


**PLAN ESTRATÉGICO  
INTERSECTORIAL PARA LA  
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA  
DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL**







# PLAN ESTRATÉGICO INTERSECTORIAL PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL



## Créditos

### Dirección General

Luis Enrique Coloma  
**Consejero de Gobierno Ad Honorem  
para las políticas públicas de lucha contra la  
desnutrición infantil**

### Coordinación Técnica

Erwin Ronquillo  
**Secretario Técnico  
Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil**

### Equipo Técnico STECSDI

Carolina Caicedo  
María José Enríquez  
Juan Carlos Palacios  
Nicolay Castellanos

### Equipo de Apoyo STECSDI

María Lorena Polit  
Carmen Estacio  
Marianella Zurita

### Equipo Técnico Institucional

Daniela Oléas  
**Ministerio de Economía y Finanzas**

Estefany Jarrín  
Francisco Vallejo  
Rita Bedoya  
**Ministerio de Salud Pública**

Lorena Andrade  
**Ministerio de Inclusión Económica y Social**

Ana Eguigurén  
Esteban Moreno  
**Ministerio de Educación**

Lorena Moreno  
Carmen Artieda  
Nataly Mendoza  
**Instituto Nacional de Estadísticas y Censos**

Yuri Guandinango Vinuesa  
Ligia Chipantasi  
**Ministerio de Agricultura y Ganadería**

### Equipo de asesoría

Ariela Luna  
**Banco Mundial (BM)**

Luciana Armijos  
**Corporación Andina de Fomento (CAF)**

Cristina San Román  
**Banco Interamericano de Desarrollo (BID)**

Cecilia Barragán  
**Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia  
(UNICEF)**

David Palacios  
**Organización Panamericana de la Salud (OPS)**

Andrés Mejía Acosta  
**Kings College London (KCL)**

Juan Pablo Bustamante  
Juan Pablo Guzmán  
**Red Nutrición Infantil (REDNI)**

Berenice Cordero  
**Especialista en Derechos de la Niñez**

### Revisión Técnica

Juan Pablo Bustamante  
Andrés Mejía Acosta

### Coordinación Editorial

Stalin Basantes  
María Lorena Polit

### Fotografía

STECSDI  
©UNICEF/ECU/2021/Arcos  
©UNICEF/ECU/2020/Vega

### Diseño y Maquetación

Gabriela Cangás

### Impresión

Poder Gráfico  
Septiembre 2021



## Contenido

Presentación.....	5
Introducción.....	6
Abreviaturas.....	7
<b>1. Antecedentes sobre la situación de DCI en el Ecuador.....</b>	<b>9</b>
1.1 Marco conceptual.....	9
1.2 Contexto general de la desnutrición crónica infantil.....	10
1.2.1 Características socioeconómicas de la DCI.....	12
1.2.2 Cobertura de servicios para primera infancia orientados a prevenir y reducir la DCI.....	13
1.2.3 Oferta de servicios a la primera infancia para prevenir y reducir la DCI.....	16
1.2.4 Análisis de la situación, conclusiones preliminares y llamado a la acción.....	17
<b>2. Metodología.....</b>	<b>18</b>
<b>3. Metas e indicadores de desempeño.....</b>	<b>20</b>
3.1 Meta de mediano plazo.....	20
3.2 Meta de largo plazo.....	20
3.3 Condiciones necesarias para alcanzar las metas de mediano y largo plazo.....	20
3.4 Indicadores globales de desempeño.....	21
3.4.1 Indicador de resultado de la estrategia ECSDI.....	21
3.4.2 Indicadores de las condiciones necesarias.....	21
<b>4. Mapa de efectos indeseables de la realidad actual.....</b>	<b>22</b>
4.1 Causas básicas o estructurales y efectos indeseables.....	22
4.2 Causas subyacentes e inmediatas y efectos indeseables.....	24
<b>5. Resolución del conflicto central y configuración de la realidad futura.....</b>	<b>26</b>
5.1 Resolución del conflicto central.....	26
5.2 Configuración de la realidad futura.....	27
5.2.1 Efectos deseables de la realidad futura.....	27
5.3 Acciones estratégicas para la prevención y reducción de la DCI.....	28
5.3.1 Acciones a nivel institucional.....	28
5.3.2 Acciones a nivel social y político.....	30
5.3.3 Acciones a nivel de la ciudadanía.....	30
5.4 Paquete básico de atenciones y su paquete básico y priorizado.....	30
<b>6. Estrategias y tácticas para la prevención y reducción de la DCI.....</b>	<b>33</b>
6.1 Eje Estratégico 1: Generación de entorno habilitador.....	34
6.1.1 Proyectos y acciones a ejecutar, prioridad y secuencia.....	35
6.2 Eje estratégico 2: Movilización de recursos financieros.....	35
6.2.1 Proyectos y acciones a ejecutar, prioridad y secuencia.....	36
6.3 Eje estratégico 3: Articulación territorial.....	37
6.3.1 Proyectos y acciones a ejecutar, prioridad y secuencia.....	37
6.4 Eje estratégico 4: Gestión de la información.....	38
6.4.1 Proyectos y acciones a ejecutar, prioridad y secuencia.....	39
6.5 Eje estratégico 5: Talento humano y mejora de la gestión institucional en el punto de atención...	40
6.5.1 Proyectos y acciones a ejecutar, prioridad y secuencia.....	41
6.6 Eje estratégico 6: Corresponsabilidad y transparencia.....	41
6.6.1 Proyectos y acciones a ejecutar, prioridad y secuencia.....	42
<b>7. Análisis Presupuestario.....</b>	<b>43</b>
7.1 Presupuesto referencial - Decreto 1211.....	43
7.2 Presupuesto - Paquete básico.....	44
7.3 Presupuesto - Implementación de proyectos estratégicos.....	44



<b>8. Estructura de gobernanza</b> .....	45
8.1 El marco normativo.....	45
8.2 El funcionamiento de la gobernanza .....	47
8.2.1 Integración intersectorial .....	47
8.2.2 Integración financiera sustentable .....	47
8.2.3 Integración territorial.....	48
8.2.4 Integración del seguimiento, evaluación y rendición de cuentas .....	48
8.3 Mecanismos, responsabilidades y roles en la gobernanza .....	49
<b>9. Marco de gestión de la información para el seguimiento, monitoreo y evaluación de la estrategia</b> .....	52
9.1 Marco de seguimiento a la implementación de la estrategia .....	52
9.2 Marco de monitoreo de la estrategia.....	53
9.3 Marco de evaluación de la estrategia .....	53
9.4 Marco de gestión de la información.....	53
<b>10. Anexos</b> .....	56
10.1 Tabla de proyecciones de nacimientos por provincias .....	56
10.2 Proyecciones y estimaciones de prevalencia y concentración población con DCI .....	57
10.3 Cuidado, negligencia y disciplina negativa en la primera infancia.....	59
10.4 Cobertura de servicios de salud, desarrollo infantil y protección social críticos en 2018 .....	60
10.5 Tabla de Asociación entre DCI y otras características del hogar en 2018.....	61
10.6 Limitaciones de oferta de servicios críticos para la lucha contra la DCI .....	62
10.7 Cuadro de efectos indeseables .....	64
10.8 Mapa de efectos indeseables de la realidad actual .....	65
10.9 Nube de resolución de conflictos.....	66
10.10 Árbol de realidad futura.....	67
10.11 Mapa de estrategias y tácticas.....	68
10.12 Decreto Ejecutivo N°92.....	70
10.13 Otros indicadores principales para el monitoreo de la estrategia ECSDI .....	75
10.13.1 Indicadores de resultado para menores de 2 y menores de 5 años .....	75
10.13.2 Indicadores de resultado para mujeres embarazadas.....	75
10.13.3 Indicadores de gestión y cobertura de servicios para niñas y niños menores de 2 y 5 años .....	75
10.13.4 Indicadores de gestión y cobertura de servicios para madres gestantes .....	76
10.13.5 Descripción general de fuentes de información mapeadas.....	77



## Presentación

### Llamado a la acción

Las personas son la mayor riqueza de una nación. Lo que se invierte en ellas impacta de manera exponencial en la prosperidad económica, la convivencia ciudadana y en el logro de las metas de desarrollo sostenible<sup>1</sup>. Si analizamos por un instante cuál es el momento preciso en el que la inversión pública tiene mayor impacto durante la vida de una persona, sin dudar lo estaremos de acuerdo, en que la primera infancia y sus primeros mil días de vida determinan el desarrollo integral de un ser humano. Durante el período de gestación se inicia la formación de los sistemas biológicos de los seres humanos, entre ellos el sistema nervioso central. Por ello, los primeros 1.000 días, que comprende la etapa prenatal hasta los 2 años de edad, se conoce como la “ventana de oportunidad” pues, un adecuado acompañamiento y generación de condiciones propicias de salud y bienestar en este momento de la vida, afectaría positivamente el desarrollo de la niñez y a lo largo del ciclo de vida (IFPRI, Concern World Wide, Welthungerhilfe, 2010).

Cuando se presenta desnutrición en un adulto, el cerebro permanece intacto, en cuanto a su peso y por el contrario, en el caso de los niños, es diferente la desnutrición en la gestación y en los primeros 2 años de vida, es capaz de ocasionar alteraciones devastadoras y duraderas en el desarrollo cerebral del niño, en su habilidad para aprender, comunicarse, pensar analíticamente, socializar efectivamente y adaptarse a nuevos ambientes y personas. Después de la “ventana de oportunidad” el retraso del impulso cerebral es poco probable recuperarlo, inclusive si hay una mejoría del estado nutricional (CEPAL, Malnutrición en niños y niñas en América Latina y el Caribe, 2018).

**La desnutrición crónica infantil (DCI) se caracteriza por el retardo de la talla con relación a la edad (T/E), dado por un déficit calórico y de micronutrientes. (“Malnutrición”, OMS, Abril 1, 2020)**

La desnutrición infantil es una epidemia invisible con la que nos enfrentamos como sociedad y que merece nuestra acción y compromiso. Si lo vemos desde la perspectiva de los datos, de acuerdo a la OMS, explica de manera alarmante que el 45% de las muertes en el mundo en menores de 5 años y la criticidad en el proceso de crecimiento y desarrollo integral en 1 de cada 4 niños. Si lo visualizamos desde el enfoque de derechos, es una responsabilidad del Estado prevenirla y una obligación de la sociedad educarse para apoyar en su reducción. Si lo analizamos desde la relación entre infancia y adultez, existe amplia evidencia empírica que sugiere una relación estrecha entre la desnutrición crónica infantil y grandes limitaciones en los ámbitos productivos, sociales y emocionales de la vida adulta. Desde cualquiera de las tres visiones, el denominador común tiene que ver con poner en el centro al niño o niña porque lo que se haga en la primera infancia, será directamente proporcional al desarrollo y oportunidades que tenga ese niño en el futuro<sup>2</sup>.

La desnutrición crónica infantil expresa el mal comienzo en la vida para muchos ecuatorianos y, esto no sólo se explica por una inadecuada o insuficiente ingesta de alimentos, sino porque el conjunto de factores de cuidado, atención y protección mínima que requieren los infantes y las mujeres embarazadas no se están garantizando en forma adecuada y equitativa por parte de nosotros, los adultos, las familias, las instituciones y organizaciones de nuestra sociedad. La pandemia y crisis económica que vive el país profundizan las desigualdades y riesgos de exclusión y falta de atención. Por ello, precisamente, en tiempos de crisis es necesario cuidar y fortalecer lo más valioso que tenemos, la primera infancia y la prevención de una de sus peores amenazas, la desnutrición crónica infantil.

Compartimos el Plan Estratégico Intersectorial para la prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil como una respuesta urgente y necesaria que interpela y demanda de toda la sociedad la atención, compromiso y contribución decidida.

Este plan nos convoca a todos los ecuatorianos a unirnos en la lucha contra la desnutrición crónica infantil, a combatirla desde todos los espacios, a empoderarnos, a dejar de lado la zona de confort e indignarnos y pasar de la mera reflexión a la acción. Acción que construye y transforma, pues estamos hablando de cuidar la vida desde sus inicios, proteger los derechos de nuestros niños y garantizar su desarrollo que redundará en el desarrollo de nuestra nación.

1 Objetivos de Desarrollo Sostenible ODS, especialmente ODS 2 Reducir el hambre y la Desnutrición.

2 El premio Nobel en Economía, el Dr. James J. Heckman, estima que cada dólar invertido en educación temprana tiene una tasa de rentabilidad económica futura de entre 7 y 17 dólares por cada dólar invertido. Esta quizá es la mejor inversión que un Estado puede realizar.



## Introducción

El Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil (DCI), plantea la ruta a seguir entre el año 2021 y 2025, establece las prioridades del Estado y la voluntad del gobierno en el diseño de una política social sostenida, para que todas las niñas y niños tengan la oportunidad -desde la gestación- de gozar de un buen comienzo en la vida, libres de desnutrición crónica.

Este plan es el resultado de un proceso de construcción colectiva multidisciplinaria en el que participaron las instituciones públicas involucradas en la ejecución de la política social, miembros de la sociedad civil y de la cooperación nacional e internacional; con el propósito de conjugar visiones que superen soluciones coyunturales y dar paso a la estructuración de una política de Estado permanente, que permita trazar el camino hacia una efectiva prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil en el Ecuador.

Para el desarrollo del plan se utilizó el método de pensamiento sistémico (“Thinking Process”, TP) de la teoría de las restricciones (“Theory of Constraints”, creada por Eliyahu M. Goldratt). Este método utiliza un conjunto de pensamientos lógicos basados en el conocimiento, experiencia e intuición del equipo, para la identificación de causas y efectos y de esta manera comprender la situación actual y encontrar soluciones inmediatas para mejorarla. La aplicación de este método, permitió el uso de reglas y diagramas lógicos para responder a las preguntas fundamentales de un proceso de cambio.

En la primera parte de este plan se contextualiza la situación de la desnutrición crónica infantil (DCI) en el Ecuador. Seguidamente, se describe la metodología utilizada para la construcción de este plan y se identifican las metas a mediano y largo plazo para la prevención y reducción de la DCI en el Ecuador, además de los indicadores globales de desempeño. Asimismo, se identificaron y analizaron los factores que actualmente impiden que el país logre sus metas respecto a la DCI y se plantean las condiciones mínimas que deberían existir y las acciones estratégicas requeridas para lograr las metas. El plan contempla la implementación de los proyectos y acciones a ejecutar, su prioridad y secuencia lógica de realización, complementando con el análisis presupuestario requerido para la ejecución de dicho plan.

Como uno de los aspectos fundamentales, en este plan se definió la estructura de gobernanza que requiere el abordaje de la estrategia, así como el marco de seguimiento, monitoreo y evaluación de resultados.

Adicionalmente, se presenta información complementaria sobre el diagnóstico de la DCI y su población y, los cuadros y mapas lógicos resultantes de la aplicación de la metodología planteada.

Este documento se desarrolla bajo el liderazgo de la Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil. Deberá ser nutrido, sometido a escrutinio, discusión, validación y ajuste por parte de los más amplios sectores de la sociedad. El análisis por las diferentes instituciones participantes y sus principales representantes, permitirá apropiarse de él y actuar en consecuencia, profundizando mediante sus planes sectoriales, institucionales y territoriales, las metas, visiones y las estrategias compartidas. Asimismo, se constituye como un instrumento social, técnico y político que invita al diálogo para conjugar visiones y voluntades que conlleven a mejorar los procesos y orientar a los actores hacia el cumplimiento de las metas planteadas. Además, invita a todos los actores de la sociedad a tomar las riendas, a comprometerse e innovar en esta cruzada conjunta para prevenir y reducir la desnutrición crónica infantil en el Ecuador.





## Abreviaturas

**AME:** Asociación de Municipalidades del Ecuador

**ARF:** Árbol de Realidad Futura

**ASH:** Agua, Saneamiento, Higiene

**BDE:** Banco de Desarrollo del Ecuador

**BDH:** Bono de Desarrollo Humano

**CAPS:** Conocimientos, Actitudes y Prácticas

**CCRA:** Círculos de Cuidado, Recreación y Aprendizaje

**CDI:** Centro de Desarrollo Infantil

**CNH:** Creciendo con Nuestros Hijos

**CONGOPE:** Consorcio de Gobiernos Autónomos Descentralizados del Ecuador

**CONAGOPARE:** Consejo Nacional de Gobiernos Parroquiales Rurales del Ecuador

**CPV:** Censo de Población y Vivienda

**DCI:** Desnutrición Crónica Infantil

**DE:** Decreto Ejecutivo

**DIGERCIC:** Dirección General de Registro Civil Identificación y Cedulación

**DINARDAP:** Dirección Nacional de Registro de Datos Públicos

**ECSDI:** Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil

**ENDI:** Encuesta Nacional de Desnutrición Infantil

**ENSANUT:** Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

**EOD:** Entidad Operativa Desconcentrada

**GAD:** Gobierno Autónomo Descentralizado

**IESS:** Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

**INEC:** Instituto Nacional de Estadísticas y Censos



**MAG:** Ministerio de Agricultura y Ganadería

**MAATE:** Ministerio del Ambiente, Agua y Transición Ecológica

**MDG:** Ministerio de Gobierno

**MEI:** Mapa de Efectos Indeseables

**MEF:** Ministerio de Economía y Finanzas

**MET:** Mapa de Estrategias y Tácticas

**MIES:** Ministerio de Inclusión Económica y Social

**MINEDUC:** Ministerio de Educación

**MSP:** Ministerio de Salud Pública

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**PDyOT:** Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial

**P.P.:** Puntos Porcentuales

**PR:** Presidencia de la República del Ecuador

**REDNI:** Red de Nutrición Infantil

**STECSDI:** Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil

**UNICEF:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

**URS:** Unidad de Registro Social

**NNA:** Niñas, Niños y Adolescentes





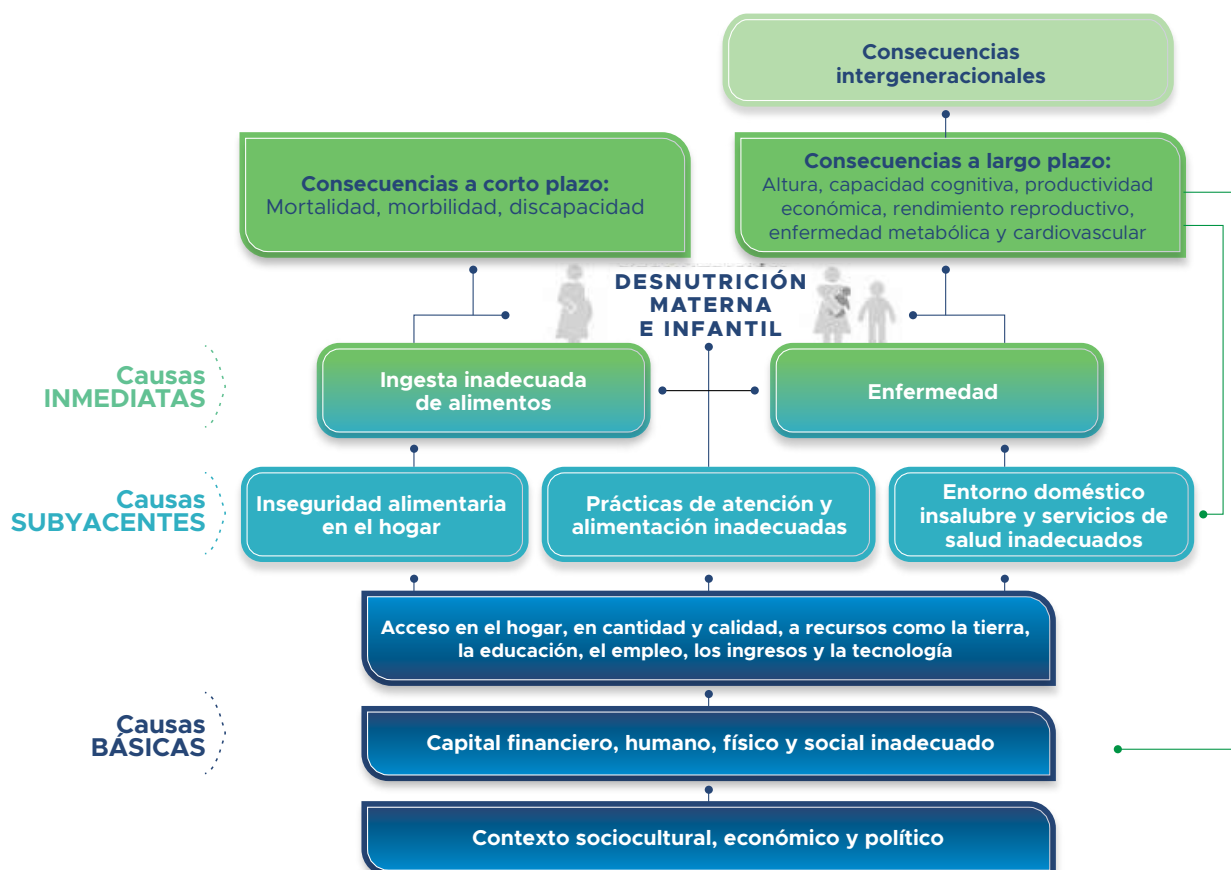
## Antecedentes sobre la situación de DCI en el Ecuador

### 1.1 Marco conceptual

La evidencia existente sobre las causas de la desnutrición infantil, la define no solamente como un problema clínico o de fal-

ta inmediata de nutrientes, sino como un fenómeno socioeconómico multidimensional con implicaciones de corto y largo plazo a nivel de la persona y a nivel de la población (Unicef, Mejorar la nutrición infantil, 2013).

Gráfico 1 Marco conceptual de causas y consecuencias de la desnutrición propuesto por UNICEF



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

Fuente: (Unicef, 2013)

Para el abordaje de las causas de la desnutrición se puede tomar como referencia el “Marco Conceptual de UNICEF” desarrollado por Urban Johnson (Gráfico 1), donde se establece la existencia de causas inmediatas, subyacentes y básicas. Estas últimas se refieren a elementos estructu-

rales relacionados con aspectos sociales, culturales, económicos y políticos del país, que a su vez inciden directamente en las condiciones socioeconómicas de cada hogar, entre ellas, el nivel de ingresos, la producción agrícola familiar, la disponibilidad de alimentos, la educación del cuidador



(usualmente cuidadora) del niño y niña, el estado de salud del cuidador y finalmente, el acceso a los servicios de salud pública y de agua potable, saneamiento e higiene. Estas dimensiones determinan el nivel de seguridad alimentaria, calidad del cuidado y los factores ambientales de desarrollo. La interacción de las personas con estos factores determina la calidad de alimentación y el estado de salud individual.

Si bien las causas, definidas en el gráfico 1, en sus distintos niveles se explican solas, la pobreza es una de las causas principales de la desnutrición, condición que no se relaciona solo con la falta de recursos económicos, sino con la exclusión social, la discriminación, la marginación por razón de género, discapacidad, grupo étnico, aislamiento geográfico y desplazamiento.

A nivel individual, la exclusión y la desigualdad limitan el acceso a bienes, servicios y derechos básicos como la educación, el trabajo digno, capital para producir, agua de calidad, acceso a tecnología y alimentos saludables.<sup>3</sup>

## 1.2 Contexto general de la desnutrición crónica infantil

En Ecuador nacen aproximadamente 330.000 niñas y niños al año (Anexo 10.1 - Tabla de proyecciones de nacimientos por provincias), 23 de cada 100 -niñas y niños- padecen desnutrición crónica infantil antes de los 5 años de vida, es decir son cerca de 380.000 niñas y niños que crecen sin las oportunidades adecuadas.

Asimismo, 27 de cada 100 infantes menores de 2 años sufren desnutrición crónica infantil. Esto representa a cerca de 180.000 niñas y niños que nacen sin el cuidado y protección adecuados <sup>4</sup>.



Desde 2006 no ha variado significativamente el porcentaje de niñas y niños menores de 5 años que padecen DCI, a pesar de una serie de programas y estrategias enfocadas en paliar esta problemática. Por el contrario, el porcentaje de niñas y niños menores de 2 años con DCI aumentó, pasando de 24,0% en 2006 a 27,2% en 2018.

El problema de la DCI, tiene mayor prevalencia en el área rural y en las regiones de la Sierra y la Amazonía, como se muestra en la Tabla 1. Asimismo, afecta más a los niños que a las niñas y se agudiza en la población indígena. En el gráfico 2 se identifica que las provincias de la Sierra-centro (Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo y Bolívar), la Amazonía austral (Pastaza y Morona Santiago) y Santa Elena en la Costa; son las más afectadas por la DCI en menores de 5 años. En todas las provincias la prevalencia de DCI en menores de 2 años es mayor que en menores de 5 años e incluso en la provincia de Tungurahua afectaba en 2018 a 4 de cada 10 niñas y niños.

<sup>3</sup> Unicef. (2019). Estado mundial de la infancia 2019: Niños, alimentación y nutrición. New York: Unicef.

<sup>4</sup> Tomando como referencia las proyecciones poblaciones del INEC para 2020 y asumiendo que la prevalencia de DCI se mantuvo constante entre 2018 y 2020. (ENSANUT 2018)



Tabla 1 Prevalencia de desnutrición crónica infantil por grupos de población en 2018

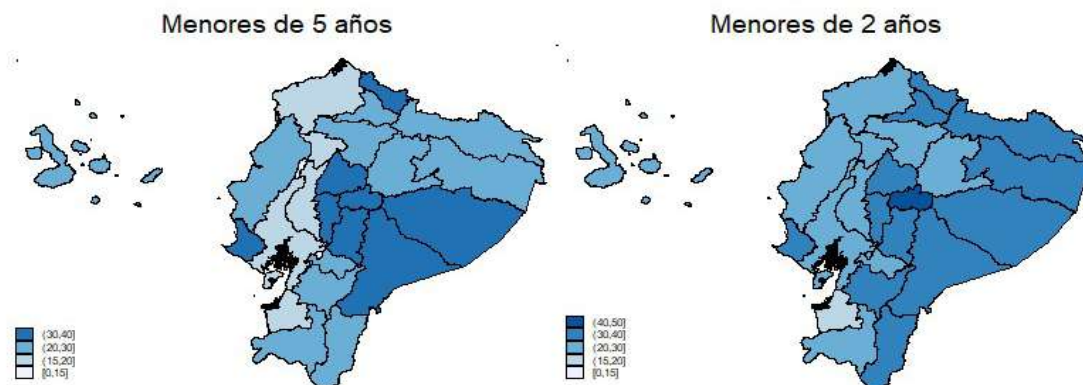
Desagregación		< 5 años	< 2 años
<b>Nacional</b>		23,0%	27,2%
<b>Área</b>	Urbano	20,1%	25,4%
	Rural	28,7%	30,6%
<b>Región Natural<sup>a</sup></b>	Sierra	25,8%	29,5%
	Costa	19,8%	24,7%
	Amazonía	29,6%	31,4%
	Insular	23,6%	28,6%
<b>Sexo</b>	Hombre	24,8%	30,8%
	Mujer	21,2%	23,4%
<b>Identificación étnica<sup>b</sup></b>	Indígena	40,7%	38,8%
	Afro-ecuatoriano	16,1%	17,8%
	Mestizo	21,9%	26,8%
	Blanco	18,4%	20,7%
	Montuvio y otros	21,3%	24,4%

Fuente: INEC – Ensanut, 2018

<sup>a</sup> Diferencia significativa entre Costa frente a Sierra y Amazonía

<sup>b</sup> No hay diferencias significativas entre blancos, mestizos y montuvios

Gráfico 2 Distribución geográfica de la DCI por provincia en 2018



Fuente: INEC – Ensanut, 2018

La problemática tiene un rostro rural (donde existe una mayor prevalencia de infantes con DCI) y, también tiene un rostro urbano (donde existe una mayor concentración de infantes con DCI). A partir de análisis estadísticos podemos afirmar que 6 de cada 10 niñas y niños con DCI, se encuentran en zonas urbanas (con especial

concentración en Quito, Guayaquil y la provincia de Manabí en zonas urbanas), mientras que 4 de cada 10 se encuentran en la ruralidad <sup>5</sup>.

<sup>5</sup> Fuente: INEC. Procesamiento UNICEF 2021. Estimación de prevalencia y concentración de población de niñas y niños menores de 5 años de acuerdo a proyecciones estadísticas existentes. Ver anexo 10.2



Además de las relaciones geográficas y demográficas descritas, la DCI tiene un claro perfil socioeconómico, es así que las niñas y niños menores de 5 años que habitan en hogares con ingresos per cápita superiores a USD 1.000, tienen una probabilidad del 10% de padecer DCI, mientras que la probabilidad de que las niñas y niños sufran de DCI, en hogares pobres, alcanza el 30% (Ensanut, 2018). Algo similar sucede en niñas y niños menores a 2 años, pues la probabilidad de padecer DCI es tres veces mayor para el segmento más bajo de la distribución de ingresos, frente al segmento más alto.

Los bajos ingresos incrementan la probabilidad de padecer DCI y sus causas son de carácter multidimensional. Las limitaciones básicas del hogar impiden el acceso a una alimentación adecuada y suficiente para la edad, un menor acceso a servicios críticos como agua, saneamiento, higiene, desarrollo infantil, salud, protección y vivienda, entre otros.

En América Latina y el Caribe se estima que la proporción de niñas, niños y adolescentes, en situación de pobreza por ingreso, incrementó en 10 puntos porcentuales por la crisis de la COVID-19, siendo la región del mundo donde más aumentó la pobreza infantil<sup>6</sup>. En el caso de Ecuador, de acuerdo al estudio realizado por UNICEF, las estimaciones se aproximan a las cifras de la región. Al término del 2020, el 43% de las niñas y niños ecuatorianos estaría en situación de pobreza monetaria y el 52% en pobreza multidimensional con una tendencia que profundiza las desigualdades existentes<sup>7</sup>.

### 1.2.1 Características socioeconómicas de la DCI

La prevalencia de la DCI está relacionada con condiciones que, si bien se asocian

con el nivel de ingresos de las familias, tienen mecanismos propios de relación con la DCI.

En primer lugar, resalta el nivel de educación de la madre de la niña o niño (Anexo 10.2 – Proyecciones y estimaciones de prevalencia y concentración población con DCI). Las brechas de DCI entre las niñas y niños con madres con educación superior y aquellos con madres sin escolaridad, son amplias. Es así que, un menor de 2 años tiene una probabilidad de 22,0% de padecer DCI si su madre tiene educación superior y esta probabilidad casi se duplica para las niñas y niños cuya madre no tiene escolaridad. Sin embargo, se puede notar que más del 80% de las niñas y niños que padecen DCI, pertenecen a hogares cuyas madres tienen educación básica o educación media<sup>8</sup>.

En segunda instancia, está la relación entre seguridad alimentaria y la DCI. La seguridad alimentaria se define como el acceso físico, social y económico de proveer una dieta completa, nutritiva y balanceada a los miembros del hogar. Los hogares que presentan inseguridad alimentaria, empiezan preocupándose por el acceso a nutrientes suficientes (inseguridad leve), luego enfrentan una reducción de porciones y variedad (inseguridad moderada) hasta llegar al punto de pasar hambre (inseguridad severa) (Ensanut, 2018). Si bien, la incidencia no es tan marcada entre seguridad alimentaria y DCI como en las otras dimensiones, existe una relación directamente proporcional, es decir, a medida que la inseguridad alimentaria empeora, la prevalencia de DCI incrementa. No obstante, es notorio que la mitad de las niñas y niños con DCI viven en hogares que no sufren inseguridad alimentaria, mostrando que el problema de la DCI va más allá de la capacidad de los hogares para proveer acceso a alimentos (Anexo 10.2 - Proyecciones y estimaciones de prevalencia y concentración población con DCI). Esto deriva a una profunda reflexión sobre los

6 Fiala, O., Delamónica, E., Escaroz, G. et al. Children in Monetary Poor Households: Baseline and COVID-19 Impact for 2020 and 2021. EconDisCliCha (2021). <https://doi.org/10.1007/s41885-021-00086-3>

7 UNICEF Ecuador e Inclusión SAS, 2020. "El choque COVID-19 en la pobreza, desigualdad y clases sociales en el Ecuador Una mirada a los hogares con niñas, niños y adolescentes"

8 Fuente: INEC – Ensanut 2018. Para mayor detalle consultar anexo 10.5 - Tabla asociación entre DCI y otras características del hogar en 2018



comportamientos, hábitos y capital cultural de las familias con respecto al cuidado y buena nutrición de la primera infancia.

La fecundidad está inversamente relacionada con los ingresos familiares y las condiciones socioeconómicas de los hogares. En otras palabras, los hogares más numerosos son, en promedio, aquellos de menores ingresos. Esto implica que es más probable encontrar niñas y niños con DCI en los hogares más numerosos y que sea más de uno los que padecen DCI. De hecho, mientras que la prevalencia de DCI en hogares con un solo niño menor a 12 años es 19,1% para menores de 5 años y 24,2% para menores de 2 años; en hogares donde hay cinco o más menores de 12 años la prevalencia asciende a 35,2% y 32,0% respectivamente. Además, más del 70% de niñas y niños con DCI viven en hogares donde hay 2 o más menores de 12 años; es decir, es probable que sean múltiples los casos por trabajar en la mayoría de los hogares afectados por la DCI.

Otra característica crítica asociada a la DCI, es el acceso a servicios seguros de

agua, saneamiento e higiene<sup>9</sup> (ASH). La falta de servicios adecuados de ASH, incrementa significativamente la probabilidad de padecer DCI, particularmente para el grupo de menores de 5 años. Así, en los hogares sin acceso a servicios higiénicos y que realizan sus necesidades biológicas al aire libre, los menores de 5 años que tienen probabilidad de enfrentar DCI alcanzan el 42,6%, mientras que en los hogares con acceso a servicios higiénicos básicos, tienen una probabilidad de 20,1% de padecer DCI.

La calidad del vínculo afectivo, la atención y el cuidado de los adultos que rodean al niño son factores que también inciden en la DCI. De acuerdo a la Ensanut estas variables señalan que uno de cada 10 niñas y niños menores de 1 año, son víctimas de violencia física o psicológica y que este indicador alcanza a casi la mitad de las niñas y niños entre los 12 y 59 meses de edad<sup>10</sup> (Anexo 10.3 – Cuidado, negligencia y disciplina negativa en la primera infancia). Para que un niño o niña crezca sin DCI, también es necesario garantizar que crezca y se desarrolle en entornos protegidos y libres de violencia.

### 1.2.2 Cobertura de servicios para primera infancia orientados a prevenir y reducir la DCI

#### Mujeres gestantes, control prenatal y recién nacido

Al analizar la cobertura de servicios para la primera infancia, podemos encontrar que 17 de cada 100 madres de niñas y niños menores de 2 años no acudieron a los 5 controles mínimos recomendados durante el embarazo. Asimismo, 20 de cada 100 madres con hijos menores de 2 años con DCI, no acudieron a los 5 controles mínimos recomendados durante el embarazo.

<sup>9</sup> Idem

<sup>10</sup> Fuente: ENSANUT 2018. Para profundizar en el tema referirse al anexo 10.3 - Cuidado, negligencia y disciplina negativa en la primera infancia.



Casi la totalidad de las mujeres embarazadas, han recibido suplementos nutricionales (ácido fólico o hierro para prevenir la anemia) durante el embarazo (98,2%)<sup>11</sup>. (Anexo 10.4 – Cobertura de servicios de salud, desarrollo infantil y protección social críticos en 2018)

Según la Ensanut, 2018, 76 de cada 100 niñas y niños menores de 5 años nacieron en un establecimiento del MSP o en uno de la seguridad social.

Si bien la inscripción del recién nacido en el Registro Civil ha sido significativa (93,5%) en menores de 2 años, los efectos de la pandemia evidencian un deterioro en este servicio, que representa el ejercicio del derecho a la identidad y condición necesaria para el seguimiento nominal de la persona y la subsecuente prestación de servicios. En el año 2020 -como lo expresa el gráfico 3- tan solo el 80% de los nacidos vivos fueron inscritos en el mismo año. Se estima que en 2020, dejaron de inscribirse cerca de 29.000 infantes<sup>12</sup>.

### Control niño sano y protección social

En 2018, 15 de cada 100 niñas y niños y 27 de cada 100 niñas y niños menores de 5 y 2 años respectivamente, contaban con vacunación oportuna<sup>13</sup>.

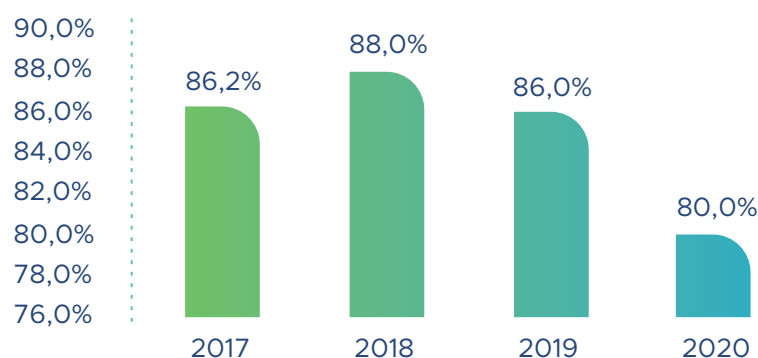
Adicionalmente, 39 de cada 100 de niñas y niños menores de 5 años, contaron con el esquema completo<sup>14</sup> de vacunas, lo que representa 10 puntos porcentuales menos que las niñas y niños menores de 2 años.

Los servicios de desarrollo infantil integral existentes, como se muestra en la tabla 2, cuentan con 292.133 usuarios en sus tres modalidades; Centros de desarrollo infantil (CDI), Educación familiar Creciendo con Nuestros Hijos (CNH) y Círculos de Cuidado, Recreación y Aprendizaje (CCRA).

Si bien es importante la cantidad de población atendida por los Servicios de Desarrollo Infantil del MIES, es necesario realizar esfuerzos complementarios para que estos lleguen a la población en mayores condiciones de vulnerabilidad y pobreza.

Gráfico 3 Porcentaje de niñas y niños inscritos en el mismo año de su nacimiento

### Nacidos e inscritos en el mismo año



Fuente: INEC 2021. Procesamiento UNICEF

11 INEC - ENSANUT 2018. Para profundizar el análisis de los indicadores básicos de servicios consulte el Anexo 10.4 Cobertura de servicios de salud, desarrollo infantil y protección social críticos en 2018.

12 Fuente: Numerador: registros de nacimientos del INEC. Denominador: Estimaciones de nacimientos del INEC 2021. Procesamiento UNICEF 2021

13 La vacunación oportuna, además de completa, requiere que el infante haya recibido cada vacuna a la edad recomendada en el esquema de vacunación del MSP.

14 La vacunación completa hace referencia a que el niño haya recibido todas las vacunas que debe tener un infante de su edad independientemente de si cada vacuna la recibió a la edad recomendada.





Tabla 2 Número de usuarios de los servicios de desarrollo infantil, CDI, CNH y CCRA por zona de planificación

Zona	CDI		CNH		CCRA	
	Unidades	Usuarios	Unidades	Usuarios	Unidades	Usuarios
UDZ-1	296	12.452	543	21.818	7	180
UDZ-2	168	7.312	185	7.651	4	70
UDZ-3	288	11.478	568	22.430	8	153
UDZ-4	187	7.477	766	31.889	10	194
UDZ-5	384	17.089	910	38.023	10	198
UDZ-6	139	6.548	468	19.032	7	163
UDZ-7	98	3.960	527	22.929	4	71
UDZ-8	232	11.981	761	33.198		
UDZ-9	230	10.852	112	4.985		
<b>Total</b>	<b>2.022</b>	<b>89.149</b>	<b>4.840</b>	<b>201.955</b>	<b>50</b>	<b>1.029</b>

Fuente: SIIMIES/MIES, Abril 2021

Elaboración: MIES/CGIDI/DGID. Mayo 2021.

En la actualidad, cerca de la mitad de las niñas y niños que asisten a un CDI, provienen de hogares en condiciones de pobreza y 6 de cada 10 están insertos en las modalidades CNH y CCRA. Otro factor relevante para el análisis, es que en la actualidad el promedio de edad de las niñas y niños que son atendidos por estos servicios, supera los dos años de edad, es así que la prioridad de atención en los primeros 1000 días requiere mayor esfuerzo por parte del Estado<sup>15</sup>.

Además de los servicios de salud y desarrollo infantil, la protección social es una política necesaria para potenciar las acciones de prevención y reducción de la DCI. En 2018, los hogares con niñas y niños menores de 5 años con DCI reflejaban 4 puntos porcentuales más en el acceso al BDH, frente al promedio de los hogares. No obstante, casi 9 de cada 10 niñas y niños con DCI, se encuentra en hogares por fuera de la cobertura del bono de desarrollo humano. Del conjunto de transferencias monetarias y mecanismos de protección

social, el bono de desarrollo humano variable orientado a familias con infantes en condiciones de pobreza, no alcanza el 10% del total de transferencias.

Las crisis económica y sanitaria agudizadas por la COVID-19, han exacerbado las barreras para quienes padecen DCI o están en riesgo de padecerla. Según la encuesta Encovid-Ec levantada por la PUCE a finales de 2020 e inicios del 2021, para evaluar la vulnerabilidad de la situación de los hogares con niñas, niños y adolescentes, 79 de cada 100 hogares con NNA reportaron tener ingresos menores a los que tenían previo a la pandemia y 27 de cada 100 personas mayores a 18 años, dijeron haber perdido el empleo o dejado de trabajar en pandemia. En enero de 2021, según la Encovid-Ec, solo 65 de cada 100 hogares continuaron con la vacunación de niñas y niños entre 0 y 4 años, argumentando -principalmente- que se evita la vacunación por miedo al contagio. A esto se suma el desabastecimiento de vacunas.

Con respecto a la situación emocional -según la misma encuesta- el 75% de los hogares con NNA, reportaron algún proble-

15 MIES. Registros Institucionales. Coordinación General de Investigación y Datos de Inclusión Abril 2021





ma de los NNA, entre los más frecuentes encontramos que en el 37,1% de los hogares, al menos un NNA estuvo triste o sin ánimo, asimismo en el 32% de los hogares un NNA fue agresivo o terco, en el 27,9% de hogares un NNA enfrentó miedos nuevos, en el 26,4% de los hogares un NNA comió en exceso y en el 14,6% de hogares alguno de los NNA dejó de comer.

### 1.2.3 Oferta de servicios a la primera infancia para prevenir y reducir la DCI

La capacidad y calidad de la oferta de servicios de primera infancia orientados a prevenir y erradicar la DCI presenta importantes desafíos, especialmente en el MSP y el MIES. De acuerdo al estudio realizado

por la GIZ en abril 2021, las unidades de salud han tenido problemas para brindar los servicios del paquete priorizado (atención materno infantil, niño sano, vacunación, educación y consejería familiar) ya sea por la falta de insumos para vacunación (67%), falta de insumos para realizar el tamizaje (42%), falta de micronutrientes (39% hierro, multivitaminas y minerales en polvo); así como falta de equipamiento, donde prevalece la necesidad de equipos para ecografías (90%)<sup>16</sup>. (Anexo 10.5 – Tabla de Asociación entre DCI y otras características del hogar en 2018).

<sup>16</sup> Tomado de productos de consultoría entregados por la GIZ Abril 2021. Equipo consultor: Juan Carlos Palacios y Fausto Jácome. 954 unidades de salud del MSP y 6637 CNH y CDI respondieron las encuestas.



Es así que 58 de cada 100 unidades de salud pudieron realizar los tamizajes en el último año y 42 de cada 100 presentaron problemas -principalmente- por falta de cartillas (97%).

Del mismo estudio se desprende que, solo 33 de cada 100 unidades de salud informaron haber tenido todos los insumos necesarios para la vacunación en los 12 meses antes de abril 2021. Asimismo, 67 de cada 100 unidades que indicaron tener problemas, el 99% se debió a la falta de vacunas (biológico).

Con respecto a equipamiento e insumos, se encontró que 9 de cada 10, de las unidades de salud que respondieron, no cuentan con equipo de ecografía para el control prenatal, tampoco cuentan con pruebas TORCH en un 85%, reactivos para pruebas EMO en un 69% ni microcubetas para la medición de hemoglobina en un 60%. En consecuencia, las principales limitaciones se dan por la carencia de insumos para pruebas y equipamiento.

En la provisión de micronutrientes para el control prenatal y control del niño sano, se encontraron significativas carencias para el tratamiento de anemia en niñas, niños y mujeres embarazadas, con una cobertura de insumos del 59% en el caso de control prenatal y de 46% para el control de niño sano, en las unidades de salud analizadas en el mencionado estudio.

Con respecto a la falta de equipamiento de los CNH y CDI del MIES, el mayor problema identificado en el mismo estudio, fue la falta de material didáctico e informativo (45% CDI de convenio, 44% CDI directo y 56% en CNH), así como la falta de desinfectante para uso personal en los CDI y CNH. (Anexo 10.6 – Limitaciones de oferta de servicios críticos para la lucha contra la DCI)

### 1.2.4 Análisis de la situación, conclusiones preliminares y llamado a la acción

La estructura de la gobernanza nutricional del país se encuentra debilitada y urgen

medidas radicales para revertir la tendencia de deterioro en las condiciones de la población, especialmente de las mujeres embarazadas y de las niñas y niños en sus primeros dos años de vida. Es imprescindible y urgente fortalecer los servicios públicos que tienen incidencia directa en la DCI y que han sido afectados por la crisis y la pandemia, pero también es urgente innovar en la gestión de la política, sumando actores y voluntades. La DCI no solo repercute a nivel individual, sino que afecta el desarrollo social y económico de las comunidades y países. Según un estudio de la Cepal 2017, en Ecuador el costo estimado de la malnutrición (costos directos e indirectos) representa el 4,3% del PIB<sup>17</sup>. De este segmento, el 60% refiere a desnutrición crónica infantil, convirtiéndose en un obstáculo para alcanzar la prosperidad y el desarrollo<sup>18</sup>. La inversión en la prevención y reducción de la DCI, es la inversión de más alto retorno para la nación<sup>19</sup>.

*“La situación de la DCI es muy grave en Ecuador y su erradicación debe convertirse en una cruzada nacional liderada desde la Presidencia de la República y estructurada como una política de Estado”<sup>20</sup>.*

17 Andrés Fernández et al., Impacto social y económico de la malnutrición: modelo de análisis y estudio piloto en Chile, el Ecuador y México (Santiago: CEPAL-PMA, 2017).

18 CEPAL, PMA y MCDS, Informe de País. Impacto Social y Económico de la Malnutrición. Resultados del Estudio Realizado en Ecuador (Quito: PMA, 2017).

19 Para profundizar en el análisis del retorno de la inversión en DCI (Heckman), consultar documento CÍRCULO HAMBRE CERO. Ecuador Crece Sin desnutrición. Estrategia Nacional. UNA RUTA TRAZADA HACIA LA ERRADICACIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL. GOBERNANZA Y DESAFÍOS. Abril 2021. Vicepresidencia de la República del Ecuador.

20 Luis Enrique Coloma. Consejero Presidencial para la Estrategia de Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil. Marco Referencial Estratégico para la Prevención y Reducción la DCI en Ecuador. 17/5/21 (v. 6, p/p LEC)



## Metodología

La metodología de trabajo propone que la construcción del Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil considere tres momentos:

**1. Fase preparatoria**, para el levantamiento de la información y elaboración del diagnóstico actualizado sobre la DCI y sus determinantes.

La información disponible y de calidad es muchas veces dispersa y fragmentada, y requiere de un esfuerzo importante de sistematización para contar con indicadores que sean relevantes, necesarios y suficientes para explicar cuál es la situación de la DCI y sus determinantes. En esta primera fase se realizó el levantamiento de información sobre la desnutrición crónica infantil a nivel mundial y específicamente en el Ecuador, tomando en consideración los insumos de algunos documentos que han sido desarrollado por UNICEF, CAF, BM, GIZ, PNUD, STPTUV, Vicepresidencia de la República, INEC, entre otros.

**2. Fase participativa**, bajo la metodología “Thinking Process”, de la Teoría de las Restricciones.

Para iniciar la elaboración del Plan Estratégico Intersectorial para la prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil fue necesario conformar equipos técnicos que construyan visiones compartidas, formulen soluciones y validen acciones estratégicas a ejecutar con cierta secuencia y priorización.

El Consejero de Gobierno, el Secretario Técnico con el equipo de la Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil y los delegados de las distintas instituciones fueron el núcleo básico para producir el Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil.

El equipo de trabajo para la elaboración del documento contó con la delegación formal y directa de las autoridades de los Ministerios de Economía y Finanzas, Salud, Inclusión Económica y Social, Educación, INEC y MAG. De igual forma participaron representantes de la sociedad civil, UNICEF, OPS, BID, Banco Mundial, CAF y REDNI.

Se realizó un taller que tuvo una duración de 40 horas y que contó con la participación de 28 personas pertenecientes a 14 instituciones públicas y privadas. El mismo fue moderado por un experto en la metodología del “Proceso de Pensamiento Sistémico” de la Teoría de las Restricciones (TOC) de Eliyahu M. Goldratt.

Este enfoque de planificación tiene como componente principal a los procesos de pensamiento de TOC, los mismos que se visualizan en un conjunto de árboles lógicos que proporcionan una hoja de ruta para el cambio, guiando a los participantes a través del proceso de toma de decisiones, identificación y estructuración de problemas, construcción de soluciones, identificación de barreras a superar e implementación de la solución.

Los participantes en la construcción de los árboles recurrieron a un conjunto de reglas lógicas, que proporcionan el rigor analítico generalmente asociado con los “enfoques científicos duros” combinándolo con la capacidad de capturar información más cualitativa y la complejidad proporcionada por los “enfoques científicos blandos”.

El proceso de pensamiento de la Teoría de las Restricciones comienza con un Mapa de Efectos Indeseables (MEI) que diagnostica lo que, en el sistema, debe cambiarse. La nube de conflicto se utiliza para comprender el conflicto central más profundo en el entorno del sistema bajo análisis. La nube de conflicto también permite conce-



bir ideas de lo que se puede cambiar para romper el conflicto y resolver el problema central. El Árbol de la Realidad Futura (ARF) toma estas ideas para el cambio y asegura que la nueva realidad creada resolvería de hecho las condiciones insatisfactorias del sistema. El Mapa de Estrategias y Tácticas (MET) es un medio para identificar la secuencia y priorización de

las acciones definidas para lograr el cambio deseado.

Es así que la aplicación del método permitió el uso de reglas y diagramas lógicos para responder a las preguntas fundamentales de un proceso de cambio. El siguiente cuadro provee una visión global del flujo analítico desarrollado:

Pregunta Clave	Etapas Lógicas	Descripción
<b>1) ¿Por qué cambiar?</b>	a) Definición de la meta y condiciones necesarias.	a) La meta, condiciones necesarias y respectivos indicadores globales de desempeño definen el “estado Ideal” que se busca.
	b) Levantamiento y consenso de los efectos indeseables.	b) Los efectos indeseables son los síntomas actuales que nos desvían del estado ideal y son la respuesta a la pregunta “¿Por qué cambiar?”.
<b>2) ¿Qué cambiar?</b>	a) Construcción del mapa de efectos indeseables.	a) El mapa de efectos indeseables es un diagrama lógico que explicita las relaciones sistémicas entre los efectos indeseables, al mismo tiempo que revela, en su base, el problema central responsable por gran parte de los demás efectos indeseables. El problema central es la respuesta a la pregunta “¿Qué cambiar?”, pues de su tratamiento adecuado depende el éxito del plan estratégico.
	b) Análisis de la nube de conflicto.	b) La nube de conflicto es un diagrama lógico que revela el conflicto subyacente que determina el problema central. Permite, además, exponer los supuestos que sostienen ese conflicto central y cómo eliminar el conflicto a través de acciones estratégicas de fondo.
<b>3) ¿En qué dirección se debe dar al cambio?</b>	a) Construcción del árbol de la realidad futura.	a) El árbol de la realidad futura es un diagrama lógico que permite identificar y validar el conjunto de acciones estratégicas necesarias y suficientes para enfrentar y eliminar el problema central y lograr los efectos deseables (objetivos estratégicos) que culminan con el logro del Estado Ideal (meta y condiciones necesarias).
<b>4) ¿Cómo provocar el cambio?</b>	a) Construcción del mapa de estrategia y táctica.	a) El mapa de estrategia y táctica permite establecer el enfoque, disciplina y coordinación indispensables para obtener éxito en la ejecución de los proyectos estratégicos definidos en el paso anterior. Agrupa los diversos proyectos en ejes estratégicos, con su correspondiente orden de prioridad y secuencia cronológica de ejecución.

Fuente: Eduardo Moura, 2021

**3. Fase de presentación y validación,** para la revisión y ajustes del plan por parte de los equipos técnicos de los ministerios y demás participantes en la elaboración del mismo.

En esta fase se realizó una sesión de revisión y ajuste entre la Secretaría Técnica y las instituciones involucradas en su desarrollo.

Una vez publicada la versión final del Plan Estratégico Intersectorial para la Pre-

vencción y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil, serán los delegados que participaron en el taller, los principales líderes en la capacitación y difusión del plan estratégico en sus respectivas instituciones y acompañarán los procesos de planificación institucional que permitan estructurar e implementar los proyectos estratégicos identificados en el Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil.





## Metas e indicadores de desempeño

### 3.1 Meta de mediano plazo

Disminuir en 6 puntos porcentuales la desnutrición crónica infantil, en las niñas y niños menores de 2 años, hasta mayo del 2025.

### 3.2 Meta de largo plazo

Disminuir la desnutrición crónica infantil en las niñas y niños menores de 24 meses del 27,2% (Ensanut, 2018) al 10% en el año 2030.

### 3.3 Condiciones necesarias para alcanzar las metas de mediano y largo plazo

Para el logro de las metas de prevención y reducción de la DCI, es indispensable cumplir con las siguientes condiciones:

- Mantener el liderazgo, compromiso y acción coordinada por parte de los actores sociales, políticos e institucionales.



- Asegurar la disponibilidad y aplicación eficiente de recursos financieros, talento humano, tecnológicos y de materiales a nivel central y territorial.
- Contar con la articulación y coordinación de las instituciones y actores responsables de la lucha contra la DCI, dentro de un marco normativo armonizado.
- Aplicar y sostener modelos de política pública exitosos que han demostrado su impacto a nivel regional y mundial, basados en evidencia científica y gestión técnica de la política.
- Implementar y mantener un monitoreo y evaluación de los avances y resultados de la política de prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil y de los avances y desafíos que enfrenta el país para el logro de las metas.
- Fomentar cambios de comportamiento en el proceso de crianza nutricional y afectiva de las familias.
- Priorizar las estrategias de prevención y reducción de la DCI, en los hogares en mayores condiciones de pobreza, exclusión y vulnerabilidad, para fomentar una mayor igualdad de oportunidades en toda la población.

### 3.4 Indicadores globales de desempeño

Definidas las metas y condiciones necesarias para su cumplimiento, serán los indicadores de desempeño los que permitan monitorear los avances de la estrategia para la prevención y reducción de la DCI.

#### 3.4.1 Indicador de resultado de la estrategia ECSDI

- Índice de prevalencia de desnutrición crónica infantil en menores de 2 años.

#### 3.4.2 Indicadores de las condiciones necesarias

- Porcentaje de niñas y niños de hasta 30 días de nacidos con cédula de identidad.
- Porcentaje del grupo objetivo<sup>21</sup> recibiendo el “paquete básico y priorizado” completo y oportuno.
- Índice de brechas y porcentaje de dotación completa de equipamiento, insumos, talento humano crítico y fuentes de monitoreo.
- Índice de brecha y porcentaje de financiamiento de la estrategia ECSDI.
- Índice de cumplimiento de metas de DCI en el Plan Nacional de Desarrollo y en los PDyOT.
- Porcentaje de hogares a nivel nacional con niñas y niños menores de 2 años que cuentan con agua apta para consumo humano y saneamiento básico.
- Porcentaje de reducción de la brecha de desigualdad en los índices de prevalencia de DCI.
- Porcentaje de GADs que se adhieren a la estrategia y trabajan con mecanismos de incentivos y estímulos al desempeño.

21 Grupo Objetivo: niñas y niños menores de 2 años y mujeres gestantes





## Mapa de efectos indeseables de la realidad actual

Los efectos indeseables son aquellos generados por las falencias y omisiones de la política, planes y acciones, que se han aplicado en los programas de lucha contra la DCI y que deben abordarse y resolverse para lograr el cumplimiento efectivo y eficiente de la estrategia para la prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil.

Considerando el marco conceptual de causas y consecuencias de la desnutrición propuesto por UNICEF (2013), a continuación, se relacionan los efectos indeseables con las causas básicas, subyacentes e inmediatas que inciden en la DCI.

### 4.1 Causas básicas o estructurales y efectos indeseables

Guardan relación con la desigualdad social que se expresa en la pobreza, la falta de acceso al derecho a la educación, la ausencia de oportunidades laborales o la vinculación a trabajos precarios que limitan los ingresos, lo cual repercute en la falta de acceso a créditos o préstamos para la agricultura o para la vivienda.

Dicha desigualdad, es el resultado de políticas económicas y sociales alejadas del marco de los derechos fundamentales y de procesos de fuga de capitales debido a la corrupción en las diferentes esferas de la gestión pública<sup>22</sup>.

De igual forma, la desigualdad se presenta cuando los Estados no logran centrar su punto de gestión en la garantía de derechos para todos y todas o cuando las políticas públicas son delineadas desde los escritorios y muchas veces alejadas de los contextos económicos, sociales y culturales de sus mandantes.

Considerando el mapa de efectos indeseables MEI (Anexo 10.7 – Cuadro de efectos indeseables), realizado por los actores que contribuyeron a la conformación del plan estratégico, se relacionan con las causas básicas o estructurales los siguientes efectos indeseables:

1. **Los derechos humanos de la primera infancia no son relevantes para los actores políticos y sociales**, desconociendo el valor real de la prevención de la DCI.
2. **Marcos normativos o jurídicos dispersos y genéricos, que no abordan las particularidades de la DCI** y que adicionalmente **impiden la interoperabilidad de datos entre los actores institucionales**, lo cual se traduce en implementación de acciones aisladas que no contribuyen de forma eficaz y eficiente a la solución del problema.
3. **El Estado no provee los recursos suficientes, oportunos y asignados correctamente a la población más vulnerable para prevención y reducción de la DCI**, impidiendo el éxito de cualquier intervención<sup>23</sup>.
4. **Existe negligencia e ineficiencia en procesos clave de la gestión pública relacionada a la DCI**, lo que impide un abordaje óptimo a la problemática de la DCI.
5. **Los actores institucionales actúan de manera desarticulada y no existe una visión común sobre las causas y el abordaje de la DCI**. La evidencia da cuenta que al ser un problema multidimensional, debe abordarse de manera intersectorial y multinivel <sup>24</sup>.

<sup>22</sup> Apuntando alto: retos de la lucha contra la desnutrición crónica en Ecuador. Quito: Banco Mundial.

<sup>24</sup> Banco Mundial. (2018). Apuntando alto: retos de la lucha contra la desnutrición crónica en Ecuador. Quito: Banco Mundial.





6. **No hay continuidad en la política pública y en los programas de lucha contra la DCI**, por cuanto muchos se han constituido como políticas de gobierno que se ven afectados por cambios de gestión gubernamental.
7. **Los programas de protección social están desconectados de la estrategia de prevención y reducción de la DCI**, aspecto que disminuye el costo-efectividad que tendrían los programas de transferencias monetarias condicionadas en el desarrollo infantil integral<sup>25</sup>.
8. **La gestión de información es deficiente en el monitoreo y otros aspectos claves, asimismo, se desconoce el tamaño real y la distribución tanto de la población objetivo a atender como de la atendida.** Para analizar la DCI regularmente se utilizan dos tipos de fuentes de información: encuestas y registros administrativos. En el caso de las encuestas, al momento, no existe una operación estadística frecuente que permita obtener información pertinente que contribuya a la toma de decisiones de las políticas públicas; de igual forma, en el caso de los datos administrativos, las bases existentes presentan heterogeneidad entre ellas, dificultando su análisis integral.
9. **El registro de gestantes y recién nacidos es incompleto**, por las deficiencias en el sistema de captación de información, sin embargo, también se suman otras realidades como por ejemplo, hay partos no institucionalizados que no se registran en el sistema de salud y por consiguiente carecerían del registro de nacido vivo, lo cual vulnera el derecho a la identidad. La reducción de las tasas de registro oportuno a causa de la crisis y pandemia en 2020 y 2021, son motivo de especial preocupación y alerta.



10. **El seguimiento nominal de niñas, niños y madres gestantes es deficiente y no se conoce si la población objetivo recibe el paquete básico y priorizado de forma completa y oportuna.** Si bien existen sistemas de seguimiento nominal a nivel institucional, es necesario fortalecer su uso, la interoperabilidad de la información para la rendición de cuentas y los mecanismos de coordinación, seguimiento y alerta temprana a nivel local.
11. **Los GADs no tienen como política local la prevención y reducción de la DCI, al igual que no han sido adecuadamente incluidos en acciones concretas de política pública que aborde la DCI.** La centralización de las decisiones de políticas, planes, programas o proyectos sin tomar en cuenta otros actores, dificulta la gestión y el compromiso desde lo local en una problemática que demanda también un abordaje con enfoque local. Es necesario superar los desincentivos existentes para que los GADs lideren y prioricen las políticas de prevención y reducción de la DCI en sus PDyOT.

25 Banco Mundial. (2017). Dando la talla. Washington: Banco Mundial.



12. **El talento humano tiene alto nivel de rotación, es insuficiente y no cuenta con la formación adecuada y con las herramientas necesarias para la prestación proactiva de servicios de salud y sociales de primer nivel a la población**, producto de constantes recortes presupuestarios y que incluso en estos momentos, se ha visto afectado por la coyuntura sanitaria mundial. Es necesario analizar y revisar los perfiles de formación del talento humano para reforzar los componentes, capacidades y experiencias vinculadas a la prevención y reducción de la DCI.
13. **La prevalencia de la DCI en menores de 2 años ha incrementado y está cerca del 30%, siendo el segundo índice más alto en Latinoamérica. La pandemia y la crisis económica han afectado negativamente la prestación de servicios de salud relativos a la DCI y la capacidad de respuesta de las familias**, lo cual incidiría de forma estructural a que dichas cifras se incrementen poniendo en mayor riesgo el desarrollo social de las generaciones actuales.

#### 4.2 Causas subyacentes e inmediatas y efectos indeseables

Dentro de estas causas encontramos la deficiente ingesta de alimentos, prácticas de cuidado insalubres y hábitos que afectan directamente al desarrollo infantil.

La evidencia científica identifica que la desnutrición crónica, se encuentra relacionada con la presencia de infecciones en periodos críticos de edad, principalmente infecciones respiratorias agudas y diarrea aguda. Respecto a la infección respiratoria aguda, se ha encontrado que la presencia de streptococcus pneumoniae aumenta la probabilidad de presentar desnutrición crónica. Asimismo, producto de una higiene inadecuada y el bajo peso al nacer, la diarrea se convierte en otro factor de riesgo, considerando que cada episodio diarreico tiene efectos negativos en el crecimiento de las niñas y niños.

Muchas de las enfermedades infecciosas, son el resultado de uno o varios factores, entre ellos: falta de alimentos en cantidad y calidad y la ausencia de agua potable (Unicef, Por una niñez bien nutrida: comunicación para la acción, 2004). El adecuado lavado de manos disminuye posibles infecciones que pueden adquirir los infantes y disminuye las diarreas agudas.

Dentro del mapeo de efectos indeseables, se identificó un efecto vinculado a causas subyacentes e inmediatas, como se detalla a continuación:

- **Las familias desconocen sobre las causas, efectos y las prácticas adecuadas en torno a DCI.**- La evidencia da cuenta que, el conocimiento de la familia sobre la situación nutricional de las niñas y niños es una variable relevante en el combate contra la DCI<sup>26</sup>.

Luego del análisis realizado mediante el mapa de efectos indeseables (Anexo 10.8 – Mapa de efectos indeseables), se concluyó que el conflicto central es el siguiente:

*Los derechos de la primera infancia no son relevantes para los actores políticos y sociales*

Este análisis fue el resultado consensuado de los participantes del taller y se determinaron -principalmente- las siguientes causas:

- a) Un marco normativo y jurídico muy disperso y genérico que no aborda las particularidades de la DCI, al mismo tiempo, impide la interoperabilidad de datos entre los actores institucionales.
- b) No hay una visión común entre los actores políticos, sobre cómo abor-

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



dar la prevención y reducción de la DCI, lo que a su vez genera acciones desarticuladas de esos actores políticos, incluyendo los GADs (que no tienen como política local la lucha contra la DCI).

- c) Programas de protección social desconectados de la estrategia de lucha contra la DCI.

Esos factores de fondo -a su vez- bloquean la coherencia y continuidad en la política pública y programas de lucha contra la DCI, incluyendo la asignación de recursos suficientes, oportunos y orientados a la población vulnerable. Además, la falta de

recursos, impacta negativamente al talento humano involucrado en la prestación de servicios de salud y sociales de primer nivel. Actualmente esos recursos tienen un alto nivel de rotación, son insuficientes y no siempre cuentan con las competencias necesarias para la prestación proactiva de aquellos servicios.

El conjunto de estos factores lleva a que las familias desconozcan sobre las causas, los efectos y las prácticas adecuadas relativas a la DCI. Sumado a esta problemática, se encuentran las falencias en el marco normativo, que ocasionan que la gestión de la información sea incompleta y deficiente en el monitoreo, evaluación y otros aspectos clave. Además, se genera un escenario ineficiente en procesos clave de la gestión pública relacionada a la DCI.



Consecuentemente, la captación de gestantes y recién nacidos es incompleta y el seguimiento nominal de las intervenciones en la población objetivo, es deficiente.

Finalmente, la cadena de causas y efectos impide que la población objetivo reciba el paquete básico y priorizado de atenciones de forma completa y oportuna y como resultado final de esa conjunción de factores, la prevalencia de la DCI en menores de 2 años, está cerca del 30% en la actualidad.





## Resolución del conflicto central y configuración de la realidad futura

Considerando que el impedimento central, para el logro de la meta común de prevención y reducción de la DCI, es que los derechos de la primera infancia no son relevantes para los actores sociales y políticos, se hace necesario identificar y comprender los factores y requisitos para superar este impedimento, limitación y conflicto central.

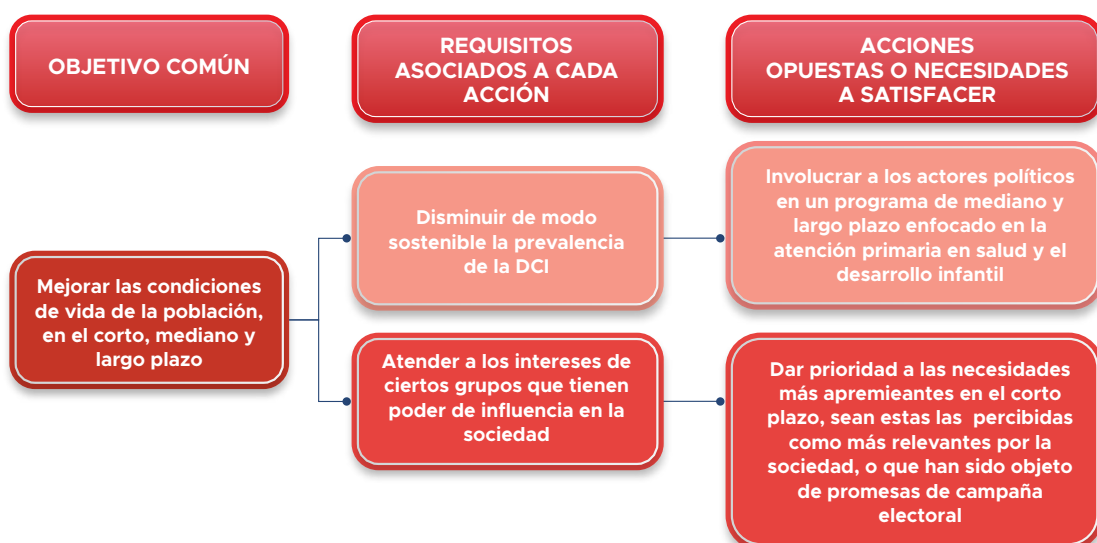
### 5.1 Resolución del conflicto central

Como se muestra en el gráfico 4, todos los actores sociales y políticos tienen por objetivo común mejorar las condiciones de vida de la población en corto, mediano y largo plazo. La atención de los principales actores sociales y políticos de nuestra sociedad se encuentra centrada en atender los intereses de ciertos grupos que tienen poder de influencia sin orientar la energía y voluntad en disminuir de modo sostenible la prevalencia de la DCI.

Es necesario que la primera infancia y la DCI sean visibles y relevantes superando comportamientos enquistados que privilegian solamente los intereses de ciertos grupos de poder, para convertir a los actores sociales y políticos en articuladores de un cambio real en las condiciones de vida de la población, priorizando el cuidado de las niñas y niños.

Para vencer este impedimento será necesario involucrar a los actores sociales y políticos en una política de largo plazo, enfocada especialmente en la atención primaria en salud, en el desarrollo de la primera infancia y la protección social a las familias en condiciones de vulnerabilidad y a su vez, responder con absoluta prioridad a las necesidades más apremiantes en el corto plazo, identificadas como las más relevantes por la sociedad; por ejemplo, la atención de la emergencia sanitaria ocasionada por la pandemia COVID 19 y la búsqueda de oportunidades laborales.

Gráfico 4 Definición de objetivo, requisitos y acciones



Además de identificar, las dos necesidades a satisfacer para la consecución del objetivo común, se analizaron los supuestos, que determinan las conexiones entre el objetivo y las necesidades (Anexo 10.9 – Nube de resolución de conflictos).

## 5.2 Configuración de la realidad futura

Desde el enfoque de la población objetivo, como sujetos de derechos, aspiramos que todo habitante del territorio ecuatoriano, acceda a un paquete de atenciones, bienes y servicios que les permita crecer en igualdad de oportunidades. Este “paquete básico y priorizado”<sup>27</sup> es el centro y objetivo primordial de la política de prevención y reducción de la DCI, porque contrarresta los determinantes negativos que afectan a la población objetivo.

El Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil, propone que cada familia, cada mujer embarazada y cada niño o niña que nace en el Ecuador, acceda al conjunto de prestaciones que le permita satisfacer de manera integral sus necesidades -en este caso- ligadas a la prevención de la DCI. Para que el Estado cumpla con la obligación de la provisión del paquete básico y priorizado de atenciones, en forma adecuada y oportuna, es necesario garantizar un seguimiento nominal a cada mujer embarazada, a cada familia y a cada niña o niño que nace, de tal manera que se cuente con la capacidad de levantar las alertas oportunas que permitan la inmediatez en la atención de casos críticos.

Dentro de las condiciones óptimas de cuidado, crecimiento y desarrollo, que se materializan en la vida de las personas y que hacen posible crecer sin desnutrición infantil, se encuentran los siguientes:

1. Las mujeres gestantes son cuidadas por sus familiares y reciben atención oportuna durante la gestación, el parto y el posparto.

2. Las madres y sus familias brindan afecto, cariño y cuidado a las niñas y niños en sus primeros meses de vida y ponen en práctica modelos de crianza que favorecen su desarrollo integral (físico, afectivo, cognitivo y social).
3. Están saludables, lo que significa que viven y disfrutan del nivel óptimo de su estado de salud. Reciben en forma oportuna las vacunas para prevenir diarreas e infecciones respiratorias y son atendidos en forma periódica por el personal de salud.
4. Cuentan con una nutrición adecuada para su edad. Reciben leche materna exclusiva hasta los 6 meses y complementaria hasta los dos años.
5. Crecen en ambientes favorables y positivos para su desarrollo integral. Esto incluye condiciones ambientales seguras, agua, saneamiento y hábitos de higiene adecuados, al igual que entornos seguros y libres de violencia.
6. Las niñas y niños desde temprana edad son escuchados y estimulados, pueden expresar sus sentimientos, ideas y opiniones en sus espacios cotidianos y desde muy temprano construyen su identidad, en un marco de diversidad.

### 5.2.1 Efectos deseables de la realidad futura

Para que el escenario de realidad futura pueda desarrollarse, es ineludible que los actores sociales, políticos e institucionales, trabajen en forma mancomunada, articulada, responsable y sostenida. Es a partir de este trabajo coordinado que se podrán lograr los siguientes efectos esperados para construir la realidad futura deseable en la prevención y reducción de la DCI:

- a) Todos los actores políticos están alineados y priorizan los derechos de las niñas y niños en la primera infancia.
- b) Se cuenta con una política de Estado que asegura la continuidad de los programas de lucha contra la DCI, inde-

<sup>27</sup> Para profundizar en la definición del “paquete básico y priorizado” referirse al capítulo 5.4



pendiente de cambios políticos de gobierno.

- c) El Estado garantiza los recursos suficientes y los asigna de forma oportuna y correcta a la población vulnerable para la prevención y reducción de la DCI.
- d) La crisis fiscal es gestionada adecuadamente y se priorizan los recursos necesarios para entregar las prestaciones de bienes y servicios para la prevención y reducción de la DCI de manera sostenida.
- e) El marco normativo o jurídico permite la interoperabilidad de datos y de los actores institucionales.
- f) El marco normativo se reordena y se armoniza con las necesidades específicas de la primera infancia, incluyendo la DCI.
- g) Las familias, los prestadores y la sociedad, están concienciados y empoderados en la lucha contra la DCI.
- h) Las políticas y programas de protección social están alineados y articulados con la estrategia de prevención y reducción de la DCI.
- i) Los GADs son incentivados y lideran los procesos de prevención y reducción de la DCI, como parte de sus PDyOT.
- j) La gestión de información permite la planeación, monitoreo y evaluación eficaz de los programas de prevención y reducción de la DCI.
- k) Se cuenta con registros oportunos y completos de madres gestantes y recién nacidos.
- l) Se conoce en tiempo real el tamaño, características y la ubicación geográfica de la población objetivo.
- m) Los sistemas de seguimiento nominal son robustos e interoperables, entre los diferentes actores relevantes a la

DCI y empleados para retroalimentar la política pública.

- n) El talento humano se encuentra motivado, es estable, suficiente y cuenta con las competencias necesarias para la prestación proactiva de servicios de salud y sociales de primer nivel.
- o) Los procesos claves de la gestión pública, relacionada a la DCI, se implementan con responsabilidad, oportunidad y eficiencia.
- p) La población objetivo cuenta con el “paquete básico y priorizado de atenciones”, de forma completa y oportuna.
- q) Los actores institucionales tienen una visión común sobre la problemática de la DCI y sus abordajes están alineados a un sistema de gestión integral.

### 5.3 Acciones estratégicas para la prevención y reducción de la DCI

Las acciones estratégicas, definen soluciones para lograr y alcanzar los efectos deseables de la realidad futura y resolver el conflicto central. Siguiendo la metodología, las acciones estratégicas viabilizan la consecución de las metas del plan estratégico intersectorial siguiendo una secuencia lógica de causa-efecto (Anexo 10.10 – Árbol de la realidad futura).

#### 5.3.1 Acciones a nivel institucional

- a) Definir e implementar mecanismos sostenibles de financiamiento.
- b) Identificar y priorizar las acciones estratégicas de mayor impacto sobre la DCI
- c) Proyecto “marco normativo”:
  - i. Fase 1: Desarrollar alternativas legales que permitan alcanzar la interoperabilidad, la armonización de los



- actores institucionales y el desarrollo de políticas de largo plazo (incluye la “deconstrucción” de desincentivos a la DCI).
- ii. Fase 2: Construir un nuevo marco normativo que priorice y proteja la primera infancia.
  - d) Priorizar la atención de salud y protección social (desarrollo infantil y transferencias monetarias) a los deciles más pobres de la población, garantizando los presupuestos de forma sostenida.
  - e) Implementar un esquema de presupuesto por resultados, relacionados a la DCI.
  - f) Implementar un marco de seguimiento nominal a las mujeres gestantes e infantes menores de 2 años respecto a la prestación de bienes y servicios del paquete básico y priorizado de atención.
  - g) Implementar un modelo de gestión de articulación territorial.
  - h) Implementar programas de educomunicación, orientados a las familias, a los prestadores de servicios y a la sociedad en su conjunto.
  - i) Fortalecer el registro social complementando con registros administrativos existentes para identificar de forma más ágil a la población objetivo con mayores condiciones de pobreza.
  - j) Adaptar los programas de protección social para crear incentivos en las familias hacia el combate a la DCI.
  - k) Ampliar la cobertura de los sistemas de información hacia más actores críticos que prestan bienes y servicios relevantes para la DCI (Seguridad Social y otros).
  - l) Desarrollar mecanismos que faciliten el uso del padrón nominal y de las plataformas de seguimiento nominal.
  - m) Fortalecer la estadística oficial para la adecuada métrica, monitoreo y socialización de resultados con respecto a la DCI.
  - n) Fortalecer la captación primaria de información, mediante la dotación de equipamiento, conectividad y capacitación que garantice la estabilidad de los sistemas institucionales de gestión de la información.
  - o) Establecer un modelo de gestión global de la información entre padrón nominal, encuestas y censos.
  - p) Construir un sistema de seguimiento nominal unificado con visión universal, que incluya el fortalecimiento de los sistemas institucionales.
  - q) Adecuar y revisar los perfiles de puestos y los procesos de selección, contratación y trayectoria formativa del talento humano, incluyendo la formación para uso de recursos tecnológicos.



- r) Cerrar la brecha de personal básico, sobre todo en la atención a los quintiles más pobres.
- s) Fortalecer los sistemas de reconocimiento y motivación de los equipos involucrados con la DCI.
- t) Rediseñar los procesos de gestión pública relacionados a la DCI, buscando mayor integración entre las instituciones y efectividad en la prestación de bienes y servicios.
- u) Implementar mecanismos de incentivos hacia las EODs.
- v) Implementar un marco de monitoreo y seguimiento de la estrategia.
- w) Establecer mecanismos para homologar salarios con respecto a servicios similares y garantizar recursos para la permanencia del talento humano.

### 5.3.2 Acciones a nivel social y político

- a) Priorizar la DCI en la agenda pública a través de un pacto político y social que articule las acciones de los actores políticos y líderes más influyentes.
- b) Construir un pacto fiscal para garantizar, mover y destinar recursos para la atención de la primera infancia y la DCI.
- c) Fortalecer los canales de representación política para mejorar la rendición de cuentas.
- d) Implementar mecanismos de incentivos hacia los gobiernos locales.
- e) Captar y articular financiamiento y asistencia técnica de la cooperación internacional.
- f) Implementar un sistema de gobernanza, monitoreo y veeduría interinstitucional e inter-sectorial que garantice la transparencia del ejercicio fiscal.

- g) Alinear los esfuerzos de responsabilidad social de las empresas privadas y de sociedad civil en general, con la estrategia de prevención y atención de la DCI.

### 5.3.3 Acciones a nivel de la ciudadanía

- a) Promover la actuación ciudadana desde las poblaciones más vulnerables con enfoque de diversidad.
- b) Promover el cambio de comportamiento del entorno de las niñas y niños, orientado a brindar atención efectiva a la primera infancia y mejorar los hábitos de cuidado, crianza, nutrición y estimulación temprana.

### 5.4 Paquete básico de atenciones y su paquete priorizado

Comprendemos como paquete básico de atenciones y servicios al conjunto de prestaciones que el Estado debe brindar a la población (Mujeres gestantes, niñas y niños menores de 5 años) de acuerdo a lo definido en la tabla 3.

Por paquete priorizado se entiende al conjunto de atenciones y servicios mínimos necesarios para garantizar la atención especialmente en los primeros mil días de vida (incluyendo embarazo, hasta los 2 años)<sup>28</sup>

El paquete básico incluye al paquete priorizado. Considera adicionalmente agua apta para el consumo humano y saneamiento, transferencias monetarias, registro temprano de nacimientos y programas de educación y comunicación para el cambio de comportamiento, incluyendo educación nutricional y educación para la prevención de la violencia y del embarazo adolescente.

<sup>28</sup> En el paquete priorizado por el Decreto 1211 de diciembre del 2020 se identifican como componentes centrales la atención a la mujer gestante antes, durante y después del parto, la atención al niño sano, la dotación completa y oportuna de vacunas y, la educación y consejería familiar, incluyendo el registro de nacimiento oportuno y temprano. Estos se constituyen en los indicadores básicos para trazar la estrategia, su aplicación y monitoreo.





Tabla 3 Paquete básico de atenciones

Paquete Básico	Descripción
<b>Derecho a la identidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Registro de nacimiento</li> <li>- Otorgamiento del número de cédula</li> </ul>
<b>Esquema de vacunación oportuno y completo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vacunación rotavirus (2 dosis) y neumococo (3 dosis)</li> <li>- Vacuna BGI (1 dosis)</li> <li>- Vacuna Hepatitis B (1 dosis)</li> <li>- Vacuna Pentavalente (3 dosis)</li> <li>- Vacuna fIPV (2 dosis)</li> <li>- Vacuna bOPV (2 dosis)</li> <li>- Vacuna DPT (Difteria, Tétanos, Tos ferina) (1 dosis)</li> <li>- Vacuna SRP (Sarampión, Rubeola, Parotiditis) (2 dosis)</li> <li>- Vacuna Fiebre amarilla (1 dosis)</li> <li>- Vacuna Varicela (1 dosis)</li> <li>- Vacuna Influenza estacional pediátrica, de 6 a 12 meses de edad (2 dosis)</li> <li>- Vacuna Influenza estacional pediátrica, de 12 a 23 meses de edad (1 dosis)</li> <li>- Vacuna dT, según historia vacunal a gestantes</li> <li>- Vacuna Influenza estacional adulto a gestantes</li> </ul>
<b>Control prenatal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un control prenatal mensual (o al menos 5 controles durante el embarazo)</li> <li>- Prescripción de hierro más ácido fólico de acuerdo a la Norma (al menos 5 controles)</li> <li>- Planificación del parto y transporte</li> <li>- Valoración de hemoglobina</li> <li>- Diagnóstico y tratamiento de anemia</li> <li>- Exámenes de laboratorio de VIH, VDRL y EMO (Emo al primer control y según necesidad) antes de la semana 20 la primera ronda de exámenes y después de la semana 20 la segunda ronda)</li> <li>- Pruebas rápidas de STORCH (sífilis, toxoplasmosis, rubéola citomegalovirus, herpes simple y VIH)</li> <li>- Examen de tamizaje de VIH: primer trimestre, segundo trimestre, tercer trimestre, parto, postparto</li> <li>- Proteinuria después de la semana 20</li> <li>- Ecos obstétricos (al menos 3)</li> <li>- Sesiones de educación prenatal</li> <li>- Sesiones de consejería en educación prenatal, planificación familiar, lavado de manos, higiene alimentaria, alimentación saludable y agua segura.</li> <li>- Control post parto incluye entrega de hierro, educación en alimentación saludable, lactancia materna, planificación familiar, cuidado del Recién Nacido (al menos 3 controles)</li> </ul>



<b>Control de Niño Sano</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apego precoz, pinzamiento y corte oportuno del cordón umbilical y lactancia materna dentro de la primera hora de vida</li> <li>- Tamizaje metabólico de 4-28 días del recién nacido</li> <li>- Control de crecimiento: De 0 a 8 meses (1 control mensual) y de 8 a 12 meses (1 control bimestral) y de 12 a 23 meses (1 control trimestral)</li> <li>- 3 valoraciones de hemoglobina de 6 a 23 meses 29 días de edad (semestralmente)</li> <li>- Sesiones de educación en lactancia materna exclusiva de 0 a 6 meses de edad mensualmente.</li> <li>- Sesiones de educación en lactancia materna continua y alimentación complementaria de 6 a 23 meses 29 días de edad, de acuerdo a la norma del MSP</li> <li>- Grupos de apoyo a la lactancia materna en establecimientos de primer y segundo nivel de atención</li> <li>- Suplementación con hierro y micronutrientes en menores de 23 meses 29 días de edad</li> <li>- Suplementación con megadosis de vitamina A de 6 a 24 meses de edad.</li> </ul>
<b>Educación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Garantizar el acceso y permanencia en un entorno seguro de las gestantes en el sistema nacional de educación articulando su atención en el sistema de salud.</li> <li>- Prevención del embarazo adolescente y prevención de violencia.</li> <li>- Educación nutricional y preparación de alimentos.</li> </ul>
<b>Protección Social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementar de manera integral la estrategia en todos los servicios que se ofrece a la población objetivo.</li> <li>- Realizar transferencias monetarias variables condicionadas<sup>29</sup> a mujeres gestantes en extrema pobreza y hogares en extrema pobreza con niñas, niños de hasta 24 meses de edad.</li> </ul>
<b>Agua y saneamiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agua segura para consumo humano, (clorada), saneamiento e higiene en los hogares.</li> </ul>

La ruta integral de atenciones, bienes y servicios necesarios para un buen comienzo en la vida, tiene que ser garantizada para todos y realizada en forma oportuna, empezando por quienes se encuentran en mayores condiciones de vulnerabilidad y riesgo. El plan estratégico intersectorial, acompaña la implementación de la política a escala nacional y trabaja con especial énfasis entre los grupos humanos y territorios que tienen mayor prevalencia

y concentración de DCI, para lograr que un “paquete básico y priorizado” de atenciones, bienes y servicios sea garantizado para cada mujer gestante y cada niño o niña en sus primeros años de vida.

<sup>29</sup> La condicionalidad irá aumentando de manera gradual





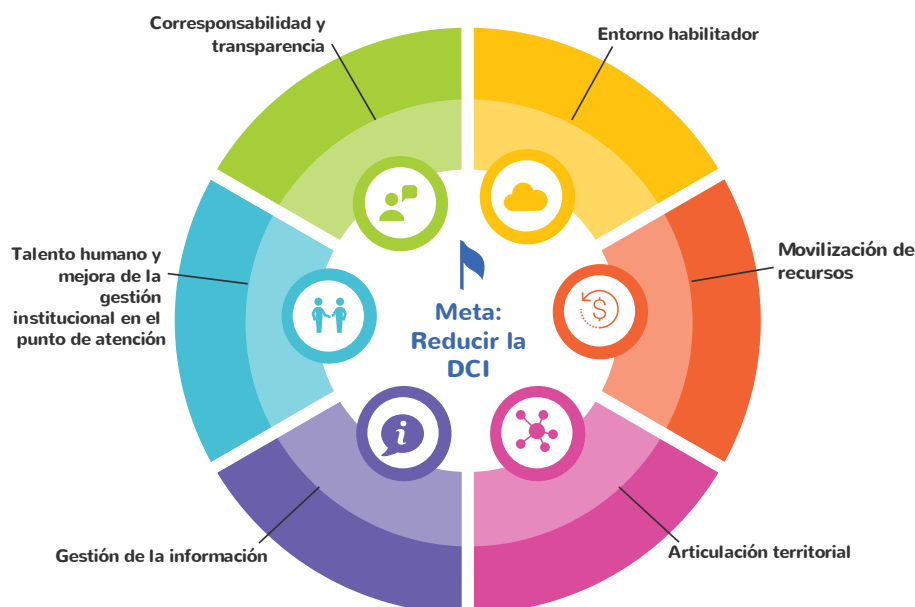
## Estrategias y tácticas para la prevención y reducción de la DCI

Una vez que se definieron las acciones estratégicas para la configuración de la realidad futura, se establecen los proyectos que contienen la acción estratégica que se requiere implementar, el objetivo que se busca alcanzar, el indicador clave para medir la consecución del objetivo y la en-

tidad responsable de la ejecución del proyecto.

En este sentido, se agruparon los proyectos en 6 ejes estratégicos que se presentan a continuación:

Gráfico 5 Ejes Estratégicos para prevenir y reducir la DCI



● **Entorno habilitador**

Definición e implementación de un marco normativo que permita la puesta en marcha del plan estratégico, y al mismo tiempo logre la alineación de actores eliminando nudos críticos legales y logrando el cierre de brechas en cuanto a la definición normativa de política pública.

● **Movilización de recursos**

Identificación y propuestas de mecanismos de financiamiento orientados a la entrega oportuna y suficiente de recursos para la sostenibilidad de la estrategia, a la incorporación de presupuesto por resultados y al monitoreo de la calidad del gasto.

● **Articulación territorial**

Identificación e implementación de propuestas de priorización de acciones estratégicas de mayor impacto sobre la desnutrición crónica infantil en las poblaciones más afectadas, mediante la articulación con los actores locales.

● **Gestión de la información**

Definición, identificación y desarrollo de propuestas de fortalecimiento al manejo de la información, sistemas de medición, monitoreo y socialización de resultados.

● **Talento humano y mejora de la gestión institucional**

Definición y desarrollo de propuestas orientadas a incrementar la eficiencia y eficacia en la entrega de bienes y en la prestación de servicios en el punto de atención y al fortalecimiento del talento humano.

● **Corresponsabilidad y transparencia**

Coordinación de espacios de encuentro con actores de la sociedad que fomente la participación efectiva en políticas, estrategias y tácticas.



## 6.1 Eje Estratégico 1: Generación de entorno habilitador

La generación del entorno habilitador instrumenta y operativiza los mecanismos de gobernanza básica necesarias para la implementación de la estrategia y consecuentemente la materialización de las metas planteadas. Considera la coordinación y alineación intersectorial entre el Registro Civil, el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Inclusión Económica y Social, para construir un padrón de niñas y niños que es la base para el seguimiento nominal. Este último facilitará la dotación completa y oportuna del paquete básico y priorizado de atenciones. Contempla el liderazgo de la Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil, como principal actor para generar este entorno habilitador, junto con el Comité Intersectorial y el Consejo Consultivo para el encuentro con la sociedad.

Propone fortalecer los mecanismos institucionales orientados a garantizar y asegurar eficiencia, eficacia y transparencia en los procesos de producción de las atenciones de bienes y servicios identificados en el “paquete básico y priorizado” y su seguimiento permanente por parte de la Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil, el Comité Intersectorial y el Consejo Consultivo para prevenir y reducir la DCI.

Será prioridad de este eje estratégico, generar condiciones para el encuentro entre el gobierno nacional, los gobiernos locales y la sociedad en su conjunto, orientado a transformar esta inaceptable realidad de desnutrición crónica infantil en el país.

Para ello, es necesario construir acuerdos fiscales y políticos de impacto a corto plazo que se expresen en el Plan de Desarrollo 2021-2025 y que permita su sostenibilidad como política de Estado a largo plazo.

Será parte de la generación de un entorno habilitador, el ajuste y adecuación de los marcos institucionales y normativos existentes que obstaculicen la provisión de servicios oportunos.

A mediano y largo plazo, se deberá generar las condiciones de confianza necesarias para acordar con la sociedad y el poder legislativo, las mejoras en la normativa y marcos legales de primera infancia, prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil, que permitan reducir su fragmentación, dispersión, discrecionalidad e invisibilidad.



### 6.1.1 Proyectos y acciones a ejecutar, prioridad y secuencia.

#### Eje Estratégico 1: GENERACIÓN DE ENTORNO HABILITADOR

Prioridad	Secuencia de Ejecución	Acción Estratégica	Objetivo	Indicadores	Institución Responsable	Entidades Co-responsables	Predecesor
1	Fase 1	1.1 Implementar un sistema de gobernanza, monitoreo y veeduría inter-institucional e intersectorial que garantice la transparencia	Contar con un mecanismo que permita implementar efectivamente la estrategia ECSDI	* Decreto Ejecutivo * Estructura organizacional de gobernanza ECSDI	PR	STECSDI	N/A
2		1.2 Priorizar la DCI en la agenda pública a través de un pacto político y social que articule las acciones de los actores políticos y líderes más influyentes	Lograr el alineamiento de los actores políticos y sociales para la estrategia ECSDI	* Pacto político y social firmado	PR	STECSDI	N/A
3		1.3 Desarrollar alternativas legales que permitan alcanzar la inter-operabilidad, la armonización de los actores institucionales y el desarrollo de políticas de largo plazo incluyendo la deconstrucción de desincentivos a la DCI	Eliminar los impedimentos más críticos y habilitar procesos para ejecutar la estrategia ECSDI	* % de avance de los proyectos del MET	STECSDI	Comité Intersectorial	N/A
4	Fase 2	1.4 Adaptar los programas de protección social para crear incentivos en las familias hacia el combate de la DCI	Cerrar las brechas de coberturas en las poblaciones infantiles más pobres, con la co-responsabilidad de las familias	* Proporción de las niñas y niños de la población objetivo y en situación de pobreza que participan del programa de protección social que cuentan con “paquete básico y priorizado” completo	MIES	URS INEC MSP	1.1
5		1.5 Construir un nuevo marco normativo que priorice y proteja la primera infancia.	Contar con un marco normativo estructural sólido, que protege y prioriza a la primera infancia	* Propuestas o insumos para reformas a la normativa jurídica actual	STECSDI	MIES MDG PR	1.3

**Nota:** Los indicadores podrán ser ajustados en el despliegue de cada proyecto.

### 6.2 Eje estratégico 2: Movilización de recursos financieros

La provisión de los componentes del “paquete básico y priorizado” son permanentes y universales, lo que implica que su suministro es para todos los niñas, niños y mujeres gestantes en todo el territorio

nacional. Sin embargo, debido a la disponibilidad de recursos se plantea la progresividad para cubrir las brechas existentes, así como, sostener las coberturas y calidad en el futuro.

Por su característica permanente, los productos y servicios deberían disponer del financiamiento bajo la misma condición.



No obstante, este tipo de ingresos clasificados como tal en los catálogos estatales, pueden ser insuficientes para cubrir las necesidades de recursos, por ello deberá contemplarse otros tipos de financiamiento, que por lo general se destinan a proyectos de inversión, en la política social. Las fuentes de financiamiento pueden incluir créditos internos o externos, aportes privados, de organizaciones, fundaciones, entre otros y de fondos de ahorro-inversión nacionales.

En el ámbito de la gestión pública, es fundamental garantizar los presupuestos que permitan alcanzar los resultados esperados. Para ello, es necesario disponer de

una metodología para asignación y ejecución de presupuesto por resultados, que vincule las asignaciones a producción y entrega, con calidad y cobertura, de los bienes y servicios para cumplir con los derechos ciudadanos, en este caso de los niñas y niños desde la gestación.

Por tanto, definir e implementar mecanismos sostenibles de financiamiento, construir un pacto fiscal en torno a la primera infancia y la DCI, implementar presupuesto por resultados relacionados a la DCI y articular el financiamiento y asistencia técnica de la cooperación internacional; constituyen acciones estratégicas fundamentales para la prevención y reducción de la DCI.

### 6.2.1 Proyectos y acciones a ejecutar, prioridad y secuencia.

#### Eje estratégico 2: MOVILIZACIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

Prioridad	Secuencia de Ejecución	Proyecto / Acción de Mejora	Objetivo	Indicadores	Institución Responsable	Entidades Co-responsables	Predecesor
1	Fase 1	2.1 Definir e implementar mecanismos sostenibles de financiamiento	Garantizar recursos para implementar la estrategia ECSDI	* % de cumplimiento del cronograma financiero de la ECSDI	MEF	MIES MSP INEC RC URS	N/A
2		2.3 Construir un pacto fiscal para movilizar, proteger y asignar recursos en favor de la primera infancia y la DCI	Garantizar recursos sostenibles y progresivos, con alineación hacia la estrategia ECSDI	* % de cumplimiento del cronograma financiero de la estrategia	PR	MEF MIES MSP INEC RC URS STECSDI	N/A
3	Fase 2	2.2 Implementar un esquema de presupuestos por resultados relacionados a la DCI	Lograr una mejor visibilización y control de la entrega de atenciones, bienes y servicios de la estrategia ECSDI	* Cobertura a niñas y niños con los productos de la estrategia ECSDI, con énfasis en los quintiles más pobres	MEF	STECSDI MIES MSP INEC RC URS	2.1
4		2.4 Articular el financiamiento y asistencia técnica de la cooperación internacional	Contar con mayores medios de implementación y mayor alineación hacia la estrategia ECSDI	* Hojas de ruta alineadas a la estrategia ECSDI	STECSDI	Comité Intersectorial	1.1 2.3

**Nota:** Los indicadores podrán ser ajustados en el despliegue de cada proyecto.



### 6.3 Eje estratégico 3: Articulación territorial

La implementación de un modelo de gestión territorial, la identificación y priorización de las acciones estratégicas de mayor impacto sobre la DCI en las localidades, la priorización en el registro temprano, la atención de salud y desarrollo social de los deciles más pobres de la población, tanto a nivel rural como a nivel urbano, y la implementación de mecanismos de incentivos hacia los gobiernos locales y EODs; constituyen el conjunto de proyectos y estrategias que permiten movilizar y articular voluntades, competencias y recursos con los Gobiernos Autónomos Descentralizados (prefecturas, cantones y juntas parroquiales) para la ejecución de políticas orientadas a la prevención de la DCI en los 1.000 primeros días de vida de niñas y niños.

La ejecución de estos proyectos estratégicos se orienta a la articulación intersectorial en lo local (articulación vertical), con el liderazgo y la participación activa de los actores locales en la estrategia ECSDI. Estos elementos se constituyen como necesarios para la prestación efectiva del paquete de bienes y servicios relacionados a la prevención de la desnutrición infantil y el vínculo con los demás componentes de la estrategia. También propone un trabajo de construcción conjunta con AME, CONGOPE y CONAGOPARE para integrar la estrategia ECSDI en los PDyOT, para que exista seguimiento nominal a nivel local que monitoree el cumplimiento de planes operativos cantonales construidos en los espacios de articulación local fomentando incentivos (incluyendo agua, saneamiento e higiene) y para lograr una mayor participación y compromiso social.

#### 6.3.1 Proyectos y acciones a ejecutar, prioridad y secuencia.

##### Eje Estratégico 3: ARTICULACIÓN TERRITORIAL

Prioridad	Secuencia de Ejecución	Proyecto / Acción de Mejora	Objetivo	Indicadores	Institución Responsable	Entidades Co-responsables	Predecesor
1	Fase 2	3.1 Identificar y priorizar las acciones estratégicas de mayor impacto sobre la DCI	Mejorar la efectividad de despliegue de la estrategia ECSDI	* Proporción de cobertura de "paquete básico y priorizado" en las poblaciones más vulnerables, con la adhesión efectiva de los GADs	STECSDI	Consejo Consultivo	1.1
2		3.2 Implementar un modelo de gestión de articulación territorial	Lograr la integración y la articulación de los actores locales en la estrategia ECSDI	* No. de PDyOT que integran la estrategia ECSDI *Seguimiento nominal local * Cumplimiento de planes de acción de las mesas	STECSDI	MIES MSP MINEDUC MAG URS GADS DIGERCIC	1.1 1.2
3		3.3 Priorizar la atención de salud y protección social (desarrollo infantil y transferencias monetarias) de los deciles más pobres de la población, a través de mecanismos de visibilización y presupuestación estatales	Lograr mayor impacto de la estrategia ECSDI	* Proporción de niñas/niños con "paquete básico y priorizado"	MSP MIES	STECSDI	1.4
4		3.4 Implementar mecanismos de incentivos hacia los gobiernos locales y las EO&D	Lograr mayor enfoque de los gobiernos locales en la estrategia ECSDI	* No. de GADS priorizados que operan bajo los incentivos	MEF	STECSDI	2.1

**Nota:** Los indicadores podrán ser ajustados en el despliegue de cada proyecto.





#### 6.4 Eje estratégico 4: Gestión de la información

El marco de seguimiento se ejecutará en concordancia con los proyectos y acciones definidas e iniciará con el fortalecimiento del proceso de seguimiento nominal, a través de mecanismos de interoperabilidad que faciliten el uso del padrón nominal y el desarrollo de paneles de control, alerta y seguimiento a nivel local.

De manera paralela, se iniciarán procesos de fortalecimiento institucional del MSP, MIES, DIGERCIC y URS, enfocándolo -principalmente- en la captación primaria de información mediante la dotación de equipamiento, conectividad y capacitación; garantizando la estabilidad de los sistemas institucionales de gestión de información. Asimismo, se fortalecerán las capacidades del INEC para que ejecute oportunamente la recolección de la ENDI<sup>30</sup>

y futuro censo de población y vivienda, para medir, monitorear y socializar los resultados con respecto a la DCI. Adicionalmente, es fundamental que el Registro Social cuente con registros administrativos que le permitan actualizar e identificar de forma ágil a la población objetivo más pobre.

Este será un proceso de permanente acompañamiento a las instituciones ejecutoras para garantizar la operatividad en el levantamiento, uso y análisis de información.

Adicionalmente, es fundamental potenciar el esquema de seguimiento con el propósito fortalecer el sistema, con visión universal que incluya mejoras para los sistemas institucionales, que viabilicen -posteriormente- la ampliación en la cobertura de los sistemas de información, incorporando a otros actores que brindan bienes y servicios relevantes para la prevención y reducción de la DCI.

30 ENDI. Encuesta Nacional de Desnutrición Infantil. Piloto previsto para 2021





### 6.4.1 Proyectos y acciones a ejecutar, prioridad y secuencia.

#### Eje Estratégico 4: GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

Prioridad	Secuencia de Ejecución	Proyecto / Acción de Mejora	Objetivo	Indicadores	Institución Responsable	Entidades Co-responsables	Predecesor
1	Fase 1	4.1 Desarrollar mecanismos que faciliten el uso del padrón nominal y de las plataformas sectoriales de seguimiento nominal	Los actores territoriales cuentan con un sistema de seguimiento nominal inicial	* Número de establecimientos prestadores de servicios y distritos que están utilizando el sistema de seguimiento nominal * Cobertura de niñas/ niños, mujeres gestantes registradas en el sistema	MIES MSP MINEDUC DIGERCIC	STECSDI	N/A
3		4.3 Fortalecer la captación primaria de información mediante la dotación de equipamiento, conectividad y capacitación, garantizando la estabilidad de los sistemas institucionales de gestión de información	Los prestadores de servicios registran oportunamente a la población objetivo	* Porcentaje de menores de 30 días de nacido con cédula de identidad * Subregistro de información de menores de 2 años	DIGERCIC MSP MIES	MINTEL	N/A
4		4.4 Fortalecer al INEC en la medición, monitoreo y socialización de resultados con respecto a la DCI	Contar con medición y monitoreo anual de la DCI	* Realización de la encuesta anual * Brechas de cobertura identificadas entre censo, encuesta y registros	INEC	STECSDI	N/A
5		4.5 Fortalecer el Registro Social con registros administrativos para identificar de forma más ágil a la población objetivo con mayores condiciones de pobreza	El registro social se actualiza de forma oportuna, dinámica e interconectada con otros registros administrativos	* Promedio de brecha temporal de la actualización de la situación familiar	URS	STECSDI	N/A
2		Fase 2	4.2 Construir un sistema de seguimiento nominal unificado y con visión universal que incluya el fortalecimiento de los sistemas institucionales	Contar con un sistema universal nacional de seguimiento nominal que soporta la acción inmediata territorial y de política pública	* Porcentaje de niñas y niños en grupos de edad que están con cobertura del sistema de seguimiento nominal con énfasis en menores de 12 meses * Porcentaje de prestadores de servicios de dci que están enlazados con el sistema de seguimiento nominal	STECSDI	MIES MSP MINEDUC DIGERCIC DINARDAP
6	Fase 3	4.6 Ampliar la cobertura de los sistemas de información (IESS y otros) hacia más actores críticos que prestan bienes y servicios relevantes para la DCI.	El seguimiento nominal incluye a la población que está por fuera del MSP y MIES	* Porcentaje de niñas y niños en grupos de edad que están con cobertura del sistema de seguimiento nominal con énfasis en menores de 12 meses * Porcentaje de prestadores de servicios de DCI que están enlazados con el sistema de seguimiento nominal	STECSDI	DINARDAP MSP	4.2

**Nota:** Los indicadores podrán ser ajustados en el despliegue de cada proyecto.



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

El talento humano directamente involucrado en la atención de las mujeres gestantes, niñas y niños en sus primeros dos años de vida, es determinante para el éxito de la estrategia ECSDI. Especial atención merece el personal vinculado al registro temprano, a la atención primaria en salud y a la prestación de servicios de desarrollo infantil del MIES en las distintas modalidades de educación familiar. Sin embargo, también es fundamental la capacitación, acompañamiento y fortalecimiento de las capacidades del personal de los ministerios y sectores involucrados en el ejercicio responsable de sus competencias en los procesos de planificación nacional y local, análisis, supervisión, compras, inventarios, información, monitoreo y transparencia.

La evaluación de eficiencia y eficacia de los servidores públicos, requiere del análisis y ejercicio responsable de sus competencias y los mecanismos de evaluación y auditoría interna necesarios para garantizar su cumplimiento. Esto demanda, no solo revisar los perfiles y funciones del talento humano para enfatizar sus responsabilidades con respecto a la DCI, sino que requiere discutir y acordar junto con la academia las mejoras y ajustes en la formación profesional y continua.

Será necesario, en conjunto con el Ministerio de Trabajo, analizar y proponer mejoras en las condiciones laborales del personal de atención directa en el MIES y MSP para promover mayor estabilidad laboral y remuneración

acorde a sus funciones y responsabilidades. Además, será necesario contemplar mecanismos para fortalecer sistemas de reconocimiento y motivación de los equipos de talento humano.

Una de las prioridades comprende la reducción de la brecha de talento humano en los servicios de atención primaria en salud y desarrollo infantil, con especial énfasis en los servicios que atienden a personas en condiciones de pobreza, vulnerabilidad y población en riesgo o situación de DCI.

En este sentido, a fin de potenciar la prestación del “paquete básico y priorizado” de bienes y servicios, así como el rediseño de los procesos de gestión pública que se encuentran vinculados a la DCI, se plantea como elemento medular el fortalecimiento del talento humano, lo cual se traduce en generar las condiciones institucionales necesarias para incluir, formar y orientar adecuada y pertinentemente a aquellos funcionarios que prestan sus servicios en el territorio. Detrás de los procesos de capacitación y de estímulo frente a su gestión, existe un efecto directo en quienes reciben los servicios.



### 6.5.1 Proyectos y acciones a ejecutar, prioridad y secuencia.

#### Eje Estratégico 5: TALENTO HUMANO Y MEJORA DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL EN EL PUNTO DE ATENCIÓN

Prioridad	Secuencia de Ejecución	Proyecto / Acción de Mejora	Objetivo	Indicadores	Institución Responsable	Entidades Co-responsables	Predecesor
1	Fase 2	5.1 Rediseñar los procesos de gestión pública relacionados a la DCI, buscando mayor integración entre las instituciones y efectividad en la prestación de bienes/ servicios	Incrementar la eficiencia y la eficacia en la entrega de bienes y en la prestación de los servicios	* Número de niñas, niños y madres que reciben oportunamente el "paquete básico y priorizado"	MIES MSP MINEDUC DIGERCIC URS	STECSDI MDT	2.1
2		5.2 Adecuar y revisar los perfiles de puestos y los procesos de selección, contratación y trayectoria formativa del talento humano, incluyendo el uso de recursos tecnológicos	El talento humano es estable, motivado y cuenta con las competencias necesarias para la prestación proactiva de servicios médicos y sociales de primer nivel	* Reducción de brecha de calidad del talento humano	MIES MSP MINEDUC DIGERCIC URS	STECSDI MDT	2.1
3		5.3 Cerrar la brecha de personal básico, sobretodo en la atención a los quintiles más pobres	Contar con suficiente talento humano para atender a la población objetivo, especialmente a los quintiles más pobres	* Reducción de brecha de cantidad del talento humano	MIES MSP MINEDUC DIGERCIC URS	STECSDI MDT MEF	2.1
4		5.4 Establecer mecanismos para homologar salarios con respecto a servicios similares y garantizar recursos permanentes para la retención del talento humano	Atraer, retener y motivar al personal en la lucha contra la DCI	* Reducción de brecha de cantidad del talento humano * Rotación del personal * Reducción de brecha de rotación del personal	MIES MSP MINEDUC DIGERCIC URS	STECSDI MDT MEF	2.1
5		Fase 3	5.5 Fortalecer los sistemas de reconocimiento y motivación de los equipos involucrados con la DCI	Motivar y retener al personal en la lucha contra la DCI	*Clima laboral	MIES MSP MINEDUC DIGERCIC URS	STECSDI MDT MEF

**Nota:** Los indicadores podrán ser ajustados en el despliegue de cada proyecto.

### 6.6 Eje estratégico 6: Corresponsabilidad y transparencia

Mantener un espacio de participación de los distintos sectores de la ciudadanía en la gestión pública, implica un proceso de construcción social de las políticas públicas. Es un derecho, una responsabilidad y

un complemento de los mecanismos tradicionales de representación política<sup>31</sup>.

Es vital el desarrollo de un modelo participativo para identificar las demandas de

<sup>31</sup> Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo. (2009). Carta Iberoamericana de Participación Ciudadana en la Gestión Pública. Lisboa: CLAD.



la población que permita involucrar a los y las ciudadanas en la toma de decisiones de los aspectos de interés social. Por tanto, el Estado debe promover un proceso dinámico que se adapte a la realidad territorial y poblacional.

En este sentido, es un equívoco asumir que todo el devenir social dependa únicamente del esfuerzo del gobierno. Hay que involucrar a la sociedad y dar apertura a las actividades que estimulen la toma de conciencia. Se requieren ambientes que nutran la corresponsabilidad, es decir, convivencias traducidas en iniciativas y obligaciones dirigidas a sostener digna y colectivamente los asuntos públicos.

Esto debe hacerse en el marco de la diversidad de expresiones culturales. Pues,

si bien cada cultura expresa sus patrones particulares de significados, incluyendo varios orígenes étnicos, creando un complejo cruzado por clases sociales y distinciones; toda la red humana es interdependiente.

De esta forma, en el proceso de construcción de este espacio participativo, se debe implementar un programa de educomunicación orientado a las familias, a los prestadores de servicios y a la sociedad en su conjunto; promover la actuación ciudadana desde las poblaciones más vulnerables y desde las diversidades, fortalecer los canales de representación política para mejorar la rendición de cuentas y alinear los esfuerzos de responsabilidad social de las empresas privadas y de sociedad civil en general hacia temas de la DCI.

### 6.6.1 Proyectos y acciones a ejecutar, prioridad y secuencia.

#### Eje Estratégico 6: CORRESPONSABILIDAD Y TRANSPARENCIA

Prioridad	Secuencia de Ejecución	Proyecto / Acción de Mejora	Objetivo	Indicadores	Institución Responsable	Entidades Co-responsables	Predecesor
1	Fase 1	6.1 Implementar programas de educomunicación orientados a las familias, a los prestadores de servicios y a la sociedad en su conjunto	Las familias, los prestadores y la sociedad en su conjunto están conscientes y actúan con buenas prácticas contra la DCI	* Encuesta CAPS	STECSDI	MIES MSP MINEDUC DIGERCIC URS	N/A
2	Fase 2	6.2 Promover la actuación ciudadana desde las poblaciones más vulnerables y desde las diversidades	La sociedad civil actúa en forma concertada con las políticas de DCI, desde las diversidades	*Número de organizaciones sociales que participan de la estrategia ECSDI	STECSDI	MIES MSP MINEDUC DIGERCIC URS	6.1
3		6.3 Fortalecer los canales de representación política para mejorar la rendición de cuentas	Lograr el compromiso y la rendición de cuentas por parte de los actores políticos	*Número de actores políticos comprometidos con la rendición de cuentas	PR	STECSDI	1.2
4		6.4 Alinear los esfuerzos de responsabilidad social de las empresas privadas y de sociedad civil en general hacia temas de la DCI	Lograr una acción concertada público-privada para reforzar el logro de la estrategia ECSDI	*Número de acuerdos público-privados	PR	STECSDI	1.2

**Nota:** Los indicadores podrán ser ajustados en el despliegue de cada proyecto.



En el mapa de estrategia y táctica se visualiza la secuencia cronológica y priorizada de implementación de las acciones, su relación con los objetivos intermedios, la

interrelación entre metas y con ello la consecución lógica del propósito transformacional. (Anexo 9.11 – Mapa de estrategias y tácticas).



## Análisis presupuestario

Para efectos de identificar el presupuesto estimado del presente plan y una primera aproximación al déficit financiero, se ha establecido como línea base referencial el estudio presentado por parte de UNICEF<sup>32</sup>, el cual determina un presupuesto del paquete priorizado definido en el Decreto Ejecutivo N° 1211 de 15 de Diciembre de 2020.

Asimismo, se ha incluido la proyección de costo de la encuesta nacional de desnutrición infantil (ENDI), realizada por el INEC.

Es importante señalar que esta primera apreciación, no se constituye como el presupuesto final para la implementación del plan, debido a que no incluye los elementos adicionales identificados en el paquete básico de atenciones, ni los presupuestos de los proyectos estratégicos definidos para la consecución de las metas planteadas en el presente documento.

Son estos tres procesos de costo los que determinarán finalmente el presupuesto total que se requerirá para la implementación de la Estrategia Nacional Ecuador

Crece sin Desnutrición, no solo el presupuesto referencial realizado en función del paquete priorizado del decreto 1211.

### 7.1 Presupuesto referencial - Decreto 1211

La metodología utilizada por UNICEF en el mencionado estudio se basa en los siguientes componentes:

#### Para el MSP

Control prenatal, vacunación, control del niño sano, seguimiento nominal, banco de leche, talento humano.

#### Para el MIES

Control centros de desarrollo infantil de administración directa o bajo convenio, CNH concentrados y dispersos.

El análisis de costos del paquete priorizado en el Decreto Ejecutivo N° 1211 de 15 de Diciembre de 2020, no incluye: agua segura, registro temprano de nacimientos, educación relacionada, el posible déficit del BDH variable (Tabla 4).

Tabla 4 Estrategia ECSDI – Presupuesto 2021 - 2025

INSTITUCION	2021	2022	2023	2024/25	TOTAL
<b>MSP<sup>33</sup></b>	125,23	185,72	246,21	306,70	863,86
<b>MIES</b>	216,70	228,00	228,00	228,00	900,70
<b>Total en millones de dólares</b>	<b>341,93</b>	<b>413,72</b>	<b>474,21</b>	<b>534,7</b>	<b>1764,56</b>

Fuente: Extracto UNICEF/MSP/MIES

Elaboración: STECSDI

Corte: Junio 2021

32 Programa: "Financiando los ODS en Ecuador y atacando la desnutrición crónica infantil". Consultoría para la "Estimación de la brecha de financiación de la estrategia para prevenir y reducir la Desnutrición Crónica Infantil (DCI) en el Ecuador".

33 Se considera disminución progresiva de la brecha de talento humano.



Para el INEC

Se realiza el presupuesto de la encuesta ENDI de acuerdo a la proyección realizada por el INEC (Tabla 5).

Tabla 5 Proyección de costo de encuesta ENDI

INSTITUCION	2021	2022	2023	2024/25	TOTAL
<b>INEC</b>	1,40	4,70	Por definir	Por definir	6,10
<b>Total en millones de dólares</b>	<b>1,40</b>	<b>4,70</b>	<b>Por definir</b>	<b>Por definir</b>	<b>6,10</b>

Fuente: Extracto INEC  
Elaboración: STECSDI  
Corte: Agosto 2021

**Nota:** El presupuesto de los años 2023, 2024 y 2025 se ajustará una vez realizada la primera encuesta nacional de desnutrición infantil (ENDI). Sin embargo, se ha estimado que el presupuesto será de aproximadamente cinco millones de dólares por año.

### 7.2 Presupuesto - Paquete básico de atenciones

El paquete básico de atenciones incluye al paquete priorizado del Decreto. Ejecutivo. N° 1211 y considera adicionalmente: agua y saneamiento, déficit del BDH variable, registro temprano de nacimientos y programas de educación y comunicación para el cambio de comportamiento, incluyendo educación nutricional y educación para la prevención del embarazo adolescente y violencia.

Será parte importante de la estrategia, realizar el costeo del paquete básico en forma complementaria al costeo del paquete priorizado, el mismo que será posteriormente analizado y validado por el Comité Intersectorial.

### 7.3 Presupuesto – Implementación de proyectos estratégicos

La entrega del paquete de atenciones, bienes y servicios definidos en el paquete priorizado, requiere -adicionalmente- realizar un proceso de estimación de costos de los grandes proyectos estratégicos definidos en el capítulo de estrategias y tácticas y que serían principalmente los siguientes:

- Dotación de equipamiento, conectividad y capacitación, garantizando la estabilidad de los sistemas institucionales de gestión de información.
- Rediseño de los procesos gestión pública relacionados a la DCI para lograr una mayor integración entre las instituciones y efectividad en la prestación de bienes/servicios en los puntos de atención.
- Cierre de la brecha de personal básico en la atención a los quintiles más pobres.
- Desarrollo e implementación de programas de educomunicación orientado a las familias, a los prestadores de servicios y a la sociedad en su conjunto.
- Fortalecimiento de los procesos de medición, monitoreo y socialización de resultados con respecto a la DCI.
- Construcción de un sistema de seguimiento nominal unificado con visión universal que incluya el fortalecimiento de los sistemas institucionales.
- Implementación de presupuesto por resultados.
- Implementación de un sistema de control y monitoreo de la estrategia.



La elaboración de los proyectos y sus respectivos presupuestos, se hará en conjunto con las instituciones responsables y deberá reflejarse en los planes sectoriales e instrumentos de planificación y gestión consecuentes.

Los proyectos de inversión, tanto de las entidades ejecutoras para la dotación del “paquete básico y priorizado”, como de la Secretaría Técnica ECSDI que lleva-

rá a cabo la articulación; serán alineados a los Objetivos de Desarrollo Sostenible y al nuevo Plan Nacional de Desarrollo 2021 - 2025; los proyectos formarán parte del Plan Anual de Inversiones que se determine en la proforma 2022, para su respectiva ejecución, observando todas las directrices de priorización de los proyectos establecidos por el ente rector de la planificación.



## Estructura de gobernanza

La gobernanza establece los incentivos e identifica las restricciones para que los diferentes actores colaboren en reducir la incidencia de la DCI. Esta estructura de gobernanza se sustenta en cuatro componentes fundamentales tomados de la experiencia exitosa internacional: La integración intersectorial, la integración financiera, la integración territorial y la integración del seguimiento, monitoreo y evaluación de la política (Mejía y Fanzo 2012; Mejía y Haddad 2014).

### 8.1 El marco normativo

Estos principios han sido recogidos en el diseño de la Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición, que expresa la prioridad de política pública asumida por el Gobierno del Presidente de la República Guillermo Lasso en mayo de 2021. A fin de implementar esta estrategia:

- a) La Presidencia dispone a los Ministros de Estado, Secretarios y altos funcionarios del país que la Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición definida en el Decreto Ejecutivo N° 1211 de 15 de diciembre de 2020, sea asumida como prioridad de su gestión sobre la cual se evaluará el desempeño de sus funcionarios e instituciones participantes.
- b) Mediante Decreto Ejecutivo N° 31 de 24 de mayo de 2021, se establece la prio-

riedad de la política de primera infancia orientada a reducir la prevalencia de la desnutrición crónica infantil en el país en forma radical. Para este fin es necesario sumar voluntades, construir saberes compartidos y emprender acciones urgentes e inmediatas. En los primeros mil días, desde la gestación, hasta los 24 meses de vida de las niñas y niños tenemos la oportunidad de construir un nuevo futuro para el país. Esta estrategia contribuye a la convivencia ciudadana, al desarrollo de las capacidades humanas, al ejercicio de la ciudadanía y al crecimiento económico para superar los círculos de pobreza y así lograr prosperidad.

- c) El 7 de julio del 2021 el Gobierno crea, mediante Decreto Ejecutivo N° 92 (Ver Anexo 10.12 – Decreto Ejecutivo N° 92), la Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil, como una entidad de derecho público, adscrita a la Presidencia de la República, encargada de liderar y acompañar las políticas de prevención y reducción de la desnutrición crónica Infantil.

Las competencias de la Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil serán:

- a) Dirigir y coordinar la articulación intersectorial e interinstitucional para la eje-



cución efectiva, eficiente y oportuna de la Estrategia Nacional de Primera Infancia para la prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil: Ecuador Crece Sin Desnutrición y el plan estratégico para la prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil;

- b) Coordinar y acordar con los distintos actores de la sociedad vinculados al abordaje de la DCI, mecanismos sostenidos, que contribuyan a incidir en la disminución y erradicación de la desnutrición crónica infantil en el país, garantizando el cumplimiento de las obligaciones del sector público, así como la corresponsabilidad y participación del conjunto de actores de la sociedad;
- c) Elaborar el plan estratégico para la prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil, revisarlo, difundirlo, promoverlo y ajustarlo cuando sea necesario;
- d) Proponer reformas al ordenamiento jurídico e institucional vigente, cuando ello sea necesario para la ejecución de la Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición;
- e) 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 en la Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición;
- f) Definir y promover la gestión de la información y monitoreo de la ejecución de la Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición y actuar efectiva, eficiente y oportunamente para asegurar su ejecución;
- g) Realizar recomendaciones para garantizar la sostenibilidad fiscal de la Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición;
- h) Asesorar y apoyar a la gestión institucional por resultados para la provisión de los

paquetes priorizados en el ámbito del plan estratégico.

- i) Asesorar en la relación con organismos multilaterales y sobre la consecución de recursos no reembolsables o créditos para la ejecución de la Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición;
- j) Articular, monitorear y supervisar la ejecución, tanto de la Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición como del plan estratégico para la prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil.
- k) Impulsar y promover acciones de educación y comunicación para el cambio de comportamiento orientado a la prevención de la desnutrición infantil, en estrecha coordinación con las entidades rectoras del campo de la primera infancia y la comunicación pública.
- l) Promover la investigación e innovación en el campo de la prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil en el Ecuador en alianza con centros académicos nacionales e internacionales y organizaciones de la sociedad civil y cooperación.



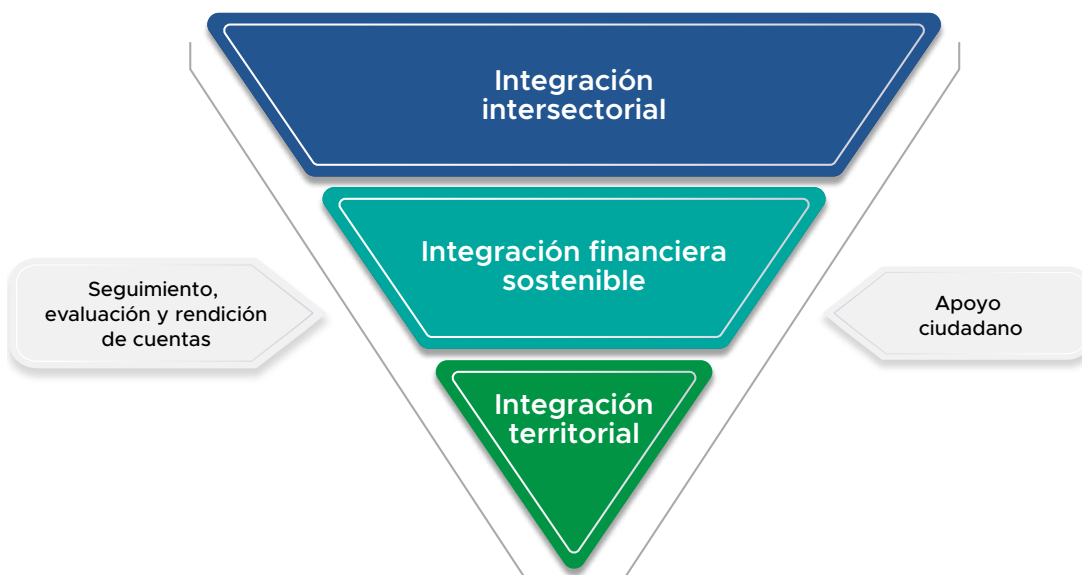


## 8.2 El funcionamiento de la gobernanza

A continuación, se desarrollan los cuatro componentes de integración de la go-

bernanza nutricional: La integración intersectorial, la integración financiera, la integración territorial y la integración del seguimiento, monitoreo y evaluación de la política.

Gráfico 6 Mapa de Gobernanza Nutricional



### 8.2.1 Integración intersectorial

La articulación y cooperación entre diferentes sectores es uno de los mayores desafíos políticos para facilitar -o bloquear- la gobernanza nutricional. Los actores principales de la gobernanza intersectorial son: el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), el Ministerio de Educación (MINEDUC), el Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG), el Ministerio del Ambiente, Agua y Transición Ecológica (MAATE), la Dirección General de Registro Civil, Identificación y Cedulación (DIGERCIC), la Unidad de Registro Social (URS), el INEC y la DINARDAP. La Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil (STECSDI), creada con rango de ministerio, es el órgano adscrito a la presidencia para liderar y coordinar la estrategia de articulación intersectorial. La STECSDI tendrá a su disposición el manejo de incentivos financieros, las facultades legales y los requisitos de monitoreo para promo-

ver que los diferentes organismos tengan acceso oportuno al financiamiento, coordinen sus acciones a nivel central y territorial y compartan sistemáticamente sus sistemas de información. Para este efecto, se ha constituido un Comité Intersectorial para la prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil que estará presidido por el Presidente de la República.

En su versión ampliada, la coordinación horizontal o intersectorial incluye también la participación de agencias no gubernamentales, el sector privado, la sociedad civil, academia, etc. En su conjunto, estos actores tendrán representación en un Consejo Consultivo que acompañará los procesos de prevención y reducción de la DCI.

### 8.2.2 Integración financiera sostenible

La sostenibilidad de los recursos financieros, humanos, materiales y físicos depende de la integración financiera. Una



efectiva gobernanza nutricional requiere de la asignación de los recursos necesarios a los de distintos ministerios (para garantizar el paquete básico y priorizado), bajo procedimientos eficientes, eficaces y transparentes. En el marco de gobernanza financiera se contempla el mecanismo de presupuesto por resultados PPR, que permite identificar de forma transparente la cadena de producción de bienes y servicios necesarios para las atenciones previstas en el “paquete básico y priorizado”, y facilitar el seguimiento y monitoreo de la inversión pública para financiar intervenciones clave. El esquema también considera fondos y mecanismos de estímulo e incentivos al buen desempeño, tanto de gobiernos seccionales como de entidades desconcentradas. Finalmente, la asignación oportuna y consistente de recursos a lo largo del tiempo, es también una condición necesaria para dar certeza a los ejecutores de políticas.

El elemento financiero representa una expresión concreta del compromiso político y el acuerdo social para priorizar los recursos necesarios para la prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil. Una asignación oportuna y efectiva de recursos para combatir la DCI se puede convertir en lo que sostenga y facilite la cooperación intersectorial, la articulación territorial y la efectiva rendición de cuentas de los gobiernos ante sus electores (Mejía y Fanzo 2012).

### 8.2.3 Integración territorial

La base de la pirámide de gobernanza nutricional representa la esfera donde los actores locales (políticos locales o prestadores de servicios médicos, por ejemplo) están en contacto directo con la población objetivo más vulnerable. La premisa fundamental es que la gobernanza territorial en la prevención y reducción de la DCI depende de la efectiva articulación entre la esfera nacional y subnacional del país. Para ello, se requiere del liderazgo y compromiso de las autoridades y líderes locales, incluyendo los 221 municipios, 24 prefecturas y 1499 juntas parroquiales; así como sus órganos de representación

(AME, CONGOPE y CONAGOPARE), las organizaciones sociales, indígenas, campesinas, religiosas y barriales.

Para lograr una efectiva gobernanza local, es relevante comprender cómo y por qué, los actores locales tendrían incentivos para avanzar en los lineamientos propuestos por el gobierno central y responder de manera efectiva a las demandas de los votantes y la población objetivo. Para el efecto, se asume que los gobiernos locales tienen las facultades legales y contarán con los incentivos y recursos presupuestarios para llevar a cabo las intervenciones directas e indirectas que contribuyan a reducir la DCI. En segundo lugar, la estructura de gobernanza busca que los gobiernos locales puedan albergar y fomentar espacios de coordinación intersectorial e interinstitucional entre diferentes ministerios y actores no gubernamentales, dentro de la esfera de acción de los GADs. Finalmente, la estructura de gobernanza asume también que los incentivos de los gobiernos locales están alineados con las prioridades y políticas del gobierno nacional, así como con las demandas de los habitantes de cada población, de manera que la reducción de la DCI contribuya también a fortalecer y comprometer el capital político de los representantes locales.

En suma, una estructura efectiva de gobernanza territorial tiene que comprender y contemplar a los gobiernos autónomos descentralizados como actores dinámicos, directamente involucrados y activamente responsables de la mejora de la situación de la niñez en sus respectivas provincias, cantones y parroquias.

### 8.2.4 Integración del seguimiento, evaluación y rendición de cuentas

La gobernanza de una política de prevención y reducción de la DCI requiere necesariamente un eje de integración vinculado al seguimiento, monitoreo y evaluación de los procesos, resultados e impactos y rendición de cuentas ante la sociedad. Este eje de gobernanza cumple con dos funciones esenciales. Al interior de la es-



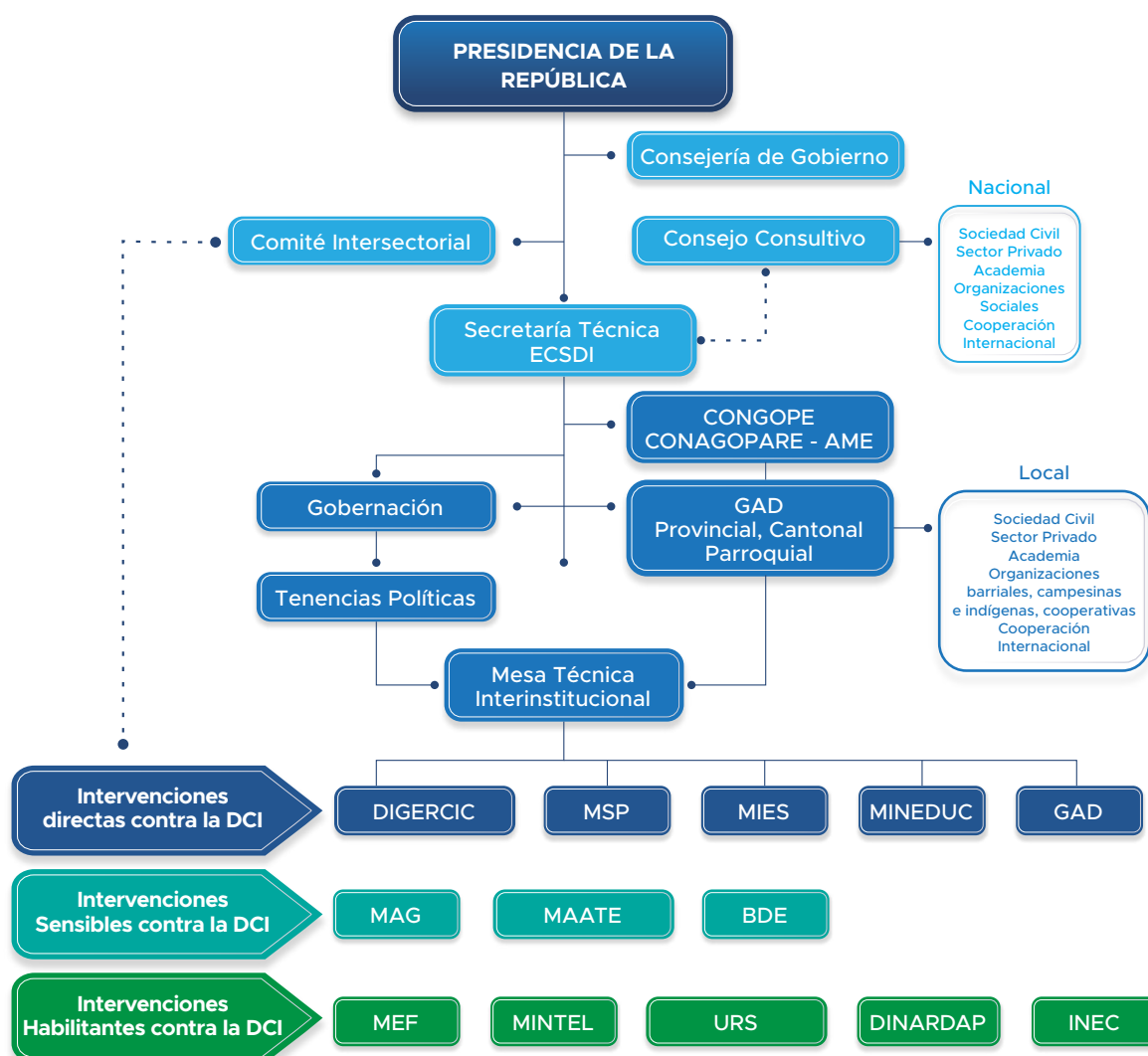
estructura de gobierno (STECSDI y Comité Intersectorial), tiene una función crítica para identificar, monitorear, facilitar el intercambio de información entre diferentes instituciones y reportar las brechas y/o el cumplimiento de metas en la estrategia de atención a la DCI. Esta función permite agilizar y transparentar la ejecución de políticas públicas.

La segunda función está encaminada a facilitar mecanismos de rendición de

cuentas e integración social en el esfuerzo conjunto en contra de la DCI. En este sentido, el monitoreo tiene un importante papel para fortalecer la participación informada del Consejo Consultivo en la prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil, así como empoderar con información pertinente y oportuna a los diferentes actores para mejorar los mecanismos de diálogo y de rendición de cuentas por parte del gobierno nacional y gobiernos locales.

### 8.3 Mecanismos, responsabilidades y roles en la gobernanza

Gráfico 7 Actores, instancias y niveles



- a) La Presidencia de la República: Establece la prioridad y monitoreo permanente de la estrategia a través del nombramiento de un Consejero de Gobierno, gobernaciones, jefaturas y tenencias políticas; y de la creación y liderazgo del Comité Intersectorial, del Consejo Consultivo y de la Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil.
- b) El Comité Intersectorial garantizan la articulación, coordinación, ejecución y rendición de cuentas de la Estrategia Nacional de Primera Infancia: Ecuador Crece Sin Desnutrición y estará liderado por el Presidente de la República o su delegado y lo conformarán:
- Consejería de Gobierno
  - Secretaría General de la Administración Pública y Gabinete de la Presidencia de la República
  - Secretaría Técnica ECSDI
  - Ministerio de Economía y Finanzas
  - Ministerio de Inclusión Económica y Social
  - Ministerio de Salud Pública
  - Ministerio de Educación
  - Ministerio de Telecomunicaciones
  - Ministerio de Agricultura y Ganadería
  - Ministerio de Ambiente, Agua y Transición Ecológica
  - Banco Ecuatoriano de Desarrollo
  - Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
  - Dirección General de Registro Civil, Identificación y Cedulación
  - Unidad de Registro Social
- Adicionalmente el Presidente o su delegado podrán invitar a las reuniones del comité a otros actores relacionados a la DCI.
- c) El Consejo Consultivo se constituye en un espacio de diálogo, acuerdo, veeduría y articulación entre la función pública nacional y los gobiernos autónomos descentralizados, la sociedad civil, el sector privado, la cooperación y la academia, para el logro de las metas de reducción de desnutrición crónica infantil, la implementación del Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y su sostenibilidad como política de Estado a largo plazo.
- d) La Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil deberá fortalecer y profundizar los 4 componentes de gobernanza (coordinación intersectorial a nivel horizontal, coordinación financiera, articulación interinstitucional vertical con el territorio, y articulación de la información, monitoreo, y rendición de cuentas).
- e) El Ministerio de Economía y Finanzas, acorde a las mejores prácticas internacionales y regionales, juega un papel fundamental para el éxito de las acciones estratégicas y programas de prevención y reducción de la DCI a través de la provisión suficiente y oportuna de recursos, de la implementación del presupuesto por resultados y del control de calidad y efectividad del gasto.
- f) El Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Inclusión Económica y Social, el Ministerio de Educación y la Dirección General de Registro Civil, Identificación y Cedulación realizarán las intervenciones directas relacionadas con la entrega completa y oportuna de los paquetes de atenciones, bienes y servicios de salud, protección social y educación necesarios para combatir la DCI, definidos en el “paquete básico”. Asimismo, realizarán la captación de mujeres gestantes, niñas y niños de hasta 24 meses para su registro y deberán implementar los procesos de fortalecimiento institucional que se requieran para ejecutar los proyectos que les competen y que están definidos en el presente plan estratégico intersectorial.
- g) El MINTEL, la DDIGERCIC, la DINARDAP, el INEC y la URS son instancias de gobierno que generan condiciones habilitantes para el éxito de la estrategia, necesarias para el seguimiento nominal al igual que la producción de informa-



ción relevante para el monitoreo de la estrategia y la priorización de la población en mayores condiciones de vulnerabilidad y demandas de protección social focalizada.

- h) El Banco de Desarrollo del Estado es una instancia que permitirá realizar intervenciones sensibles de financiamiento a los GADs para sus proyectos de agua y saneamiento.
- i) El Ministerio de Agricultura y Ganadería y el Ministerio de Ambiente, Agua y Transición Ecológica realizan acciones sensibles a la nutrición y complementarias a la garantía del paquete de atenciones, bienes y servicios. Incluye fomento de la seguridad alimentaria, y acceso a fuentes adecuadas de agua y saneamiento.
- j) Los GADs realizan intervenciones directamente relevantes para combatir la DCI relacionadas principalmente con proyectos de agua y saneamiento. Asimismo, los GADs ya sean provinciales, cantonales o parroquiales se encuentran en la potestad de establecer una comisión permanente de combate a la DCI en los territorios bajo liderazgo de sus prefectos, alcaldes y presidentes de juntas parroquiales. Estas comisiones deberán trabajar con el conjunto de la sociedad civil de cada nivel territorial, para sumar aliados y esfuerzos en la estrategia y establecer mecanismos de seguimiento, veeduría y complementariedad para el avance de la estrategia y su concreción en los Planes de Desarrollo y Ordenamiento



Territorial, donde se establecerán metas locales de reducción de la DCI. Las comisiones cantonales contarán con el respaldo y apoyo de los diferentes ministerios e instancias del poder ejecutivo a nivel local para implementar la Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil y el funcionamiento de mesas técnicas intersectoriales e interinstitucionales, que tiene como responsabilidad contar con un padrón nominal de mujeres gestantes, niñas y niños en sus primeros mil días de vida, garantizando la provisión de las atenciones, bienes y servicios estipulados en el paquete básico y priorizado. Estas comisiones y mesas técnicas locales podrán contar con el liderazgo, apoyo, acompañamiento y asistencia técnica de AME, CONGOPE y CONAGOPARE y otras organizaciones aliadas.





## Marco de gestión de la información para el seguimiento, monitoreo y evaluación de la estrategia

### 9.1 Marco de seguimiento a la implementación de la estrategia

Contempla el seguimiento al buen uso y aprovechamiento de las fuentes primarias de información construidas por los ministerios e instituciones vinculadas a la estrategia ECSDI, especialmente a la DIGERCIC, el MSP, MIES, MEF entre los más relevantes. Implica el seguimiento a la ejecución financiera y programática de cada institución, de acuerdo a las metas de atención y servicios, con especial énfasis en la reducción de brechas de desigualdad en la provisión de los mismos.

Involucra un acompañamiento cercano a cada institución para mejorar la calidad de la información generada a partir del padrón nominal y su uso, mediante el desarrollo de aplicativos adecuados para el personal encargado de la atención de las mujeres gestantes, niñas y niños y del personal a cargo a nivel local, para el monitoreo y seguimiento nominal de cada persona a lo largo de su trayectoria de vida (especialmente durante los primeros mil días: embarazo y primeros 2 años del infante).

Los registros administrativos permitirán tener información nominal de quienes padecen de DCI o se encuentra en riesgo de padecerla, así como su acceso a los servicios críticos para la prevención y reducción de la DCI definidos en la estrategia ECSDI. Conocer esto permitirá al personal territorial cubrir las brechas de servicios y actuar oportunamente para prevenir y reducir la DCI. Permitirá a las autoridades políticas y técnicas fortalecer su planificación para cubrir las brechas nacionales, sabiendo dónde se encuentran las principales debilidades para la entrega de los servicios definidos en la estrategia ECSDI.

### 9.2 Marco de monitoreo de la estrategia

Considera el pilotaje y aplicación periódica de la Encuesta de Desnutrición Infantil ENDI por parte del INEC. En conjunto con la Secretaría Técnica ECSDI trabajará en su procesamiento y análisis para levantar alertas, realizar el monitoreo de sus insumos, resultados y efectos en la población atendida. Implica la difusión de sus resultados para recomendar ajustes a la gestión y rendir cuentas sobre el desempeño de la misma. (Anexo 10.13 – Indicadores principales para el monitoreo de la estrategia ECSDI).

Genera información mensual para su análisis y discusión en el Comité Intersectorial para prevenir y reducir la DCI, al igual que comparte sus resultados con la sociedad en su conjunto, muy especialmente con el Consejo Consultivo de la DCI y sus miembros.

#### Indicadores trazadores de la estrategia para el paquete priorizado

Estos resultados podrán ser desagregados por niveles geográficos, sexo, grupos de edad, nacionalidad, grupo étnico, beneficiarios de protección social y otras características relevantes según la disponibilidad de información y la fuente. Es decir, los indicadores presentados se podrán estimar a partir de la ENDI, CPV y de la base integrada de seguimiento nominal; cada fuente permitirá diferentes niveles de desagregación y cruces (Tabla 6).

Dentro de la base de seguimiento nominal, también se recomienda crear indicadores sobre la cobertura del sistema de información de seguimiento nominal, pues no existirá en un inicio una cobertura global de toda la población objetivo. A la vez que los servicios y el sistema de información de seguimiento nominal crezcan, el siste-



ma tendrá mayor cobertura. Son particularmente importantes los siguientes indicadores de cobertura:

1. Proporción de niñas y niños menores de 12 meses de los deciles más pobres con paquete priorizado completo y oportuno.
2. Proporción de niñas y niños menores de 12 meses inscritos en el CNH con paquete priorizado completo y oportuno.
3. Proporción de niñas y niños menores de 12 meses en hogares con BDH variable con paquete priorizado completo y oportuno.
4. Proporción de niñas y niños inscritos al CNH antes de los 30 días de nacidos.
5. Proporción de niñas y niños inscritos al BDH variable antes de los 30 días de nacidos.

Tabla 6 Indicadores trazadores para fines de monitoreo:  
Adaptación del Decreto Ejecutivo N° 1211

Número	Indicador
0	Registro de nacimiento y cedulación oportuna
1	Vacunación de neumococo y rotavirus (número de dosis)
2	Número de controles de embarazo
3	Número de exámenes de laboratorio (VIH, VDRL y EMO) en embarazo
4	Prescripción de hierro y ácido fólico para embarazadas
5	Número de controles de crecimiento de niñas y niños menores de 24 meses
6	Suplementación de hierro y micronutrientes para menores de 2 años
7	Número de sesiones de capacitación en lactancia materna exclusiva
8	Número de sesiones de capacitación en lactancia materna y alimentación complementaria
9	Número de sesiones de educación prenatal del MIES
10	Acceso a servicios de CDI y CNH

### 9.3 Marco de evaluación de la estrategia

Define los efectos, resultados e impactos de la estrategia, establece sus indicadores de base de acuerdo a la teoría del cambio y los mecanismos para su medición y evaluación en forma independiente.

Convoca e invita a los centros académicos nacionales e internacionales, al igual que a la cooperación técnica y financiera internacional para profundizar en la investigación científica en torno a la DCI y nutrir la política pública.

### 9.4 Marco de gestión de la información

A partir de las múltiples fuentes de información se fortalecerá, profundizará y potenciará un sistema de información universal de seguimiento nominal. El marco de gestión propuesto será complementario a las herramientas y mecanismos existentes.

En el Gráfico 8 se identifica cómo cada fuente de información colabora e interactúa para alimentar el esquema de gestión de información. En una primera instancia están los múltiples registros administrativos relevantes para la construcción del

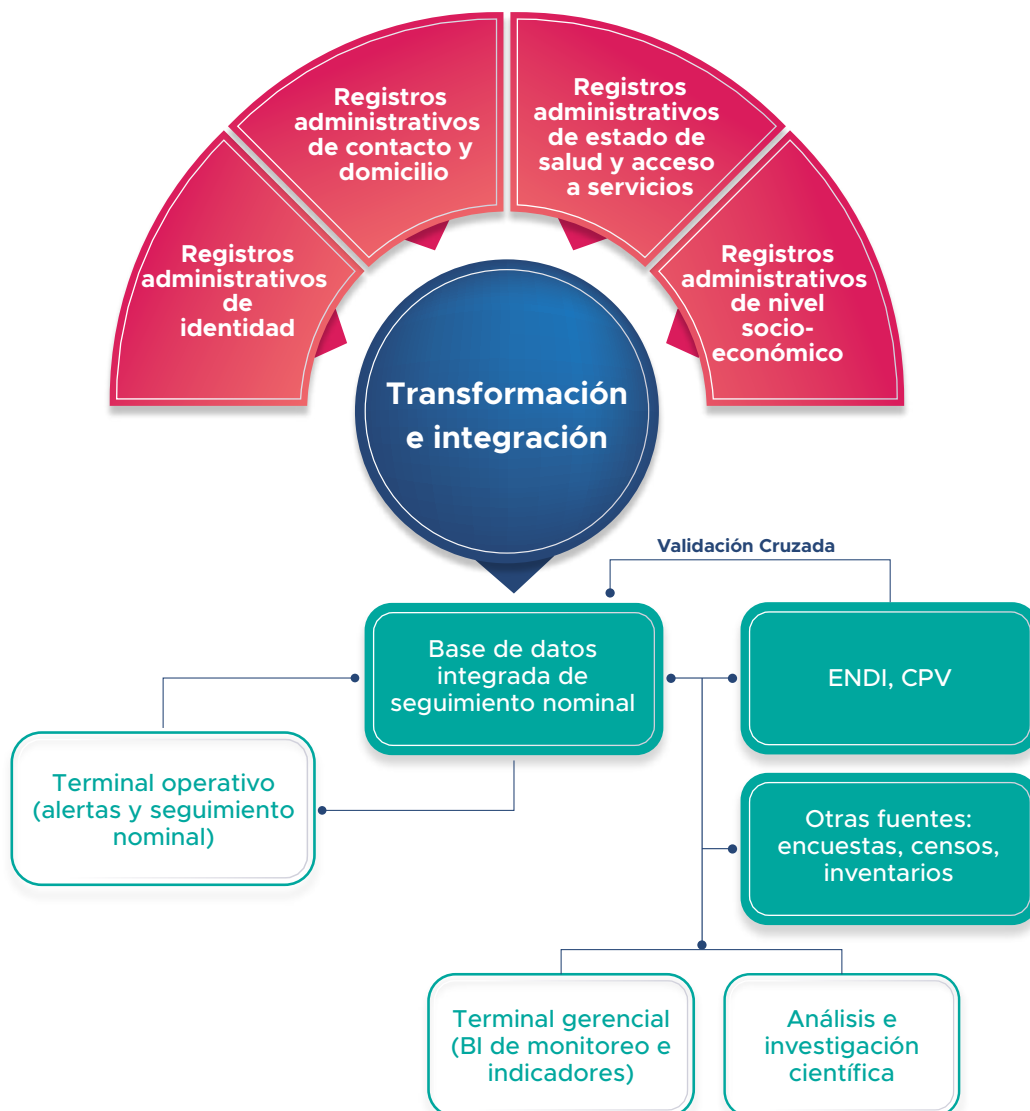


sistema de seguimiento nominal. Los registros administrativos pueden alimentar información de identidad; contacto y domicilio; sobre el estado de salud y el acceso a servicios para la lucha contra la DCI; y sobre el nivel socioeconómico de las personas y hogares.

El sistema interoperable de seguimiento nominal interactuaría con la ENDI, el CPV y otras fuentes relevantes para construir un terminal gerencial con indicadores relevantes para su toma de decisiones, así

como base para la generación de análisis e investigación científica. Esta información permitirá a las autoridades tomar acción para fortalecer la prestación de servicios críticos, así como de fortalecimiento del manejo de información de registros administrativos, de manera tal que en el mediano plazo los indicadores derivados de la base integrada de seguimiento nominal sean estadísticamente relevantes y con una fuerte capacidad de desagregación, además de proveer información mucho más confiable.

Gráfico 8 Marco de monitoreo con complementariedad de fuentes de información









## Anexos

### 10.1 Tabla de proyecciones de nacimientos por provincias:

Las proyecciones de nacimientos elaboradas por el INEC se sustentan en el Censo de Población y vivienda del 2010. Considerando los importantes cambios que ha vivido la sociedad ecuatoriana en los últi-

mos 10 años, existe consenso en que las actuales proyecciones son imprecisas y que por ello es imperativo instrumentar un nuevo censo nacional de población y vivienda. Sin embargo este es el referente actual sobre el cual la función pública planifica e instrumenta sus políticas y servicios.

#### PROYECCIÓN DE NACIMIENTOS PROVINCIALES DEL ECUADOR 2020

PROVINCIAS	NACIMIENTOS
AZUAY	15476
BOLÍVAR	4253
CAÑAR	5579
CARCHI	3283
COTOPAXI	10609
CHIMBORAZO	9968
EL ORO	12379
ESMERALDAS	12896
GUAYAS	80312
IMBABURA	10001
LOJA	9901
LOS RÍOS	19110
MANABÍ	30004
MORONA SANTIAGO	5008
NAPO	3428
PASTAZA	2756
PICHINCHA	52678
TUNGURAHUA	10281
ZAMORA CHINCHIPE	2812
GALÁPAGOS	606
SUCUMBÍOS	4955
ORELLANA	3333
SANTO DOMINGO	11811
SANTA ELENA	9258
ZONAS NO DELIMITADAS	982
<b>TOTAL</b>	<b>331679</b>

(\*) De acuerdo a la Disposición General de la Ley publicada en Registro Oficial Suplemento 20 de 21 de Junio del 2013, en todas normas en las que se refiera al cantón La Concordia como perteneciente a la provincia de "Esmeraldas" deberá sustituirse por la provincia "Santo Domingo de los Tsáchilas".

Fuente: INEC, Proyecciones de Población en base al Censo de Población y Vivienda 2010



## 10.2 Proyecciones y estimaciones de prevalencia y concentración población con DCI

PROVINCIAS	Población Nacional (2019)	Población Urbana (2019)	Población Rural (2019)	% urbano	% rural	Estimaciones de población menores de 5 años (2019)	Estimaciones de desnutrición crónica en menores de 5 años (ENSANUT 2018 - 2019)	Número de nn con desnutrición crónica en lo urbano	Número de nn con desnutrición crónica en lo rural
<b>TOTAL PAÍS</b>	<b>17.267.986</b>	<b>11.030.216</b>	<b>6.237.770</b>	<b>63,9%</b>	<b>36%</b>				
AZUAY	867.239	476.605	390.634	55,0%	45%	79.411	28,8%	12.563	10.297
BOLÍVAR	208.384	66.702	141.682	32,0%	68%	22.982	35,1%	2.583	5.486
CAÑAR	276.819	132.545	144.274	47,9%	52%	28.612	27,2%	3.728	4.058
CARCHI	185.523	98.311	87.212	53,0%	47%	16.541	30,2%	2.648	2.349
COTOPAXI	482.615	160.704	321.911	33,3%	67%	51.905	31,8%	5.495	11.008
CHIMBORAZO	519.777	221.062	298.715	42,5%	57%	49.808	35,2%	7.460	10.080
IMBABURA	470.129	259.188	210.941	55,1%	45%	44.727	28,5%	7.035	5.725
LOJA	516.231	331.009	185.222	64,1%	36%	49.869	23,4%	7.491	4.192
PICHINCHA	3.172.200	2.018.892	1.153.308	63,6%	36%	282.073	21,0%	37.648	21.507
TUNGURAHUA	584.114	227.505	356.609	38,9%	61%	51.022	32,5%	6.454	10.116
SANTO DOMINGO	450.694	342.057	108.637	75,9%	24%	45.942	19,9%	6.931	2.201
EL ORO	707.204	551.011	156.193	77,9%	22%	62.838	16,6%	8.150	2.310
ESMERALDAS	635.227	396.885	238.342	62,5%	38%	73.162	18,5%	8.437	5.066
GUAYAS	4.327.845	3.668.006	659.839	84,8%	15%	397.738	17,7%	59.803	10.758
LOS RÍOS	910.770	514.498	396.272	56,5%	44%	94.140	19,6%	10.431	8.034
MANABÍ	1.549.796	936.096	613.700	60,4%	40%	145.943	22,9%	20.145	13.207
SANTA ELENA	392.611	211.641	180.970	53,9%	46%	43.835	36,4%	8.601	7.355
MORONA SANTIAGO	192.301	64.991	127.310	33,8%	66%	24.553	34,0%	2.824	5.532
NAPO	130.976	46.970	84.006	35,9%	64%	16.355	27,9%	1.635	2.924
PASTAZA	111.270	49.389	61.881	44,4%	56%	13.015	34,2%	1.976	2.476
ZAMORA CHINCHIPE	117.899	51.732	66.167	43,9%	56%	14.509	24,5%	1.560	1.996
SUCUMBÍOS	225.481	98.836	126.645	43,8%	56%	24.862	26,9%	2.928	3.752
ORELLANA	159.479	87.094	72.385	54,6%	45%	19.971	29,9%	3.258	2.707
GALÁPAGOS	32.320	18.487	13.833	57,2%	43%	3.208	23,6%	433	324
ZONAS NO DELIMITADAS	41.082	0	41.082	0,0%	100%	4.883		230.217	153.461

Fuente: INEC. Procesamiento UNICEF. 2021. Estas proyecciones y estimaciones deben ser tomadas como aproximaciones.



Desagregación		Prevalencia de desnutrición crónica menores de 5 años	Prevalencia de desnutrición crónica menores de 2 años	Niñas y niños menores de 5 años años 2018	Niñas y niños menores de 5 años años 2020	Niñas y niños menores de 2 años años 2018	Niñas y niños menores de 2 años años 2020	Número de niñas y niños menores de 5 años con DCI con proyección 2018	Número de niñas y niños menores de 5 años con DCI con proyección 2020	Número de niñas y niños menores de 2 años con DCI con proyección 2018	Número de niñas y niños menores de 2 años con DCI con proyección 2020
Nacional		23,01	27,17	1.666.148	664.966	1.326.976	662.164	383.463	305.403	180.681,81	179.920
<b>Área</b>											
Urbano		20,05	25,39								
Rural		28,72	30,55								
<b>Región Natural</b>											
Sierra		25,75	29,46								
Costa		19,81	24,70								
Amazonía		29,58	31,39								
<b>Insular</b>											
Insular		23,61	28,63								
Azuay		28,79	30,67	79.613	31.745	79.246	31.627	22.918	22.812	9.735,07	9.699
Bolívar		35,11	34,56	23.260	9.092	22.717	8.888	8.166	7.976	3.142,37	3.072
Cañar		27,21	28,78	28.631	11.316	28.583	11.297	7.792	7.779	3.257,26	3.252
Carchi		30,21	30,33	16.656	6.614	16.428	6.527	5.032	4.963	2.006,47	1.980
Cotopaxi		31,80	34,85	52.151	20.814	51.662	20.621	16.581	16.426	7.253,63	7.186
Chimborazo		35,21	39,38	50.368	20.041	49.272	19.618	17.737	17.351	7.892,26	7.726
El Oro		16,65	19,83	63.283	25.232	62.444	24.932	10.534	10.395	5.002,74	4.943
Esmeraldas		18,46	22,69	73.675	29.303	72.676	28.927	13.598	13.413	6.649,12	6.564
Guayas		17,74	22,46	398.488	159.174	397.135	158.758	70.694	70.454	35.747,43	35.654
Imbabura		28,53	30,81	44.880	17.965	44.578	17.847	12.804	12.718	5.535,42	5.499
Loja		23,43	25,57	50.104	20.021	49.623	19.826	11.737	11.625	5.120,10	5.070
Los Ríos		19,61	24,96	94.599	37.832	93.712	37.502	18.555	18.381	9.443,30	9.361
Manabí		22,85	28,68	147.558	58.688	144.392	57.468	33.722	32.998	16.829,54	16.480
<b>Morona Santiago</b>											
Morona Santiago		34,03	31,39	24.635	9.809	24.461	9.736	8.384	8.325	3.078,92	3.056
Napo		27,87	25,17	16.237	6.540	16.466	6.630	4.525	4.589	1.646,14	1.669
Pastaza		34,21	34,09	12.904	5.182	13.123	5.269	4.414	4.489	1.766,71	1.796
<b>Pichincha</b>											
Pichincha		20,97	25,48	280.816	112.414	283.419	113.529	58.892	59.438	28.643,02	28.927
<b>Tungurahua</b>											
Tungurahua		32,48	41,34	51.252	20.439	50.793	20.259	16.644	16.495	8.449,82	8.376
Zamora Chinchipe		24,51	30,42	14.496	5.746	14.514	5.750	3.553	3.557	1.747,60	1.749
<b>Galápagos</b>											
Galápagos		23,61	28,63	3.175	1.255	3.241	1.282	750	765	359,19	367
<b>Sucumbios</b>											
Sucumbios		26,87	33,70	24.754	9.864	24.967	9.949	6.652	6.709	3.324,51	3.353
<b>Orellana</b>											
Orellana		29,87	32,27	20.339	8.037	19.621	7.762	6.075	5.860	2.593,53	2.505
<b>Sto Domingo de los Tsáchilas</b>											
Sto Domingo de los Tsáchilas		19,88	22,90	45.886	18.455	45.991	18.499	9.121	9.142	4.226,39	4.237
<b>Santa Elena</b>											
Santa Elena		36,40	39,31	43.536	17.438	44.142	17.689	15.847	16.068	6.854,27	6.953
<b>Hombre</b>											
Hombre		24,75	30,84								
<b>Mujer</b>											
Mujer		21,17	23,40								
<b>Indígena</b>											
Indígena		40,71	38,83								
<b>Afro-ecuatoriano1</b>											
Afro-ecuatoriano1		16,06	17,83								
<b>Mestizo</b>											
Mestizo		21,85	26,84								
<b>Montuvió2</b>											
Montuvió2		18,42	20,68								
		21,29	24,43								

Fuente: INEC. Procesamiento UNICEF. 2021. Estas proyecciones y estimaciones deben ser tomadas como aproximaciones



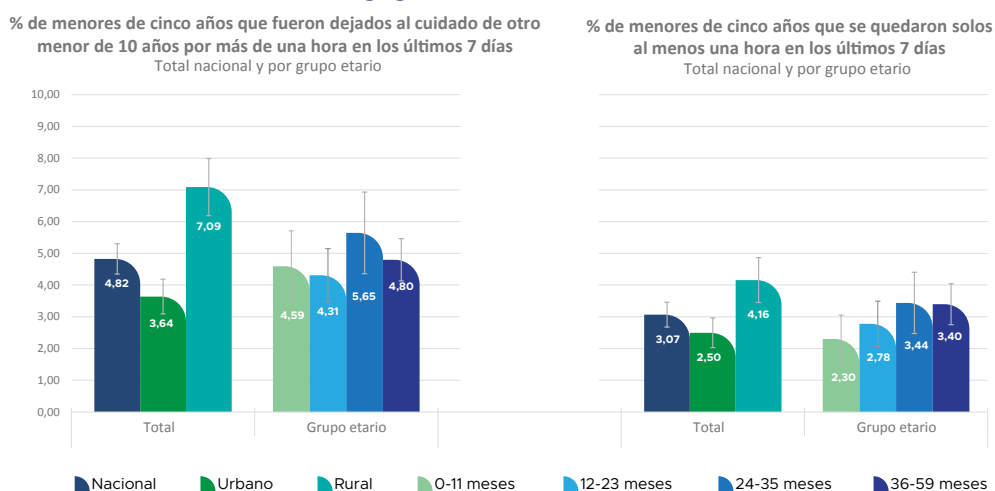
### 10.3 Cuidado, negligencia y disciplina negativa en la primera infancia

La atención que brindan los cuidadores a las niñas y niños en sus primeros años de vida y sobre todo en sus primeros mil días es determinante para su buena nutrición. Dos indicadores permiten una aproximación a la calidad de atención y

vínculo afectivo que existe entre adultos, niñas y niños.

5 de cada 100 niñas y niños menores de 5 años fueron dejados al cuidado de otro menor de 10 años por una hora durante la semana, mientras que 3 de cada 100 fueron dejados solos al menos una hora durante la semana. Estas relaciones se incrementan en el sector rural.

#### Negligencia en el cuidado

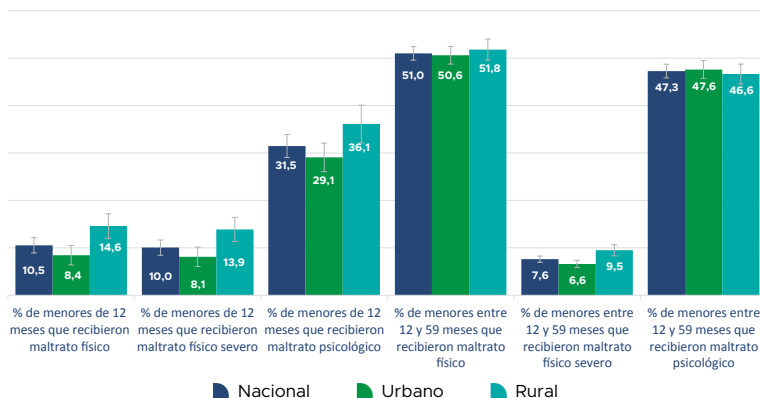


Ensanut, 2018

La disciplina negativa es una expresión de la violencia que afecta el crecimiento de la persona y su desarrollo intelectual, social y emocional. Llama la atención el hecho de que 1 de cada 10 hogares maltrata físicamente o psicológicamente a infantes menores de 1 año de vida y que esta proporción se eleva drásticamente en niñas y niños entre 12 y 59 meses, alcanzando a casi la mitad de ellos.

ca o psicológicamente a infantes menores de 1 año de vida y que esta proporción se eleva drásticamente en niñas y niños entre 12 y 59 meses, alcanzando a casi la mitad de ellos.

#### Uso de disciplina negativa en el hogar en los últimos 30 días



Nota: Para los menores de 12 meses se preguntó “[...] Por favor, dígame si usted o alguien más en el hogar ha usado estos métodos con (...) en los últimos 30 días”, y se clasificaron como maltrato físico las opciones: “le sacudieron para tratar de detener el llanto?”, “le pegaron?”, mientras que se clasificaron como maltrato psicológico las opciones: “le ignoraron hasta que dejara de llorar o de quejarse?”, “le dijeron que dejara de llorar, hablaron con él/ella severamente?”, “le gritaron?”. En el caso de los menores de 12 o más meses, se preguntó: “[...] Por favor dígame si usted o alguien más en el hogar ha usado estos métodos con (...) en los últimos 30 días”, y se consideraron como maltrato físico las opciones de respuesta: “le sacudió?”, “le dio una nalgada con la mano?”, “le golpeó en el trasero o en otra parte del cuerpo con algún objeto como un cinturón, un cepillo de pelo, un palo u otro objeto duro?”, “le dio una palmada en la cara, en la cabeza o en las ojeas?”, “le dio una palmada en la mano, en el brazo o en la pierna?”, “le dio una paliza; es decir, le pegó una u otra vez lo más fuerte que pudo?”, “lo bañó en agua fría, le metió al tanque o le pegó con ortiga?”. Como maltrato psicológico para los menores en este rango de edad se consideraron las opciones de respuesta: “le gritó?”, “le llamó tonto/a, perezoso(a), malcriado/a o alguna otra cosa parecida?”

Ensanut, 2018



## 10.4 Cobertura de servicios de salud, desarrollo infantil y protección social críticos en 2018

Cobertura de servicios de salud, desarrollo infantil y protección social críticos en 2018

Nivel	Grupo	< 5 años		< 2 años	
		Total	Niños con DCI	Total	Niños con DCI
Controles durante el embarazo	Sin controles de embarazo	3,60%	4,40%	3,30%	3,90%
	1 a 4 controles	13,00%	16,30%	13,90%	16,70%
	5 a 7 controles	38,10%	40,30%	40,60%	43,00%
	8 a 9 controles	34,60%	30,80%	32,00%	27,50%
	+9 controles	10,8%	8,20%	10,20%	9,0%
	Total	100%	100%	100%	100%
Suplementación durante el embarazo	Hierro	13,20%	15,10%	13,50%	15,60%
	A Fólico con o sin hierro	85,00%	82,60%	85,00%	82,30%
	Ninguno	1,80%	2,40%	1,60%	2,10%
	Total	100%	100%	100%	100%
Inscripción en el Registro Civil	Inscrito en Registro Civil	96,70%	96,20%	93,30%	93,50%
	No inscrito	3,30%	3,80%	6,70%	6,50%
	Total	100%	100%	100%	100%
Desparasitantes en los últimos 6 meses	Desparasitado	35,20%	32,10%	12,00%	14,20%
	No desparasitado	64,80%	67,90%	88,00%	85,80%
	Total	100%	100%	100%	100%
Vacunación oportuna	No oportuna	84,80%	84,30%	72,80%	75,30%
	Oportuna	15,20%	15,70%	27,20%	24,70%
	Total	100%	100%	100%	100%
Esquema de vacunación completo	No completo	60,70%	62,30%	51,30%	54,70%
	Completo	39,30%	37,70%	48,70%	45,30%
	Total	100%	100%	100%	100%
Lugar del parto	MSP	65,80%	71,20%	68,80%	72,20%
	Seguridad Social	10,40%	9,00%	10,50%	9,00%
	Otro	3,20%	2,10%	2,30%	2,10%
	Privado	16,80%	11,40%	14,60%	11,10%
	En casa	3,80%	6,20%	3,80%	5,60%
	Total	100%	100%	100%	100%
Asistencia actual o pasada a centros de desarrollo infantil	Ninguna	55,30%	54,10%	72,20%	67,40%
	CDI o guardería	16,60%	15,10%	5,30%	6,40%
	CNH	28,10%	30,80%	22,50%	26,20%
	Total	100%	100%	100%	100%
Bono de desarrollo humano	Madre receptora	7,60%	10,90%	7,30%	8,90%
	Hogar receptor	4,80%	5,60%	6,20%	6,30%
	No receptor	87,50%	83,50%	86,60%	84,8%
	Total	100%	100%	100%	100%
Vacunación oportuna (Neumococo y rotavirus)	No oportuna	66,20%	67,50%	56,00%	60,70%
	Oportuna	33,80%	32,50%	44,00%	39,30%
	Total	100%	100%	100%	100%
Vacunación completa (Neumococo y rotavirus)	No completo	35,30%	35,10%	27,10%	28,50%
	Completo	64,70%	64,90%	72,90%	71,5%
	Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: INEC – Ensanut, 2018



## 10.5 Tabla de Asociación entre DCI y otras características del hogar en 2018

Cobertura de servicios de salud, desarrollo infantil y protección social críticos en 2018

Nivel	Grupo	< 5 años		< 2 años	
		Prevalencia	Distribución de niños/as con DCI	Prevalencia	Distribución de niños/as con DCI
<b>Educación de la madre</b>	Ninguna	29,8%	1,7%	39,3%	1,6%
	EGB	28,2%	42,4%	30,4%	37,9%
	Media	22,0%	41,1%	26,7%	44,2%
	Superior	16,6%	14,8%	22,0%	16,3%
	Total		100,0%		100,0%
<b>Número de menores de 12 en el hogar</b>	1 niño/a	19,1%	26,2%	24,2%	27,6%
	2 niño/as	22,3%	39,4%	26,9%	39,5%
	3 niño/as	26,2%	20,8%	30,8%	21,5%
	4 niño/as	31,6%	8,1%	30,1%	6,7%
	5+ niño/as	35,2%	5,5%	32,0%	4,6%
	Total		100,0%		100,0%
<b>Seguridad alimentaria</b>	Seguridad alimentaria	21,2%	50,0%	25,5%	50,7%
	Inseguridad leve	24,8%	25,7%	30,2%	26,0%
	Inseguridad moderada	24,1%	12,4%	27,0%	12,4%
	Inseguridad severa	27,2%	11,9%	29,5%	10,9%
	Total		100,0%		100,0%
<b>Acceso a agua para beber</b>	Acc mejorado casa y suficiente	22,2%	76,8%	26,4%	77,1%
	Básica	24,6%	8,9%	32,6%	9,7%
	Limitada/no mejorada/superficial	27,5%	14,3%	28,6%	13,2%
	Total		100,0%		100,0%
<b>Acceso a servicios higiénicos</b>	Básico	20,1%	77,8%	25,7%	81,0%
	Limitado y no mejorado	25,4%	14,9%	29,7%	13,1%
	Al aire libre	42,6%	7,3%	40,4%	5,9%
	Total		100,0%		100,0%
<b>Acceso a servicio de higiene (lavado de manos)</b>	Básico	22,0%	79,2%	27,2%	82,8%
	Limitado	26,5%	9,3%	23,5%	6,9%
	Sin instalación	28,9%	11,5%	28,5%	10,3%
	Total		100,0%		100,0%

Fuente: INEC – Ensanut, 2018

a La única diferencia significativa es entre educación superior y los demás grupos

b Diferencias significativas entre todos los grupos para la DCI entre menores de 5 años. Ciertas diferencias son significativas para DCI entre menores de 2 años.

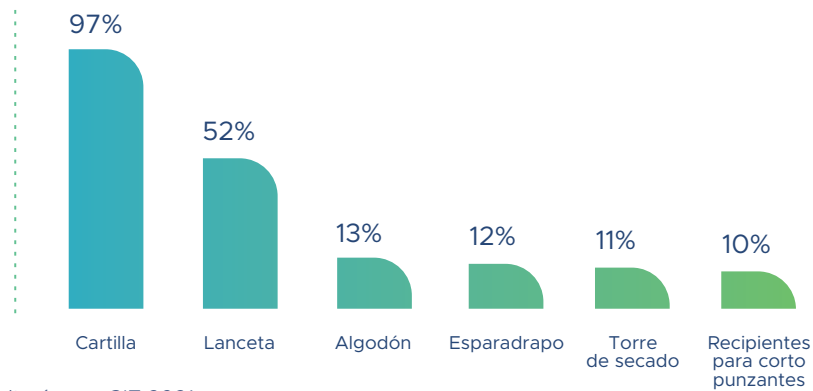
d Ciertas diferencias son significativas

e Diferencia significativa entre las niñas y niños sin acceso a ningún servicio higiénico y los demás niños.



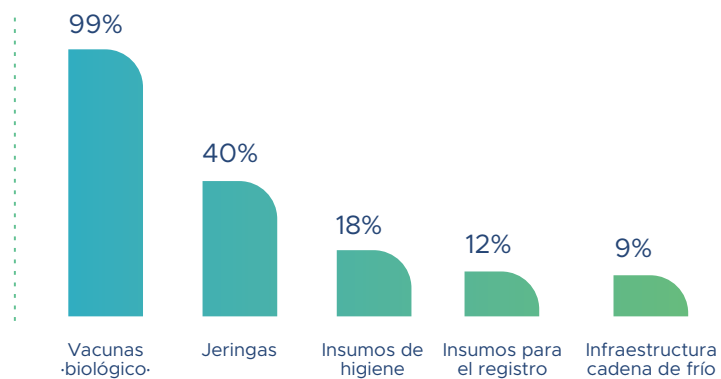
## 10.6 Limitaciones de oferta de servicios críticos para la lucha contra la DCI

Porcentaje de falta de insumos para tamizaje por insumo, en unidades que presentaron alguna ausencia de insumos en los últimos 12 meses



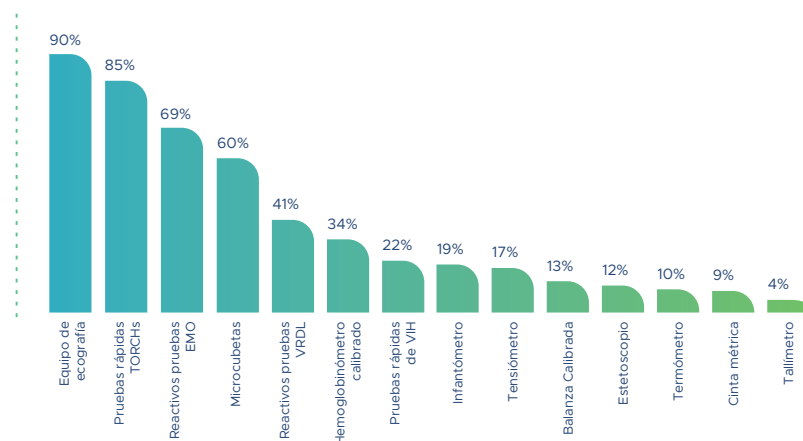
Fuente: Consultoría por GIZ 2021

Porcentaje de falta de insumos para vacunación por insumo, en unidades que presentaron alguna ausencia de insumos en los últimos 12 meses



Fuente: Consultoría por GIZ 2021

Porcentaje de falta de insumos para control prenatal y control de niño sano

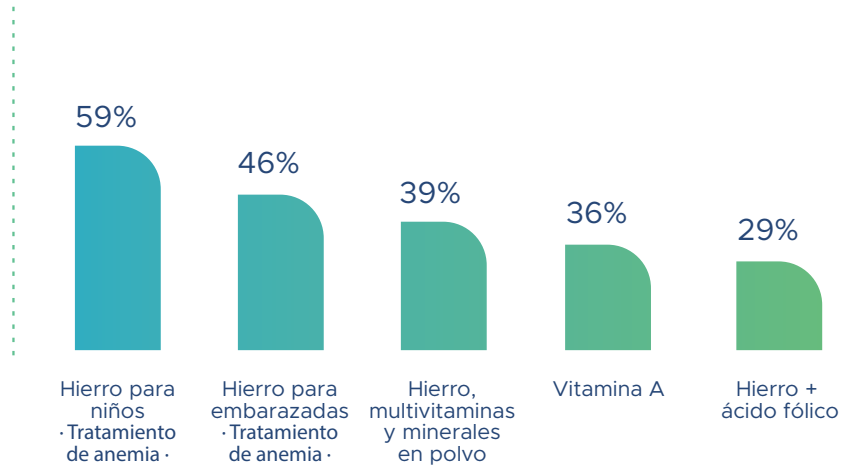


Fuente: Consultoría por GIZ 2021



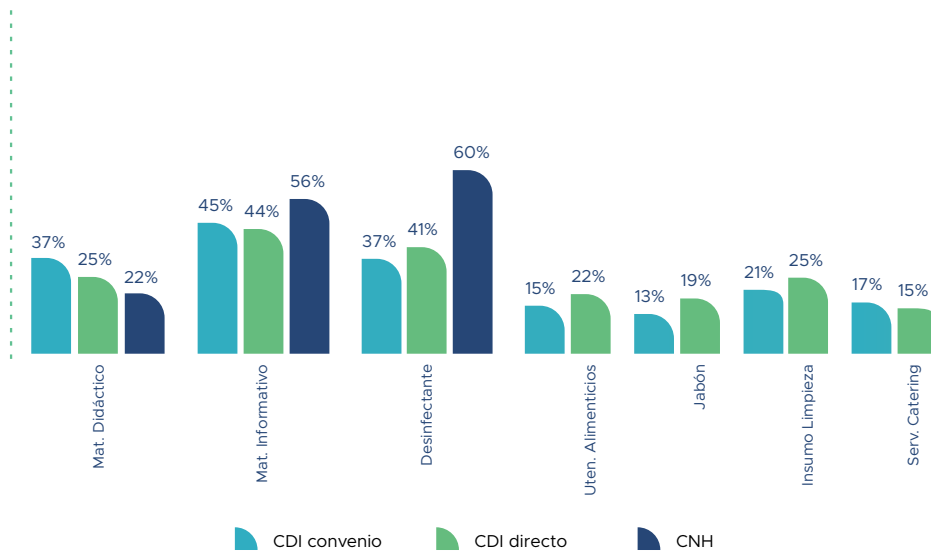


Porcentaje de falta de micronutrientes en los últimos 3 meses



Fuente: Consultoría por GIZ 2021

Porcentaje de CDI y CNH que reportan falta de insumos y equipamiento por modalidad



Fuente: Consultoría por GIZ 2021

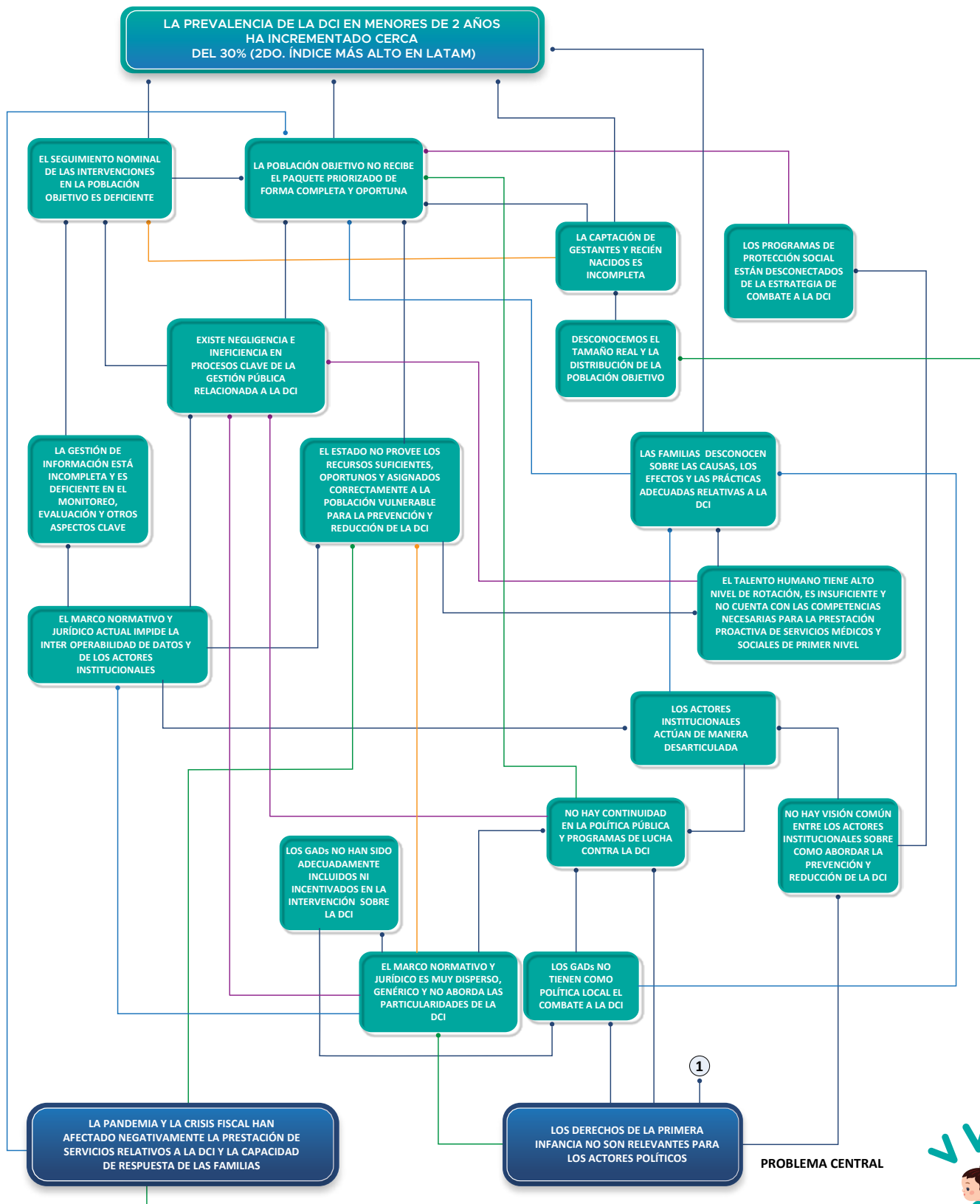


## 10.7 Cuadro de efectos indeseables

No hay visión común entre los actores institucionales sobre las causas y el abordaje de la DCI	Los actores institucionales actúan de manera desarticulada	Población objetivo no recibe el paquete priorizado de forma completa y oportuna	Las familias desconocen sobre las causas, efectos y las prácticas adecuadas en torno a DCI
El Estado no provee los recursos suficientes, oportunos y asignados correctamente a la población más vulnerable para prevención y reducción de la DCI	La prevalencia de la DCI en menores de 2 años ha incrementado cerca del 30%, segundo índice más grande en LATAM	Los programas de protección social están desconectados de la estrategia de combate a la DCI	La gestión de información es deficiente en el monitoreo y otros aspectos clave
El seguimiento nominal de las intervenciones en la población objetivo es deficiente y no muestra el cumplimiento del paquete integral	Los GADS no han sido adecuadamente incluidos en la intervención integrada sobre la DCI	Los GADs no tienen como política local el combate a la DCI	Los derechos de la primera infancia no son relevantes para los actores políticos
Existe negligencia e ineficiencia en procesos clave de la gestión pública relacionada a la DCI	El TTHH tiene alto nivel de rotación, es insuficiente y no cuenta con las herramientas necesarias para la prestación proactiva de servicios médicos y sociales de primer nivel a la población	Desconocemos el tamaño real y la distribución de la población objetivo	La captación de gestantes y recién nacidos es incompleta
La pandemia y la crisis económica han afectado negativamente la prestación de servicios de salud relativos a la DCI y la capacidad de respuesta de las familias	No hay continuidad en la política pública y programas de lucha contra la DCI	El marco normativo y jurídico actual impide la interoperabilidad de datos y los actores institucionales	El Marco normativo y jurídico es muy disperso, genérico y no aborda las particularidades de la DCI

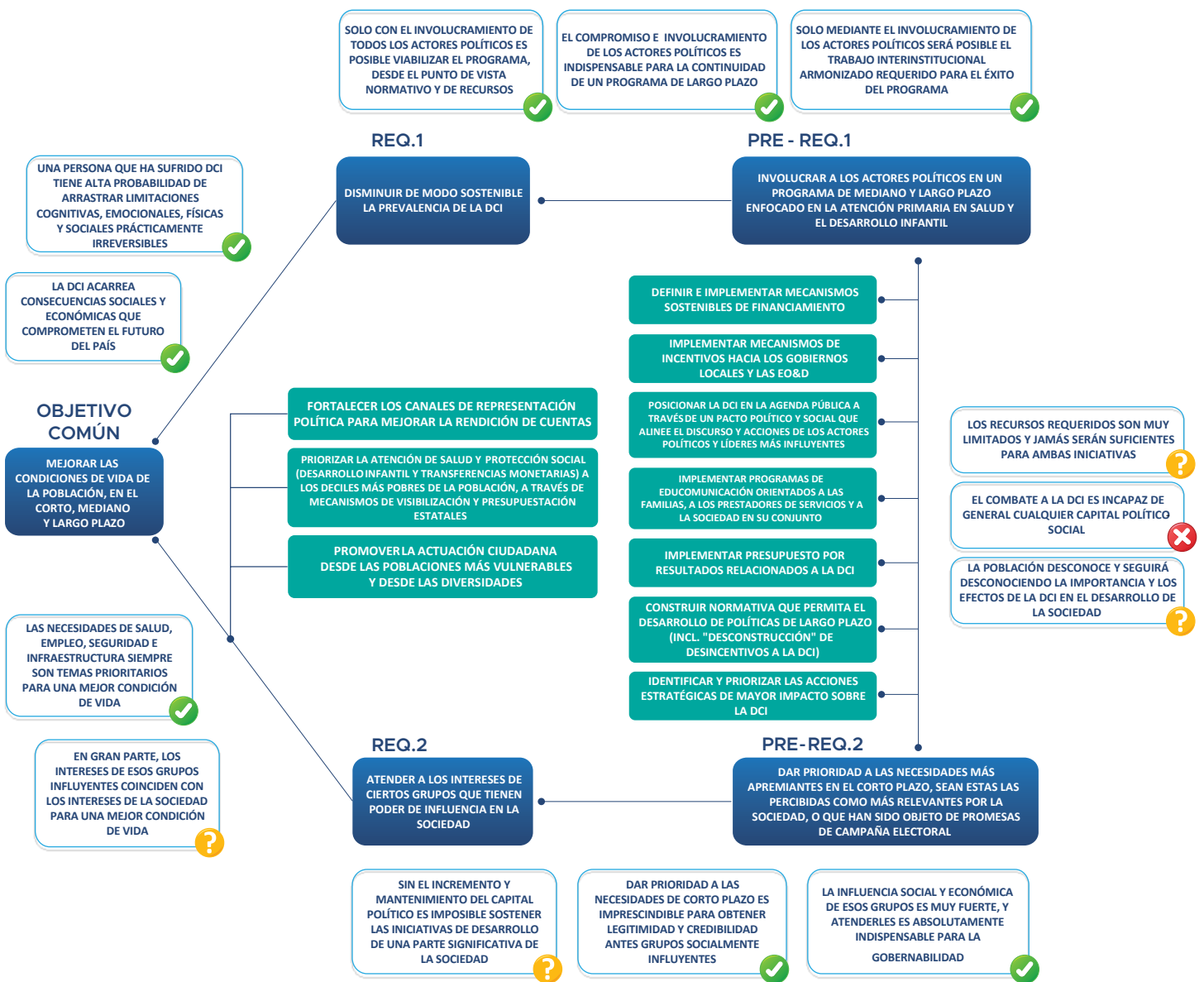


### 10.8 Mapa de efectos indeseables de la realidad actual

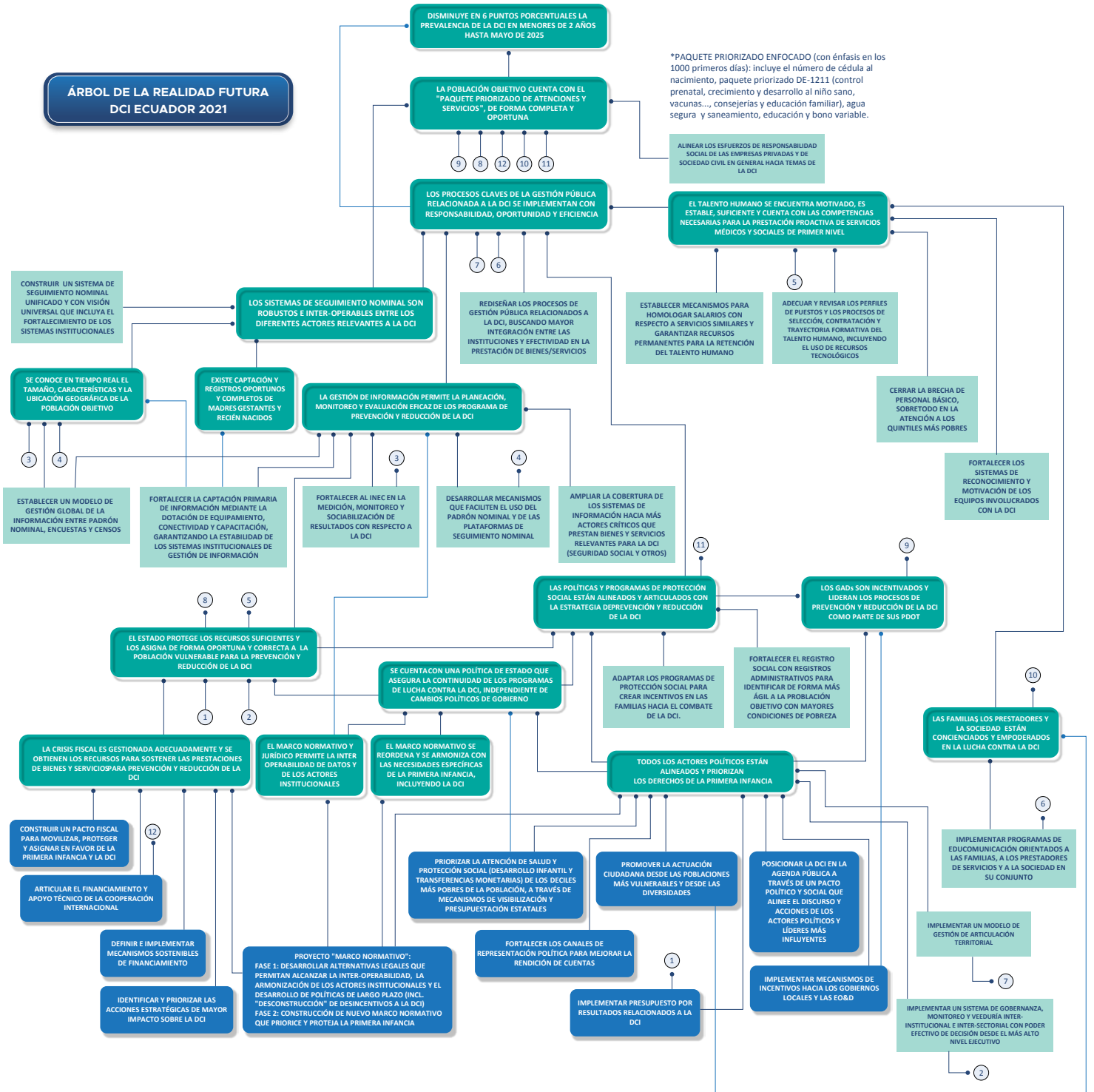


## 10.9 Nube de resolución de conflictos

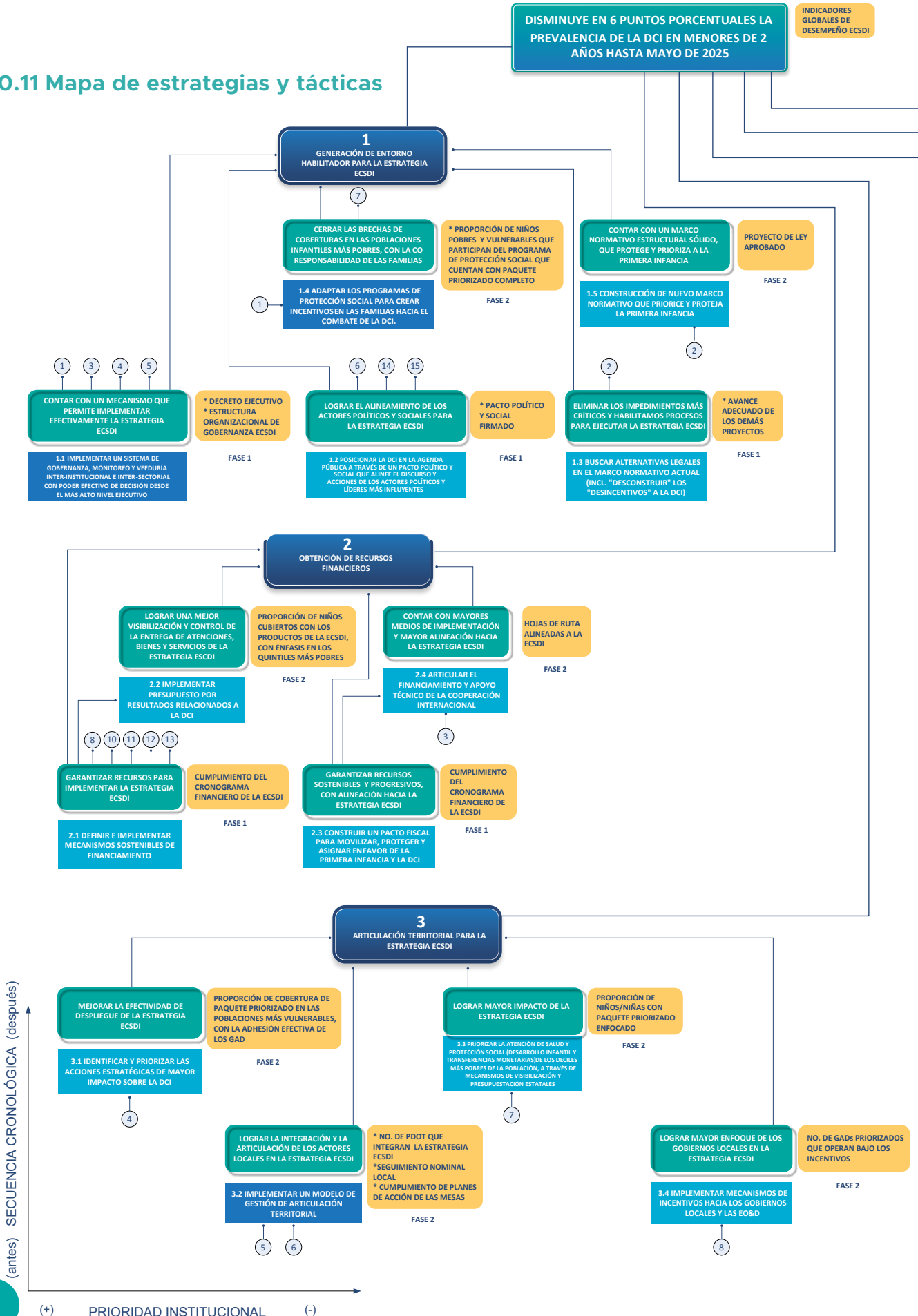
### LOS DERECHOS DE LA PRIMERA INFANCIA NO SON RELEVANTES PARA LOS ACTORES POLÍTICOS



## 10.10 Árbol de realidad futura

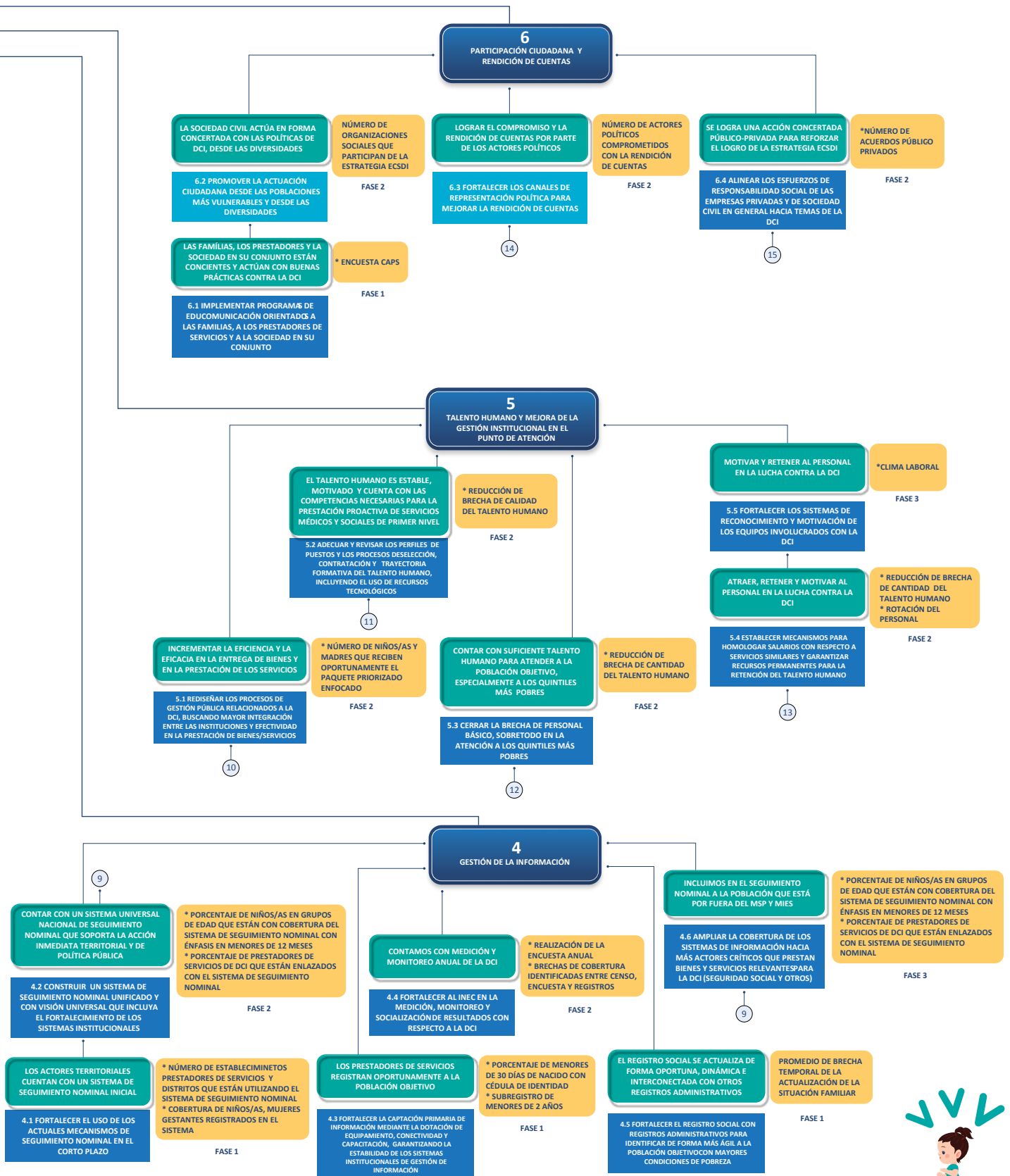


### 10.11 Mapa de estrategias y tácticas



**Nota:** Los indicadores podrán ser ajustados en el despliegue de cada proyecto.





## 10.12 Decreto Ejecutivo N° 92

N° 92

**GUILLERMO LASSO MENDOZA**

**PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPÚBLICA**

### CONSIDERANDO:

Que el artículo 44 de la Constitución de la República dispone que es obligación del Estado promover en forma prioritaria, atendiendo al principio de interés superior, el desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes, cuyos derechos prevalecen sobre los de las demás personas;

Que el artículo 141 de la Constitución de la República dispone que el Presidente de la República ejerce la Función Ejecutiva, es el Jefe de Estado y de Gobierno y responsable de la administración pública;

Que los numerales 3, 5 y 6 del artículo 147 de la Constitución de la República establecen entre otras atribuciones y deberes del Presidente de la República, definir y dirigir las políticas de la Función Ejecutiva, dirigir la administración pública en forma desconcentrada y expedir los decretos necesarios para su integración, organización, regulación y control; y, crear, modificar y suprimir los ministerios, entidades e instancias de coordinación;

Que el segundo objetivo de desarrollo sostenible de la Agenda 2030 de la Organización de Naciones Unidas, así como el convenio de adhesión suscrito entre la Vicepresidencia de la República y el movimiento Scaling Up Nutrition - SUN- de la ONU el 12 de mayo del 2021, se concreta a poner “fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición”;

Que mediante Decreto Ejecutivo No. 1211 del 15 de diciembre de 2020, se aprobó la implementación de la “Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición”, cuyo objetivo es prevenir la desnutrición crónica infantil y reducir su prevalencia en niños y niñas menores de 24 meses de edad, conforme los objetivos planteados en la agenda 2030, a través de la implementación del denominado “Paquete Priorizado” de bienes y servicios destinado a atender a la población objetivo.

Que la Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición se establece en concordancia con los objetivos definidos en el Plan Nacional de Desarrollo 2021 – 2025; y tiene como meta, para el año 2030, la reducción de la desnutrición infantil a diez puntos porcentuales, para cumplir con los compromisos adquiridos por el Estado en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible ODS de la Organización de las Naciones Unidas;

Que es necesario garantizar un paquete priorizado de atenciones, bienes y servicios destinados a las mujeres gestantes y a la primera infancia, con énfasis en los mil primeros días de vida, para prevenir y reducir la desnutrición crónica infantil;





Nº 92

**GUILLERMO LASSO MENDOZA**

**PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPÚBLICA**

Que es necesario asignar recursos presupuestarios suficientes para el logro de las metas planteadas, establecer metodologías adecuadas para ello y para el seguimiento y evaluación constante del cumplimiento de la Estrategia;

Que mediante Oficio Nro. MEF-VGF-2021-0548-O el Ministerio de Economía y Finanzas remitió dictamen favorable conforme al numeral 15 del artículo 74 del Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas; y,

En ejercicio de las competencias que le asignan los números 3, 5 y 6 del artículo 147 de la Constitución de la República, el artículo 45 del Código Orgánico Administrativo y, los literales f), h), e i) del artículo 11 del Estatuto del Régimen Jurídico y Administrativo de la Función Ejecutiva,

**DECRETA:**

**Artículo 1.-** Transfórmese la Secretaría Técnica del Plan Toda una Vida en la “Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil”, como un organismo de derecho público, con personalidad jurídica, patrimonio propio, dotada de autonomía presupuestaria, financiera, administrativa y de gestión, adscrita a la Presidencia de la República.

**Artículo 2.-** La máxima autoridad de la Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil será ejercida por un Secretario Técnico, con rango de ministro, que será nombrado por el Presidente de la República.

**Artículo 3.-** La Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición tendrá las siguientes atribuciones y competencias:

- a. Dirigir y coordinar la articulación intersectorial e interinstitucional para la ejecución efectiva, eficiente y oportuna de la Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición y el Plan Estratégico para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil;
- b. Coordinar con los distintos actores de la sociedad vinculados al abordaje de la desnutrición crónica infantil mecanismos sostenidos, que contribuyan a incidir en la disminución y erradicación de la desnutrición crónica infantil en el país, garantizando el cumplimiento de las obligaciones del sector público, así como la corresponsabilidad y participación del conjunto de actores de la sociedad;
- c. Elaborar el Plan Estratégico para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil, revisarlo, difundirlo, promoverlo y ajustarlo cuando sea necesario;



Nº 92

**GUILLERMO LASSO MENDOZA**

**PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPÚBLICA**

- d. Proponer reformas al ordenamiento jurídico e institucional vigente, cuando ello sea necesario para la ejecución de la Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición;
- e. 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 en la Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición;
- f. Definir y promover la gestión de la información y monitoreo de la ejecución de la Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición y actuar efectiva, eficiente y oportunamente para asegurar su ejecución;
- g. Realizar recomendaciones para garantizar la sostenibilidad fiscal de la Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición;
- h. Asesorar y apoyar a la gestión institucional por resultados para la provisión de los paquetes prioritarios en el ámbito del Plan Estratégico;
- i. Gestionar y generar acuerdos o convenios con organismos multilaterales a través de cooperación internacional, para la consecución de recursos financieros y materiales que aporten en la ejecución de la Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición;
- j. Articular, monitorear y supervisar la ejecución, tanto de la Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición como del Plan Estratégico para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil;
- k. Impulsar y promover acciones de educación y comunicación para el cambio de comportamiento orientado a la prevención de la desnutrición infantil en estrecha coordinación con las entidades rectoras del campo de la primera infancia y la comunicación pública; y,
- l. Promover la investigación e innovación en el campo de la prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil en el Ecuador en alianza con centros académicos nacionales e internacionales y organizaciones de la sociedad civil y cooperación.

**DISPOSICIONES TRANSITORIAS:**



Nº 92

**GUILLERMO LASSO MENDOZA**

**PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPÚBLICA**

**PRIMERA.-** La Secretaría Técnica del Plan Toda una Vida, en coordinación con el Ministerio de Trabajo y el Ministerio de Economía y Finanzas, en el término máximo de ciento veinte (120) días contados a partir de la fecha de expedición de este Decreto Ejecutivo, deberá realizar todas las acciones administrativas, jurídicas y de talento humano que se requieran para la aplicación de lo dispuesto en el presente Decreto Ejecutivo.

**SEGUNDA.-** La Secretaría Técnica del Plan Toda una Vida mantendrá su denominación, exclusivamente mientras transcurra el término establecido en la disposición anterior. Vencido este término, se denominará "Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil".

**TERCERA.-** La Secretaría Técnica del Plan Toda una Vida garantizará durante el proceso de transición, la continuidad de los procesos administrativos, contractuales, judiciales y extrajudiciales, así como de los distintos servicios, programas, proyectos y procesos ya iniciados hasta su formal transformación al cumplirse el término establecido en la disposición transitoria primera de este Decreto Ejecutivo.

**CUARTA.-** Salvo lo relacionado con la Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición, las misiones, facultades y atribuciones que correspondían al Plan Toda una Vida serán transferidas al Ministerio de Inclusión Económica y Social, salvo la misión Casa para Todos, que se transfiere al Ministerio de Desarrollo y Vivienda. Los referidos ministerios de Estado asumirán los derechos y obligaciones de la Secretaría Técnica del Plan Toda una Vida, en todo lo relacionado con las misiones y atribuciones que se les transfieren.

**QUINTA.-** Las partidas presupuestarias, archivos, bienes, activos y pasivos de las competencias, programas y/o proyectos que se transfieren, pasarán a los ministerios respectivos en razón de sus competencias.

**SEXTA.-** El Secretario Técnico del Plan Todo Una Vida deberá preservar toda la documentación, archivos físicos y digitales a su cargo, así como preparar un informe del proceso de transición que deberá entregarlo al Secretario General de la Presidencia al finalizar el término establecido en la disposición transitoria primera de este Decreto Ejecutivo.

#### **DISPOSICIONES DEROGATORIAS:**

**PRIMERA.-** Deróguese los siguientes decretos ejecutivos: Decreto Ejecutivo No. 11 publicado en el segundo suplemento del Registro Oficial No. 16 del 16 de junio de 2017; Decreto Ejecutivo No. 57 publicado en el suplemento del Registro Oficial No. 36 del 14



Nº 92

**GUILLERMO LASSO MENDOZA**

**PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPÚBLICA**

de julio de 2017; y, Decreto Ejecutivo No. 473 publicado en el Registro Oficial No. 321 del 6 de septiembre de 2018.

**SEGUNDA.-** Deróguese el artículo 2 del Decreto Ejecutivo No. 129 publicado en el suplemento del Registro oficial No. 78 del 13 de septiembre de 2017.

**TERCERA.-** Deróguese los artículos 1 al 10 del Decreto Ejecutivo No. 465 publicado en el suplemento del Registro Oficial No. 306 del 16 de agosto de 2018.

**CUARTA.-** Deróguese toda norma de igual o menor jerarquía que contravenga lo indicado por este Decreto Ejecutivo.

**DISPOSICIÓN FINAL:**

Encárguese a la Secretaría Técnica del Plan Toda una Vida, a la Secretaría General de la Presidencia, al Ministerio de Economía y Finanzas, al Ministerio de Trabajo, al Ministerio de Inclusión Económica y Social y al Ministerio Desarrollo Urbano y Vivienda de la ejecución de este Decreto Ejecutivo.

Este Decreto Ejecutivo entrará en vigencia a partir de la fecha de su suscripción sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial.

Dado en el Palacio Nacional, Distrito Metropolitano de Quito, el 6 de julio de 2021.



Guillermo Lasso Mendoza  
**PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPÚBLICA**



### 10.13 Otros indicadores principales para el monitoreo de la estrategia ECSDI

Los indicadores se dividirán entre 1) de resultado y 2) de gestión, y provendrán tanto de la base de datos integrada de seguimiento nominal, así como de las fuentes complementarias como la ENDI, la encuesta de salud y nutrición (ENSANUT) y el Censo de Población y Vivienda (CPV). Los principales indicadores son:

#### 10.13.1 Indicadores de resultado para menores de 2 y menores de 5 años

- o Registro de nacimiento oportuno y captación temprana
- o Prevalencia de baja talla para la edad (desnutrición crónica)
- o Prevalencia de anemia
- o Prevalencia de bajo peso para la talla (desnutrición aguda)
- o Prevalencia de bajo peso para la edad (desnutrición global)
- o Prevalencia de sobrepeso infantil
- o Prevalencia de obesidad infantil
- o Prevalencia de bajo peso al nacer
- o Prevalencia de haber tenido lactancia materna exclusiva hasta los 6 primeros meses de edad para los mayores a 6 meses
- o Prevalencia de lactancia materna exclusiva entre los menores de 6 meses de edad
- o Porcentaje de niñas y niños con cobertura de servicios de agua, saneamiento e higiene seguros o básicos
- o Porcentaje de niñas y niños en vulnerabilidad socioeconómica con acceso a servicios de desarrollo infantil máximo hasta los 36 meses de edad.

- o Porcentaje de niñas y niños en hogares con inseguridad alimentaria

#### 10.13.2 Indicadores de resultado para mujeres embarazadas

- o Prevalencia de delgadez excesiva materna
- o Prevalencia de delgadez extrema materna
- o Prevalencia de sobrepeso materno
- o Prevalencia de obesidad materna
- o Prevalencia de anemia materna
- o Porcentaje de madres gestantes con presencia de complicaciones en embarazo según pruebas VDRL, EMO y VIH
- o Porcentaje de madres gestantes en hogares con inseguridad alimentaria
- o Porcentaje de madres gestantes con cobertura de servicios de agua, saneamiento e higiene seguros o básicos
- o Porcentaje de embarazos en adolescentes
- o Porcentaje de adolescentes embarazadas con acceso a servicios educativos

#### 10.13.3 Indicadores de gestión y cobertura de servicios para niñas y niños menores de 2 y 5 años

- o Porcentaje de niñas y niños con cobertura del “paquete básico y priorizado” completo y oportuno
- o Porcentaje de niñas y niños con cobertura del “paquete básico y priorizado” completo
- o Porcentaje de niñas y niños nacidos asistidos por personal sanitario
- o Porcentaje de niñas y niños con nacimiento registrado en el Registro Civil. (Se procurará estimar el indicador para niñas y niños menores a 30 días de na-



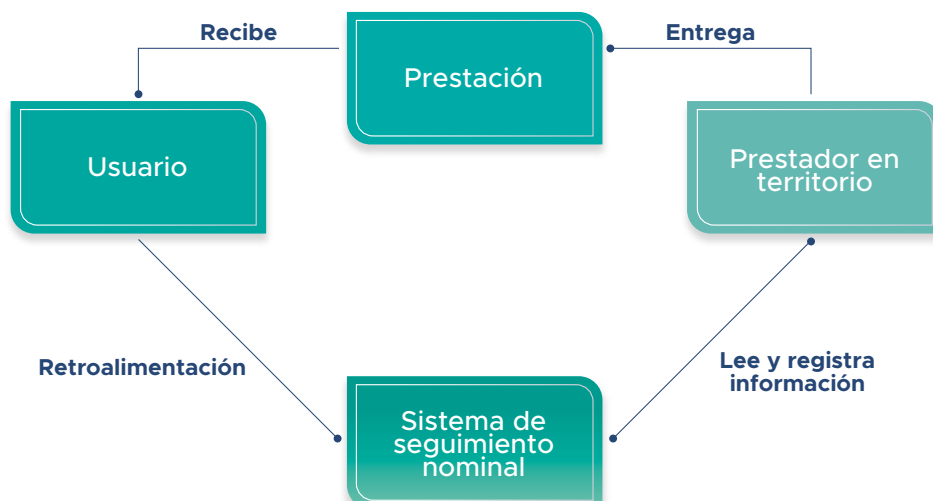
- o cido vivo u otro grupo más cercano al nacimiento)
- o Porcentaje de menores de dos años con vacunación oportuna y completa de neumococo y rotavirus
- o Porcentaje de niñas y niños con controles de crecimiento completos y oportunos
- o Porcentaje de niñas y niños con controles de crecimiento completos
- o Porcentaje de niñas y niños que toman suplementación de hierro y micronutrientes
- o Porcentaje de niñas y niños cuyas madres recibieron capacitación sobre lactancia materna exclusiva
- o Porcentaje de niñas y niños cuyas madres recibieron capacitación sobre lactancia materna complementaria
- o Porcentaje de niñas y niños que asisten al CDI o CNH cuyas madres recibieron sesiones de educación prenatal
- o Porcentaje de madres gestantes con cobertura del “paquete básico y priorizado” completo
- o Porcentaje de madres gestantes con controles de embarazo completos y oportunos
- o Porcentaje de madres gestantes con controles de embarazo completos
- o Porcentaje de madres gestantes con prescripción de suplementos nutricionales de hierro y ácido fólico

En una siguiente instancia, se recomienda construir indicadores de gestión logística de la estrategia; esto es, indicadores de abastecimiento y dotación suficiente de insumos, equipamiento y personal para entregar el paquete de servicios establecido en la estrategia de lucha contra la DCI. Finalmente, se recomienda construir indicadores de satisfacción de la población objetivo. Estos tendrán que ser levantados de manera rutinaria a través de los operarios territoriales y son fundamentales para ajustes a los programas implementados por las distintas instituciones ejecutoras. Se podría constituir un modelo de prestación de servicios acorde con la ilustración 1 donde el usuario debería retroalimentar y calificar el servicio recibido. Esta retroalimentación se la podrá levantar por los mismos prestadores en territorio o a través de una terminal propia del usuario de los servicios de salud y desarrollo infantil.

#### 10.13.4 Indicadores de gestión y cobertura de servicios para madres gestantes

- o Porcentaje de madres gestantes con cobertura del “paquete básico y priorizado” completo y oportuno

Ilustración 1 Modelo de prestación de servicio sugerido para involucrar la retroalimentación ciudadana



### 10.13.5 Descripción general de fuentes de información mapeadas

Fuente de información	Descripción de la fuente	Cobertura	Institución responsable	Utilidad
Abonados Telefónicas	Listado de abonados telefónicos móviles según el número de teléfono y la identidad del dueño.	Usuarios de telefonía móvil	CNT, Claro, Movistar y Tuenti	Proveer datos de contacto y domicilio.
Afiliados IESS/ISSFA/ISSPOL	Listado de personas afiliadas a cada sistema de seguridad social. Puede incluir información de dependientes.	Afiliados a cada sistema de seguridad social	IESS, ISSFA e ISSPOL	Estimación de condición socioeconómica de los hogares y conformación de hogares.
Cedulados	Padrón central del Registro Civil donde identifica a cada persona que ha sido inscrita en el Registro Civil.	Quienes hayan sido inscritos en el Registro Civil	DIGERCIC	Base para el padrón nominal nacional.
Censo GADs***	Base de datos con información sobre acceso y calidad de servicios de agua y saneamiento en cada cantón. No es información a nivel individual, sino a nivel cantonal. Existe una base adicional de los servicios provistos por las juntas de agua.	Quienes reciban servicios de agua y saneamiento a través de una empresa pública.	AME e INEC	Proveer información geográfica de acceso a servicios de agua y saneamiento.
Código Único Eléctrico Nacional	Información georeferenciada de lugar del medidor eléctrico enlazada con la cédula del titular del contrato.	Quienes reciban servicios de electricidad a través de una empresa pública.	CNEL / Arconel	Proveedor datos de domicilio.
Personas naturales contribuyentes SRI	Listado de personas naturales contribuyentes de impuestos y su información de domicilio y contacto.	Contribuyentes de impuestos	SRI	Estimación de condición socioeconómica de los hogares.
Defunciones (REVIT y SIES)**	Registro de defunciones inscritas y certificadas.	Defunciones inscritas y certificadas.	INEC, MSP y DIGERCIC	Base para el padrón nominal nacional.
Egresos hospitalarios	Registro de atenciones médicas que requirieron hospitalización.	Atenciones hospitalarias en centros de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y de la Red Complementaria (RC).	INEC	Base para la identificación de madres gestantes.
Entradas y salidas internacionales	Registro de los movimientos migratorios regulares de entrada y salida del país	Cruces regulares de las fronteras	MDG	Base para el padrón nominal nacional.
Formularios 102, 104A	Declaración de impuestos personales de renta (anual) e IVA (mensual o semestral)	Actividades económicas formales	SRI	Estimación de condición socioeconómica de los hogares.
Jubilados IESS/ISSFA/ISSPOL	Listado de jubilados y sus pensiones para IESS, ISSFA e ISSPOL	Beneficiarios de pensiones de jubilación	IESS, ISSFA e ISSPOL	Estimación de condición socioeconómica de los hogares.
Matrícula escolar	Listado de personas matriculadas en instituciones educativas reguladas por el Ministerio de Educación.	Población en instituciones reguladas por el Ministerio de Educación	MINEDUC	Base para el acceso a servicios de educación inicial y para madres gestantes adolescentes.
Nacimientos (REVIT y SIES)**	Registro de nacimientos inscritos y certificados.	Nacimientos inscritos y certificados.	INEC, MSP y DIGERCIC	Base para el padrón nominal nacional.



Fuente de información	Descripción de la fuente	Cobertura	Institución responsable	Utilidad
Nómina mensual de servidores públicos, incluyendo Policía y FFAA.	Ingresos mensuales de los servidores públicos, incluyendo policía y militares.	Servidores públicos.	MEF	Estimación de condición socioeconómica de los hogares a partir de remuneración mensual.
Padrón electoral	Listado de personas habilitadas para votar y su domicilio registrado.	Personas de 16 años y más.	CNE	Proveer datos de contacto y domicilio.
Planillas mensuales IESS/ISSFA/ISSPOL	Ingresos mensuales de afiliados a la seguridad social.	Afiliados a la seguridad social.	IESS, ISSFA e ISSPOL	Estimación de condición socioeconómica de los hogares.
RDACCA – PRAS (incluye médico del barrio)	Registro de atenciones médicas ambulatorias en red del MSP. El RDACCA es offline y el PRAS es online.	Atenciones en la red del MSP y otras instituciones participantes.	MSP	Base sobre el acceso a servicios clínicos de lucha contra la DCI y estado nutricional.
Registro Social	Padrón de personas evaluadas para recibir el Bono de Desarrollo Humano	Personas capturadas en los operativos del registro social o mediante petición directa.	URS	Estimación de condición socioeconómica de los hogares.
SAFPI	Listado y ubicación de beneficiarios del "Servicio de Atención Familiar para la Primera Infancia". Se enfoca en proveer servicios de educación inicial en el hogar.	Beneficiarios del SAFPI	MINEDUC	Base sobre el acceso a servicios de educación inicial domiciliaria.
SIEPP	Sistema Integrado de Evaluación de la Política Pública. Realiza el seguimiento individual de cada beneficiario de CDI y CNH sobre presencia de enfermedades, acceso a servicios y cumplimiento de vacunación.	Beneficiarios CDI y CNH	MIES	Base de acceso a servicios de desarrollo infantil y condición de los hogares.
SIIMIES	Sistema Integrado de Información del MIES. Listado de beneficiarios de los servicios del MIES, incluyendo CDI y CNH.	Beneficiarios CDI y CNH	MIES	Base de acceso a servicios de desarrollo infantil.
SIPPS	Sistema Integrado de Procesos y Proyectos Sociales. Listado de beneficiarios de programas de protección social (BDH), entre otros.	Beneficiarios de programas de protección social	MIES	Base de acceso a servicios de protección social.
TAMEN	Sistema de información para el registro del Tamizaje Metabólico Neonatal.	Niñas y niños de 0 a 28 días que se realizan el Tamizaje Metabólico Neonatal en unidades del MSP.	MSP	Base de acceso a servicios de tamizaje metabólico neonatal.
Vacunación	Sistema de registro de vacunación en unidades del MSP.	Niñas, niños y madres vacunadas en el MSP.	MSP	Base de acceso a servicios de vacunación infantil y materna.
Seguridad alimentaria	No es levantado al momento.			Información sobre el estado de seguridad alimentaria de los hogares.
Atenciones médicas ambulatorias en la red complementaria de salud.	No existe una fuente única de información.			Información sobre el acceso a servicios clínicos de lucha contra la DCI y estado nutricional.







Juntos  
lo logramos