

# La equidad. en la mira:

La salud pública en Ecuador durante las últimas décadas



# La equidad. en la mira:

La salud pública en Ecuador durante las últimas décadas

La realización de esta publicación ha sido posible gracias al apoyo técnico y financiero de los proyectos de la representación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) en Ecuador, y gracias al respaldo institucional del Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Consejo Nacional de la Salud (CONASA).

Las opiniones expresadas, recomendaciones formuladas, denominaciones empleadas y datos presentados en esta publicación son responsabilidad de los autores, y no reflejan necesariamente los criterios o las políticas de la OPS/OMS o sus Estados miembro, ni del MSP y el CONASA.

**Comité editorial:**

Plutarco Naranjo  
Margarita Velasco Abad  
Miguel Machuca  
Edmundo Granda  
Fernando Sacoto  
Elizabeth Montes

**Compilación:**

Margarita Velasco Abad

**Edición y corrección de estilo:**

Álvaro Campuzano Arteta

**Diseño gráfico:**

Lápiz y Papel

**Diseño de portada:**

Liliana Gutiérrez, Lápiz y Papel

**Diagramación e impresión:**

Imprenta Noción

ISBN 978-9942-01-095-7

**Forma de citar:**

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 2007 *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas* (Quito: OPS/MSP/CONASA).



# Índice

|                                                                                                             |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
|  <b>Presentación</b> ..... | I   |
| <i>Caroline Chang</i><br>Ministra de Salud Pública                                                          |     |
|  <b>Prólogo</b> .....      | III |
| <i>Jorge Luis Prosperi</i><br>Representante de OPS/OMS sede Ecuador                                         |     |
|  <b>Introducción</b> ..... | IV  |
| <i>Consejo editorial</i>                                                                                    |     |

## PARTE I

### NEOLIBERALISMO Y GLOBALIZACIÓN: LOS ASEDIOS A LA SALUD PÚBLICA

|                                                                                                                                                             |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
|  Transformaciones en el rol del Estado como proveedor de bienestar ..... | 3  |
| <i>Fernando Bustamante</i>                                                                                                                                  |    |
|  La salud pública en América Latina .....                                | 13 |
| <i>Margarita Velasco</i>                                                                                                                                    |    |

## PARTE II

### CONDICIONES CONTEMPORÁNEAS DE LA SALUD EN ECUADOR

#### SOCIEDAD, POLÍTICA Y SALUD

|                                                                                                                                                          |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
|  Tendencias sociopolíticas del Ecuador contemporáneo .....            | 31 |
| <i>Santiago Ortiz</i>                                                                                                                                    |    |
|  Cambios en las condiciones de vida de la población ecuatoriana ..... | 41 |
| <i>Margarita Velasco</i>                                                                                                                                 |    |

## CAUSAS PRINCIPALES DE ENFERMEDAD Y MUERTE

|                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  Mortalidad materna ..... 57<br><i>César Hermida</i>                             |
|  Situación alimentaria y nutricional ..... 61<br><i>Plutarco Naranjo</i>         |
|  Obesidad ..... 74<br><i>Rodrigo Yépez</i>                                       |
|  VIH / SIDA ..... 87<br><i>Alberto Narváez Olalla y Eulalia Narváez Grijalva</i> |
|  Tuberculosis ..... 97<br><i>Miriam Benavides</i>                              |
|  Malaria ..... 104<br><i>Marcelo Aguilar</i>                                   |
|  Dengue ..... 111<br><i>Lenin Vélez</i>                                        |
|  Cáncer ..... 122<br><i>José Yépez Maldonado</i>                               |
|  Violencia social ..... 134<br><i>Dimitri Barreto Vaquero</i>                  |

## EL ENTORNO EN QUE VIVE LA GENTE

|                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  Los riesgos naturales<br><i>Marcelo Aguilar, Xavier Coello, Othón Cevallos y Patricia Coral</i> ..... 145 |
|  La salud ambiental ..... 158<br><i>Ana Quan</i>                                                           |
|  Los plaguicidas ..... 166<br><i>Guido Terán Mogro</i>                                                     |

|                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  El ambiente de trabajo y la salud de los trabajadores ..... 177<br><i>Óscar Betancourt y Bolívar Vera</i> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## **CAMBIOS EN LA VIDA DE GRUPOS HUMANOS PRIORITARIOS**

|                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  La salud de las niñas, niños y adolescentes ..... 195<br><i>Juan Vásconez</i> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  La salud y los derechos sexuales y reproductivos ..... 203<br><i>Lily Rodríguez</i> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## **PARTE III**

### **LA RESPUESTA DEL ESTADO**

|                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  Las políticas de salud y el sueño de la reforma ..... 213<br><i>Ramiro Echeverría</i> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  Los recursos humanos en salud ..... 222<br><i>Cristina Merino</i> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  Las acciones y políticas nutricionales ..... 238<br><i>Marcelo Moreano Barragán</i> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  La política de medicamentos ..... 249<br><i>Luis Sarrazin Dávila</i> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  El Programa Ampliado de Inmunizaciones ..... 256<br><i>Nancy Vásconez, Guadalupe Pozo e Irene Leal</i> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  La gestión del conocimiento y la tecnología en el campo de la Salud ..... 271<br><i>Mario Paredes Suárez, Ramiro López Pulles y Guillermo Fuenmayor Flor</i> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  El proceso de construcción del Sistema Nacional de Salud ..... 284<br><i>César Hermida Bustos</i> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                       |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
|  La promoción de la salud en el Ecuador ..... 294<br><i>Carmen Laspina</i>                                                           | 294 |
|  Aseguramiento universal en salud: instrumento de la reforma sectorial ..... 301<br><i>Nilhda Villacrés</i><br><i>Marco Guerrero</i> | 301 |

## PARTE IV

### LOS MODELOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD

|                                                                                                                                                                                                                                        |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
|  Los modelos de atención de la salud en Ecuador ..... 317<br><i>Fernando Sacoto. Fundación Ecuatoriana para la Salud y del Desarrollo (FESALUD)</i> | 317 |
|  La seguridad social y la reforma de salud ..... 368<br><i>Edison Aguilar Santacruz</i>                                                             | 368 |
|  El seguro social campesino ..... 378<br><i>Pedro Isaac Barreiro</i>                                                                                | 378 |
|  Los servicios de salud de la Policía Nacional del Ecuador ..... 386<br><i>Fernando Salazar</i>                                                     | 386 |

## PARTE V

### NUEVOS PLANTEAMIENTOS SOBRE SALUD PÚBLICA

|                                                                                                                                                                                                          |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
|  Salud y globalización ..... 393<br><i>Edmundo Granda</i>                                                             | 393 |
|  Apuntes sobre bioética en América Latina ..... 407<br><i>Fernando Lolas Stepke</i>                                   | 407 |
|  Otras opciones en la atención de la salud: lo tradicional y lo alternativo ..... 414<br><i>Fernando Ortega Pérez</i> | 414 |

|                                                                                                                                                                                                               |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
|  Interculturalidad y salud: la experiencia de Cotacachi ..... 424<br><i>Luz Marina Vega</i>                                  | 424 |
|  Las tecnologías de la información y la gestión del conocimiento en salud ..... 428<br><i>Arturo Carpio y Patricio Yépez</i> | 428 |

## PARTE VI

### BALANCE Y DESAFÍOS

|                                                                                                                                                                             |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
|  Las desigualdades en Ecuador y sus efectos en la salud ..... 441<br><i>David Acurio</i> | 441 |
|  Objetivos de Desarrollo del Milenio en Ecuador ..... 448<br><i>Pablo Salazar</i>        | 448 |

### LISTA DE RECUADROS

|                                                                                                                                                                                                                      |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
|  Los micronutrientes y el combate de la desnutrición ..... 70<br><i>Rodrigo Fierro Benitez</i>                                    | 70  |
|  La Corporación KIMIRINA y sus aliados, las poblaciones clave,<br>en la prevención del VIH/SIDA ..... 96<br><i>Amyra Herdoiza</i> | 96  |
|  La reforma desde la perspectiva del ministro de Salud (1998 – 2000) ..... 277<br><i>Edgar Rodas Andrade</i>                      | 277 |
|  El CONASA ..... 290<br><i>Entrevistas a Jorge Albán y Marco Guerrero</i>                                                         | 290 |
|  Los organismos internacionales y su apoyo a la reforma de salud ..... 299<br><i>Diego Victoria</i>                               | 299 |

|                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  Municipio saludable ..... 350<br><i>Paco Moncayo Gallegos</i>                                      |
|  La provincia saludable: un nuevo desafío ..... 352<br><i>Ramiro González</i>                       |
|  Cotacachi, una experiencia de descentralización en salud ..... 353<br><i>Auki Tituaña</i>          |
|  Control comunitario de tuberculosis en la Amazonía ecuatoriana ..... 363<br><i>Fernando Sacoto</i> |
|  Nanegalito: una experiencia de atención primaria ..... 365<br><i>Entrevista a Jorge Cueva</i>      |
|  El Hospital de Machachi: ¿cómo cambiar lo público? ..... 366<br><i>Entrevista a Carlos Velasco</i> |
|  ¿Cómo lograr un país equitativo? ..... 446<br><i>León Roldós Aguilera</i>                          |
|  <b>ÍNDICE ALFABÉTICO DE AUTORES</b> ..... 453                                                    |

## Situación alimentaria y nutricional

Plutarco Naranjo\*

**P**or la trascendencia que tiene para el futuro del país, quizá la problemática de la desnutrición (en especial la de los niños) sea la de mayor gravedad. Sin embargo, este aspecto de la salud pública es a la vez el más descuidado por parte de los gobiernos. Se ha dicho, con cierto cinismo y visos de realidad, que como los niños, y peor los desnutridos, no tienen derecho al voto electoral, los políticos y gobiernos poco o nada se han preocupado por ellos.

La desnutrición es un complejo problema biológico, médico, social, educacional y sobre todo económico. Su solución por desgracia no es simple, ni fácil. Es necesario sentar las premisas de por qué la desnutrición de los niños debe constituir la mayor preocupación de los gobiernos, los políticos, los maestros y los propios padres de familia.

### La tragedia de la desnutrición

Por un largo tiempo, se ha supuesto que la desnutrición sólo repercute en el déficit del crecimiento corporal, tanto en la estatura como en el peso, y que no es grave el que nuestra población de indios, campesinos, y pobres en general, tengan esas características somáticas. Sin embargo, los conocimientos médicos con los que contamos actualmente, desmienten este presupuesto y señalan la gravedad de la

desnutrición. Por muchos años se creyó que el cerebro consumía poquísimos oxígeno. Hoy sabemos que es todo lo contrario: el cerebro es el órgano más exigente y consumidor de oxígeno y sustancias nutritivas. Desde el período fetal hasta, aproximadamente, los dos años de edad, se reproducen y crecen las células nerviosas, es decir las neuronas, y durante este proceso biológico el funcionamiento del cerebro requiere de los nutrientes necesarios en cantidad y calidad. Desde los dos años hasta, aproximadamente, los cuatro años de edad, se produce la ramificación de las neuronas y se construye la infraestructura de esa fabulosa red intercelular (hoy diríamos informática) que sirve de base de la inteligencia. Se trata pues de períodos críticos que requieren el mayor aporte nutritivo. Si esta condición es deficitaria, la consecuencia es el déficit intelectual del futuro ciudadano.

Además, en forma similar a lo que sucede en una computadora de gran memoria o al sistema internet, si el sistema no se le utiliza, es escaso el resultado que se obtiene. El desarrollo mental requiere que se haga funcionar el cerebro, requiere de lo que se llama la estimulación temprana y luego la educación temprana. Con mucha frecuencia, el niño de madre pobre queda abandonado a su suerte mientras ella va a trabajar, quizá es encargado al poco cuidado de un hermanito o una vecina, y no tiene oportunidad de ejercitar su capacidad cerebral. Las consecuencias se manifiestan más tarde en

---

\* Ex-ministro de Salud Pública del Ecuador. Presidente de la 43.ª Asamblea Mundial de la Salud. Condecorado por la OPS/OMS como Héroe de la Salud Pública. Miembro de número de las Academias Ecuatorianas de Medicina, Historia y de la Lengua. Autor de más de 30 libros y opúsculos y más de 300 publicaciones en revistas

la escasa comprensión y rendimiento escolar, en la temprana deserción de la escuela y en la perpetuación del analfabetismo.

Me he extendido algo en estos aspectos porque es indispensable que se los conozca. De ninguna manera se puede suponer que la solución de la desnutrición es algo tan simple como el proporcionar algún alimento a la madre pobre, ayuda que generalmente resulta tardía.

## **Panorama de la desnutrición**

### ***Antecedentes históricos***

No hay indicios de que antes de la conquista española de América hubiese existido desnutrición como un problema social. La población aborígen gozó de una dieta variada, bastante balanceada y suficiente. Los habitantes originales de nuestro continente domesticaron decenas de plantas alimenticias y desarrollaron dietas empíricamente. Cuando los españoles se apropiaron de las tierras cultivadas, mediante los sistemas de mitas y encomiendas, los nativos, antiguos dueños de las tierras, se convirtieron en esclavos y tuvieron que sembrar el producto ordenado por el amo. Trigo para él, cebada para los caballos, y algo para los propios indios (maíz y más tarde papas y algo más, pero siempre en cantidades limitadas). La dieta se volvió monótona y escasa, y el pequeño huasipungo<sup>1</sup> contribuía poco a la alimentación de la familia. Es desde entonces que comenzó la desnutrición.

Alcanzada la independencia política de España en el siglo XIX, poco cambió en el régimen de la tierra y la desnutrición siguió adelante. Más de un siglo después, la reforma agraria formulada con buenos propósitos, pero mal concebida y

peor realizada a mediados del siglo XX, poco contribuyó a mejorar la situación alimentaria de los estratos pobres de la sociedad.

### ***Producción agrícola y dependencia***

Hasta 1930, el país fue autosuficiente en la mayoría de los productos agrícolas. Hacia inicios de esa década, Estados Unidos inició programas de ayuda alimentaria. Gracias a los excedentes agrícolas de ese país, su gobierno ofreció trigo, en forma gratuita al comienzo y a un bajo precio después. El Ecuador comenzó a disfrutar de pan barato, e igualmente de fideos y otros derivados del trigo. Al tiempo que el pueblo se acostumbró a comer pan, los productores locales no pudieron competir en precio; y cuando se popularizó la costumbre ya no tuvimos trigo regalado, sino el cereal a precio internacional. Actualmente, el Ecuador importa de los Estados Unidos más del 95% del trigo que consume, al tiempo que la población ha aumentado a más del 2% por año.

El caso del trigo no es el único. También fuimos autosuficientes en la producción de la cebada, no sólo para el consumo de la población campesina, en forma de máchica o masca (harina de cebada), sino también para la producción de cerveza. Además, durante un tiempo, este producto incluso se exportó a Colombia. La provincia del Carchi, gran productora de cebada, exportaba este cereal; a pocos metros de la frontera, en el lado colombiano, se instaló una fábrica de cerveza con la provisión de cebada ecuatoriana. Sin embargo, ahora importamos el cereal para su consumo directo y para la fabricación de cerveza. Igualmente, en la actualidad importamos lenteja, fréjol, y otros alimentos a precios que no están al alcance de los pobres.

---

1 Pequeña extensión de tierra concedida a los trabajadores de hacienda a cambio de trabajo servil.

## Inflación, dolarización y gasto social durante los noventa

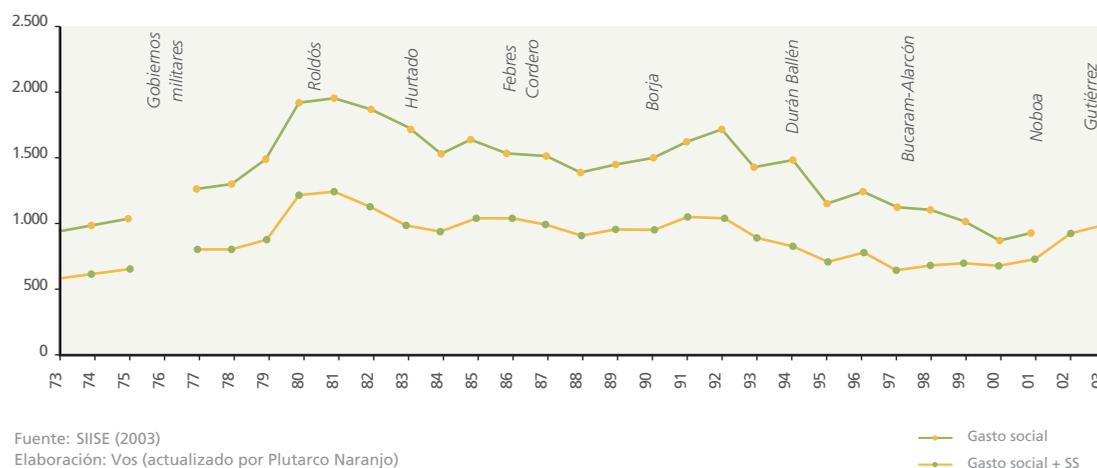
Durante la década de los noventa, se registra un aumento progresivo de la inflación que culmina con la crisis bancaria de 1999 y, correlativamente, con el aumento de la pobreza y la desnutrición. La dolarización de la economía ecuatoriana que se inició en el 2000, si bien consiguió reducir drásticamente la inflación a mediano plazo, a la vez produjo un abrupto aumento del costo de la vida que no fue compensado, en la misma proporción, con el aumento de los sueldos. El costo de la llamada “canasta familiar” se incrementó entre el 50 y el 200%, con la consiguiente repercusión en el déficit alimentario y nutricional de las familias pobres, en especial de los niños menores.

El gasto social que abarca educación, salud, el componente alimenticio, y otros rubros, se incrementó durante el *boom* petrolero y fue creciendo hasta 1980 (ver el gráfico 1). Sin embargo, desde ese año en adelante, el gasto social ha decrecido, registrándose breves ascensos coyunturales, hasta el año 2000 (en los últimos años se ha registrado un ligero y coyuntural

aumento). El creciente déficit del gasto social ha determinado el empeoramiento en los ámbitos de salud y alimentación en los estratos más pobres de la población y ha desencadenado paros y huelgas. Es importante considerar también la repercusión de la desnutrición en la escolaridad. Los niños desnutridos no se benefician enteramente de su asistencia a la escuela. Muchos adolecen de cierto grado de retraso mental y no pueden aprovechar de los conocimientos impartidos por el profesor. No aprueban el primer grado y repiten el año. Algo semejante sucede en el segundo. La deserción escolar, en las escuelas rurales e indígenas es muy alta. Finalmente, el padre decide que el niño ya no regrese a la escuela, y así, éste ingresa en los años siguientes al ejército de los analfabetos. Se han realizado campañas de alfabetización de adultos. La primera en la década de 1940, organizada por la Unión Nacional de Periodistas, la última durante el período gubernamental de 1988-1992, con resultados muy alentadores. Sin embargo, el analfabetismo subsiste en más del 10% de la población. De manera permanente, muchos niños permanecen analfabetos y llegan a la mayoría de edad con esa condición desaventajada.

### Gráfico 1

Gasto social. (1973-2003)



Fuente: SIISE (2003)

Elaboración: Vos (actualizado por Plutarco Naranjo)

— Gasto social  
— Gasto social + SS

Como se ha mencionado al comienzo, la desnutrición es también un problema educativo en general, y sobre todo alimentario. Poco se hace hasta ahora para dar a los escolares y demás educandos, y menos todavía a las madres de familia, por lo menos simples nociones de educación alimentaria, e igualmente, poco se difunde sobre la importancia y los procedimientos de estimulación temprana. A esto se agrega la situación nutricional de las madres analfabetas, que en número equivalen al doble de los varones. ¿Cómo puede educarse a esas madres si ellas mismas adolecen de desnutrición?

## Desnutrición y medio ambiente

El medio ambiente es un factor que, indirectamente, contribuye a empeorar la desnutrición infantil. Más del 40% de la población rural, es decir de la población de menores recursos económicos, no dispone de agua segura y mucho menos de sistemas de alcantarillado o por lo menos de letrinas. Los niños, en sus primeros años, pasan por dos a cuatro episodios de infecciones intestinales. Tanto por la diarrea como por la falta de apetito de esos días, el niño pierde peso y empeora su estado nutricional. Por

las mismas causas, sufre dos o más infecciones bronquiales, con resultados parecidos. La migración de los campesinos a las grandes ciudades, en especial a Quito y Guayaquil, ha “ruralizado” los barrios urbano-marginales donde no hay servicios básicos y los niños son víctimas de las infecciones mencionadas.

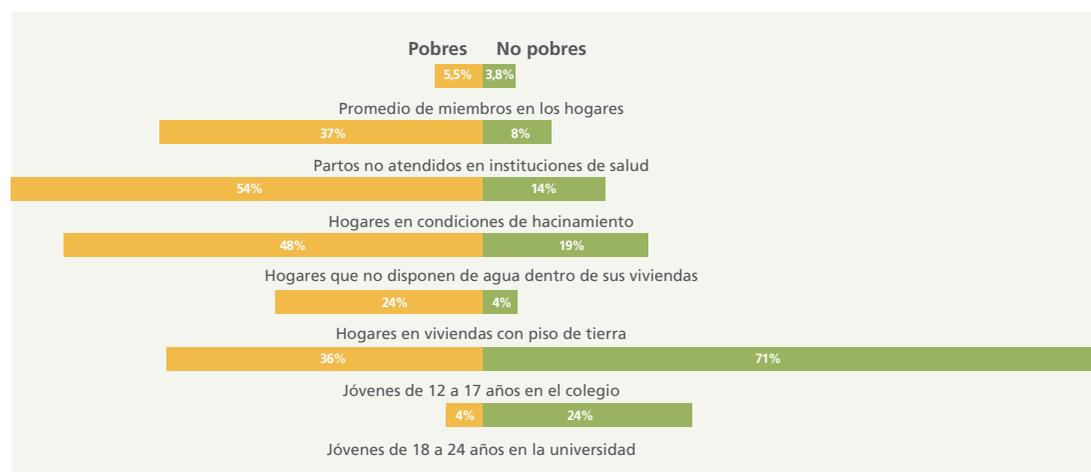
En el gráfico 2 se ilustran algunas de las otras condiciones que determinan la pobreza, como vivienda insalubre, hacinamiento y escasa educación escolar (analfabetismo). Varias de estas condiciones a su vez determinan que un creciente número de miembros familiares, en su mayoría niños, padezcan de necesidades alimentarias. No se puede sino concluir que luchar contra la desnutrición no pasa únicamente por proporcionar alimentos a la población infantil. Hay que atender el problema en forma integral.

## La encuesta alimentaria y nutricional de 1987

Por iniciativa del Consejo Nacional de Desarrollo (CONADE) y bajo la dirección de la Dra. Wilma Freire, en 1987 se realizó la

Gráfico 2

Determinaciones de la pobreza. Ecuador



Fuente y elaboración: Revista Índice (SIISE)

primera encuesta, sobre una muestra nacional, de la situación alimentaria y nutricional de la población infantil del Ecuador. El resultado más importante fue que el 50% de los niños menores de 5 años adolecía de algún tipo de desnutrición. Cerca del 60% correspondía a desnutrición crónica, caracterizada por menor talla en relación a la edad; el 37% a desnutrición global, es decir, menor peso en relación a la edad; y el 3% a desnutrición aguda, a consecuencia de rápida pérdida de peso, generalmente por diarrea. Las cifras son semejantes para varones y niñas.

Un año antes de que se realice esta encuesta, ya se contaba con información sobre la evolución de la desnutrición a lo largo de los dos primeros meses de vida (ver el cuadro 1). Hasta los 6 o 7 meses se registra sobrepeso en los niños de madres bien alimentadas. Desde esta edad, cuando comienza la alimentación complementaria y las madres pobres que tienen que trabajar ofrecen poco o nada de lactancia al seno, va progresando la desnutrición. Después de los 3 años de edad los niños, en un fenómeno biológico interesante y poco estudiado, tienden a establecer un equilibrio entre el peso y la talla, pero el 50% de ellos permanece, definitivamente, con una estatura inferior a la normal, aunque con un peso apropiado para la talla.

### Desnutrición y pobreza: distribución geográfica

Diversas investigaciones han demostrado que el factor más determinante de la desnutrición es la pobreza. Para comprender esta diagnosis, habría que empezar por definir lo que es la pobreza. Si bien no existe una definición universalmente aceptada al respecto, en términos generales, la pobreza se refiere a una condición que no permite a los individuos y a las familias disponer de los recursos necesarios para llevar una vida saludable y razonablemente placentera. La pobreza es entonces un fenómeno social. En la actualidad se tienden a considerar dos niveles:

**Cuadro 1**

Aumento de niños desnutridos hasta los 2 años de edad. Ecuador (1986)\*

| Meses de edad | Desnutrición (% de desnutridos) |          |       | Total |
|---------------|---------------------------------|----------|-------|-------|
|               | Leve                            | Moderada | Grave |       |
| 1             | 11                              | 3        | 0     | 14    |
| 4             | 10                              | 6        | 1     | 17    |
| 6             | 9                               | 14       | 2     | 25    |
| 8             | 19                              | 9        | 2     | 30    |
| 12            | 19                              | 20       | 9     | 48    |
| 16            | 21                              | 22       | 11    | 54    |
| 20            | 19                              | 16       | 19    | 54    |
| 24            | 10                              | 42       | 5     | 57    |

Fuente: Naranjo

pobreza franca o simple y pobreza extrema o indigencia. La pobreza simple consiste en la incapacidad multifactorial para satisfacer las necesidades básicas o mínimas de alimentación, educación, vivienda y salud. Por consiguiente, la pobreza así definida implica, en mayor o menor grado, ignorancia, analfabetismo, desnutrición e incapacidad para ejercer varios de los derechos humanos. Por su parte, la pobreza extrema o indigencia, es aquella que alcanza niveles en los que ni siquiera es posible satisfacer las necesidades alimenticias, manifestándose en una avanzada desnutrición.

Aunque la pobreza existe en todo el país, ésta no afecta por igual a todas las regiones y zonas. Considerando sólo dos zonas, la rural e indígena por una parte, y la urbana por otra, en la primera, la pobreza en el año 2000 afectó al 86% de la población, mientras que sólo el 54% de la población urbana fue afectada por la pobreza (este porcentaje se refiere, principalmente, a las poblaciones urbano-marginales). En un estudio realizado en 1999, se encontró que la desnutrición crónica, evaluada en términos de déficit de talla de los niños de hasta 5 años, afecta a más del doble de la población que vive

en zonas rurales (paradójicamente se trata de las personas que más producen alimentos) frente a la población urbana, y especialmente a los niños indígenas. En un estudio que publiqué en 1990, hallé que la pobreza se distribuía geográficamente en forma desigual, desde sitios de máxima pobreza, con valores calculados en un índice de 10 (en poblaciones como Guamote y Pujilí), hasta los de menor pobreza, con un índice de 2 (como Baños y Salinas). Desde el año 1990 hasta nuestros días, gracias a ciertas medidas oficiales correctivas, se ha modificado el nivel de pobreza de varios cantones, pero no disponemos de datos cuantitativos.

### Evolución de la pobreza

El nivel de pobreza ha ido aumentando progresivamente. Según la revista Índice del SISSE (gráfico 3), del 34% de la población del país en 1995, la pobreza subió al 46% en 1998. De este año al siguiente subió poco, pero a partir de 1999 ascendió rápidamente llegando al 67% en el año 2000. La pobreza es más acentuada entre la población campesina: en el año 2000 afectó al 86% del total, mientras que en la población urbana, la pobreza sólo alcanzó un índice del 54%. En el gráfico 3 puede apreciarse el aumento de la pobreza en Ecuador entre 1995 y 1999. Caber señalar que la indigencia en la

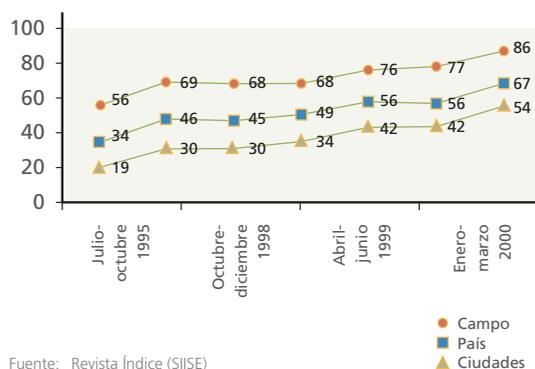
sierra ha aumentado más que en la costa y la amazonía. Otra tendencia a destacarse es que la pobreza afecta más a niños de edades de hasta 5 años que a las personas de todas las otras edades.

### El bajo peso al nacer

Algunos estudios demuestran que la desnutrición, especialmente entre los niños, ha seguido creciendo en forma paralela al aumento de la pobreza. El bajo peso al nacer (menos de 2.500 gramos) es un problema que merece especial atención. Primero por la debilidad y muerte de un alto número de niños, hecho registrado en la alta cuota de tasas de mortalidad infantil. Pero también porque los niños desnutridos van a crecer en condiciones determinadas por las penosas consecuencias que han sido mencionadas antes.

El Ministerio de Salud Pública (MSP), en una investigación realizada en 1998, encontró que de entre el total de mujeres que asistían a dar a luz en varios de sus hospitales y maternidades, el 30 y el 40% de ellas adolecían de desnutrición y anemia. Junto a esto, entre el 10 y el 15% de los niños nacían con bajo peso, y lo peor, con signos de desnutrición crónica, es decir que la madre ya era desnutrida desde antes de la concepción y empeoró a lo largo del embarazo. De acuerdo a otra investigación reciente, a los 5 meses de edad el porcentaje de desnutridos es sólo del 8,2%, lo que significa que la lactancia del seno materno permitió a los niños desnutridos mejorar su peso y talla; pero a partir de los 5 meses de edad, la proporción de desnutridos va aumentando progresivamente. Estudiando el problema del bajo peso al nacer en relación a la situación económica y por ende alimentaria de las familias, se encuentra que entre los niños que nacieron en el Hospital Metropolitano de Quito (el hospital privado de mayor estándar, que atiende sólo a madres de alto nivel económico) se registra un 6,5% de recién nacidos con bajo peso. En contraste, en la Maternidad Isidro Ayora de Quito (ubicada en el centro de la urbe

Gráfico 3  
Aumento de la pobreza. Ecuador (1995-2000)



Fuente: Revista Índice (SISSE)

y atendiendo a madres de nivel medio o menor) el 11,6% de los recién nacidos tiene bajo peso. En el Hospital Enrique Garcés, ubicado en un barrio al sur de la ciudad, este índice llega al 17%. Las diferencias son mucho mayores en relación a las provincias. Las de mejor nivel económico: Pichincha, Guayas y Azuay, presentan cifras entre el 8 y el 10% de niños de bajo peso, en tanto que las de menor desarrollo económico, presentan cifras del 16,6 al 30%. ¿Cuál es el destino de este crecido número de niños de bajo peso?

Más grave aún es la evolución del problema. Entre 1996 y el 2002, la proporción de niños de bajo peso al nacer fue creciente y paralelo al crecimiento de la pobreza en los mismos años. Las engañosas cifras macroeconómicas del aumento del producto interno bruto (PIB), nacional y per cápita, esconden el hecho de que mientras en el un polo social se incrementa la pobreza y la desnutrición, en el otro, se acumula la riqueza. En un contexto de esta naturaleza, entre las paradojas del Ecuador, un país pequeño y pobre, se cuenta la del pago de los más altos sueldos a los altos funcionarios, mientras que otros países latinoamericanos, como Brasil, Argentina, Chile o Venezuela, pagan remuneraciones mucho más bajas.

### **Esfuerzos por mejorar la alimentación**

Diversas instituciones, incluidas organizaciones no gubernamentales (ONG), han realizado esfuerzos por mejorar las condiciones alimentarias de los niños. Entre los más destacados aportes se cuentan el del Ministerio de Educación, que en la década de 1930 inició el programa “desayuno escolar”; esta iniciativa, con interrupciones y dificultades, ha subsistido hasta hoy, aunque en los años recientes ha cambiado la denominación anterior a “alimentación infantil”. Por otro lado, el MSP ha desarrollado programas de “complementación alimentaria”, ofreciendo a las madres con un niño de menos de dos años, dos pequeñas porciones alimentarias

de leche en polvo y arroz, proveídas por el Programa Mundial de Alimentos (PMA) u otras instituciones. La finalidad primaria de estos programas era conseguir que, cada mes, la madre traiga al niño a los centros y subcentros de salud para las correspondientes vacunaciones. Aunque el objetivo era importante, no hubo mejoría objetiva de la situación alimentaria del niño. La ración alimentaria era casi simbólica y además la madre la utilizaba en la dieta de toda la familia. En años recientes se han puesto en marcha otros programas como el denominado PANN-2000.

### **Racionalización de la ayuda alimentaria**

Aunque el desayuno escolar ayudaba a los niños que concurrían a la escuela sin haber recibido el desayuno en sus hogares, era pobre y de escaso valor nutritivo. Además llegaba demasiado tarde, es decir, cuando el niño ya había perdido la oportunidad de un apropiado desarrollo cerebral y mental en los años preescolares. Tomando en cuenta estas limitaciones, fue muy clara la necesidad de atender a las madres y a los niños desnutridos en forma continua y secuencial. En 1989, los Ministerios de Bienestar Social y de Salud consiguieron que el Congreso Nacional aprobara por ley la creación del Fondo para la Alimentación y Desarrollo Infantil (FONIN). Este Fondo sirvió para coordinar y ampliar los programas de los cuatro ministerios del llamado Frente Social del gobierno (Salud, Educación, Bienestar Social y Trabajo). Bajo este marco, el MSP pasó a atender a madres desnutridas y a niños de hasta 2 o 3 años de edad. Los fondos permitieron desarrollar programas alimentarios que, sin depender de la ayuda externa, se basaron en la adquisición directa del alimento más nutritivo, la quinua, y que adicionalmente a la leche en polvo, ofrecieron dos alimentos complementarios: arroz y fréjol. Gracias al FONIN, la fábrica procesadora de alimentos fue habilitada y ampliada; también se creó la infraestructura para la apropiada distribución del complemento alimentario;

y, finalmente, se desarrollaron programas de educación alimentaria. Dentro de este mismo marco institucional, el Ministerio de Bienestar Social estuvo a cargo de los niños de 3 hasta 5 años de edad y desarrolló con mucho éxito el programa llamado Red Comunitaria, con la colaboración activa de las propias madres. Por su parte, el Ministerio de Educación amplió y mejoró el desayuno escolar, y el Ministerio de Trabajo desarrolló programas de incremento de las fuentes de trabajo para disminuir, en parte, la pobreza.

El ensayo del Frente Social fue exitoso e iba cumpliendo con sus metas. Pero por desgracia, el gobierno siguiente que se inició en agosto de 1992, en forma por demás incomprensible y absurda, derogó la ley del FONIN. Como era de esperar, desde entonces la desnutrición ha seguido progresando.

### Valor nutritivo de los alimentos

Los alimentos tienen un valor nutritivo muy diverso. El organismo humano requiere del aporte de macro y micro nutrientes apropiados para cada período de la vida, así como para cada momento de su actividad física y mental. Existe un sólo alimento completo, es decir que cubre en cantidad y calidad todas las necesidades del organismo. Éste es la leche de la madre, hasta los 5 ó 6 meses de edad del lactante. De allí en adelante, la cantidad de leche de la madre ya no es suficiente para alimentar al niño, puesto que es más grande y requiere más alimentos. A partir de entonces es necesario iniciar la alimentación complementaria. A parte de esta excepción, todos los demás alimentos son incompletos (unos más y otros menos), razón por la cual, para cubrir todos los requerimientos del organismo, es necesario que la dieta sea variada y balanceada.

Como se ha mencionado ya, las malas condiciones económicas son las causantes principales de la pobreza y la desnutrición. Pero

hay otros factores que contribuyen a ahondar el problema: el bajo nivel de calidad de educación primaria y secundaria, y sobre todo, la casi total ausencia de educación alimentaria y nutricional. Según nuestra idiosincrasia, la culinaria, y por ende el conocimiento del valor nutritivo de los alimentos, es una exclusividad de las mujeres. En la actualidad es necesario que hombres y mujeres se familiaricen con los alimentos, pues en la práctica es posible tener una dieta más eficiente a menor costo. Si nuestra población pobre consumiese quinua y arroz con fréjol mejoraría notablemente su condición nutricional; esto beneficiaría principalmente a los niños.

### La dieta de la pobreza

En general, los pobres se alimentan con los productos de más bajo precio. Si se tiene en cuenta sólo dos de los macronutrientes, las proteínas y los carbohidratos, los primeros son los de mayor costo y los carbohidratos los de menor. A su vez, entre los alimentos proteicos, son de mayor precio los de origen animal (como las carnes,

**Cuadro 2**

Alimentos de mayor consumo  
Ecuador (1986-1990)

| Nutrientes                 | % de la población consumidora |
|----------------------------|-------------------------------|
| Arroz                      | 99                            |
| Azúcar o panela            | 95                            |
| Papas (2)                  | 78                            |
| Fideos                     | 52                            |
| Maíz (2)                   | 42                            |
| Yuca (2)                   | 42                            |
| Verde y maduro (1)         | 42                            |
| Avena                      | 32                            |
| Fréjol y otras leguminosas | 31                            |
| Pan                        | 12                            |

1. Consumo mayor en la costa que en la sierra  
2. Consumo mayor en la sierra  
S/N: Consumo aproximadamente igual

los huevos y la leche) y son de menor precio los alimentos proteicos de origen vegetal (como el fréjol, la arveja, la haba, la lenteja, el chocho y otros). Debido a su menor costo, los pobres se alimentan principalmente de productos vegetales ricos en carbohidratos (como son el arroz, la cebada, el maíz, las papas, la yuca y el plátano verde), y en menor proporción con vegetales ricos en proteínas (como el fréjol, la lenteja, los chochos, etc.). En la costa, la alimentación es a base de arroz, yuca, verde y fideos; y en la sierra a base de arroz, maíz, papa y fideos (ver el cuadro 2). Las proteínas animales sólo ocasionalmente entran en la dieta de la pobreza. Llegando al extremo de esta insuficiencia, en las ciudades más grandes hay indigentes que se ven obligados a conseguir “alimentos” que salen de las casas en los recipientes de basura.

Existen pocas encuestas sobre la calidad y cantidad de la dieta de los pobres. Es difícil comprobar la información que ofrece la madre de familia: ella, en efecto, tiende a informar describiendo una situación mucho mejor que la triste realidad. En la práctica, se observa que el trabajador campesino que sale por la mañana a trabajar en la ciudad toma un ligero desayuno: a veces algo de arroz (arroz seco) y alguna agua aromática con un poco de harina de cebada (máchica) o quizá un pan. El almuerzo en el sitio de trabajo consiste, frecuentemente, en un pan y una botella de una bebida gaseosa (comúnmente Coca-Cola). A la noche, la dieta consiste en alguna sopa, a veces arroz, y algo adicional. Una dieta de este tipo no cubre, siquiera, los requerimientos mínimos en calorías, y mucho menos en cuanto a proteínas.

Aunque parezca extraño, la madre tiende a alimentar mejor al padre de familia que a los niños, pues de él depende la economía familiar. Pero en la capas más pobres de la sociedad, tanto entre adultos como entre niños, subsiste el aumento de la desnutrición.

## **Síntesis**

La desnutrición es uno de los más graves problemas biológicos, médicos y socioeconómicos del Ecuador. Según la encuesta nacional efectuada en 1987, el 50% de niños menores de 5 años de edad adolecían de algún grado de desnutrición, la mayoría de desnutrición crónica. La desnutrición no sólo determina la menor estatura y peso de los niños, sino también, y esto es más importante, el deficiente desarrollo cerebral e intelectual que a su vez se agrava por la escasa estimulación temprana. Aunque los niños son los más afectados, también las madres embarazadas de los estratos más pobres de la sociedad (entre el 30 al 40% de ellas) sufren de desnutrición y anemia, y dan a luz niños de bajo peso.

Entre los factores que contribuyen a la desnutrición, a las deficientes condiciones biológicas de la población y a la mortalidad infantil, están la falta de cobertura de agua potable, de saneamiento básico, el analfabetismo y la ignorancia sobre el valor nutritivo de los alimentos. Pero la causa fundamental que determina la desnutrición es la pobreza. Por consiguiente, la ayuda alimentaria que ofrecen varias instituciones gubernamentales y privadas, tanto a las madres como a los niños escolares, aunque alivia parcialmente la situación, no es suficiente para resolver el problema. Se requieren medidas económicas que disminuyan la pobreza y la ayuda alimentaria debe ser continuada y sistemática, dirigiéndose desde las madres embarazadas hasta los niños escolares. La desnutrición viene desde mucho tiempo atrás, pero se ha incrementado en los últimos años, paralelamente al aumento de la pobreza. Esto se refleja, entre otras consecuencias, en el aumento de niños que nacen con bajo peso; también en el hecho de que la desnutrición es mayor en la población campesina y sobre todo en la población indígena; y también en el hecho de que en las ciudades la desnutrición se localiza sobre todo en los barrios urbano marginales.

## Los micronutrientes y el combate de la desnutrición

Rodrigo Fierro Benítez\*

Las deficiencias alimentarias en micronutrientes (en yodo, hierro y vitamina A, entre las más importantes) provocan retardo en el crecimiento físico, en la maduración neuromotora y en el desarrollo mental. Al afectar a amplios sectores poblacionales, y por sus devastadores efectos, estas deficiencias constituyen un problema mayúsculo de salud pública. De ahí que se insista en que la posibilidad real de superar este problema constituye uno de los adelantos científicos más extraordinarios de los últimos años en el campo del desarrollo. Medidas específicas orientadas en este sentido como yodar la sal, fortalecer la harina de trigo con hierro y el azúcar con vitamina A, demandan tecnologías de bajo costo y de gran impacto para mejorar las condiciones de vida y acelerar el desarrollo en poco tiempo. En países como Ecuador, donde la mayoría padece de malnutrición calórico-energética a causa de una pésima alimentación, corregir las deficiencias alimentarias en micronutrientes es lo mínimo que se le puede exigir a un Estado responsable (esto hasta tanto se produzcan las transformaciones profundas que respondan a la aspiración de justicia social y equidad, y asuman a la salud como un derecho básico). De ahí que las comunidades científicas de los países afectados y los organismos internacionales relacionados con la salud, se hayan empeñado a fondo para que la corrección de las deficiencias en micronutrientes sea una política de Estado.

En nuestro país, los desórdenes por deficiencia de yodo (DDY) revestían tal gravedad, y su impacto en nuestro desarrollo era de tal

magnitud, que ante la falta de decisión política para yodizar la sal de consumo humano, en 1966 se utilizó el aceite yodado de depósito como un método alternativo y acelerado de tratamiento y prevención de los DDY. Los resultados fueron tan satisfactorios que el método utilizado fue recomendado por la OPS/OMS para ser aplicado en países en situación similar. Fue tan sólo en 1984, cuando por fin se contó con la voluntad política para ello, que se inició el Programa de Control de los DDY en base a la yodación de la sal. Tal programa fue definido como una política de Estado y así se ha mantenido, aunque para tal portento se haya requerido del auxilio de la OPS/OMS y de UNICEF.

Con notable regularidad, se ha controlado la yodación de la sal a nivel de fábrica y en puestos centinelas en lugares de expendio, así como en las yodurias, disminuyéndose la prevalencia de bocio en escolares. Los resultados han sido bastante satisfactorios de acuerdo a los datos oficiales y a los informes del Consejo Internacional para el Control de los DDY (ICCIDD, por sus siglas en inglés). El 10 y 11 de agosto del 2005, el Ministerio de Salud Pública (MSP), con el apoyo de UNICEF y la OPS/OMS, organizó un taller sobre la “Situación actual y perspectivas del Programa Nacional de Prevención de los DDY”. Haciendo un balance general, la situación y las necesidades en este campo puede resumirse en los siguientes puntos: actualmente, el 95% de la sal es yodada y un porcentaje similar de la población la consume; el control de la yodación de la sal a nivel de fábrica debe realizarse al menos mensualmente;

---

\* Ex-ministro de Salud Pública del Ecuador

el Estado debe asumir todos los gastos que demanda el programa; el apoyo de la OPS/OMS y el UNICEF debe orientarse a potenciar las acciones que contempla el programa, y en situaciones no previstas (como el ingreso de sal no yodada para uso industrial y parcialmente molida para consumo humano) debe brindarnos su apoyo ante instancias como la Organización Mundial del Comercio.

Para fortalecer los avances conseguidos frente a la deficiencia de yodo, en octubre de 1995, con un fuerte apoyo político, se inició el Programa Integrado para el Control de las Principales Deficiencias en Micronutrientes (que contemplaba otros micronutrientes además del yodo, el hierro y la vitamina A). Para el efecto, se contó con fondos provenientes de un préstamo del Banco Mundial (por el cual ya se empezó a pagar intereses incluso antes de utilizarlo).

Por otro lado, estudios realizados en el país han comprobado que la anemia por deficiencia de hierro en la alimentación también constituye un grave problema de salud pública, de efectos igualmente devastadores en mujeres embarazadas y niños. Precisamente, el Programa Integrado para el Control de las Principales Deficiencias en Micronutrientes arriba mencionado, contempla dos grandes acciones frente a este problema: la fortificación de la harina de trigo con hierro, y la suplementación de hierro a las mujeres embarazadas (con tabletas) y a los niños menores de dos años (en jarabe) que concurren a las unidades operativas del MSP. El comité encargado de tal programa (integrado por expertos nacionales calificados con la colaboración ejemplar de

asesores de la OPS/OMS, UNICEF y otras agencias) se ha puesto manos a la obra, venciendo y superando problemas de todo género. Para agosto de 1996, cumpliéndose un año de su inicio, el programa se hallaba en marcha, y es entonces que se expidió el decreto presidencial que obligó a que toda harina de trigo que se consume en el país sea fortificada con hierro. Tal decreto constituyó una política de Estado y fue acatado por los directivos de los 28 molinos que operan en el país (es decir por la casi totalidad de molinos nacionales).

El Programa Integrado de Micronutrientes (PIM) es de responsabilidad del Instituto de Ciencia y Tecnología del MSP. Más allá del límite que constituye el que los directores que se suceden no actúan con igual decisión y que algunos llegan con sus muy particulares intereses científicos (lo cual debilita el programa), resulta indudable que no se cuenta de manera sostenida con los recursos económicos que se requieren. Por este motivo, el programa ha sufrido serios quebrantos: el desabastecimiento de tabletas y jarabe se ha producido por temporadas, algunas bastante largas por lo demás. En respuesta, UNICEF intervino y la suplementación a embarazadas logró cubrir las necesidades hasta febrero del año 2005. Pero por otro lado, la adquisición de goteros para la suplementación de los niños fue insuficiente para cubrir las demandas. A las limitaciones económicas, se agregan, como se ha dicho, las trabas administrativas de las que adolece el MSP. Como resultado de todo esto, todavía no se ha observado ningún cambio sustancial en la situación actual frente a la de 1998 (año en que se realizó una evaluación sobre la suplementación de micronutrientes).

En cuanto a la fortificación obligatoria de la harina de trigo (de acuerdo al decreto del 9 de agosto de 1996), sus controles se normatizaron a partir de 1999 con el apoyo de la OPS/OMS y el UNICEF. Antes, desde 1997 hasta 1998, se había efectuado una prueba piloto en todos los 28 molinos incluidos en el programa que utilizaban la premezcla diseñada por el Comité de Micronutrientes y por la asesoría internacional. Los resultados de esta prueba llevaron a corregir la fórmula de la premezcla en cuanto a la concentración de niacina se refiere (la premezcla contiene hierro, vitaminas del complejo B y ácido fólico). A partir de los controles que se realizaron en 1999, se determinó que el 50% de las muestras contenían 55 ppm o más de hierro micronizado (la norma es de 55 ppm) y que el 80% del total de muestras analizadas se encontraban fortificadas. Ésta fue la última evaluación cuantitativa que se realizó. A partir de entonces y por falta de recursos, sólo se realizaron controles cualitativos, como el realizado en diciembre del 2004, que llevó a la conclusión de que todos los 22 molinos (los 6 restantes fueron cerrados definitiva o temporalmente) se hallaban fortificando la harina. Antes, en septiembre del mismo año, se asignaron fondos para controlar y monitorear la harina de trigo con hierro y se firmó un contrato con la Facultad de Ciencias Químicas de la Universidad Central para que realice las determinaciones que se requieren. Las muestras que se recolectaron en diciembre no han sido analizadas y, como consecuencia, no se cuenta con datos cuantitativos hasta el momento. Con respecto al contrato con la Facultad de Química, es menester señalar que el Instituto

de Ciencia y Tecnología cuenta con el personal capacitado para realizar las determinaciones que contemplan los programas, además de contar con los sofisticados equipos que se necesitan, toda vez que fueron adquiridos hace años por el MSP. Sin embargo, con intentos fallidos de por medio, el MSP no ha logrado montar sus laboratorios.

De lo señalado se colige que, en cuanto a la corrección de la deficiencia alimentaria en hierro, tal política de Estado no ha sido tratada como una acción prioritaria de salud pública. Otros temas de mucha menor trascendencia se han interpuesto para que recursos económicos, personal y tiempo, sean desviados. Frente al incremento del porcentaje de mujeres embarazadas anémicas, muy especialmente en las áreas rurales y urbano-marginales de la costa, este debilitamiento o astenia de la voluntad política no puede justificarse bajo ningún parámetro. (También en el caso del hierro hemos debido recurrir, y hasta depender en ocasiones, de las agencias internacionales como el UNICEF y la OPS/OMS).

Finalmente, en relación a la vitamina A, a partir de 1995 el Programa Integrado de Micronutrientes inició la suplementación de este micronutriente entre niños de 6 a 36 meses de edad (siguiendo las normas recomendadas por la OPS/OMS) que concurren a las unidades operativas del MSP. Estas unidades han sido ubicadas en las parroquias en las que la deficiencia de vitamina A (DVA) es crítica según estudios realizados. Como respuesta a los estragos causados por el

fenómeno de El Niño en la nutrición, se amplió la cobertura a todos los niños de las áreas costeñas más afectadas. En 1999, la crisis económica incidió también sobre la nutrición, y por ello quedaron incluidos en el programa niños de 6 a 59 meses de edad de todas las provincias. En el 2001, el Comité de Micronutrientes revisó la norma y estableció cambios en el esquema de suplementación: se incrementó la dosis en niños de bajo peso.

En 1995, para el inicio del programa de suplementación se contaba con una línea de base en términos de retinol. En 1998, el Instituto de Ciencia y Tecnología realizó una evaluación del impacto biológico de la suplementación con vitamina A en poblaciones de riesgo (o críticas). Los resultados demuestran una disminución de la prevalencia de la DVA en la sierra. Sin embargo, desde 1998 no se ha efectuado otra evaluación. Un último aspecto a mencionarse es que las unidades operativas del MSP llegaron a disponer de cápsulas de vitamina A donadas por UNICEF tan sólo hasta mayo del 2005. Desde entonces, se carece del suplemento a pesar de su gran demanda.

En cuanto a la fortificación del azúcar con vitamina A, este proyecto no llegó a concretarse por dos razones: el costo de la maquinaria y de la premezcla, y porque (afortunadamente) la deficiencia de vitamina A a nivel nacional no es severa y puede definirse de subclínica. También en cuanto a la suplementación de vitamina A, hemos dependido del concurso de las agencias internacionales y el MSP, por cuenta propia, no ha sabido mantener el programa en un buen nivel.

A manera de colofón, si en materia de nutrición y alimentación corregir las deficiencias de micronutrientes es lo menos que puede hacerse en un país marcado por inequidades y de carácter socialmente injusto como el nuestro, resulta incomprensible e injustificable que la ejecución y mantenimiento de los programas respectivos no hayan contado, en todo momento, con un fuerte respaldo político. Sin respaldo político, no hay política de Estado que soporte los embates del subdesarrollo.