñas y niños menores de 2 años, pasando del 23,6 % al 19,3 %; mientras que en menores de 5 años ha pasado del 21,7 % al 17,5 %. Esto evidencia que menos niñas y niños presentan esta condición y tienen mayores posibilidades en el futuro para desarrollar su vida, sus sueños, sus proyectos y aportar al desarrollo sostenible.

Gráfico 2. Prevalencia de DCI en niñas y niños menores de 2 años y en menores de 5 años



Fuente: (ENDEMAIN 2004, ECV 2006 y 2014, ENSANUT 2012 y 2018, ENDI 2022-2023; ENDI 2023-2024).

2 En los primeros 24 meses tendrá 700 nuevas conexiones neuronales por segundo, en los primeros 1.000 días de vida se da un proceso de crecimiento acelerado que no se vuelve a repetir en otra etapa de vida, la talla se duplica y el peso se multiplica por 5, UNICEF.



Estas cifras nacionales al ser desagregadas en función de la autoidentificación étnica, los quintiles de ingreso y los datos territoriales, ponen en evidencia que existen grupos poblacionales que requieren más atención que otros. La política para la prevención y reducción de la DCI debe integrar un enfoque universal en la prevención, al tiempo que se focaliza en servicios específicos dirigidos a las poblaciones más vulnerables.

La tabla N. 1 evidencia los datos de DCI desagregados en las dos rondas de la Encuesta Nacional de Desnutrición Infantil (ENDI). La primera ronda fue levantada en el periodo julio de 2022 a julio de 2023 y la segunda de julio 2023 a agosto de 2024. A través de su lectura se identifica que para el 2024 la mayor prevalencia de DCI se ubica en el área rural; en estas zonas, la prevalencia de DCI es 4,5 puntos porcentuales mayor que en el área urbana. La región Sierra es la que presenta valores más altos de prevalencia

de DCI, especialmente en las provincias de la Sierra central como Chimborazo, Tungurahua y Cotopaxi. Los datos también demuestran que entre el 2023 y el 2024 se ve una disminución importante en la región amazónica pasando del 19,6 % al 17,6 %.

En cuanto a la población autoidentificada como indígena, la prevalencia de DCI es de 13 puntos porcentuales por encima de la media nacional y su situación varía de forma muy leve entre las dos rondas. Mientras que en la población afroecuatoriana se evidencia una disminución entre el 2023 y 2024, pasa de 15,7% a 10,5% respectivamente.

Finalmente, para el 2024, los datos indican que la distribución de ingresos y la pobreza también influyen de manera significativa en la DCI, los quintiles³ 1 y 2 muestran una prevalencia de DCI de 21,8 % y 20,4 % respectivamente, en comparación con el quintil 5 que presenta una DCI de 13,9 %.



3 El quintil es una herramienta estadística que divide a la población en 5 grupos, de acuerdo con el nivel de ingresos per cápita familiar, siendo el quintil 1 el de menores ingresos y el quintil 5 el de mayores ingresos.

Tabla N. 1 Prevalencia de la DCI en niñas y niños menores de 2 años

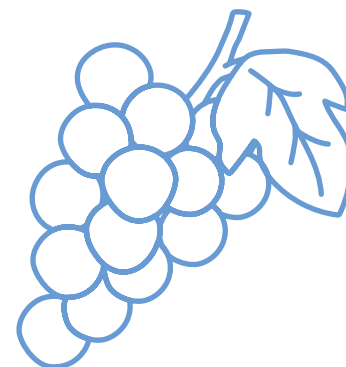
Desagregación		Indicador porcentual	
		Ronda 1 2022-2023	Ronda 2 2023-2024
Nacional		20,1	19,3
Área	Urbano	18,9	17,6
	Rural	21,9	22,1
Región natural	Sierra	23,9	22,9
	Costa	17,3	17,0
	Amazonía	19,6	17,6
Sexo	Hombre	23,5	23,1
	Mujer	16,5	15,4
Auto-identificación étnica	Indígena	33,4	32,3
	Afroecuatoriana/o	15,7	10,5
	Montubia/o	15,0	18,7
	Mestiza/o	19,2	18,5
	Blanca/o u Otra/o	18,9	13,1
Territorios más afectados	Chimborazo	35,1	40,1
	Santa Elena	29,8	32,6
	Cotopaxi	27,6	28,2
	Tungurahua	29,4	27,9
	Pastaza	29,3	25,0
	Parroquias priorizadas	21,9	20,7
Quintiles	Quintil 1	23,7	21,8
	Quintil 2	22,3	20,4
	Quintil 3	17,5	20,6
	Quintil 4	20,6	18,7
	Quintil 5	15,1	13,9

Fuente: INEC (2024).

Estos datos resaltan la importancia de adoptar un enfoque de equidad en las intervenciones sobre la DCI para asegurar que las poblaciones más vulnerables puedan acceder a sus derechos. Existen numerosos ejemplos que demuestran que las intervenciones basadas en la equidad son más efectivas y tienen un impacto mayor (UNICEF, 2013). Estas soluciones, cuando se aplican adecuadamente, son factibles y producen resultados positivos en nutrición, salud, educación y desarrollo en general.



Prevalencia de la DCI a nivel provincial



Desde una perspectiva territorial, los datos de la DCI muestran con mayor claridad las brechas del país que es necesario atender para prevenir y reducir la desnutrición crónica infantil; mientras que hay zonas donde la DCI es un problema menor, hay otras donde existe una persistencia importante.

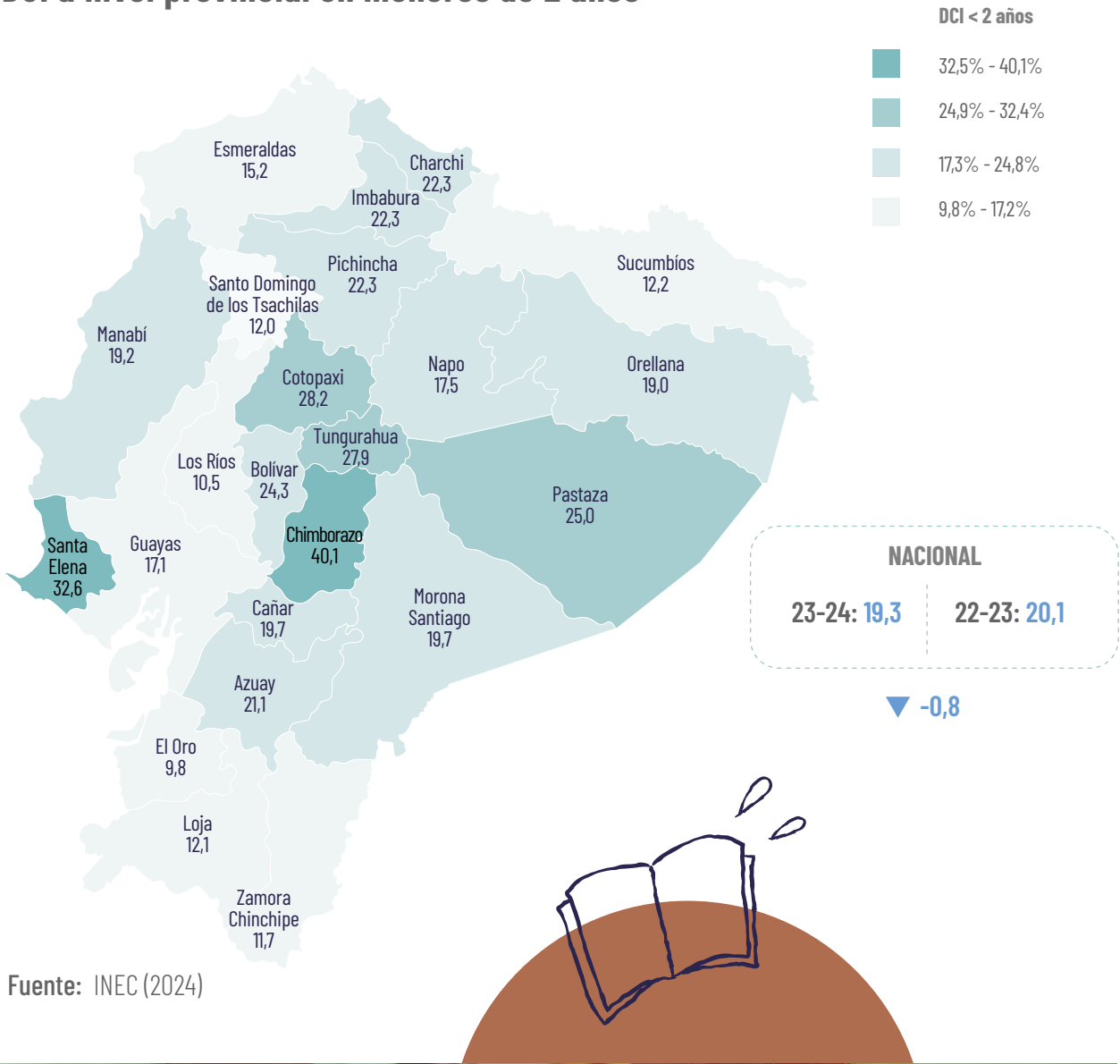
Al comparar las dos rondas de la ENDI es posible ver que es necesario ahondar en estrategias territoriales basadas en la equidad. Algunas provincias donde el problema de la DCI era altamente relevante no muestran una tendencia a la disminución, tal es el caso de Chimborazo, Santa Elena, Tungurahua e Imbabura. Mientras que hay provincias que revelan una tendencia a la disminución importante como Loja, Zamora Chinchipe y Bolívar.

En este sentido, es importante que las intervenciones se adapten a los contextos locales, estudien y analicen con detenimiento las diversas dinámicas territoriales para entender con mayor profundidad sus factores causales y la relación entre ellos.

A continuación, se presenta un mapa con los datos a nivel provincial de la segunda ronda de la ENDI. Como se puede ver, las provincias en donde la prevalencia varía entre el 32,5 % y el 40,1 % son Santa Elena y Chimborazo. El problema también aparece como relevante para las provincias de Cotopaxi, Tungurahua y Pastaza donde la DCI supera el 25 %. Las provincias de Carchi, Imbabura, Pichincha, Manabí, Napo, Orellana, Bolívar, Cañar, Azuay y Morona Santiago constituyen el tercer grupo con una prevalencia de la DCI entre 17,5 % y 22,3 %. En el resto de provincias la prevalencia es menor y varía entre 9,8 % y 17,1 %, siendo El Oro, la provincia con la menor prevalencia de DCI del país.



Gráfico N. 3 Mapa de la prevalencia de la DCI a nivel provincial en menores de 2 años



Fuente: INEC (2024)



Las causas inmediatas de la DCI en Ecuador

Aquellas condiciones, expresadas en variables que guardan una relación directa con la DCI, se entienden como causa inmediata. Es decir que son causas que anteceden a la aparición de la problemática. Estas se dividen en dos grupos: enfermedades e ingesta inadecuada de alimentos.

La relación entre estas causas inmediatas y las subyacentes ha sido estudiada a nivel mundial.

Aunque en el sentido común la DCI ha estado asociada a la mala alimentación, en la actualidad existe evidencia científica suficiente que demuestra que las relaciones son más complejas. El análisis basado en el modelo conceptual de UNICEF (2013) citado previamente arroja conclusiones sobre las variables que están asociadas entre sí para producir la DCI y la jerarquía de las mismas.

a. Enfermedades

Las enteropatías ambientales o parasitarias, las enfermedades diarreicas agudas (EDA) y las infecciones respiratorias agudas (IRA) son las tres enfermedades que están relacionadas de forma inmediata con la DCI (UNICEF, 2024).

La enteropatía ambiental o parasitaria es entendida como la patología, en la cual las causas infecciosas intestinales crónicas, asociadas a la malnutrición severa o marasmo y las deplorables condiciones ambientales existentes, originan diarrea crónica y malabsorción intestinal. (OMS, 2024).

De las tres enfermedades que son causa inmediata de la desnutrición crónica infantil, la enteropatía ambiental es la que tiene una mayor asociación con la DCI y está relacionada con los entornos domésticos insalubres (UNICEF, 2024). Por su parte, las EDA e IRA en niñas y niños menores de 24 meses están asociadas a variables subyacentes como las prácticas de alimentación inadecuada y condiciones del entorno doméstico insalubres (UNICEF, 2024).

b. Ingesta inadecuada de alimentos

La ingesta inadecuada de alimentos se entiende como un consumo que puede ser insuficiente, desequilibrado o excesivo de los macronutrientes que aportan energía alimentaria (hidratos de carbono, proteínas y grasas) y los micronutrientes (vitaminas y minerales) que son esenciales para el crecimiento y el desarrollo físico y cognitivo (FAO, 2014); esta causa genera DCI y constituye una causa inmediata de esta problemática.



Las causas subyacentes de la DCI en Ecuador

De acuerdo con el modelo conceptual de UNICEF (2013), las causas subyacentes son factores susceptibles de ser modificados y de las mismas se desprenden el conjunto de intervenciones de política pública. La inseguridad alimentaria en el hogar, las prácticas inadecuadas de cuidado y alimentación, los entornos domésticos insalubres y los servicios de salud deficientes son las cuatro causas subyacentes a la problemática de la DCI.



a. Inseguridad alimentaria en el hogar⁴

Hay seguridad alimentaria cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico, social y económico a suficientes alimentos seguros y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias alimentarias, con el fin de llevar una vida activa y sana (FAO, 2006; en BID 2019 p. 5). La inseguridad alimentaria está relacionada con la pobreza, la inequidad y la disposición de los hogares a los alimentos. Los datos de la ENDI (2023 - 2024) en Ecuador permiten hacer algunas conclusiones sobre la relación entre la inseguridad alimentaria y la DCI. La tabla N. 2 presenta los indicadores de inseguridad alimentaria en el país.

Para 2024, de acuerdo con la ENDI (2023-2024), el 34,5 % de niñas y niños menores de 2 años sufren de inseguridad alimentaria moderada o severa en

sus hogares. En el área rural esta cifra asciende a un 40,40 %, lo que implica que más de 4 de cada 10 niñas y niños viven en inseguridad alimentaria moderada o severa. Las niñas y niños que tienen inseguridad alimentaria moderada o severa en sus hogares tienen mayor prevalencia de la DCI (6,18 puntos porcentuales adicionales) frente a los que no tienen inseguridad alimentaria. (cálculo de la STECSDI a partir de la ENDI, 2023 - 2024).

Datos como la diversidad alimentaria indican que el 27,9 % de niñas y niños de 6 a 23 meses en Ecuador en el 2023 y el 21,02 % en el 2024 no tienen una alimentación variada con los cuatro grupos de alimentos. En el área rural la problemática es aún más marcada; para el 2024, el 26,21 % de niñas y niños no recibieron alimentos de cuatro o más grupos.

4 El cálculo de inseguridad alimentaria que se presenta en esta sección fue calculado con la escala latinoamericana y caribeña de seguridad alimentaria (ELCSA).

Tabla N. 2 Indicadores de la inseguridad alimentaria en el hogar en Ecuador

Variable	(2022 - 2023)	(2023-2024)
Porcentaje de niñas y niños menores de 2 años que sufren inseguridad alimentaria moderada o severa.		
Nacional	38,60 %	34,50 %
Urbano	36,30 %	31,00 %
Rural	42,40 %	40,40 %
Prevalencia de DCI de niñas y niños que enfrentan inseguridad alimentaria		23,31 %⁵
Porcentaje de niñas y niños de 6 a 23 meses de edad que recibieron alimentos de cuatro y más grupos alimentarios durante el día anterior.		
Nacional	72,10 %	78,98 %
Urbano	74,30 %	82,30 %
Rural	68,70 %	73,79 %

Fuente: INEC, 2024

5 En esta tabla y en las que siguen se sitúa el dato de la prevalencia de la DCI en niñas y niños que presentando la condición de la variable expuesta superan en más de tres puntos porcentuales a los que no presentan esa condición. Es decir, en los que la condición es importante para la reducción o aumento de la DCI.

b. Prácticas de atención y alimentación inadecuadas



De acuerdo con el marco conceptual de los determinantes de la nutrición materna e infantil, las prácticas de atención y alimentación inadecuadas tienen incidencia en las enfermedades y con la ingesta inadecuada de alimentos, de ahí su importancia (UNICEF, 2020). A continuación, se analizan las prácticas de lactancia, alimentación complementaria en Ecuador y los datos sobre el juego y estimulación.

La interrupción de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses está asociada con un mayor riesgo de retraso en el crecimiento y desnutrición crónica (Moreno, et al, 2019, OMS, 2016, UNICEF, 2020). Esta problemática afecta a aproximadamente 1 de cada 2 niñas y niños menores de 6 meses en Ecuador, la lactancia materna exclusiva es una de las prácticas de alimentación y cuidado que más previenen a la DCI (ENDI, 2023-2024). De acuerdo con la ENDI (2023 - 2024), las niñas y niños que reciben lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses son menos propensos a desarrollar DCI con 5,25 puntos porcentuales de

diferencia frente a los que no la reciben (cálculo de la STECSDI a partir de la ENDI, 2023 - 2024).

La interrupción de la lactancia materna exclusiva tiene un grado de asociación mayor con las infecciones respiratorias agudas, los lactantes que no son exclusivamente amamantados tienen aproximadamente 3,8 veces más probabilidades de desarrollar infecciones respiratorias agudas (UNICEF, 2024). En la misma línea, la falta de lactancia materna continua en niñas y niños entre 6 a 24 meses aumenta el riesgo de enfermedades diarreicas agudas. (UNICEF, 2024).

Tabla N. 3 Prácticas de alimentación inadecuadas en Ecuador

Variables	(2022 - 2023)	(2023 - 2024)
Porcentaje de niñas y niños menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva		
Nacional	51,20 %	53,14 %
Urbano	47,50 %	52,27 %
Rural	57,40 %	54,58 %
Prevalencia de DCI de niñas y niños menores de seis meses con lactancia materna exclusiva en Ecuador		10,43 %
Porcentaje de niñas y niños de 6 a 24 meses con lactancia materna continua		
Nacional	63,90 %	63,69 %
Urbano	61,50 %	61,66 %
Rural	68,00 %	67,11 %

Fuente: INEC, 2024

En el estudio realizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Ministerio de Salud Pública (MSP) en 2024 sobre los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) de mujeres gestantes, madres y cuidadores de niñas y niños menores de 2 años sobre la DCI a nivel nacional, se evidenció que existen dudas y cierto desconocimiento por parte de las madres respecto a la importancia y duración recomendada de la lactancia materna, lo que disminuye esta práctica. Del total de encuestados en este estudio, el 76 % conoce que se debe dar solo pecho hasta los 6 meses de edad de la niña o niño. Este valor es superior en el área rural con el 82,3 %, frente al área urbana en la que se registra el 70,2 %; en la Sierra

con el 85 %, frente a la Costa en la que es del 63,8 %; y en la población autodefinida como indígena en la que alcanza el 85,6 % (OPS, MSP, 2024).

Entre las conclusiones del estudio destacan que aquellas madres con mayor experiencia o apoyo familiar que contaban con información adecuada, dan de lactar a sus hijas e hijos el tiempo recomendado. Por otro lado, se evidencia que ciertas creencias locales afectan la práctica adecuada de lactancia, por ejemplo, la tradición local de dar de lactar hasta cuando las niñas y los niños comienzan a caminar o la creencia de que el uso de alimentos como la chicha tienen beneficios para la infancia.



Conocimiento, actitudes y prácticas sobre la desnutrición crónica infantil en Ecuador, estudio realizado por la OPS y el MSP que combina metodología cualitativas y cuantitativas para analizar los factores que inciden en la DCI. Enfocado en madres, mujeres gestantes y cuidadores de niñas y niños menores de 2 años, la investigación explora los CAP que afectan esta problemática.

En la metodología cualitativa se emplearon la observación no participativa y entrevistas a profundidad en 9 parroquias de la Costa, Sierra y Amazonía, abarcando diversas etnias (mestizos, afroecuatorianos, kichwas y Shuar), con 45 entrevistas a profundidad.

La fase cuantitativa incluyó una encuesta CAP aplicada a **2.000 personas**. La muestra fue seleccionada de 456 parroquias priorizadas por la ENECSDI, considerando áreas urbanas y rurales, distinguiendo entre población indígena y no indígena. La encuesta cubrió temas clave como control prenatal, vacunación, lactancia, nutrición complementaria, acceso a agua potable e higiene.

Estos datos revelan la importancia de avanzar en las consejerías sobre lactancia materna, grupos de apoyo a la lactancia y en campañas sobre la importancia de la lactancia exclusiva y continua en las y los infantes.

En relación con la alimentación complementaria, el estudio CAP (OPS, MSP, 2024) identifica que, si bien el 89,7 % de las personas entrevistadas conocen que, a partir de los 6 meses, niñas y niños “pueden” recibir otros alimentos, además de la leche materna, las prácticas no son adecuadas. Entre los alimentos ofrecidos, se identificaron sopas, coladas, papillas y jugos de frutas, mientras que la incorporación de proteínas de alto valor biológico, como huevos y carne, se brindan a partir de los 12 meses. En este sentido, es fundamental considerar las barreras socioeconómicas en la diversificación de la dieta, con especial atención a la introducción de proteínas.

Otros elementos de las prácticas de atención y acceso a recursos también presentan limitaciones que

afectan al desarrollo infantil integral; por ejemplo, la estimulación temprana, el acceso a recursos para el juego y la lectura evidencian amplias brechas a nivel nacional. En 2024, el 60 % de niñas y niños menores de 5 años realizan actividades de estimulación con algún miembro del hogar, en el quintil 1 se registra el 49,8 % y en el quintil 5 se registra el 76,8 % (INEC, 2024)

En el caso del juego, el 49,3 % de menores de 5 años tiene disponible 3 o más cosas para jugar; la diferencia entre el quintil 1 y 5 es del 37,9 p.p., registrándose el 34,3 % y el 72,2 %, respectivamente. Por otro parte, apenas el 16,8 % tiene acceso a libros o cuentos y las brechas por ingreso son amplias: el quintil 1 presenta el 5,3 % y el quintil 5 en 39,1 % (INEC, 2024). Finalmente, el 53,9 % de niñas y niños menores de 5 años están libres de maltrato físico y el 46,6 % están libres de maltrato psicológico (INEC 2024).



c. Entorno doméstico insalubre y servicios de salud inadecuados

Entorno doméstico insalubre

El entorno doméstico y las condiciones salubres e insalubres en las que se desarrollan las niñas y los niños están relacionadas con las enfermedades que son causa directa de la DCI. Las fuentes de agua mejoradas en el hogar reducen el riesgo de diarrea y de infección por E. Coli, asociada a la enteropatía ambiental en niñas y niños menores de 24 meses (UNICEF, 2024). La ausencia de un adecuado sistema de saneamiento en el hogar es un factor de riesgo de enfermedades diarreicas agudas (EDA), así como la presencia de piso de tierra que también está relacionada con la presencia de enteropatías ambientales. Asimismo, la exposición al humo de biomasa es el factor que más contribuye a la enteropatía ambiental. El hacinamiento también favorece a las infecciones respiratorias agudas (IRA), siendo este el mayor determinante de la misma (UNICEF, 2024).

En este sentido, como demuestra la evidencia mundial, si se logra mejorar las condiciones del entorno doméstico, también se previenen las enfermedades que están relacionadas directamente con la DCI y son sus causas inmediatas en los primeros años de vida. Las condiciones del hogar son una de las piezas clave de trabajo para la reducción de la DCI (Lindquist, E. et al, 2014; Moreno et al, 2019; OMS, 2016; UNICEF, 2024). La tabla N. 4 presenta los valores de las variables vinculadas al entorno doméstico insalubre.

De acuerdo con la ENDI (2023 -2024), el 22,20 % de niñas y niños menores de 2 años presentó algún epi-

sodio de EDA en las últimas dos semanas; la prevalencia es aún mayor para niñas y niños afroecuatorianos con el 29,74 % e indígenas con un 25,83 %. Asimismo, el 45,20 % de niñas y niños en el área urbana y el 51 % en el área rural presentaron algún episodio de infección respiratoria aguda (IRA) en las últimas 2 semanas.

Esta encuesta también revela que un 15,30 % de hogares con niñas y niños menores de 2 años utilizan suministros seguros de agua para el consumo⁶; en el área rural esta cifra se reduce al 9,14 %, lo que significa que 1 de cada 10 niñas y niños bebe agua segura en el área rural. El agua se considera “segura” cuando cumple al menos con 3 condiciones: que no tenga residuos de heces fecales, que sea de fácil acceso y que exista suficiente cantidad para el consumo (UNICEF, 2021).

Además, se evidencia que todavía un 26,70 % de hogares con niñas o niños menores de 2 años no tienen un adecuado sistema de eliminación de excretas; son los pueblos montubio y afroecuatoriano los que registran un mayor valor 38,89 % y 35,82 %, respectivamente (INEC, 2024).

Igualmente, el 2,21 % de hogares utilizan la leña como principal combustible para cocinar, mientras que en el área rural es un 5,84 %. Al mismo tiempo, el 24,90 % de niñas y niños menores de 2 años viven en hacinamiento (INEC, 2024).

..

6 Hogares del área rural que usan suministros de agua adecuados, que estén cercanos, disponible en las cantidades necesarias (suficiencia) y libre de contaminación fecal (calidad de agua) expresado como porcentaje del total de hogares del área rural (INEC, 2019).



Sin duda, estos elementos son retos que deben asumirse para prevenir la DCI y están íntimamente relacionados con la pobreza y las condiciones de desigualdad, así como con la necesidad de un trabajo intersectorial y en varios niveles de gobierno.

Todas las variables ligadas al entorno doméstico guardan una relación con la DCI, pues la prevalencia de la misma se dispara en las niñas y niños que no tienen acceso a agua segura, que utilizan leña para cocinar o que tienen piso de tierra en su hogar. De todas, re-

salta la altísima diferencia que se presenta entre los hogares que utilizan leña para cocinar y los que no utilizan. De lo datos analizados de la ENDI 2023-2024, en aquellos hogares que utilizan leña, las y los niños presentan 19,43 puntos porcentuales más prevalencia de DCI. También el piso de tierra tiene una diferencia muy importante, entre los hogares de piso de tierra y los que no tienen la diferencia supera los 16, 82 puntos porcentuales (cálculo de la STECSDI a partir de la ENDI, 2023 - 2024).

Tabla N. 4 Características de entorno doméstico insalubre en Ecuador

Variables	(2022-2023)	(2023-2024)
Prevalencia de enfermedad diarreica aguda (EDA) para niñas y niños menores de 2 años.		
Nacional	23,70 %	22,20 %
Urbana	22,50 %	20,90 %
Rural	25,70 %	24,30 %
Prevalencia de infección respiratoria aguda (IRA) en niñas y niños menores de 2 años		
Nacional	53,00 %	47,40 %
Urbano	53,20 %	45,20 %
Rural	52,60 %	51,00 %
Porcentaje de hogares con niñas y niños menores de 2 años que utiliza suministros seguros de agua para beber.		
Nacional	17,50 %	15,30 %
Urbano	21,60 %	19,00 %
Rural	10,50 %	9,14 %
Porcentaje de hogares con niñas y niños menores de 2 años con presencia de la bacteria E-coli en el agua para beber tomada del punto de consumo.		
Nacional	39,10 %	34,70 %
Urbano	28,20 %	23,60 %
Rural	58,00 %	53,40 %

Variables	(2022-2023)	(2023-2024)
Porcentaje de hogares con niñas y niños menores de 2 años sin adecuado sistema de eliminación de excretas.		
Nacional	25,90 %	26,70 %
Urbano	26,00 %	26,80 %
Rural	25,60 %	26,50 %
Prevalencia de la DCI en niñas y niños menores de 2 años sin adecuado sistema de eliminación de excretas		21,33 %
Porcentaje de hogares con menores de 2 años cuyo principal combustible o energía para cocinar es leña.		
Nacional	2,72 %	2,21 %
Urbano	0,12 %	0,05 %
Rural	7,39 %	5,84 %
Prevalencia de la DCI en niñas y niños menores de 2 años cuyo combustible o energía para cocinar es leña		36,51 %
Porcentaje de hogares con niñas y niños menores de 2 años con hacinamiento.		
Nacional	26,80 %	24,90 %
Urbano	25,70 %	23,10 %
Rural	28,80 %	27,90 %
Prevalencia de la DCI en hogares con niñas y niños menores de 5 años con hacinamiento		21,78 %
Porcentaje de hogares con menores de 2 años cuyo material predominante del piso es tierra		
Nacional	2,69 %	3,45 %
Urbano	1,20 %	2,05 %
Rural	4,77 %	5,80 %
Prevalencia de la DCI en hogares con niñas y niños menores de 2 años cuyo material predominante es el piso de tierra.		33,73 %

Fuente: INEC, 2024

Servicios de salud inadecuados

Las atenciones oportunas, preventivas y de calidad en el sistema de salud fomentan la detección temprana de problemas relacionados con el crecimiento de niñas y niños. Por su parte, el bajo peso al nacer, el nacimiento prematuro y el tamaño pequeño en relación con la edad gestacional (TPEG) son factores que ponen en riesgo a los recién nacidos y están relacionados de manera directa con la DCI (UNICEF, 2024).

Las condiciones de talla y peso con las que nacen las niñas y los niños se relacionan fuertemente con la deficiencia de hierro en las madres, las infecciones por VIH o los embarazos múltiples (Kim, S. K., Park, S., Oh, J., Kim, J., & Ahn, S., 2018). Además, la combinación de nacimiento prematuro y el TPEG aumenta aún más el riesgo de retraso en el crecimiento en los años subsiguientes. Este riesgo es considerablemente mayor en países de bajos y medianos ingresos, donde hay más casos de niñas y niños nacidos con ambas condiciones (UNICEF, 2024).

En Ecuador durante el periodo 2023-2024, de acuerdo con la ENDI, un 8,61 % de menores de 2 años nacieron con bajo peso, un 8,08 % de nacimientos se producen antes de las 37 semanas de gestación y un 11,73 % de los recién nacidos presentan una baja talla al nacer. Lo que significa que cerca de 1 de cada 10 niños o niñas que nacen ya tienen una condición que puede influir en su crecimiento. Las niñas y niños que presentan bajo peso al nacer tienen una prevalencia de la DCI que supera en 30,47 puntos porcentuales a aquellos que no presentan bajo peso en el momento del nacimiento, (cálculo de la STECSDI a partir de la ENDI, 2023 - 2024). Estas situaciones pueden revertirse con un adecuado control prenatal. En Ecuador el promedio de controles prenatales durante el emba-

razo de madres con niñas y niños menores de 2 años es de 7,5.

De acuerdo a los hallazgos del estudio de conocimiento, actitudes y prácticas (OPS, MSP, 2024), en cuanto a los controles prenatales, la razón para no asistir a todos los controles recomendados es el desconocimiento del estado de gestación con el 47 %, seguido por no haber obtenido una cita médica con el 26,3 %, la falta de recursos económicos con el 16,7 % y que no sabía que era necesario o importante asistir con el 12,1 % (OPS, MSP, 2024).

Dentro de los cuidados prenatales, otro elemento clave a ser analizado es la suplementación con micronutrientes a las embarazadas. El estudio de conocimiento, actitudes y prácticas (OPS, MSP, 2024) señala que el 98 % de las mujeres entrevistadas que en el periodo de gestación deben consumir suplementos de hierro y ácido fólico. Pese a que el 76,8 % de las entrevistadas recibieron estos micronutrientes, únicamente el 45,9 % los consume. El consumo de los micronutrientes se reduce en la población autoidentificada como indígena donde se registra el 35,5 % y en la Amazonía con el 16,7 %. Estos datos generan alertas importantes para el trabajo en territorio bajo un enfoque de pertinencia cultural y territorial (OPS, MSP, 2024).

Después del nacimiento, es necesario focalizar los esfuerzos en los controles del niño sano. Un niño o niña debería tener al menos 13 controles. Esta cifra en Ecuador todavía no llega ni a la mitad de la población. Los controles son fundamentales para establecer las curvas de crecimiento y peso de niñas y niños a fin de detectar sus problemas de crecimiento

La administración de desparasitantes es también un servicio brindado en los controles del niño sano y resulta fundamental para evitar las enteropatías ambientales e inflamaciones intestinales. En Ecuador, en el último año un 34,5 % de niñas y niños menores de 2 años recibieron alguna dosis para eliminar parásitos.

En relación con los controles de niño sano, el estudio de Conocimientos, actitudes y prácticas (OPS, MSP, 2024) menciona que el 96,3 % de las encuestadas reconoce que la forma para saber si el crecimiento del niño o niña es adecuado, es acudiendo a un establecimiento de salud para realizar los controles del niño sano. Dentro de las principales causas para no

acceder a todos los controles están: la dificultad para obtener una cita con el 57,8 % y la falta de recursos económicos con el 22,4 %.

Este estudio también arroja algunas conclusiones importantes. La percepción sobre amabilidad y buena atención en los establecimientos del MSP a nivel nacional llega al 72,1 % y es algo menor en la Amazonía con un 67,8 %; en esta región, el 71,2 % de las personas señalaron tener dificultades para acceder a una cita médica. La oportunidad en la atención que incluye las facilidades para acceder al sistema de salud es un principio fundamental en la prevención de la DCI (OPS, MSP, 2024).



Tabla N. 5 **Indicadores de servicios de salud en Ecuador**

Variables	(2022-2023)	(2023-2024)
Porcentaje de niñas y niños menores de 2 años con bajo peso al nacer		
Nacional	7,88 %	8,61 %
Urbano	8,38 %	8,42 %
Rural	7,12 %	8,91 %
Prevalencia de DCI en niñas y niños menores de 2 años con bajo peso al nacer		46,53 %
Porcentaje de nacimientos antes de las 37 semanas de gestación. (Fuente REVIT, 2023)		
Nacional		8,08 %
Urbano		12,4 %
Promedio de controles prenatales durante el embarazo de madres con niñas y niños menores de 5 años	7,18	7,5
Porcentaje de niñas y niños de 24 a 59 meses que tuvieron al menos 13 controles de niño sano	41,90 %	45,17 %
Porcentaje de menores de 2 años que nacieron en establecimientos de salud	96, 20 %	96,20 %
Edad promedio de las madres al momento del nacimiento de su primer hijo.	20,80 años	20,85 años
Promedio de espaciamiento en meses entre nacimientos de las hijas e hijos de las madres	72,10 meses	74,30 meses
Porcentaje de niñas y niños que recibieron desparasitante durante los últimos 6 meses.		
Nacional	35,00 %	34,50 %
Porcentaje de niñas y niños de 12 a 24 meses que fueron vacunados con las dos dosis de rotavirus antes de cumplir el primer año.	94,70 %	96,50 %
Porcentaje de niñas y niños de 12 a 24 meses que fueron vacunados con las tres dosis de neumococo antes de cumplir el primer año.	92,10 %	93,40 %

Fuente: INEC (2024); REVIT (2023).



¿En qué se ha avanzado?

Con la puesta en marcha de la ENECSDI, se han realizado diversas acciones que han permitido lograr avances significativos en la reducción y prevención de la DCI. Se ha impulsado la articulación intersectorial mediante la creación y consolidación del Comité Intersectorial para la Prevención y Reducción de la DCI, que facilita la coordinación efectiva en la implementación de la estrategia. Además, se han establecido espacios territoriales de coordinación, como las mesas intersectoriales cantonales (MIC) y parroquiales (MIP).

De igual forma, se han llevado a cabo acciones para ampliar y mejorar la cobertura de los servicios vinculados al paquete priorizado, fortaleciendo el talento humano y equipando centros de salud y unidades prestadoras de servicios extramurales. La consolidación de herramientas tecnológicas ha creado condiciones habilitantes para mejorar estos servicios. El Sistema Unificado y Universal de Seguimiento Nominal (SUUSEN) permite un seguimiento individualizado de los beneficiarios, conectando datos entre instituciones para monitorear el progreso en salud y nutrición infantil y responder de manera oportuna. Asimismo, la ENDI proporciona información de calidad para una toma de decisiones alineada con las necesidades reales de la población.

La ENECSDI ha priorizado la atención a las poblaciones más vulnerables. Mediante una estrategia de focalización territorial se han asignado recursos a comunidades rurales, indígenas y afroecuatorianas que presentan los mayores niveles de prevalencia de DCI. Además, el Bono de los 1.000 días, una transferencia monetaria condicionada que incluye servicios complementarios como control prenatal, control de niño sano, inscripción temprana en el Registro Civil y servicios de desarrollo infantil integral, apoya a las familias en situación de pobreza y extrema pobreza.

Todas estas acciones han contribuido al descenso de la DCI para niñas y niños menores de 2 años. El anexo 1 detalla las principales acciones realizadas en los últimos años por cada eje estratégico.





Avances sobre los indicadores más relevantes

Es importante analizar la evolución de los principales indicadores de cobertura de los servicios del paquete priorizado. Como se observará, cada uno de estos indicadores muestra un progreso positivo, lo que evidencia que las acciones implementadas en el marco de la ENECSDI han contribuido efectivamente a la prevención y reducción de la DCI mediante la provisión de bienes y servicios claves.

Tabla N. 6 Cobertura de principales productos del paquete priorizado

Atenciones	Junio 2021	Junio 2024
Población objetivo con servicios integrales al día (mujeres gestantes, niñas y niños menores de 2 años)	21,30 %	39,37 %
Menores de 24 meses con servicios integrales al día	18,47 %	38,05 %
Inscripción temprana de nacimiento	55,24 %	71,21 %
Número de mujeres gestantes con acceso a los servicios de Desarrollo infantil integral del MIES	4.744	9.105
Población objetivo en pobreza que asiste a servicios de desarrollo infantil integral	23,89 %	36,66 %
Número de beneficiarios habilitados al Bono 1.000 días	16.613	118.875
Elegibles al Bono 1.000 días con servicios integrales al día	5,55 %	36,29 %

Fuente: STECSDI (2024)

Como se evidencia en la tabla N. 6, existe un incremento importante en la cobertura de servicios integrales al día para la población objetivo. Se considera que niñas y niños menores de 2 años y mujeres gestantes tienen sus servicios integrales al día si acceden a todos los servicios que les corresponde. Desde junio de 2021, la cobertura se ha incrementado en un

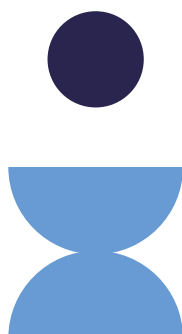
18,07 p.p., pasando de un 21,30 % a un 39,37 % en junio de 2024. Cuando se analizan los servicios integrales para los menores de 24 meses, el incremento registrado es mayor, de 19,58 p.p.; para junio de 2021 se registró una cobertura del 18,47 %, mientras que para junio de 2024 se incrementó al 39,37 % (STECSDI, 2024).



Uno de los elementos clave que posibilita el ingreso y captación de niñas y niños menores de 24 meses es la inscripción temprana de nacimiento, entendida como el proceso de registrar oficialmente el nacimiento de un niño o niña dentro de los primeros 45 días después de su nacimiento asegurando su reconocimiento legal desde los primeros días de vida. Esta identificación permite al Estado la prestación oportuna de los servicios. La inscripción temprana de nacimiento se incrementó en un 15,97 p.p., pasando del 55,24 % en junio de 2021 al 71,21 % para junio de 2024 (STECSDI, 2024).

Por otro lado, si se analiza el acceso a los servicios de desarrollo infantil integral también se evidencia un importante crecimiento en la cobertura. Estos servicios brindan consejería y ejercicios de estimulación que abordan temáticas como el parto seguro, la lactancia materna exclusiva, la alimentación complementaria posterior a los 6 meses de vida, entre otros. Su abordaje debe brindarse, óptimamente, desde la gestación, pues de otro modo hay temáticas que ya no serán relevantes y no habrá espacio para el cambio de comportamiento y hábitos. Para junio del 2021, el número de mujeres gestantes con acceso al servicio de desarrollo infantil integral (SDII) del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) era de 4.744, mientras que para junio del 2024 se incrementó a 9.105. En el caso de la población objetivo en pobreza que asiste a servicios de desarrollo infantil integral el valor se incrementó en 12,77 p.p., pasando de 23,89% en junio de 2021 a 36,66 % en junio de 2024 (STECSDI, 2024).

Finalmente, el Bono de los 1.000 días ha incrementado su cobertura. Por un lado, el número de beneficiarios se incrementó en 102.262 personas entre el 2021 y el 2024, mientras que el porcentaje de elegibles al bono con servicios integrales al día se incrementó del 5,55 % en junio de 2021 al 36,29 % en junio de 2024 (STECSDI, 2024).





¿Qué se desea conseguir?

La meta al 2030 es reducir a menos del 15% la prevalencia de DCI en niños y niñas menores de 2 años. Para lograrlo existen desafíos que se deben enfrentar. A continuación, se presentan los desafíos divididos en seis ejes estratégicos.

Eje 1 Generación de entorno habilitador

Busca el diseño e implementación de los elementos del macroentorno que permitan la ejecución de la ENECSDI. En esta línea de trabajo se registran avances importantes; sin embargo, se han identificado algunos elementos clave que necesitan ser fortalecidos o desarrollados.

El primer desafío es la consolidación de la estrategia como una política de Estado. Esto garantizará su permanencia a lo largo del tiempo, independientemente de los cambios de administración, la asignación permanente de recursos y la institucionalización de los mecanismos de seguimiento y control.



Parte de esta consolidación es asegurar una comprensión común de la problemática y su abordaje en todas las instituciones del Estado. Se debe trabajar en el posicionamiento de una visión clara y compartida entre todos los actores sobre las causas, efectos y estrategias necesarias para combatir la DCI, de manera de facilitar una respuesta coordinada y coherente.

La articulación entre los niveles del Gobierno nacional y local es clave para asegurar que la lucha contra la DCI sea una prioridad en todo el país. La vinculación de los GAD es primordial para esta consolidación, esto supone que la planificación y ges-

tión territorial en todos los niveles de gobierno debe considerar entre sus prioridades el abordaje de la DCI y sus determinantes. Es crucial incrementar las capacidades locales en los GAD para la planificación y ejecución de las acciones que respondan a las necesidades específicas de sus territorios y, a la vez, contribuyan a la prevención y reducción de la DCI.

Finalmente, la integración de la ENECSDI con programas que aborden las causas estructurales de la DCI, como la pobreza y el acceso limitado a servicios de salud y educación, es esencial para lograr un cambio sostenible.

Eje 2 Movilización de recursos



Es un pilar fundamental para la implementación adecuada de la ENECSDI, garantizando la asignación de fondos permanentes para la prestación de los servicios del paquete priorizado. El trabajo realizado en la implementación de la metodología de presupuesto por resultados, así como los esfuerzos para la articulación de la cooperación nacional e internacional, el financiamiento de proyectos de agua y la implementación de mecanismos de deducibilidad representan avances importantes.

La disponibilidad limitada de recursos y los recortes presupuestarios derivados de la situación económica del país ponen en riesgo la prestación de servicios esenciales y la continuidad de las intervenciones, evidenciando la necesidad de pensar en mecanismos de financiamiento sostenibles.

El principal desafío es lograr la sostenibilidad de los recursos financieros. Para ello, se debe trabajar en la generación de un marco normativo que viabilice la implementación de mecanismos tributarios y no tributarios de financiamiento. Es particularmente relevante agilizar los procesos de financiamiento de proyectos de agua y saneamiento para los GAD, con el fin de atender una de las principales causas subyacentes de la DCI.

De igual forma, es necesario consolidar la metodología de presupuesto por resultados (PpR) como un mecanismo que optimice el costeo y abastecimiento de insumos, establezca necesidades con precisión y realice un seguimiento riguroso de la ejecución presupuestaria. Para ello, se debe fortalecer la capacidad del talento humano de las instituciones involucradas, así como promover una amplia socialización de la metodología y diseñar herramientas amigables que faciliten su correcta implementación.

Potenciar la cooperación nacional e internacional alineada a la ENECSDI también es clave para generar oportunidades de financiamiento y asistencia técnica a fin de desarrollar los procesos habilitantes para la prestación de servicios. Esto requiere fortalecer la capacidad de captación y gestión de la cooperación por parte de las entidades involucradas, así como consolidar programas y proyectos de cooperación nacional e internacional alineados con la prevención y reducción de la DCI.

Eje 3 Articulación territorial



Es fundamental para promover un diálogo activo entre los actores del Gobierno nacional, los GAD y las organizaciones de la sociedad civil, con el objetivo de definir estrategias y acciones que respondan a las necesidades locales para la prevención y reducción de la DCI. El modelo territorial implementado en el marco de la ENECSDI ha logrado avances importantes en la coordinación intersectorial, mejorando la eficiencia y eficacia de los servicios prestados en el territorio. No obstante, se han identificado algunos desafíos para mejorar la gestión territorial.

El funcionamiento de las mesas intersectoriales cantonales (MIC) y mesas parroquiales (MIP) requiere intervenciones estratégicas para incrementar su impacto. Por un lado, es necesario consolidar la participación de los actores territoriales más relevantes para abordar la DCI, promoviendo que la academia, la sociedad civil y los actores comunitarios puedan intervenir en la planificación, gestión y control de la prestación de los servicios del paquete priorizado y sus condiciones habilitantes. La inclusión de otros actores estatales y no estatales vinculados a los determinantes de la DCI es clave para una comprensión y abordaje integral de la problemática en el territorio. Para esto, es necesario revisar y delimitar los roles y funciones de cada ac-

tor con el fin de generar complementariedades en las intervenciones territoriales.

Por otro lado, se presentan algunas debilidades institucionales que deben ser atendidas. Es necesario trabajar en garantizar condiciones adecuadas para el desarrollo de las actividades y brindar estabilidad al talento humano en territorio, ya que su alta rotación en los espacios de coordinación dificulta la institucionalización de los procesos de articulación. Fortalecer las capacidades del personal en los niveles desconcentrados en habilidades de relacionamiento comunitario y procesos de participación ciudadana es otro elemento clave, ya que esto mejorará la prestación de servicios y asegurará la pertinencia territorial de las intervenciones.

Asimismo, es necesario diseñar e implementar procesos simplificados que permitan realizar un seguimiento y asegurar el cumplimiento de los compromisos asumidos en estos espacios de articulación. La falta de seguimiento a corto, mediano y largo plazo diluye la eficacia de las decisiones tomadas y deslegitima el proceso participativo. Sin un sistema robusto de monitoreo y alerta, las mesas perderán capacidad de respuesta ante los problemas territoriales emergentes.



Eje 4 Gestión de la información

Es importante para prevenir la DCI, pues permite un monitoreo eficaz y la toma de decisiones basadas en datos precisos y oportunos. Aunque se han desarrollado acciones clave para mejorar la producción y tratamiento de la información, a través del fortalecimiento de las principales herramientas tecnológicas como el SUUSEN, la consolidación de la ENDI, los protocolos de transmisión de información entre las entidades involucradas y las herramientas de seguimiento territorial, existen desafíos que requieren atención.

Uno de los principales retos es contar con información actualizada de manera permanente sobre la evolución de la prevalencia de la DCI, que permita la toma de decisiones y el diseño de intervenciones de mayor eficacia. Para esto es necesaria la institucionalización de la operación estadística anual que permite el seguimiento a la evolución de la prevalencia de la DCI. Además, se debe mejorar la interoperabilidad para contar con información intersectorial oportuna del paquete priorizado para asegurar la calidad del dato y mejorar el seguimiento de la población objetivo de la ENECSDI.

En la actualidad, una de las mayores limitantes que tiene la gestión de la información es la baja celeridad en la obtención de datos oportunos, coherentes y suficientes. Ante esto, los principales desafíos son trabajar en la mejora de los registros administrativos sectoriales, ampliar las capacidades de las herramientas tecnológicas para el registro y la captación temprana y oportuna, así como mejorar la cobertura y la oportunidad del registro social y los mecanismos que utiliza.

Finalmente, el fortalecimiento del SUUSEN es un desafío prioritario para ampliar el monitoreo nominal, asegurando una atención integral, oportuna y focalizada en las personas en condición de mayor vulnerabilidad. Para esto, será necesario contar con financiamiento permanente y personal especializado.



Eje 5

Talento humano y mejora de la gestión en el punto de atención

Garantizar atención de calidad para niñas, niños y mujeres gestantes es imprescindible para que los servicios del paquete priorizado sean adecuados, oportunos y tengan pertinencia territorial. A pesar de los esfuerzos en fortalecer el talento humano para reducir las brechas existentes y fortalecer el desarrollo de sus capacidades, así como la inversión en mejorar los puntos de atención mediante el mantenimiento de infraestructura, la dotación de equipamiento e insumos, entre otras medidas, aún persisten desafíos que requieren atención.

En términos del talento humano, la rotación constante del personal tanto a nivel central como territorial, los procesos de contratación extensos y complejos generan inestabilidad, afecta la continuidad y calidad de las operaciones y dificulta la incorporación rápida de personal adicional. Por ello, se requiere trabajar en mecanismos que aseguren la estabilidad del personal y mejorar las normativas sobre la gestión del talento humano, así como también la generación de condiciones laborales adecuadas. Asimismo, es necesario fortalecer las capacidades del personal con un enfoque integral, en el que no se aborden únicamente asuntos técnicos, sino que también se trabaje en el desarrollo de habilidades blandas para brindar una atención de calidad.

Por otro lado, para elevar la calidad de los servicios del paquete priorizado en los puntos de atención es necesario trabajar en la revisión de los modelos de gestión y procesos para su alineación con la apuesta estratégica, incorporando los enfoques de igualdad. De igual forma, hay que diseñar e implementar herramientas que garanticen una atención oportuna con pertinencia cultural, complementándolas con procesos de evaluación de los servicios que permitan identificar oportunidades de mejora continua. Igualmente, como parte de mejorar la prestación de los servicios, se hace indispensable cerrar brechas en equipamiento, insumos, medicamentos e infraestructura.



Eje 6 Corresponsabilidad y transparencia



Uno de los elementos fundamentales para la correcta implementación de la ENECSDI es la transparencia y corresponsabilidad. Mantener un espacio de participación activa de los distintos sectores de la ciudadanía es necesario para la atención adecuada y pertinente a la problemática de la DCI. En este sentido, se ha involucrado a actores no estatales como aliados estratégicos, promoviendo la participación del sector privado y la academia. Además, se ha trabajado de manera permanente en la construcción de una estrategia de comunicación para el cambio social y de comportamiento que permita alinear a todos los actores involucrados.

Sin embargo, la visión limitada de la problemática en los actores territoriales sobre la DCI y sus determinantes dificulta las intervenciones que estos puedan generar, disminuyendo sus impactos positivos y sus aportes al desarrollo de la ENECSDI. Por ello, uno de los principales desafíos es la construcción con los actores locales de la comprensión compartida sobre la DCI y sus determinantes. Este desafío se alinea con la necesidad de potenciar la estrategia de comunicación para el cambio social y de comportamiento en el marco de la prevención de la DCI y sus correspondientes planes locales. Para esto, se debe trabajar en la elaboración de material educomunicacional con pertinencia cultural y territorial, sobre las prácticas clave, para promover cambios sociales y de comportamiento orientados a la prevención y reducción de la DCI.

De igual forma, es necesario ampliar y profundizar la participación de los actores de la sociedad civil y comunitarios. En algunas zonas, esta participación es limitada, lo que restringe los aportes que podrían enriquecer las iniciativas de la ENECSDI. En este contexto, se debe trabajar en el fortalecimiento de los actores comunitarios para su participación cualificada, así como en la revisión de los espacios y mecanismos de articulación territorial que permitan considerar de manera más activa a la población. En el nivel nacional se requiere también trabajar de cerca con el consejo consultivo para la prevención y reducción de la DCI a fin de fortalecer sus capacidades y con ello sus aportes a la ENECSDI, lo que contribuirá a la consolidación de la transparencia y rendición de cuentas.

Para lograr la corresponsabilidad es imprescindible fortalecer las acciones conjuntas con los actores locales no gubernamentales que generen mayor impacto e incentivar la participación activa de la academia, a través de la producción de conocimiento especializado y su vinculación con la comunidad. Asimismo, se deberá promover la corresponsabilidad del sector privado, involucrando a las empresas a través de recursos como prácticas empresariales responsables. Finalmente, se impulsará el involucramiento y corresponsabilidad de la sociedad en general, en especial de la familia, como actor clave para la prevención y reducción de la DCI.



3.

LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL



Principios de la estrategia para la prevención y reducción de la **desnutrición crónica infantil**

La desnutrición crónica infantil (DCI) es un desafío crítico que afecta de forma diferente a diversos sectores y hogares con niñas y niños. En este sentido, los principios que guían el PEI-DCI buscan orientar las acciones de las intervenciones diseñadas para alcanzar la meta de reducción de la prevalencia de DCI en Ecuador. La prevención, calidad, equidad, igualdad de género, la pertinencia cultural son los principios que orientan este plan.



Prevención

La lucha contra la DCI es preventiva. Se trata de que niñas y niños no presenten DCI, en lugar de enfrentar las consecuencias de tener esta condición. Este principio se refiere a la necesidad de la universalidad de las atenciones como los controles prenatales, los controles de los infantes sanos, las consejerías familiares, el acceso universal al agua y el saneamiento adecuado. La oportunidad de las intervenciones es una pieza fundamental en la prevención de la DCI, es decir, que los servicios tengan una secuencia lógica y racional basada en el conocimiento científico, sin interrupciones.

Calidad

Es la necesidad de que todas las atenciones se enfoquen en las personas, los hogares y las comunidades para brindarles seguridad, efectividad, oportunidad y acceso equitativo. Garantizar la calidad también significa que las intervenciones sean costo-efectivas, es decir, que optimicen el uso de los recursos para maximizar los beneficios, logrando el mayor impacto posible con el menor costo. La calidad implica hacer mejoras sustantivas en la disponibilidad de recursos, su adecuada organización y gestión.

Equidad

La DCI afecta considerablemente a los quintiles más pobres de la población, con tasas del 21,8 % en el quintil 1, en comparación con el 13,9 % en el quintil 5. Estos datos evidencian que existe una dispersión de la prevalencia de la DCI basada en las desigualdades existentes en el país. Las inter-

venciones de este plan están enfocadas en mejorar el acceso a agua segura y a los sistemas de eliminación de excretas y entornos domésticos saludables, factores críticos en la reducción de la DCI y que están asociados con la pobreza y la exclusión, complementadas con incentivos económicos enfocados en la prevención de la DCI y los SDII. La estrategia atenderá las necesidades de los grupos más vulnerables, incluyendo a las comunidades rurales, donde la prevalencia de DCI se sitúa en un 22,1 %.

Igualdad de género

La DCI impacta de manera desigual a niñas y niños. En el periodo 2023-2024, el porcentaje de niños hombres afectados fue del 23,1 % frente al 15,4 % de niñas mujeres. Por tanto, es posible decir que hay una distribución de la prevalencia de la DCI que afecta de manera especial a los niños. Por eso, es necesario ahondar en la comprensión sobre estos datos para entender las causas biológicas, sociales y culturales que entran en juego a fin de explicar estas diferencias. Hay que destacar que las intervenciones se diseñarán con un enfoque de género, entendiendo que las mujeres embarazadas son grupos de atención prioritaria. En este contexto, el principio de igualdad de género subraya la necesidad de avanzar en Ecuador hacia un esquema equilibrado de corresponsabilidad que no ponga como principales y únicas responsables del cuidado de la niñez a las mujeres, sino que busque equilibrar los cuidados en el hogar y atienda a la corresponsabilidad del Estado y otras instituciones.



Pertinencia cultural:

en Ecuador, algunos pueblos y nacionalidades presentan una prevalencia notablemente más alta de DCI. Por ejemplo, el 32,3 % de niñas y niños indígenas se ven afectados por la DCI, en contraste con el 13,1 % de la población autoidentificada como blanca y el 10,5 % de la población afroecuatoriana. El plan reconoce y respeta la diversidad cultural, diseñando intervenciones que se adapten a los contextos específicos de cada comunidad y que no pongan en riesgo sus formas tradicionales de convivencia. También se asume que la distribución de prevalencia de la DCI obedece a formas históricas de exclusión que no sólo son en razón de la economía y los ingresos, sino que responden al racismo y la exclusión cultural del país hacia la población autoidentificada como indígena. Para lograr esto, es importante ahondar en estudios de corte cualitativo que permitan entender de mejor forma las intervenciones con pertinencia que deben hacerse en las diversas comunidades, pueblos y nacionalidades del país.

Paquete priorizado

Es un conjunto de servicios y prestaciones mínimas y básicas para la prevención y reducción de la DCI, formulado a partir de un análisis de evidencia científica a nivel mundial sobre sus causas directas e indirectas. A través del establecimiento de relaciones causales y de su jerarquización, se han identificado un conjunto de intervenciones de política pública que, de acuerdo con la evidencia, deben ser abordados para la prevención y reducción de la DCI, durante la vigencia de este plan.

Los productos definidos siguen un enfoque en los primeros 1.000 días, período crítico que representa una ventana de oportunidad esencial para el desarrollo humano. Como se ha mencionado, durante este período, el cerebro del niño experimenta un rápido crecimiento, formando conexiones neuronales que son fundamentales para el desarrollo de habilidades cognitivas, lingüísticas, motoras, sociales y emocionales. Estas capacidades no solo son cruciales para la supervivencia y el bienestar inmediato del infante, sino que también establecen las bases para un desarrollo saludable a largo plazo (UNICEF, 2021). Dirigir los productos a esta población responde a la necesidad de intervenir en un momento decisivo, asegurando un crecimiento óptimo que perdure más allá de los 60 meses.





Productos priorizados en el paquete

Contempla ocho productos que son un conjunto de bienes y servicios dirigidos a la población objetivo de la ENECSDI y aportan, de manera significativa, a la prevención y reducción de la DCI. Para fortalecer la efectividad de la estrategia se han incorporado nuevas intervenciones que responden al análisis exhaustivo de evidencia científica.



Tabla N. 7 Productos del paquete priorizado

1. _____ Niñas y niños menores de 24 meses con controles completos del niño sano para su edad	2. _____ Familias con gestantes y niñas y niños menores de 24 meses con consejería familiar	3. _____ Hogares con gestantes, niñas y niños menores de 24 meses en zonas rurales con acceso a agua y saneamiento adecuado
4. _____ Hogares con gestantes, niñas y niños menores de 24 meses en zonas urbanas con acceso a agua y saneamiento adecuado	5. _____ Gestantes con controles prenatales completos según tiempo de gestación	6. _____ Niñas y niños menores de 24 meses con esquema de vacunación oportuno y completo
7. _____ Hogares con gestantes, niñas y niños menores de 24 meses con condiciones habitacionales salubres	8. _____ Gestantes, niñas y niños menores de 24 meses en situación de pobreza reciben incentivos económicos enfocados en contribuir con la prevención de la DCI	

Producto 1

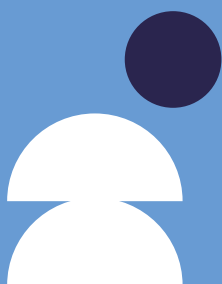
Niñas y niños menores de 24 meses con controles de niño sano para la edad

Descripción del producto

El cuidado a las niñas y niños menores de 24 meses debe tener un enfoque preventivo para asegurar que no caigan en la DCI. En este sentido la red pública integral de salud y la red complementaria son fundamentales para asegurar que se entregue de manera universal los controles del niño sano.

Con este producto se contemplan controles de crecimiento y desarrollo, incluyendo evaluaciones físicas, promoción de la lactancia materna y prácticas de higiene. Estos controles permiten detectar de manera temprana problemas de salud y nutrición, garantizando intervenciones oportunas que prevengan la DCI y fomenten un crecimiento saludable.

- Inscripción temprana de nacimiento: hasta los primeros 45 días de vida de la niña o niño.
- Controles de crecimiento y desarrollo dirigidos a niñas y niños menores de 24 meses. Comprende la medición de talla, peso, perímetro cefálico, índice de masa corporal (IMC), talla para la edad, peso para la edad y presión sanguínea; escaneo sensorial (visión y oído); evaluación del desarrollo social, conductual y emocional; examen físico; y otros procedimientos (bilirrubina, hemograma, defecto cardíaco congénito crítico).
- Sesiones educativas o de consejería para promover la lactancia materna exclusiva dirigida a madres de niñas y niños menores de 6 meses.
- Sesiones educativas o de consejería para promover la lactancia materna continua y alimentación complementaria dirigidas a los cuidadores principales de niñas y niños de 6 a 24 meses.
- Sesiones educativas o de consejería para promover prácticas de higiene dirigidas a los cuidadores principales de niñas y niños de 6 a 24 meses.
- Administración de antiparasitarios en niñas y niños mayores de 12 meses.
- Se complementa con otros servicios proporcionados durante el control de niño sano según la edad, como el tamizaje metabólico, la suplementación de hierro, multivitaminas, multiminerales y vitamina A. La duración del control, junto con la consejería, debe ser de entre 30 y 45 minutos.



Producto 2

Familias con gestantes, niñas y niños menores de 24 meses con consejería familiar

La lactancia materna adecuada y la introducción oportuna de alimentos complementarios son fundamentales para asegurar una nutrición óptima. La lactancia materna, además, promueve el vínculo afectivo madre e hijo y el desarrollo cognitivo y emocional.

En este producto se ofrece asesoría sobre lactancia materna exclusiva y continua, así como sobre prácticas de alimentación complementaria y nutrición, buenas prácticas a mujeres gestantes y cuidadores de niñas y niños menores de 24 meses.

Descripción del producto

- Consejería sobre lactancia materna exclusiva dirigidas a mujeres gestantes y cuidadores de niñas y niños menores de 6 meses.
- Consejería sobre la lactancia materna continua y la alimentación complementaria dirigida a los cuidadores principales de niñas y niños de 6 a 24 meses.
- Consejería sobre las buenas prácticas de higiene dirigida a los cuidadores principales de niñas y niños de 6 a 24 meses.
- En el marco del desarrollo infantil temprano, los servicios proporcionados en este producto pueden complementarse con asesorías en temáticas adicionales, ya sea grupales o individuales, de acuerdo con la normativa técnica vigente.



Producto 3

Hogares con gestantes, niñas y niños menores de 24 meses en zonas rurales con acceso a agua y saneamiento adecuado

En las zonas rurales, donde el acceso a servicios básicos es limitado, este producto contribuye con la reducción de la incidencia de enfermedades ocasionadas por el agua de mala calidad, mejorando la salud general de la población infantil y materna.

Se trata de un producto enfocado en la construcción de unidades básicas de saneamiento y la entrega de un filtro de agua a hogares en áreas rurales, focalizado en hogares con mujeres gestantes y menores de 24 meses que no tienen acceso a agua segura a través de la red pública.

Descripción del producto

- Entrega de un filtro de agua y un recipiente de almacenamiento, en el punto de uso, que no requiera energía eléctrica y sea de fácil mantenimiento por parte de los miembros del hogar. Además, se deben proporcionar los materiales de mantenimiento y ofrecer lecciones periódicas impartidas por grupos de cuidado, sobre el ensamblaje, uso (para beber y cocinar), limpieza y mantenimiento a largo plazo del filtro.
- En la zona rural, construcción de unidades básicas de saneamiento integral. Además, un profesional local capacitado proporciona orientación periódicamente durante dos años. Los promotores alientan a las madres a enseñar a sus hijos a usar los orinales, a desechar las heces de manera segura en las unidades básicas de saneamiento y a eliminar regularmente las heces animales y humanas.



Producto 4

Hogares con gestantes, niñas y niños menores de 24 meses en zonas urbanas con acceso a agua y saneamiento adecuado

El acceso a agua potable y un saneamiento adecuado son dos elementos esenciales para prevenir enfermedades diarreicas y enteropatías ambientales que son las principales causas de la DCI (Unicef, 2024, OMS, 2016). Mejorar las condiciones en el hogar con respuestas estructurales es vital para la salud infantil. Focalizado en hogares con menores de 24 meses sin abastecimiento de agua segura por red pública.

Descripción del producto

- Entrega de un filtro de agua en el punto de uso que no involucre la necesidad de uso de energía eléctrica y de fácil mantenimiento por parte de los miembros del hogar.

Además, se debe proporcionar los materiales de mantenimiento y ofrecer como lecciones periódicas por parte de grupos de cuidado sobre el ensamblaje, uso (para beber y cocinar), limpieza y mantenimiento a largo plazo del filtro.

- En la zona urbana, extensión de la red de alcantarillado público por medio de tuberías de alcantarillado y estaciones de bombeo a comunidades sin previo acceso a una red de desagüe en las que habitan menores de 24 meses.

Producto 5

Gestantes con controles prenatales completos según tiempo de gestación

La atención prenatal adecuada es fundamental para la salud de la madre y el desarrollo fetal. Las intervenciones durante el embarazo pueden prevenir complicaciones que afecten la salud de la niña o del niño, y la nutrición desde la gestación.

A través de este producto se ofrecen servicios de atención prenatal que incluyen evaluación de hemoglobina, tamizajes y consejería para mujeres gestantes.

Descripción del producto



- Valoración de hemoglobina.
- Prescripción de suplementación diaria (60 mg de hierro oral y 0,4 mg de ácido fólico) a todas las mujeres gestantes iniciada antes de las 20 semanas de gestación.
- Consulta por profesional de la salud acerca del consumo o exposición al alcohol, tabaco y drogas a todas las mujeres gestantes.
- Evaluación psicológica general a todas las mujeres gestantes.
- Tamizajes de infecciones de transmisión sexual (ITS), (sífilis) y VIH a todas las mujeres gestantes mediante examen prenatal.
- Tamizajes de infecciones del tracto urinario (ITU).
- Medición del índice de masa corporal a todas las mujeres gestantes para diagnóstico de obesidad o ganancia de peso excesiva.
- Tamizaje de diabetes mellitus.
- Medición de presión arterial.
- Consejerías de planificación familiar.
- Consejerías para promoción del vínculo del recién nacido con su madre a través del contacto piel a piel en la sala de partos, la lactancia en los primeros 30 minutos, el alojamiento conjunto y la asistencia con la posición y técnica adecuadas de amamantamiento.
- Otros servicios que se entregan mediante el control prenatal.

Producto 6

Niñas y niños menores de 24 meses con esquema de vacunación completo

La vacunación es crucial para prevenir enfermedades que pueden agravar la desnutrición y comprometer el crecimiento y desarrollo infantil. La inmunización adecuada protege a niñas y niños de infecciones graves, de EDA e IRA, permitiendo un desarrollo saludable en sus primeros años de vida. Este servicio proporciona la administración de vacunas esenciales (rotavirus, influenza, neumococo y pentavalente) a niñas y niños menores de 24 meses. Igualmente, se complementa con otras vacunas del esquema regular nacional.

Descripción del producto

Se aplicarán las siguientes vacunas de acuerdo con el esquema de vacunación vigente en el Ecuador

- Contra rotavirus y neumococo
- BCG
- Hepatitis B
- Pentavalente
- fIPV
- bOPV
- DPT (Difteria, Tétanos, Tos ferina)
- SRP (Sarampión, Rubeola, Perotiditis)
- Fiebre amarilla
- Varicela
- Influenza Estacional Pediátrica, de 6 a 12 meses de edad
- Influenza Estacional Pediátrica, de 12 a 23 meses de edad
- dT, según historia vacunal a mujeres gestantes
- Influenza Estacional Adulto a mujeres gestantes

Producto 7

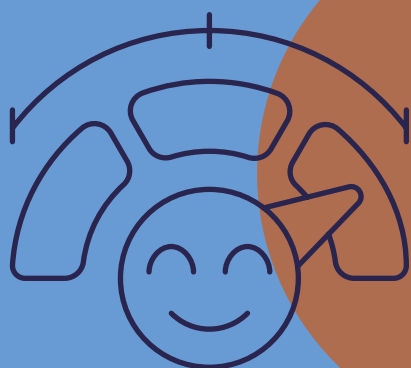
Hogares con gestantes, niñas y niños menores de 24 meses con condiciones habitacionales salubres

Mejores condiciones habitacionales reducen el riesgo de enfermedades respiratorias y mejoran la higiene en el hogar. Un ambiente seguro y limpio es crucial para el desarrollo físico y cognitivo de los niños y las niñas. Este producto está focalizado para hogares que utilizan estufas de leña a fuego abierto y pisos de tierra.

Además, se concentra en la mejora de las condiciones de la vivienda, pisos y estufas de alta eficiencia a familias con mujeres gestantes, niñas y niños menores de 24 meses.

Descripción del producto

- Entrega de una estufa de alta eficiencia que funciona con madera, junto con visitas domiciliarias de seguimiento para verificar su funcionamiento, dirigidas a hogares con mujeres gestantes y menores de 24 meses que utilizan estufas de leña de fuego abierto.
- Reemplazo del piso de arena, tierra o grava por un contrapiso a base de cemento que garantice una mayor durabilidad e higiene.



Producto 8

Gestantes, niñas y niños menores de 24 meses en situación de pobreza reciben incentivos económicos enfocados en contribuir con la prevención de la DCI

Se proporcionan transferencias económicas mensuales y condicionadas a mujeres gestantes, niñas y niños menores de 24 meses para fomentar la prevención de la DCI.

Estos incentivos ayudan a aliviar la carga económica de las familias, asegurando que puedan acceder a servicios de salud y nutrición, lo que es vital para el bienestar de los hogares con niñas y niños menores de dos años.

Descripción del producto

Las transferencias monetarias se proporcionarán conforme a lo siguiente:

- monto fijo: las mujeres gestantes, niñas y niños menores de 24 meses reciben un valor fijo mensual,
- monto variable: se entregan transferencias monetarias condicionadas para mejorar cobertura de los servicios.

En niñas y niños:

- inscripción temprana en el Registro Civil,
- cumplir con el calendario de controles de acuerdo con el producto “Niñas y niños menores de 24 meses con controles de niño sano completos para su edad”,
- inmunización oportuna de las vacunas contra el rotavirus, influenza, neumococo y pentavalente conforme indica el producto “Niñas y niños menores de 24 meses con esquema de vacunación oportuno y completo”.

En gestantes:

- asistencia completa al calendario de controles durante el embarazo conforme indica el producto “Mujeres gestantes con controles prenatales completos según tiempo de gestación”.



Roles y responsabilidades para la prestación del paquete priorizado

A continuación, se detalla la entidad responsable de la rectoría y prestación de cada producto del paquete priorizado.

Tabla N. 8 Responsabilidades en la prestación del paquete priorizado

Productos	Responsables
Niñas y niños menores de 24 meses con controles completos del niño sano para su edad	Rectoría: Ministerio de Salud Pública y Dirección General de Registro Civil, Identificación y Cedulación Prestación: Ministerio de Salud Pública y otros prestadores públicos y privados y Dirección General de Registro Civil, Identificación y Cedulación
Familias con gestantes y niñas y niños menores de 24 meses con consejería familiar	Rectoría: Ministerio de Inclusión Económica y Social Prestación: Ministerio de Inclusión Económica y Social, Ministerio de Salud Pública y otros prestadores públicos y privados
Hogares con gestantes, niñas y niños menores de 24 meses en zonas rurales con acceso a agua y saneamiento adecuado	Rectoría: Ministerio de Ambiente, Agua y Transición Ecológica Prestación: Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda, GAD municipales y juntas administradoras de agua
Hogares con gestantes, niñas y niños menores de 24 meses en zonas urbanas con acceso a agua y saneamiento adecuado	Rectoría: Ministerio de Ambiente, Agua y Transición Ecológica Prestación: Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda, GAD municipales
Gestantes con controles prenatales completos según tiempo de gestación	Rectoría: Ministerio de Salud Pública Prestación: Ministerio de Salud Pública y red complementaria
Niñas y niños menores de 24 meses con esquema de vacunación oportuno y completo	Rectoría: Ministerio de Salud Pública Prestación: Ministerio de Salud Pública y red complementaria
Hogares con gestantes, niñas y niños menores de 24 meses con condiciones habitacionales salubres	Rectoría: Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda Prestación: empresas públicas en convenio con MIDUVI
Gestantes, niñas y niños menores de 24 meses en situación de pobreza reciben incentivos económicos enfocados en contribuir con la prevención de la DCI	Rectoría: Ministerio de Inclusión Económica y Social Prestación: Ministerio de Inclusión Económica y Social; Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil

Para asegurar las condiciones habilitantes de la prestación del paquete priorizado, es fundamental la participación de los varios actores.



Presidencia de la República para asegurar la continuidad en la implementación de la ENECSDI, consolidándola como una política prioritaria.



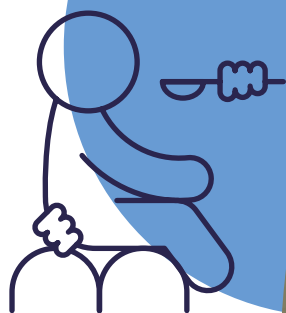
Ministerio de Telecomunicaciones (MINTEL), la Dirección General de Registro Civil, Identificación y Cedulación (DIGERCIC), la Dirección Nacional de Registros Públicos (DINARP), el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) y la Unidad de Registro Social (URS) a fin de generar las condiciones necesarias para el seguimiento nominal, al igual que la producción de información relevante, el monitoreo de la estrategia y la priorización de la población en mayores condiciones de vulnerabilidad y demandas de protección social focalizada.



Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) a través de la provisión suficiente y oportuna de recursos, de la implementación del presupuesto por resultados y del control de calidad y efectividad del gasto.



El Banco de Desarrollo del Estado (BDE) para el financiamiento a los GAD para los proyectos de agua y saneamiento, con énfasis en los territorios priorizados.





Criterios de priorización de territorios

Como parte de una asignación de recursos efectivos se ha desarrollado una metodología de priorización de territorios, que clasifica parroquias y cantones según su necesidad de intervención, utilizando los datos actualizados como el Censo de Población y Vivienda 2022, registros administrativos y los resultados de la ENDI.

El índice de priorización de territorios se basa en tres componentes: la vulnerabilidad de los territorios, la concentración de la población infantil, y la oferta de servicios de salud y desarrollo infantil integral. Cada uno de estos componentes contribuye a una clasificación integral de los territorios en diferentes niveles de prioridad, que permite orientar las intervenciones hacia la reducción de la DCI de forma más eficiente y con mayor impacto.

El índice de priorización territorial se calcula asignando una ponderación distinta a cada componente y a los indicadores de cada componente.

A continuación, se presentan los componentes y los indicadores con los que se calcula este índice.





1. Componente de vulnerabilidad

Identifica los territorios con mayor prevalencia de la DCI. Se considera la proporción de menores de 2 años afectados por DCI y factores socioeconómicos que inciden en esta situación.

- **NBI (ASH):** relacionado con la inadecuación del acceso a agua y servicios higiénicos.
- **NBI (materiales):** mide la calidad de los materiales de vivienda.
- **NBI (hacinamiento):** hogares con más de 3 personas por dormitorio.
- **NBI pobreza extrema:** hogares con múltiples carencias básicas.
- **DCI en población atendida por MSP:** proporción de menores de 2 años con retraso en talla atendidos en centros de salud del MSP.
- **Proporción de población indígena:** población que se autoidentifica como indígena.
- **Escolaridad de mujeres en edad fértil:** años de escolaridad de mujeres entre 10 y 49 años. Menor escolaridad implica mayor priorización.
- **Nacidos vivos de madres menores de 20 años:** porcentaje de nacidos vivos de madres jóvenes.
- **Índice de dependencia de menores:** relación entre menores de 2 años y personas empleadas.

2. Componente de concentración de población

Prioriza territorios con una mayor cantidad de niñas y niños afectados por la DCI, para dirigir esfuerzos donde residen el mayor número de menores con esta condición.



- **Tamaño poblacional de menores de 2 años:** logaritmo natural del número de menores de 2 años para ajustar diferencias territoriales.
- **Población de niñas y niños entre 2 y 4 años:** logaritmo natural del número de niñas y niños de 2 a 4 años.

3. Componente de oferta de servicios del paquete priorizado

Evalúa la disponibilidad de servicios públicos para implementar intervenciones de manera rápida y eficiente.

○ Índice de cobertura de los servicios del MSP

Control prenatal: proporción de mujeres gestantes atendidas en controles prenatales.

Controles de rutina para menores de 24 meses: proporción de menores de 24 meses atendidos.

Controles de rutina para niñas y niños de 2 a 4 años: proporción de niñas y niños de 2 a 4 años atendidos.

○ Índice de cobertura de los servicios del MIES: capacidad para atender a menores de 3 años en condición de pobreza, incluyendo atención en CDI y CNH.

Con base en este análisis, se establece una priorización territorial orientada a maximizar el impacto de las intervenciones de la ENECSDI. Esta priorización permite enfocar los recursos y esfuerzos en aquellos territorios que presentan mayores niveles de vulnerabilidad, facilitando una respuesta más eficiente y efectiva frente a las necesidades específicas de cada territorio.





Articulación intersectorial y estructura de gobernanza

El carácter multicausal de la DCI requiere el diseño e implementación de una estructura de gobernanza que viabilice la gestión de todas las intervenciones para su prevención y reducción, sean estas directas, sensibles o habilitantes. Esta estructura se fundamenta en la construcción de una comprensión común sobre la DCI, pues solo a partir de ésta se desarrollarán todos los mecanismos y acciones para una adecuada implementación de la ENECSDI. En este contexto, se destacan dos elementos: la coordinación intersectorial del nivel nacional y territorial, así como la coordinación multiactor para la prestación de los bienes y servicios, su monitoreo y seguimiento.

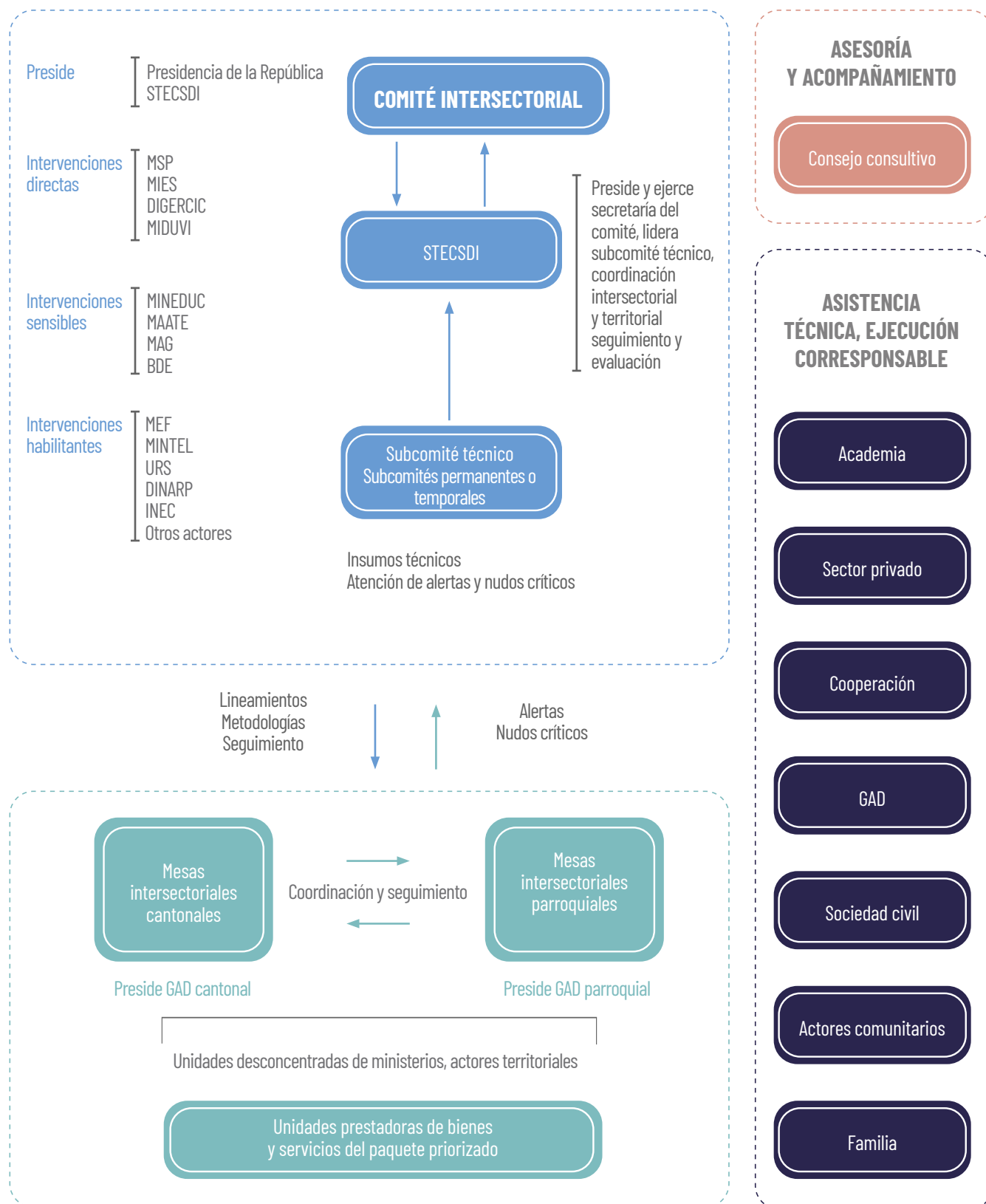
Para el correcto funcionamiento de la gobernanza es fundamental asegurar los flujos de relacionamiento y roles entre los distintos actores y niveles.

De esta forma, el nivel de coordinación nacional emite directrices y lineamientos de política pública para la prevención y reducción de la DCI, formula la planificación nacional y es el nivel resolutorio de las limitaciones y nudos críticos que requieren la toma de decisiones estratégicas y a nivel nacional. Los niveles territoriales concentran sus esfuerzos en la planificación local, la prestación de los bienes y servicios del

paquete priorizado, la coordinación intersectorial entre las unidades desconcentradas de las carteras de Estado involucradas y el seguimiento y monitoreo de la ENECSDI para la identificación de alertas y nudos críticos que dificultan la prestación adecuada de los servicios y su resolución a nivel local.

Finalmente, la participación de otros actores involucra asistencia técnica y ejecución responsable. A continuación, se grafica el modelo de gobernanza con sus diferentes niveles y el flujo de articulación.

Gráfico N. 4 Estructura de gobernanza de la ENECSDI



Fuente: STECSDI (2024)



1. Coordinación intersectorial para la prevención y reducción de la DCI



Nivel nacional

Existen algunos mecanismos de coordinación que son fundamentales para la implementación del paquete priorizado y de sus procesos habilitantes. En este sentido, se conformó el Comité Intersectorial para la Prevención y Reducción de la DCI, cuya finalidad es la coordinación y articulación de las políticas, lineamientos y acciones que permitan la implementación de la ENECSDI y su plan estratégico. El seguimiento y resolución de alertas y nudos críticos es otro rol fundamental.

En este espacio participan tanto las instituciones prestadoras de los servicios del paquete priorizado, así como aquellas con intervenciones vinculadas a la lucha contra la DCI y con la generación de condiciones habilitantes para la ENECSDI. La Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil (STECSDI) en su rol coordinador y articulador de todos los actores; el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), el Ministerio del Ambiente, Agua y Transición Ecológica (MAATE), el Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda (MIDUVI), la Dirección General de Registro Civil, Identificación y Cedulación (DIGERCIC), el Ministerio de Educación (MINEDUC), el Ministerio de Agri-

cultura y Ganadería (MAG), el Banco de Desarrollo del Ecuador (BDE), el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), el Ministerio de Telecomunicaciones (MINTEL), la Unidad de Registro Social (URS), el Instituto de Estadísticas y Censos (INEC) y la Dirección Nacional de Registros Públicos (DINARP). Además, se podrán incorporar a este espacio de coordinación otras instituciones, de acuerdo con las acciones a ser desarrolladas en el marco de la ENECSDI, tomando como base la participación en la ejecución de acciones del presente plan.

En este espacio participa también un delegado permanente del presidente de la República, lo que contribuye al posicionamiento de la DCI como una política de Estado, en tanto representa una instancia especializada y de alta injerencia sobre los asuntos de política pública para la DCI.

Esta instancia de carácter político decisorial tiene el apoyo del subcomité técnico que es el encargado de llevar adelante los temas que le sean designados para gestión, análisis u otros. De esta forma, se garantiza que la toma de decisiones se haga con información rigurosa y basada en evidencias.



Nivel territorial

La articulación territorial es un elemento esencial para la implementación exitosa de las ENECSDI, ya que permite adecuar las políticas nacionales a las realidades locales y facilita la atención el seguimiento a la gestión y la resolución de nudos críticos, la optimización de recursos y promueve la corresponsabilidad. De este modo, se genera un entorno propicio para la sostenibilidad de las intervenciones y se maximiza el impacto de las políticas públicas en el bienestar de la población.

Con la finalidad de operativizar lo antes mencionado, la STECSDI ha elaborado un modelo de gestión territorial para la ENECSDI, cuyo objetivo es promover la planificación, gestión, articulación, participación activa y solución de nudos críticos por parte de las instituciones prestadoras del paquete priorizado, actores públicos, privados y la comunidad a través del seguimiento de indicadores de bienes y servicios, y la implementación de estrategias de comunicación para el desarrollo direccionadas al cambio social y de comportamiento, en acciones orientadas a la prevención y reducción de la DCI (STECSDI, 2023).

Para la articulación interinstitucional e intersectorial a nivel territorial, la ENECSDI contempla un espacio cantonal, liderado por la máxima autoridad del GAD cantonal, en coordinación con la STECSDI; y otro espacio a nivel parroquial, liderado por el GAD parroquial, en coordinación con el MSP.

Las mesas intersectoriales cantonales (MIC) son espacios de coordinación y planificación interinstitucional e intersectorial que fortalecen la participación local y el compromiso de los diferentes actores sociales e institucionales, con la finalidad de incidir





en las determinantes sociales de la DCI, a través de una gestión articulada que posibilite la provisión oportuna de bienes y servicios del paquete priorizado. Estos espacios están conformados por los siguientes actores: el GAD municipal (preside), STECSDI (secretaría), MSP, MIES, MINEDUC, DIGERCIC, MAG, MAATE, cooperación, organizaciones sociales y comunitarias, academia y otros actores territoriales. Esta conformación será flexible de acuerdo con las intervenciones definidas en el paquete priorizado.

Las MIC basan su gestión en el plan de acción cantonal (PAC) y su micro planificación. El plan de acción es el instrumento territorial que contiene un conjunto de actividades, subactividades, metas e indicadores, orientados a superar el estado de situación de los problemas identificados y priorizados para la prevención y disminución de la prevalencia de la DCI, de duración anual.

La microplanificación es el conjunto de acciones y compromisos que se establecen en el marco de la MIC, alineados a las metas e indicadores del PAC con una duración trimestral. Un dispositivo importante son las comisiones de educomunicación local, instancias de coordinación para el diseño e implementación de un conjunto de acciones destinadas al cambio social y de comportamiento, expresadas en un plan local de educomunicación.

Finalmente, las mesas intersectoriales parroquiales (MIP) son espacios de coordinación entre instituciones del gobierno central, los GAD y la sociedad civil que busca asegurar intervenciones armónicas y eficientes en el territorio a nivel parroquial. Forman

parte de estos espacios el GAD parroquial (preside), MSP (secretaría), MIES, MINEDUC y Comité Ciudadano Local de Salud; pueden participar de este espacio también la STECSDI, MAG, MAATE, MIDUVI, organizaciones sociales y comunitarias, representantes de pueblos y nacionalidades, juntas administradoras de agua potable (JAAP), representantes de comités de padres de familia, líderes y lideresas comunitarias, etc. Esta conformación será flexible de acuerdo con las intervenciones definidas en el paquete priorizado y las necesidades de cada territorio.

Estos espacios trabajan a través de la planificación operativa parroquial que comprende el conjunto de actividades a desarrollarse en el nivel parroquial para cumplir las acciones cantonales determinadas en el PAC, su microplanificación y a las necesidades propias de cada parroquia.

La coordinación entre las MIC y las MIP, en articulación con el nivel nacional, resulta fundamental para la detección y gestión de alertas, así como para asegurar la prestación adecuada y oportuna de los servicios del paquete priorizado. Este trabajo conjunto permite un flujo de información ágil y bidireccional, en el que se pueden identificar rápidamente problemáticas emergentes y activar los mecanismos de respuesta necesarios en cada nivel territorial, con el respaldo y alineación estratégica del nivel nacional. De esta manera, se fortalece la capacidad de respuesta de las instituciones involucradas en todos los niveles, garantizando que los recursos se utilicen de forma eficiente y que las intervenciones se ajusten a las necesidades reales de cada comunidad.

El rol articulador de la STECSDI

La STECSDI es una institución adscrita a la presidencia y con rango de ministerio, encargada de la coordinación de la implementación de la ENECSDI y el PEI-DCI. Creada por Decreto Ejecutivo N. 92 de 6 de julio de 2021, su función principal es la articulación y coordinación intersectorial y territorial para la implementación de la estrategia.

La Secretaría promueve la integración intersectorial y territorial de la ENECSDI a través de sus atribuciones de dirigir y coordinar la articulación intersectorial e interinstitucional para su ejecución efectiva, eficiente y oportuna; coordinar y acordar con los distintos actores de la sociedad vinculados al abordaje de la DCI, mecanismos sostenidos, que contribuyan a incidir en la prevención y reducción de la DCI en el país, garantizando el cumplimiento de las obligaciones del sector público, así como la corresponsabilidad y participación del conjunto de actores para coordinar y facilitar la articulación entre actores públicos nacionales y territoriales y promover alianzas con la sociedad civil, la academia, el sector privado y los entes de cooperación para alcanzar las metas planteadas

También impulsa la integración financiera sostenible, a través de recomendaciones para garantizar la sostenibilidad financiera de la estrategia, del asesoramiento y apoyo a la consolidación de la metodología de presupuesto por resultados en las instituciones responsables del paquete priorizado, del asesoramiento en la relación con organismos multilaterales y sobre la consecución de recursos no reembolsables o créditos para la ejecución de la ENECSDI.

Igualmente, desempeña un rol clave en la integración de información, seguimiento, evaluación y rendición de cuentas mediante sus atribuciones para definir y promover la gestión de la información y monitoreo de la ejecución de la ENECSDI; promover la investigación e innovación en el campo de la prevención y reducción de la DCI; actuar efectiva, eficiente y oportunamente para asegurar su ejecución, y articular, monitorear y supervisar la ejecución, tanto de la ENECSDI como del PEI-DCI.

La STECSDI tiene un papel fundamental como articuladora para que las entidades prestadoras de servicios a la población objetivo cumplan con sus responsabilidades, en el marco de los bienes y servicios del paquete priorizado. Esta articulación es esencial para alinear esfuerzos, asegurar la coherencia en la ejecución y fomentar un enfoque colaborativo que maximice los impactos en la lucha contra la desnutrición en el territorio.





2. Coordinación multiactor

La prevención y reducción de la DCI es una tarea colectiva que requiere la participación de diversos actores, creando sinergias y mejorando las intervenciones en la población de atención prioritaria. En este contexto, se presentan a continuación los roles y niveles de intervención de los gobiernos autónomos descentralizados y actores no estatales en la ejecución de la ENECSDI.

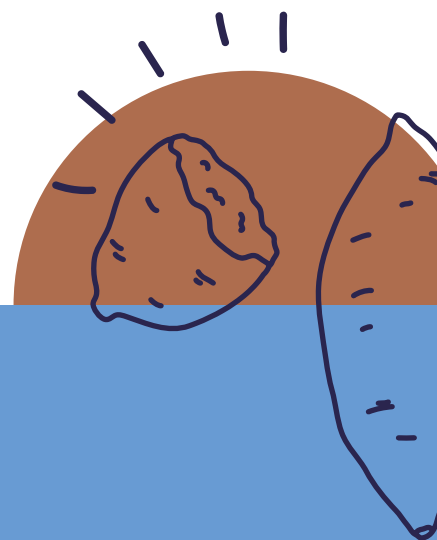
Consejo consultivo

Es un espacio de consulta, diálogo, acuerdo y articulación con las organizaciones de la sociedad civil, academia, cooperación internacional y sector privado. Su función principal es conocer, acompañar y asesorar la implementación de la política pública enfocada a la prevención y reducción de la DCI. El consejo consultivo constituye un espacio fundamental para lograr una mayor legitimidad, inclusión y diversidad de perspectivas en las decisiones. La participación de estos actores permite una visión más integral de los desafíos y facilita la construcción de soluciones conjuntas, alineadas a las necesidades reales de la población.



Gobiernos autónomos descentralizados

La participación de los GAD es fundamental en la lucha contra la DCI pues son actores claves dentro de la administración del territorio y, por tanto, en la gestión de elementos del entorno que influyen en la prevalencia de la DCI. Los GAD son actores claves en la implementación de la ENECSDI, directamente involucrados y activamente responsables de la mejora de la situación de la niñez. Los GAD aportarán en el marco de las siguientes atribuciones, establecidas en el Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización (COOTAD).



Nivel provincial

Diseñar e implementar políticas que promuevan la equidad e inclusión en su territorio, promover sistemas de protección integral para los grupos de atención prioritaria y fomentar actividades productivas y agropecuarias para impulsar el desarrollo económico local.

Nivel municipal

Implementar los sistemas de protección integral del cantón para garantizar el ejercicio, garantía y exigibilidad de los derechos, y prestar servicios públicos como agua potable, alcantarillado, depuración de aguas residuales, manejo de desechos sólidos y actividades de saneamiento ambiental.

Nivel parroquial

Diseñar e impulsar políticas que promuevan la equidad e inclusión en su territorio, promover sistemas de protección integral para los grupos de atención prioritaria e incentivar el desarrollo de actividades productivas comunitarias, además, gestiona, coordina y administra los servicios públicos que le sean delegados por otros niveles de gobierno.



Academia

La academia aporta rigurosidad técnica y científica en la identificación de problemas, análisis de datos y evaluación de alternativas para la formulación de política pública. Es primordial que este actor produzca conocimientos basados en evidencia que permita orientar la toma de decisiones informadas y aporte en la creación de soluciones innovadoras y con sostenibilidad en el marco de la ENECSDI. Asimismo, la academia contribuye en el fortalecimiento de las capacidades de los actores clave, generando programas especializados en atención a primera infancia y DCI en su oferta educativa y en el desarrollo local y nacional de manera permanente, a través del trabajo comunitario o vinculación con la sociedad, lo que genera una oportunidad para el apoyo en territorio a la ejecución de la ENECSDI.



Sector privado

Al involucrar a estos actores se promueve la movilización de recursos adicionales, se posibilitan alianzas estratégicas y se aplican soluciones innovadoras que complementan los esfuerzos del Estado. Esta colaboración público - privada es esencial para escalar las intervenciones y mejorar los resultados en materia de salud y desarrollo materno-infantil.



Sociedad civil y actores comunitarios

Desempeñan un papel importante en la identificación de las necesidades de las comunidades, el diseño de estrategias locales, la implementación de intervenciones efectivas que aseguren la provisión del paquete priorizado, los servicios vinculados a la prevención y reducción de la DCI, participación en espacios de coordinación local y la apropiación de las soluciones, asegurando que las acciones tengan un impacto directo y duradero.

Comunidad / Familia

Son el centro de la política y el actor más importante. A través de prácticas de cuidado y alimentación adecuadas, son el eje central para la prevención de la DCI y un desarrollo infantil integral. La política pública se enfoca en que las familias accedan a los servicios que necesitan, pero también a que fortalezcan un cuidado adecuado y redes de apoyo comunitario.

La comunidad y la familia son **actores clave** para la reducción DCI





4.

EJES ESTRATÉGICOS, LINEAMIENTOS DE POLÍTICA Y ACCIONES





Ejes estratégicos, lineamientos de política y acciones al 2030

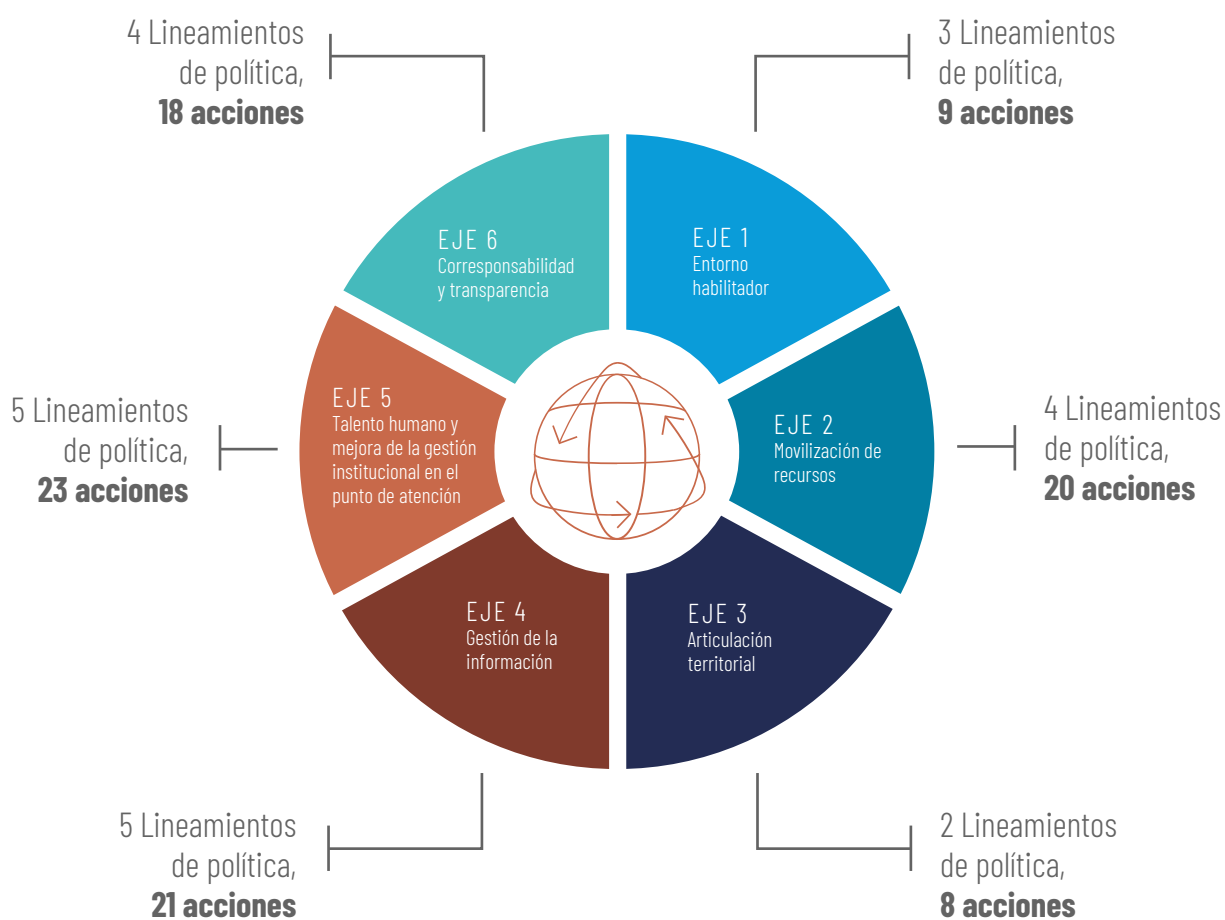
En esta sección se presenta la propuesta estratégica orientada a la prevención y reducción de la DCI, que se estructura mediante objetivos, lineamientos de política, acciones y responsabilidades específicas para los distintos actores involucrados. Esta propuesta integra un enfoque intersectorial que permite abordar la DCI desde su multicausalidad, promoviendo una articulación efectiva entre los diferentes niveles de gobierno, el sector privado y la sociedad civil e incorpora el enfoque interseccional para identificar las necesidades particulares de cada grupo de atención prioritaria, asegurando los principios de eficiencia, igualdad y progresividad de las intervenciones.





De esta manera, se busca establecer una base sólida para intervenciones sostenibles y corresponsables que contribuyan a la prevención y reducción de la DCI.

Gráfico 5. Ejes estratégicos



Fuente: STECSDI (2024).

Eje estratégico 1

Generación de entorno habilitador

Busca la implementación de aquellos elementos del macroentorno que viabilizan la ejecución de la ENECSDI: normativas y políticas. De igual forma, incluye la alineación de los diversos actores para la consecución de los objetivos estratégicos establecidos, así como políticas y proyectos vinculados a las causas estructurales de la DCI.

Objetivo

Asegurar un entorno habilitador sostenible para la implementación efectiva de la ENECSDI.



Tabla 9. Lineamientos de política y acciones - Eje 1

Lineamiento de política	Acción	Responsable	Corresponsables
1. Fortalecer la gobernanza para la implementación de la ENECSDI	1.1 Promover la emisión e implementación de un marco normativo nacional de primera infancia que integre el abordaje de la DCI como una prioridad de Estado.	STECSDI	Asamblea Nacional
	1.2 Alinear la toma de decisiones de política pública bajo una comprensión común respecto a la problemática de la DCI, sus causas y consecuencias.	STECSDI	MSP / MIES / MIDUVI / MAATE / MINEDUC / DIGERCIC
	1.3 Desarrollar mecanismos y estrategias para la implementación del paquete priorizado bajo una comprensión común respecto a la problemática de la DCI, sus causas, consecuencias y abordaje, en el marco de la constitución y los marcos normativos vigentes.	STECSDI	MSP / MIES / MIDUVI / MAATE / MINEDUC / DIGERCIC / GAD

Lineamiento de política	Acción	Responsable	Corresponsables
1. Fortalecer la gobernanza para la implementación de la ENECSDI	1.4 Alinear el marco normativo secundario sectorial e intersectorial para viabilizar la vinculación de los servicios del paquete priorizado.	TECSDI / MSP / MIES / MIDUVI / MAATE / MINEDUC / DIGERCIC	
	1.5 Potenciar los mecanismos de observación, acompañamiento y asesoría del Consejo Consultivo DCI a la política pública de prevención y reducción de la DCI.	TECSDI / CCDCI	
2. Fomentar la alineación de los GAD para la prevención y reducción de la DCI.	2.1 Brindar acompañamiento y generar herramientas que promuevan en los GAD la incorporación de la problemática de la DCI en la planificación del desarrollo y el ordenamiento territorial y fortalezcan el ejercicio de las competencias vinculadas a sus determinantes.	TECSDI / SNP	CNC / AME / CONGOPE / CONAGOPARE/GAD
	2.2 Impulsar la emisión e implementación de ordenanzas municipales y declaraciones de prioridad en los GAD para la prevención y reducción de la DCI	TECSDI	CNC / AME / CONGOPE / CONAGOPARE/GAD
	2.3 Propiciar el intercambio de buenas prácticas locales promovidas por los GAD para la prevención y reducción de la DCI.	TECSDI	SGDPN / CNC / AME / CONGOPE / CONAGOPARE / GAD / Sociedad civil
3. Fomentar la integración de políticas, programas y proyectos asociados a causas estructurales de la DCI	3.1 Impulsar la ejecución de acciones conjuntas en sinergia con las políticas, programas y proyectos asociados a causas estructurales de la DCI. (Por ejemplo, acompañamiento familiar, seguridad alimentaria).	TECSDI / MAG / MINEDUC / MSP / MIES / MREMH / MPCEIP	GAD, Sociedad civil

Eje estratégico 2

Mobilización de recursos financieros

Bajo el reconocimiento de que la provisión de los servicios y prestaciones son permanentes y universales y los recursos del Estado limitados, este eje plantea consolidar una estrategia para contar con recursos permanentes de forma progresiva. Mientras esto sea posible es necesario también movilizar recursos de diversas fuentes no permanentes. Asimismo, la implementación de la metodología de PpR es necesaria para avanzar hacia una distribución adecuada de recursos con una atención de calidad a toda la población objetivo (asignada) en cada punto de atención.

Objetivo

Consolidar la sostenibilidad de los recursos financieros para la política integral de prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil basada en evidencias.



Tabla 10. Lineamientos de política y acciones - Eje 2

Lineamiento de política	Acción	Responsable	Corresponsables
1. Fortalecer la asignación, la gestión y el seguimiento de los recursos para la implementación de la ENECSDI con enfoque por resultados	1.1 Adecuar la normativa primaria y secundaria que promueva la institucionalización e implementación de la metodología PpR y el aseguramiento de los recursos necesarios para la prevención y reducción de la DCI.	STECSDI / MEF / SNP	Asamblea Nacional
	1.2 Diseñar instrumentos metodológicos que permitan operativizar la implementación del PpR para la prevención y reducción de la DCI.	STECSDI / MEF / SNP	MSP / MIES / MIDUVI / MAATE / MINEDUC / DIGERCIC / INEC

Lineamiento de política	Acción	Responsable	Corresponsables
1. Fortalecer la asignación, la gestión y el seguimiento de los recursos para la implementación de la ENECSDI con enfoque por resultados	1.3 Reforzar las capacidades del talento humano de las instituciones involucradas en la prestación del paquete priorizado para la implementación de la metodología PpR.	TECSDI / MSP / MIES / MIDUVI / MAATE / MINEDUC / DIGERCIC	MEF / SNP
	1.4 Potenciar los mecanismos y sistemas de información vinculados al abastecimiento, inventario y talento humano para la asignación, gestión y seguimiento de los recursos para brindar los bienes y servicios del paquete priorizado.	TECSDI / MSP / MIES / MIDUVI / MINEDUC / MAATE/ DIGERCIC	MEF / SNP
	1.5 Incentivar a los GAD a implementar de la metodología PpR para la provisión de los bienes y servicios vinculados a los determinantes de la DCI.	TECSDI / MEF / SNP	CNC / AME/ CONGOPE / CONAGOPARE
	1.6 Socializar la metodología PpR a los actores públicos, privados y de la sociedad civil relacionados a la ENECSDI.	TECSDI / MEF / SNP	
2. Fomentar mecanismos de financiamiento suficiente y sostenible para garantizar la implementación de la ENECSDI	2.1 Identificar e implementar mecanismos tributarios y no tributarios para el financiamiento permanente del paquete priorizado (Por ejemplo: impuestos, tasas, contribuciones especiales, entre otros).	TECSDI/MEF/SRI	Asamblea Nacional
	2.2 Identificar e implementar mecanismos de financiamiento no permanente para las condiciones habilitantes que permitan la implementación del paquete priorizado (Por ejemplo: endeudamiento público, fondos no reembolsables, entre otros).	TECSDI / MEF	Organismos multilaterales
	2.3 Generar reglas de asignación presupuestaria que garanticen la implementación de la ENECSDI.	TECSDI / MEF	

Lineamiento de política	Acción	Responsable	Corresponsables
3. Fortalecer los mecanismos de articulación con la academia, organizaciones no gubernamentales, los GAD, organismos de cooperación y sector privado para la movilización de recursos para la prevención y reducción de la DCI	3.1 Generar un mecanismo de identificación y negociación de recursos de la cooperación internacional y otras fuentes de financiamiento para la política pública de prevención y reducción de la DCI.	MREMH / STECSDI	Academia/ organizaciones no gubernamentales
	3.2 Actualizar de manera periódica la información de cooperación nacional e internacional para la prevención y reducción de la DCI.	MREMH/ STECSDI	Academia / organizaciones no gubernamentales
	3.3 Identificar y actualizar proyectos para la cooperación nacional e internacional para la prevención y reducción de la DCI.	STECSDI / MREMH	Academia / organizaciones no gubernamentales
	3.4 Promover la inclusión del abordaje de la DCI como un eje estratégico en las diversas convocatorias de financiamiento, tanto en nuevas iniciativas de capital semilla y de triple impacto empresarial, como en programas y fondos vigentes.	STECSDI / MPCEIP	SRI / SENESCYT / MEF
	3.5 Impulsar la alineación de las iniciativas de responsabilidad social corporativa a la ENECSDI.	STECSDI	Gremios empresariales/ sector privado / sociedad civil
	3.6 Propiciar el intercambio y la transferencia de conocimiento sobre buenas prácticas de gestión de cooperación internacional.	STECSDI / MREMH	
4. Afianzar la gobernanza para la gestión y optimización de recursos para la ejecución de proyectos de dotación de agua y saneamiento adecuados en el corto, mediano y largo plazo	4.1 Impulsar la formulación de normativa municipal que defina la prioridad de la ejecución de proyectos para la dotación de agua y saneamiento adecuados.	STECSDI	CNC/AME / MAATE / MIDUVI /GAD

Lineamiento de política	Acción	Responsable	Corresponsables
4. Afianzar la gobernanza para la gestión y optimización de recursos para la ejecución de proyectos de dotación de agua y saneamiento adecuados en el corto, mediano y largo plazo	4.2 Impulsar el financiamiento de proyectos de agua y saneamiento para lo cual se deberá generar y disponer de información actualizada.	STECSDI / BDE	
	4.3 Mejorar los procesos para la gestión de aprobación y financiamiento de proyectos para la dotación de agua y saneamiento adecuados.	STECSDI / BDE / MAATE	
	4.4 Impulsar y acompañar procesos de fortalecimiento de las capacidades técnicas de los GAD municipales para el ejercicio de la competencia de agua potable, alcantarillado sanitario y pluvial con depuración de aguas residuales, manejo de desechos sólidos y para la captación de recursos para su financiamiento.	STECSDI / MAATE	AME
	4.5 Apoyar al fortalecimiento continuo de capacidades de las juntas administradoras de agua potable (JAAP) y su vínculo con los GAD.	STECSDI / MAATE	CNC / AME / MAG / SGDPN/GAD



Eje estratégico 3

Articulación territorial

Busca un diálogo activo entre los actores del Gobierno nacional, los GAD y organizaciones de la sociedad civil para la planificación de estrategias y acciones coordinadas que respondan a las necesidades locales para la prevención de la DCI en los 1.000 primeros días de vida de niñas y niños, a través del fortalecimiento de las capacidades locales y el mejoramiento de los espacios territoriales de coordinación; además del uso de métodos e instrumentos de comunicación comunitario y las tecnologías de la información que fomenten entornos inclusivos y accesibles.

Objetivo

Afianzar la articulación territorial entre los niveles de gobierno, la sociedad civil y actores comunitarios que permita una pertinente y efectiva implementación de la ENECSDI.



Tabla 11. Lineamientos de política y acciones - Eje 3

Lineamiento de política	Acciones	Responsables	Corresponsables
1. Fortalecer el modelo de gestión territorial de la ENECSDI	1.1 Potenciar el conocimiento de los GAD y otros actores territoriales sobre su rol en el marco del modelo de gestión territorial de la ENECSDI.	STECSDI	MSP / MIES / MIDUVI / MAATE / MINEDUC / DIGERCIC / AME / CONGOPE / CONAGOPARE
	1.2 Impulsar la emisión, actualización, socialización e implementación de la normativa que regule el funcionamiento de los espacios de articulación territorial y la coordinación entre los distintos niveles de gobierno, la sociedad civil y actores comunitarios.	STECSDI	MSP / MIES / MIDUVI / MAATE / MINEDUC / DIGERCIC

Lineamiento de política	Acciones	Responsables	Corresponsables
1. Fortalecer el modelo de gestión territorial de la ENECSDI	1.3 Potenciar la coordinación horizontal y vertical, los flujos de comunicación entre niveles de gobierno e instituciones, integrando la gestión de alertas, a través de instrumentos metodológicos y acompañamiento técnico a la gestión.	TECSDI	MSP / MIES / MIDUVI / MAATE / MINEDUC / DIGERCIC
	1.4 Mejorar los instrumentos metodológicos y el acompañamiento técnico a la planificación participativa y los procesos de seguimiento y monitoreo territoriales.	TECSDI	
	1.5 Integrar a los actores estatales con presencia territorial vinculados a las determinantes de la DCI en los espacios de articulación intersectorial.	TECSDI	
	1.6 Promover la participación de actores no estatales en los espacios de articulación para la prevención y reducción de la DCI y definir roles y momentos de participación.	TECSDI	
2. Incrementar las capacidades locales para la articulación intersectorial alrededor de la prevención y reducción de la DCI	2.1 Mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas del talento humano de las instituciones vinculadas a la ENECSDI a nivel local (temas base: causas consecuencias y abordaje basado en evidencia de la DCI; roles y atribuciones de los actores locales, planificación participativa, herramientas de seguimiento al paquete priorizado y habilidades blandas para facilitación de espacios de diálogo y abogacía, entre otros).	TECSDI / MSP / MIES / MIDUVI / MAATE / MINEDUC / DIGERCIC	
	2.2 Generar y potenciar incentivos no monetarios para los miembros de los espacios de articulación intersectorial local (Por ejemplo: intercambio de experiencias, acceso a formación, entre otros).	TECSDI	

Eje estratégico 4

Gestión de información

Promueve la generación de información actualizada y de calidad para la identificación de la población objetivo, la dotación oportuna de los bienes y servicios del paquete priorizado, y la toma de decisiones estratégicas a través de la constante retroalimentación de la política pública.

Objetivo

Consolidar la gestión y calidad de la información sobre la desnutrición crónica infantil.



Tabla 12. Lineamientos de política y acciones - Eje 4

Lineamiento de política	Acciones	Responsables	Corresponsables
1. Institucionalizar la operación estadística anual que permite el seguimiento a la evolución de la prevalencia de la desnutrición infantil en niñas y niños menores de 2 y 5 años de edad	1.1 Generar los instrumentos normativos que institucionalicen la operación estadística anual que permite el seguimiento y monitoreo a la evolución de la prevalencia de la desnutrición infantil en niños menores de 2 y 5 años de edad.	INEC / STECSDI	
	1.2 Obtener la disponibilidad presupuestaria de carácter permanente para financiar la operación estadística anual que permite el seguimiento y monitoreo a la evolución de la prevalencia de la desnutrición crónica infantil en niños menores de 2 y 5 años de edad.	INEC / STECSDI / MEF	

Lineamiento de política	Acciones	Responsables	Corresponsables
1. Institucionalizar la operación estadística anual que permite el seguimiento a la evolución de la prevalencia de la desnutrición infantil en niñas y niños menores de 2 y 5 años de edad	1.3 Ejecutar anualmente la operación estadística que permite el seguimiento y monitoreo a la evolución de la prevalencia de la desnutrición infantil en niños menores de 2 y 5 años de edad.	INEC / STECSDI	MEF
	1.4 Vincular la operación estadística anual y los registros administrativos sectoriales que permitan optimizar y fortalecer la generación de información para el seguimiento y monitoreo de la prevalencia de la desnutrición crónica infantil en niños menores de 2 y 5 años de edad.	INEC / STECSDI	MSP / MIES / URS / DIGERCIC
2. Fortalecer la calidad de los registros administrativos sectoriales para garantizar la calidad del dato y un adecuado seguimiento a la población objetivo	2.1 Ampliar la conectividad en los puntos de atención institucionales de los servicios del paquete priorizado.	MINTEL / STECSDI	MSP / MIES / URS / DIGERCIC
	2.2 Ampliar la disponibilidad de los equipos tecnológicos adecuados en las instituciones prestadoras del paquete priorizado que permitan el registro oportuno de la información.	STECSDI / MSP / MIES / DIGERCIC	MEF/MINTEL
	2.3 Formular e implementar un plan para la sostenibilidad de las plataformas informáticas sectoriales interoperables, que incluya la mejora de procesos de gestión para la transmisión de la información y revisión de la malla de validación de datos.	STECSDI / MSP / MIES / DIGERCIC / MINEDUC / DINARP	MINTEL
	2.4 Mejorar las capacidades del talento humano de los ministerios sectoriales para un adecuado registro de información y generar instrumentos normativos y técnicos para el uso de las plataformas.	STECSDI/ MSP / MIES / DIGERCIC/MINEDUC	

Lineamiento de política	Acciones	Responsables	Corresponsables
2. Fortalecer la calidad de los registros administrativos sectoriales para garantizar la calidad del dato y un adecuado seguimiento a la población objetivo	2.5 Generar espacios de intercambio de buenas prácticas identificadas en las instituciones que puedan ser aplicadas en los sistemas de información sectoriales para la mejora de la calidad y oportunidad de los registros administrativos.	STECSDI / DINARP	
	2.6 Promover la consolidación de una plataforma informática centralizada para la red pública integral de salud.	MSP / STECSDI	RPIS, RPC
3. Afianzar la interoperabilidad de manera eficaz y eficiente para contar con información intersectorial oportuna del paquete priorizado	3.1 Generar y revisar los instrumentos normativos para facilitar la interoperabilidad a fin de contar con información homologada para la entrega oportuna de información de la población objetivo con respecto al paquete priorizado.	STECSDI / DINARP	
	3.2 Mejorar las competencias del talento humano responsable de los procesos de interoperabilidad en relación con el marco normativo de protección de datos y registros públicos, y la normativa secundaria asociada.	STECSDI / DINARP	MSP / MIES / MINEDUC / DIGERCIC
4. Fortalecer el sistema Unificado y Universal del Seguimiento Nominal (SUUSEN) y su uso por los diversos actores en el marco de sus competencias	4.1 Promover la emisión de normativa que regule el uso del SUUSEN y la asignación de recursos permanentes para su funcionamiento.	STECSDI	MEF
	4.2 Desarrollar un módulo de registro de atenciones que opera off line para otros prestadores públicos y privados del paquete priorizado en el SUUSEN a fin de ampliar el monitoreo nominal.	STECSDI	

Lineamiento de política	Acciones	Responsables	Corresponsables
4. Fortalecer el sistema Unificado y Universal del Seguimiento Nominal (SUUSEN) y su uso por los diversos actores en el marco de sus competencias	4.3 Ampliar el uso del SUUSEN a otros prestadores de bienes y servicios del paquete priorizado, a fin de garantizar un seguimiento oportuno de la población objetivo de la ENECSDI, considerando la desagregación de diversas variables de perfil sociodemográfico.	STECSDI	
	4.4 Viabilizar el uso de modelos de inteligencia artificial para la focalización de los servicios y la estimación de probabilidad de DCI y condiciones asociadas.	STECSDI	MSP / MIES / MIDUVI / MAATE / MINEDUC / URS / DIGERCIC
5. Ampliar la cobertura del registro social y su ágil actualización	5.1 Implementar campañas de divulgación del registro social, destacando su utilidad y procedimientos de recolección, para aumentar la comprensión y participación ciudadana.	URS / STECSDI	
	5.2 Integrar a instituciones públicas con presencia territorial en los procesos de levantamiento de información a través de la ventanilla virtual del registro social u otro mecanismo.	URS / STECSDI	
	5.3 Capacitar y certificar a las instituciones públicas con presencia territorial para facilitar el ingreso de información al registro social.	URS / STECSDI	
	5.4 Mejorar los mecanismos de auto registro de fácil comprensión para las personas usuarias del registro social.	URS / STECSDI	
	5.5 Optimizar los recursos para la implementación del registro social mediante un modelo mixto de consolidación de la información socioeconómica de los hogares, a través de registros administrativos y visitas domiciliarias	URS / STECSDI	MIES / MSP / DIGERCIC

Eje estratégico 5 Talento humano y mejora de la gestión en el punto de atención

Parte de la necesidad de mejorar la calidad de la atención a niñas, niños y mujeres gestantes a fin de que sea oportuna y responda a las necesidades de la población, reconociendo la diversidad de contextos. Para ello, se prevé trabajar en el fortalecimiento del talento humano y la reorganización de los servicios, incrementar la eficiencia y eficacia, tanto en los puntos de atención como en los distintos niveles de planificación de las instituciones (distrital, zonal y nacional).

Objetivo

Mejorar la calidad de la atención a niñas, niños y mujeres gestantes mediante el fortalecimiento del talento humano y la repotenciación de los servicios, adaptados a las necesidades diversas de la población.



Tabla 13. Lineamientos de política y acciones - Eje 5

Lineamiento de política	Acciones	Responsables	Corresponsables
1. Fomentar condiciones laborales adecuadas y la sostenibilidad del talento humano vinculado a la implementación de la ENECSDI	1.1 Impulsar iniciativas que permitan la reducción progresiva de la brecha de talento humano y promuevan la estabilidad del personal prestador de servicios del paquete priorizado y de los procesos habilitantes.	STECSDI / MSP / MIES	MDT / MEF
	1.2 Formular perfiles profesionales idóneos para la prestación efectiva de servicios y la articulación territorial, con base en una evaluación de calidad del servicio.	STECSDI / MSP / MIES	
	1.3 Generar incentivos de conformidad con la normativa legal vigente para la permanencia del personal en zonas de difícil acceso y condiciones especiales.	MSP / MIES	STECSDI / MEF

Lineamiento de política	Acciones	Responsables	Corresponsables
1. Fomentar condiciones laborales adecuadas y la sostenibilidad del talento humano vinculado a la implementación de la ENECSDI	1.4 Aplicar un programa de acompañamiento en atención en salud mental para el personal de prestación de los servicios de la ENECSDI.	MSP / STECSDI	
	1.5 Propiciar condiciones idóneas en infraestructura y equipamiento para el personal de articulación de la ENECSDI en territorio.	STECSDI	INMOBILIAR
	1.6 Optimizar los procesos institucionales para mejorar la eficiencia en la prestación de los servicios del paquete priorizado y aligerar la carga laboral de carácter administrativo del talento humano en los puntos de atención.	STECSDI / MSP / MIES / MIDUVI / MAATE / MINEDUC / DIGERCIC	
	1.7 Aplicar los procedimientos y protocolos definidos para la gestión del talento humano que permita cubrir puestos que han quedado vacantes para la prestación de servicios y la ejecución de procesos habilitantes de la ENECSDI, procurando la pertinencia territorial, a través del uso de herramientas y aplicativos definidos por el ente rector.	MSP / MIES / STECSDI	MDT / MEF
2. Fortalecer las capacidades del talento humano para una atención de calidad	2.1 Promover la incorporación de contenidos relacionados con el abordaje de la DCI, con énfasis en los determinantes sociales, en las mallas curriculares de los profesionales que prestan servicios y proveen bienes involucrados a la ENECSDI.	STECSDI / MSP / MIES / CES / SENESCYT	CACES
	2.2 Promover la creación de carreras de tercer nivel, técnicos-tecnológicos y de cuarto nivel especializados para la atención a primera infancia.	STECSDI / MSP / MIES / CES / SENESCYT	CACES

Lineamiento de política	Acciones	Responsables	Corresponsables
2. Fortalecer las capacidades del talento humano para una atención de calidad	2.3 Formular y ejecutar programas de formación continua con abordaje en la DCI para mejorar las capacidades de los profesionales y sus conocimientos de los procesos institucionales para la prestación de servicios.	STECSDI / MSP / MIES / MIDUVI / MAATE / MINEDUC / DIGERCIC	MDT / Academia
	2.4 Difundir e implementar cursos de sensibilización de la problemática de la DCI a todo el personal de los servicios y demás actores relevantes vinculados a la ENECSDI, con procesos continuos de evaluación.	STECSDI	Sociedad civil / organismos de cooperación
	2.5. Fortalecer o diseñar procesos de consejería integral, individualizada y culturalmente pertinente, utilizando herramientas pedagógicas adecuadas para las características y necesidades de la población a nivel territorial	MSP / MIES	STECSDI / SGDPN
3. Incrementar la calidad de la prestación de servicios del paquete priorizado en los puntos de atención que incluya el fortalecimiento de los enfoques de igualdad	3.1 Adecuar los modelos de gestión y procesos para la implementación de los bienes y servicios del paquete priorizado que incorporen los enfoques de igualdad.	MSP / MIES / MIDUVI / MAATE / MINEDUC / DIGERCIC	SGDPN / MMDH
	3.2 Diseñar e implementar herramientas para la mejora de la calidad de servicios del paquete priorizado orientadas a una atención oportuna y pertinencia cultural y considerando los enfoques de igualdad, que incluya procesos de evaluación/autoevaluación y de mejora continua.	STECSDI / MSP / MIES	SGDPN / MMDH
	3.3 Implementar mecanismos/incentivos de reconocimiento al talento humano y a los puntos de atención responsables del paquete priorizado con base a estándares de calidad.	MSP / MIES / MIDUVI / MAATE / MINEDUC / DIGERCIC	

Lineamiento de política	Acciones	Responsables	Corresponsables
3. Incrementar la calidad de la prestación de servicios del paquete priorizado en los puntos de atención que incluya el fortalecimiento de los enfoques de igualdad	3.4 Impulsar iniciativas que permitan la reducción progresiva de la brecha de equipamiento e insumos y mejorar la infraestructura para una adecuada prestación de los servicios del paquete priorizado.	MSP / MIES / MIDUVI / MAATE / MINEDUC / DIGERCIC	MEF
	3.5 Mejorar los procesos de captación temprana y oportuna.	STECSDI / DIGERCIC / MSP / MIES / MINEDUC	GAD/ sociedad civil
	3.6 Desarrollar mecanismos de medición e indicadores que permitan dar seguimiento y evaluar la calidad de los servicios del paquete priorizado.	STECSDI / MSP / MIES / MIDUVI / MAATE / MINEDUC / DIGERCIC	
4. Fomentar, apoyar y proteger a la lactancia materna	4.1 Elaborar e implementar un plan de fomento, apoyo y protección a la lactancia materna.	MSP / STECSDI / MDT/ MMDH / MPCEIP	Sociedad civil / CCDCI
5. Atender de forma prioritaria a las gestantes, niñas y niños en condición de mayor vulnerabilidad con un enfoque territorial	5.1 Identificar y priorizar territorios bajo un enfoque de equidad.	STECSDI	
	5.2 Implementar acciones articuladas para la entrega del paquete priorizado a la población objetivo en condición de mayor vulnerabilidad, conforme criterios de priorización.	STECSDI / MSP / MIES / MIDUVI / MAATE / MINEDUC / DIGERCIC	
	5.3 Desarrollar estrategias y protocolos para la entrega del paquete priorizado a la población objetivo en servicios de protección especial como hijos e hijas de personas privadas de libertad (PPL), servicios de acogimiento, condiciones de discapacidad, entre otros.	STECSDI / MSP / MIES / MINEDUC / DIGERCIC	SNAI / MMDH
	5.4 Mejorar la normativa y protocolos de atención que permitan la entrega oportuna y completa del paquete priorizado a la población afectada por emergencias y desastres.	STECSDI / MSP / MIES / MIDUVI / MAATE / MINEDUC / DIGERCIC	SGR

Eje estratégico 6 Corresponsabilidad y transparencia

Busca promover la participación de la sociedad, familias, comunidades y servidores públicos en la prevención de la DCI para fortalecer la rendición de cuentas y alinear los esfuerzos de responsabilidad social de empresas privadas y sociedad civil.

Objetivo

Afianzar la corresponsabilidad social y transparencia para la implementación de la ENECSDI.



Tabla 14. Lineamientos de política
y acciones - Eje 6

Lineamiento de política	Acciones	Responsables	Corresponsables
1. Fomentar el cambio social y de comportamiento orientados a la prevención y reducción de la DCI	1.1 Promover una mejor comprensión de la comunicación para el cambio social y de comportamiento y los determinantes sociales, en el marco de la prevención y reducción de la DCI a nivel institucional y a la sociedad en general.	STECSDI	SEGCOM Organismos de cooperación Sociedad civil
	1.2 Desarrollar estudios y generar evidencia (Por ejemplo, encuestas CAP, diagnósticos participativos, entre otros) para diseñar estrategias de cambio social y de comportamiento, especialmente a nivel territorial.	STECSDI	SEGCOM Organismos de cooperación Sociedad civil

Lineamiento de política	Acciones	Responsables	Corresponsables
1. Fomentar el cambio social y de comportamiento orientados a la prevención y reducción de la DCI	1.3 Diseñar e implementar planes locales para el cambio social y de comportamiento considerando las particularidades territoriales, en articulación con los diversos actores locales.	TECSDI	MSP / MIES / MIDUVI / MAATE / MINEDUC / DIGERCIC / GAD, Sociedad civil
	1.4 Diseñar e implementar campañas comunicacionales intersectoriales bajo el enfoque de cambio social y de comportamiento para la prevención y reducción de la DCI, con alcance nacional y difusión masiva, considerando diversos canales.	TECSDI	SEGCOM / Organismos de cooperación / Sociedad civil
	1.5 Actualizar y desarrollar materiales y estrategias pedagógicas con pertinencia territorial y cultural que promuevan el cambio social y de comportamiento y a la vez una mejor comprensión común sobre la problemática de la DCI y sus determinantes.	TECSDI / MSP / MIES / MIDUVI / MAATE / MINEDUC / DIGERCIC	SEGCOM
	1.6 Promover el uso de recursos digitales creados para incidir en la prevención y reducción de la DCI.	TECSDI	MSP / MIES / MIDUVI / MAATE / MINEDUC / DIGERCIC / sociedad civil / organismos de cooperación
2. Fomentar el empoderamiento social y comunitario para la reducción de la DCI e involucrar a las estructuras comunitarias existentes en las acciones para la prevención	2.1 Capacitar y brindar acompañamiento a los actores y líderes sociales y comunitarios para impulsar entre la población la adopción de acciones para la prevención y reducción de la DCI.	TECSDI / MSP / MIES	Sociedad civil

Lineamiento de política	Acciones	Responsables	Corresponsables
2. Fomentar el empoderamiento social y comunitario para la reducción de la DCI e involucrar a las estructuras comunitarias existentes en las acciones para la prevención	2.2 Potenciar la estrategia de vigilancia comunitaria con énfasis en la prevención de la DCI a fin de captar oportunamente a la población objetivo y mejorar el vínculo con los servicios del paquete priorizado.	MSP	STECSDI /GAD/ sociedad civil
	2.3 Potenciar las redes de apoyo social y comunitario que permitan compartir buenas prácticas para la prevención y reducción de la DCI.	STECSDI / MSP / MIES	GAD/ sociedad civil
3. Ampliar la participación y corresponsabilidad de los diversos actores nacionales y locales con el fin de alinear esfuerzos para la prevención y reducción de la DCI	3.1 Potenciar las alianzas con actores locales facilitadores para coordinar y potenciar acciones dirigidas a la prevención y reducción de la DCI, en el marco de los espacios de articulación territorial, con énfasis en el cambio social y de comportamiento.	STECSDI / MSP / MIES	GAD/ sociedad civil
	3.2 Impulsar la corresponsabilidad e incentivar la participación de las empresas privadas en la prevención y reducción de la DCI.	STECSDI / MPCEIP	Gremios empresariales / sector privado / sociedad civil
	3.3 Incentivar la participación de la sociedad civil organizada, ONG, medios de comunicación, academia, entre otros, en la investigación, desarrollo de proyectos y vinculación con la comunidad.	STECSDI / MSP / MIES	SENESCYT / Academia / SGDPN / sociedad civil
4. Fortalecer la transparencia y rendición de cuentas en el marco de la ENECSDI	4.1 Generar espacios de rendición de cuentas a la ciudadanía a nivel nacional y local para garantizar la transparencia en el marco de la ENECSDI.	STECSDI	MSP / MIES / MIDUVI / MAATE / MINEDUC / DIGERCIC
	4.2 Establecer y difundir las metas y prioridades de manera anual, a nivel nacional y local establecidas en el plan estratégico intersectorial para la prevención y reducción de la DCI; y reportar su avance periódicamente.	STECSDI	

Lineamiento de política	Acciones	Responsables	Corresponsables
4. Fortalecer la transparencia y rendición de cuentas en el marco de la ENECSDI	4.3 Mejorar las herramientas metodológicas para el seguimiento, monitoreo y evaluación de la ENECSDI.	STECSDI	
	4.4 Impulsar el intercambio de prácticas exitosas llevadas a cabo en el nivel territorial en articulación con academia, sociedad civil, organismos de cooperación, entre otros actores.	STECSDI	
	4.5 Generar herramientas para el fortalecimiento de la veeduría ciudadana y la exigibilidad de derechos en el marco de la ENECSDI.	STECSDI	Consejo de Participación Ciudadana y Control Social / CCDCI
	4.6 Establecer mecanismos que faciliten el acceso a información confiable y de calidad, destinada a actores de la academia y la sociedad civil.	STECSDI	Academia / sociedad civil





5.

INDICADORES



Son herramientas esenciales para medir el impacto y la efectividad de la política pública integral para el abordaje de la DCI, expresada en el PEI-DCI. Al establecer un marco de indicadores claro y estructurado, se facilita el monitoreo del progreso y la efectividad de las intervenciones, lo que permite realizar ajustes necesarios para mejorar los resultados en la lucha contra la DCI y asegurar un enfoque sostenible y adaptado a las realidades de las comunidades afectadas.

Los indicadores propuestos en este plan se dividen en tres categorías: aquellos que miden el impacto y resultados de la política pública; los que miden la prestación de los productos del paquete priorizado y aquellos que dan seguimiento al cumplimiento de los lineamientos de política en el marco de los seis ejes estratégicos.

Estos indicadores permiten establecer las metas, es decir, la estimación cuantitativa de lo que se busca alcanzar en un periodo definido. Para ello, se elaborarán instrumentos técnicos que aseguren rigurosidad en el proceso, considerando parámetros objetivos como la línea base, el desempeño histórico, la tendencia del indicador, referencias de programas similares, recursos disponibles, entre otros.

Las metas de los indicadores de resultado y de aquellos indicadores que dan seguimiento al cumplimiento de lineamientos de política pública del PEI-DCI se

definirán y actualizarán anualmente, según el calendario establecido. Este proceso se realizará mediante un trabajo técnico interinstitucional coordinado en las instancias normativas correspondientes y serán la base para el seguimiento y evaluación de la política pública de prevención y reducción de la DCI.





Indicadores de impacto y resultado

Buscan medir los cambios a mediano y largo plazo en la prevalencia de la DCI. En este sentido, su propósito es evaluar resultados intermedios y el efecto final en la población objetivo de la ENECSDI y se medirán a través de la ENDI.

Indicador de impacto

Prevalencia de la DCI en niñas y niños menores de 2 años.

Meta

Al 2030, reducir a menos del 15 % la DCI en Ecuador en menores de 2 años.



Indicadores de resultado

1. _____
Porcentaje de niñas y niños menores de 24 meses con bajo peso al nacer.

2. _____
Porcentaje de nacimientos antes de las 37 semanas de gestación.

3. _____
Porcentaje de niñas y niños menores de 24 meses con enfermedad diarreica aguda (EDA).

4. _____
Porcentaje de niñas y niños menores de 24 meses con infección respiratoria aguda (IRA).



Indicadores del paquete priorizado

Tienen como propósito medir la cobertura de los servicios que componen el paquete priorizado. Serán medidos a través de reportes institucionales y registros administrativos. Alineados a los ocho productos, se han definido los siguientes indicadores.

1.

Porcentaje de cumplimiento del esquema de controles de niño sano para la edad.

2.

Porcentaje de niñas, niños y mujeres gestantes en condición de pobreza con servicios de desarrollo infantil integral y captados tempranamente.

3.

Porcentaje de hogares con niñas y niños menores de 24 meses que utilizan suministros seguros de agua para beber. Desagregado por área urbana y rural.

4.

Porcentaje de hogares con niñas y niños menores de 24 meses que usan servicios de saneamiento manejados de forma segura. Desagregado por área urbana y rural.

5.

Porcentaje de cumplimiento del esquema de controles prenatales y posnatales.

6.

Porcentaje de niñas y niños menores de 24 meses con esquema de vacunación oportuno y completo.

7.

Porcentaje de hogares con mujeres gestantes, niñas y niños menores de 24 meses con presencia de piso de tierra en la vivienda.

8.

Porcentaje de hogares con mujeres gestantes, niñas y niños menores de 24 meses que utilizan biomasa sin una infraestructura adecuada.

9.

Porcentaje de mujeres gestantes, niñas y niños menores 24 meses en pobreza o extrema pobreza que reciben una transferencia monetaria condicionada enfocada a la prevención de la DCI.

10.

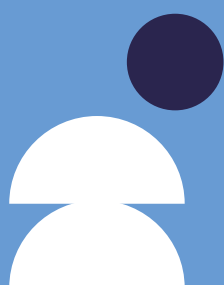
Porcentaje de menores de 24 meses con nacimientos inscritos hasta 45 días posteriores a su nacimiento



Indicadores de ejes estratégicos

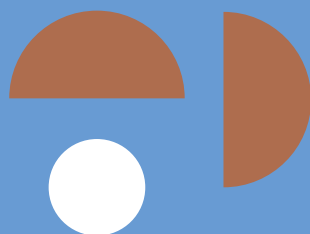
Estos indicadores buscan dar seguimiento al desarrollo de las acciones establecidas en el PEI-DCI. En correspondencia con los lineamientos de política pública dan cuenta de la gestión de las instituciones involucradas, así como de los efectos obtenidos en la población objetivo. Estos serán medidos a través de reportes institucionales, registros administrativos y la ENDI.

Eje 1 Entorno habilitador



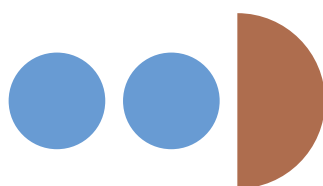
1. Porcentaje de cumplimiento de los servicios integrales.
2. Porcentaje de GAD que ejecutan planes, programas, proyectos acciones o instrumentos normativos vinculados al plan de acción cantonal para la prevención y reducción de la DCI.
3. Porcentaje de niñas y adolescentes gestantes y madres menores de 20 años de edad matriculadas en el sistema nacional de educación.
4. Tasa específica de fecundidad en adolescentes de 10 a 14 años.
5. Tasa específica de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años.
6. Porcentaje de mujeres gestantes, madres de niñas y niños hasta de 2 años y miembros de núcleos familiares, beneficiarios de capacitaciones impartidas a través de los puntos digitales gratuitos a nivel nacional.
7. Porcentaje de establecimientos de salud del primer nivel con huer-tos medicinales integrales.
8. Número de fincas que inician procesos de transición a finca sustentable.

Eje 2 Movilización de recursos



1. Porcentaje de recursos necesarios para la ENECSDI financiados a través de los mecanismos de sostenibilidad financiera.
2. Porcentaje del presupuesto requerido para la ENECSDI para gasto corriente que se encuentra financiado por fuentes permanentes.
3. Porcentaje del presupuesto ejecutado de la ENECSDI
4. Porcentaje de avance en la implementación de la metodología PpR enfocada en DCI del paquete priorizado en MSP y MIES
5. Porcentaje del monto certificado de patrocinio de los proyectos en el marco del mecanismo de deducibilidad, en relación con el techo presupuestario asignado.
6. Porcentaje de prestadores de servicios (GADM/EP) con financiamiento de proyectos de agua potable y saneamiento, asistidos técnicamente en la gestión de servicios de agua y saneamiento.
7. Porcentaje de proyectos presentados que han sido rechazados. Desagregado por motivo de rechazo.
8. Proporción de viabilidades técnicas de proyectos de agua potable y saneamiento con pronunciamiento.

Eje 3 Articulación territorial



1. Porcentaje de alertas gestionadas por las instituciones ejecutoras en la prestación de bienes y servicios del paquete priorizado.
2. Porcentaje del personal encargado de la articulación intersectorial (STECSDI) capacitado en DCI y habilidades blandas para la articulación intersectorial y la participación ciudadana.
3. Porcentaje de mesas intersectoriales parroquiales en funcionamiento en las parroquias priorizadas.
4. Porcentaje de cumplimiento de compromisos adquiridos en las mesas intersectoriales cantonales.
5. Porcentaje de cumplimiento de las metas de los planes de acción cantonales anuales.
6. Porcentaje de ejecución de los planes locales de educomunicación.

Eje 4 Gestión de la información

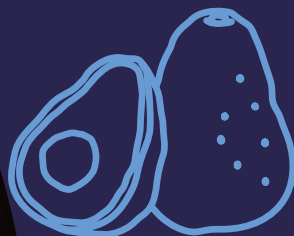
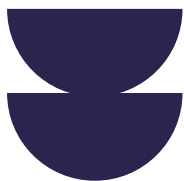


1. Porcentaje del presupuesto para implementar la ENDI y SUUSEN cubierto con gasto permanente.
2. Porcentaje de niñas y niños menores de 24 meses con seguimiento en el SUUSEN.
3. Número de usuarios del SUUSEN para articulación de acciones.
4. Porcentaje de hogares en pobreza con menores de 2 años con registro social actualizado.
5. Brecha de dotación de equipos informáticos para prestadores de servicios para el registro de atención del paquete priorizado. Desagregado por MIES y MSP.
6. Disponibilidad de plataformas de registro de atención para prestadores de servicios del paquete priorizado. Desagregado por MIES y MSP.
7. Porcentaje de nacidos vivos incluidos en el Registro Social mediante el uso del Registro Administrativo de Datos Vitales (REVIT) localizados en parroquias priorizadas de la DCI.

Eje 5

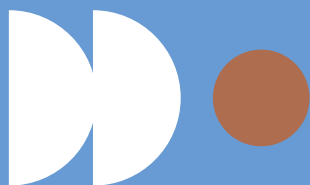
Talento humano y mejora de la gestión en punto de atención

1. Porcentaje de brecha de talento humano para la prestación de los servicios del paquete priorizado.
2. Índice de rotación de personal para la prestación de los servicios del paquete priorizado. Desagregado por institución.
3. Porcentaje de funcionarios de las instituciones prestadoras de servicios capacitados en desnutrición crónica infantil.
4. Porcentaje de abastecimiento de insumos críticos para la prestación de los servicios del paquete priorizado, desagregado por MIES y MSP.
5. Porcentaje de modelos de gestión de bienes y servicios del paquete priorizado mejorados que incorporan los enfoques de igualdad.
6. Porcentaje de mujeres gestantes, niñas y niños menores 24 meses en pobreza o extrema pobreza que cumplen con las condiciones de la transferencia monetaria enfocadas en la prevención de la DCI.
7. Porcentaje de niñas y niños menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva.
8. Porcentaje de niñas y niños de 6 a 23 meses con lactancia materna continua.



Eje 6

Corresponsabilidad y transparencia



1. Porcentaje de la población objetivo que utiliza la App Infancia EC.
2. Porcentaje de hogares en los que habitan menores de 2 años, que reconoce a la desnutrición infantil como uno de los 5 problemas sociales de Ecuador.
3. Porcentaje de hogares con niñas y niños menores de 24 meses en los que se encuentra jabón en barra o líquido en el lugar de lavado de manos.
4. Porcentaje de hogares con menores de 2 años con presencia de la bacteria E-coli en el agua para beber tomada del punto de consumo.
5. Porcentaje de niñas y niños menores de 2 años cuyas madres consumieron ácido fólico durante el embarazo.
6. Porcentaje de niñas y niños menores de 2 años cuyas madres consumieron hierro y durante el embarazo.
7. Porcentaje de niñas y niños menores de 2 años que consumieron hierro.
8. Porcentaje de niñas y niños menores de 2 años que nacieron de un período intergenésico adecuado.
9. Porcentaje de establecimiento de salud de primer nivel con vigilantes comunitarios activos.
10. Porcentaje de actores vinculados a la red de aliados estratégicos que implementan acciones para la prevención y reducción de la DCI.



6.

ALINEACIÓN PROGRAMÁTICA



El PEI-DCI se alinea con instrumentos nacionales e internacionales que marcan el camino hacia un desarrollo sostenible y presentan las prioridades de política pública nacional y a nivel global.

Por un lado, la alineación con los ODS es fundamental para contribuir al cumplimiento de los compromisos globales. Así se garantiza que cada lineamiento de política y acción implementada no solo responda a las necesidades y prioridades locales, sino que también tenga un impacto positivo en el contexto global. La sinergia entre el plan y los ODS fortalece las acciones nacionales, reforzando el compromiso con un desarrollo sostenible y justo para todos, sin dejar a nadie atrás.

El carácter de multicausalidad que tiene la DCI y con el que este plan aborda sus acciones, genera una amplia conexión con los ODS, lo que evidencia el alto impacto que las intervenciones propuestas pueden tener a nivel local, nacional y al cumplimiento de agendas internacionales. Este plan se acopla a 8 ODS.

Por otro lado, la vinculación con el Plan Nacional de Desarrollo es fundamental, ya que asegura que las políticas y acciones respondan a las prioridades estratégicas del país, promoviendo una acción coordinada y efectiva entre distintos niveles de gobierno y sectores de la sociedad. Este plan aporta 4 ejes, 4 objetivos y 10 políticas que guían el desarrollo nacional, garantizando que los esfuerzos contribuyan al bienestar integral de la población y el desarrollo sostenible del país. El anexo 2 presenta la alineación detallada.



Tabla 15. Alineación programática - PND y ODS

PEI-DCI Objetivo	Plan Nacional de Desarrollo 2024-2025	ODS
Asegurar un entorno habilitador sostenible para la implementación efectiva de la ENECSDI	1. Mejorar las condiciones de vida de la población de forma integral, promoviendo el acceso equitativo a salud, vivienda y bienestar social.	3. Salud y bienestar
	9. Propender la construcción de un Estado eficiente, transparente orientado al bienestar social.	2. Hambre cero 16. Paz, Justicia e instituciones sólidas
Consolidar la sostenibilidad de los recursos financieros para la política integral de prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil basada en evidencias	1. Mejorar las condiciones de vida de la población de forma integral, promoviendo el acceso equitativo a salud, vivienda y bienestar social.	3. Salud y bienestar
	4. Estimular el sistema económico y de finanzas públicas para dinamizar la inversión y las relaciones comerciales.	11. Ciudades y comunidades sostenibles
	9. Propender la construcción de un Estado eficiente, transparente orientado al bienestar social.	17. Alianzas para lograr los objetivos 16. Paz, justicia e instituciones sólidas 10. Reducción de las desigualdades
Afianzar la articulación territorial entre los niveles de gobierno, la sociedad civil y actores comunitarios que permita una pertinente y efectiva implementación de la ENECSDI	9. Propender la construcción de un Estado eficiente, transparente orientado al bienestar social.	16. Paz, justicia e instituciones sólidas

PEI-DCI Objetivo	Plan Nacional de Desarrollo 2024-2025	ODS
Consolidar la gestión y calidad de la información sobre la desnutrición crónica infantil	1. Mejorar las condiciones de vida de la población de forma integral, promoviendo el acceso equitativo a salud, vivienda y bienestar social.	1. Fin de la pobreza
	9. Propender la construcción de un Estado eficiente, transparente orientado al bienestar social.	2. Hambre cero
Mejorar la calidad de la atención a niños, niñas y mujeres gestantes mediante el fortalecimiento del talento humano y la repotenciación de los servicios, adaptados a las necesidades diversas de la población	1. Mejorar las condiciones de vida de la población de forma integral, promoviendo el acceso equitativo a salud, vivienda y bienestar social.	16. Paz, justicia e instituciones sólidas
		1. Fin de la pobreza
		2. Hambre cero
		3. Salud y bienestar
	7. Precautelar el uso responsable de los recursos naturales con un entorno ambientalmente sostenible.	11. Ciudades y comunidades sostenibles
	9. Propender la construcción de un Estado eficiente, transparente orientado al bienestar social.	6. Agua limpia y saneamiento
		16. Paz, justicia e instituciones sólidas
Afianzar la corresponsabilidad social y la transparencia para la implementación de la ENECSDI	1. Mejorar las condiciones de vida de la población de forma integral, promoviendo el acceso equitativo a salud, vivienda y bienestar social.	3. Salud y bienestar
	9. Propender la construcción de un Estado eficiente, transparente orientado al bienestar social.	2. Hambre cero
		16. Paz, justicia e instituciones sólidas



Alineación con las Agendas Nacionales para la Igualdad

Igualmente, es importante pensar en la alineación con los enfoques de igualdad establecidos en el país y expresados en las agendas nacionales para la igualdad.

Estas agendas son instrumentos de planificación que integran propuestas de políticas públicas diseñadas para transversalizar los enfoques de igualdad en la planificación sectorial y territorial. En términos generales, se ha identificado una conexión con los ejes de las cinco agendas que dispone el país, destacando aquellas políticas que corresponden con los objetivos, lineamientos y acciones de este plan.

Este análisis revela una vinculación significativa de las intervenciones propuestas con los enfoques de igualdad e impulsa la incorporación de una perspectiva interseccional que mejora su pertinencia, al responder a las necesidades específicas de niñas, niños y mujeres gestantes en el marco de la ENECSDI. El anexo 2 desarrolla las propuestas de política pública específicas que se vinculan al plan.





7.

ANÁLISIS PRESUPUESTARIO



El financiamiento de los gastos permanentes del Estado a través de gasto corriente es esencial para garantizar la sostenibilidad y la continuidad de las políticas públicas, mientras que los recursos de inversión se orientan a mejoras sustanciales para la prestación de servicios.

En el caso de la ENECSDI, los gastos permanentes como remuneraciones, adquisición de bienes y servicios, y otros costos operativos, requieren una fuente estable y predecible de ingresos que permita cumplir con las intervenciones planificadas. Por otro lado, el gasto de inversión debe destinarse a mejoras y desarrollos, tales como infraestructura, equipamiento, innovación tecnológica, entre otros, que posibiliten el incremento de la cobertura y calidad de los servicios de la ENECSDI.

De manera general, el gasto corriente representa el componente más elevado del presupuesto total de la ENECSDI; sin embargo, se mantiene un margen importante con gasto de inversión para actividades que son de carácter permanente. Las principales actividades financiadas por el presupuesto de inversión son para el MSP la adquisición de equipos e insumos para el paquete priorizado, contratación de recurso humano, fortalecimiento del seguimiento nominal en el mejora-

miento de los sistemas de información; promoción de la lactancia materna y educación nutricional. Para el MIES se concentra en la contratación de personal técnico operativo para los servicios de desarrollo infantil y acciones para asegurar la calidad de los servicios. En el caso de la STECSDI, los principales rubros son el talento humano para la articulación territorial y los procesos de educomunicación. Finalmente, para el INEC la ejecución de la ENDI.

Para junio de 2022, el porcentaje de presupuesto asignado a gasto corriente fue de 76,78 %, y el asignado a gasto de inversión fue de 23,22 %; en junio de 2023, el porcentaje asignado para gasto corriente aumentó a 80,27 %, mientras que el de inversión se redujo a 19,73 %; y, finalmente, para junio de 2024 el porcentaje de gasto corriente fue de 82,28 % y el 17,72 % de inversión. A continuación se presenta el desglose por tipo de gasto y por las principales instituciones ejecutoras de la ENECSDI.



Tabla 16. Porcentaje de presupuesto de ENECSDI por tipo de gasto

Institución	Junio - 2022		Junio - 2023		Junio - 2024	
	Corriente	Inversión	Corriente	Inversión	Corriente	Inversión
MSP	69,10 %	30,90 %	73,88 %	26,13 %	67,80 %	32,20 %
MIES	86,70 %	13,30 %	88,23 %	11,77 %	90,16 %	9,84 %
STECSDI	0,00 %	100,00 %	16,61 %	83,39 %	19,61 %	80,39 %
INEC	0,00 %	100,00 %	0,00 %	100,00 %	0,00 %	100,00 %
Total	76,78 %	23,22 %	80,27 %	19,73 %	82,28 %	17,72 %

Fuente: eSIGEF: Reporte Estrategia ECSD (2022); eSIGEF: Reporte Estrategia ENECSDI (2023); eSIGEF: ENECSDI (2024).



En los últimos tres años, el porcentaje de presupuesto asignado al gasto corriente que oscila entre el 76 % y el 82 % subraya la prioridad de garantizar el funcionamiento continuo de las instituciones prestadoras de servicios.

No obstante, algunos rubros que actualmente responden a gasto de inversión deberán de manera progresiva transitar a gasto corriente, mientras responden a actividades de carácter permanente. Esto permitirá fortalecer la estabilidad financiera de la ENECSDI.



Costeo referencial para la ENECSDI

Para efectos de identificar el presupuesto estimado de los productos e intervenciones presentados en este plan, se utilizaron las siguientes consideraciones metodológicas.

- | | | |
|--|--|---|
| 1. _____
Proyecciones de población objetivo generadas por el INEC. | 2. _____
Puntaje de registro social para los hogares con miembros considerados en la población objetivo. | 3. _____
Cobertura actual de la prestación del paquete priorizado (servicios de desarrollo infantil y atenciones en los establecimientos de salud). |
| 4. _____
Costeo de insumos para la prestación de los bienes y servicios relacionados a consejería familiar domiciliaria, servicios de salud (control prenatal, control niño sano, vacunación y bancos de leche), a través de la aplicación de la guía metodológica para la programación de necesidades de los productos de programas bajo el enfoque de Presupuesto Base Cero y Presupuesto por Resultados, emitida por el MEF . | 5. _____
Proyección de costeo de la ENDI. | 6. _____
Fortalecimiento de los procesos de medición, monitoreo y socialización de resultados con respecto a la DCI. |
| | | 7. _____
Fortalecimiento del SUUSEN. |

Esta primera apreciación no se constituye como el presupuesto definitivo para la implementación del plan, debido a que, actualmente, se encuentran en proceso de diseño e implementación los productos vinculados a agua y saneamiento adecuados y condiciones habitacionales salubres que forman parte del paquete priorizado, así como el levantamiento de costeo de sus insumos a través de la metodología de programación

de necesidades. Además, no se consideran los presupuestos de los proyectos estratégicos que permitan fortalecer y ampliar las capacidades productivas de las instituciones prestadoras del paquete priorizado.

Con estas consideraciones, en la tabla 17 se presenta el presupuesto anualizado estimado para la prestación del paquete priorizado.

Tabla 17. Costeo referencial

Entidad	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Total
MIES	239.990.920	249.927.172	253.386.629	254.710.567	255.386.425	255.841.071	1.509.242.784
MSP	361.646.259	361.160.299	360.840.731	360.648.306	360.548.241	360.511.033	2.165.354.869
MAATE/ MIDUVI	17.335.327	22.476.667	35.850.780	55.625.479	15.462.232	23.702.012	170.452.496
OTRAS ENTIDADES	14.239.298	14.181.278	14.181.278	14.181.278	14.181.278	14.181.278	85.145.691
Total 2025 - 2030	633.211.804	647.745.416	664.259.418	685.165.630	645.578.176	654.235.394	3.930.195.840

Nota: datos sujetos a revisión.

Elaboración: STECSDI (2024)

Corte: 31 de octubre de 2024

El costeo de los años 2025 al 2030 se ajustará conforme a la implementación de la metodología de Presupuesto por Resultados, priorizaciones de implementación de la ENECSDI a nivel territorial, así como a la disponibilidad de recursos asignados por parte del ente rector de las finanzas públicas y la inclusión de los proyectos de inversión vinculados a la ENECSDI en el plan anual de inver-

siones, elaborado por el ente rector de la planificación nacional.

Estas necesidades presupuestarias se trabajarán conjuntamente con el ente rector de las finanzas públicas y las entidades ejecutoras responsables de la provisión de bienes y servicios, por lo que no constituyen un impacto presupuestario.



8.

MECANISMOS DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN





Monitoreo de la evolución de la prevalencia de la desnutrición crónica infantil



En Ecuador, el monitoreo de la reducción de la DCI se ha desarrollado a través de varias operaciones estadísticas desde 1986. A lo largo de estos años, se han llevado a cabo seis encuestas nacionales que han proporcionado datos críticos sobre la situación nutricional y de salud de niñas y niños menores de cinco años, siendo la ENDI la primera encuesta especializada para estudiar a fondo la desnutrición y sus determinantes.

La ENDI es una operación estadística por muestreo probabilístico que tiene como objetivo evaluar la situación nutricional de los menores de 5 años en Ecuador. Esta encuesta, realizada durante 12 meses, recopila información a nivel nacional en hogares seleccionados con niñas y niños menores de 5 años, junto con sus madres en las 24 provincias del país, a través de un diseño metodológico riguroso, que incluye una muestra representativa y técnicas estandarizadas de recolección de datos (INEC, 2024b).

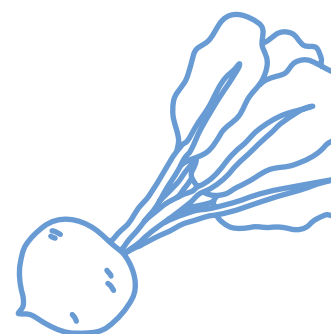
Esta encuesta no solo mide indicadores de DCI, sino que también analiza el entorno social, cultural y las condiciones socioeconómicas de las familias, lo que proporciona una visión integral sobre la realidad nutricional infantil y permite una comprensión más completa de las causas subyacentes de la desnutrición en el país.

La periodicidad anual de la ENDI asegura un monitoreo constante y equitativo en todo el territorio ecuatoriano sobre la evolución de la prevalencia y, a través de esta información, es posible el ajuste de las intervenciones de la ENECSDI para incrementar su impacto.



Monitoreo y evaluación de indicadores y metas del PEI-DCI

La evaluación periódica de los indicadores ayuda a identificar áreas de mejora y a realizar ajustes en la implementación de las políticas. De esta manera, la información obtenida del monitoreo y la evaluación se convierte en un insumo fundamental para la toma de decisiones y la optimización de los recursos.



El proceso de seguimiento a los indicadores implica monitorear la ejecución financiera y programática de cada entidad, asegurando que se cumplan las metas de atención y servicios con un enfoque en la reducción de las desigualdades en su provisión. Este acompañamiento busca mejorar la calidad de la información a través de un uso adecuado del padrón nominal y la implementación de herramientas tecnológicas para el personal encargado de la atención a mujeres gestantes niñas y niños, especialmente durante los primeros mil días de vida.

La utilización de registros administrativos permitirá contar con información precisa sobre niñas y niños afectados por DCI o en riesgo de padecerla, así

como su acceso a servicios clave para su prevención y reducción. Esto facilitará la identificación de brechas en la provisión de servicios y permitirá al personal local intervenir oportunamente. Asimismo, proporcionará a las autoridades políticas y técnicas la información necesaria para ajustar sus planes y fortalecer la cobertura de servicios a nivel nacional, mejorando la respuesta en las áreas más vulnerables según la ENECSDI.

El SUUSEN es la herramienta clave a utilizarse para el seguimiento de los indicadores del plan. Este sistema facilita la transmisión, integración e intercambio de información sobre la cobertura, monitoreo, seguimiento nominal del estado nutricional



de niñas y niños menores de 2 años y mujeres gestantes, así como la coordinación de acciones para una oportuna provisión de los bienes y servicios del paquete priorizado para la prevención y reducción de la DCI. De acuerdo con los indicadores propuestos y el despliegue de los servicios vinculados a la ENECSDI, se incorporarán nuevas fuentes de información en el SUUSEN que permitan hacer un seguimiento apropiado a las acciones de las instituciones involucradas.

El PEI-DCI será evaluado de acuerdo con los lineamientos emitidos por el ente rector de planificación nacional. La evaluación constituye un proceso de valoración integral y objetiva que abarca el diseño, la ejecución y los efectos e impactos de la política de

prevención y reducción de la DCI. Su principal objetivo es generar aprendizajes para mejorar, actualizar o reformular las políticas e intervenciones, apoyándose en evidencia sólida. Este proceso se guía por principios como la transversalidad, utilidad, causalidad y transparencia, los cuales garantizan su aplicación efectiva y la confianza pública.

La evaluación también se enriquece con la participación activa de actores clave, desde beneficiarios directos hasta otros involucrados en la política de prevención y reducción de la DCI. Este enfoque participativo busca conclusiones más relevantes, pertinentes y legítimas, promoviendo la identificación de buenas prácticas, aprendizajes y oportunidades de mejora continua.



Estas herramientas fortalecen la capacidad del Ejecutivo para retroalimentar el ciclo de planificación y mejorar la eficacia de sus intervenciones, contribuyendo al cumplimiento de metas intersectoriales y territoriales bajo un enfoque integral de rendición de cuentas y evaluación permanente.



Hacia un esquema de Presupuesto por Resultados

Uno de los mayores retos en la administración pública es lograr el máximo beneficio en cada intervención realizada. Para esto, es necesario optimizar el gasto, a través de una adecuada orientación de los recursos en elementos críticos y priorizados para el desarrollo, manteniendo el equilibrio entre egresos e ingresos, lo que permitirá dotar de estabilidad y predictibilidad a la economía nacional en su conjunto.

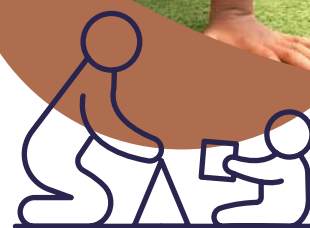
Una herramienta clave para lograr este objetivo es la metodología de Presupuesto por Resultados (PpR), que permite mejorar la asignación, la gestión, el seguimiento y la evaluación de: i) los recursos públicos; ii) las actividades que se financian con esos recursos; y iii) los resultados que se generan sobre una condición de interés de mejora en el ciudadano y/o su entorno.

De esta manera, el PpR es importante porque contribuye con una mejora de la calidad del gasto público destinado a la prevención y reducción de la DCI y promueve a las entidades del Estado para:

- Formular una cadena de resultados que represente los cambios deseados para la prevención y reducción de la DCI, alineados con los objetivos de la política pública.

- Formular productos orientados al logro de resultados, mismos que representan los servicios a ser entregados a la población y que se han presentado en este plan.
- Hacer un uso más eficiente y eficaz de los recursos públicos, definiendo una estrategia basada en evidencia científica que prioriza el gasto público en la provisión de productos que contribuyen al logro de resultados vinculados al bienestar de la población.
- Generar información para la toma de decisiones informadas y decidir en qué y cómo se va a gastar los recursos públicos, así como para la rendición de cuentas.
- Monitorear y dar seguimiento de los productos definidos y evaluar si se está cumpliendo con los resultados definidos.

En este sentido, en lugar de centrarse únicamente en cuánto se gasta, el PpR aplicado a la política de prevención y reducción de la DCI enfoca sus esfuerzos en qué se logra con esos recursos. El PEI-DCI sigue la metodología de PpR bajo la cual se identificaron los productos priorizados para la prevención y reducción de la DCI y será el mecanismo para una implementación eficiente de este plan.





9.

ANEXOS





Anexo 1. Detalle de avances y acciones relevantes por eje estratégico (2021-2024)



Acciones relevantes implementadas en el eje estratégico

1. Entorno habilitador

Creación del Comité Intersectorial para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil:

conformado mediante Acuerdo Interinstitucional de 01 de junio de 2022. Bajo el liderazgo del presidente de la República, el comité se concibe como un espacio de coordinación, ejecución y seguimiento a las instituciones gubernamentales encargadas de la implementación de la estrategia. Desde junio de 2022 hasta la fecha se han realizado 11 sesiones del comité.

Conformación del Consejo Consultivo para la Prevención y Reducción de la DCI:

conformado mediante Acuerdo Nro. STECSDI-TECSDI-2022-0003-A y concebido como un espacio de consulta, diálogo, acuerdo y articulación con las organizaciones de la sociedad civil, academia, cooperación internacional y sector privado con el objeto de acompañar y evaluar la implementación de la política de Estado para

su desarrollo, enfocada a la prevención y reducción de la DCI. Entre octubre de 2022 y enero de 2024 se han desarrollado 15 reuniones ordinarias.

Propuestas de marcos normativos para el abordaje de la DCI:

se han generado propuestas normativas orientadas en favorecer la prevención y reducción de la DCI, el desarrollo infantil integral y la protección de derechos de la primera infancia; como: la propuesta de Ley Primera Infancia y de Malnutrición en la que se articularon acciones con distintos actores como Asamblea Nacional, sociedad civil y organismos multilaterales con la finalidad de entregar un solo proyecto de ley consensuado.

Bono 1.000 días: se trata de una transferencia monetaria condicionada que incluye los servicios complementarios de control prenatal, control de niño sano, inscripción temprana del nacimiento en el Registro Civil y los servicios de desarrollo infantil integral.



Como resultado de estas acciones, a junio de 2024, se identificaron 137.458 elegibles, de los cuales 114.820 personas se encontraban habilitadas al cobro.

Espacios estratégicos para integrar la política intersectorial: participación y posicionamiento del abordaje integral de la DCI en los gabinetes de salud, social y territorial.

Cooperación técnica para la prevención y reducción de la DCI: además de la cooperación financiera, se ha articulado con varias agencias que forman parte del grupo de nutrición de la Organización de Naciones Unidas (ONU) para fortalecer la ejecución del PEI-DCI.

Red de aliados estratégicos por la nueva infancia: la conformación de la de esta red permite respaldar la política pública de prevención y reducción de la DCI, reconociendo la necesidad de mantener una cooperación activa entre los distintos sectores, para garantizar la implementación efectiva y sostenible de la misma.

Subcomité técnico de prevención y reducción de la DCI: espacios técnicos de trabajo que facilitan la generación e identificación de mecanismos para la implementación, monitoreo y mejora en la prestación de bienes y servicios del paquete priorizado de la ENECSDI.

Emisión de la Guía para la formulación/actualización de Planes de Desarrollo y Ordenamiento Territorial - PDOT Proceso 2023 - 2027, y la Herramienta de Trabajo para la Transversalización de la Desnutrición Crónica Infantil en la Planificación Local: se elaboraron estos documentos junto con la Secretaría Nacional de Planificación con el objetivo de incorporar los lineamientos y criterios para promover el abordaje de la DCI, desde un enfoque integral y transversal en los instrumentos de planificación y ordenamiento territorial de los niveles de gobierno provincial, cantonal y parroquial.

Priorización territorial: se elaboró una priorización territorial considerando determinantes de la DCI como: pobreza por necesidades básicas insatisfechas, nivel de escolaridad de mujeres en edad fértil, ruralidad y población indígena, densidad poblacional, prevalencia de DCI en menores de 2 años y embarazo adolescente. Producto de esta priorización se clasificó a los cantones y parroquias del país en prioridad alta, media y baja, clasificación que permite identificar la vulnerabilidad del territorio para la implementación de acciones complementarias. En la clasificación se encuentran 710 parroquias y 133 cantones al 2024.



2. Movilización de recursos financieros

Implementación de la metodología de Presupuesto por Resultados relacionados a la DCI.

Diseño y socialización de la metodología de Presupuesto por Resultados en Ecuador - Guía conceptual: se diseñó una primera versión de la metodología de PpR, en conjunto con el MEF, STECSDI y sociedad civil.

Diseño de instrumentos metodológicos y normativos para la implementación de la metodología de PpR: se emitieron guías metodológicas para el diseño de un programa presupuestario para la reducción de la DCI y programación de necesidades, con sus respectivos lineamientos de aplicación. En la actualidad, se están levantando los insumos de la

prestación del paquete priorizado, para su posterior costeo. Además, se cuenta con la condición de interés, modelo conceptual, modelo explicativo y modelo prescriptivo del programa presupuestario para DCI.

Visualizador de los recursos financieros: se cuenta con un visualizador de la estructura presupuestaria actual, incluye a las instituciones prestadoras del paquete priorizado (MSP y MIES) con su respectiva clasificación del gasto. Se realiza permanente seguimiento a los movimientos presupuestarios.

Incorporación de la sección de la ENECSDI en la proforma presupuestaria: se incluyó una sección para la ENECSDI en el documento de justificación de gasto de la proforma presupuestaria de 2023 y 2024, para establecer los montos que se dispondrán para cada ejercicio fiscal, en todas las entidades prestadoras de los servicios. Incluye gasto corriente y gasto de inversión.

Financiamiento de proyectos de agua y saneamiento: con el objeto de encontrar mecanismos de financiamiento para el fortalecimiento de la inversión destinada a programas y proyectos relacionados con agua segura para consumo humano y saneamiento, que contribuyan a la prevención y reducción de la DCI a nivel nacional, para lograrlo se han coordinado acciones con entidades relacionadas con la materia.



Conformación de grupo de trabajo - Mesa del agua para el desarrollo infantil (MADI) (BDE-MAATE-STCTEA-ARCA-EPA-SGDPN-STECSOI)

- Levantamiento de la matriz única de proyectos de agua y saneamiento (necesidades de agua y saneamiento a nivel nacional).
- Generación y actualización de una cartera de proyectos para financiamiento (proyectos de agua y saneamiento que cumplen con requisitos de financistas, en los territorios priorizados).
- A través del Banco de Desarrollo del Ecuador y de proyectos de deducibilidad, se han financiado proyectos de agua y saneamiento en diferentes localidades del país.

Mecanismo de deducibilidad: socialización e instrumentación del incentivo tributario, que contempla el beneficio de la deducción adicional de hasta el 150 % de la base imponible del impuesto a la renta a personas naturales o jurídicas por la ejecución de proyectos de salud materno infantil por parte de entidades sin fines de lucro.

Para el periodo 2024, el MEF asignó un valor máximo global anual de USD 10 millones para patrocinios.

Socialización del mecanismo de deducibilidad: primera ronda de patrocinios para la primera infancia, encuentros con universidades privadas y con empresarios y grupos de responsabilidad social empresarial (RSE).

Articulación con cooperación internacional: se gestionaron programas de coordinación técnica internacional en temas como: educomunicación, consultorías, fortalecimiento de las capacidades locales para el combate de la DCI, diseño de políticas, realización de cursos de capacitación, entre otros.

Articulación del financiamiento de la cooperación internacional: se han gestionado créditos y donaciones de distintos cooperantes, tales como: la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID por sus siglas en inglés), el Fondo Ítalo Ecuatoriano, la Unión Europea (UE) con el apoyo a GAD para proyectos de agua, saneamiento y conservación; el Movimiento Scaling Up Nutrition (SUN) junto con la UE y Fundación Internacional y para Iberoamérica de Admon y Políticas Públicas (FIIAPP).

La inversión social: el presupuesto asignado para la ENECSDI se enfocó en la contratación de médicos, enfermeras, nutricionistas, educadoras CDI y CNH, adquisición de vacunas, micronutrientes, equipamiento y demás insumos del paquete priorizado. El presupuesto ejecutado se ha incrementado anualmente, mostrando una tendencia de mejoramiento de la gestión y resultados. Durante 2021 se invirtieron USD 188.651.431,48. En 2022, la inversión ascendió a USD 254.355.614,19. Para 2023, el monto devengado fue de USD 302.700.348,09, y para 2024 el monto codificado asciende a USD 390 millones.

3. Articulación territorial

Diseño e implementación del modelo de gestión territorial: promueve la planificación, gestión, articulación, participación activa y solución de nudos críticos en la prestación de bienes y servicios del paquete priorizado. La aplicación del modelo se realiza a través de las 221 MIC donde participan las instituciones prestadoras del paquete priorizado, actores públicos, privados y la comunidad.

Implementación de las MIC: se conforman como espacios de coordinación interinstitucional e intersectorial que fortalecen la participación local y el compromiso de los diferentes actores de las instituciones públicas prestadoras del paquete priorizado, actores públicos, privados y la comunidad.

2022

2.580 MIC

(enero a diciembre) –
97 % de
ejecución efectiva

2023

2.644 MIC

(enero a diciembre) –
99,7 % de
ejecución efectiva

2024

884 MIC

(enero a abril) –
100 % de
ejecución efectiva

Implementación de las MIP: constituyen espacios de participación en territorio. Su objetivo es articular, coordinar y dar seguimiento a las acciones e iniciativas implementadas por los niveles desconcentrados de las carteras de Estado, organizaciones de la sociedad civil y actores locales claves para la prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil, promoción de la salud, transversalización de la salud intercultural e igualdad. Se han conformado 783 MIP en parroquias priorizadas cuyo secretariado es ejercido por el MSP.

Despliegue de las comisiones locales de Educomunicación: conformadas para la implementación del plan local de Educomunicación, 220 comisiones a nivel cantonal.

Estrategia de Búsqueda Activa Comunitaria: estrategia implementada por el MSP que por medio de actividades intramurales y extramurales permite realizar detección temprana, la constatación de atenciones recibidas y la notificación de turno asignado.



Articulación a servicios integrales: ampliación de cobertura y articulación a servicios integrales que comprende los siguientes servicios: controles de niño sano al día, controles prenatales al día, inscripción del nacimiento en el Registro Civil, acceso a los servicios de desarrollo infantil integral del MIES y acceso a una transferencia monetaria para la población en pobreza.

4. Gestión de la información

Consolidación del SUUSEN: implementación de la herramienta tecnológica que permite el seguimiento individualizado de la población objetivo en relación con el estado nutricional, salud y de la completa y oportuna prestación de los bienes y servicios del paquete priorizado, mediante la interoperabilidad con los sistemas de información de las instituciones públicas que forman parte de la estrategia. La articulación entre actores de la DCI se logra a través de esta plataforma tecnológica para garantizar la prestación de servicios de manera eficiente y oportuna, así como evidenciar las alertas a las instituciones públicas.

Plataforma de alertas: módulo utilizado por MIES, MINEDUC y DIGERCIC para obtener información de la población que requiere sus bienes y servicios, contactarlos y ofrecerles servicios del paquete priorizado. Se envían alertas para los servicios de desarrollo infantil integral, levantamiento del Registro Social, inscripción de nacimiento, necesidad de vinculación al sistema educativo.

Protocolos de captación, transformación, integración y seguridad de la información: procesos mediante los cuales se obtiene la información de las instituciones que forman parte de la ENECSDI como MSP, MIES, DIGERCIC, URS, MINEDUC y STECSDI. Se realiza un proceso de transformación para que la información de las diferentes instituciones pueda interactuar; se ejecutan los procesos de integración de la infor-

mación, entre los cuales está la construcción del padrón nominal; se cierra el proceso con la identificación de alertas para el módulo de alertas y la entrega en el servidor de frontera de información para consumo de otras instituciones. Estos procesos se ejecutan a diario bajo un esquema seguro de protección de datos personales.

Tablero temático de indicadores: tablero con más de 40 indicadores de seguimiento de la ENECSDI basados en los registros administrativos captados por el SUSSEN. Se enfoca en brindar un detalle más profundo de cada uno de los indicadores construidos, cuenta con fichas metodológicas, cruces básicos por características de la población, cruces territoriales hasta nivel parroquial y la evolución temporal. Además, permite filtrar la información de manera personalizada, así como construir reportes personalizados con hasta cuatro cruces de variables.

Ficha individual de seguimiento nominal: registro de cada embarazada y cada menor de 2 años que incluye información de contacto, demográfica, acceso a servicios de salud, acceso a servicios de desarrollo infantil integral, acceso a transferencias monetarias, curvas de crecimiento y estado nutricional. Como módulo adicional, se puede consultar la elegibilidad para el Bono 1.000 días, la cual es una herramienta necesaria en el territorio para guiar a la población que lo necesita.

Gestión territorial: conjunto de módulos que permiten el manejo de delegados y actores de las MIC; seguimiento de las metas del plan de acción cantonal y seguimiento de los compromisos alcanzados en las mesas intersectoriales cantonales. Desarrollado en conjunto con la Subsecretaría de Gestión Territorial (SGT), según sus necesidades y requerimientos.

Aplicativo móvil Monitora: aplicativo móvil para la captación de información de la población objetivo de la ENECSDI, de manera que las mujeres gestantes,

madres y padres puedan ser valorados y se identifique qué servicios requieren recibir.

Aplicativo móvil Infancia Ec: aplicativo para que la ciudadanía pueda acceder a la información de desarrollo desde la gestación hasta los 2 años de vida, así como información educomunicacional que apoye un desarrollo integral e incentive el uso de los bienes y servicios del paquete priorizado.

Dashboard de prestaciones del MSP del paquete priorizado: tablero de indicadores e información por parte del MSP relacionada con las prestaciones de controles de embarazo, controles de niño sano, vacunación Tarjetero para la gestión de alertas de servicios de salud: sistema del MSP para alertas la STECSDI carga la información en este subsistema con el propósito de articular las acciones y realizar el seguimiento a la oportunidad de la atención.

Despliegue de la ENDI y la generación de sus resultados: la encuesta especializada de entrega de datos sobre desnutrición infantil mide el entorno social de niñas y niños de Ecuador. Este instrumento se aplica a hogares seleccionados con menores de 5 años y sus respectivas madres, distribuidos en diversos sectores de las 24 provincias.

Desarrollo del padrón nominal: se ha consolidado como un listado de construcción diaria de menores de 24 meses, mujeres gestantes y madres adolescentes que incluye información demográfica, de ubicación, de contacto, de acceso a servicios y del estado nutricional de la población a la fecha de corte; esto con el propósito de identificar a la población objetivo y su acceso oportuno a los servicios. A mayo de 2024, 539.586 niñas y niños menores de 24 meses y 96.995 mujeres gestantes se tienen en padrón nominal

Inicio del acceso a información del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS): a través de un convenio específico entre IESS y STECSDI, y la aprobación de consumo por parte de DINARP, se han iniciado los procesos de intercambio de información con el IESS.

Indicadores de gestión y resultados: con el fin de garantizar un seguimiento continuo y sistemático del cumplimiento de la ENECSDI se construyen y homologan indicadores de gestión, que describen cómo se encuentra la prestación de servicios de las instituciones que forman parte de la estrategia y los indicadores de resultado que describen la situación de la población objetivo.

Captación de información: desarrollo del mecanismo de captación de información relevante de la población objetivo, con la finalidad de complementar la entregada por los subsistemas de información de las instituciones prestadoras del paquete priorizado

Seguimiento a los beneficiarios del Bono 1.000 días: monitoreo mensual de los nuevos posibles beneficiarios del, evaluación de continuidad de los beneficiarios antiguos y la comprobación de cumplimiento de hitos.



5. Talento humano y mejora de la gestión en punto de atención

Fortalecimiento del talento humano: con el fin de fortalecer el talento humano para la provisión de los servicios de salud y de desarrollo infantil integral al 2023 se contó con: 38.912 profesionales a nivel nacional que trabajaron en el primer nivel de atención de salud, de los cuales 1.726 fueron nuevos profesionales contratados (médicos, enfermeras, obstetras, promotores de salud y nutricionistas comunitarios) para actividades de promoción de salud y provisión del servicio.

Implementación del proceso de sensibilización el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), CAF –banco de desarrollo de América Latina y el Caribe– y la STECSDI implementaron el curso de capacitación denominado: ¿Cómo implementar programas para reducir la desnutrición crónica infantil en Ecuador? con la participación activa de los delegados y delegadas de las instituciones ejecutoras de la ENECSDI, que en su primera fase fueron 150 funcionarios públicos. Mientras que a diciembre de 2023 participaron 56.738 y en 2024 al mes de abril fueron 65.772.

Mejora en la capacidad instalada: es clave el mejoramiento de la gestión institucional en el punto de atención. En cuanto a los servicios de salud del MSP se han adquirido 4.483 equipos antropométricos y para valoración de hemoglobina para 765 establecimientos de salud, se mejoró la conectividad a internet para el uso de sistemas informáticos, 688 establecimientos de salud recibieron mantenimiento de su infraestructura y el **100 %** de establecimientos de salud de primer nivel de atención contaron con abastecimiento para el esquema regular de vacunas, micronutrientes y libretas integrales de salud.

Además, se diseñó y se digitalizó la Herramienta para la Evaluación de la Calidad del Paquete Prio-

rizado que tiene como propósito el rediseño de los procesos de gestión pública relacionados a la DCI y busca una mayor integración entre las instituciones y la efectividad en la prestación de bienes y servicios.

6. Corresponsabilidad y transparencia

Campaña educacional: orientada al cambio de comportamiento a nivel de familia y de comunidad en torno a la DCI en el territorio en coordinación con las entidades rectoras en el campo de la primera infancia y la comunicación pública. A la fecha, 49.912 personas fueron capacitadas en las regiones de la Costa, Sierra y Amazonía sobre DCI. Además, se hicieron 273 obras de teatro con un alcance de 102.461 personas.

Captación temprana mediante el despliegue territorial: caracterización de los usuarios, generación de línea base y articulación de atenciones en el marco del paquete priorizado de la ENECSDI. El total de niñas y niños menores de 2 años y mujeres gestantes captados fue de: 272.326, de estos: 212.374 son niñas y niños menores de 2 años y 59.952 mujeres gestantes.

Elaboración de la estrategia de comunicación para el desarrollo para la prevención de la DCI (C4D): con el apoyo de UNICEF, MSP, MIES, agencias de la ONU y la STECSDI, la estrategia contempla un conjunto de lineamientos que promueven el cambio de comportamiento en la ciudadanía para la prevención de la DCI. Además, plantea la construcción de planes locales de educación, aplicando la metodología C4D y tiene cinco fases: diagnóstico, diseño estratégico, creación y validación de mensajes, implementación y monitoreo, y evaluación.

Planes locales de educación: a febrero 2024 se contabilizaron 220 diagnósticos cantonales y 22 a nivel parroquial (Distrito Metropolitano de Quito), en-

focados en las principales problemáticas relacionadas con la DCI para implementar, a través de planes locales de educomunicación, acciones de cambio de comportamiento con pertinencia cultural y territorial.

Ejecución de activaciones territoriales: a mayo de 2024 se ejecutaron 46 ferias de servicios con el objetivo de acercar los servicios del paquete priorizado a la población materno infantil. De igual forma, se realizaron actividades en 24 provincias que contaron con la participación de más de 31.500 personas, entre las actividades destacan: 63 brigadas integrales, 9 caminatas por la lactancia materna, 117 consejerías/capacitaciones, 130 sensibilizaciones sobre la prevención de la DCI y 114 socializaciones de la ENECSDI.

Estrategia de vigilancia epidemiológica comunitaria: se basa en la participación activa de personas comprometidas con su comunidad, generalmente líderes comunitarios que trabajan por el bienestar de la comunidad con especial atención en madres gestantes, niñas y niños menores de 2 años. Además, se capacitaron a 4.701 miembros de la comunidad como vigilantes comunitarios, quienes, en colaboración con profesionales de la salud, contribuyeron en la identificación de embarazos y

posibles riesgos individuales y comunitarios, para la posterior notificación, confirmación y atención de los casos reportados.

Capacitación a tutores de vigilancia epidemiológica comunitaria: en trabajo directo con los establecimientos de salud de primer nivel se efectuó la capacitación al personal de salud para capacitar a vigilantes comunitarios en la identificación de factores de riesgo y otros determinantes, así como dar seguimiento a signos y síntomas de los eventos relacionados con la DCI en los territorios, para la detección temprana e implementación de respectivas medidas de control y propuesta de soluciones.

Conformación de 1.505 grupos de apoyo a la lactancia materna: espacios dedicados a la promoción, el apoyo y la educación de las madres antes y durante el periodo de lactancia.

Ejecución de 419 talleres demostrativos de preparación de alimentos: se enseñó a las madres y cuidadores a preparar alimentos complementarios nutritivos y adecuados para sus hijas e hijos y también para rescatar y valorar los saberes tradicionales relacionados con la alimentación.



Anexo 2.

Alineación programática



1. Vinculación al Plan Nacional de Desarrollo y los ODS⁷

PEI-DCI	Plan Nacional de Desarrollo 2024-2025		ODS	
Objetivo	Objetivo	Política	Objetivo	Meta
Asegurar un entorno habitador sostenible para la implementación efectiva de la ENECSDI	1. Mejorar las condiciones de vida de la población de forma integral, promoviendo el acceso equitativo a salud, vivienda y bienestar social.	1.3 Mejorar la prestación de los servicios de salud de manera integral, mediante la promoción, prevención, atención primaria, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, con talento humano suficiente y fortalecido, enfatizando la atención a grupos prioritarios y todos aquellos en situación de vulnerabilidad.	3. Salud y bienestar	3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos.
		1.7 Implementar programas de prevención y promoción que aborden los determinantes de la salud alrededor de los diferentes problemas de malnutrición en toda la población, con énfasis en desnutrición crónica infantil-DCI.	2. Hambre cero	2.2 De aquí a 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición, incluso logrando, a más tardar en 2025, las metas convenidas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y la emaciación de los niños menores de 5 años, y abordar las necesidades de nutrición de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes y las personas de edad.

..

⁷ Para este ejercicio se ha trabajado con la matriz de base de alineación PND-ODS elaborada por la Secretaría Nacional de Planificación. Disponible en <https://www.planificacion.gob.ec/plan-de-desarrollo-para-el-nuevo-ecuador-2024-2025/>

Objetivo	Objetivo	Política	Objetivo	Meta
Consolidar la sostenibilidad de los recursos financieros para la política integral de prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil basada en evidencias.	9. Propender la construcción de un Estado eficiente, transparente orientado al bienestar social.	9.5 Consolidar los Consejos Ciudadanos Sectoriales de la Función Ejecutiva, involucrando a las organizaciones sociales, en los procesos de diálogo, deliberación, seguimiento y evaluación de las políticas públicas de carácter ministerial y sectorial, a fin de garantizar la gobernabilidad.	16. Paz, justicia e instituciones sólidas	16.7 Garantizar la adopción en todos los niveles de decisiones inclusivas, participativas y representativas que respondan a las necesidades.
		9.6 Fortalecer las capacidades del Estado que garanticen la transparencia, eficiencia, calidad y excelencia de los servicios públicos.	16. Paz, justicia e instituciones sólidas	16.6 Crear a todos los niveles instituciones eficaces y transparentes que rindan cuentas.
	1. Mejorar las condiciones de vida de la población de forma integral, promoviendo el acceso equitativo a salud, vivienda y bienestar social.	1.3 Mejorar la prestación de los servicios de salud de manera integral, mediante la promoción, prevención, atención primaria, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, con talento humano suficiente y fortalecido, enfatizando la atención a grupos prioritarios y todos aquellos en situación de vulnerabilidad.	3. Salud y bienestar	3.c Aumentar considerablemente la financiación de la salud y la contratación, el perfeccionamiento, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo.
		1.8 Garantizar el derecho a una vivienda adecuada y promover entornos habitables, seguros y saludables mediante acciones integrales, coordinadas y participativas, que contribuyan al fomento y desarrollo de ciudades y comunidades inclusivas, seguras, resilientes y sostenibles.	11. Ciudades y comunidades sostenibles	11.1 De aquí a 2030, asegurar el acceso de todas las personas a viviendas y servicios básicos adecuados, seguros y asequibles y mejorar los barrios marginales.
	4. Estimular el sistema económico y de finanzas públicas para dinamizar la inversión y las relaciones comerciales.	4.9 Establecer el entorno normativo e institucional para atraer, facilitar, estructurar, concretar y proteger las inversiones en asociaciones público-privada (APP).	17. Alianzas para lograr los objetivos	17.17 Fomentar y promover la constitución de alianzas eficaces en las esferas pública, público-privada y de la sociedad civil, aprovechando la experiencia y las estrategias de obtención de recursos de las alianzas.
	9. Propender la construcción de un Estado eficiente, transparente orientado al bienestar social.	9.6 Fortalecer las capacidades del Estado que garanticen la transparencia, eficiencia, calidad y excelencia de los servicios públicos.	16. Paz, justicia e instituciones sólidas	16.6 Crear a todos los niveles instituciones eficaces y transparentes que rindan cuentas.

PEI-DCI	Plan Nacional de Desarrollo 2024-2025		ODS	
Objetivo	Objetivo	Política	Objetivo	Meta
		9.7 Ampliar y fortalecer la cooperación internacional para el desarrollo sostenible del Ecuador en función de las prioridades determinadas por el Gobierno nacional.	10. Reducción de las desigualdades	10.b Fomentar la asistencia oficial para el desarrollo y las corrientes financieras, incluida la inversión extranjera directa, para los Estados con mayores necesidades, en particular los países menos adelantados, los países africanos, los pequeños Estados insulares en desarrollo y los países en desarrollo sin litoral, en consonancia con sus planes y programas nacionales.
Fomentar la articulación territorial entre los niveles de gobierno, la sociedad civil y actores comunitarios que permita una pertinente y efectiva implementación de la ENECSDI	9. Propender la construcción de un Estado eficiente, transparente orientado al bienestar social.	9.1 Fomentar la participación ciudadana con enfoques de igualdad, en todos los niveles de gobierno y funciones del Estado, que permita realizar el monitoreo y evaluación de la gestión pública, fortaleciendo la rendición de cuentas.	16. Paz, justicia e instituciones sólidas	16.7 Garantizar la adopción en todos los niveles de decisiones inclusivas, participativas y representativas que respondan a las necesidades.
		9.6 Fortalecer las capacidades del Estado que garanticen la transparencia, eficiencia, calidad y excelencia de los servicios públicos.	16. Paz, justicia e instituciones sólidas	16.6 Crear a todos los niveles instituciones eficaces y transparentes que rindan cuentas.
Consolidar la gestión y calidad de la información sobre la desnutrición crónica infantil	1. Mejorar las condiciones de vida de la población de forma integral, promoviendo el acceso equitativo a salud, vivienda y bienestar social.	1.2 Garantizar la inclusión social de las personas y grupos de atención prioritaria durante su ciclo de vida.	1. Fin de la pobreza	1.2 De aquí a 2030, reducir al menos a la mitad la proporción de hombres, mujeres y niños de todas las edades que viven en la pobreza en todas sus dimensiones con arreglo a las definiciones nacionales.
		1.7 Implementar programas de prevención y promoción que aborden los determinantes de la salud alrededor de los diferentes problemas de malnutrición en toda la población, con énfasis en desnutrición crónica infantil-DCI.	2. Hambre cero	2.2 De aquí a 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición, incluso logrando, a más tardar en 2025, las metas convenidas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y la emaciación de los niños menores de 5 años, y abordar las necesidades de nutrición de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes y las personas de edad.

Objetivo	Objetivo	Política	Objetivo	Meta
	9. Propender la construcción de un Estado eficiente, transparente orientado al bienestar social.	9.6 Fortalecer las capacidades del Estado que garanticen la transparencia, eficiencia, calidad y excelencia de los servicios públicos.	16. Paz, justicia e instituciones sólidas	16.6 Crear a todos los niveles instituciones eficaces y transparentes que rindan cuentas.
Mejorar la calidad de la atención a niñas, niños y mujeres gestantes mediante el fortalecimiento del talento humano y la repotenciación de los servicios, adaptados a las necesidades diversas de la población	1. Mejorar las condiciones de vida de la población de forma integral, promoviendo el acceso equitativo a salud, vivienda y bienestar social.	1.2 Garantizar la inclusión social de las personas y grupos de atención prioritaria durante su ciclo de vida.	1. Fin de la pobreza	1.2 De aquí a 2030, reducir al menos a la mitad la proporción de hombres, mujeres y niños de todas las edades que viven en la pobreza en todas sus dimensiones con arreglo a las definiciones nacionales.
		1.3 Mejorar la prestación de los servicios de salud de manera integral, mediante la promoción, prevención, atención primaria, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, con talento humano suficiente y fortalecido, enfatizando la atención a grupos prioritarios y todos aquellos en situación de vulnerabilidad.	3. Salud y bienestar	3.c Aumentar considerablemente la financiación de la salud y la contratación, el perfeccionamiento, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo.
			3. Salud y bienestar	3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos.

PEI-DCI	Plan Nacional de Desarrollo 2024-2025		ODS	
Objetivo	Objetivo	Política	Objetivo	Meta
		1.7 Implementar programas de prevención y promoción que aborden los determinantes de la salud alrededor de los diferentes problemas de malnutrición en toda la población, con énfasis en desnutrición crónica infantil-DCI.	2. Hambre cero	2.2 De aquí a 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición, incluso logrando, a más tardar en 2025, las metas convenidas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y la emaciación de las niñas y niños menores de 5 años, y abordar las necesidades de nutrición de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes y las personas de edad.
		1.8 Garantizar el derecho a una vivienda adecuada y promover entornos habitables, seguros y saludables mediante acciones integrales, coordinadas y participativas, que contribuyan al fomento y desarrollo de ciudades y comunidades inclusivas, seguras, resilientes y sostenibles.	11. Ciudades y comunidades sostenibles	11.1 De aquí a 2030, asegurar el acceso de todas las personas a viviendas y servicios básicos adecuados, seguros y asequibles y mejorar los barrios marginales.
7. Precautelar el uso responsable de los recursos naturales con un entorno ambientalmente sostenible	7.7 Promover la gestión integral e integrada del recurso hídrico y su conservación, fomentando el derecho humano al agua potable en cantidad y calidad, y su saneamiento; así como, el riego y drenaje en un entorno adaptativo a los efectos del cambio climático.		6. Agua limpia y saneamiento	6.1 De aquí a 2030, lograr el acceso universal y equitativo al agua potable a un precio asequible para todos.
9. Propender la construcción de un Estado eficiente, transparente orientado al bienestar social.	9.6 Fortalecer las capacidades del Estado que garanticen la transparencia, eficiencia, calidad y excelencia de los servicios públicos.		16. Paz, justicia e instituciones sólidas	16.6 Crear a todos los niveles instituciones eficaces y transparentes que rindan cuentas.

Objetivo	Objetivo	Política	Objetivo	Meta
Afianzar la corresponsabilidad social y la transparencia para la implementación de la ENECSDI	1. Mejorar las condiciones de vida de la población de forma integral, promoviendo el acceso equitativo a salud, vivienda y bienestar social.	1.3 Mejorar la prestación de los servicios de salud de manera integral, mediante la promoción, prevención, atención primaria, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, con talento humano suficiente y fortalecido, enfatizando la atención a grupos prioritarios y todos aquellos en situación de vulnerabilidad.	3. Salud y bienestar	3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos.
		1.7 Implementar programas de prevención y promoción que aborden los determinantes de la salud alrededor de los diferentes problemas de malnutrición en toda la población, con énfasis en desnutrición crónica infantil-DCI.	2. Hambre cero	2.2 De aquí a 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición, incluso logrando, a más tardar en 2025, las metas convenidas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y la emaciación de los niños menores de 5 años, y abordar las necesidades de nutrición de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes y las personas de edad.
	9. Propender la construcción de un Estado eficiente, transparente orientado al bienestar social.	9.1 Fomentar la participación ciudadana con enfoques de igualdad, en todos los niveles de gobierno y funciones del Estado, que permita realizar el monitoreo y evaluación de la gestión pública, fortaleciendo la rendición de cuentas.	16. Paz, justicia e instituciones sólidas	16.7 Garantizar la adopción en todos los niveles de decisiones inclusivas, participativas y representativas que respondan a las necesidades.
		9.6 Fortalecer las capacidades del Estado que garanticen la transparencia, eficiencia, calidad y excelencia de los servicios públicos.	16. Paz, justicia e instituciones sólidas.	16.6 Crear a todos los niveles instituciones eficaces y transparentes que rindan cuentas.



2. Vinculación a las agendas nacionales para la igualdad

PEI-DCI

Agendas para la Igualdad

Objetivo	Género	Intergeneracional	Pueblos y nacionalidades	Discapacidades	Movilidad humana
Eje 1 Asegurar un entorno habilitador sostenible para la implementación efectiva de la ENECSDI	Eje cuidado humano: 3. Garantizar el derecho al cuidado en el ámbito laboral, fortaleciendo el control y regulación de los permisos de maternidad y paternidad, en el período de lactancia y período de cuidado y la provisión de servicios de cuidado. Eje salud: 4. Erradicar el embarazo en niñas y adolescentes, implementando políticas integrales. Eje participación política y toma de decisiones: 4. Fortalecer la institucionalidad pública para la participación de las mujeres en la toma de decisiones y su incidencia en la transversalización de políticas para la igualdad de género.	Eje salud, alimentación y hábitos de vida saludables: Fortalecer los servicios de salud materno infantil; prevenir y erradicar la desnutrición y malnutrición promoviendo hábitos de vida saludables. Eje protección, no violencia y acceso a la justicia: prevenir el embarazo en niñas y adolescentes entre 10 y 19 años, garantizando el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.	Eje participación democrática: establecer modelos de operación de los diálogos y/o negociaciones entre la función ejecutiva y las representaciones de los pueblos y nacionalidades, la naturaleza y efectos de sus resultados y la dotación de las facilidades.	Eje de educación y formación a lo largo de la vida: 1. Consolidar los procesos de inclusión educativa. Eje de fomento a la participación ciudadana, política y social: 1. Fomentar la implementación de los enfoques de igualdad por parte de los GAD; 2. Fortalecer la gestión de los Consejos Cantonales de Protección de Derechos.	Eje social 4. Promover de manera integral los derechos y responsabilidades de las personas en movilidad humana; 5. Propender al acceso de los servicios de salud integral de las personas en movilidad humana. Eje institucional: 12. Fortalecer el Sistema de Protección Integral de Derechos para el ejercicio de los derechos de las personas en movilidad humana.
Eje 2 Consolidar la sostenibilidad de los recursos financieros para la política integral de prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil basada en evidencias	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Objetivo	Género	Intergeneracional	Pueblos y nacionalidades	Discapacidades	Movilidad humana
Eje 3 Fomentar la articulación territorial entre los niveles de gobierno, la sociedad civil y actores comunitarios que permita una pertinente y efectiva implementación de la ENECSDI	Eje participación política y toma de decisiones: 4. Fortalecer la institucionalidad pública para la participación de las mujeres en la toma de decisiones y su incidencia en la transversalización de políticas para la igualdad de género.	Eje salud, alimentación y hábitos de vida saludables: Fortalecer los servicios de salud materno infantil; prevenir y erradicar la desnutrición y malnutrición promoviendo hábitos de vida saludables.	Eje participación democrática: desplegar una política de fortalecimiento de la democracia comunitaria que garantice la toma de decisiones a través de sus propias formas de organización; establecer modelos de operación de los diálogos y/o negociaciones entre la función ejecutiva y las representaciones de los pueblos y nacionalidades, la naturaleza y efectos de sus resultados y la dotación de las facilidades.		
Eje 4 Consolidar la gestión y calidad de la información sobre la desnutrición crónica infantil				Eje de acceso a la información, desarrollo tecnológico e información: 2. Fomentar la accesibilidad a la información y comunicación de las personas con discapacidad en los sitios web de instituciones públicas.	

PEI-DCI

Agendas para la Igualdad

Objetivo	Género	Intergeneracional	Pueblos y nacionalidades	Discapacidades	Movilidad humana
Eje 5 Mejorar la calidad de la atención a niñas, niños y mujeres gestantes mediante el fortalecimiento del talento humano y la repotenciación de los servicios, adaptados a las necesidades diversas de la población	Eje economía y empleo 1. Promover el ejercicio de derechos y la erradicación de la pobreza, con énfasis en las mujeres diversas, con enfoque de género e interseccional. Eje cuidado humano: 3. Garantizar el derecho al cuidado en el ámbito laboral, fortaleciendo el control y regulación de los permisos de maternidad y paternidad, en el período de lactancia y período de cuidado y la provisión de servicios de cuidado. Eje salud 2. Garantizar el derecho a la salud sexual y la salud reproductiva para mujeres, con información adecuada, acceso a servicios esenciales en salud sexual y salud reproductiva integral, personal capacitado y sensibilizado, espacios para información y asesoría y dotando de insumos y métodos anticonceptivos modernos, con énfasis en zonas rurales, urbano marginales y zonas de frontera; 3. Reducir las muertes maternas, garantizando servicios de salud reproductiva universales, de calidad, oportunos y en todo el territorio.	Eje educación, ciencia y cultura: promover el acceso a los servicios de desarrollo infantil integral y de educación básica. Eje salud, alimentación y hábitos de vida saludables: fortalecer los servicios de salud materno infantil; prevenir y erradicar la desnutrición y malnutrición promoviendo hábitos de vida saludables. Eje trabajo y seguridad social: promover el acceso a la seguridad social, mejorando condiciones para la afiliación y permanencia.	Eje salud intercultural: reconocer la sabiduría de las parteras/os con el conocimiento científico de los profesionales y fortalecer sus capacidades; Incorporar los conocimientos y prácticas propias de los pueblos y nacionalidades en los servicios de salud; Impulsar la inclusión laboral de los prestadores de la salud ancestral, alternativa y complementariedad en el Sistema de Salud Pública; apoyar en los procesos de articulación de los servicios de salud pública con los mecanismos y estructuras propios de las nacionalidades y pueblos; Promover la atención de salud con pertinencia intercultural en el sistema de salud pública.	Eje salud: 3. Impulsar la atención a Personas con discapacidad dentro de los servicios de Salud del primer nivel de atención. Eje de protección integral y seguridad social: 1. Fortalecer e innovar los servicios de protección social para Personas con Discapacidad y sus familias. Eje de situaciones de riesgo, emergencias humanitarias y movilidad humana: 1. Fortalecer los procedimientos para prevenir y reducir riesgos en las personas con discapacidad y sus familias en situaciones de riesgo y emergencias humanitarias; 5. Fortalecer mecanismos de atención a las personas con discapacidad en situación de movilidad humana.	Eje social 5. Propender al acceso de los servicios de salud integral de las personas en movilidad humana.

Objetivo	Género	Intergeneracional	Pueblos y nacionalidades	Discapacidades	Movilidad humana
Eje 6 Afianzar la co- rresponsabilidad y transparencia para la implementación de la ENECSDI	Eje participación política y toma de decisiones: 4. Fortalecer la institu- cionalidad pública para la participación de las mujeres en la toma de decisiones y su inci- dencia en la transver- salización de políticas para la igualdad de género; 2. Garantizar a las personas LGBTIQ+ su participación en espacios de toma de decisiones, en condi- ciones de igualdad y sin discriminación, ni violencia de género.		Eje participación democrática: des- plegar una política de fortalecimiento de la democracia comuni- taria que garantice la toma de decisiones a través de sus propias formas de organi- zación; establecer modelos de operación de los diálogos y/o negociaciones entre la función ejecutiva y las representaciones de los pueblos y naciona- lidades, la naturaleza y efectos de sus resulta- dos y la dotación de las facilidades. Eje fomento de la información y comunicación: res- paldar y fomentar las operaciones de radios comunitarias que garantice la circulación de información, así como el fortalecimiento del uso de las lenguas indígenas, producción y difusión.	Eje de fomento a la participación ciudadana, política y social: 3. Promo- ver la participación ciudadana de personas con discapacidad y sus familias en la gestión de lo público en los diferentes niveles de gobierno; 4. Fortalecer las organizaciones sociales de personas con discapacidad conformadas; Eje de comunicación inclusiva: 3. Difundir y fomentar el uso de formatos accesibles en productos comunicacionales	



Referencias

- Acuerdo Nro. STECSDI-STECSOI-2023-0006-A Estatuto Orgánico Institucional de la Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil STECSDI <https://www.infancia.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2024/05/ESTATUTO-ORGANICO-STECSOI.pdf>
- Banco Interamericano de Desarrollo (2019). *Seguridad Alimentaria en América Latina y El Caribe*. https://publications.iadb.org/es/publications/spanish/viewer/Seguridad_alimentaria_en_Am%C3%A9rica_Latina_y_el_Caribe.pdf
- Banco Mundial (2024). *Perspectivas de desarrollo humano. Marco de Inversión en la Nutrición de 2024*. <https://openknowledge.worldbank.org/server/api/core/bitstreams/2bed5aac-e3bd-40d0-ae44-67705cb31aa1/content>
- Constitución de la República del Ecuador (CRE). 2008. Ecuador. https://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion_de_bolsillo.pdf
- Decreto Ejecutivo Nro. 92 de 06 de julio de 2021
- Decreto Ejecutivo Nro. 404 de 21 de abril de 2022.
- Fenske, N., Burns, J., Hothorn, T., y Rehfuess, E. (2013). *Understanding Child Stunting in India: A Comprehensive Analysis of Socio-Economic, Nutritional and Environmental Determinants Using Additive Quantile Regression*. PLoS ONE, 8(11). <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0078692>
- Instituto de Estadísticas y Censos - INEC. (2024). Visualizador de los resultados de la Encuesta Nacional de Desnutrición Infantil (ENDI) <https://n9.cl/o0xjs>
- INEC (2024b). Documento Metodológico Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/encuesta_nacional_desnutricion_infantil/documentaci%C3%B3n.html
- Lindquist, E., George, C., Perin, J., Neiswender, K., Norman, W., Davis, T., & Perry, H. (2014). *A Cluster Randomized Controlled Trial to Reduce Childhood Diarrhea Using Hollow Fiber Water Filter and/or Hygiene-Sanitation Educational Interventions*. The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene, 91(1), 190-197. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.13-0568>
- Kim, S., Park, S., Oh, J., Kim, J., & Ahn, S. (2018). *Interventions promoting exclusive breastfeeding up to six months after birth: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*. International Journal of Nursing Studies, 80, 94-105. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.01.004>
- Moreno-Villares, J., Collado, M., Larqué, E., Leis-Trabazo, M., Sáenz-de-Piñón, M., y Moreno-Aznar, L. (2019). *Los primeros 1000 días: una oportunidad para reducir la carga de las enfermedades no transmisibles*. Nutrición Hospitalaria, 36(1), 218-232. Epub 26 de abril de 2021. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.02453>
- ODS Territorio Ecuador. (2018). Boletín acerca de la Desnutrición crónica y desnutrición aguda. Ecuador.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014). *Childhood Stunting: Context, Causes and Consequences*. Conceptual framework. <https://www.who.int/publications/m/item/childhood-stunting-context-causes-and-consequences-framework>

- OMS. (2016). *Retraso del crecimiento en la niñez: Contexto, Causas y Consecuencias*. (si tiene link, agregar) <https://www.who.int/es/publications/m/item/child-hood-stunting-context-causes-and-consequences-framework>
- OMS(2018). *WHO recommendationson antenatal care for a positive pregnancy experience*. <https://iris.who.int/handle/10665/250796>
- OMS, MSP (2024). Conocimientos, actitudes y práctica sobre la desnutrición crónica infantil en el Ecuador. (Informe no publicado)
- Revista Cubana de Alimentación y Nutrición. (2020). *Sobre la anemia en edades infantiles en el Ecuador: Causas e intervenciones correctivas y preventivas*. <https://revalnutricion.sld.cu/index.php/rcan/article/view/968>
- SETECSDI (2021). *Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil 2021-2025* <https://www.infancia.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Plan-Intersectorial.pdf>
- STECSDI (2023). Modelo de gestión Territorial (Informe no publicado).
- STECSDI (2024a). Sistema Unificado de y Universal de Seguimiento Nominal – SUUSEN. Recuperado el 30 de octubre de 2024 de <https://informacion.infancia.gob.ec/>
- STECSDI (2024b) Metodología de Priorización de Cantones y Parroquias para la Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil. (Informe no publicado).
- Stewart, C. P., Iannotti, L., Dewey, K. G., Michaelsen, K. F., & Onyango, A. W. (2013). *Contextualising complementary feeding in a broader framework for stunting prevention*. *Maternal & child nutrition*, 27–45.
- Unicef. (2013). *Mejorar la nutrición infantil El imperativo para el progreso mundial que es posible lograr*. Nueva York: Unicef. <https://www.unicef.org/venezuela/informes/mejorar-la-nutrici%C3%B3n-infantil-el-imperativo-para-el-progreso-mundial-que-es-posible-lograr>
- UNICEF. (2020). *Para cada infancia, nutrición. Estrategia de Nutrición de UNICEF para 2020-2030*. Nueva York: Unicef. <https://www.unicef.org/media/111496/file/%20Nutrition%20Strategy%202020-2030%20.pdf>
- UNICEF. (2021). *La falta de higiene, agua segura y saneamiento es una de las principales causas de la desnutrición crónica*. <https://n9.cl/74ws0>
- UNICEF (2024). Asistencia técnica para la elaboración del programa presupuestario con enfoque de resultados para la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil - Fase I (Informe no publicado).
- Vaivada T., Gaffey, M. y Bhutta, Z. (2017). Promoting Early Child Development With Interventions in Health and Nutrition: A Systematic Review. *Pediatrics* 140(2). American Academy of Pediatrics. doi: 10.1542/peds.2016-4308.



Glosario de términos

Alimentación complementaria: proceso de introducir paulatinamente otros alimentos saludables, como complemento, no como sustituto de la leche materna a partir de los 6 meses de edad de la niña o niño.

Bajo peso al nacer: peso de un recién nacido inferior a 2.500 gramos, según la OMS, lo que incrementa el riesgo de desnutrición y problemas de desarrollo.

Chicha: bebida tradicional fermentada a base de maíz u otros cereales, con una fuerte presencia en la cultura local de ciertas regiones de Ecuador.

Condición de interés: es la problemática de personas, grupos, comunidades que se desea transformar bajo el enfoque de presupuesto por resultado. En este plan la condición de interés es la DCI.

Condiciones salubres e insalubres: condiciones de vida que afectan la salud de las personas, especialmente en relación con el acceso a agua potable, saneamiento adecuado y exposición a factores ambientales como humo de biomasa.

Controles del niño sano: consultas médicas regulares para monitorear el crecimiento y desarrollo sano de niñas y niños, que incluyen la administración de vacunas y la evaluación de su salud general.

Desnutrición crónica infantil (DCI): condición que se caracteriza por un déficit en la talla en relación con la edad en niñas y niños menores de 5 años, asociada con factores como la nutrición inadecuada, las condiciones del hogar y el acceso limitado a servicios de salud.

Deficiencia de hierro: falta de hierro en el cuerpo que puede afectar el desarrollo físico y mental de las personas, especialmente en mujeres embarazadas, niñas y niños.

E. Coli: bacteria que puede causar infecciones en el tracto digestivo, especialmente en condiciones de saneamiento inadecuado.

Enfermedad diarreica aguda (EDA): enfermedad que puede afectar a niñas y niños debido a la ingestión de agua o alimentos contaminados, contribuyendo a la DCI.

Enteropatía ambiental: trastorno intestinal que se asocia con el consumo de agua no potable y exposición a ambientes insalubres y parasitosis, afectando el crecimiento infantil.

Hacinamiento: condición de vivir en un espacio reducido y con muchas personas, lo que incrementa el riesgo de enfermedades respiratorias y otras infecciones.

Infecciones respiratorias agudas (IRA): enfermedades que afectan el tracto respiratorio y son comunes en ambientes con condiciones de vivienda inadecuadas, como el hacinamiento, el piso de tierra o un inadecuado sistema de eliminación de excretas.

Lactancia materna: proceso de alimentar a un infante con leche materna, recomendado como alimentación exclusiva durante los primeros seis meses de vida y continua una vez que se introduce la alimentación complementaria.

Modelo conceptual de la DCI: es un modelo basado en la evidencia mundial que define las variables que se asocian al apareamiento de la DCI, que incorpora conceptos multifactoriales que permiten una comprensión más completa de la desnutrición infantil.

Modelo explicativo de la DCI: es el conjunto de factores causales sustentados en la mejor evidencia disponible que está presente en el país o contexto en el que se busca actuar y explica la ocurrencia de la DCI. Los factores específicos son identificados dentro de cada concepto del modelo conceptual definido.

Modelo prescriptivo de la DCI: es un conjunto de intervenciones seleccionadas que cuentan con evidencia suficiente de eficacia respecto de algún factor causal del modelo explicativo o de la condición de interés. Basado en la evidencia mundial, establece la jerarquía de las relaciones entre variables de la DCI. Por ejemplo, hay variables como las enteropatías ambientales, las condiciones del hogar o la lactancia materna exclusiva que tienen un peso mayor en la DCI y que generan un modelo de relaciones causales jerárquicas que permitan la priorización de las acciones y estrategias a implementarse.

Micronutrientes: vitaminas y minerales esenciales para el desarrollo y funcionamiento del cuerpo, así como para el crecimiento de niñas y niños, como el hierro y el ácido fólico.

Niñas y niños prematuros: nacimiento que ocurre antes de las 37 semanas de gestación, lo que puede conllevar riesgos de salud y en el crecimiento de niñas y niños.

Presupuesto por Resultados (PpR): es una metodología de asignación presupuestaria atada a resultados o cambios que se esperan en una condición de interés. Los recursos se asignan a productos (conjunto de servicios claves) que según la evidencia científica o el modelo prescriptivo tienen una jerarquía y funcionan para el resultado que se espera.

Suministros seguros de agua: agua que no contiene residuos de heces fecales y bacterias, es de fácil acceso y está disponible en cantidad suficiente para el consumo humano.

Tamaño pequeño en relación con la edad gestacional (TPEG): condición en la que el tamaño del recién nacido es inferior al esperado para su edad gestacional, lo cual puede afectar su desarrollo.



EL NUEVO
ECUADOR

Secretaría Técnica Ecuador
Crece Sin Desnutrición Infantil

Con el apoyo de:

unicef 
para cada infancia

OPS
 Organización
Panamericana
de la Salud  Organización
Mundial de la Salud
Región de las Américas

CAF BANCO DE DESARROLLO
DE AMÉRICA LATINA
Y EL CARIBE

La nueva infancia.

#EcuadorSinDesnutrición



EL NUEVO
ECUADOR

Secretaría Técnica Ecuador
Crece Sin Desnutrición Infantil

Con el apoyo de:

unicef 
para cada infancia

OPS
 Organización
Panamericana
de la Salud  Organización
Mundial de la Salud
Región de las Américas

CAF BANCO DE DESARROLLO
DE AMÉRICA LATINA
Y EL CARIBE