

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador

Departamento de Desarrollo, Ambiente y Territorio

Convocatoria 2020-2022

Tesis para obtener el título de Maestría en Economía del Desarrollo

DESNUTRICIÓN INFANTIL EN BOLIVIA Y ECUADOR: UN ANÁLISIS
COMPARATIVO DE SUS POLÍTICAS A PARTIR DEL CAMBIO DEL CICLO
POLÍTICO HACIA LA IZQUIERDA

Del Vecchio Uzcátegui María Antonella

Asesor: Falconí Benítez Fander

Lectores: Intriago Armijos Ruthy Vanessa, Martin Mayoral Fernando

Quito, julio de 2025

Dedicatoria

A mis padres, quienes creyeron más en mí que yo misma.

A mis ancestros, especialmente a mis matriarcas quienes con su esfuerzo lograron que yo pueda ser la primera bisnieta en obtener un título de cuarto nivel y ser la segunda generación de mi familia en estudiar y graduarse de la universidad. En especial a mi madre Liyita, mi abuela María Chiquinquirá, y mis bisabuelas Mamá Elvia, Antonia Elena y Rosa.

Agradecimientos

A mis padres, la roca de mi vida

A Dios, quien siempre me guía

A Sofía Molina y a Katherine Ullauri, quienes me apoyaron infinitamente

Tabla de contenidos

Resumen	8
Introducción.....	10
Capítulo 1. Marco teórico	14
1.1 Desnutrición infantil: definición y causas	15
1.1.1. Consecuencias de la desnutrición infantil	17
1.1.2. Tipos de desnutrición infantil.....	19
1.1.3. Intervenciones efectivas a nivel mundial para combatir la desnutrición infantil ...	20
1.2. Enfoque de las capacidades humanas.....	32
1.2.1. Conceptos principales del enfoque de las capacidades humanas	35
1.3. Desarrollo infantil, desnutrición y privación de libertades humanas	37
1.3.1. Privación de las libertades humanas.....	38
1.4. La acción pública	40
1.5. Cambio del ciclo político: el giro a la izquierda	42
Capítulo 2. Políticas públicas orientadas a la reducción de la desnutrición infantil	47
2.1. Bolivia: marco legal	48
2.2. Planes de desarrollo en Bolivia	52
2.3. Proyectos y programas en Bolivia: programa Alimentación Complementaria Escolar Seguro universal materno infantil (SUMI).....	55
2.4. Ecuador: marco legal.....	67
2.5. Planes de desarrollo.....	73
2.6. Proyectos y programas en Ecuador: Instituto Nacional de la Niñez y la Familia	81
Capítulo 3. Evolución de la desnutrición infantil en Bolivia y Ecuador	121
3.1. Bajo peso al nacer	121
3.2. Desnutrición crónica o baja talla para la edad.....	126
3.3. Insuficiencia ponderal o bajo peso para la edad.....	131

3.4. Emanación o bajo peso para la talla	135
3.5. Anemia	139
Resultados y conclusiones	143
En lo que respecta al marco legal	145
En lo que respecta a los planes de desarrollo o planes de gobierno	149
En lo que respecta a los proyectos y programas	155
En lo que respecta a la evolución de las estadísticas de la desnutrición infantil	161
Referencias	163

Lista de ilustraciones

Gráficos

Gráfico 3.1. Porcentaje de niños que nacen con bajo peso en Bolivia.....	124
Gráfico 3.2. Porcentaje de niños que nacen con bajo peso en Ecuador	124
Gráfico 3.3. Porcentaje de niños que presentan baja talla para la edad en menores de 5 años en Bolivia	128
Gráfico 3.4. Porcentaje de niños que presentan baja talla para la edad en menores de 5 años en Ecuador.....	129
Gráfico 3.5. Porcentaje de niños que presentan bajo peso para la edad en menores de 5 años en Bolivia	132
Gráfico 3.6. Porcentaje de niños que presentan bajo peso para la edad menores de 5 años en Ecuador.....	133
Gráfico 3.7. Porcentaje de niños que presentan bajo peso para la talla en menores de 5 años en Bolivia	137
Gráfico 3.8. Porcentaje de niños que presentan bajo peso para la talla en menores de 5 años en Ecuador.....	137
Gráfico 3.9. Porcentaje de niños que presentan anemia entre 6 y 59 meses en Bolivia	141
Gráfico 3.10. Porcentaje de niños que presentan anemia en menores de 5 años en Ecuador	141

Tablas

Tabla 2.1. Programas y proyectos para combatir la desnutrición infantil en Bolivia vigentes durante el periodo 2000-2020	62
Tabla 2.2. Evolución de la provisión de alimentos en el Programa de Alimentación Escolar	91
Tabla 2.3 Programas y proyectos para combatir la desnutrición infantil en Ecuador vigentes durante el periodo 2000-2020	109
Tabla 3.1. Porcentaje de niños que nacen con bajo peso	125
Tabla 3.2. Porcentaje de niños que presentan baja talla para la edad menores de 5 años.....	130
Tabla 3.3. Porcentaje de niños que presentan bajo peso para la edad menores de 5 años	134

Declaración de cesión de derecho de publicación de la tesis

Esta tesis se registra en el repositorio institucional en cumplimiento del artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior que regula la entrega de los trabajos de titulación en formato digital para integrarse al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador, y del artículo 166 del Reglamento General Interno de Docencia de la Sede, que reserva para FLACSO Ecuador el derecho exclusivo de publicación sobre los trabajos de titulación durante un lapso de dos (2) años posteriores a su aprobación.

Quito, julio de 2025

Resumen

Esta investigación parte de la pregunta central ¿el cambio del ciclo político hacía la izquierda trajo mejoras en los niveles de desnutrición infantil en Bolivia y Ecuador? Para lo cual se plantearon como objetivos específicos (i) establecer un marco conceptual que nos permitiera conocer qué es la desnutrición infantil, el enfoque de las capacidades humanas como teoría que respalda la necesidad de estudiar problemáticas sociales para el bienestar de un país, el desarrollo infantil, la desnutrición y su relación con la privación de las libertades humanas, la importancia de la acción pública para enfrentar las problemáticas sociales, y el cambio del ciclo político hacía la izquierda en América Latina; (ii) identificar las políticas públicas enmarcadas para reducir la desnutrición infantil vigentes durante las primeras dos décadas del siglo XXI, específicamente leyes, planes de gobierno, programas y proyectos sociales antes, durante y después del cambio del ciclo político hacía la izquierda (iii) comparar la evolución de las estadísticas nacionales relacionadas con la desnutrición infantil (bajo peso al nacer, baja talla para edad, bajo peso para la edad, bajo peso para la talla y la deficiencia en micronutrientes) con los planes de gobiernos pertenecientes al giro a la izquierda; (iv) exponer los cambios en materia de política pública y resultados con relación al cambio del ciclo político hacia la izquierda. Para ello, se utilizó el método de Análisis Histórico Comparado entre Bolivia y Ecuador. La hipótesis de esta investigación es que ambos países realizaron cambios estructurales en materia de política pública; no obstante, lograron resultados divergentes en las estadísticas nacionales siendo Bolivia un país que logró reducir la desnutrición crónica infantil de manera significativa, mientras que en Ecuador se mantuvo la tasa de desnutrición infantil alta y sin variaciones. Como resultado de la investigación se obtuvo: (i) en lo que respecta al marco legal en Bolivia pudimos identificar cinco grandes cambios, y en Ecuador dos, dentro de los cuales se encuentra la inclusión del derecho a la alimentación en la Constitución de ambos países; (ii) en lo que respecta a los planes de desarrollo, en Bolivia no se pudo hacer una comparación con los planes anteriores al cambio del ciclo político porque no se encontraron los planes de los gobiernos anteriores, mientras que en el caso de Ecuador si se evidenció un gran cambio en la manera de planificación a nivel central en lo que respecta a los planes de gobierno, donde se esbozaba con claridad los objetivos que se buscaban alcanzar, cada objetivo estaba acompañado de las políticas que se implementarían para alcanzarlo, y en cada política se describía el conjunto de estrategias que se seguirían, y finalmente las metas a cumplir por cada objetivo al final del periodo presidencial, (iii) en lo que respecta a los proyectos y programas, en Bolivia se crearon cuatro

programas durante la administración de Evo Morales, y se continuaron cuatro programas que se habían creado antes de la gestión de Evo Morales; en el caso de Ecuador también se crearon cuatro programas, y se hicieron dos cambios relevantes en dos programas ya existentes; (iv) finalmente en lo que respecta a las estadísticas nacionales, los países obtuvieron resultados diferentes, en algunas estadísticas hubo mejoras, pero en otras no. En este sentido, se obtuvo como resultado que en los países objeto de estudio se lograron cambios estructurales en materia de política pública, pero la implementación fue ineficaz en algunos de sus resultados debido a que no hubo mejoras en todas las estadísticas basándonos en las estadísticas nacionales y su comparación con las metas en los planes de gobierno. Por lo que nuestra investigación invita a realizar mediciones de impacto en cada uno de los programas que se implementen a futuro, así como también se invita a que se midan los impactos sustanciales que pueden ocasionar específicamente los programas de gobierno y reformas o introducciones de nuevas leyes. De modo que, los cambios y su impacto no queden a la interpretación discrecional de la sociedad, sino que realmente se haga una verdadera rendición de cuentas de la ejecución de la política pública donde no solo se incluya el qué, cómo, cuándo, dónde y cuánto, sino también el grado de impacto social esperado versus el logrado.

Introducción

A inicios de este siglo hasta mediados de su segunda década, América Latina, atravesó por transformaciones políticas que buscaban dar respuesta a las demandas sociales con relación a la justicia social, la equidad, la salud, la educación, el empleo, entre otros. Este fenómeno ha sido denominado el cambio del ciclo político, giro a la izquierda o postneoliberalismo. El primer nombre se le atribuye por las transformaciones políticas llevadas a cabo con el fin de redireccionar la prioridad de la política pública, poniendo como eje central a la población y su bienestar. También es denominado giro a la izquierda porque se trató de un movimiento impulsado por gobiernos con tendencias de pensamiento de izquierda y centro izquierda. Asimismo, se le denomina postneoliberalismo porque buscaba dar un giro a las políticas neoliberales que se implementaron en las décadas anteriores.

Este movimiento político se presentó en la mayoría de los países de la región, y aunque se habla de nuevos cambios de ciclo político en América Latina tanto hacía la derecha en algunos países, como hacía la izquierda en otros (Luna y Roviera Kaltwasser 2021). La historia de ese primer cambio de ciclo político hacía la izquierda durante las primeras dos décadas en la región abre espacio para la investigación respecto a los impactos sociales que tuvo en problemáticas específicas. Es así como esta investigación toma dos países que atravesaron por este cambio del ciclo político, Bolivia y Ecuador. El primero aún continúa en él desde el año 2006, y el segundo gozó de su administración por una década completa, entre el año 2007 y el año 2017. Estudios como el de Cornia (2010) aseveran que el cambio del ciclo político hacía la izquierda tuvo un impacto en la reducción de la desigualdad en América Latina. Asimismo, estudios como el de Falconí, Intriago y Ponce (2021) muestran que sus políticas redujeron las brechas de desigualdad en el sector educativo. Ante estos hallazgos, abrimos la interrogante para esta investigación ¿el cambio del ciclo político hacía la izquierda trajo mejoras en la desnutrición infantil en Bolivia y Ecuador? Tal vez, la persona lectora podría pensar que solo con mirar las estadísticas se puede dar respuesta a ello, pero estudiando el fenómeno del giro a la izquierda se entiende que las propuestas de política pública buscaban generar cambios estructurales no solo en las realidades sociales, sino también en las formas de hacer política pública. De modo que, solo mirar un número daría una respuesta importante, pero incompleta en lo que respecta a este fenómeno político-social.

¿Por qué estudiar Bolivia y Ecuador? Porque de acuerdo con la amplia variedad de autores que se revisaron para esta investigación ambos países, la administración de Evo Morales y de Rafael Correa, son considerados como las izquierdas radicales o intervencionistas de este

cambio del ciclo político, por los grandes cambios estructurales que se llevaron a cabo (Arenas García 2012, 35; Madrid 2010, 588; Stoessel 2014, 10). Además, ambos países presentan una propuesta de hacer política pública basada en el bienestar social y las raíces ancestrales en temas sociales, estos son los llamados planteamientos del “Vivir Bien” para Bolivia y el “Buen Vivir” para Ecuador. Además, de acuerdo con la FAO (2020, 20) Bolivia fue uno de los países que logró la reducción de la desnutrición crónica infantil más acelerada en la región durante la primera década de este siglo, mientras que en este mismo periodo Ecuador no presentó mejoras.

Ahora bien, ¿por qué estudiar la desnutrición infantil como problema social a partir del cambio del ciclo político? Porque la desnutrición infantil es uno de los problemas sociales más apremiantes, debido a que pone en riesgo la vida de las personas que la padecen no solo en el presente, sino también en el futuro, comprometiendo su estado de salud y sus capacidades intelectuales. La desnutrición infantil es una de las pruebas más claras de la desigualdad, muestra la falta de acceso a servicios de salud, agua, saneamiento, educación, entre otros. Por lo que estudiar esta problemática y específicamente como fue tratada en un proceso de cambio político que se centraba en el bienestar de las personas como principal prioridad de política lo hace sumamente interesante. Además, actualmente la polarización genera sesgos en el pensamiento dentro de la población que terminan minimizando los esfuerzos hechos en política pública cuando se tiene una corriente de pensamiento político diferente, por lo que estudiar los avances logrados y los retos que aún se deben afrontar en política pública es fundamental para que nuestros países puedan salir adelante y logren reducir las problemáticas sociales al mínimo.

En este sentido, esta investigación busca ser un aporte sobre la historia de la política pública en materia de desnutrición infantil a partir del fenómeno político del giro a la izquierda suscitado en las primeras dos décadas de este siglo en Bolivia y Ecuador. Para ello, partimos de la hipótesis de que ambos países lograron realizar cambios estructurales en materia de política pública cuyos resultados fueron divergentes en cada uno de los países estudiados, teniendo que uno logró reducir la tasa de desnutrición crónica de forma acelerada, Bolivia, mientras que Ecuador no. No obstante, en esta investigación entendemos las tipologías de la desnutrición infantil como las diferentes formas en las que ella se puede manifestar, es decir, bajo peso al nacer que también refleja una restricción en el crecimiento intrauterino, desnutrición crónica, emanación, insuficiencia ponderal, y deficiencia en micronutrientes. Esto quiere decir, que esta investigación no solo mira a la desnutrición crónica como

resultado de la política pública, sino a la desnutrición infantil en general porque como se acaba de mencionar, no solo existe un tipo de desnutrición infantil.

Para dar respuesta a la pregunta de investigación planteada y por ende verificar si la hipótesis planteada es verdadera o no, hemos decidido utilizar como método de investigación el Análisis Histórico Comparado, ya que este método permite estudiar fenómenos históricos desde una perspectiva macro, es decir, que estudia un fenómeno social por un periodo de tiempo determinado y se puede realizar tanto a nivel macro como a nivel micro, en el caso de esta investigación la visión es macro. Asimismo, los Análisis Históricos Comparados permiten comparar países que comparten similitudes, así como países que divergen en determinados temas, en el caso de esta investigación se comparan países que afrontaron un mismo cambio de ciclo político. Por otra parte, los Análisis Históricos Comparados involucran un estudio en la causalidad en los fenómenos sociales, en este caso el cambio del ciclo político como causal de cambios en la política pública sobre la desnutrición infantil y por ende en los resultados de dicha política pública. Ahora bien, aunque se planteó la posibilidad de llevar a cabo un estudio cuantitativo utilizando un análisis de datos de panel, el modelo no era lo suficientemente robusto para poder realizar una medición de impacto porque solo dos países no tuvieron un gobierno con pensamiento de izquierda en la región durante el periodo 2000-2020, Colombia y Honduras, de acuerdo con Silva-Torres et al. 2022: 24. Esto quiere decir, que no había posibilidad de tener un grupo de control para una medición de impacto que pudiera comparar a nuestros dos países objeto de estudio con un grupo sustancioso de países cuyas estructuras políticas, sociales y económicas fueran similares, pero que no hubiesen atravesado por el cambio del ciclo político.

Para llevar a cabo lo antes expuesto, es decir, el estudio de análisis comparado, se han realizado tres capítulos en esta investigación. El primer capítulo presenta una visión teórica de la problemática social, partiendo del estudio de la desnutrición infantil como problema individual y social, el desarrollo del enfoque de las capacidades humanas como teoría que respalda la necesidad de estudiar problemáticas sociales para el bienestar de un país, el estudio del desarrollo infantil, la desnutrición y su relación con la privación de las libertades humanas, la importancia de la acción pública para enfrentar las problemáticas sociales, y finalmente el estudio del cambio del ciclo político del giro a la izquierda suscitada en las primeras dos décadas de este siglo. En el segundo capítulo se estudia la política pública relacionada a la desnutrición infantil a nivel nacional de Bolivia y Ecuador. Para ambos países se comienza estudiando el marco legal que respalda toda política pública o que vuelve a una

política pública en ley, posteriormente se revisan los planes de gobierno antes, durante y después del cambio del ciclo político, para finalizar con el estudio de todos los programas y proyectos sociales implementados para reducir la desnutrición infantil que estuvieron vigentes durante las dos primeras décadas de este siglo. El tercer capítulo expone la evolución de las estadísticas nacionales relacionadas a la desnutrición infantil, específicamente el bajo peso al nacer, la desnutrición crónica, la insuficiencia ponderal, la emanación y la anemia, estadísticas que son contrastadas con las metas establecidas en los planes de gobierno del giro a la izquierda. Finalmente concluimos la investigación dando respuesta respecto a qué cambios ocurrieron a nivel legislativo, planes de gobierno, programas sociales y estadísticas nacionales en materia de desnutrición infantil a partir del cambio del ciclo político.

Entre las limitaciones de esta investigación se encuentra la falta de disponibilidad de tiempo para introducir en el análisis el estudio de un país que no haya atravesado por el cambio del ciclo político, en este caso, la mejor opción habría sido Colombia por sus similitudes con Bolivia y Ecuador. No obstante, esto podría ser una invitación para una investigación en el futuro, complementando así el análisis que se encuentra en esta tesis de grado. Una segunda limitante, fue la falta de una medición de impacto debido a que solo dos países podían formar parte del grupo de control, lo cual era insuficiente para tener un modelo econométrico. Finalmente, otra limitación podría fue la falta de comparación de las políticas con los presupuestos ejecutados para las misma; sin embargo, esto representa una invitación para futuras investigaciones. Esperamos disfruten de este texto y de los hallazgos realizados.

Capítulo 1. Marco teórico

El presente capítulo busca entender la desnutrición infantil como una problemática social que es necesaria de estudiar para comprender sus implicaciones y dificultades para reducirla a nivel mundial. Para ello, comenzamos estudiando qué es la desnutrición infantil, cuáles son sus principales causas, cuáles son sus consecuencias a nivel individual y social, cuáles son sus diferentes formas de manifestación, para luego esbozar las intervenciones efectivas que se han encontrado a nivel mundial para reducirla y así sentar las bases que nos permitirá estudiar posteriormente el contexto e intervenciones que se han realizado en Bolivia y Ecuador en los capítulos posteriores.

Seguidamente, estudiamos el enfoque de las capacidades humanas, el concepto de privación de libertades humanas y la acción pública desarrollados por Amartya Sen, para comprender el objeto de estudio de esta investigación desde un punto de vista teórico. Estas definiciones nos brindan herramientas analíticas para comprender la problemática de la desnutrición infantil desde una perspectiva multidimensional donde no solo se entiende a la desnutrición como un fenómeno causado exclusivamente por la falta de alimentos sino como un fenómeno que se origina de múltiples factores tanto individuales, como sociales, económicos, políticos y culturales. Además, nos permite entender las consecuencias de corto y largo plazo de la desnutrición infantil. Permite estudiar al fenómeno como una privación de los derechos que afecta el desarrollo, oportunidades y logros que una persona puede alcanzar a lo largo de su vida. Centra su estudio en el ser humano y su desarrollo. Y propone la necesidad del accionar público, tanto del colectivo como de la figura estatal, para poder reducirla.

Finalmente, abordamos el fenómeno del cambio del ciclo político para entender desde un punto de vista teórico en qué consistió y qué relación tiene dicho fenómeno político con la acción pública ejercida por parte del Estado a nivel social.

De este modo, el marco teórico que se presenta a continuación muestra en su conjunto los diferentes matices de las categorías analíticas que son objeto de estudio en esta investigación. Además, sienta las bases que nos permite entender los conceptos básicos y fenómenos políticos que serán necesario como herramientas de análisis en la investigación que aquí se presenta.

1.1 Desnutrición infantil: definición y causas

La desnutrición infantil es una patología que se presenta cuando los niños no han ingerido los nutrientes (micro y macronutrientes¹) que sus cuerpos necesitan para su desarrollo. Cuando hablamos de esta categoría analítica (desnutrición infantil), nos referimos concretamente al periodo comprendido desde la gestación hasta los cinco años de edad. Por lo que, al abordar esta problemática, no solo nos enfocamos en el niño gestante o ya nacido menor de 5 años, sino también en el estado nutricional de las mujeres embarazadas y lactantes.

La desnutrición infantil más que una patología aislada que le ocurre a un niño, se trata de un problema social estructural en el que el infante se encuentra bajo unas circunstancias que le impiden absorber o consumir los nutrientes que su cuerpo necesita, poniendo en riesgo su vida y su desarrollo. Dado que se trata de un problema social, Unicef (2011: 7) ha catalogado las causas de la desnutrición infantil en tres esferas, desde causas macro llamadas causas básicas, hasta causas micro llamadas inmediatas, donde cada una de ellas están interrelacionadas. En primera instancia si nos centramos en las causas básicas encontramos los problemas estructurales de las sociedades donde suelen haber altas tasas de desnutrición infantil, en ellas encontramos la desigualdad y la pobreza. Estas dos problemáticas están sumamente interrelacionadas. Pero, ¿qué es la desigualdad? Es la falta de acceso a oportunidades, como falta de acceso a la educación, al transporte, a viviendas adecuadas, a agua y saneamiento, a trabajo en el sector formal, al sistema de salud, al acceso a la seguridad social, entre otras, es decir, falta de acceso a aquello que es nuestro derecho humano, que se nos ha conferido por la simple razón de ser humanos. ¿Y qué se conoce como pobreza? De acuerdo a sus diferentes definiciones puede entenderse como la privación de un conjunto determinado de cosas que no permiten a las personas vivir una vida digna, es decir, ejercer sus derechos humanos. Ahora bien, ¿pero qué tiene que ver estas dos definiciones con la desnutrición infantil? Sencillo, imagine a una familia que no tuvo acceso al sistema de salud, que por ende no pudo acceder a los programas destinados a educar a las familias sobre como alimentar a los niños desde su nacimiento y que además no conoce de estas, exponiendo al niño a prácticas inadecuadas de alimentación que pueden poner en riesgo su salud, pero que

¹ De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2022) los micronutrientes son pequeñas cantidades de vitaminas y minerales requeridos por el cuerpo para la mayoría de las funciones celulares. Mientras que los macronutrientes son los nutrientes responsables de aportar la mayor parte de energía al organismo, están compuestos por hidratos de carbono, proteínas y grasas. Ellos componen la estructura de la dieta de las personas, y su distribución adecuada, es decir, conforme con los requerimientos calóricos y nutricionales, determinan las funciones biológicas del organismo y por ende la buena salud de las personas.

además de ello, no tuvo acceso a los controles prenatales requeridos para monitorear el crecimiento y desarrollo apropiado del embrión. Si a ello se le suma que la familia habita una vivienda cuyo piso es de tierra se podría asumir que el infante estará más expuesto a enfermedades infecciosas dada las condiciones de salubridad de la vivienda que un niño que habita una vivienda cuyo piso es de porcelanato y se limpia con regularidad. Si además de ello, la vivienda de la familia de nuestro ejemplo no está conectada al sistema de agua potable y a las tuberías de aguas negras, la salubridad de la vivienda se agrava aún más exponiendo a la familia a enfermedades infecciosas. Finalmente si los adultos que sostienen económicamente el hogar no trabajan en el sector formal, su ingreso mensual depende del día a día y por ende ante una eventualidad de la persona (enfermedad) o factores externos como la pérdida de la cosecha pueden ocasionar que los ingresos de la familia se vean mermados por completo y por ende su seguridad alimentaria, es decir, se vea comprometida la capacidad de acceder y adquirir alimentos que sean culturalmente aceptables por la familia.

Ahora entendiendo que la pobreza y la desigualdad ponen en riesgo de sobremanera la vida de las personas, entre ella la de los niños menores de 5 años que son sumamente vulnerables. Tenemos que las causas estructurales de la desnutrición infantil, mejor conocidas como básicas, causan a su vez las llamadas causas subyacentes, es decir, aquellas que de manera intermedia son producto de las causas estructurales y que terminan provocando las causas inmediatas. En ellas encontramos lo que explicamos previamente, los problemas que desencadenan la desigualdad y que caracteriza a la pobreza: falta de acceso a alimentos tanto en calidad como en cantidad, ya sea por falta de ingresos suficientes para acceder a ellos o falta de venta de los productos en las localidades donde habitan las poblaciones más vulnerables a padecer de desnutrición infantil; falta de atención sanitaria, es decir, de acceso al sistema de salud que no solo atienda las problemáticas de salud a tiempo, sino que también prevenga prácticas inadecuadas de alimentación hacia los lactantes y niños pequeños; agua² y saneamiento insalubres que ponen en riesgo la salud de las personas. De hecho, autores como Black et al. (2008:251), mencionan que una de las razones por las cuales ocurre desnutrición infantil durante la alimentación complementaria, es decir, luego de los 6 meses de vida y antes de cumplir los dos años de edad, se debe a dietas inadecuadas donde principalmente hay

² Estar expuestos a fuentes de agua insalubres pueden causar diarrea, colera, difteria, tifoidea y polio (Organización Mundial de la Salud 2024).

deficiencia en la ingesta de proteína animal, las cuales por lo general son más costosas de adquirir que otro tipo de alimentos.

Por último, están las causas inmediatas que provocan de forma inminente los problemas de desnutrición infantil, en el cual Unicef (2011, 7) presenta la alimentación insuficiente que puede darse no solo en cantidad (calorías) sino también por la variedad de alimentos que son consumidos por el infante (tipo de dieta); atención no adecuada para los infantes de acuerdo con su edad, por ejemplo, no hervir el biberón antes de usarlo; y finalmente enfermedades que padezca el niño que no le permitan absorber los nutrientes de los alimentos que ingieren. Así vemos como la desnutrición infantil es un problema multicausal, cuyas causas principales se encuentran en los problemas estructurales de las poblaciones vulnerables que han quedado rezagadas del acceso a servicios que les permitan ejercer sus derechos y por ende disminuir el riesgo de enfermedades como la desnutrición que sin duda se puede prevenir.

1.1.1. Consecuencias de la desnutrición infantil

Como mencionamos anteriormente, la desnutrición infantil involucra no solo el estado nutricional del niño sino también el estado nutricional de la madre durante su gestación y el periodo de lactancia, ya que durante la etapa del embarazo y los primeros seis meses de vida del infante la madre es 100% responsable de los nutrientes que ingiere el niño y por ende de su crecimiento y desarrollo. De modo que, si la nutrición de la madre se ve comprometida durante esta etapa, también se verá comprometida la salud del infante.

La desnutrición infantil tiene múltiples consecuencias que pueden convertirse en un círculo vicioso que afecta al niño no solo en el momento que la padece sino también a lo largo de su vida, teniendo incluso consecuencias en las generaciones futuras. Para mirar las consecuencias a corto plazo no solo podemos enfocarnos en los niños nacidos sino también en el periodo de gestación y lactancia. En este sentido, Black et al. (2008, 244) señalan que las madres que sufren de desnutrición durante la gestación, medido a través del índice de masa corporal, pueden provocar una restricción del crecimiento intrauterino, lo que puede causar que el niño tenga bajo peso y talla al nacer. En este mismo orden de ideas, Black et al. (2008, 245) exponen que la desnutrición de la madre durante el periodo de lactancia no afecta la composición de la leche materna en caso de que la desnutrición de la madre no sea severa; no obstante, de acuerdo con los autores, estudios muestran que la desnutrición de la madre durante la lactancia afecta la concentración de algunos micronutrientes en la leche materna como vitamina A, yodo, tiamina, riboflavina, piridoxina, y cobalamina, siendo la más riesgosa para el infante la falta de vitamina A debido a que al momento de su nacimiento

cuentan con bajos niveles de ella. Asimismo, los niños que nacen a término con bajo peso, es decir, con un peso inferior a 2.500 gramos luego de las 37 semanas de gestación son más propensos a morir de asfixia o contraer infecciones como septicemia, neumonía o diarrea (Black et al. 2008, 245).

La deficiencia de micronutrientes durante la primera infancia (periodo comprendido entre el nacimiento y los 5 años de edad) ocasiona grandes repercusiones en la salud de los niños. De acuerdo con Wisbaum (2011, 10-11), la carencia de vitamina A aumenta la propensión de sufrir infecciones, ceguera, daños en la piel, en la boca, en el estómago, en el sistema respiratorio y mayor riesgo de muerte en los niños; la deficiencia de hierro ocasiona anemia, problemas en el desarrollo intelectual y físico, y daños en el sistema inmunológico; la carencia de yodo, produce un mal funcionamiento del metabolismo, mayor probabilidad de muerte, daños cerebrales y en el sistema nervioso, lo cual puede afectar a su vez las capacidades intelectuales, la capacidad de caminar y la audición de los infantes. Asimismo, de acuerdo con Black et al. (2008, 249) la deficiencia de zinc está asociada a un mayor riesgo de que éstos sufran de diarrea, neumonía o malaria lo que incrementa su riesgo de mortalidad. En el mismo orden de ideas Bhutta et al. (2008, 418) mencionan que para el momento del estudio el 10% de las muertes y los años de vida perdidos en promedio ajustados por discapacidad en niños menores de cinco años eran producto de deficiencia de micronutrientes, principalmente de vitamina A y zinc.

Entre las consecuencias a largo plazo encontramos que la desnutrición infantil afecta en general el desarrollo y crecimiento del infante desde el momento en el que este se encuentra expuesto a ella. No solo afecta su peso, sino también tiene consecuencias en su desarrollo cognitivo y en su desarrollo motriz. De acuerdo con Victora et al. (2008, 352), la desnutrición infantil compromete la estatura de los infantes que la padecen, es decir, los niños que padecen de desnutrición infantil no logran alcanzar la curva de crecimiento que deberían tener de acuerdo con su edad y etnia, situación que no se logra revertir si el niño no es tratado antes de los dos años de edad. Además, Victora et al. (2008, 352) encontraron que la baja estatura de los niños que sufren de desnutrición infantil impacta hasta la tercera generación, es decir, la estatura de los nietos está relacionada a la estatura de los abuelos. Ahora bien, ¿qué problemas conllevan la baja estatura? El problema principal que hemos encontrado es en el caso de las mujeres, aquellas cuya estatura es inferior a 157 cm son más propensas a sufrir de desproporción cefalopélvica (desproporción entre la pelvis y el tamaño de la cabeza del bebé), de modo que si la madre al momento del parto no tiene asistencia médica y requiere de una

cesaría el parto puede ser riesgoso y por ende puede comprometer la vida tanto de la madre como del infante (Black et al. 2008, 244). Por otro lado, el desarrollo de los niños durante la primera infancia es global, de modo que el retardo en el desarrollo de un área, por ejemplo, la estatura, puede significar que existe un retardo del desarrollo en otra área como la motriz o la cognitiva.

Victora et al. (2008, 351) hicieron una revisión exhaustiva de investigaciones relacionadas con la desnutrición infantil y sus impactos a largo plazo, encontrando que ésta puede comprometer no solo la salud en la adultez de los niños que padecieron de desnutrición sino también puede comprometer su situación socioeconómica. En este sentido, hallaron que la desnutrición infantil y el bajo peso al nacer pueden ser causantes de enfermedades durante la adultez como: resistencia a la insulina, diabetes tipo 2 y alta presión arterial cuando el infante a lo largo de su vida aumenta significativamente de peso con malos hábitos alimenticios y de estilo de vida. También encontraron que la desnutrición infantil afecta el tipo de composición corporal en la adultez, y para el caso específico de los niños que nacieron con bajo peso se encontró una fuerte evidencia entre ella y problemas de la función pulmonar en la adultez. En lo que respecta a consecuencias socioeconómicas, los autores encontraron estudios que revelan que el bajo peso al nacer y la desnutrición infantil están asociados a bajos ingresos familiares en la adultez, bajo rendimiento académico, deserción escolar, y situación de pobreza a nivel del hogar. Lo que puede llevarnos a creer que la desnutrición infantil es uno de los causantes del círculo vicioso de la pobreza, comprometiendo la salud y desarrollo no solo de quienes la padecen sino también de sus generaciones futuras.

1.1.2. Tipos de desnutrición infantil

A partir de las consecuencias que la desnutrición infantil tiene sobre los niños que la padecen UNICEF y la OMS tipifican a la desnutrición en cuatro tipos. El primero de ellos es conocido como **emanación o desnutrición aguda grave**, la cual se produce cuando el peso del infante es insuficiente con respecto a su altura, es generalmente producto de una privación aguda de alimentos suscitado en el corto plazo, por ejemplo, ante episodios de hambrunas o emergencias humanitarias (Wisbaum 2011, 7). El segundo tipo de desnutrición infantil es conocido como **retardo en el crecimiento o desnutrición crónica**, el cual se manifiesta cuando el niño mide menos con relación a su edad. Este tipo de desnutrición es consecuencia de la privación de nutrientes por un periodo de tiempo prolongado que incluso puede comenzar desde la gestación cuando se produce una restricción del crecimiento intrauterino (Wisbaum 2011, 7). Generalmente éste el tipo de desnutrición que se utiliza como referencia

en materia de políticas públicas cuando se desea evaluar el estado nutricional de los infantes en un país o localidad debido a que es producto de causas estructurales (Paraje 2008, 12). El tercer tipo de desnutrición infantil es conocido como **insuficiencia ponderal**, el cual se manifiesta cuando los infantes pesan poco con respecto a su edad. Este tipo de desnutrición es menos grave que los anteriores, pero requiere atención urgente para prevenir el empeoramiento del estado de salud del infante (Wisbaum 2011, 7). Finalmente, el cuarto tipo de desnutrición infantil está relacionado con **las carencias de micronutrientes**, tales como vitaminas y minerales. Entre las más importantes se encuentran las carencias en vitamina A, hierro y yodo (Wisbaum 2011, 10-11).

1.1.3. Intervenciones efectivas a nivel mundial para combatir la desnutrición infantil

Como hemos visto, la desnutrición infantil es un problema estructural y multicausal que se presenta en las comunidades caracterizadas por la pobreza y la desigualdad. Hay múltiples intervenciones para combatir esta problemática que van desde políticas macro que involucran reformas agrarias, subsidios de insumos agroindustriales, reducción de impuestos, y subsidios a alimentos, que buscan aumentar la producción, distribución y acceso a alimentos, pero por su puesto el impacto de ellas puede no tener un alcance tan significativo dentro de la población susceptible a la desnutrición infantil o requieren de un acompañamiento de políticas directas a la población afectada para reducir la problemática y prevenir la réplica intergeneracional de la misma. De acuerdo con Bryce et al. (2008, 516) la República del Congo logró mejoras nutricionales en su población gracias a políticas económicas que se centraron en aliviar la pobreza y mejorar la productividad en el sector agrícola. No obstante, hay otro grupo de políticas que se centran en prevenir o atacar el problema de la desnutrición infantil directamente en la población objetivo, es decir, en las mujeres embarazadas, mujeres lactantes, neonatos, niños lactantes (menores de dos años), y niños hasta los cinco años de edad, éstas son las políticas en las cuales nos concentraremos en el presente apartado.

Entre las intervenciones nutricionales efectivas para las mujeres embarazadas se encuentran:

- Suplementación con ácido fólico: Bhutta et al. (2013, 456) encontraron que el consumo de ácido fólico durante el embarazo reduce la incidencia de anemia megaloblástica en las mujeres y está relacionada con un mayor peso de los niños al nacer.
- Suplementación con hierro: está relacionada con menos probabilidad de que los niños presenten bajo peso al nacer, tiene una relación positiva con el peso con el que nacen los niños, también está asociado con una mejora en la concentración de la

hemoglobina en las madres, y menos probabilidad de que las mujeres embarazadas tengan deficiencia de hierro o presenten anemia (Bhutta et al. 2013, 456). Por otra parte, también los autores encontraron en 2008 que la suplementación con hierro reduce la mortalidad materna en un 23% (Bhutta et al. 2008, 420).

- Suplementación con calcio: está relacionado con la reducción del riesgo a sufrir preeclampsia durante el embarazo, reduce el riesgo de mortalidad y morbilidad materna (Bhutta et al. 2008, 423), está asociado positivamente con el peso de los niños al nacer, y reduce el riesgo de nacimientos prematuros (Bhutta et al. 2013, 456).
- Suplementación con múltiples micronutrientes, es decir, que contienen tres o más tipos de micronutrientes: está asociado a una menor probabilidad de presentar anemia durante el embarazo en un 39% (Bhutta et al. 2008, 423), reduce el riesgo de restricción del crecimiento intrauterino en un 14% (Bhutta et al. 2008, 423), y reduce la probabilidad de partos prematuros (Bhutta et al. 2013, 456).
- Suplementación de proteína: de acuerdo con la investigación realizado por Bhutta et al. (2008, 422), la ingesta de suplementos proteicos en mujeres embarazadas reduce en un 32% la posibilidad de presentarse restricción en el crecimiento intrauterino del feto, y en un 45% la probabilidad de muerte fetal. Por otra parte, la investigación realizada por Bhutta et al. (2013, 456), reafirma los hallazgos de la investigación del 2008 y añade que la ingesta de suplementos proteicos está también relacionada positivamente con el peso de los niños al nacer.
- Yodación de la sal: está relacionado con la reducción en la prevalencia de bocio³ en los infantes, así como también en la probabilidad de sufrir cretinismo⁴ (Bhutta et al. 2008, 423; Bhutta et al. 2013, 456). Por otra parte, Bhutta et al. (2013, 456) encontraron que el consumo de sal yodada durante el embarazo está relacionada a mejores puntajes en los niveles de desarrollo infantil y mayor peso al nacer.
- Yodación del agua: Bhutta et al. (2008, 423) encontraron que el consumo de agua con yodo durante el embarazo reduce entre un 51 y 89% la prevalencia de bocio en el bebé.

³ “Aumento, difuso o nodular, de la glándula tiroidea” (RAE 2001).

⁴ Es una enfermedad que se produce como consecuencia de la destrucción o falta de la glándula tiroidea durante la etapa fetal que termina causando deformaciones físicas y déficit cognitivo en aquellos que lo padecen (Sociedad Española de Medicina Interna 2024).

- Desparasitación durante el embarazo: la investigación de Bhutta et al de 2008 arrojó como resultado que las mujeres embarazadas que se desparasitaban tenían un mejor estado nutricional medido en micronutrientes que las mujeres que no (2008, 424).
- Malaria profilaxis y tratamientos para prevenir el paludismo en mujeres embarazadas⁵: reduce el riesgo de la restricción del crecimiento intrauterino en 43% en el primer o segundo embarazo en zonas donde la malaria es endémica (Bhutta et al. 2008, 420). También está relacionado con un mayor peso de los niños al nacer, y reduce en 43% la probabilidad de que los niños nazcan con bajo peso (Bhutta et al. 2008, 424; Bhutta et al. 2013, 461). Asimismo, reduce la probabilidad de que las madres presenten anemia en un 12% durante el tercer trimestre o al momento del parto (Bhutta et al. 2008, 424), reduce en un 38% la probabilidad de sufrir anemia severa durante la etapa prenatal, y reduce la presencia de parasitemia durante el embarazo (Bhutta et al. 2013, 461).
- Mosquiteros tratados con insecticidas para camas: reduce la probabilidad de sufrir aborto y el riesgo de que los niños nazcan con un bajo peso en 23% (Bhutta et al. 2008, 424; Bhutta et al. 2013, 461).

Entre las intervenciones efectivas para mejorar el estado nutricional de los neonatos (bebés que tienen entre 0 y 1 mes de nacidos) y por ende reducir los riesgos de morbilidad y mortalidad se encuentran:

- Suplementación con vitamina A: Bhutta et al. (2013, 457) encontraron que la suplementación de vitamina A suministrada de forma oral o de manera intramuscular en los neonatos reduce el número de muertes y la necesidad de utilizar oxígeno en los niños que nacen prematuros, es decir, antes de las 37 semanas de gestación. Asimismo, Bhutta et al. (2008, 423) y Bhutta et al. (2013, 457) hallaron que en el caso de niños que nacen a término, es decir, luego de las 37 semanas de gestación, reduce en 14% el riesgo de mortalidad durante los primeros 6 meses de vida.
- Suplementación con vitamina K: la deficiencia de vitamina K produce en los neonatos sangramientos durante sus primeras semanas de vida. De modo que, aplicar una dosis de vitamina K de manera intramuscular en los neonatos reduce el sangramiento clínico

⁵ ¿Qué relación guarda la malaria con la desnutrición? La malaria y la desnutrición forman un círculo vicioso que incrementa las posibilidades de morbilidad y mortalidad. Por una parte, las personas que padecen de malaria requieren consumir una ingesta calórica mayor dado que su sistema inmune busca defenderse ante la enfermedad causando una deficiencia nutricional cuando la persona está expuesta a una baja ingesta calórica. Por otra parte, las personas que padecen de desnutrición tienen un sistema inmunológico más débil haciéndolos más propensos a contraer la enfermedad (Uscátegui et al. 2009, 59).

entre 1 a 7 días. Además, el suministro de vitamina K, ya sea a través de una inyección intramuscular o de manera oral mejora el estado bioquímico de la coagulación de la sangre en los neonatos (Bhutta 2013, 457).

- Suplementación con hierro y ácido fólico: aunque Bhutta et al. (2008, 423-425) no señalan explícitamente un estudio conducido en neonatos para medir el impacto de la suplementación con hierro y ácido fólico, mencionan en términos generales que la evidencia científica señala que mejora el estado nutricional de los niños, medido en micronutrientes, desde el momento del nacimiento hasta los 5 años de edad.
- Pinzamiento tardío del cordón umbilical: es una práctica médica después del alumbramiento que consiste en cortar el cordón umbilical luego de que éste cese sus pulsaciones, es decir, luego de que finalice la transfusión de sangre de la placenta al neonato aproximadamente 3 minutos después del nacimiento. Su relación con la nutrición del neonato se asocia a un aumento en la reserva de hierro del infante en más de un 50%, aproximadamente 75 mg de hierro que equivalen a un suministro de hierro para 3,5 meses, reduciendo el riesgo de anemia en los infantes nacidos a término en un 61% (Maternal and Child Health Integrated Program 2013). Asimismo, para los neonatos prematuros el pinzamiento tardío del cordón umbilical está asociado a una reducción en la necesidad de transfusiones de sangre, en un menor riesgo de hemorragia intraventricular y disminuye el riesgo de que los neonatos sufran enterocolitis necrosante. Por otra parte, los niños neonatos que han sido sometidos al pinzamiento tardío del cordón umbilical presentan mayores niveles de bilirrubina que aquellos que no (Bhutta et al. 2013, 457).
- Método madre canguro: es un método utilizado en neonatos que consiste en sostener al recién nacido de forma vertical pecho con pecho a través del contacto directo con la piel por 24 horas con la finalidad de que el cuerpo de la persona que sostiene al bebé actúe como una especie de incubadora humana. Esta práctica no solo involucra a la madre, sino también busca involucrar al padre o personas voluntarias. El método madre canguro funciona para regular la temperatura del neonato, y promover su estimulación, así como también su alimentación mediante la lactancia materna (Organización Panamericana de la Salud 2010). De acuerdo con Bhutta et al. (2013, 457) éste método aumenta el promedio de lactancia exclusiva en las mamás que lo practican a 4 meses, y aumenta el tiempo de duración de la lactancia. Por otra parte, dichos autores también señalan que en el caso de los neonatos nacidos prematuros el

método mamá canguro reduce el riesgo de mortalidad, infección nosocomial, sepsis, hipotermia y estancia en el hospital de los neonatos.

- Iniciación temprana a la lactancia materna: consiste en dar de lactar al bebé durante sus primeras 24 horas de vida. Esta práctica está asociada a una reducción del 45% en la probabilidad de que los neonatos contraigan cualquier enfermedad infecciosa de la cual son propensos a morir, por ejemplo, sepsis, neumonía, meningitis, difteria, tétanos, diarrea, entre otras enfermedades infecciosas (Bhutta et al. 2013, 458; Debes et al. 2013, 4).
- Yodación del agua: ha demostrado que reduce la probabilidad de mortalidad en los neonatos en un 65,7% (Bhutta et al. 2008, 423).
- Estrategias de educación para la promoción de la lactancia materna: éstas pueden llevarse a cabo a través de estrategias masivas de información (radio, televisión o redes sociales), mediante grupos de apoyo a la lactancia materna, o a través de la educación directa a la madre de manera individual en consultas nutricionales, consultas posnatales, o visitas de hogar. En todos los casos, Bhutta et al. (2008, 422) señalan que la evidencia científica muestra que dichas estrategias incrementan la lactancia materna durante el primer mes de vida.

Entre las intervenciones efectivas para infantes (niños hasta los 12 meses de edad) y niños (niños de 1 a 5 años de edad) se encuentran:

- Suplementación con Vitamina A: está asociada a una reducción de todas las formas de mortalidad infantil en un 24%, reduce la incidencia de la diarrea y la probabilidad de muerte por episodios de diarrea en niños entre 6 y 59 meses en un 28%, y está asociado a una reducción en la incidencia de sarampión (Bhutta et al. 2013, 458-459).
- Suplementación con hierro: en niños menores de 2 años Bhutta et al. (2013, 458-459) encontraron que reduce la deficiencia de hierro en un 76% y el riesgo de padecer anemia en un 49%. Asimismo, aumenta la concentración de hemoglobina y ferritina.
- Suplementación con Zinc: Bhutta et al. (2013, 459-460), encontraron que proveer de una dosis diaria de Zinc a niños menores de 5 años durante 24 semanas está relacionado con una mayor estructura en 0,37 cm, lo que reafirma en su estudio de 2008 donde se encontró que reduce la propensión de desnutrición crónica, es decir, baja estatura para la edad en niños menores de 5 años (Bhutta et al. 2008, 423). Asimismo encontraron que reduce la incidencia de diarrea en un 13% y de neumonía

en un 19%. Por otra parte, también evidencian que reduce en un 18% todas las formas de muerte en niños entre 12 y 59 meses de edad.

- Suplementación con múltiples micronutrientes: está asociado a un aumento en las estatura y peso de los niños que consumen este tipo de suplementos, mejora la concentración de la hemoglobina en sangre, y reduce la propensión de sufrir anemia, deficiencia de hierro y retinol. Por otra parte, la evidencia científica señala que pueden estar relacionados con incrementos marginales en la inteligencia y el desempeño académico en edad escolar (Bhutta et al. 2013, 459; Bhutta et al. 2008, 423). Sin embargo, es importante tener presente que la suplementación de múltiples micronutrientes puede variar en su composición y por ende en los efectos que tenga sobre la población objetivo.
- Yodación del agua: en infantes, es decir, en niños entre 1 y 12 meses de edad, se encontró que la yodación del agua estaba relacionada a la reducción de muerte en un 56,5% (Bhutta et al. 2008, 423).
- Fortificación de la leche: Bhutta et al. (2008, 423) encontraron que en niños mayores de 24 meses, la fortificación de la leche estaba relacionada con mejoras en el estado nutricional de los niños, y con la reducción de la probabilidad de contraer enfermedades en un 15%, de sufrir diarrea en un 18% y de padecer enfermedades respiratorias en un 26%.
- Desparasitación en niños: en la investigación realizada por Bhutta et al. (2008, 424) se encontró que la desparasitación en niños ya sea con una dosis o múltiples dosis estaban relacionadas con una mejora en el estado nutricional de los niños, mayor estatura, mayor peso y menor presencia de anemia. No obstante, en la revisión de Bhutta et al. (2013, 461) solo se encontró efectos estadísticamente significativos en niños que tenían presencia de parásitos específicamente en mejoras en el peso y la concentración de hemoglobina en sangre.
- Probióticos: reduce en un 57% el riesgo de episodio de diarrea en niños (Bhutta et al. 2008, 424).
- Malaria profilaxis y tratamientos para prevenir el paludismo en niños: reduce en un 46% el riesgo de que los niños padezcan de anemia reduce en un 48% el riesgo de malaria clínica en niños mayores de 2 meses, y reduce el riesgo de episodios de malaria severa (Bhutta et al. 2008, 424; Bhutta et al. 2013, 461).
- Estrategias de educación para la promoción de la lactancia materna: Bhutta et al. (2013, 458-459) encontraron que las estrategias de educación de lactancia materna

individual o grupal aumentan la ratio de lactancia materna exclusiva en 43% el primer día, 30% durante el primer mes y 90% entre el primer mes y el sexto mes de vida. Asimismo, encontraron que las estrategias de educación en lactancia materna individual acompañadas de orientaciones grupales son más efectivas que solo llevar a cabo una de ellas dos. Por otra parte, hallaron que, para las madres no lactantes, dichas intervenciones de educación tanto individual como grupal reducen la lactancia materna exclusiva en un 32% durante el primer día, 30% durante el primer mes, y 18% durante el primer y sexto mes de vida. Adicionalmente, en la revisión de 2008 Bhutta et al. (2008, 422) no encontraron efectos de las estrategias de educación para la promoción de la lactancia materna en el aumento o disminución de la lactancia materna luego de los 12 meses de edad.

- Entrega de alimentos o suplementos alimenticios para apoyar la alimentación complementaria en poblaciones donde existe inseguridad alimentaria: Bhutta et al (2013, 459) encontraron que este tipo de intervenciones tienen efectos estadísticamente significativos en los índices de estatura para la edad y peso para la edad en la población objetivo.
- Estrategias de educación sobre la alimentación complementaria: la alimentación complementaria consiste en la introducción de alimentos luego del periodo de lactancia exclusiva. Ésta se lleva a cabo a partir de los primeros seis meses de vida hasta que finaliza el periodo de lactancia materna, es decir, a los 24 meses de edad del niño. Su importancia radica en que permite enseñar a las familias como alimentar correctamente a los niños respecto a la calidad de los alimentos, el tipo de dieta que es necesaria para su desarrollo, la manipulación correcta de los alimentos, entre otras prácticas que se adapten a la cultura de las familias participantes del programa. Respecto a la incidencia de esta estrategia en el estado de salud de los niños se encontró que en las poblaciones donde hay presencia de seguridad alimentaria los niños presentaron mayor talla que en aquellos lugares donde no se habían llevado a cabo estas estrategias, así como una ganancia en el peso, y menor incidencia de desnutrición crónica. Por su parte, en las poblaciones donde había inseguridad alimentaria se encontró que la educación respecto a la alimentación complementaria mejoraba la talla para la edad, reducía la presencia de desnutrición crónica y mejoraba los índices de peso para la edad en la población objetivo (Bhutta et al. 2013, 459).
- Utilización de ollas de hierro para cocinar: Bhutta et al. (2008, 423) encontraron que en los niños de entre 8 y 12 meses de edad cuyas familias utilizaban ollas de hierro

para cocinar presentaban mayores niveles de hemoglobina en sangre que aquellos niños cuyas familias no utilizaban ollas de hierro.

- Transferencias monetarias condicionadas: programas en Colombia, México, y Nicaragua, arrojan que las transferencias monetarias condicionadas están relacionadas con una reducción en la desnutrición crónica y mayor estatura de los niños de las población objetivo (Bhutta et al. 2008, 424).

Intervenciones transversales a la edad:

- Intervenciones de WASH (agua, saneamiento e higiene): introducir prácticas de lavado de manos junto con el mejoramiento de la calidad del agua y la eliminación de excretas en la población objetivo reduce el riesgo de diarrea y disentería. También se ha encontrado que tiene incidencia en la altura de los niños (Bhutta et al. 2008, 424; Bhutta et al. 2013, 461)

Tabla 1.1. Intervenciones efectivas para combatir la desnutrición infantil

Categorías de intervención	Mujeres embarazadas	Neonatos (niños entre 0 y 1 mes de nacidos)	Infantes (de 1 a 12 meses de edad)	Niños (de 12 meses de edad hasta los 5 años)
Suplementación con micronutrientes		Suplementación con Vitamina A	Suplementación con Vitamina A	Suplementación con Vitamina A
		Suplementación con Vitamina K		
	Suplementación con ácido fólico	Suplementación con ácido fólico		
	Suplementación con hierro	Suplementación con hierro	Suplementación con hierro	Suplementación con hierro
	Suplementación con calcio		Suplementación con Zinc	Suplementación con Zinc
	Suplementación con múltiples micronutrientes			
Suplementación con macronutrientes	Suplementación de proteína		Entrega de alimentos o suplementos alimenticios para apoyar la alimentación complementaria en poblaciones donde existe inseguridad alimentaria (a partir de los 6 meses de edad)	Entrega de alimentos o suplementos alimenticios para apoyar la alimentación complementaria en poblaciones donde existe inseguridad alimentaria (hasta los 24 meses de edad)

Categorías de intervención	Mujeres embarazadas	Neonatos (niños entre 0 y 1 mes de nacidos)	Infantes (de 1 a 12 meses de edad)	Niños (de 12 meses de edad hasta los 5 años)
Prácticas de salud		Pinzamiento tardío del cordón umbilical Método madre canguro		
Estrategias masivas para mejorar la composición nutricional de los alimentos o bebidas de consumo	Yodación de la sal Yodación del agua	Yodación del agua	Yodación del agua	Fortificación de la leche
Estrategias para prevenir o afrontar enfermedades	Desparasitación Malaria profilaxis y tratamientos para prevenir la malaria			Desparasitación Probióticos Malaria profilaxis y tratamientos para prevenir la malaria

	Mosquiteros con isecticidas para camas			
	Intervenciones de WASH	Intervenciones de WASH	Intervenciones de WASH	Intervenciones de WASH
Categorías de intervención	Mujeres embarazadas	Neonatos (niños entre 0 y 1 mes de nacidos)	Infantes (de 1 a 12 meses de edad)	Niños (de 12 meses de edad hasta los 5 años)
Estrategias de educación		Estrategias de educación para la promoción de la lactancia materna	Estrategias de educación para la promoción de la lactancia materna	
			Estrategias de educación sobre la alimentación complementaria (a partir de los 6 meses de edad)	Estrategias de educación sobre la alimentación complementaria (hasta los 24 meses de edad)

Estrategias varias

Cocinar con ollas de hierro

Cocinar con ollas de hierro

Transferencias monetarias
condicionadas

Fuente: Elaborada con base en Bhutta et al. (2013) y Bhutta et al. 2008.

1.2. Enfoque de las capacidades humanas

La desnutrición infantil es una de las mayores privaciones de los Derechos Humanos y de las libertades que un niño o niña puede alcanzar no solo en el presente sino en su futuro, ya que condicionan la calidad y el tipo de vida que pueden vivir. Si entendemos por funcionalidades los logros que una persona puede alcanzar por lo que hace o por lo que es, y a las capacidades como la libertad que tiene una persona para elegir entre los diferentes tipos de vida que puede vivir (Sen 2003, 5), se puede argumentar que la desnutrición infantil limita las funcionalidades y las capacidades de aquellos o aquellas que son víctimas de esta, ya que limita sus probabilidades de vivir y si es que estas son superadas limita los logros que la persona puede alcanzar por los impactos adversos que tiene sobre su desarrollo cognitivo y su salud.

El enfoque de las capacidades humanas es una propuesta teórica que invita a repensar la prioridad que se le otorga a la actividad económica, la relación y el impacto que esta tiene sobre los seres humanos y hasta incluso el medio ambiente, y cuál debería ser realmente el fin de la política pública. Este planteamiento teórico deja a un lado el énfasis que se le ha concedido al crecimiento económico y se centra en promover el bienestar social a partir de la expansión de las capacidades también entendidas como libertades humanas.

Nace como una crítica al utilitarismo y a la manera como éste concebía la equidad y el bienestar que una persona podía alcanzar. De acuerdo con el utilitarismo, los seres humanos consumen determinados bienes o servicios porque estos les reportan un determinado grado de satisfacción, llamado utilidad. Este grado de satisfacción crece a medida que incrementa la cantidad de bienes y servicios que la persona puede consumir. De modo que la teoría utilitarista propone la hipótesis de que los seres humanos siempre buscan maximizar su utilidad, es decir, siempre buscan obtener la mayor cantidad de bienes y servicios porque esto les genera mayor satisfacción o grado de bienestar, sin importar la distribución final de los recursos dentro de la economía (Sen 1979, 198).

Si existe una determinada cantidad de bienes y servicios en la economía y solo hay dos individuos para repartirse dichos bienes y servicios, la teoría utilitarista señala que la cantidad óptima que le corresponderá a cada individuo se obtendrá cuando las utilidades marginales de ambos se igualen, es decir, cuando el grado de satisfacción que le reporta consumir una unidad adicional de la canasta para cada individuo es idéntica (Sen 1979, 198). Sin embargo, Sen (1979) señala que este equilibrio no toma en consideración la utilidad total que reciben las personas por la cantidad de recursos “óptima” que obtienen. De modo que se puede

suscitar un equilibrio en el que una persona obtenga mucha más utilidad (satisfacción) que otra por la porción de la canasta que le correspondió. Desde la perspectiva de Sen (1979) esto genera una situación de desigualdad, debido a que el equilibrio favorecerá a aquellos individuos que son más eficientes en la acumulación de riqueza que aquellos que no, ocasionando que la ganancia de la utilidad marginal de los ganadores (aquellos que son más eficientes acumulando riqueza) sea igual a la pérdida de utilidad marginal de los perdedores, es decir, de los menos eficientes en la acumulación de riqueza (Sen 1979, 199).

La eficiencia o ineficiencia en la acumulación de riqueza muchas veces corresponde a situaciones distintas al entorno económico, por ejemplo, factores como la clase social en la que se nace y se crece, la ubicación geográfica, la edad, las habilidades motoras, las condiciones climáticas, la etnia, el género, el acceso a servicios básicos, entre otros, son determinantes de las oportunidades que una persona tiene para alcanzar un determinado nivel de ingreso y un determinado nivel de bienestar. Partiendo de esta perspectiva, Sen (1979, 215-216) señala que la teoría utilitarista obvia la heterogeneidad y las desigualdades que existen en la sociedad, planteando un equilibrio y una medida de bienestar que se aleja de la idea de equidad (igualdad de oportunidades).

Otra de las críticas llamativas de Amartya Sen a la teoría clásica que además fundamentó la necesidad de crear el enfoque de las capacidades humanas está relacionada con el vínculo que la teoría utilitarista ha establecido entre bienestar, grado de satisfacción o felicidad, y la acumulación de bienes y servicios. Como se expuso previamente, la teoría utilitarista propone la hipótesis que las personas buscarán obtener la canasta de bienes y servicios que le reporta mayor satisfacción y entre más bienes y servicios tengan al alcance mayor será su nivel de utilidad (satisfacción o bienestar). Sin embargo, Sen (1979 y 1999) argumenta en contra de esta tesis mencionando que los bienes materiales no son el fin sino uno de los medios para lograr el bienestar individual. Tomando lo señalado por Qizilbash (2006, 246), las mercancías no son valiosas por sí mismas, sino por la posibilidad que les dan a las personas de vivir vidas valiosas y fructíferas. Por ende, lo importante son las oportunidades reales que tiene una persona para elegir la vida que desea vivir y que valora (Sen 1999). No cabe duda de que la riqueza material y el acceso a determinados bienes y servicios están asociados a mejores estándares de vida. No obstante, el ingreso no es el único mecanismo para que una persona logre alcanzar su máximo potencial (Sen 1999, 87; Biggeri, Ballet y Comim 2011, 47), se necesitan otros factores que apoyen el proceso de desarrollo personal como el acceso a vías de comunicación, transporte, educación, salud, agua potable, saneamiento básico, electricidad,

internet, tecnologías de la información, seguridad, derechos, libertades, etc. De modo que, las personas puedan elegir realmente la vida que quieren vivir.

Otro de los puntos de vistas que divergen entre las teorías clásica y neoclásica y el enfoque de las capacidades humanas es la relevancia que se le otorga al crecimiento económico y a los seres humanos. Mientras la economía clásica y neoclásica posiciona a los seres humanos como meros factores de producción necesarios para conducir el crecimiento económico. El enfoque de las capacidades humanas ubica a los seres humanos como el centro de la actividad económica, siendo estos tanto un medio como un fin para lograr el desarrollo, y entendiendo a la actividad económica como un medio para generar bienestar social, expandir las oportunidades y los logros que una persona puede alcanzar (Biggeri, Ballet y Comim 2011, 6-7; Qizilbash 2006, 245-246).

En este sentido, Sen (1999) plantea que el desarrollo de los países va más allá de simplemente observar su desempeño económico a lo largo del tiempo, sino que además pone especial énfasis en observar cómo se desarrolla la vida de los seres humanos que conforman dicha sociedad. Si bien el crecimiento económico es importante porque permite expandir las oportunidades que tienen las personas a través de la generación de empleos, mayor abundancia de bienes y servicios y precios más competitivos. La prosperidad económica no siempre genera el mismo efecto de bonanza en todos los ciudadanos por igual ni acerca las oportunidades que se generan a todos los individuos (Clark 2006, 40).

La evidencia demuestra que no existe una correlación fuerte entre la desigualdad de ingresos y el crecimiento económico, es decir, que la desigualdad de ingresos permanece invariante ante fluctuaciones en el PIB de los países a lo largo del tiempo (Ravallion 2006, 453).

Aunque Ravallion (2006, 454-455) asevera que sí existe una correlación negativa entre el crecimiento económico y la pobreza; señala que la desigualdad limita significativamente el impacto que el crecimiento económico tiene sobre la reducción de la pobreza. Planteando que los países con un mayor nivel de desigualdad tardarán más años en reducir la pobreza que aquellos con menores niveles de desigualdad, especialmente aquellos países cuyas desigualdades se concentran en la falta de acceso a servicios públicos como salud y educación (Ravallion 2004 citado por Ravallion 2006, 454).

En este sentido, el enfoque de las capacidades humanas coloca al bienestar humano como el centro del análisis y como el fin último de la política pública. Donde el crecimiento económico se convierte en uno de los motores para lograr el desarrollo de los países, pero no

en el único. Para esbozar de manera más clara estas ideas, se procede a presentar los conceptos fundamentales del enfoque de las capacidades humanas.

1.2.1. Conceptos principales del enfoque de las capacidades humanas

El enfoque de las capacidades se fundamenta en tres conceptos básicos: capacidades, factores de conversión y funcionamientos. Las **capacidades** se entienden como las oportunidades reales que una persona tiene para ser o hacer lo que desea de acuerdo con sus libertades personales. Son la combinación de oportunidades y capacidades que una persona tiene para elegir una oportunidad en lugar de otra (Biggeri, Ballet y Comim 2011, 7). El aprovechamiento de estas oportunidades depende a su vez de diversos recursos y factores (**factores de conversión**) que no solo se limitan al ámbito personal (características propias de la persona como el sexo, la etnia, y recursos de los que dispone), sino también a nivel del hogar, comunidad y sociedad. Por ejemplo, aprovechar la oportunidad de estar bien alimentado no solo depende de que el hogar tenga a disposición y pueda acceder a la cantidad de alimentos necesarios para cada uno de sus miembros, sino también podría estar determinado por prácticas culturales como por ejemplo que las niñas sean las últimas en comer y se alimentan de lo que deja el resto, lo cual limitaría la posibilidad de que las niñas estén bien alimentada, es decir, de que pudieran disfrutar dicha oportunidad (Haisma et al. 2018).

En este sentido, las capacidades reflejan la posibilidad real y la verdadera libertad que tiene una persona de elegir entre diversas oportunidades que se encuentran en su entorno y por ende poder decidir la vida que desea vivir de acuerdo con lo que considera valioso (Clark 2006, 35). Por ejemplo, a pesar de que los niños tienen el derecho a acceder al sistema educativo sin distinción, si la escuela más cercana se encuentra a una hora de distancia, el poblado donde viven no cuenta con vías de comunicación y con transporte público que faciliten la movilización segura de los niños a la escuela, puede que para esos niños la oportunidad de estudiar no sea una oportunidad real, por consiguiente, que la capacidad de acceder a la escuela y estudiar no esté al alcance de ellos porque los factores de conversión como la cercanía a la escuela, el transporte público y las vías de comunicación no están presentes para que esa oportunidad pueda disfrutarse plenamente.

De este modo, Yousefzadeh et al. (2019) y Haisma et al. (2018) señalan que no solo se necesita que existan recursos como acceso a la alimentación, un entorno seguro, suficientes ingresos, acceso a agua potable, entre otros, para que una persona crezca y se desarrolle de forma saludable, sino que este proceso además depende de factores de conversión, que

determinan que esos recursos puedan ser utilizados y por ende las oportunidades aprovechadas. De acuerdo con los autores, estos factores pueden ser el sexo, la etnia, la cultura, la religión, la educación, la infraestructura, las leyes, las políticas públicas, etc.

El concepto de capacidades no solo nos permite entender las privaciones a las que puede estar sometida una persona y como esto limita sus oportunidades, sino también como las personas a pesar de tener la posibilidad real de elegir una vida sana, saludable y prospera, deciden, por ejemplo, optar por no comer para mantener determinados estándares de belleza y cumplir con demandas sociales acerca de la apariencia física (Clark 2006, 34), o a la inversa, una persona puede optar por tener una vida sedentaria y no comer de forma balanceada y saludable a pesar de saber la importancia de la actividad física y de la alimentación en la calidad de vida. En este orden de ideas, el enfoque de las capacidades humanas propone centrarse en la libertad que tiene una persona para elegir una verdadera oportunidad que tiene en su entorno y por ende vivir la vida que desea y que es valiosa para él (Clark 2006, 35).

Por su parte, los funcionamientos hacen referencia a las oportunidades convertidas en logros. Así, si una oportunidad es estar bien nutrido, un funcionamiento se convertiría en crecer sano y fuerte, estar libre de enfermedades, etc. De modo que los funcionamientos son el producto del aprovechamiento de las oportunidades de las cuales se dispone dado los recursos y factores que determinan el aprovechamiento de dichas oportunidades (Haisma et al. 2018). En otras palabras, los funcionamientos también son vistos como lo que una persona puede llegar a ser o hacer dada las oportunidades que se encuentran en su entorno y sus libertades personales (Sen 2003, 5).

Alcanzar un funcionamiento, por ejemplo, estar bien nutrido, no solo depende de una canasta de productos alimenticios como pan o arroz, sino que también depende de un conjunto de factores personales y sociales como el metabolismo, la edad, la estatura, la composición corporal, los niveles de actividad física, el estado de salud, el acceso al sistema de salud, conocimientos nutricionales y de educación, condiciones climáticas, entre otros.

En este sentido, un funcionamiento termina siendo el uso que una persona le da a un bien a partir de su decisión propia (Clark 2006, 34). Y la pérdida de un funcionamiento puede suscitarse por la falta de libertad de poder aprovechar una oportunidad y así alcanzar un determinado logro (Drèze y Sen 1989, 42). Como mencionan Biggeri, Ballet y Comim (2011, 8) el enfoque de las capacidades humanas no solo se preocupa en lo que una persona logra hacer sino en lo que es capaz de hacer.

1.3. Desarrollo infantil, desnutrición y privación de libertades humanas

El crecimiento infantil constituye los cambios físicos que experimentan los niños y las niñas con el transcurrir de los años. Éste se manifiesta a través de cambios en el peso, la estatura y la circunferencia de la cabeza. Mientras que el desarrollo infantil está asociado a la capacidad de manejar habilidades más complejas tanto en el ámbito de motricidad, como cognitivo y emocional (UNICEF 2007). De este modo, el desarrollo se ve materializado al aprender a sentarse, caminar y sujetar objetos, al aprender y hacer uso del lenguaje, al desarrollar la capacidad de razonar, de resolver problemas y de organizar las ideas, al adquirir el sentido de ser, la habilidad de ser empático, de expresar sentimientos y la capacidad de interactuar con otras personas, etc. (Berlinski y Schady 2015, 4). Tanto el crecimiento como el desarrollo constituyen un proceso no lineal y acumulativo a lo largo del tiempo que se replica de manera similar en cada niño en periodos determinados. El retardo del desarrollo en un área específica durante los primeros años de vida puede tener consecuencias irreversibles, afectando el bienestar de la persona a lo largo de su ciclo de vida.

Durante la gestación y los primeros tres años de vida los seres humanos sufren las transformaciones más aceleradas de su cerebro que no se repiten en ninguna otra etapa de la vida (UNICEF 2017). Entre el nacimiento y los tres años de vida las conexiones neuronales de los niños se incrementan exponencialmente, llegando a duplicar el número de conexiones neuronales que poseen los adultos. Las conexiones neuronales alcanzadas a los tres años se mantienen hasta los diez años de vida y luego comienzan a declinar hasta finales de la adolescencia, alcanzando el número de conexiones neuronales promedio de los adultos, 500 trillones (Berlinski y Schady 2015, 9). Estas transformaciones determinan la capacidad que tendrán los niños y las niñas para caminar, hablar, aprender, bailar, crear e incluso reaccionar. Su proceso de formación no depende exclusivamente de factores genéticos (innatos) sino también del entorno en el que crecen y se desarrollan. De modo que, la alimentación, la protección y la estimulación que reciben los infantes es crucial para su crecimiento y desarrollo (BID 2017; UNICEF 2017). La evidencia demuestra que aquellos niños expuestos a condiciones adversas de manera reiterada durante los primeros años de vida desarrollan menores conexiones neuronales y sufren cambios físicos en las estructuras de dichas conexiones, que en algunos casos pueden ser irreversibles (Araujo 2017).

El crecimiento y desarrollo de los infantes se ven amenazados por las carencias nutricionales. De acuerdo con UNICEF (2017) aproximadamente el 75% de los alimentos que ingieren los bebés y las bebés es utilizado para desarrollar su cerebro. De modo que la privación de los

nutrientes necesario puede causar en los niños retardo en el crecimiento, deficiencias cognitivas y retraso en el desarrollo motor (UNICEF 2017).

1.3.1. Privación de las libertades humanas

El enfoque de las capacidades humanas permite entender al desarrollo infantil y sus limitantes desde una perspectiva multidimensional que además de responder a la pregunta qué está pasando con la infancia también responde a la pregunta del por qué. La tesis de las capacidades humanas evalúa las diversas oportunidades que los seres humanos tienen para prosperar plenamente, tomando en consideración no solo los recursos económicos de los cuales disponen, sino también las características sociales y culturales que podrían incidir en el aprovechamiento de las oportunidades (Sen 1999, 24).

Alrededor del mundo muchas personas siguen sufriendo por la privación de una gran variedad de libertades que se ven reflejadas, por ejemplo, con la desnutrición, las hambrunas, la falta de acceso al sistema de salud, al agua potable, al saneamiento básico, o pasan su vida luchando contra enfermedades prevenibles que en ocasiones terminan causando la muerte prematura (Sen 1999, 15). Estas privaciones limitan las posibilidades que las personas tienen para alcanzar su máximo potencial.

Estar privado de libertades humanas implica tener menores oportunidades (capacidades) para elegir lo que desea ser o hacer de acuerdo con lo que se considera valioso. Estas privaciones de libertades humanas pueden tener su origen en diversos factores: (i) personales, por ejemplo, a través de la discapacidad motora, (ii) económicos, por ejemplo, a través de falta de ingresos suficientes, (iii) sociales, por ejemplo a través de la segregación social, y (iv) culturales, por ejemplo a través de las disparidad de género. Sen (1999) plantea que la pobreza en sí puede ser entendida como una privación de libertades, donde no solo las personas carecen de suficientes ingresos para llevar una vida digna, sino también porque la pobreza está asociada a otras privaciones como falta de acceso a agua potable, saneamiento básico, una vivienda digna, un trabajo estable y no precario, seguridad, así como también está asociada a un entorno con mayor violencia y presencia de inseguridad alimentaria.

Las privaciones a las que están sometidas algunos seres humanos pueden estar interrelacionadas. Por ejemplo, una persona que no tiene acceso a agua potable y saneamiento básico es más propensa a contraer enfermedades infecciosas que pueden ocasionar diarrea y subsecuentemente desnutrición. La falta de acceso al sistema de salud puede traer como consecuencia que una persona en estado de desnutrición no pueda ser tratada a tiempo. Sufrir

de desnutrición aumenta la probabilidad de mortalidad, así como también hace más propensa a la persona de sufrir enfermedades cardiovasculares, sufrir de obesidad o tener un menor coeficiente intelectual, lo que a su vez impacta en el desempeño escolar, la productividad, y en la generación de ingresos en el futuro. De modo que, la privación de una libertad puede terminar privando a las personas de otras libertades. Por ende, condenando la vida que una persona puede vivir.

Entender al desarrollo como una expansión de las libertades humanas implica entender los diversos factores que inciden en que una persona pueda disfrutar determinadas libertades. Si bien los recursos disponibles tales como tener suficientes ingresos, acceso a alimentos, etc., son importantes, estos no garantizan que una persona pueda gozar plenamente de sus libertades. Factores como el sexo, la etnia, la religión, la cultura, el nivel de educación de los padres, las leyes, la infraestructura disponible, entre otros, pueden determinar el alcance del disfrute de los mismos (Haisma et al. 2018). Así, por ejemplo, en muchas ocasiones la desnutrición infantil no ocurre por falta de alimentos sino por enfermedades infecciosas causada por parásitos que no le permite al infante absorber los nutrientes que está ingiriendo (Drèze y Sen 1989, 44).

En este sentido, el enfoque de las capacidades nos permite entender los diversos causantes de la desnutrición más allá de solo la falta de alimentos. Considera otros factores como el acceso al sistema de salud, la educación básica, el acceso a agua potable y saneamiento, entre otros (Drèze y Sen 1989, 44). La desnutrición infantil puede ser entonces entendida como una privación de las libertades humanas porque limita el crecimiento y desarrollo presente y futuro de los niños, y por ende puede terminar condenando la vida que los infantes pueden vivir.

Al analizar el desarrollo como la expansión de las libertades humanas se coloca en el centro del análisis el bienestar de los seres humanos, especialmente de los más desaventajados (Sen 1999). Además, permite entender las privaciones a las que se enfrentan las personas para alcanzar su máximo potencial, yendo más allá de los recursos monetarios que estas disponen. Desde esta perspectiva, las libertades humanas no solo hacen referencia a la libertad de ejercer derechos políticos o económicos, sino también hace referencia a libertades básicas como poder escapar de la pobreza, del hambre, la desnutrición, la morbilidad e incluso la mortalidad prematura (Sen 1999).

La expansión de las libertades humanas invita a crear mecanismos para acercar los derechos a todos los ciudadanos sin distinción (la salud o la educación, por ejemplo). Consiste en que las

personas cuenten con las herramientas y el entorno que les permitan aprovechar las oportunidades que tienen, y que sean agentes activos en el proceso de su desarrollo individual (Sen 1999, 53).

1.4. La acción pública

De acuerdo con Drèze y Sen (1989, vii), la acción pública puede ser entendida como el conjunto de actuaciones sociales que se toman para alcanzar un determinado fin. La acción pública no solo hace referencia a las políticas que se ejecutan por parte de los gobernantes, es decir, desde el Estado y su administración gubernamental, sino también implica las acciones que toma la sociedad en general ya sea a través de las demandas sociales o mediante la ejecución de políticas por parte de la sociedad civil.

La importancia de la acción pública por parte del Estado recae en que es fundamental para expandir las capacidades humanas que las personas tienen (Clark 2006, 40), y reducir las desigualdades sociales y económicas, a través de la expansión de los servicios sociales tales como aumentar el acceso a la educación, a los servicios de salud, a la seguridad ciudadana, a los servicios básicos, entre otros. Por su parte, la acción pública por el lado de los ciudadanos es fundamental para generar presión social con el fin de que el Estado tome las medidas necesarias para proteger y velar por el bienestar de la comunidad.

Para ejemplificar la importancia de la acción pública pensemos en la volatilidad de los ingresos de un hogar. Uno de los factores que atenta contra el bienestar de una persona y una familia es la volatilidad de los ingresos porque atenta contra su estabilidad económica y por ende con la garantía de poder cubrir las necesidades básicas del individuo y de la familia que tiene. De acuerdo con Drèze y Sen (1989, 5-6), esta volatilidad de ingresos puede ocurrir por la pérdida del empleo, por la reducción del salario, o por la inflación (cuando no viene acompañada de un aumento en los ingresos). En situaciones en la que las personas sufren fluctuaciones drásticas en su ingreso la acción pública es fundamental por parte del Estado para evitar que estos choques en el ingreso familiar generen una drástica pérdida del bienestar. Acciones como un seguro de desempleo, bancos de comida, y hasta incluso tomar medidas que contengan los niveles de inflación promueven un mecanismo de protección social y de garantía que le permitan a la persona mantener estándares mínimos de vida digna. De este modo, la acción pública se convierte en un mecanismo que apoya al desarrollo de un país, promoviendo mayores oportunidades (capacidades o libertades humanas) y reduciendo las desigualdades y la pobreza. La acción pública vista como el accionar del Estado y de la

sociedad, termina siendo un mecanismo impulsor de la equidad social, a través de la expansión de los servicios públicos, y a través de la promoción del debate público que permitan hacer consciente a la sociedad en general de las demandas sociales y de las acciones que se deben tomar a nivel personal y social para contribuir al desarrollo individual y colectivo.

¿Qué relación tiene la desnutrición infantil con la acción pública? De acuerdo con Drèze y Sen (1989, 9), la desnutrición infantil no solo está relacionado con la deficiencia de los alimentos que ingieren los infantes que la padecen, sino también con privaciones de otros tipos, como la educación, el acceso al sistema de salud y el ambiente social (acceso al agua potable, saneamiento básico, conocimiento sobre la alimentación adecuada, etc.). Estos factores no dependen por si solos del hogar. Se requiere de un sistema de apoyo que permita garantizar fuentes de empleo formales para los ciudadanos, información sobre la alimentación infantil en sus diversas etapas, acceso a servicios de salud de calidad, acceso a la red de agua potable y saneamiento básico que minimice las enfermedades infecciosas. De este modo, la acción pública se vuelve una red de apoyo entre el Estado, las instituciones y la familia, para garantizar el desarrollo humano a lo largo del ciclo de vida. Y que, en el caso de los infantes, su desarrollo no dependa exclusivamente de las capacidades de sus padres o cuidadores (Biggeri, Ballet y Comim 2011, 9).

En muchos casos el hambre y las hambrunas tienen su génesis en las desigualdades (Drèze y Sen 1989, 4). De modo que, no solo debería interesarnos que haya disponibilidad de alimentos en la sociedad para cada persona que la compone, sino también en que las personas cuenten realmente con el derecho de acceder a esos alimentos. Las hambrunas y el hambre no siempre ocurren por falta de alimentos disponibles para comprar, muchas veces ocurren porque las personas no cuentan con los recursos económico para acceder a dichos alimentos (Drèze y Sen 1989, 24-25).

La desnutrición infantil se trata de un problema social apremiante debido a que es un fenómeno que está asociada con múltiples formas de privaciones, tanto biológicas porque afecta el estado de salud de la persona que la padece, como económicas y sociales, porque limita su desarrollo presente y futuro y por ende sus oportunidades (Drèze y Sen 1989, 15). El enfoque de las capacidades humanas y su llamado a la acción pública desde la perspectiva de los derechos permite estudiar al hambre y la desnutrición desde un enfoque focalizado en las personas y en la familia. Permite realizar un análisis agrupando a las personas que tienen o

sufren circunstancias similares para poder entender el fenómeno por el que están pasando y por ende tomar acción (Drèze y Sen 1989, 30-31).

Desde esta perspectiva, la desnutrición infantil debe convertirse en una prioridad de política pública para garantizar el desarrollo equitativo de todos los seres humanos de la sociedad. De este modo, la desnutrición no solo es una consecuencia de las desigualdades económicas sino también una causa de ella, convirtiéndose en un círculo vicioso (Paraje 2009, 42).

1.5. Cambio del ciclo político: el giro a la izquierda

El cambio del ciclo político también llamado el giro a la izquierda o postneoriberalismo fue un fenómeno político que se originó en América Latina durante la primera y segunda década del siglo XXI. Donde un gran número de países en la región estuvieron bajo la gobernanza de partidos políticos de corrientes de pensamiento de izquierda o centro izquierda⁶. De acuerdo con Silva-Torres, Rozo-Higuera y León (2022, 4), para finales de la primera década de los años 2000, once de los diecinueve países de la región tuvieron al menos un gobierno de izquierda. Comenzando por Venezuela en 1999, seguido de Chile, Brasil, Argentina, Panamá, Uruguay, Bolivia, Costa Rica, Nicaragua, Ecuador, Guatemala, Paraguay, El Salvador, Perú y en 2018 México (Madrid 2010; Panizza 2005a, 2005b; Arenas García 2012; Silva-Torres et al. 2022). Siendo Colombia y Honduras los únicos países que durante el periodo de estudio de esta investigación no fueron gobernados por partidos políticos con corrientes de pensamiento de izquierda (Silva-Torres et al. 2022, 24).

Este fenómeno político surgió de las demandas sociales insatisfechas y del descontento social que se había generado producto del resultado de las políticas económicas que se habían implementado en años anteriores. Para recordar, la crisis económica de los 80 y principios de los 90 que se suscitó en gran parte de los países de la región tuvo repercusiones negativas en la esfera económica y social debido a la contracción económica, los altos niveles de inflación,

⁶ Los términos de izquierda o centro izquierda son bastante ambiguos y tienden a generar polémica. Panizza (2005, 719) ofrece una aproximación a la definición de lo que sería ser de izquierda mencionando que esta corriente de pensamiento ha estado afiliada a ideologías como el marxismo y el socialismo, a principios políticos como la equidad y la justicia, a tradiciones políticas como las democracias sociales y los movimientos comunistas, y a políticas que han preferido la intervención del Estado para la redistribución del ingreso, en lugar de la redistribución causada por las fuerzas del mercado y la propiedad privada. No obstante, el autor advierte que, aunque estas caracterizaciones podrían acercarnos a entender qué es la izquierda, no definen por completo a los gobiernos del cambio del ciclo político que gobernaron en la región a partir del siglo XXI debido a que muchos de ellos optaron por la apertura del mercado y la privatización (véase el debate sobre esto en Arenas García (2012) y Madrid (2010). Asimismo, (Panizza 2005, 719) señala que la gran diferencia entre un gobierno de izquierda y uno de centro izquierda es que el primero tiende a favorecer cambios estructurales, mientras que el segundo opta por políticas reformistas.

el aumento del desempleo, el aumento del sector informal, la crisis de la deuda, y el desbalance fiscal (Cornia 2010, 95; Stoessel 2014; Madrid 2010). Para enfrentar esta situación, los gobiernos de turno implementaron políticas que favorecían el libre mercado y la competencia, así como también el control de las finanzas públicas y la minimización del Estado dentro de la economía. Estas políticas, aunque tuvieron resultados favorables en un inicio, como lograr la estabilidad económica y detener la inflación, no ocasionaron mejoras sociales inmediatas y en algunos casos acentuaron las desigualdades sociales, por ejemplo, no se generaron plazas de trabajo con la misma rapidez con la que se reactivaba la economía, y el ajuste de los precios generó grandes brechas entre el salario mínimo y los salarios promedios. Sus pocos efectos positivos se fueron disipando a finales de los 90, trayendo consigo nuevamente el aumento del desempleo, la desaceleración de la economía y la persistencia del sector informal, a lo que se le suman los altos niveles de pobreza y desigualdad (Madrid 2010, 596-598).

Este contexto ocasionó a su vez una crisis de representación política en la que los ciudadanos no encontraban respuestas a sus demandas por parte de la administración política de turno (Stoessel 2014, 5-7), abriendo paso a la aceptación de nuevas propuestas de políticas que dieran prioridad al crecimiento económico con redistribución y equidad. De modo que, el cambio del ciclo político más que la búsqueda de la gobernanza de corrientes de pensamiento de izquierda o centro izquierda, se trató de la oportunidad de presentar nuevas iniciativas de política pública acordes a las demandas de la sociedad, dado que los modelos de desarrollo económico del pasado se habían agotado. En algunos países se dio a través del surgimiento de nuevos partidos políticos, por ejemplo, Venezuela, Bolivia y Ecuador, ya que los partidos que eran tradicionalmente de izquierda habían perdido su fiabilidad por haber participado de las reformas del consenso de Washington durante la década perdida. Mientras que en otros países se dio a través de la gobernanza de los partidos tradicionales de izquierda (para información más detallada ver Silva-Torres et al. 2022: 22-26).

La caracterización de los gobiernos que formaron parte de este cambio de ciclo político no fue homogénea (Madrid 2010; Panizza 2005a; Panizza 2005b; Arenas García 2012 (Stoessel 2014; Mario Torrico 2017). Algunos gobiernos optaron por tener políticas más intervencionistas que otros, por ejemplo, en Venezuela bajo la presidencia de Hugo Chávez se nacionalizaron empresas de la industria siderúrgica, de telecomunicaciones y de electricidad, así como también se crearon un gran número de empresas propiedad del Estado, llegando a tener más de 500 empresas bajo su administración (Cornia 2010, 96; Madrid 2010, 590; Rojas

et al. 2020, 6). En Bolivia bajo la presidencia de Evo Morales se tomó control de algunas empresas extranjeras de gas natural y se nacionalizaron las minas. Y en Ecuador bajo la administración de Rafael Correa se aumentó la cuota que le correspondía al Estado por los ingresos petroleros extraordinarios (Madrid 2010, 590; Cornia 2010, 96). Mientras que hubo gobiernos que optaron por la privatización, como fue el caso del gobierno de Ricardo Lagos en Chile donde se otorgó la concesión a empresas privadas de administrar las empresas estatales que proveían servicios públicos tales como agua y vialidad (Fischer y Serra 2007; Madrid 2010).

Otra diferencia entre los gobiernos que formaron parte del ciclo político fue el grado de apertura hacia el comercio internacional y la inversión extranjera. Mientras que hubo gobiernos que optaron por mantener políticas que favorecían esta apertura, por ejemplo, el gobierno de Ricardo Lagos en Chile donde se mantuvieron las tarifas arancelarias bajas, se eliminaron controles de capital, y se firmaron acuerdos de libre comercio con diversos países incluido Estado Unidos, o el caso del gobierno de Tabaré Vázquez en Uruguay que mantuvo acuerdos bilaterales con Estados Unidos para promover la inversión (Madrid 2010, 589). Hubo otros países como Venezuela que optaron por favorecer la apertura al comercio internacional, y los pactos y alianzas hacia otros países como Irán, Rusia, y China, en detrimento de Estados Unidos (Madrid 2010).

A pesar de sus diferencias, Stoessel (2014, 4-5) argumenta que hay tres aspectos que hacen que estos gobiernos sean parte de un ciclo político común. El primero, es el vínculo de estos gobiernos con la democracia como forma de régimen político común. Bajo este argumento, señala que los gobiernos que formaron parte del nuevo ciclo político buscaron fomentar la democracia participativa a través de referéndums y consultas populares con el fin de conocer las opiniones y deseos que tenía la ciudadanía en asuntos importantes como las reformas constitucionales. El segundo aspecto que señala Stoessel que hace que estos gobiernos sean parte de un mismo ciclo político son el contexto económico y social deteriorado por la crisis de la década perdida y por los resultados de las políticas neoliberales abruptas que fueron implementadas para mitigar la crisis de la década perdida. Y finalmente, el contenido de proyectos políticos post-consenso de Washington que se buscaron implementar para mitigar el deterioro económico y social que esto había generado.

Otro aspecto común entre los gobiernos que formaron parte del ciclo político es la búsqueda de la justicia social, la equidad y la reducción de la pobreza, a través de la redistribución de la riqueza y el crecimiento económico inclusivo (Panizza 2005; Cornia 2010; Madrid 2010;

Arenas García 2012; Stoessel 2014). En este orden de ideas, Cornia (2010, 85-88) argumenta que el entorno económico positivo que se suscitó en América Latina entre el 2003 y el 2008 permitió el incremento del gasto social especialmente en educación y salud, lo que a su vez permitió la reducción de la pobreza y de la desigualdad. En el caso específico de Sudamérica, Torrico (2017, 24) señala que: “En los años de gobierno kirchnerista en Argentina el gasto público aumentó en 11.5 puntos porcentuales respecto al pib, en el tiempo en que el Partido de los Trabajadores gobernó Brasil se incrementó en 8 puntos, en el Ecuador gobernado por Correa en 7.3, en Bolivia bajo el mandato de Morales, en 11.3, en Paraguay con Fernando Lugo en 7.09 y en la Venezuela de Hugo Chávez y Maduro en 16.13 puntos”.

Estudios como el de Cornia (2010) y Falconí, Intriago, y Ponce (2021) muestran que los países que estuvieron gobernados por la corriente del giro a la izquierda lograron avances en la equidad de ingresos y de educación frente a los países que no pasaron por este proceso. El estudio de Cornia (2010:106-108) demuestra que los gobiernos de centro izquierda tuvieron un impacto significativo en la reducción de la desigualdad de ingresos medido por el índice de gini en comparación a los gobiernos conservadores o los países que no pasaron por este proceso del cambio en el ciclo político. De manera similar, Falconí, Intriago, y Ponce (2021, 153) hacen un estudio para medir el impacto que tuvieron las políticas dirigidas a revalorizar la educación a partir del cambio del ciclo político en los logros académicos de los países sudamericanos, encontrando que este viraje del ciclo político tuvo un impacto positivo en los rendimientos académicos de lenguaje, y en la reducción de la brecha de conocimiento entre población autoidentificada como indígena y los que no. Sin embargo, mencionan no encontrar impacto en los conocimientos de matemáticas, y hallaron bastante disparidades entre los resultados de cada país. De modo que, el cambio del ciclo político más que solo el deseo de promover la justicia social la evidencia muestra que este logró avances en materia de desigualdad de ingresos, educación y pobreza.

En el caso de los dos países objeto de estudio de esta investigación, Bolivia y Ecuador, encontramos que su giro a la izquierda comenzó en un mismo periodo del tiempo solo por un año de diferencia, en Bolivia fue en 2006 y en Ecuador en 2007. En ambos países su giro a la izquierda duró un tiempo prolongado, en el caso de Ecuador este se extendió por una década hasta 2017 sin tener continuidad; mientras que en el caso de Bolivia sigue estando gobernado por el partido político liderado por Evo Morales, aunque este tuvo una interrupción entre 2019 y 2020. El fenómeno del giro a la izquierda en ambos países se concentró en la gobernanza de un único líder político, Rafael Correa para Ecuador y Evo Morales para Bolivia (Miranda

2019, 74), los cuales fueron reelectos como presidentes en varias oportunidades, en el caso de Rafael Correa en los años 2006, 2009, y 2013, y Evo Morales en 2005, 2009, 2014 y 2019, aunque ésta última fue considerada inconstitucional y por ende no válida, pero el giro a la izquierda siguió gobernando en el país a través de Luis Arce Catacora quien ganó las elecciones presidenciales en 2020. Asimismo, ambos países fueron gobernados por partidos políticos relativamente nuevos para el momento, en el caso de Bolivia se trató del Movimiento al Socialismo (MAS) creado en 1997, mientras que en el caso de Ecuador se trató del Movimiento Alianza País fundado en 2006, lo que muestra que en ambos países se cumple el postulado de que se eligieron gobernanzas públicas novedosas y distintas a los partidos tradicionales de izquierda que habían existido históricamente en esos países. Dentro de las diversas categorizaciones que se ha hecho al fenómeno del giro a la izquierda, ambos países suelen siempre ser catalogados dentro del mismo grupo, por ejemplo, de acuerdo con Castañeda como gobiernos de izquierda populista, de acuerdo con Madrid como izquierda intervencionista, o por Weyland como izquierda contestataria (Silva-Torres et al. 2022, 31). Asimismo, en ambos países se llevaron a cabo reformas constitucionales obteniendo como resultado la Constitución de 2008 en el caso de Ecuador y la Constitución de 2009 en el caso de Bolivia. Adicionalmente, presentaron una nueva propuesta para hacer política pública en el país centrada en las personas, en el caso de Bolivia éste se llamó Vivir Bien y en el caso de Ecuador Buen Vivir. Finalmente, ambos gobiernos se beneficiaron del boom de las materias primas que se suscitó a finales de los 2000 y principios de la segunda década de este siglo, lo que vino acompañado de un aumento en el gasto público social, que, aunque algunos autores como Basabe-Serrano y Coralia Barahona (2017, 35-56), aseveran que solo se debió al aumento de los ingresos fiscales del país, esto no habría ocurrido si la administración pública no habría centrado su atención en las políticas sociales. Esto abre paso para hacer una revisión de las políticas orientadas a reducir la desnutrición infantil en estos dos países para conocer sus diferencias, similitudes, alcances y limitaciones y así aprender de las lecciones que nos deja este proceso político en materia social.

Capítulo 2. Políticas públicas orientadas a la reducción de la desnutrición infantil

Este capítulo presenta las políticas públicas implementadas en Bolivia y Ecuador para reducir la desnutrición infantil durante el periodo de estudio, 2000-2020. Comenzando por una revisión exhaustiva del marco legal que estatuye el derecho a la alimentación y la seguridad alimentaria en ambos países, así como también todas las leyes que procuran garantizar la adecuada alimentación de la población especialmente durante la primera infancia.

Posteriormente, se analizan los planes de desarrollo de cada país y los planes de gobierno tanto de escala nacional como aquellos que fueron diseñados específicamente para reducir la desnutrición en los países objeto de estudio. Finalmente, se presentan los programas que fueron implementados en cada uno de los países durante el periodo 2000-2020 para reducir la desnutrición infantil en los cuáles se aborda su periodicidad, población objetivo, ente encargado, servicio provisto, y resultados obtenidos. Cabe resaltar que, en algunos casos, existen leyes, planes de desarrollo y programas que fueron implementados antes del año 2000, pero que fueron tomados en cuenta en esta investigación porque siguieron siendo ejecutados en el periodo de estudio de esta investigación. Asimismo, se presenta el panorama actual sobre las políticas de desnutrición infantil con la finalidad de comprender si hubo o no continuidad en las políticas de Estado.

Este capítulo es una revisión histórica de las políticas públicas de ambos países antes, durante y después del cambio del ciclo político. Esto nos permitirá tener una comprensión de los esfuerzos realizados a nivel nacional en cada uno de los países para posteriormente compararlo con los resultados obtenidos en las estadísticas nacionales (capítulo 3).

Como se explicó en el capítulo 1, la desnutrición infantil es un problema multifactorial que requiere de la acción de múltiples áreas para poder reducirla. En este capítulo nos centramos en las políticas directas que buscaban reducir la desnutrición infantil en la población vulnerable a esta problemática. Para ello se tomaron en cuenta solo políticas de alcance nacional implementadas por el gobierno central. En este sentido, se excluyen políticas realizadas por gobiernos locales, por organismos de la cooperación internacional, fundaciones u organizaciones de la sociedad civil. Asimismo, debido a la amplitud del estudio, se decidió excluir todas las políticas de vivienda, agua y saneamiento, y políticas agroalimentarias que hayan sido implementadas con la finalidad de promover buenas prácticas de salud, salubridad, y accesibilidad a alimentos, con el fin de reducir la desnutrición infantil en ambos países.

2.1. Bolivia: marco legal

Con la administración de Evo Morales se inició un proceso constituyente en 2006 que fue aprobado en febrero de 2009 dando como resultado la promulgación de una nueva constitución en el país, la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia (CPE). Con esta nueva constitución, se introduce el derecho a la alimentación, así como también que “el Estado tiene la obligación de garantizar la seguridad alimentaria, a través de una alimentación sana, adecuada y suficiente para toda la población” (artículo 16). Asimismo, se establece como eje central de la política pública velar por la seguridad y la soberanía alimentaria a través de los programas de alimentación escolar (artículo 82), el gasto y la inversión pública (artículo 321), la gestión de las empresas propiedad del Estado (artículo 309), y los tratados internacionales que sean firmados (artículo 255). Adicionalmente, la CPE establece otros derechos, como el acceso al agua potable y alcantarillado (artículo 20), que, aunque no están directamente vinculados con la alimentación, la carencia en el acceso de estos atenta contra el estado nutricional de los niños.

En el marco regulatorio de los derechos de los niños, la Ley N°. 548 de 2014 que contempla el Código Niña, Niño y Adolescente, establece en el artículo 17 que para garantizar a todo niño el derecho a un nivel de vida adecuado, éste tiene “derecho a una alimentación nutritiva y balanceada en calidad y cantidad, que satisfaga las normas de la dietética, la higiene y salud, y prevenga la malnutrición”. Asimismo, el Código Niña, Niño y Adolescente establece en el artículo 24 que el Estado Boliviano en todos sus niveles debe garantizar apoyo alimentario o suplementario a las mujeres, antes, durante y después del embarazo, así como también, debe garantizar “las condiciones necesarias para una gestación, alimentación y lactancia adecuada”. Con lo cual, no solo se vela por el bienestar de la madre, sino también por el bienestar y desarrollo del infante. Al igual que en la Constitución Política del Estado, el Código Niña, Niño y Adolescente contempla en el artículo 34 que todo niño tiene “el derecho de tener acceso al agua potable, saneamiento e higiene con calidad, para el pleno disfrute de la vida y el cuidado de su salud”.

En el año 2003, mediante el Decreto Supremo 27.029, se crea el Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición, “como un organismo encargado de impulsar y coordinar la participación interinstitucional e intersectorial para la formulación y seguimiento de las Políticas Nacionales de Alimentación y Nutrición en el país” (artículo 2 del Decreto Supremo 27.029), con el fin de velar por el derecho a la alimentación y nutrición en Bolivia, reducir la morbilidad y mortalidad infantil, reducir la desnutrición crónica, y la malnutrición por

carencia de micronutrientes. En abril de 2006, se modifica la estructura y objeto del Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición, para impulsar la nueva Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutrición (Decreto Supremo 28.667/ 2006, art. 1), promovida por la administración de Evo Morales. Con este nuevo Decreto, se establece que el objeto del Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición es “impulsar y coordinar la participación entre las instituciones del sector público y la sociedad civil para la formulación, difusión y seguimiento de las Políticas Sectoriales de Alimentación y Nutrición; promoviendo la elaboración de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, orientada a la erradicación de la desnutrición en menores de cinco años” (Decreto Supremo 28.667/ 2006, art. 2), mostrando que la disminución de la desnutrición infantil era una prioridad de la política del Estado. Sin embargo, en 2012 se modifica nuevamente su objeto, indicando que el Consejo de Alimentación y Nutrición tendrá como objetivo impulsar y coordinar las Política de Alimentación y Nutrición del país para todo el ciclo de vida (Decreto Supremo 1.254/2012), es decir, que no estará enfocada exclusivamente en reducir la desnutrición infantil, sino en las necesidades alimenticias de la población de acuerdo con cada etapa del ciclo de vida.

En agosto de 2006, se aprueba la Ley No. 3460 de fomento a la lactancia materna y comercialización de sus sucedáneos y su reglamento (Decreto Supremo 0115/2006), con el fin de ayudar a mejorar el estado nutricional de los niños menores de 5 años, reducir las tasas de morbilidad y mortalidad infantil (Ley 3460/2006, art. 4), garantizar el derecho a la alimentación de los niños y el derecho a amamantar (Decreto Supremo 0115/2006, art. 1), mediante la promoción de buenas prácticas de lactancia y la regulación de productos sustitutos de la leche materna. En este sentido, la Ley establece en su artículo 3 que el fomento de la lactancia materna forma parte de la prioridad del Estado Boliviano en el marco de las políticas de salud del país. Entre las buenas prácticas que se promueven a través de la Ley y su Reglamento se encuentran: el inicio temprano a la lactancia materna durante la primera hora de vida (Decreto Supremo 0115/2006, art. 14), la promoción de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida (artículos 4, 12 y 18 de la Ley N°. 3460), la continuación de la lactancia materna junto con alimentación complementaria desde los 6 meses hasta los 2 años (Ley 3460/2006, art. 4), la promoción de la leche materna como el mejor alimento para los niños (Ley 3460/2006, art. 12; Decreto Supremo 0115/2006, art. 30), y la prohibición de la publicidad y propaganda de sucedáneos de la leche materna aptos

para el consumo de niños menores de 6 meses (Ley 3460/2006, art. 18; Decreto Supremo 0115/2006, art. 38).

A partir del cambio del ciclo político se implementó en Bolivia un marco institucional fundamentado en el enfoque del Vivir Bien, el cual está contenido en la Constitución Política del Estado y demás leyes sancionadas. Este enfoque de Vivir Bien se define como:

el horizonte civilizatorio y cultural alternativo al capitalismo y a la modernidad que nace en las cosmovisiones de las naciones y pueblos indígena originario campesinos, y las comunidades interculturales y afrobolivianas, y es concebido en el contexto de la interculturalidad. Se alcanza de forma colectiva, complementaria y solidaria integrando en su realización práctica, entre otras dimensiones, las sociales, las culturales, las políticas, las económicas, las ecológicas, y las afectivas, para permitir el encuentro armonioso entre el conjunto de seres, componentes y recursos de la Madre Tierra. Significa vivir en complementariedad, en armonía y equilibrio con la Madre Tierra y las sociedades, en equidad y solidaridad y eliminando las desigualdades y los mecanismos de dominación. Es Vivir Bien entre nosotros, Vivir Bien con los que nos rodea y Vivir Bien consigo mismo (Ley 300/2012, art. 5).

De modo que, el Vivir Bien es una manera de promover el derecho a una vida adecuada no solo para la persona como individuo, sino también para el entorno social y ambiental que lo rodea. El Vivir Bien se compone de ocho (08) principios, dentro de los cuales se encuentra saber alimentarse, que implica que los alimentos son una fuente de vida y no solo un insumo para saciarse, así como también deben ser aptos tanto en calidad como en cantidad, y deben ser accesibles de forma permanente a toda la población (Ley 300/2012, arts. 6, 13). Además, la noción de Vivir Bien requiere de la soberanía alimentaria para garantizar canales de producción y comercialización de productos con enfoque de protección al medio ambiente y bienestar social (Ley 144/2011, art. 26; Ley 300/2012, art. 13).

Bajo el enfoque de Vivir Bien, se promulgaron un conjunto de leyes en aras de garantizar la soberanía alimentaria y el derecho a la alimentación durante la segunda década del siglo XXI. Entre ellas, se encuentran la Ley No. 144 de 2011 sobre la Revolución Productiva Comunitaria Agropecuaria, la Ley No. 300 de 2012 para el Marco de la Madre Tierra y Desarrollo Integral para Vivir Bien, y la Ley No. 338 de 2013 de Organizaciones Económicas Campesinas, Indígena Originarias (OECAS) y de Organizaciones Económicas Comunitarias (OECOM) para la integración de la agricultura familiar sustentable y la soberanía alimentaria. Estas leyes, contemplan elementos relacionados al deber del Estado Boliviano en la garantía

al derecho a la alimentación y a la salud con soberanía y seguridad alimentaria y el acceso a alimentos suficientes en calidad y en cantidad para la población que no puede adquirirlos por sus propios medios diariamente (Ley 300/2012, art. 13; Ley 144/2011, art. 25), la promoción de la alimentación saludable y culturalmente apropiada a través de políticas de educación (Ley 144/2011, art. 20; Ley 300/2012, art. 13), la protección de la población a todas las formas de malnutrición (Ley 300/2012, art. 13), el fomento a mejores condiciones y capacidades para la producción de alimentos (Ley 144/2011, art. 26; Ley 300/2012, art. 13), y la ampliación de la cobertura del Programa de Alimentación Complementaria Escolar a todos los niveles de educación obligatoria (inicial, primaria y secundaria) tanto de escuelas públicas como de escuelas de convenio (Ley 144/2011, art. 20).

Mediante el Decreto Supremo 2.167 de octubre de 2014 se aprobó la Política de Alimentación y Nutrición en el marco de saber alimentarse para Vivir Bien, con el objetivo de:

lograr que la población boliviana tenga un estado nutricional adecuado, asegurando el consumo de alimentos variados que cubra los requerimientos nutricionales en todo el ciclo de vida, mediante el establecimiento y fortalecimiento de programas de alimentación y nutrición culturalmente apropiados, acciones de información y educación a la población boliviana sobre los valores nutricionales de los alimentos y su preparación hasta el año 2025 (Decreto Supremo 2.167/2014, art. 7).

Esta Política de Alimentación y Nutrición tiene como lineamientos de gestión la reducción de la desnutrición crónica, la anemia y cualquier enfermedad que atente contra el estado nutricional de la población durante todo el ciclo de vida, en especial durante los mil días críticos (periodo entre la gestación y los dos primeros años de vida); el mejoramiento de la oferta de alimentos sanos, naturales y locales; la promoción de la alimentación adecuada tanto en calidad como en cantidad; la promoción en el acceso a servicios básicos (agua potable y saneamiento básico); la planificación y ejecución con enfoque de derechos (numeral 2.4); entre otros, con el fin de proteger a las poblaciones más propensas y vulnerables de sufrir cualquier forma de malnutrición.

De este modo, el marco institucional de Bolivia abordado en esta sección muestra el interés del Estado por combatir la malnutrición y promover buenas prácticas alimenticias y de protección en salud con el fin de garantizar el derecho a la alimentación. Resalta a la vista que las diversas normas estudiadas contemplan en su conjunto un eje de gestión que involucra a los tres grandes actores de la economía, los demandantes, oferentes y gobierno, mostrando la necesidad de la acción de cada uno de ellos para procurar el derecho a la alimentación y el

Vivir Bien. En este sentido, por el lado de la demanda se busca educar a la población en temas de nutrición con el fin de orientar los hábitos de consumo hacia alimentos sanos y nutritivos de acuerdo con las necesidades de cada persona. Por el lado de la oferta, a través de la promoción de la producción y comercialización de productos naturales y nacionales con especial énfasis en la protección y favorecimiento a los pequeños y medianos productores, así como también la reducción de la asimetría en la información del mercado. Y por el lado del Estado, a través de la protección de derechos mediante políticas de salud y programas sociales que compensen las necesidades de las poblaciones más vulnerables, así como también reglamentación en materia de alimentación para procurar que los alimentos disponibles en el mercado sean los más propicios para la sociedad.

2.2. Planes de desarrollo en Bolivia

Con el inicio de la gestión de Evo Morales, se aprobó el Plan Nacional de Desarrollo⁷ para el periodo de gestión 2006-2011, el cual tenía como objetivo procurar el Buen Vivir de la población a través de cuatro estrategias políticas, una socio-comunitaria para una Bolivia digna, una estrategia de poder social para una Bolivia democrática y participativa, una estrategia económica para una Bolivia productiva, y una estrategia de relacionamiento internacional para una Bolivia soberana (Ministerio de Planificación del Desarrollo 2006, 19). Dentro de la estrategia socio-comunitaria para una Bolivia digna, se incorporaron todas las políticas sociales que eran prioridad para el Estado, las cuales estaban orientadas a velar por el cumplimiento de los derechos de la población, combatir la pobreza, las desigualdades y todas las formas de discriminación (Ministerio de Planificación del Desarrollo 2006, 27).

En este sentido, el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2011 establece que la erradicación de la desnutrición infantil es una prioridad dentro de la estrategia socio-comunitaria para una Bolivia digna (Ministerio de Planificación del Desarrollo 2006, 26), debido a que representa un obstáculo para el Vivir Bien de la población, ya que limita el desarrollo físico y cognitivo de aquellos que la padecen ocasionando que estos tengan menores capacidades de aprendizaje y menor desarrollo intelectual, así como también se convierte en uno de los causantes de la pobreza intergeneracional (Ministerio de Planificación del Desarrollo 2006, 34-38). Entre las acciones que se propusieron en el Plan para erradicar la desnutrición infantil se encuentran: el programa nutrición para todos que tenía como objetivo la distribución de alimentos a hogares

⁷ Los Planes de Desarrollo previos al inicio de la gestión de Evo Morales no fueron localizados, ni el Plan de Desarrollo para el periodo de gestión entre 2012 y 2016.

con presencia de niños menores de 5 años y mujeres embarazadas (Ministerio de Planificación del Desarrollo 2006, 34), el programa de alimentación complementaria escolar que buscaría asistir a la población estudiantil con desayunos y almuerzos (Ministerio de Planificación del Desarrollo 2006, 34), y las diversas acciones para garantizar el acceso universal al sistema de salud.

No obstante, las políticas para garantizar el derecho a la alimentación, no sólo se limitaban a las políticas sociales contempladas dentro de la estrategia socio-comunitaria para una Bolivia digna, sino también formaba parte de ella la estrategia económica para una Bolivia productiva, con el objetivo de promover la producción y distribución de alimentos nutritivos para el alcance de toda la población tanto en disponibilidad como en accesibilidad (Ministerio de Planificación del Desarrollo 2006, 27).

En el año 2013 se aprobó la Agenda Patriótica 2025 con el objetivo de establecer los lineamientos de gestión de la política pública del país hasta el año 2025, bajo el marco del enfoque del Vivir Bien, la cual fue elevada a rango de Ley en 2015 mediante la Ley N° 650. La Agenda Patriótica 2025 está compuesta por 13 pilares, de los cuales el pilar 8 se centra específicamente en la “soberanía alimentaria a través de la construcción de saber alimentarse para vivir bien” (Ministerio de Planificación del Desarrollo 2013, 5), mostrando una vez más que la buena nutrición de la población seguía siendo una prioridad para el Estado Boliviano para alcanzar el Vivir Bien. Con este pilar se establece la meta de eliminar el hambre, la desnutrición y reducir la malnutrición en el país, especialmente en las poblaciones más vulnerables dentro de las cuales se encuentran los niños menores de 5 años, las mujeres embarazadas y las mujeres en periodo de lactancia (Ministerio de Planificación del Desarrollo 2013, 16-17). Asimismo, se estipula que para lograr la soberanía alimentaria es necesario fortalecer el sistema productivo del país (Ministerio de Planificación del Desarrollo 2013, 16). Por otra parte, la Agenda Patriótica 2025 engloba otros pilares que tienen relación con el estado nutricional de la población (incluido los niños), estos son el pilar 1 donde se busca erradicar la pobreza, el pilar 2 donde se establece el lineamiento de universalizar los servicios básicos como el agua y saneamiento básico, el pilar 3 que establece la prioridad del acceso al sistema de salud y educación donde se incluye el programa de alimentación escolar, el pilar 4 sobre soberanía científica y tecnológica donde se incentiva al desarrollo de nuevas tecnologías para la producción de alimentos, y el pilar 6 sobre la soberanía productiva (Ministerio de Planificación del Desarrollo 2013, 4-5).

Siguiendo los pilares establecidos dentro de la Agenda Patriótica 2025, se elaboró el Plan de Desarrollo Económico y Social para la gestión del periodo 2016-2020. Respecto al pilar 8 sobre soberanía alimentaria, se establecen como metas eliminar el hambre, la desnutrición y reducir la malnutrición, el acceso universal a la Alimentación Complementaria Escolar, la producción de alimentos nutritivos y accesibles y la gestión intersectorial de programas desarrollados en el marco de la Política de Alimentación y Nutrición (Ministerio de Planificación del Desarrollo 2016, 155-160). Entre los resultados que se buscaban obtener luego de la ejecución del Plan de Desarrollo Económico y Social 2016-2020 se encuentra la disminución a 9% de los niños menores de 5 años con desnutrición crónica, la disminución a 30% de los niños con anemia, aumento a 84% del porcentaje de niños que son alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros 6 meses de vida, y disminución al 10% de la población que se encuentra subalimentada (Ministerio de Planificación del Desarrollo 2016, 155-156).

En el año 2021 se aprueba el Plan de Desarrollo Económico y Social 2021-2025 titulado “Reconstruyendo la Economía para Vivir Bien, Hacia la Industrialización con Sustitución de Importaciones” correspondiente al periodo presidencial de Luis Arce Catacora (Ministerio de Planificación del Desarrollo 2021). Este plan se centra mayormente en sobreponer los impactos negativos que trajo la pandemia por COVID-19 en lo económico y social (Ministerio de Planificación del Desarrollo 2021, 3-6). El plan está enmarcado en 10 ejes estratégicos articulados con los 13 pilares de la Agenda Patriótica 2025. De los cuales, dos ejes contemplan intervenciones orientadas hacia la lucha contra la desnutrición infantil. El eje 1 titulado “Reconstruyendo la economía, retomando la estabilidad macroeconómica y social”, el cual tiene entre sus lineamientos de política devolver el carácter prioritario de la política social para la reducción de las desigualdades a través de la continuación de programas sociales dentro de los cuales se encuentran el Bono Juana Azurduy y el Subsidio Universal Prenatal por la Vida que forman parte de las políticas para reducir la desnutrición infantil, estos serán estudiados en la siguiente sección (Ministerio de Planificación del Desarrollo 2021, 101, 111). El segundo eje que contempla intervenciones para la lucha contra la desnutrición infantil es el eje 6 titulado “Salud y deportes para proteger la vida con cuidado integral en tiempos de pandemia”, el cual a través del lineamiento de política que busca fortalecer el sistema de salud público, gratuito y universal, se establece como meta reducir la desnutrición crónica infantil a 9% y la anemia en niños menores de 5 años a 30% (Ministerio de Planificación del Desarrollo 2021, 148). Si se observa con detenimiento estas metas son

iguales a las del Plan de Desarrollo Económico y Social 2016-2020 y excluye metas relacionadas con la lactancia materna y la población que se encuentra subalimentada que sí fueron incorporadas en el plan anterior. Otro punto a acotar sobre el plan es que contempla un eje orientado a promover la producción a nivel nacional para garantizar la seguridad alimentaria con enfoque de soberanía alimentaria (Ministerio de Planificación del Desarrollo 2021, 101), que aunque no incluye intervenciones directas sobre la desnutrición infantil está enfocado a garantizar el derecho al acceso a la alimentación.

De este modo, los diversos planes de desarrollo elaborados durante el cambio del ciclo político en Bolivia dan cuenta que la reducción de la desnutrición infantil era y sigue siendo una prioridad en la gestión pública del Estado Boliviano. Combatir la desnutrición significa trabajar por garantizar el derecho a la alimentación de toda la población. Asimismo, tal como se pudo evidenciar en la revisión del marco legal, los planes de desarrollo estudiados muestran que para el Estado Boliviano el abordaje de las problemáticas alimenticias se plantea desde un enfoque intersectorial que requiere de la intervención en salud, educación, producción y servicios básicos, para garantizar buenos hábitos alimenticios, acceso a alimentos saludables tanto en cantidad como en calidad, disponibilidad de la atención de salud antes, durante y después del embarazo, y prácticas de higiene que garanticen la buena salud de la población.

2.3. Proyectos y programas en Bolivia: programa Alimentación Complementaria Escolar

El programa de Alimentación Complementaria Escolar es una política del Estado Boliviano que tiene como objetivo mejorar la nutrición y el rendimiento escolar, a través del suministro de desayunos y/o almuerzos durante el año escolar en las unidades educativas del subsistema de educación regular, es decir, del sistema educativo obligatorio, que comprende desde preescolar hasta bachillerato (Ley 622/2014, art. 5; Ministerio de Salud y Ministerio de Educación 2015, 18; Ley 070/2010, arts. 9, 11, 12). Tuvo sus inicios en 1951, como una política para las escuelas de las empresas mineras, ferroviarias e industriales (Ministerio de Salud y Ministerio de Educación 2015, 12). Actualmente tiene una cobertura a nivel nacional. Es liderado por el gobierno central a través del Ministerio de Educación, y es ejecutado por los gobiernos autónomos municipales (Ministerio de Salud y Ministerio de Educación 2015, 23-28).

En el año 2017, el Programa Mundial de Alimentos realizó una medición de impacto del programa, obteniendo como resultado que la inversión de un dólar estadounidense generaba

un retorno de 5,2 dólares en zonas rurales, y 4,7 dólares en zonas urbanas, principalmente por el aumento de la productividad de los beneficiarios a lo largo de su vida (Programa Mundial de Alimentos 2017, 22). Asimismo, encontraron que el programa reduce el gasto del sector salud, gracias a la mejora nutricional de los beneficiarios, reduciendo el gasto en 14,1 dólares en zonas rurales y 5,11 dólares en zonas urbanas (Programa Mundial de Alimentos 2017, 31). No obstante, la investigación señaló algunas deficiencias en la ejecución del programa que podrían limitar su impacto. Entre ellas, que no se implementa de manera uniforme en todos los municipios debido a la diferente disponibilidad de recursos entre los gobiernos municipales, lo que se traduce en que algunos municipios suministran solo el desayuno o almuerzo, mientras que otros suministran ambos (Programa Mundial de Alimentos 2017, 13). Asimismo, encontraron que existe un deficiente control en la calidad de los alimentos que se distribuyen, y la ausencia de una normativa alimentaria-nutricional que estandarice las prácticas de distribución de alimentos dentro de los centros educativos (Programa Mundial de Alimentos 2017, 13).

Subsidio prenatal

El subsidio prenatal es un beneficio social cuya finalidad es proteger a los trabajadores y sus familiares en caso de maternidad mediante la entrega de productos alimenticios equivalente a 2.000 bolivianos (Resolución Administrativa 076/2019, art. 4), aproximadamente 287 dólares estadounidenses. Tiene una periodicidad mensual y es otorgado a partir del quinto mes de embarazo hasta el nacimiento del neonato a la trabajadora o pareja del trabajador afiliado a la seguridad de corto plazo (Resolución Administrativa 076/2019, art. 10). Este beneficio fue creado en 1956 a través de la Ley Código de Seguridad Social del 14 de diciembre del mismo año y sigue vigente hasta la actualidad. El ente responsable de su ejecución es la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo (Resolución Administrativa 076/2019, art. 5).

Subsidio lactancia

El subsidio de lactancia, al igual que el subsidio prenatal, es un beneficio social que tiene como finalidad proteger a los trabajadores y sus familiares en caso de maternidad (Resolución Administrativa 076/2019, art. 4). Consiste en la entrega mensual de alimentos equivalente a 2000 bolivianos (287 dólares) a mujeres madres con bebés de 0 a 12 meses de edad que se encuentran afiliadas en la seguridad de corto plazo, o al lactante menor a 12 meses de edad que se encuentre afiliado a un ente gestor (Resolución Administrativa 076/2019, art. 10). Fue creado en 1956 a través de la Ley Código de Seguridad Social y sigue vigente hasta la

actualidad. El ente responsable de su ejecución es la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo (Resolución Administrativa 076/2019, art. 5).

Seguro universal materno infantil (SUMI)

El Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) fue creado en el año 2002 mediante la Ley 2426, en sustitución al Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (Monterrey 2013, 8). Su objetivo es proveer de servicios de salud especializado en atención materno-infantil a nivel nacional de forma gratuita, integral y universal, como una estrategia para la reducción de la pobreza (Ley 2426/2002, art. 1). Su población objetivo se centra en las mujeres embarazadas, desde el inicio de la gestación hasta los 6 meses posteriores al parto, y los niños menores de 5 años (Ley 2426/2002, art. 1). Los gobiernos municipales tienen la responsabilidad de implementar la política en los centros de salud, mientras que, el Ministerio de Salud tiene el deber de velar por su cumplimiento y coordinar nuevas estrategias a nivel nacional como ente responsable de la política de salud del país (Ley 2426/2002, art. 2).

Un estudio conducido por la CEPAL en 2013, encontró que el Seguro Universal Materno Infantil tiene un mayor alcance en la población infantil que en la población prenatal, principalmente por las costumbres culturales en torno a la gestación; tiene un impacto en la reducción de la mortalidad infantil solo en zonas urbanas, ayuda a reducir la mortalidad antes de los 5 años tanto en zonas urbanas como rurales, beneficia mayormente a la población de los quintiles con mayores ingresos en zonas rurales, y en zonas urbanas beneficia principalmente a la población de los quintiles de menores ingresos, también por costumbres culturales (Monterrey 2013, 24-25).

Programa Multisectorial Desnutrición Cero (PMDC)

El Programa Multisectorial Desnutrición Cero fue instaurado en el año 2007 con el objetivo de erradicar la desnutrición infantil con énfasis en los niños menores de dos años (Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición 2008, 13), a través de acciones multisectoriales en las áreas de salud, educación, familia, desarrollo rural, desarrollo productivo, agua y saneamiento básico (Viceministerio de Comunicación 2024). Su implementación está a cargo de todos los niveles de gobierno (Morales et al. 2010, 9). Por un lado, el gobierno central, a través del Ministerio de Salud se encarga de determinar las políticas de salud a nivel nacional y establecer los niveles de gasto a nivel presupuestario, y a través del Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición se establece la política alimentaria y nutricional en todo el país. Por el otro lado, los gobiernos departamentales y municipales son los encargados de proveer los

servicios de salud especializados en la atención a la población objetivo, a través de los Servicios Departamentales de Salud (SEDES), el Programa de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia-Nutricional (AIEPI) y las Unidades Nutricionales Integrales de Salud (UNIS); también son los responsables de los Consejos Departamentales de Alimentación y Nutrición (CODAN) y los Consejos Municipales de Alimentación y Nutrición (COMAN) que lideran las políticas de nutrición en los niveles de gobierno correspondiente; y tienen a su cargo la adquisición de insumos de salud y los suplementos alimentarios que son entregados a través del programa (Morales et al. 2010, 9). El programa también cuenta con la participación de la cooperación internacional y de organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro para su financiamiento e implementación (Morales et al. 2010, 35).

Aunque el proyecto tiene alcance a nivel nacional, está planteado para intensificar las acciones en las localidades donde hay mayor presencia y riesgo de inseguridad alimentaria (Morales et al. 2010, 7). Sus intervenciones en el área de salud abarcan la provisión de servicios de salud especializados, la entrega de suplementos y fortificación de los alimentos, y la promoción de salud a nivel comunitario (Morales et al. 2010, 10-12). Entre las políticas relacionadas a la provisión de servicios de salud se tienen cuatro tipos de intervenciones (Morales et al. 2010, 11). La primera es la Atención al Desnutrido Severo, la cual buscaba capacitar al personal de salud y equipar a hospitales de segundo y tercer nivel para que se encuentren en capacidad de brindar atención a niños en estado de desnutrición severa (Morales et al. 2010, 11). La segunda intervención son los Hospitales Amigos de la Madre y el Niño, mediante los cuales se buscaba certificar a hospitales de segundo y tercer nivel en atención especializada para madres y niños recién nacidos, estos hospitales son los encargados de promover la lactancia materna y dar cumplimiento a la ley de promoción a la lactancia materna, a través de los 11 pasos para una lactancia exitosa (Morales et al. 2010, 11). La tercera intervención es la Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia-Nutricional (AIEPI NUT), que buscaba fortalecer las acciones en valoración, detección, tratamiento y prevención de problemas nutricionales en niños menores de cinco años (Morales et al. 2010, 11). La cuarta intervención son las Unidades Nutricionales Integrales (UNI's), que brindan atención especializada en nutrición a nivel municipal (Morales et al. 2010, 13).

Su intervención relacionada con la entrega de suplementos alimenticios y la fortificación de alimentos tiene tres tipos de acciones. La primera es la entrega del alimento complementario

Nutribebé a niños entre 6 y 24 meses de edad, el cual busca complementar la lactancia materna. Este suplemento está compuesto por harinas precocidas y fortificadas con Vitamina A, E, C, D y minerales como el fósforo, hierro, yodo, zinc (Morales et al. 2010, 11-12). La segunda política es la entrega del suplemento alimenticio Chispitas compuesto de sulfato ferroso, éste está diseñado para complementar la ingesta nutricional de niños entre 2 y 5 años y mujeres gestantes que presentan desnutrición (Morales et al. 2010, 12). El tercero, es la política de fortificación de alimentos de primera necesidad, tales como la harina, el aceite, la leche y la sal, donde no solo se establece la legislación que regula la fortificación de los alimentos, sino también se elaboran formulas y se garantiza su cumplimiento en el sector industrial (Morales et al. 2010, 12).

El Programa también cuenta con intervenciones a nivel comunitario a través de las brigadas móviles SAFCI (Salud Familiar Comunitaria Intercultural), orientadas a conformar comités de salud en las comunidades con el fin de brindar asistencia en salud a través de jornadas de atención y promoción de la salud articulando al personal médico con las familias y su comunidad, bajo el marco de la estrategia de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (Morales et al. 2010, 12).

Bajo el marco de la actual política de alimentación y nutrición para todo ciclo de vida, el Programa Multisectorial Desnutrición Cero ahora es denominado Programa Multisectorial de Alimentación y Nutrición en el Ciclo de la Vida (PMAN–CV) (Decreto Supremo 2.167/2014).

No encontramos evaluaciones respecto al impacto del programa en la consecución de su objetivo. No obstante, ubicamos dos evaluaciones del programa. Una conducida por el Banco Interamericano de Desarrollo del año 2010 que buscaba ver el impacto de las redes y sus actores en la implementación del programa (Morales, Pando y Johannsen 2010), y otra realizada por el Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición (CONAN) en el año 2012 para evaluar el programa con relación al enfoque del derecho a la alimentación (Kopp Valdivia y Aguilar Liendo 2012). De ambas investigaciones podemos rescatar que la mayor efectividad del programa se logra cuando hay una participación activa de las autoridades locales y de los líderes comunitarios.

Bono Madre Niño-Niña “Juana Azurduy

El Bono Madre Niño-Niña “Juana Azurduy” es un programa de transferencias monetarias condicionadas que se constituyó en el año 2009, el cual sigue vigente hasta la actualidad

(Decreto Supremo 0066/2009, art. 1). Su objetivo es garantizar el derecho a la salud y el desarrollo integral, disminuir los niveles de mortalidad materna e infantil, y reducir la desnutrición crónica de los niños menores de 2 años (Decreto Supremo 0066/2009, art. 2). El programa consiste en la entrega de dinero en efectivo a las madres que realicen sus controles prenatales, lleven a cabo su parto en centros de salud, y acudan a las consultas pediátricas de sus hijos desde el nacimiento hasta los dos años, siempre y cuando no cuenten con un seguro médico público o privado (Decreto Supremo 0066/2009, art. 5). Está diseñado para incentivar la realización de 4 controles prenatales (uno en el primer trimestre, dos en el segundo, y uno en el tercer trimestre) a cambio de 50 bolivianos cada uno (7 dólares), el parto institucionalizado más un control postnatal para la madre a cambio de 120 bolivianos (17 dólares), y 12 controles pediátricos bimensuales desde el nacimiento hasta los 2 años a cambio de 125 bolivianos (18 dólares) por cada consulta asistida (numeral 2 del artículo 3 del Decreto Supremo 0066). Para garantizar el cumplimiento del condicionante, el bono es entregado a las madres luego de que hayan asistido a las consultas correspondientes (Decreto Supremo 0066/2009, art. 3).

La implementación del programa cuenta con la participación de todos los niveles de gobierno. Por un lado, el Ministerio de Salud y Deportes y el Ministerio de Planificación del Desarrollo son los encargados de coordinar la implementación del bono con los demás niveles de gobierno. Los gobiernos municipales son los responsables de la afiliación de los beneficiarios, y junto con los gobiernos departamentales deben apoyar en la provisión de los servicios de salud que le competen (Decreto Supremo 0066/2009, art. 4).

Fuertes et al. (2015) realizaron una medición de impacto del Bono Juana Azurduy en el año 2015. Entre sus hallazgos se encuentran que las mujeres beneficiarias del programa asisten en una etapa más temprana a los controles prenatales en comparación a las mujeres que no son beneficiarias. Asimismo, aumenta en 10 puntos porcentuales la probabilidad de asistir al menos a 4 controles prenatales, incrementa el porcentaje de partos asistidos en centros de salud, disminuye la tasa de nacidos muertos, disminuye la tasa de bajo peso al nacer en zonas urbanas, incrementa el promedio de controles pediátricos a los que asisten los niños menores de 2 años, y reduce la presencia de niños con anemia.

Subsidio universal prenatal por la vida

El subsidio prenatal por la vida es una asistencia social creada en el año 2015 con el objetivo de mejorar y complementar la asistencia y protección de las mujeres gestantes, a través de la

entrega mensual de productos alimenticios a mujeres embarazadas que sean beneficiarias del bono Juana Azurduy y que no se encuentren registradas en ningún ente gestor del seguro social de corto plazo (Decreto Supremo 2.480/2015, arts. 1, 4). El subsidio se entrega de forma mensual a partir del quinto mes de embarazo, alcanzando un máximo de 4 entregas (Decreto Supremo 2.480/2015, arts. 3, 4). La entrega se realiza luego de verificar la consulta prenatal correspondiente al condicionante del bono Juana Azurduy (Decreto Supremo 2.480/2015, art. 5). La canasta de alimentos entregada tiene un valor de 300 bolivianos (43 dólares), lo cual representa solo el 15% de la canasta entregada mediante el subsidio prenatal a las familias que cotizan en el seguro social de corto plazo. El subsidio prenatal por la vida es una política que complementa el Bono Juana Azurduy y forma parte de las estrategias del Programa Multisectorial Desnutrición Cero. Su implementación está a cargo del Servicio de Desarrollo de Empresas Públicas con el apoyo del Ministerio de Salud y Deporte.

Banco de leche humana

Los bancos de leche humana tienen como objetivo reducir la morbilidad y mortalidad infantil mediante el suministro de leche materna para aquellos niños que la requieran (Ministerio de Salud y Deporte 2014). Los Bancos de Leche Humana tienen como función la “recolección, conservación, procesamiento y control de la calidad de la leche materna (calostro, leche de transición y leche madura)” obtenida a través de donaciones (Ministerio de Salud y Deporte 2014). La población objetivo de esta intervención son los neonatos prematuros que no pueden satisfacer sus necesidades nutricionales con la lactancia de sus madres, los niños con bajo peso al nacer, los niños que sufren de alergias, los niños que sufren de problemas gastrointestinales, y los niños gemelos o trillizos que no logren consumir las cantidades necesarias de leche materna (Ministerio de Salud y Deporte 2014). El primer Banco de Leche Humana de Bolivia fue inaugurado en el año 2014 en el Hospital de la Mujer ubicado en La Paz (Ministerio de Salud y Deporte 2014).

Tabla 2.1. Programas y proyectos para combatir la desnutrición infantil en Bolivia vigentes durante el periodo 2000-2020

Nombre del programa	Año	Ente responsable	Objetivo	Población objetivo	Tipo de intervención	Resultados obtenidos
Alimentación Complementaria Escolar	1951-actualidad	Gobierno central (liderado por el Ministerio de Educación quien trabaja en alianza con otros ministerios) y gobiernos autónomos municipales planifican y ejecutan	Mejorar la nutrición y rendimiento escolar a través del suministro de alimentación en las unidades educativas durante la gestión educativa (aproximadamente 200 días).	Estudiantes de las unidades educativas del Subsistema de Educación Regular (SER)	Alimentación durante 200 días del año, es decir, durante la gestión escolar.	Mayor productividad a lo largo de la vida de la población beneficiaria. Mayores retornos en las zonas rurales que en las zonas urbanas. Menor gasto en salud. Pero no se aborda el tema específico en la nutrición.
Subsidio prenatal	1956-actualidad	Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo (ASUSS)	Proteger a los trabajadores y sus familiares en caso de maternidad (artículo 3 de la Ley)	Mujeres gestantes a partir del 5to mes de embarazo hasta el nacimiento del bebé, trabajador, esposa o	Entrega de alimentos equivalentes a una suma de dinero, también puede entregarse efectivo en	No se encontró información del impacto de esta política.

Subsidio de lactancia	1956-actualidad	Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo (ASUSS)	Proteger a los trabajadores y sus familiares en caso de maternidad (artículo 3 de la Ley)	pareja (artículo 10 numeral 1) Mujeres madres con bebés de 0 a 1 año. Se entrega desde el nacimiento hasta el primer año de edad del niño, trabajador, esposo o pareja, y lactante hasta el primer año de edad (artículo 10 numeral 1).	casos excepcionales (artículo 4). La canasta equivale a 2000 Bs (artículo 4). Entrega de alimentos equivalentes a una suma de dinero, también puede entregarse efectivo en casos excepcionales (artículo 4). La canasta equivale a 2000 Bs (artículo 4).	No se encontró información del impacto de esta política.
Nombre del programa	Año	Ente responsable	Objetivo	Población objetivo	Tipo de intervención	Resultados obtenidos

Seguro universal materno infantil (SUMI)	2002	Ministerio de Salud vela y coordina por su cumplimiento, implementan los gobiernos municipales (artículo 2)	Ayudar a reducir la pobreza (numeral III del artículo 1).	1. Mujeres gestantes desde el primer mes de gestación hasta los 6 primeros meses de vida del infante, 2. Niños desde su nacimiento hasta los 5 años de edad (artículo 1 de la ley numeral 1). Es de alcance nacional. Este Programa priorizó su trabajo en los municipios con altos niveles de inseguridad alimentaria. La primera fase contó con la intervención de 40. Se estimaba que en la segunda fase trabajarían con 114 municipios.	Asistencia de salud	Tiene mayor incidencia en zonas urbanas que rurales por las costumbres que se llevan a cabo en las zonas rurales.
Programa Multisectorial Denutrición Cero (PMDC).	2007- actualidad	Ministerio de Salud y Deporte y acciones multisectoriales del CONAN	Erradicar la desnutrición en menores de cinco con énfasis en menores de dos años mediante acciones multisectoriales.		Salud, educación, desarrollo rural, desarrollo productivo, economía plural, justicia, medio ambiente y agua	Se logra mayor efectividad cuando hay una participación activa de las autoridades locales y líderes comunitarios.

Juana Azurduy	2009-actualidad	Ministerio de Salud y Deporte	Contribuir a la disminución de la mortalidad materno infantil y a la desnutrición crónica en menores de dos años.	Mujeres gestantes y madres de niños menores de 2 años sin seguro médico. Solo para inscritos antes del primer año de edad	Programa de transferencias monetarias condicionadas	Aumenta la probabilidad de asistir a controles prenatales, incrementa el porcentaje de partos institucionales, disminuye la tasa de nacidos muertos, disminuye la tasa de bajo peso al nacer, incrementa el promedio de controles pediátricos, y reduce la presencia de anemia.
Nombre del programa	Año	Ente responsable	Objetivo	Población objetivo	Tipo de intervención	Resultados obtenidos
Subsidio universal prenatal por la vida	2015-actualidad	Servicio del Desarrollo de las Empresas Públicas Productivas	Mejorar y complementar la asistencia y protección de las mujeres gestantes.	Mujeres gestantes con más de 5 meses de embarazo que forman parte del programa Bono Juana Azurduy	Entrega de alimentos nutritivos a madres que no cuentan con seguro a corto plazo a partir del	Complementa el PMDC y el bono juana azurduy. La canasta equivale a 300 Bs.

Banco de Leche humana	2014	Ministerio de Salud y Deporte	Contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad infantil durante la etapa de lactancia exclusiva	Bebés prematuros, con bajo peso al nacer, problemas gastricos, mellizos o trillizos.	quinto mes de embarazo. Suministro de leche materna (calostro, leche de transición y leche madura) bajo prescripción médica.	

Elaborada por la autora.

2.4. Ecuador: marco legal

El cambio del ciclo político en Ecuador vino acompañado de la propuesta de realizar revoluciones en el país, entendiendo a estas como cambios estructurales a nivel del Estado. En este sentido, la propuesta de gobierno de Rafael Correa planteó cinco revoluciones: una revolución constitucional y democrática, una revolución ética, una revolución económica y productiva, una revolución social, y una revolución por la dignidad (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2008, 5). De ellas, uno de los mayores cambios en el país fue la promulgación de una nueva Constitución en el año 2008 que derogó la Constitución de 1998. La Constitución del 2008, reforzó el derecho a la alimentación que aunque estaba consagrado en la Constitución de 1998 de forma general en el artículo 23 numeral 20 donde se mencionaba que toda persona gozaba del derecho a la alimentación y nutrición. La nueva Constitución es más concreta y específica en lo que significa el derecho a la alimentación y el goce del mismo de acuerdo a las identidades culturales de cada población. En este sentido, consagra el derecho a la alimentación dentro de los derechos del Buen Vivir estipulados en su capítulo II, y establece explícitamente en su artículo 13 que todos los ciudadanos “tienen derecho al acceso seguro y permanente a alimentos sanos, suficientes y nutritivos; preferentemente producidos a nivel local y en correspondencia con sus diversas identidades y tradiciones culturales”. Al igual que en la Constitución de 1998, la nueva Constitución del 2008 consagra al derecho a la alimentación como un derecho necesario para el goce del derecho a la salud (artículo 32). Asimismo la nueva Constitución establece que el derecho a la alimentación es fundamental para que las personas puedan tener el derecho a una vida digna (artículo 66), el cual no estaba estipulado en la constitución anterior. Por otra parte, la Constitución del 2008 contiene un apartado dedicado exclusivamente a la protección de niños, niñas y adolescentes, donde se menciona que todos los niños gozarán de protección desde la concepción y que gozarán de los derechos comunes del ser humano, dentro de los cuales se encuentran el derecho a la salud integral y nutrición (artículo 45), esto también estuvo contemplado en la Constitución del 1998 (artículo 49).

La Constitución del 2008 al igual que la anterior establece dentro de los grupos prioritarios de atención a los niños menores de 6 años, a las mujeres embarazadas y a las mujeres en periodo de lactancia. En este sentido, establece que el Estado tomará las medidas para asegurar la atención de menores de 6 años que garanticen su nutrición y salud (artículo 46). Por otra parte, estipula que todas las mujeres embarazadas y lactantes tienen el derecho a no ser

discriminadas, al acceso a servicios gratuitos de salud materna, a la protección prioritaria y cuidado de su salud integral durante el embarazo, parto y postparto (artículo 43).

Por otra parte, la Constitución también contempla que el Estado garantizará la soberanía alimentaria (artículo 13) y que ésta corresponde a un objetivo estratégico de la nación para asegurar a toda la población la autosuficiencia de alimentos sanos y culturalmente apropiados de forma permanente (artículo 281). En este sentido, establece que la política económica, la política comercial y la integración internacional tendrán como principio la soberanía alimentaria (artículos 284, 304 y 423). Asimismo, se establece que el Estado promoverá el acceso equitativo a los factores de producción y el desarrollo de prácticas agrícolas que procuren la garantía de la soberanía alimentaria (artículos 334 y 410). Todo ello fue una innovación dentro de la constitución ya que no había sido contemplado en la Constitución de 1998.

Siguiendo la línea de lo establecido en la Constitución del Ecuador y en lo que respecta específicamente a los derechos de la niñez, el Código de la Niñez y la Adolescencia reafirma que todo niño y niña tiene derecho a una vida digna que le permita un desarrollo integral, el cual incluye todas las prestaciones que aseguren entre otras cosas una alimentación nutritiva, equilibrada y suficiente (Ley 100/2003, art. 26). Asimismo, el Código de la Niñez establece que los niños tienen derecho a la lactancia materna para garantizar el vínculo afectivo con su madre, así como una alimentación propicia para su adecuado crecimiento y desarrollo (Ley 100/2003, art. 24). Adicionalmente, se contempla que todo niño y niña tiene derecho a la salud lo cual requiere del acceso gratuito a programas de salud pública, nutrición adecuada y la atención sanitaria de las madres durante y después del embarazo (Ley 100/2003, art. 27).

Al igual que en la Constitución, el Código de la Niñez y la Adolescencia reafirma que las necesidades y problemáticas de la niñez forman parte de los grupos prioritarios de atención a la hora de formular y ejecutar políticas públicas (Ley 100/2003, art. 12). En este sentido, se estipula que los niños tendrán acceso preferente a los servicios públicos, especialmente a los menores de 6 años (Ley 100/2003, art. 12), así como también, que el poder público y las instituciones de salud garantizarán las condiciones adecuadas durante el embarazo y el parto, y brindarán especial atención y tratamiento a los neonatos que hayan nacido con bajo peso (Ley 100/2003, art. 25). Finalmente, se menciona que las políticas de nutrición conforman las políticas de protección integral a la niñez (Ley 100/2003, art. 193).

Siguiendo con la normativa para la protección de las mujeres y la primera infancia, se crea en 1994 y se modifica en reiteradas ocasiones la actual Ley de Maternidad Gratuita y Atención a

la Infancia, con la finalidad de establecer “el financiamiento para cubrir los gastos de medicinas, insumos, micronutrientes, suministros, exámenes básicos de laboratorio y exámenes complementarios” (Ley 006/2006, art. 2) para garantizar el derecho a la atención gratuita en salud durante el embarazo, parto, postparto y la primera infancia (Ley 006/2006, arts. 1, 2).

Respecto a la promoción y protección al derecho a la lactancia materna, en 1995 se aprueba la Ley de Fomento, Apoyo y Protección de la Leche Materna, en línea al Código Internacional de Sucedáneos de Leche Materna adoptado por la Asamblea Mundial de la Salud en 1981. Esta ley tiene como finalidad garantizar el derecho a la lactancia materna para asegurar la adecuada nutrición de los niños y niñas desde el nacimiento hasta los dos años de edad con la finalidad de procurar su adecuado crecimiento y desarrollo durante los primeros años de vida (Ley 101/1995, arts. 1, 3, 4). En términos generales, la ley establece que todo el personal de salud o personal que brinde atención en salud tienen la obligación de apoyar, fomentar y proteger la lactancia materna y eliminar cualquier práctica que retrase la iniciación o dificulte la continuación de la lactancia (Ley 101/1995, art. 11). La Ley establece también algunas prácticas que se deben implementar en los centros de salud, como por ejemplo, garantizar el contacto inmediato del niño con su madre luego del nacimiento, siempre que las condiciones así lo permitan; educar constantemente al personal de salud, a las familias y a la comunidad acerca de las correctas prácticas de lactancia, su importancia y beneficios, como iniciar la alimentación complementaria, y los riesgos relacionados a alimentar de forma incorrecta a los lactantes, y eliminar la propaganda de sucedáneos de la leche materna en centros de salud (Ley 101/1995, art. 2).

En 1999, se aprueba el Reglamento de Aplicación de la Ley de Fomento, Apoyo y Protección de la Leche Materna con la finalidad de fortalecer y ampliar la normativa establecida en dicha Ley para proteger la práctica de la lactancia materna, y regular la producción, comercialización y venta de los productos sucedáneos de la leche materna. En este sentido, el Reglamento contiene normativa relacionada a la educación e información sobre la alimentación infantil, por ejemplo, establece que todo material informativo o educativo, impreso o audiovisual, que hable sobre la alimentación de los lactantes siempre debe mencionar con claridad las ventajas y la superioridad de la leche materna sobre cualquier sucedáneo de ella, la importancia de la nutrición materna y de la preparación de la mujer antes de iniciar la lactancia, los efectos negativos de alimentar a los lactantes con biberones total o parcialmente, la dificultad de volver a amamantar luego de haber utilizado el biberón,

las mejores prácticas para iniciar la alimentación complementaria luego del sexto mes de nacido, y las correctas técnicas de extracción, almacenamiento y suministro de leche materna (Decreto 1469/1999, art. 9). También estipula que todo material informativo que hable sobre la alimentación con fórmulas deben contener instrucciones claras sobre como preparar el alimento, como suministrarlo, y los riesgos sobre el lactante de hacerlo de forma inadecuada (Decreto 1469/1999, art. 10). Y que todo material educativo que hable sobre la alimentación del lactante no puede contener el nombre o logotipos de empresas que fabrican sucedáneos de la leche materna (Decreto 1469/1999, art. 12).

El Reglamento de Aplicación de la Ley de Fomento, Apoyo y Protección de la Leche Materna también contempla las obligaciones y prohibiciones de los centros de salud tanto públicos como privados que proporcionan servicios de maternidad y atención a los recién nacidos. Entre las obligaciones se encuentran practicar los 10 pasos para una alimentación exitosa (Decreto 1469/1999, art. 20); estimular y proteger la lactancia materna; educar al personal de salud, las madres, familia y comunidad sobre las prácticas adecuadas para la alimentación de los lactantes; apoyar en el reforzamiento de la confianza de las madres sobre su capacidad de amamantar; e informar a las madres y familiares los riesgos que conlleva la utilización de biberones y chupones de forma prematura (Decreto 1469/1999, art. 21). Entre las prohibiciones se encuentran contar con personal contratado y remunerado por los fabricantes de sucedáneos de la leche materna; aceptar obsequios de empresas fabricantes de sucedáneos de la leche materna; y entregar muestras, proporcionar sucedáneos de leche materna o promocionarlos (Decreto 1469/1999, art. 22).

Finalmente el Reglamento de Aplicación de la Ley de Fomento, Apoyo y Protección de la Leche Materna también contempla regulaciones sobre el etiquetado y calidad de los productos sucedáneos de la leche materna y productos complementarios. Respecto al etiquetado se establece que deben mencionar que la leche materna es el mejor alimento para los niños y que no son sustitutivos de la leche materna (Decreto 1469/1999, art. 24), deben indicar la edad a partir de la cual el producto puede ser suministrado a los lactantes, la dosis, las indicaciones de suministro, y los riesgos de no cumplir con las indicaciones (Decreto 1469/1999, art. 25), no puede contener términos como humanizada o maternizada, ni palabras que desestime la lactancia materna (artículo 26 del Decreto 1469/1999). Respecto a la calidad de los productos, se estipula que deben ser elaborados cumpliendo el Codex Alimentarius (Decreto 1469/1999, art. 31, 36), deben contar con registro sanitario (Decreto 1469/1999, art. 33), no pueden contener colorantes, anabólicos, residuos de pesticidas e insecticidas o cualquier otra

sustancia tóxica (Decreto 1469/1999, art. 34), no se puede utilizar radiaciones ionizantes durante su producción, transporte o almacenamiento (Decreto 1469/1999, art. 35), y otras regulaciones relacionadas con la cantidad de proteína y sodio que pueden contener, entre otros (Decreto 1469/1999, art. 37).

Respecto a la soberanía alimentaria, una de las leyes promulgadas durante el cambio del ciclo político en Ecuador fue la Ley Orgánica del Régimen de la Soberanía Alimentaria sancionada en el año 2009 y reformada en 2010, la cual derogó a la Ley de Seguridad Alimentaria y Nutricional de 2006. Esta nueva ley tiene como finalidad generar los mecanismos para que el Estado ecuatoriano garantice el acceso suficiente y permanente de alimentos sanos, nutritivos y culturalmente apropiados a toda la población del país (Ley Orgánica del Régimen de la Soberanía Alimentaria 2010, art. 1). Aunque la Ley es un marco normativo orientado principalmente a regular la producción y comercialización de los productos agroalimentarios, podemos rescatar de ella algunos artículos que evidencian la importancia de la promoción de una buena nutrición para el Estado Ecuatoriano. De acuerdo con la Ley, el Estado tiene el deber de “incentivar el consumo de alimentos sanos, nutritivos de origen agroecológico y orgánico” (Ley Orgánica del Régimen de la Soberanía Alimentaria 2010, art. 3), con el fin de disminuir y erradicar la desnutrición y malnutrición, lo cual llevará a cabo a través del desarrollo de programas de educación nutricional, comercialización de productos nutritivos y el etiquetado de los alimentos (Ley Orgánica del Régimen de la Soberanía Alimentaria 2010, art. 27). Asimismo, se estipula que “el Estado incorporará en los programas de estudios de educación básica contenidos relacionados con la calidad nutricional, para fomentar el consumo equilibrado de alimentos sanos y nutritivos” (Ley Orgánica del Régimen de la Soberanía Alimentaria 2010, art. 28), no comercializará productos de bajo contenido nutricional en las escuelas ni en los programas sociales dirigidos a atender a grupos prioritarios, así como también se procurará restringir la promoción de alimentos de bajo contenido nutricional en medios de comunicación (Ley Orgánica del Régimen de la Soberanía Alimentaria 2010, art. 28).

En Ecuador no ha existido una institución única encargada de las políticas de nutrición en el país durante el periodo que se está estudiando. A lo largo del tiempo han operado varias instituciones, de las cuales se han podido mapear seis. La primera es el Comité Ejecutivo Nacional de Seguridad Alimentaria, creado en enero de 1998, el cual tenía como objetivo la responsabilidad de las políticas de seguridad alimentaria en el país (Decreto 1039/1998, art. 11), desconocemos la fecha en la que fue suprimido. La segunda es la Comisión Nacional de

Alimentación, creada en enero de 2003, con el objetivo de coordinar el desarrollo de los programas sociales de alimentación que estaban bajo la responsabilidad de los ministerios del Frente Social, sin embargo, fue suprimida en septiembre de ese mismo año tras la creación del Sistema Integrado de Alimentación y Nutrición (Decreto 850/2003, art. 13). La tercera institución es el Sistema Integrado de Alimentación y Nutrición (SIAN), creado en septiembre de 2003 mediante el Decreto 850 y modificada su creación en octubre de 2005 mediante el Decreto 780. Este sistema tenía como objetivo articular a los programas de alimentación y nutrición del país bajo una misma política de seguridad alimentaria (Decreto 780/2005, art. 1), con la finalidad de mejorar el estado nutricional de la población, especialmente de niños menores de 5 años, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia; garantizar el acceso y consumo de alimentos a grupos prioritarios, y garantizar la atención continua de los programas de alimentación y nutrición (Decreto 780/2005, art. 2). El SIAN estaba conformado por una Comisión Nacional de Alimentación y Nutrición también creada en 2003 mediante el Decreto 850 y modificada en 2005 mediante el Decreto 780, y una Secretaría Técnica creada mediante el Decreto 780, la cual se encontraba bajo la subordinación de la Comisión Nacional de Alimentación y Nutrición. Esta Comisión tenía el objetivo de garantizar el cumplimiento del SIAN (Decreto 780/2005, art. 5), a través de la definición de las políticas sociales de alimentación y nutrición del país, la aprobación de los planes operativos anuales de los programas de alimentación y nutrición financiados por el Gobierno Central, el establecimiento de estrategias de focalización de beneficiarios, definir lineamientos comunes para los programas sociales de alimentación y nutrición en las áreas de educación nutricional, vigilancia del estado de alimentación y nutrición de la población, y evaluación de impacto (Decreto 780/2005, art. 6). La cuarta institución es el Ministerio de Salud Pública, el cual tiene entre sus responsabilidades dictar políticas y normativas necesarias para garantizar la seguridad alimentaria y nutricional en coordinación con otras instituciones competentes (Ley 67/2006, art. 6), así como también, establecer las medidas para combatir la desnutrición infantil (Ley 100/2003, art. 28). La quinta institución es Comisión Técnica Nacional de Alimentación y Nutrición encargada de coordinar el Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador 2018-2025 (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2018, 60-62). Y la sexta institución es la Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil, creada en julio de 2021, la cual se encuentra vigente en la actualidad, tiene como objetivo coordinar todas las estrategias a nivel nacional que conduzcan a la reducción y prevención de la desnutrición infantil, en especial la Estrategia Ecuador Crece Sin

Desnutrición y el Plan Estratégico para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil (Decreto 92/2021, art. 3).

A manera de conclusión, el marco legal de Ecuador contempla claramente que en el país todas las personas tienen el derecho a una alimentación sana, nutritiva y equilibrada. También nos muestra que el Estado tiene el deber de garantizar la seguridad alimentaria de la población, así como también la soberanía alimentaria del país a través del fomento y protección de la producción nacional. También el marco legal esboza claramente que para el Estado ecuatoriano es una prioridad el buen estado nutricional de la población, especialmente de grupos prioritarios, dentro de los cuales se encuentran los niños menores de 5 años, las mujeres embarazadas y las mujeres en periodo de lactancia, así como también que el Estado tiene la responsabilidad de afrontar esta necesidad y sus problemáticas a través de la provisión de servicios de salud, el fomento de la educación en esta temática, la regulación de los alimentos que se venden en el país, el fomento de la producción y comercialización de alimentos, y la asistencia social.

2.5. Planes de desarrollo

El primer plan de desarrollo que abordaremos de acuerdo con el periodo que estamos estudiando es el Plan de Gobierno 2000-2003 titulado “Por un Nuevo País”, correspondiente a la gestión de gobierno de Gustavo Noboa. Este plan se propone en un periodo en el que Ecuador atravesaba una crisis económica, una crisis política y un deterioro social significativo (Oficina de Planificación 2000, 6). Es por ello, que el plan se centra en la reactivación económica, en la reducción de la pobreza y la desigualdad de ingresos, y en el rol que jugaba el Estado para mejorar las condiciones sociales de la población (Oficina de Planificación 2000, 8). Aunque este plan no estipuló metas ni acciones específicas para la reducción de la desnutrición infantil, sí planteó metas sociales que forman parte de las causas de la desnutrición, como lo son la reducción de la pobreza donde se buscaba reducir los índices de pobreza de 69% a 58%, la reducción de la desigualdad de ingresos donde se planteaba reducir el índice de Gini de 0,48 a 0,43, y la reducción de las disparidades de ingresos entre los hogares urbanos y los hogares rurales en 50% (Oficina de Planificación 2000, 28). Asimismo, se estipularon acciones estratégicas que de cierta forma tienen una incidencia en la prevención y atención a la desnutrición infantil, por ejemplo, se propone como política, mejorar la equidad en la distribución del gasto público y mejorar la calidad del gasto, a través del incremento del porcentaje de gasto público destinado a sectores prioritarios dentro de los cuales se encuentra la salud, el agua potable y el saneamiento ambiental, asimismo, se

propone garantizar y ampliar la cobertura a servicios sociales básicos como lo son la salud, el agua potable y el saneamiento ambiental (Oficina de Planificación 2000, 43-45). Por otra parte, en la sección de financiamiento se establece que en el área de la salud se apoyará la provisión de atención médica y nutricional a “niños de corta edad y mujeres embarazadas” (Oficina de Planificación 2000, 67). De modo que, el plan muestra que para dicha gestión gubernamental era una prioridad la provisión de servicios como la salud, el agua potable y el saneamiento ambiental como estrategias para la reducción de la pobreza y la desigualdad.

El siguiente plan que se debería abordar corresponde al del gobierno de Lucio Gutiérrez que fue continuado por Alfredo Palacio, correspondiente al periodo 2003-2006. Sin embargo, este Plan no se pudo encontrar, de modo que se desconoce si contenía metas enmarcadas en la lucha contra la desnutrición infantil. Solo se puede mencionar, que fue un periodo caracterizado por la inestabilidad política en el país, que pudo haber limitado la incidencia en materia de política social.

El segundo plan que estudiaremos es el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010 titulado “Planificación para la Revolución Ciudadana” correspondiente al primer periodo presidencial de Rafael Correa (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2008). Este plan estipula 12 objetivos, de los cuales, el objetivo 2 titulado “mejorar las capacidades y potencialidades de la ciudadanía”, centra su atención en afrontar, entre otras cosas, los problemas de la desnutrición infantil, estableciendo entre sus metas la erradicación de la desnutrición crónica severa en niños menores de 5 años y la reducción del retraso en la talla para la edad en menores de 5 años en 45% (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2008, 71). Este plan reconoce el rol que juega el Estado para combatir la desnutrición infantil, por un lado, a través de la promoción de buenas prácticas de alimentación e higiene, pero también, a través de la promoción de la producción nacional (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2008, 69). Plantea en su política 2.7 garantizar una alimentación saludable y disminuir las deficiencias nutricionales, para lo cual, se proponen siete estrategias de acción: (i) fomentar la producción de alimentos estratégicos, (ii) mejorar el control de la calidad y sanidad de los alimentos, (iii) informar, y educar a la población sobre alimentación saludable y balanceada, (iv) promocionar la lactancia materna, (v) implementar consejerías nutricionales en los centros de salud, (vi) desarrollar un plan de inocuidad de los alimentos, y (vii) distribuir alimentos enriquecidos en micronutrientes (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2008, 69).

Otros puntos importantes a rescatar del plan 2007-2010 y que tienen incidencia en el estado nutricional de la población, en especial en la primera infancia, son su interés por proteger el desarrollo infantil temprano, garantizar el derecho a la salud, ampliar la cobertura de población con acceso a agua potable y saneamiento ambiental, y promover un sistema económico solidario y sostenible que entre otras cosas garantice la seguridad alimentaria de la población. Respecto al desarrollo infantil temprano, el objetivo 1 del plan establece la importancia de promoverlo como una manera de buscar la equidad desde el principio de la vida, a través de intervenciones que conjuguen una adecuada nutrición, salud y educación con el fin de prevenir y detener cualquier causante que ralentice el desarrollo de los infantes (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2008, 54). Respecto al derecho a la salud, se estipula en el objetivo 3, el interés del Estado por procurar la cobertura universal de la salud con un enfoque de salud comunitaria, donde la familia y la comunidad participan activamente en la promoción de la salud y en la resolución de los problemas de salud. Asimismo, se plantea una intervención de la salud en los sectores más vulnerables y grupos prioritarios donde se contemplan a las madres y los niños (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2008, 89-91). Siguiendo el interés de garantizar el derecho a la salud, el objetivo 3 estipula como meta el aumentar en 300 mil las viviendas con eliminación de excretas (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2008, 94). Respecto a la promoción del acceso a agua potable, el objetivo 4 del plan establece que el Estado promoverá el acceso universal a agua entubada y agua potable, así como también aumentará la cobertura de hogares que cuentan con agua entubada dentro de la red pública (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2008, 117). Finalmente, respecto a la seguridad alimentaria, el plan establece entre sus políticas del objetivo 11, procurar a la población una canasta de alimentos nutritivos, accesibles, de forma continua y segura en base a la producción nacional (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2008, 201-202).

Sin embargo, el Plan 2007-2010 no pudo completar el periodo para el cual fue propuesto debido al inicio de un nuevo periodo presidencial en 2009 demandado por la incorporación de la nueva Constitución en el año 2008. Este nuevo periodo presidencial también fue ocupado por Rafael Correa, lo que permitió que se siguiera la misma línea política planteada en 2007. Para esta nueva administración, se aprobó el Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013 que seguía postulados muy similares a los propuestos en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010. En este sentido, se mantiene la prioridad del Estado en la lucha contra la desnutrición infantil como una de las problemáticas a afrontar para lograr el objetivo de mejorar las

capacidades y potencialidades de la población (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2009, 161). Además de estipular metas relacionadas a la reducción de la desnutrición crónica infantil en menores de 5 años en 45% como en el plan anterior, también se establecen otras metas como por ejemplo, la reducción del porcentaje de niños con bajo peso al nacer a 3,9%, aumentar el promedio de consumo calórico de proteínas en el quintil más bajo a 260 kilo calorías por día (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2009, 174), y aumentar el promedio de meses de lactancia materna exclusiva a 4 meses (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2009, 151). El plan también contempla la importancia del desarrollo infantil temprano para auspiciar la igualdad y la cohesión social dentro del cual se considera fundamental una buena nutrición tanto de las mujeres gestantes, las madres lactantes y los niños, para garantizar un adecuado crecimiento y desarrollo durante la primera infancia (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2009, 137-151). Asimismo, también estipula la importancia de la soberanía alimentaria como política necesaria para procurar el acceso permanente a alimentos de calidad, producidos nacionalmente, y apropiados culturalmente (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2009, 248-249).

Para garantizar el derecho a la alimentación sana, nutritiva y balanceada, el Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013 plantea acciones que abarcan desde la producción de alimentos, hasta la atención en salud y la promoción de la educación en nutrición. Entre las estrategias propuestas se encuentran la promoción de programas de reactivación productiva, la promoción de la distribución y comercialización de alimentos a nivel nacional, la promoción de la asistencia a controles médicos prenatales, la entrega de suplementos alimenticios a madres embarazadas que lo requieran, el fomento de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, la implementación de bancos de leche materna a nivel nacional, el fortalecimiento de programas educativos donde se fomente la alimentación saludable, la promoción de los controles de salud para los niños durante su primera infancia para prevenir y detectar problemas nutricionales, el apoyo al desarrollo de huertos, y articulación y coordinación de los programas estatales para priorizar y atender a los niños que presenten algún tipo de desnutrición (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2009, 171).

El cuarto plan que estudiaremos es el Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 correspondiente al tercer mandato presidencial de Rafael Correa. Este plan sigue manteniendo la prioridad en la lucha contra la desnutrición infantil como uno de los fines nacionales para lograr el objetivo 3 titulado “mejorar la calidad de vida de la población”(Secretaría Nacional

de Planificación y Desarrollo 2013). En esta oportunidad, solo se estipulan dos metas relacionadas a la nutrición infantil, la primera es erradicar la desnutrición crónica en menores de 2 años (se buscaba tener un promedio nacional igual o inferior al 3%) y la segunda es aumentar la prevalencia de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida a 64% (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2013, 153-154). No obstante, este plan abandona algunas metas relacionadas a la lucha contra la desnutrición infantil que fueron estipuladas en el plan anterior y que aún no habían sido resultados para el momento en el que se escribió el plan, como lo son la desnutrición crónica infantil en niños menores de 5 años que tenía una tasa nacional promedio de 25,2% en 2012, el bajo peso al nacer con una tasa promedio nacional de 8,1% en 2010 (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2013, 530), y el aumento del consumo de proteínas en las poblaciones más vulnerables para garantizar una dieta más balanceada.

Entre las políticas y estrategias estipuladas en el Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 relacionadas con la lucha contra la desnutrición infantil y la promoción de buenos hábitos alimenticios de la población podemos encontrar tres. En primer lugar la política 3.6. orientada a promover hábitos de alimentación nutritiva y saludable que permitan a la población tener un nivel de desarrollo físico, emocional e intelectual acorde a su edad y condiciones físicas, donde se establecen estrategias centradas principalmente en el rol que juega el Estado para promover y garantizar la buena alimentación en el país, como por ejemplo, a través del fortalecimiento de las autoridades sanitarias en nutrición en el país, el fortalecimiento de los mecanismos para prevenir y controlar problemas nutricionales dentro de los cuales se encuentra la desnutrición, el fortalecimiento de las campañas de suplementos alimentarios y vitamínicos a personas en estado de desnutrición y en etapa de desarrollo cognitivo, la regulación y control de la calidad nutricional de los alimentos complementarios que son entregados a grupos prioritarios, la priorización de programas de alimentación escolar a nivel inicial, el fomento de la educación sobre alimentación saludable, el fomento de la producción de cultivos tradicionales para consumo a nivel del hogar, la regulación de la información nutricional de los alimentos para mitigar los fallos de la información, la articulación de la producción nacional de alimentos para que satisfagan las necesidades de la población, y el control de la calidad e inocuidad de los alimentos que son ofertados en el país (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2013, 147-148).

En segundo lugar, se encuentra la política 3.2. orientada a ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar la calidad de vida de la población, dentro de la cual se

encuentran estrategias como ampliar los servicios de diagnóstico, control y atención pre y posnatal a madres y recién nacidos con el fin de prevenir enfermedades prevalentes en la infancia, desarrollar e implementar programas de reducción de la mortalidad materna y neonatal (la desnutrición y el bajo peso es una de las mayores causas de muerte neonatal), promover la educación en salud, y promover la lactancia materna como la manera más efectiva para nutrir y prevenir enfermedades infecciosas en los lactantes (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2013, 144-145).

En tercer lugar, se encuentra la política 3.10 destinada a garantizar el acceso universal, permanente y de forma sostenible de agua segura y saneamiento básico, donde se estipulan estrategias como el mejoramiento de instalaciones de saneamiento en los hogares, la difusión de información sobre los beneficios del uso de instalaciones de saneamiento mejoradas, implementación de planes de seguridad del agua para consumo humano, y el fortalecimiento de los diferentes niveles de gobierno para la provisión de estos servicios básicos (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2013, 150).

Adicionalmente, el Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017 también contempla dentro de sus políticas nacionales el garantizar el desarrollo de la primera infancia (política 2.9) como uno de los fines para cumplir el objetivo 2 del plan “auspiciar la igualdad, la cohesión social, la inclusión, la equidad social y territorial, en la diversidad”. Entre las estrategias planteadas para dicha política se encuentran fortalecer los programas y proyectos destinados a mejorar la nutrición pre y posnatal a través de la entrega de suplementos nutricionales, brindar consejería nutricional en hogares y centros de atención infantil mediante la entrega de micronutrientes y material didáctico sobre como estimular el desarrollo en la primera infancia (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2013, 127).

El quinto plan que abordaremos es el Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 titulado “Toda una vida” correspondiente a la presidencia de Lenin Moreno. Este plan lleva a cabo una planificación diferente a las realizadas en los tres planes anteriores, se encuentra enmarcado en 3 ejes de acción, uno social, uno económico y uno institucional, los cuales están conformados por un total de 9 objetivos (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2017, 9). Cada objetivo está compuesto por un conjunto de políticas, pero en esta oportunidad las políticas no poseen las estrategias para su consecución, de modo que se desconoce la ruta de acción de la administración pública para dicho periodo.

De los nueve objetivos, el objetivo 1 “garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas” del eje social contiene las políticas y metas relacionadas a la lucha

contra la desnutrición infantil. En este sentido podemos encontrar que cuatro políticas que buscan mitigar algunas de las causas de la desnutrición infantil: la política 1.3. plantea la necesidad de erradicar la desnutrición, combatir la malnutrición, y promover hábitos y prácticas de vida saludable, la política 1.4. establece la necesidad de garantizar un desarrollo infantil integral acorde a las realidades culturales y sociales de cada población, la política 1.8. establece la prioridad del Estado en garantizar el acceso a una vivienda adecuada y digna que cuente, entre otras cosas, con agua y saneamiento, y la política 1.17 en línea con la 1.8 la cual postula que el Estado garantizará el acceso, uso y aprovechamiento equitativo y sostenible de agua y saneamiento (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2017, 58). En este objetivo se plantean tres metas relacionadas a la lucha contra la desnutrición infantil: la primera es reducir la desnutrición crónica en niños menores de 2 años de 24,8% a 14,8%, la segunda es reducir la tasa de desnutrición en niños menores de 5 años de 23,9% a 13,2%, y la tercera es aumentar la prevalencia de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida de 46,4% a 64% (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2017, 58-59). De estas metas podemos hacer dos lecturas, en primer lugar podemos observar que nuevamente se incorpora como meta del Estado la lucha contra la desnutrición en niños menores de 5 años, sin embargo, sigue sin incluirse una meta relacionada a reducir el porcentaje de niños con bajo peso, aunque sí se incluye una meta relacionada al parto institucionalizado que de cierta forma incide en atender esta problemática. La segunda lectura que se puede realizar a las metas es que son similares a los tres planes anteriores, lo que significa que las metas no fueron alcanzadas, ni pudo reducirse la tasa de desnutrición de forma significativa durante los 10 años de gestión de Rafael Correa, lo que abre interrogantes acerca del por qué, ya que las políticas y estrategias eran claras durante dicho periodo.

Otro punto importante a mencionar del Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 Toda una Vida es que también estipula como política de Estado la soberanía alimentaria a través de su objetivo 6. Específicamente plantea como políticas dentro de este objetivo impulsar la producción de alimentos suficientes, saludables y culturalmente apropiados que permitan satisfacer la demanda interna, y fortalecer la participación de agriculturas familiares y campesinas dentro de la oferta de alimentos a nivel nacional (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2017, 100).

El último plan que analizaremos es el Plan de Creación de Oportunidades 2021-2025 correspondiente al periodo presidencial ocupado por Guillermo Lasso. Este plan también cambia la estructura en la que se presentan los lineamientos de política, al igual que el

anterior, está enmarcado en ejes de acción, en esta oportunidad en cinco ejes, cada uno está compuesto por un conjunto de objetivos que en su totalidad cuentan con 16 objetivos nacionales, y cada objetivo cuenta con políticas y lineamientos de políticas territoriales para cada política nacional, pero de igual manera se desconocen las estrategias a nivel nacional para la consecución de cada política nacional de este plan de gobierno (Secretaría Nacional de Planificación 2021).

El Plan de Creación de Oportunidades 2021-2025 no se queda atrás en el deseo de combatir la desnutrición infantil. Es por ello, que en el objetivo 6 “garantizar el desarrollo a la salud integral, gratuita y de calidad” del eje social establece en su política 6.4. combatir toda forma de malnutrición, con énfasis en la desnutrición crónica infantil (Secretaría Nacional de Planificación 2021, 66). Asimismo, entre los lineamientos territoriales de esta política se encuentra la promoción de la alimentación sana y nutritiva a partir de la producción nacional, la creación de programas que promuevan el desarrollo infantil integral, así como programas para el cuidado de infantes (Secretaría Nacional de Planificación 2021, 67). Entre las metas que se propone se encuentra reducir a 6 puntos porcentuales la desnutrición crónica de niños menores de 2 años (Secretaría Nacional de Planificación 2021, 68). Una vez más no se incorporan metas relevantes relacionadas a la lactancia materna, el bajo peso al nacer, y la desnutrición crónica en niños menores de 5 años que también es una prioridad.

A manera de conclusión de este apartado, pudimos evidenciar que el interés de reducir la desnutrición infantil se volvió una política de Estado en los planes de gobierno a partir del Plan de Desarrollo 2007-2010. El inicio de la Revolución Ciudadana planteó a la desnutrición infantil como una de las problemáticas que afecta el desarrollo de las capacidades y potencialidades de la población, planteamiento que se mantuvo durante los 10 años de la gestión de Rafael Correa. Asimismo, la revolución ciudadana planteó la necesidad de establecer estrategias multisectoriales para combatir la desnutrición infantil, que van desde la promoción de la producción, comercialización y distribución de alimentos de primera necesidad nacionales y culturalmente apropiados, hasta la procura de la atención y asistencia en salud para prevenir, detectar y detener esta problemática desde un enfoque comunitario y culturalmente apropiado donde las personas participan en la detección de sus problemas y en la solución de los mismos, así como también la promoción de la educación en alimentación saludable. En los planes de la administración de Correa se evidenció que el gobierno reconoció que el Estado juega un papel crucial dentro de la lucha contra la desnutrición infantil, pero que requiere del sector productivo para garantizar la disponibilidad y

accesibilidad de alimentos sanos y culturalmente apropiados. Aunque la lucha contra la desnutrición también fue una prioridad para los dos gobiernos siguientes, podemos también evidenciar que los postulados de política presentados en sus planes de desarrollo nacional pierden fuerza y las estrategias de acción no son esbozadas en los mismos de modo que no queda clara la ruta de acción, aunque ambos gobiernos desarrollaron planes intersectoriales destinados exclusivamente a combatir los problemas de la malnutrición que aún siguen vigentes para el momento en que se realizó este estudio, pero que sus logros aún no son conocidos (estos son estudiados a detalle en el siguiente apartado). Finalmente, podemos decir que aunque este apartado no se dedica a analizar los resultados de las políticas implementadas, la desnutrición infantil sigue siendo un problema estructural en Ecuador que requiere de la consecución de las políticas y de sus metas para lograr reducirla en el largo plazo sin importar el gobierno y la tendencia política de turno, de modo que se centre en conocer qué falló anteriormente y cómo se puede solventar, así como también en seguir construyendo a partir de lo que realizaron gobiernos anteriores.

2.6. Proyectos y programas en Ecuador: Instituto Nacional de la Niñez y la Familia

El Instituto Nacional de la Niñez y la Familia (INNFA) fue una fundación constituida por el Estado en 1960 bajo el nombre de Patronato Nacional del Niño, como una institución de derecho privado con finalidad social (Decreto Ejecutivo 1170/2008). En 1983 se le modifica su nombre a Instituto Nacional de la Niñez y la Familia (INNFA), el cual mantiene hasta el cese de sus funciones en el año 2008 (Soria 2017, 21). El INNFA tenía como finalidad contribuir a la protección integral de la niñez y la familia en situación de vulnerabilidad (Soria 2017, 21). Estaba presidida por la primera dama del país, quien se encargaba de promocionar y representar a la institución (Soria 2017, 21). Su población objetivo se centraba en niños, niñas, adolescentes (NNAs), sus núcleos familiares, y en oportunidades en adultos mayores y personas con discapacidad que se encontraban en situación de vulnerabilidad y pobreza (Soria 2017, 21).

El INNFA tenía tres áreas de intervención: desarrollo infantil, protección especial y atención emergente. Dentro del área de desarrollo infantil, se implementaban acciones en salud y medio ambiente, alimentación y nutrición, educación inicial, participación y protección. Dentro del área de protección especial, se trabajaba en prevenir y atender problemáticas como el maltrato infantil, abuso y explotación sexual, trabajo infantil, drogadicción, NNAs privados de su entorno familiar, NNAs con discapacidad, y NNAs perdidos. Y dentro de su área de atención emergente, se realizaban acciones en atención a emergencias y asistencia médica

(Instituto Nacional de la Niñez y la Familia 2004, 10). Entre los programas implementados por la institución se encuentran centros de desarrollo infantil, creciendo con nuestros hijos, correo familiar, jardines integrados, unidades de estimulación temprana, aprendiendo en familia y mejorando mi familia, sin embargo, su intervención principal fue los centros de cuidado infantil para niños menores de 6 años (Instituto Nacional de la Niñez y la Familia 2004; Soria 2017).

Pese a que el INNFA era una institución de derecho privado, se incluye dentro de las políticas nacionales para reducir la desnutrición infantil por tres razones. La primera porque recibía fondos públicos del Estado Ecuatoriano (Decreto Ejecutivo 1170/2008; Soria 2017, 23). En segundo lugar, porque tenía un gran alcance a nivel nacional, de acuerdo con la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (2008, 65) para 2007 el INNFA asistía a 124 mil niños, aunque un estudio realizado por UNICEF (2006, 20) menciona que el programa de micronutrientes del INNFA era distribuido a 220.400 niños entre 6 meses y 6 años de edad. Y, en tercer lugar, porque sus intervenciones tenían un fuerte componente nutricional orientado a prevenir y reducir la desnutrición infantil. Específicamente en 1990 el INNFA desarrolló un suplemento nutricional en forma de colada llamado NUTRINNFA con el apoyo del Programa Mundial de Alimentos, el cual buscaba fortalecer la ingesta de micro y macronutrientes de los niños entre 6 meses y 6 años de edad que participaban de sus programas y así reducir sus deficiencias nutricionales (Caicedo y Salvador 2006). Este suplemento estaba compuesto de leche en polvo, aceite de soya, azúcar, harina de arroz, harina de maíz, harina de trigo, harina de soya, saborizantes, vitaminas, fosfato tricálcico y sulfato de magnesio, el cual aportaba a la dieta del niño todos los macronutrientes (proteína, carbohidratos y grasas), así como micronutrientes tales como vitaminas A, E, C, B₁, B₂, B₆, B₁₂ Niacina, Ácido Fólico, Calcio, Fósforo, Magnesio, Hierro, Zinc y Cobre (Caicedo y Salvador 2006). Para su consumo debía ser mezclado con agua y ser ingerido dos veces al día (Caicedo y Salvador 2006). Como se verá más adelante, este suplemento fue utilizado temporalmente por un programa del Estado llamado Aliméntate Ecuador. De acuerdo con UNICEF (2006, 26) entre 2004 y 2005 se realizó una evaluación de impacto del suplemento nutricional en 1411 niños que asistían a 58 Centros de Desarrollo Infantil del INNFA frente a un grupo de control, encontrando que los niños que participaban del programa presentaban un mejor estado nutricional que los del grupo de control utilizando como unidad de medida la desviación normal estandarizada (Z score).

En el año 2008, mediante el Decreto Ejecutivo 1170/2008, el INNFA cesa sus funciones como institución de derecho privado y pasa a formar parte de la cartera de programas sociales del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES). El INNFA junto con los programas Operación Rescate Infantil (ORI), Fondo de Desarrollo Infantil (FODI) y Dirección de Atención Integral de la Niñez y Adolescencia (Daina) pasaron a constituir una nueva institución pública a cargo del MIES llamada Instituto de la Niñez y la Familia (INFA), este fue creado en 2008 mediante el Decreto Ejecutivo 1170/2008 (artículos 1 y 10) con la finalidad de unificar los programas orientados hacia los mismos fines y con acciones similares para optimizar recursos y unificar metodologías de gestión. Finalmente, esta nueva institución fue suprimida en el año 2012 pasando a ejercer sus funciones el Ministerio de Inclusión Económica y Social (Decreto Ejecutivo 1356/2012, art. 5).

Programa Operación Rescate Infantil (ORI)

El Programa Operación Rescate Infantil fue creado en el año 1993, a través del Decreto Ejecutivo 1081 de fecha 14 de septiembre de ese mismo año (Ministerio de Bienestar Social 1996). Su objetivo era brindar atención integral a niños de primera infancia con altos índices de vulnerabilidad en zonas rurales y urbanas del país, con la finalidad de contribuir a su desarrollo infantil (Ministerio de Bienestar Social 1996). El programa buscaba mitigar factores de riesgo a los cuales podían estar expuestos los infantes, como por ejemplo, desnutrición, cualquier tipo de morbilidad, falta de cuidado diario, y falta de acceso al sistema educativo (Ministerio de Bienestar Social 1996). Inicialmente, estaba orientado a prestar servicios a niños menores de 6 años; sin embargo, a partir de 1995 su rango de acción incorporó a adolescentes menores de 17 años con discapacidad, y niños menores de 10 años huérfanos y no acompañados (Ministerio de Bienestar Social 1996). El programa se centraba en tres componentes de intervención: alimentación y nutrición, salud, y desarrollo psicoafectivo (Soria 2017, 19-20). Se implementó a través de guarderías comunitarias denominadas Centros Comunitarios de Desarrollo Infantil, donde se brindaban cuidados diarios a los niños beneficiarios por parte de madres de la misma comunidad (Ministerio de Bienestar Social 1996). Durante su periodo de vigencia, también incorporó intervenciones a través de Comedores Comunitarios Infantiles y Centros de Recreación y Aprendizaje (Vaca Espín 2004, 66-68; Soria 2017, 19-20).

El programa fue diseñado para incorporar una alta participación comunitaria. En este sentido, la comunidad tenía la responsabilidad de proporcionar el espacio comunitario donde se desarrollaría el Centro Comunitario de Desarrollo Infantil, la selección de las madres

comunitarias que prestarían los servicios dentro del centro, el mantenimiento y la administración física y financiera del centro, y la conformación del comité de padres (Ministerio de Bienestar Social 1996). Por su parte, el ORI era el responsable de capacitar a los encargados de la administración del centro (organizaciones responsables del centro, madres comunitarias y comités de padres), proveer de equipamiento para la adecuación del centro comunitario de desarrollo infantil, financiar materiales de estimulación infantil, realizar seguimiento a la implementación de los centros, brindar acompañamiento técnico, financiar la alimentación de los beneficiarios y madres comunitarias, y financiar la bonificación de las madres comunitarias por sus servicios (Ministerio de Bienestar Social 1996). El Programa estaba circunscrito al Ministerio de Bienestar Social, y estuvo operativo hasta el año 2008 cuando pasó a formar parte del Instituto Público de la Niñez y la Familia (Decreto 1170/2008; Ministerio de Bienestar Social 1996; Rivera 2020, 140).

Programa Integrado de Micronutrientes (PIM)

El Programa Integrado de Micronutrientes fue creado en el año 1995 (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2018: 19) con el objetivo de mejorar el estado nutricional de la población y prevenir las deficiencias de micronutrientes en mujeres embarazadas, madres lactantes y niños menores de 5 años a través de la suplementación de micronutrientes (Ministerio de Salud Pública s/f, 5). Este programa está bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud Pública del país desde su creación (Ministerio de Salud Pública 2020). No conocemos la evolución que ha tenido el programa en el tiempo debido a la falta de acceso a la información pública sobre éste. No obstante, de acuerdo con la investigación realizada por Carranza (2011, 64), sabemos que el programa estaba compuesto por dos líneas de acción. Una dedicada a la entrega de suplementos de micronutrientes a población vulnerable a través de las unidades de salud, y otra dedicada a la fortificación de alimentos, que imaginamos es a través de normativa relacionada a la fortificación de la producción de alimentos en el país, lo que abre la pregunta respecto a si el Ministerio de Salud Pública tiene la competencia de crear este tipo de normativas.

Por otra parte, con un informe del Ministerio de Salud Pública (s/f) pudimos inferir que este programa formó parte del Proyecto Nutrición durante el Ciclo de Vida - Desnutrición Cero que se encuentra desarrollado en el apartado 2.3.8 del presente trabajo, proyecto que también fue ejecutado por el Ministerio de Salud Pública entre los años 2011 y 2017. En este sentido, el Programa Integrado de Micronutrientes entregaba sobres que contenían hierro, multivitaminas (vitaminas A y C) y minerales (zinc y ácido fólico) en polvo a niños mayores

de 6 meses con la finalidad de que este fuera mezclado con la comida; asimismo se encargaba de la administración de vitamina A a niños no lactantes o niños que no hubiesen consumido sucedáneos de leche materna fortificados con vitamina A.

Sin embargo, pese al cese del Proyecto Nutrición durante el Ciclo de Vida - Desnutrición Cero en 2017, el Ministerio siguió implementando el Programa Integrado de Micronutrientes de acuerdo con una nota de prensa del año 2020 (Ministerio de Salud Pública 2020), en la cual se indica que el Ministerio de Salud Pública entregó suplementación con micronutrientes a madres gestantes, mujeres lactantes y niños menores de 5 años entre enero y septiembre de 2020.

Respecto a los resultados o el impacto que ha tenido el programa no se encontró información.

Programa Nacional de Alimentación y Nutrición (PANN 2000)

El Programa Nacional de Alimentación y Nutrición (PANN 2000) fue creado en el año 1999 con el objetivo de prevenir el retardo en el crecimiento (desnutrición crónica) y la malnutrición por deficiencia de micro y macronutrientes en niños menores de 24 meses (luego se amplió hasta niños menores a 35 meses de edad a partir de la Ley de Seguridad Alimentaria y Nutricional de 2006), mujeres en estado de gestación y mujeres en periodo de lactancia de los quintiles uno y dos de pobreza (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo 1999; artículo 2 del Decreto 850/2003; Organización Panamericana de la Salud 2007, 11; Segunda Disposición General de la Ley 41/2006). Su coordinación y ejecución estaba a cargo del Ministerio de Salud Pública, quien contó con el apoyo financiero y técnico de instituciones como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDP), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Programa Mundial de Alimentos (WFP) (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo 1999; Carranza Barona 2011, 65). Su ejecución se llevó a cabo en las parroquias que concentraban a población con altos niveles de pobreza, a través de centros de salud ubicados en la zona (Organización Panamericana de la Salud 2007, 12). De acuerdo con Rivera (2020, 140) se le asignó presupuesto hasta el año 2013.

Para su implementación se establecieron tres estrategias de intervención. La primera estaba orientada a difundir información de manera masiva a nivel nacional acerca de las buenas prácticas de alimentación y nutrición, e higiene durante la niñez temprana y la primera infancia, a través de afiches, canciones, programas de televisión, anuncios de radio en idioma español y kichwa, entre otros medios. Esta estrategia buscaba promover mejores prácticas de

alimentación, nutrición e higiene en los hogares, así como también incentivar a la comunidad a inscribirse en el programa PANN 2000 en las localidades donde se encontraba disponible (Organización Panamericana de la Salud 2007, 13-14). La segunda estrategia se concentró en fortalecer las capacidades del personal de salud que trabajaban en los centros de salud que formaban parte del programa para que brindaran consejería nutricional a la población de interés acerca de las adecuadas prácticas de lactancia materna, alimentación complementaria e higiene (Organización Panamericana de la Salud 2007, 14). La tercera estrategia consistió en brindar suplementos nutricionales a la población beneficiaria con la finalidad de complementar su dieta diaria. Estos suplementos fueron de dos tipos, uno consistía en una papilla precocida que solo necesitaba de agua segura para su coacción compuesta de leche descremada deshidratada, azúcar, harina de cereales, harina de leguminosas y aceite vegetal, llamada “Mi Papilla”, ésta estaba orientada a la población entre 6 y 24 meses de edad. El otro suplemento, consistía en una bebida llamada “Mi Bebida” orientado a las mujeres embarazadas y las madres en periodo de lactancia. Con estos suplementos alimenticios se buscaba fortalecer la ingesta diaria de proteína, hierro, ácido fólico, zinc, vitamina C, vitamina de complejo B, magnesio, vitamina A, calcio y fósforo (Organización Panamericana de la Salud 2007, 14-16).

En el año 2002, la Organización Panamericana de la Salud hizo una evaluación de impacto del programa en la ciudad de Santo Domingo, específicamente en el área de salud 22 de los Rosales (Organización Panamericana de la Salud 2007, 22). La evaluación de impacto se centró en la población beneficiaria de 6 a 24 meses de edad. Ésta obtuvo como resultados que la prevalencia al bajo peso en los niños que participaron del programa se redujo a la mitad, mientras que la prevalencia en el grupo de control incrementó, encontraron que los niños beneficiarios del programa tenían menos probabilidad de padecer anemia que los del grupo de control, hallaron que la prevalencia de sufrir anemia en el grupo tratado disminuyó de 76% a 27%, y que la talla promedio de los beneficiarios fue mayor que la del grupo de control en 0,7 cm, sin embargo, esta era 5 cm menor que la talla de referencia internacional, también encontraron que el grupo tratado no presentó un aumento en su prevalencia de sufrir diarrea, la cual es una de las principales causas de la desnutrición, y finalmente hallaron que el suplemento nutricional complementó la dieta de los beneficiarios y que no actuaba como un sustituto de la ingesta nutricional de los niños (Organización Panamericana de la Salud 2007). No obstante, identificaron que el programa no había sido implementado del modo en el que se había planificado, principalmente porque las consejerías nutricionales fueron deficientes y

algunas beneficiarias reportaron no haber recibido información, asimismo, encontraron que no se pudieron implementar los mecanismos de participación ciudadana que habían sido propuestos, tales como que la comunidad apoyaría en la distribución de los suplementos alimenticios, en su lugar fueron entregados en los centros de salud, lo que a su vez generó un incremento de la carga laboral del equipo de salud, y en ocasiones no se contaba con lugares propicios para su almacenamiento antes de la distribución (Organización Panamericana de la Salud 2007).

Una investigación conducida por Carranza (2011) sobre los programas de alimentación social de Ecuador expuso que el programa PANN 2000 no logró el alcance que pudo haber tenido, entre las causas se encuentran que se concentró en población que ya estaba siendo atendida por otros programas y que excluyó a población vulnerable que habría necesitado de la asistencia, es decir, que no hubo complementariedad entre los programas para tener una mayor cobertura. Asimismo, expuso que, al depender su implementación de los centros de salud, el programa se vio perjudicado por las propias limitaciones de la gestión en salud, que la obtención del suplemento nutricional por parte de la población objetivo no presentó un incentivo para acudir a los controles regulares de salud, lo cual a su vez generó que no hubiese continuidad de la ingesta del suplemento en los hogares dado que estos eran entregados luego de asistir a los controles regulares de salud, que representó un reto que el alimento fuese ingerido solo por la población beneficiaria y no por otros miembros de la familia, y finalmente que su financiamiento fue significativamente fluctuante.

Programa de Alimentación Escolar (PAE)

El origen del Programa de Alimentación Escolar (PAE) se remonta a la década de los sesenta cuando el Programa Mundial de Alimentos proveía de donaciones para proporcionar alimentos en las escuelas (Programa Mundial de Alimentos, Banco Mundial y Partnership for Child Development 2012, 7). En 1980 se decide formalizar esta iniciativa con la creación del Programa de Desayuno Escolar, el cual se convirtió en 1989 en el Programa de Colación Escolar que funcionó hasta 1999. El Programa de Colación Escolar tenía el objetivo de controlar las donaciones de alimentos que recibía el país por parte de la cooperación internacional, provenientes principalmente del Programa Mundial de Alimentos (PMA) y del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), para proveer de desayuno en las escuelas ubicadas en las zonas urbanas y rurales más vulnerables del país (Programa Mundial de Alimentos et al. 2012, 7). No obstante, tras el abrupto empobrecimiento de la población producto de la crisis económica y social que atravesaba Ecuador a finales de la

década de los 90, se decide en el año 1999 fortalecer las acciones ya realizadas con relación a la alimentación escolar, incluyendo además del desayuno escolar, el almuerzo escolar, y creando un nuevo programa llamado Programa de Alimentación Escolar (PAE), a través del Acuerdo Ministerial 19-60⁸ de agosto de ese mismo año. Este programa sigue operativo en la actualidad (Programa Mundial de Alimentos et al. 2012, 7; Ministerio de Educación 2012, 7).

El objetivo del Programa de Alimentación Escolar (PAE) es brindar alimentación de manera gratuita en el sistema de educación pública nacional con la finalidad de lograr la universalización de la educación⁹ y mejorar el estado nutricional de los estudiantes, a toda vez que busca mejorar su rendimiento académico (Ministerio de Educación 2012, 9; Ponce y Rosales 2017, 5). Inicialmente el Programa de Alimentación Escolar (PAE) focalizaba a los niños y adolescentes de 5 a 14 años que asistían a las unidades educativas de educación básica fiscales y fiscomisionales de los sectores con mayor incidencia de pobreza de Ecuador ubicadas tanto en zonas rurales como urbanas basados en la Geografía de la Pobreza del país de 1996 realizada por el Sistema Integrado de Indicadores Sociales de Ecuador (SIISE) (Ministerio de Educación 2012, 6). Con ello, se planteó la meta de atender a 10.000 escuelas y un millón de niños y adolescentes durante 180 días (Ministerio de Educación 2012, 6). No obstante, en el año 2000 la coordinación del Programa de Alimentación Escolar (PAE) decide universalizar la asistencia y por ende eliminar los criterios de focalización (Ministerio de Educación 2012, 7).

A partir de la Ley de Seguridad Alimentaria del año 2006, se estipula que el Programa de Alimentación Escolar atendería a niños y adolescentes de 3 a 14 años de edad de las escuelas fiscales, municipales, y fiscomisionales de los sectores urbanos y rurales marginales del Ecuador, el cual estaría a cargo del Ministerio de Educación y Cultura (Disposición General Segunda de la Ley 41/2006). Con esto se oficializa la ampliación de la población objetivo del programa incluyendo a niños en primera infancia que asistían a las instituciones de educación formal (población objetivo de esta investigación), sin embargo, para este momento la educación inicial (preescolar o preprimaria) no era obligatoria en el país lo que evidentemente pudo ocasionar que su alcance fuese limitado. No fue sino hasta la promulgación de la nueva

⁸ No pudo conseguirse el acuerdo ministerial; sin embargo, todas las fuentes consultadas para la sección de este programa se refieren al mismo como el acuerdo ministerial a través del cual se creó el Programa de Alimentación Escolar.

⁹ Proveer de alimentación escolar es una estrategia de política pública que favorece a la universalización de la educación porque representa un incentivo material y económica para las familias que estimula que lleven a sus hijos a la escuela.

Constitución de la República del Ecuador en 2008 que se establece en su artículo 28 que la educación inicial en Ecuador es obligatoria y universal, lo cual es luego reafirmado por la Ley de Educación Intercultural, donde se consagra que la educación inicial es obligatoria desde los 3 hasta los 5 años de edad y que además es responsabilidad del Estado garantizar el acceso a la misma de forma gratuita y articulada con otros programas sociales en las áreas de salud, protección y nutrición (Ley /2011, art. 40). Asimismo, la Ley de Educación Intercultural estatuye que es obligación del Estado proveer alimentación gratuita en las escuelas públicas y fiscomisionales del país en la medida de la capacidad técnica institucional (Ley /2011). Para el año 2016, se amplía nuevamente la cobertura del programa abarcando también a los estudiantes de bachillerato¹⁰ de las Unidades Educativas del Milenio (Acuerdo Ministerial MINEDUC-ME-2016-00073-A/2016).

El Programa de Alimentación Escolar (PAE) está bajo la responsabilidad del Ministerio de Educación desde su creación; no obstante, a lo largo de su historia ha contado con la participación de diversos actores y ministerios. En sus primeros años contó con el apoyo de la cooperación internacional, específicamente con el Programa Mundial de Alimentos y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, quienes se encargaron de los aspectos técnicos, logísticos, compras públicas, y financiamiento del programa desde 1999 hasta el 2004, específicamente el Programa Mundial de Alimentos se encargó de los almuerzos escolares y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo de los desayunos (Ministerio de Educación y Cultura y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. 2000a; Ministerio de Educación y Cultura y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo 2000b; Programa Mundial de Alimentos et al. 2012, 7). No obstante, un documento del Ministerio estipula que el convenio con las agencias de las Naciones Unidas se llevó a cabo hasta el año 2002 (Ministerio de Educación 2022, 6). Sin embargo, como se presentó anteriormente el apoyo de la cooperación internacional se remonta a los años 60, continuó con el Programa de Desayuno Escolar, y el Programa de Colación Escolar, que anteceden al Programa de Alimentación Escolar (PAE) (Programa Mundial de Alimentos et al. 2012, 7). A partir del año 2005, el Estado ecuatoriano pasa a financiar complemente el Programa de Alimentación Escolar (PAE) y el Programa Mundial de Alimentos seguía encargado solo de aspectos técnicos del programa (Programa Mundial de Alimentos et al. 2012, 7; Ministerio de Educación 2012, 7). En el año 2009, cesa el apoyo del Programa

¹⁰ El bachillerato contempla los últimos tres años del sistema educativo ecuatoriano (artículo 43 de la Ley /2011).

Mundial de Alimentos en la administración del programa, cuyo apoyo se sustituye por el Programa de Provisión de Alimentos (PPA), el cual estaría a cargo del Ministerio de Inclusión Económica y Social (Decreto 1636/2009, arts. 1, 2). En 2012 se elimina el Programa de Provisión de Alimentos, y sus procesos fueron asumidos por la Subsecretaría de Administración Escolar del Ministerio de Educación (Ministerio de Educación 2022, 5). En el 2013 mediante el Decreto 129 publicado en el Registro Oficial 106 del 22 de octubre de 2013 se crea el Instituto de Provisión de Alimentos (IPA) adscrito al Ministerio de Agricultura, Ganadería, Acuacultura, y Pesca, con la finalidad de proveer alimentos, suplementos y complementos alimenticios para la administración pública central e institucional, así como prestar bienes y servicios con la provisión de alimentos donde se incluye al Programa de Alimentación Escolar (Dirección de Auditoría de la Producción 2016, 2; Instituto de Provisión de Alimentos 2014, 1). Posteriormente, ese mismo año se crea la Empresa Pública Unidad Nacional de Almacenamiento¹¹ (UNA EP) con el objetivo de almacenar y comercializar productos agropecuarios, administrar las reservas estratégicas, y comercializar y distribuir insumos (Decreto 12/2013, arts. 1, 3). El Instituto de Provisión de Alimentos (IPA) y la Empresa Pública Unidad Nacional de Almacenamiento (UNA EP) son fusionadas en el año 2015 mediante el Decreto 821 de 17 de noviembre de 2015¹² (Dirección de Auditoría de la Producción 2016, 2; Decreto 1120/2016). Y en el año 2016 todos los procesos de compras públicas relacionadas a la alimentación escolar pasan a ser responsabilidad enteramente del Ministerio de Educación (artículo 1 del Decreto 1120/2016), lo cual se mantiene hasta la actualidad.

Respecto a los alimentos provisto por el Programa de Alimentación Escolar, estos han variado a lo largo de su historia como se puede apreciar en el cuadro 1. Como se mencionó anteriormente, inició solo con el desayuno, luego en 1999 se incorporó el almuerzo escolar, en 2009 se suprime el almuerzo escolar y en 2010 se incorpora en su lugar el refrigerio (Ministerio de Educación 2022, 3-11). En lo que respecta a los desayunos, en términos generales ha estado constituido por una bebida y un alimento sólido (Ministerio de Educación 2022, 3-11). En el caso del almuerzo escolar, este solo se mantuvo por una década y contenía

¹¹ La Unidad Nacional de Almacenamiento era una institución pública adscrita al Ministerio de Agricultura, Ganadería, Acuacultura y Pesca, que fue creada en el año 2007 mediante el Decreto Ejecutivo 589 publicado en el Registro Oficial 173 del 19 de septiembre de 2007. Esta institución fue la que en 2013 se convirtió en la empresa pública. (Decreto 12/2013).

¹² No se pudo encontrar el Decreto pero las fuentes oficiales citadas reafirman que ese fue el Decreto de fusión de las dos entidades públicas.

arroz, frejol, atún y/o carne (Ministerio de Educación 2022, 3). Actualmente, la alimentación provista por el programa mantiene el esquema de una bebida más un alimento sólido como se puede apreciar en el cuadro 1 (Ministerio de Educación 2022, 9). De acuerdo con el Ministerio de Educación los alimentos suministrados buscan complementar la ingesta calórica diaria de los estudiantes aportando entre 200 y 300 calorías diarias. Asimismo, el Ministerio de Educación (2012, 10) estipula que con el refrigerio se busca que los estudiantes no pasen más de 4 horas sin comer. Durante la pandemia se procuró mantener el suministro de alimentos en las escuelas beneficiarias del programa, a partir de la entrega de kits de alimentos a sus madres, padres o representantes legales (Ministerio de Educación 2022, 12).

Tabla 2.2. Evolución de la provisión de alimentos en el Programa de Alimentación Escolar

Año	Tipo de provisión al desayuno
1987-1998	Bebida nutritiva y pan
1994-1998	Colada y pan, el cual se sustituyó por galleta en 1995.
1999-2004	Colada (dos sabores disponibles) y galleta.
2005	Colada fortificada (cuatro sabores disponibles) y galleta (dos tipos disponibles).
2006	Colada fortificada (cuatro sabores disponibles con mayor porcentaje de leche) y galleta (dos tipos disponibles).
2007	Colada fortificada, waffer, galleta (4 sabores disponibles) galleta rellena (2 sabores disponibles) o barra de cereal.
2008	Colada fortificada, galleta (4 sabores disponibles), galleta rellena (2 sabores disponibles), barra de cereal, granola en hojuelas o leche de larga duración.
2009	Se elimina el almuerzo escolar.
2009-2012	Educación inicial: Colada y galleta. Educación General Básica: Colada fortificada, hojuelas de granola, galletas (4 sabores disponibles) o barra de cereales.
Actualmente	Está conformada por la combinación de un producto líquido y sólido, exceptuando un día. Las combinaciones son las siguientes: Combinación 1: 200 ml de leche entera y 25 gramos de barra de cereales. Combinación 2: 200 ml de jugo y 30 gramos de galletas de harina de cereales.

	Combinación 3: 200 ml de leche entera saborizada y 30 gramos de bocaditos de harina de cereales o granola de cereales. Combinación 4: 200 ml de bebida láctea con cereales y 25 gramos de barra de cereales. Combinación 5: 200 ml de bebida láctea con cereales.
--	---

Fuente: Ministerio de Educación (2012, 3-11).

Respecto a evaluaciones del programa, se pudo encontrar en primer lugar que hay fuertes críticas respecto a los alimentos que se entrega. De acuerdo con una investigación realizada por el Programa Mundial de Alimentos et al. (2012, 57) al Programa de Alimentación Escolar, ellos aseveran que el programa ha dejado de lado la provisión de alimentos variados, naturales y adaptados a la localidad y sus costumbres culturales por proveer en su lugar productos estandarizados a nivel nacional. Por su parte una investigación realizada por Schneider (2014, 12-13), señala que los productos entregados en el Programa de Alimentación Escolar son ultramente-procesados, y aunque su aporte de macronutrientes es adecuado, contiene azúcares añadidos simples o panela, y utilizan harinas refinadas, lo cual no es recomendable para la salud de la población atendida. Además, el estudio de Schneider (2014, 13) encontró que hay malas prácticas a la hora de proveer de la colada principalmente porque le añaden azúcar en las instalaciones educativas y en los hogares, aseverando que de no hacerlo los niños no la consumirían. Por otra parte, encontraron que la población atendida se encontraba fatigados de consumir los mismos productos constantemente por lo que terminaban en algunos casos desechándolos, así como también que preferían productos más variados y frescos como los que vendían en los bares escolares (Schneider 2014, 14). Por otro lado, el estudio del Programa Mundial de Alimentos et al. (2012, 57) encontró que para el momento del análisis más del 50% de las materias primas con las que se producían los alimentos del Programa de Alimentación Escolar eran importadas y fabricadas con un alto nivel tecnológico, lo cual limitaba la participación de pequeños productores dentro del proceso de fabricación de los alimentos. Asimismo, encontraron que la eliminación del almuerzo escolar generó un descontento en la población objetivo, redujo la participación de la comunidad en el proceso de alimentación escolar porque en muchos casos era la comunidad quien preparaba los alimentos, abandono de huertos escolares que se utilizaban como insumos para la preparación de los almuerzos y reducción de la vinculación con los productores locales (Programa Mundial de Alimentos et al. 2012, 57). No obstante, un estudio realizado por Ponce y Rosales (2017, 20) menciona que el programa de alimentación escolar tuvo impactos

en la matrícula escolar de primero a séptimo grado en 9%, mostrando que sí es un incentivo para que los padres lleven a sus hijos a las escuelas.

A manera de conclusión el programa de alimentación escolar es una gran estrategia para complementar la dieta de los estudiantes, especialmente, de aquellos que viven en situación de pobreza y pobreza extrema, y así favorecer su desarrollo cognitivo y sus capacidades de aprendizaje. A pesar, de las grandes críticas al programa, se pudo evidenciar que este ha ido cambiando en el tiempo y que seguramente irá mejorando cada vez más. Sin duda, proveer de alimentos frescos y nutritivos que se adapten a la localidad y su cultura es la mejor opción para los beneficiarios; sin embargo, representa una gran dificultad en términos logísticos y de personal para preparar los alimentos, además de que representaría un riesgo el desperdicio de los alimentos frescos por descomponerse con rapidez. No obstante, constantes evaluaciones del programa pueden permitir cuestionarse su implementación en aras a mejorar la calidad de la provisión de este servicio.

Programa Aliméntate Ecuador

El origen del Programa Aliméntate Ecuador se remonta a programas de comedores comunitarios llevados a cabo para subsanar los impactos de la crisis económica y el empobrecimiento de la población de finales del siglo XX (Carranza Barona 2011, 72). Inicialmente tenía el nombre de Unidad de Gestión de Alimentación Comunitaria, la cual fue creada en el año 2001 mediante el Acuerdo Ministerial No. 1801, con el objetivo de coordinar los programas y proyectos de comedores comunitarios que se llevaban a cabo en el país (artículo 1 del Acuerdo Ministerial 1801/2001). Posteriormente, en el año 2002 la Unidad de Gestión de Alimentación Comunitaria fue renombrada como Programa de Alimentación para el Desarrollo Comunitario (también conocido como PRADEC), mediante el Acuerdo Ministerial No. 927. Este programa tendría bajo su responsabilidad la coordinación de los programas de comedores comunitarios y comedores para el desarrollo¹³ (artículo 1 del Acuerdo Ministerial 927/2002). Finalmente, en el año 2004, mediante el Acuerdo Ministerial No. 2577-A, se modifica la denominación del Programa de Alimentación para el Desarrollo

¹³ El programa de comedores comunitarios tenía como objetivo asegurar la alimentación de población en riesgo por pobreza extrema, a través de la provisión de almuerzos diarios orientado principalmente a personas discapacitadas, niños no escolarizados, adultos mayores, y jóvenes y adultos en situación de pobreza extrema. Por su parte, el programa de comedores para el desarrollo estaba destinado a proveer de alimentación a familias que apoyaban con trabajo en proyectos de desarrollo local en áreas como construcción de sistemas de riesgo, agua potable, vialidad, alcantarillado, electrificación, inversión en turismo, conservación, forestación y capacitación a productores (Vaca Espín 2004, 62-64; Carranza Barona 2011, 72-73).

Comunitario a Programa Aliméntate Ecuador, el cual mantuvo este nombre hasta su finalización en el año 2012¹⁴. Su misión era “contribuir al desarrollo humano sustentable promoviendo una cultura alimentaria que fomentara el consumo de alimentos saludables y de producción local” (Acuerdo Ministerial 0652/2008, art. 6), con el fin de fomentar cambios en el comportamiento de la población entorno a la alimentación saludable, así como asistir a las poblaciones vulnerables con entrega de alimentos (Acuerdo Ministerial 0652/2008, art. 7).

La coordinación del Programa Aliméntate Ecuador estaba inicialmente bajo la responsabilidad del Ministerio de Bienestar Social, posteriormente pasó a estar adscrito al Ministerio de Inclusión Económica y Social cuando el Ministerio de Bienestar Social fue renombrado como Ministerio de Inclusión Socioeconómica (Decreto 580/2007, art. 1). Sin embargo, su implementación se realizaba a nivel local mediante el apoyo de las juntas parroquiales (Carranza Barona 2011, 72).

Inicialmente el programa estaba orientado a atender a niños de 2 a 5 años y 11 meses de edad que no asistían a establecimientos educativos, adultos mayores de 65 años en adelante, y personas con discapacidad, de los quintiles 1 y 2 de pobreza (Decreto 780/2005, art. 3). Posteriormente, con la aprobación de la Ley de Seguridad Alimentaria en el año 2006, el grupo de atención de primera infancia se redujo a niños de 3 a 5 años y 11 meses de edad, el resto se mantuvo igual (Ley 41/2006).

Las intervenciones del Programa Aliméntate Ecuador sufrieron varios cambios durante su vigencia. Pero, en términos generales tuvo dos componentes. Uno destinado a la asistencia en alimentación que se materializó a través del sistema de comedores comunitarios, los cuales fueron suprimidos en 2007 (artículo 5 del Acuerdo Ministerial 359/2007), la entrega de canastas de alimentos a la población objetivo¹⁵, y la entrega de suplementos nutricionales para los niños de primera infancia y los adultos mayores (Acuerdo Ministerial 359/2007, art. 2; Acuerdo Ministerial 0819/2008, art. 1). El segundo componente estaba orientado a educar a la población en alimentación y nutrición para fomentar cambios de comportamiento entorno a la alimentación, a través de ferias, talleres y demás estrategias de difusión de información

¹⁴ De acuerdo con Rivera (2020, 140), el Programa Aliméntate Ecuador le fue asignado presupuesto para su ejecución hasta el año 2012, lo que significa que hasta ese año estuvo operativo

¹⁵ Se estimaba entregar cuatro canastas al año a las familias beneficiarias. Estas podían estar conformadas por aceite, arroz, atún, avena, fideo fortificado, sal yodada, sardina, leche en polvo, panela granulada o azúcar morena, y fréjol rojo (Carranza Barona 2011, 200-204).

masivas y comunitarias, y así tener un impacto de largo plazo (Acuerdo Ministerial 359/2007, art. 2; Acuerdo Ministerial 0819/2008, art. 1).

El primer suplemento nutricional entregado por este programa a niños de primera infancia se distribuyó en 2005, este tenía el nombre de NUTRINNFA, el cual había sido desarrollado por el Instituto Nacional de la Niñez y la Familia (INNFA) para ser suministrado a niños menores de 5 años en sus programas (Carranza Barona 2011, 75; Rivera 2020, 127). NUTRINNFA se trataba de una colada que debía ser mezclada con agua hervida lo cual podía representar un reto ya que una de las principales causas de las deficiencias nutricionales es no contar con acceso a agua segura para el consumo humano. NUTRINNFA estaba compuesta de leche en polvo, aceite de soya, azúcar, harina de arroz, harina de maíz, harina de trigo, harina de soya, saborizantes, vitaminas, fosfato tricálcico y sulfato de magnesio, el cual aportaba a la dieta del niño todos los macronutrientes (proteína, carbohidratos y grasas), así como micronutrientes tales como vitaminas A, E, C, B₁, B₂, B₆, B₁₂ Niacina, Ácido Fólico, Calcio, Fósforo, Magnesio, Hierro, Zinc y Cobre (Caicedo y Salvador 2006). El cual tenía como finalidad reducir las deficiencias nutricionales de los infantes, para lo cual debía ser ingerido dos veces al día (Caicedo y Salvador 2006). En el año 2009, el Programa decide sustituir el suplemento NUTRINNFA por un nuevo suplemente llamado Chispaz, este al igual que el anterior tenía como finalidad subsanar las deficiencias nutricionales de la dieta cotidiana de los infantes para prevenir la anemia y contribuir al adecuado crecimiento y desarrollo de los infantes (Ministerio de Inclusión Económica y Social 2013, 5). A diferencia de NUTRINNFA, Chispaz debía ser mezclado con una porción de alimentos tales como puré, menestra, papillas o sopas muy espesas (Ministerio de Inclusión Económica y Social 2013, 8-9), lo cual reducía el riesgo de insalubridad porque la comida debía estar cocida y tibia. Chispaz contenía cinco micronutrientes importantes para la prevención de la anemia: Hierro, Ácido Fólico, Vitamina A, Vitamina C, y Zinc, pero a diferencia de NUTRINNFA no contenía macronutrientes (Ministerio de Inclusión Económica y Social 2013, 5).

Diversos estudios han analizado los resultados y alcances del Programa Aliméntate Ecuador, concluyendo que el programa tuvo serias limitaciones en su implementación (Rivera 2020; Carranza Barona 2011). En primer lugar, porque dependían de las juntas parroquiales de las cuales el programa no tenía control ni autoridad (Carranza Barona 2011, 76; Rivera 2020, 128). En segundo lugar, porque el padrón de beneficiarios proporcionado por el SELBEN no ofrecía información de forma oportuna sobre las familias que tenían hijos entre 3 y 5 años y 11 meses de edad (Carranza Barona 2011, 76). Además, respecto a sus resultados, se

desconoce el alcance que tuvo la entrega de la canasta de alimentos a la población beneficiaria, especialmente para la población de primera infancia ya que estos probablemente eran consumidos por todo el núcleo familiar (Rivera 2020, 129). Por su parte, la entrega de suplementos nutricionales fue tal vez el mayor logro del programa puesto que la evidencia demuestra que este tipo de intervenciones son efectivas cuando el suplemento nutricional es consumido de la manera indicada por la población objetivo. Finalmente, investigaciones señalan que el programa fue sujeto de corrupción debido a que hubo recursos entregados a personas que no formaban parte de la nómina de beneficiarios (Rivera 2020, 128-129).

Intervención Nutricional Territorial Integral (INTI)

Fue un programa creado en el año 2009 con el objetivo de erradicar la desnutrición crónica en Ecuador, a través de intervenciones multisectoriales que buscaban atacar las múltiples causas de la desnutrición infantil (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2018, 20). Este programa estaba bajo la dirección del Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2018, 20). No obstante, contó con la participación de diferentes actores a nivel nacional y local para su ejecución. El programa inició priorizando los ocho cantones que presentaban mayor tasa de desnutrición infantil para el momento, ubicados en tres provincias del país Chimborazo, Cotopaxi y Bolívar (Manosalvas 2018, 174-175). No obstante, poco a poco fue incorporando más territorios del país, abarcando así las provincias de Tungurahua, Imbabura, Cañar, Pichincha, Guayas y Manabí (Rivera 2020, 132). Sus intervenciones se centraron en seis componentes:

1. Acceso a agua potable, saneamiento y viviendas adecuadas, cuya ejecución estaban a cargo del Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda (MIDUVI), el Banco de Desarrollo Ecuatoriano (BDE), y los municipios.
2. Acceso a servicios de salud y nutrición para madres y niños menores de 5 años. Este componente se enfocó en el control durante el embarazo, la promoción de la lactancia materna, el control de crecimiento y desarrollo de los niños, y la promoción de la alimentación complementaria adecuada. A cargo de su implementación se encontraban el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) y el Ministerio de Salud Pública (MSP).
3. Apoyo de la crianza en niños menores de 5 años a través de Centros de Desarrollo Infantil. Esta área de intervención estaba a cargo del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES).

4. Promoción de la producción y consumo de alimentos en las familias, cuya implementación estaban bajo la responsabilidad del Ministerio de Agricultura, Ganadería, Acuacultura y Pesca (MAGAP) y el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES).
5. Acceso a la educación inicial para niños menores de 5 años. Los responsables de este componente eran el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) y el Ministerio de Educación (MINEDUC).
6. Fortalecimiento de las comunidades y organizaciones de la sociedad civil para el ejercicio de los derechos. Su implementación estuvo a cargo del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia y Organizaciones de la Sociedad Civil (Manosalvas 2018, 174-175).

No se encontró información respecto al impacto que tuvo el programa en la disminución de la desnutrición infantil. No obstante, diversas investigaciones señalan que el programa presentó múltiples problemas en su implementación, entre ellas el monitoreo que permitiera conocer su avance en el objetivo del programa, es decir, en la reducción de la desnutrición infantil (Manosalvas 2018; Rivera 2020: 133-134).

De acuerdo con el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2018, 20) el programa Intervención Nutricional Territorial Integral se convirtió en el Programa Emblemático Acción Nutrición en 2012; no obstante, de acuerdo con la investigación realizada por Rivera (2020: 137-140) el INTI recibió fondos hasta 2015 y el Programa Emblemático Acción Nutrición no fue creado sino hasta 2014, lo que genera confusión y muestra el vacío de información pública al respecto.

Proyecto Alimentario Nutricional Integral (PANI)

El Proyecto Alimentario Nutricional Integral (PANI) comenzó su ejecución en junio de 2009 (Ministerio de Inclusión Económica y Social s/f; El Diario 2010), aunque no recibió fondos públicos sino hasta el año 2010 (Rivera 2020, 140), lo cual puede ser explicado debido a que se trató de un Proyecto que formaba parte del Programa Aliméntate Ecuador (Rivera 2020, 129). Aunque no encontramos fuentes primarias que corroboraran esta información, el argumento antes presentado tiene lógica porque como explicaremos más adelante una de las responsabilidades principales de este proyecto fue la entrega del suplemento nutricional Chispaz, el cual fue implementado en el año 2009 como una de las estrategias del Programa Aliméntate Ecuador como se indica en el apartado 2.3.6. Además, Rivera (2020: 130) asevera que el Proyecto Alimentario Nutricional Integral (PANI) tuvo un presupuesto limitado

destinado principalmente a la provisión del suplemento nutricional Chispaz. Por otra parte, de acuerdo con Rivera (2020: 140) este proyecto tuvo financiamiento hasta el año 2014.

El proyecto estaba bajo la coordinación del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES). Su objetivo era prevenir y reducir la malnutrición en los niños que asistían a los centros de desarrollo infantil que estaban bajo la responsabilidad del MIES, es decir, los Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV) y el programa Creciendo con Nuestros Hijos (CNH), mediante la entrega del suplemento nutricional Chispaz y la consejería nutricional (Ministerio de Inclusión Económica y Social s/f). Aunque se trató de un proyecto de escala nacional, su implementación se segmentó en tres fases. La primera fase se ejecutó durante periodo comprendido entre junio de 2009 y marzo de 2010 en las provincias Bolívar, Chimborazo, Cañar, Cotopaxi y Tungurahua (El Diario 2010). En la segunda fase se amplió el programa a las provincias de Guayas, Manabí, Pichincha, Imbabura y Pastaza (El Diario 2010). Y en la tercera fase se implementó el programa en el resto del país (Calero 2011, 72).

Respecto a los resultados del programa, no se encontró un estudio que evaluara el impacto del mismo. No obstante, de acuerdo con notas de prensa del Ministerio de Inclusión Económica y Social este ayudó a reducir significativamente la prevalencia de anemia en la población beneficiaria (Ministerio de Inclusión Económica y Social s/f).

Programa Desnutrición Cero y Proyecto en el Ciclo de Vida – Desnutrición Cero

El Programa Desnutrición Cero fue creado el 23 de mayo de 2011 mediante el Decreto Presidencial 785 publicado en el Suplemento del Registro Oficial número 460 del primero de junio de 2011¹⁶ (CEPAL s.f.; Decreto Ejecutivo 808/2011). El programa se constituyó con el objetivo de “reducir la incidencia del bajo peso al nacer, mejorar la alimentación del niño/a y aumentar los controles de salud” (CEPAL s.f.). Se trató de un proyecto de escala nacional bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud Pública, abarcando a 303 parroquias del país que presentaban índices de desnutrición crónica por encima del 35% identificadas previamente por la estrategia Intervención Nutricional Territorial Integral (CEPAL s.f.). El programa estaba destinado a atender a mujeres embarazadas, madres lactantes y niños menores de cinco años que pertenecieran a los niveles 1 y 2 del Registro Social (CEPAL s.f.). El programa constaba de dos componentes. El primer componente consistía en un incentivo económico, es decir una transferencia monetaria condicionada que buscaba promover el parto institucional y

¹⁶ En el Suplemento del Registro Oficial número 460 que se encuentra publicado en la página web del Registro Oficial de la República del Ecuador no se encuentra el Decreto Ejecutivo 785 (Registro Oficial 460/2011).

los controles de salud. En este sentido, se entregaban 60 dólares a las madres cuyo parto era realizado en una instancia de salud y un monto de 10 dólares por cada control de salud prenatal, postnatal y de crecimiento y desarrollo del niño al cual asistiera. El programa exigía que la madre gestante asistiera al menos a 5 controles prenatales, los niños menores de un año asistieran al menos a 6 consultas de crecimiento y desarrollo y los niños entre uno y dos años al menos asistieran a dos controles de salud (CEPAL 2011). De acuerdo con la CEPAL (2011) las transferencias monetarias eran entregadas solo durante el periodo de gestación y el primer año de vida del infante. El segundo componente consistía en la formación de las familias beneficiarias en temas de nutrición y cuidado infantil (CEPAL 2011).

De acuerdo con Rivera (2020: 135), el proyecto cambió de nombre en el año 2014, al Proyecto Ciclo de Vida – Desnutrición Cero. No obstante, no se pudo conseguir el decreto o fuentes primarias que dieran soporte a esta información. Por un lado, Valverde (2018, 23) menciona que el proyecto no cambió de nombre, sino que por el contrario se constituyó otro proyecto que continuó las funciones del anterior. Sin embargo, un informe de gestión del Ministerio de Salud Pública del año 2017 lo maneja como un mismo proyecto, indicando que el Proyecto en el Ciclo de Vida – Desnutrición Cero inició en el año 2010 y finalizaría su implementación en diciembre de 2017 (Ministerio de Salud Pública 2017, 2). Por otro lado, Rivera (2020, 135) menciona que con el cambio del proyecto también cambió su objetivo y sus componentes de implementación. Así pues, el objetivo del proyecto pasa a ser “contribuir al mejoramiento del estado nutricional de la población infantil menor a cinco años de edad con enfoque integral de acuerdo al Modelo de Atención Integral en Salud – MAIS” (Ministerio de Salud Pública 2017, 1). En este sentido, el proyecto seguía enfocado en atender a las mujeres embarazadas, madres lactantes, y niños menores de 5 años. Tenía un enfoque comunitario con la finalidad de acercar a las comunidades a las unidades de salud (Ministerio de Salud Pública 2017: 1-2). No obstante, de acuerdo con Manosalvas (2015, 223) con la modificación del programa también se modificó el componente de transferencias monetarias condicionadas, las cuales pasaban en ese momento a ser responsabilidad del Ministerio de Inclusión Económica y Social a través del Bono de Desarrollo Humano que ya era implementado en el país desde el año 1998.

Respecto a los resultados del proyecto, Manosalvas (2015, 223) indica que el programa tuvo éxito en la promoción de la lactancia materna y en la entrega de suplementos alimenticios. No obstante, tuvo serias dificultades en lo que respecta a la transferencia monetaria condicionada. Por una parte, Rivera (2020, 135) y Manosalvas (2015, 222) señalan que la implementación

de la transferencia monetaria por parte del Ministerio de Salud Pública representó un gran costo en logística y ejecución debido a la nula experiencia en la entrega de este tipo de beneficios. Por otro lado, hubo retrasos en la entrega del bono a las madres beneficiarias de meses o incluso años debido a la centralización de los fondos (Manosalvas 2020, 223). Finalmente, también hubo dificultades en el acceso a los bonos por parte de la población beneficiaria debido a que las madres debían contar con una cuenta bancaria en la institución financiera afiliada al programa, lo cual en algunos casos el mantenimiento de la cuenta era equivalente al monto de la transferencia condicionada, asimismo en algunas localidades estas instituciones se encontraban apartadas de los lugares de residencia de la población beneficiaria haciendo difícil el acceso a las mismas (Manosalvas 2015, 223; Rivera 2020, 135-136).

Proyecto Emblemático Acción Nutrición

El proyecto emblemático acción nutrición fue creado en el año 2014 con el objetivo de “mejorar la salud y nutrición de los niños menores de 5 años, a través del diseño e implementación de mecanismos de política y coordinación intersectorial a nivel nacional y local” (Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil s.f). Para ello, su intervención se centró en tres componentes: (i) incrementar la cobertura de servicios para la prevención y atención de la malnutrición infantil, (ii) mejorar el consumo de nutrientes, hábitos de consumo, cuidado y disponibilidad de alimentos y suplementos alimenticios, y (iii) mejorar las condiciones de hábitat de las viviendas, específicamente en las áreas de agua, saneamiento y materiales (Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil s.f). De acuerdo con Rivera (2020: 137), este proyecto consistió en la reformulación de la Intervención Nutricional Territorial Integral creada en 2009, convirtiéndose así en el proyecto principal para la erradicación de la malnutrición infantil en el país a partir del 2014.

El órgano encargado de su coordinación fue el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social responsable del Comité Nacional Intersectorial de Acción Nutrición, el cual estaba conformado por otros organismos de carácter nacional, debido a que ellos son responsables de la ejecución de políticas que inciden directamente en los componentes que conformaban el Proyecto Emblemático Acción Nutrición, estos organismo y sus políticas relacionadas a la lucha contra la desnutrición infantil son las siguientes (Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil s.f):

- Ministerio de Salud Pública (MSP), responsable de ofrecer servicios relacionados a la planificación familiar, controles prenatales, entrega de micronutrientes, atención

durante el parto, registro de los recién nacidos, tamizaje metabólico neonatal, programa de inmunizaciones a través del esquema de vacunación, control de crecimiento y desarrollo de los niños, consejería y educación nutricional, visitas domiciliarias a familias con factores de riesgo de desnutrición, y visitas a servicios de desarrollo infantil y educación inicial para valoraciones nutricionales.

- Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), responsable de los Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV) destinados a atender a niños entre 12 a 36 meses, del Programa Creciendo con Nuestros Hijos (CNH) y del Servicio de Atención Familiar (SAF), ambos dedicados a atender a niños entre 0 y 36 meses de edad. Estos servicios venían a su vez acompañados de la implementación de acciones como la búsqueda activa de niños para el ingreso a los servicios de desarrollo infantil, estimulación temprana, alimentación, cuidado diario e higiene, controles de salud, pautas de crianza a padres de familia, y seguimiento de familias receptoras del Bono de Desarrollo Humano.
- Ministerio de Educación (MINEDUC), es responsable de la educación inicial brindada a niños entre 3 a 5 años, lo cual a su vez está asociado a acciones relacionadas con la alimentación escolar, estimulación temprana, desarrollo infantil, y controles de salud.
- Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda (MIDUVI), este es el órgano responsable de garantizar un hábitat segura, viviendas adecuadas, y espacios públicos integradores. Acciones que están estrechamente relacionadas con el componente número tres del Proyecto Emblemático Acción Nutrición.
- Ministerio de Agricultura, Ganadería, Acuacultura y Pesca (MAGAP), responsable entre otras cosas de promover la agricultura familiar rural, cuyo rol es fundamental para el componente número dos del proyecto.
- Finalmente está la Secretaría del Agua (SENAGUA), responsable de garantizar el acceso de agua potable a la población ecuatoriana y por ende complementar las acciones para el cumplimiento del componente número tres del proyecto.

Respecto al impacto que tuvo este programa en el alcance de su objetivo, no se encontró información. No obstante, de acuerdo con la investigación realizada por Rivera (2020, 138-139) existieron fallas técnicas durante su implementación donde cada organismo estaba centrado en su misión más no en el accionar conjunto para lograr el objetivo del Proyecto Emblemático Acción Nutrición. Por otra parte, no se encontró información de la fecha en la

que concluyó la ejecución de este programa; no obstante, según la Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil (2023, 19-20), su ejecución finalizó en el año 2017.

Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador 2018-2025 (PIANE)

El Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición fue promulgado en junio del 2018 con el objetivo de “alcanzar una adecuada nutrición y desarrollo de la población ecuatoriana durante todo el curso de vida” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2018, 52), a través de intervenciones multisectoriales que buscan afrontar el problema de la malnutrición en el país. Su coordinación está bajo la responsabilidad de la Comisión Técnica Nacional de Alimentación y Nutrición, la cual cuenta con el apoyo del Ministerio de Salud Pública como ente encargado del asesoramiento técnico en alimentación y nutrición, y principal ejecutor del plan a nivel nacional, cantonal y distrital (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2018, 60-62). La ejecución del plan también cuenta con la participación de otras instituciones del Estado en todos los niveles de gobierno con el fin de lograr un abordaje intersectorial y territorial de la problemática de la malnutrición, estas son el Ministerio del Deporte, Ministerio de Educación, Ministerio de Inclusión Económica y Social, Ministerio de Trabajo, Ministerio de Agricultura y Ganadería, Ministerio de Acuacultura y Pesca, Secretaría Nacional del Agua, Instituto Nacional de Estadísticas y Censo para el seguimiento de las estadísticas en alimentación y nutrición, los Consejos Sectorial de lo Social y los Gobiernos Autónomos Descentralizados (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2018, 59). Además, se plantea la necesidad de articular acciones con actores privados como organismos internacionales, organizaciones sin fines de lucro, la sociedad civil, la industria y la academia (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2018, 53).

El plan está estipulado para cumplir un objetivo general y tres objetivos específicos, a través de ocho lineamientos estratégicos, los cuales están compuestos por un total de 25 líneas de acción. Los lineamientos estratégicos se enmarcan en (i) la coordinación intersectorial de los diferentes actores que juegan un rol dentro de las políticas de alimentación y nutrición, (ii) el monitoreo y evaluación de la implementación del plan y de los resultados en los indicadores de salud y nutrición, (iii) la atención integral en salud con un enfoque centrado en el usuario, la familia y la comunidad, (iv) la promoción de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria, (v) la promoción de buenos hábitos de salud, como por ejemplo, la actividad física, (vi) la promoción de la producción, distribución y comercialización de alimentos a nivel nacional, (vii) la ampliación de la cobertura del servicio agua segura y saneamiento básico en los hogares, y (viii) la implementación de políticas de

protección e inclusión social que complementen las intervenciones anteriores (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2018, 53-58).

Para hablar sobre las acciones que se planeaban llevar a cabo para contribuir en la reducción de la desnutrición infantil, tomaremos en cuenta algunas líneas de acción de cinco lineamientos estratégicos, entendiendo que todos los lineamientos estratégicos en su conjunto buscarán reducir los problemas de la malnutrición (desnutrición y sobrepeso). En el área de la salud, se muestra la intención del Estado de priorizar la atención en salud de mujeres en estado de gestación, niños recién nacidos y niños menores de 5 años, especialmente aquellos que se encuentran en situación de vulnerabilidad. Para ello, se plantea una intervención basada en el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) que busca atender al binomio madre-niño y así garantizar el adecuado crecimiento, desarrollo y cuidado de la salud desde la gestación. Con estas intervenciones se espera incrementar los partos institucionales, aumentar la prestación de servicios a dicho grupo poblacional, la reducción de la prevalencia de anemia en la población menor de 5 años, y el aumento de la cobertura de tratamiento de la desnutrición aguda severa en infantes (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2018). En el área de la lactancia materna y protección al lactante, el Estado propone la necesidad de fortalecer la promoción de la lactancia así como también de la adecuada nutrición complementaria desde los 6 meses de edad hasta los 2 años, a través de paquetes de prestación de servicios en el área de la salud destinados a madres con niños de entre 0 a 6 meses y madres con niños de 6 meses a 24 meses de edad (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2018). En el área de agua y saneamiento, se reconoce el papel que juega el acceso a agua potable y a condiciones adecuadas de saneamiento ambiental en la prevención de enfermedades infecciosas que pueden desencadenar problemas de desnutrición, de modo que el Estado propone en el plan incrementar el acceso a agua segura, saneamiento mejorado e instalaciones de lavados de manos con agua y jabón (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2018). En el área de la soberanía alimentaria, se propone la promoción de la producción nacional para garantizar la disponibilidad y asequibilidad de alimentos sanos, diversos, nutritivos, inocuos y culturalmente apropiados, con lo cual se espera reducir la inseguridad alimentaria en los hogares (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2018). Finalmente, en el área de protección e inclusión social, se plantean dos tipos de intervenciones, una destinada a promover la higiene de las viviendas de la población mediante la reducción de viviendas con condiciones inadecuadas para su habitabilidad, así como también la reducción del porcentaje de hogares que cuentan con piso de tierra; el segundo tipo de intervenciones se centra en

proveer una asistencia social integral a las mujeres embarazadas y/o con hijos menores de 5 años mediante la entrega del Bono de Desarrollo Humano más la asistencia condicionada en centros de salud y nutrición, o la participación dentro del programa de Creciendo con Nuestros Hijos o Centros de Desarrollo Infantil (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2018).

Como se mencionó anteriormente, el plan no solo está pensado para ser ejecutado desde varios sectores, sino también en diferentes niveles de gobierno. En este sentido, las instituciones del Estado ejecutoras a nivel nacional son las responsables de definir los lineamientos de la política pública, las instituciones ejecutoras a nivel cantonal son las responsables de planificar la provisión de servicios en el ámbito operativo, y las instituciones ejecutoras a nivel distrital son las encargadas de la provisión de los servicios (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2018, 59).

Aunque la intervención del plan es a escala nacional, se estableció la necesidad de priorizar los territorios a abordar. Para ello, se priorizaron cantones que presentaban tasas de desnutrición crónica infantil superiores al 20% y que además contaban con la presencia del programa médicos del barrio y dos programas sociales adicionales como Misión Ternura, Municipio Saludable o cualquier otro (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2018, 66-67), para posteriormente definir las parroquias dentro de dichos cantones donde se iba a trabajar a partir de los criterios que se definieran a nivel local en las Mesas Distritales Intersectoriales e Interinstitucionales (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2018, 64). En este sentido, se priorizaron 92 cantones pertenecientes a 18 de las 24 provincias del país (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2018, 67).

Finalmente, es importante mencionar que, aunque este plan está enfocado en llevar a cabo intervenciones desde una perspectiva multisectorial, en él se establecen explícitamente las acciones que se van a tomar desde el Ministerio de Salud Pública en los diferentes niveles de abordaje, nacional, cantonal y distrital, dado que es el principal sector de ejecución. Es interesante que se presenta la intervención en salud no solo desde el accionar del Estado, sino también desde la necesidad de la participación de otros agentes para lograr el abordaje en el área de la salud. En este sentido, se plantea una intervención en seis fases para cada etapa del ciclo de vida, solo me centraré en la gestación y la primera infancia. La primera fase consiste en la captación de la población beneficiaria, la cual se puede realizar mediante la identificación llevada a cabo por programas sociales como Médico del Barrio, Creciendo con Nuestros Hijos, Centros de Desarrollo Infantil o centros de educación inicial, o a través de la

identificación realizada por los técnicos de atención primaria en salud, las parteras comunitarias reconocidas por el Ministerio de Salud Pública, los Comités Locales de la Salud, o las líneas telefónicas de agendamiento de citas (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2018, 74-79). La segunda fase de abordaje consiste en el seguimiento de las personas beneficiarias, la cual dependiendo de la etapa en la que se encuentre la población beneficiaria (gestación, nacimiento o primera infancia), se realiza a través del programa Médico del Barrio, visitas domiciliarias, sistema integral de seguimiento PRAS, tarjetero de seguimiento de mujeres embarazadas, registro REVIT y cedula del infante, Centros Locales de Salud, o a través de la visita de promotoras comunitarias de la lactancia materna y alimentación saludable (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2018, 74-79). La tercera fase es en sí la atención integral en salud que busca garantizar al menos cuatro controles prenatales durante el embarazo, atención durante el parto y postparto, el diagnóstico y tratamiento frente a problemas nutricionales como anemia, desnutrición aguda o crónica, la inmunización de los neonatos, la promoción de la lactancia materna exclusiva y a demanda durante los primeros seis meses de vida, la instrucción respecto a la alimentación complementaria a partir del sexto mes de edad, la realización de 12 controles de crecimiento y desarrollo durante el primer año de edad de los niños, 6 controles en el segundo año de vida del infante, y 2 controles anuales durante el periodo comprendido entre los 2 y los 5 años de edad, y la entrega de suplementación nutricional en los casos que se requiera (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2018, 74-79). La cuarta fase consiste en educación y consejería en salud donde básicamente se plantea brindar información a la población beneficiaria entre otras cosas sobre la lactancia materna, alimentación complementaria, uso de suplementación nutricional, alimentación saludable y equilibrada, manejo de buenas prácticas de higiene, entre otros (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2018, 74-79). La quinta etapa hace referencia a la necesidad de un entorno saludable donde se garantice el cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, cumplimiento de los 10 pasos para una lactancia materna exitosa, ferias de salud, acceso a agua y saneamiento seguro y acceso a vivienda adecuada (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2018, 74-79). Y finalmente, la sexta intervención se centra en la corresponsabilidad ciudadana donde los agentes de la comunidad se involucran activamente en la protección en salud y nutrición de la población, a través de la formación de grupos de apoyo de mujeres lactantes o madres embarazadas, el fortalecimiento de la vigilancia comunitaria por medio de los Comités Locales de la Salud, las promotoras de lactancia materna y las parteras, y la capacitación de los comités barriales (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2018, 74-79).

Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición

La Estrategia Ecuador Crece Sin Desnutrición entró en vigor en el año 2020 durante el gobierno de Lenín Moreno, mediante el Decreto Ejecutivo 1211, con la finalidad de prevenir y reducir la desnutrición crónica en niños menores de 2 años (artículo 1 del Decreto Ejecutivo 1211/2020). Esta Estrategia surge como parte del compromiso que adquirió Ecuador con la Corporación Andina de Fomento (CAF) a través de un préstamo que le otorgó esta institución al país con el propósito de financiar un programa para disminuir la desnutrición crónica infantil bajo un enfoque de presupuesto por resultados (Corporación Andina de Fomento y República del Ecuador 2021 artículos 1 y 5). Las intervenciones propuestas en esta estrategia se atañen al área de la salud bajo la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) centrado en la familia, la comunidad y la interculturalidad (artículo 6 del Decreto Ejecutivo 1211/2020). Esta Estrategia es bastante similar a la propuesta de salud esbozada en el Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador (PIANE) aprobado dos años antes, la diferencia principal es que esta estrategia se centra exclusivamente en afrontar el problema de la desnutrición crónica en niños menores de 2 años, mientras que el PIANE se centra en la problemática de la malnutrición, que incluye desnutrición, sobrepeso y obesidad a lo largo del ciclo de vida, es decir, con intervenciones en todas las etapas del ciclo de vida (Decreto Ejecutivo 1211/2020; Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2018).

La Estrategia Ecuador Crece Sin Desnutrición está orientada a atender a mujeres en estado de gestación, mujeres en periodo de lactancia y niños menores de 2 años (artículo 2 del Decreto Ejecutivo 1211/2020). La atención hacia la población objetivo se centra en un paquete priorizado de bienes y servicios en el ámbito de la salud que abarca tres intervenciones generales: esquema de vacunación, control prenatal y control del niño sano, con el objetivo de monitorear de forma oportuna el crecimiento y desarrollo de los infantes desde la gestación hasta los dos años de edad, y así poder prevenir e identificar a la población que se encuentra en riesgo de desnutrición (artículo 2 del Decreto Ejecutivo 1211/2020). Como se mencionó anteriormente, las intervenciones contenidas en esta Estrategia son bastante similares a las del PIANE (ver apartado anterior), en este sentido, el paquete priorizado incluye un control prenatal por mes o al menos 5 controles prenatales, al menos 3 ecos obstétricos, prescripción de suplementos nutricionales como hierro o ácido fólico a mujeres gestantes, diagnóstico y tratamiento de la anemia durante el embarazo, educación en cuidado prenatal, postnatal, alimentación y nutrición, higiene y manipulación de alimentos, planificación del parto y

transporte, atención del parto y entrega de suplementos nutricionales a la madre luego de haber dado a luz, control postnatal de la madre, controles de crecimiento y desarrollo mensual para los niños de 0 a 8 meses de edad, control bimestral para los niños entre 8 y 12 meses de edad, y control trimestral para los niños entre 12 y 24 meses de edad (este promedio de controles es inferior al propuesto en el PIANE), formación de grupos de apoyo de lactancia materna, suplementación nutricional a los infantes que lo requieran, entre otras intervenciones (Decreto Ejecutivo 1211/2020, art. 2).

La coordinación de la Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición estaba inicialmente a cargo de la Secretaría Técnica Plan Toda Una Vida, sin embargo, al esta ser transformada en la Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil, la coordinación de la Estrategia quedó a cargo de esta nueva institución (Decreto Ejecutivo 1211/2020, art. 10; Decreto 92/2021, art. 3). Su implemtador principal es el Ministerio de Salud Pública a través de la red pública integral de salud y la red privada complementaria (Decreto Ejecutivo 1211/2020, arts. 3, 9). Asimismo, la implementación de la Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición cuenta con la participación del Ministerio de Inclusión Económica y Social, el cual a través de los programas Creciendo con Nuestros Hijos y los Centros de Desarrollo Infantil Temprano son los responsables de incorporar a sus beneficiarios dentro de las intervenciones de la Estrategia (Decreto Ejecutivo 1211/2020, arts. 3, 9). La Estrategia también cuenta con el apoyo del Ministerio de Educación para garantizar la incorporación en el sistema de educación a las personas que se encuentren en estado de gestación (Decreto Ejecutivo 1211/2020, arts. 3, 9). Finalmente, la Estrategia plantea la necesidad de que los infantes cuenten con un número de identificación único para hacer el seguimiento de su caso, de modo que requiere del apoyo del Registro Civil, Identificación y Cedulación (Decreto Ejecutivo 1211/2020, arts. 3, 9). Asimismo, también cuenta con el apoyo de otras instituciones del Estado para lograr una ejecución eficaz con alcance nacional (Decreto Ejecutivo 1211/2020, art. 9).

Dado que la Estrategia es bastante reciente no se tiene información de los logros que se han alcanzado hasta el momento. De acuerdo con el Decreto Ejecutivo que la aprobó, el Estado realizará un monitoreo anual para conocer la evolución y resultados de su implementación (Decreto Ejecutivo 1211/2020, art. 1).

Plan estratégico intersectorial para la prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil

El Plan estratégico intersectorial para la prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil fue aprobado en el año 2021 por la Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil con la finalidad de fortalecer y complementar las acciones establecidas en la Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición aprobada un año antes, para reducir y prevenir la prevalencia de la desnutrición crónica infantil en niños menores de 2 años en el país (Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil 2021). Para ello, propone un conjunto de intervenciones denominadas paquete básico, las cuales incluyen las intervenciones del paquete priorizado establecidas en la Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición (control prenatal, control postnatal, control del niño sano, y registro civil y documentación del infante, para más detalle ver apartado anterior); más acciones en educación para generar entornos seguros para los infantes, prevenir el embarazo adolescente, y fomentar la educación en nutrición y alimentación saludable; acciones para garantizar el acceso a agua segura y saneamiento básico en los hogares; y acciones de protección social para complementar las intervenciones anteriores con demás programas sociales como los programas de transferencias monetarias o los programas de estimulación temprana de los infantes (Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil 2021, 30-32).

La coordinación y seguimiento del plan está bajo la responsabilidad de la Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil, la cual cuenta con el apoyo de un conjunto de actores para su ejecución a nivel territorial (Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil 2021, 50-51). El plan se presenta como una hoja de ruta para la gestión pública enmarcada en la lucha contra la desnutrición infantil, donde se realiza un diagnóstico de la situación actual tanto de la población objetivo, como de las intervenciones del Estado, se presenta el modelo de gobernabilidad del plan y las responsabilidades de sus diferentes actores (Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil 2021).

El Plan tiene como meta principal de mediano plazo la reducción en 6 puntos porcentuales de la prevalencia de la desnutrición crónica en menores de 2 años para el año 2025, es decir, pasar de una tasa de 27% a 21%, y como meta de largo plazo la reducción al 10% de la tasa de desnutrición crónica en niños menores de 2 años al 2030 (Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil 2021, 20). Al igual que con la Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición aún no se tiene información de los avances realizados hasta la fecha.

Tabla 2.3 Programas y proyectos para combatir la desnutrición infantil en Ecuador vigentes durante el periodo 2000-2020

Nombre del programa	Año	Ente responsable	Objetivo	Población objetivo	Tipo de intervención	Resultados obtenidos	Observaciones
Instituto Nacional de la Niñez y La Familia (INNFA)	1960-2008	Instituto Nacional de la Niñez y La Familia (INNFA)- institución privada	Contribuir a la protección integral de la niñez y la familia en situación de vulnerabilidad.	Niños, niñas, adolescentes (NNAs), sus núcleos familiares, y en oportunidades en adultos mayores y personas con discapacidad que se encontraban en situación de vulnerabilidad y pobreza.	Tenía tres áreas de intervención: desarrollo infantil, protección especial y atención emergente. Dentro del área de desarrollo infantil se implementaban estrategias para mitigar la desnutrición, entre ellas se encuentra un	Se encontró que el suplemento nutricional Nutrinfa mejoraba el estado nutricional de quienes lo consumían medido a partir de su Z score.	En el año 2008 el INNFA pasa a formar parte del Instituto de la Niñez y la Familia (INFA).

					suplemento nutricional llamado Nutrinnfa suministrado a niños entre 6 meses y 6 años de edad.		
Programa Operación Rescate Infantil (ORI)	1993-2008	Ministerio de Bienestar Social	Brindar atención integral a niños de primera infancia con altos índices de vulnerabilidad en zonas rurales y urbanas del país.	Niños menores de 6 años, niños huérfanos o no acompañados menores de 10 años, y niños y adolescentes menores de 17 años con discapacidad.	Centros de cuidado infantil, comedores comunitarios y centros de recreación y aprendizaje.	No se encontró información.	En el año 2008 el ORI pasa a formar parte del Instituto de la Niñez y la Familia (INFA).
Programa Integrado de	1995-presente	Ministerio de salud pública	Mejorar el estado nutricional de la	Mujeres embarazadas, madres	Entrega de suplementos alimenticios	No se encontró información.	

Micronutrientes (PIM)			población y prevenir la deficiencia de micronutrientes en poblaciones vulnerables.	lactantes y niños menores de 5 años.	con micronutrientes.		
Nombre del programa	Año	Ente responsable	Objetivo	Población objetivo	Tipo de intervención	Resultados obtenidos	Observaciones
Programa Alimentación y Nutrición (PANN 2000)	1999-2013	Ministerio de Salud Pública	Prevenir el retardo en el crecimiento (desnutrición crónica) y la malnutrición por deficiencia de micro y macronutrientes.	Niños menores de 2 años, mujeres embarazadas y mujeres en periodo de lactancia de los quintiles 1 y 2 de pobreza.	Entrega de suplementos alimenticios y educación en prácticas de alimentación, nutrición, higiene y sus riesgos, enfocada en la primera infancia.	La OPS encontró que la entrega de suplementos nutricionales a los niños pequeños reduce la probabilidad y prevalencia de sufrir desnutrición, así como también mitiga las consecuencias que conlleva la desnutrición.	

Programa de Alimentación Escolar PAE	1999-actualidad	Ministerio de Educación	Brindar alimentación de manera gratuita en el sistema de educación pública nacional.	1. Niños de entre 3 y 5 años que asisten a las unidades educativas de educación inicial. 2. Niños y adolescentes de 6 a 14 años de edad que asisten a escuelas fiscales, municipales, y fiscomisionales. 3. Estudiantes de bachillerato de las Unidades	Actualmente se brinda desayuno y refrigerio escolar. Anteriormente también se entregaba almuerzo.	Se ha demostrado que incrementa la matrícula de los estudiantes entre primero y séptimo de básica. Sin embargo, hay fuertes críticas respecto a la ejecución del programa y el tipo de alimentos provistos.	Tiene sus antecedentes en el Programa de Desayuno Escolar de 1980 y en el Programa de Colación Escolar que existió entre 1989 y 1999.
--------------------------------------	-----------------	-------------------------	--	--	--	---	---

				Educativas del Milenio.			
Nombre del programa	Año	Ente responsable	Objetivo	Población objetivo	Tipo de intervención	Resultados obtenidos	Observaciones
Aliméntate Ecuador	2001-2012	Ministerio de Inclusión Económica y Social, antes Ministerio de Bienestar Social	Contribuir al desarrollo humano sustentable promoviendo una cultura alimentaria que fomentara el consumo de alimentos	Niños de 2 a 5 años y 11 meses que no asistían a establecimientos educativos, adultos mayores (de 65 años de edad en	Se componía de dos elementos: 1. Asistencia en alimentación a través de comedores comunitarios, entrega de	Dificultades en la implementación del programa y limitado alcance. Se estima que el suplemento nutricional pudo haber sido efectivo para la reducción de la anemia.	

			saludables y de producción local.	adelante) y discapacitados, de los quintiles uno y dos de pobreza.	alimentos y suplementos nutricionales. 2. Educación en alimentación y nutrición.		
Intervención Nutricional Territorial Integral (INTI)	2009-2012	Ministerio Coordinador de Desarrollo Social	Erradicar la desnutrición crónica en niños menores de 5 años.	Familias en situación de vulnerabilidad, con énfasis en niños menores de 5 años y mujeres	Se trató de una intervención multisectorial : 1. Agua, saneamiento y viviendas adecuadas. 2. Salud y Nutrición. 3. Educación. 4. Producción de alimentos. 5. Fortalecimiento de las	No se encontró información.	Se convirtió en el Programa Acción Nutrición

					comunidades y actores locales.		
Proyecto Alimentario Nutricional Integral (PANI)	2009-2014	Ministerio de Inclusión Económica y Social	Prevenir y reducir la malnutrición infantil en niños que asistían a los Centros Infantiles del Buen Vivir y del programa Creciendo con Nuestros Hijos.	Niños entre 6 meses y 5 años de edad.	Entrega de suplemento alimenticio Chispaz y consejería nutricional.	No se encontró información.	
Nombre del programa	Año	Ente responsable	Objetivo	Población objetivo	Tipo de intervención	Resultados obtenidos	Observaciones

Proyecto Desnutrición Cero y Proyecto en el Ciclo de Vida - Desnutrición Cero	2011-2017	Ministerio de Salud Pública	Mejorar el estado nutricional de la población infantil menor a 5 años de acuerdo al Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS)	Mujeres embarazadas, madres lactantes y niños menores de 5 años pertenecientes a los niveles 1 y 2 del Registro Social (sistema de potenciales beneficiarios de programas sociales).	1. Transferencias monetarias condicionadas para promover el parto institucional y los controles de salud. 2. Formación en nutrición y cuidado infantil.	Promoción de la lactancia materna y entrega de suplementos alimenticios.	
Programa Emblemático Acción Nutrición	2014-2017	Ministerio Coordinador de Desarrollo Social	Mejorar la salud y nutrición de los niños menores de 5 años, a través del diseño e implementación	Las mujeres embarazadas, los niños menores de 5 años y las familias con	Multisectorial enfocada en: 1. Acceso a servicios para la prevención y atención de la	No se cuenta con información	Anteriormente era el programa Intervención Nutricional Territorial Integral (INTI)

			de mecanismos de política y coordinación intersectorial a nivel nacional y local	niños menores de 2 años.	malnutrición; 2. Prácticas de alimentación; 3. Hábitat saludable.		
Plan intersectorial de alimentación y nutrición (PIANE)	2018-2025	Comisión Técnica Nacional de Alimentación y Nutrición y Ministerio de Salud Pública	Alcanzar una adecuada nutrición y desarrollo de la población ecuatoriana durante todo el curso de vida	Está diseñado para una intervención en salud y nutrición para todas las etapas del ciclo de vida. Para su ejecución se priorizaron los cantones y parroquias que presentan los mayores índices de desnutrición	Atención integral en salud centrada en la alimentación y nutrición, promoción de la lactancia materna y alimentación complementaria, educación en alimentación y nutrición, fomento de la producción de	No se cuenta con información	

				infantil. Específicamen te 92 cantones en 18 provincias del país.	alimentos, provisión de agua potable y saneamiento mejorado, complementad as con políticas de protección e inclusión social.		
Nombre del programa	Año	Ente responsable	Objetivo	Población objetivo	Tipo de intervención	Resultados obtenidos	Observaciones
Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición	2020	Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil y Ministerio de Salud Pública	Prevenir y reducir la prevalencia de la desnutrición crónica infantil en niños y niñas menores de 2 años.	Mujeres embarazadas, madres lactantes e infantes menores de 2 años. Es un política que	Paquete priorizado de intervenciones que se centran en la atención integral en salud durante la etapa prenatal, post	No se cuenta con información	

				tiene alcance nacional.	natal y los dos primeros años de vida del infante. Además, se complementa con el registro civil de los infantes, acceso a programas de protección social, y acceso al sistema de educación de las mujeres embarazadas.		
--	--	--	--	-------------------------	--	--	--

Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil	2021-2025	Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil y demás instituciones corresponsables de su ejecución	Fortalecer y complementar las acciones establecidas en la Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición aprobada un año antes, para reducir y prevenir la prevalencia de la desnutrición crónica infantil en niños menores de 2 años en el país.	Mujeres embarazadas, madres lactantes e infantes menores de 2 años. Es un política que tiene alcance nacional.	Paquete básico de intervenciones que incluyen el paquete priorizado establecido en la Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición, más intervenciones en educación, protección social, agua y saneamiento.	No se cuenta con información	
--	-----------	--	---	--	---	------------------------------	--

Capítulo 3. Evolución de la desnutrición infantil en Bolivia y Ecuador

Como vimos en el capítulo 1, la desnutrición infantil es una patología que se presenta cuando los niños no han ingerido los nutrientes que sus cuerpos necesitan para su desarrollo. Ésta se puede manifestar de múltiples formas, a través de la deficiencia de micronutrientes, el bajo peso al nacer para los niños a término, la baja talla para la edad, el bajo peso para la edad y bajo peso para la talla. Asimismo, como conocimos en el capítulo 2, las políticas para combatir la desnutrición infantil buscan promover la lactancia materna, los controles prenatales, la iniciación temprana a la lactancia, los partos institucionales, los controles postnatales, la vacunación de los infantes, el control de crecimiento y desarrollo de los niños, el acceso a agua potable y saneamiento, etc. Aunque todo ello es importante, en este capítulo nos concentraremos solo en las metas nacionales de Bolivia y Ecuador plasmadas en sus planes de desarrollo relacionadas con la evolución de las estadísticas nacionales de la desnutrición infantil. Debido a las limitaciones de tiempo de la investigación solo nos enfocaremos en las estadísticas nacionales, teniendo en cuenta que en muchos casos los promedios nacionales no reflejan los verdaderos cambios que ocurren en las localidades más vulnerables, es decir, en los territorios que fueron priorizados en muchas de las políticas estudiadas en esta investigación, donde además sería sumamente interesante poder estudiar el antes y el después del cambio del ciclo político.

3.1. Bajo peso al nacer

Como estudiamos en el capítulo 1, se considera que un neonato nace con bajo peso cuando luego de las 37 semanas de gestación nace con un peso menor a 2500 gramos, es decir, menor a 2 kilos y medio. El bajo peso al nacer puede ser un indicio de una nutrición insuficiente durante el embarazo, así como también la falta de monitoreo del crecimiento del feto a través de los controles prenatales. A pesar de ser un indicador importante en temas de nutrición y salud de la población, solo se estableció como meta nacional su reducción en el Plan Nacional para El Buen Vivir 2009-2013 de Ecuador, donde se indicó que se buscaba reducir el bajo peso al nacer a 3,9%. Es decir, que ni en Bolivia, ni en ningún otro plan nacional de desarrollo se estableció como meta la reducción de esta estadística.

En la tabla 4 se muestra una serie de tiempo con el porcentaje de niños nacidos con bajo peso desde el año 2000 hasta el año 2022 tanto de Bolivia como de Ecuador. Para su construcción, se consultaron las fuentes oficiales de ambos países. En el caso de Bolivia, la serie de tiempo fue encontrada en su totalidad en el Instituto Nacional de Estadística del país. Mientras que en el caso de Ecuador, se tuvo que ubicar cada una de las encuestas nacionales que contemplaron

ésta estadística nacional. En este sentido, se revisó la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil de 1999 (ENDEMAIN-99), la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil de 2004 (ENDEMAIN 2004), la Encuesta de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT-2012), la Encuesta de Salud y Nutrición 2018 (ENSANUT-2018), y la Encuesta de Salud y Nutrición 2021 (ENSANUT-2021). De los documentos revisados de Ecuador, solo en el informe de la encuesta de 2004 no se encontró información sobre el bajo peso al nacer. Asimismo, la data entre 2013 y 2021 se obtuvo del informe de estadísticas vitales del Instituto Nacional de Estadística y Censos (2022, 14) de Ecuador. No se puede hacer un gráfico comparativo entre Ecuador y Bolivia, debido a que la información de Bolivia corresponde a estimaciones anuales y la de Ecuador no. Específicamente porque el dato del año 2012 de Ecuador representa un promedio entre julio de 2007 y junio de 2012.

Como podemos apreciar en el gráfico 1 el porcentaje de niños que nacen con bajo peso en Bolivia ha tenido una tendencia creciente. Como en esta investigación nos queremos centrar en los resultados de la política pública a partir del cambio del ciclo político hacia la izquierda, el cual comenzó en Bolivia en el año 2006 bajo la presidencia de Evo Morales y se mantiene hasta la actualidad con la presidencia de Luis Arce Catacora, podemos notar que los porcentajes más bajos se encuentran en los años 2007, 2011, 2012 y 2013, y a partir del año 2014 el porcentaje de niños con bajo peso al nacer se incrementó en 1,2 puntos porcentuales respecto al año anterior, llegando a un 6%. A partir de entonces, la tasa de niños con bajo peso al nacer en Bolivia ha fluctuado, pero no ha vuelto a estar por debajo de los 5 puntos porcentuales.

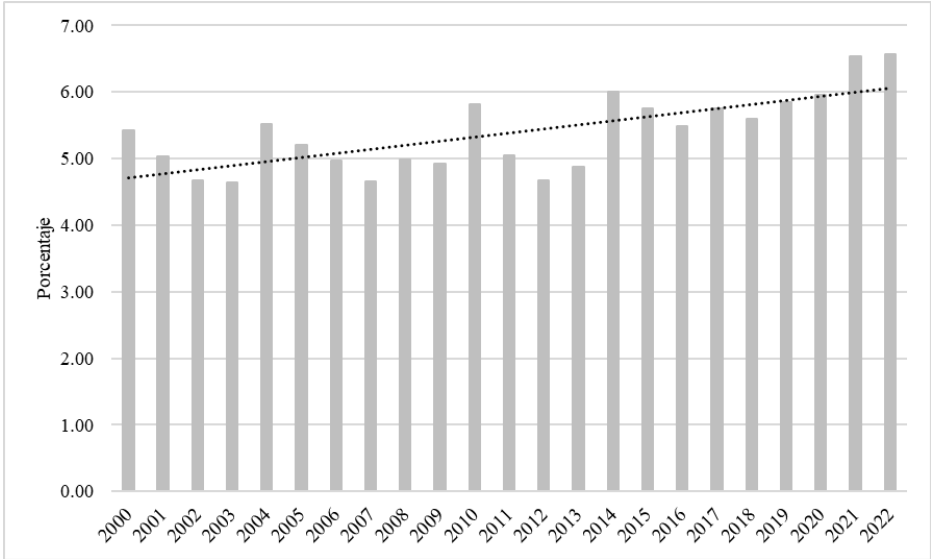
¿Qué lectura podemos dar a ello? A partir del año 2007 se comenzó a ejecutar el Programa Multisectorial Desnutrición Cero (PMDC) a nivel nacional, en el cual entre sus aristas toma en cuenta como población objetivo a las mujeres embarazadas, por ende, dentro de sus intervenciones se encuentra el control prenatal y los partos institucionales, lo que pudo haberse reflejado en la reducción de la tasa del bajo peso al nacer en los años posteriores. Por otra parte, de acuerdo con la clasificación que maneja la UNICEF (2024) respecto al porcentaje de niños con bajo peso al nacer, se tiene una clasificación del nivel 1 al nivel 5, donde el nivel 1 contempla a los países cuyo porcentaje está por debajo del 5%, y el nivel 5 a los países cuyo porcentaje de niños con bajo peso al nacer es mayor o igual al 20%. En este sentido, Bolivia se encuentra actualmente en el nivel 2. Como mencionamos al inicio del capítulo, las estadísticas nacionales muchas veces no reflejan las realidades y los cambios ocurridos en los lugares con mayor vulnerabilidad, sin embargo, es importante tener en cuenta

que en Bolivia estuvo en un nivel de riesgo 1 justo durante los cuatro primeros años de mandato de Evo Morales, tuvo un pico alto en 2010 y luego volvió a disminuir. Como conclusión en el caso de Bolivia, podemos decir que el bajo peso al nacer es una estadística bastante relevante porque los niños que nacen con bajo peso tienen un alto riesgo de morbilidad y mortalidad, además son más propensos a manifestar otro tipo de desnutrición más adelante en su vida, por lo que es crucial que Bolivia se plantee una meta para su reducción y evitar que la tendencia de esta estadística siga creciendo. Asimismo, es importante que se estudie la razón por la cual no se pudo continuar con una tendencia decreciente para así afrontar estas limitantes y procurar que haya el menor número de nacimientos con niños que presentan bajo peso.

En el caso de Ecuador, no tenemos la data anual entre los años 2001 y 2011. Asimismo, el dato del año 2012 corresponde a un promedio de 6 años de acuerdo con el informe generado sobre la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, específicamente el Tomo II que trata sobre la salud sexual y reproductiva (Freire et al. 2015, 225), por lo que este dato no puede ser utilizado para comparación ni con el año inmediatamente anterior del cual tenemos data disponible, es decir, el año 2000, ni con el dato siguiente, es decir, 2013. ¿Qué conclusiones podemos obtener de la data de Ecuador? Al inicio de este siglo la tasa de niños que nacieron con bajo peso era de 12,7%, de acuerdo con la clasificación mundial que realiza UNICEF (2024) esto ubicaba al país en un nivel 3, es decir, entre los países cuya tasa se encuentra entre 10 y el 15%. El cambio del ciclo político hacía la izquierda en Ecuador comenzó en el año 2007 con la presidencia de Rafael Correa y terminó 10 años después cuando finalizó su tercer mandato. Con el promedio de 2007-2012 publicado en el Tomo II que trata sobre la salud sexual y reproductiva (Freire et al. 2015, 225) podemos decir que el bajo peso al nacer se redujo significativamente, además, las estadísticas de los años siguientes demuestran que la tasa se mantuvo más baja que a inicios de este siglo, lo que confirma que el giro a la izquierda y en sí sus políticas lograron reducir la tasa de niños que nacieron con bajo peso durante el periodo de gobierno de Rafael Correa, tendencia que se mantiene de acuerdo con las estadísticas obtenidas después de 2018, tal como se muestra en la tendencia de medias del gráfico 2. Los datos de Ecuador ubican al país en el nivel 2 de acuerdo con la clasificación de UNICEF (2024), es decir, se encuentra entre los países cuya tasa es mayor al 5% y menor o igual al 10%. En este sentido, se confirma que no solo se bajó la tasa, sino que también el nivel de riesgo del porcentaje de niños con bajo peso al nacer a nivel internacional. Es importante acotar que si ingresan a la página web de UNICEF (2024) donde se encuentran las

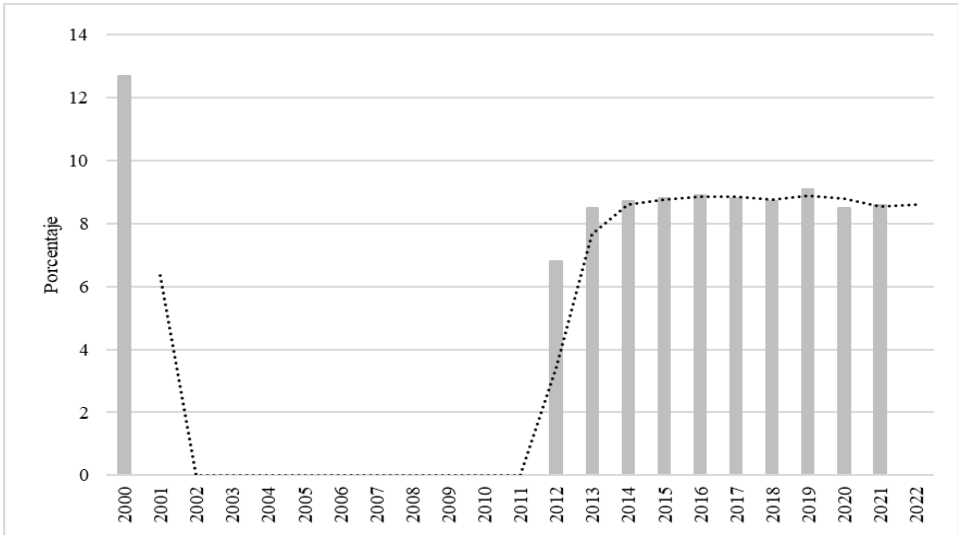
estimaciones realizadas por este organismo respecto a los niños con bajo peso al nacer, ellos consideran a Ecuador en un nivel de riesgo 3. No obstante, nosotros decidimos tomar para esta investigación la información que publica directamente Ecuador, y no las estimaciones que realiza UNICEF, ya que la información se encontraba disponible en las fuentes nacionales del país.

Gráfico 3.1. Porcentaje de niños que nacen con bajo peso en Bolivia



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE) y Ministerio de Salud y Deporte (2022).

Gráfico 3.2. Porcentaje de niños que nacen con bajo peso en Ecuador



Fuente: INEC (2022, 14), Freire et al. (2015, 225), Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (2001, 180).

Tabla 3.1. Porcentaje de niños que nacen con bajo peso

Año	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Bolivia	5,42	5,03	4,67	4,64	5,52	5,20	4,96	4,66	4,98	4,93	5,81	5,05	4,67	4,88	6,00	5,75	5,48	5,75	5,60	5,85	5,95	6,54	6,58
Ecuador	12,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6,8	8,5	8,7	8,8	8,9	8,8	8,7	9,1	8,5	8,6	

Fuente: Elaborada con base en el INE y Ministerio de Salud y Deporte (2022), INEC (2022, 14); Freire et al. (2015, 225); Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (2001, 180).

Nota: El dato del año 2012 de Ecuador corresponde al promedio de niños nacidos vivos con bajo peso entre julio de 2007 y junio de 2012.

3.2. Desnutrición crónica o baja talla para la edad

Un niño presenta desnutrición crónica o baja talla para la edad cuando su estatura se encuentra dos desviaciones estándar por debajo de la media de los niños de su edad medida en meses. Es una de las estadísticas más utilizadas para evidenciar el estado nutricional de los niños porque refleja las desigualdades estructurales que ha sufrido la población a lo largo de la historia. Como vimos en el capítulo 1, la baja talla para la edad puede replicarse hasta la tercera generación. Este tipo de desnutrición significa una privación de nutrientes tal que, el crecimiento del niño se ve limitado, lo que a su vez viene acompañado de una limitación en el desarrollo motor y cognitivo, es decir, aunque se mida con la estatura y se vea reflejado en la estatura, sus implicaciones son más profundas. En el desarrollo infantil temprano, todas las etapas de desarrollo están interconectadas, de modo que, el desarrollo de un área de la persona viene acompañada del desarrollo de otras, esto quiere decir que, el retardo significativo en el desarrollo en un área de un niño puede implicar problemas en el desarrollo de otras áreas. Además de ello, la evidencia ha demostrado que cuando esta tendencia de baja talla para la edad no se revierte antes de los dos primeros años de vida, la brecha de su desarrollo no se equiparará a sus pares que tuvieron acceso a una nutrición adecuada, viendo afectado no solo su desarrollo físico sino cognitivo por el resto de su vida (para información detallada sobre este tema léase el apartado 1.4. tipos de desnutrición infantil del capítulo 1).

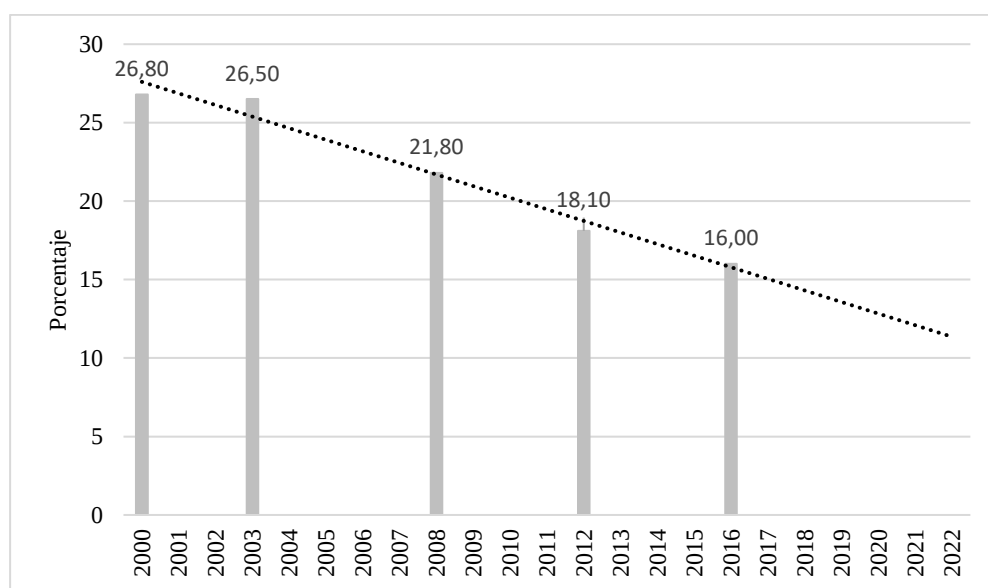
Respecto a las metas planteadas en los dos países objeto de estudio de esta investigación tenemos que, en el caso de Bolivia, solo en dos planes de gobierno plantearon una meta específica para la reducción de la desnutrición infantil, estos planes fueron el Plan de Desarrollo Económico y Social 2016-2020 y el Plan de Desarrollo Económico y Social 2021-2025, recuérdese que en Bolivia aún continúa en la corriente del giro a la izquierda. En estos planes se estableció reducir la desnutrición crónica en niños menores de 5 años al 9%, es decir, en ambos planes se estipuló la misma meta. En el caso de Ecuador, solo nos concentraremos en los planes de gobierno de la administración de Rafael Correa. En este sentido, al igual que en Bolivia solo dos planes de los tres que se elaboraron en su gobierno establecieron una meta relacionada a la reducción de la baja talla para la edad. Estos fueron el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010 y el Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013, recuérdese que el segundo plan fue la continuación del primero, los cuales establecieron como meta reducir en un 45% la baja talla para la edad en menores de 5 años. Para dimensionar esto en una tasa específica, de acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010, la tasa de desnutrición crónica infantil en niños menores de 5 años se encontraba en 18,1% en el año

2006 (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2008, 62), esto quiere decir, que se esperaba que la baja talla para la edad en menores de 5 años a finales de 2013 rondara los 8,15%, es decir, esta era la meta. Como podrán observar en la tabla 5 la tasa de desnutrición infantil estipulada en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010 no se corresponde a los datos obtenidos en la búsqueda de información para esta investigación.

Es importante señalar que para el análisis del comportamiento de la tasa de desnutrición crónica infantil para menores de 5 años que se examinará en este apartado se tuvo que hacer una búsqueda exhaustiva de los datos en los informes de las encuestas nacionales que contemplaban esta estadística, ya que ni el Instituto Nacional de Estadística de Bolivia, ni el Instituto Nacional de Estadística y Censos de Ecuador tienen a disposición una base de datos temporal con la información en cuestión. En este sentido, para obtener la data de Bolivia se consultaron los informes de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1998 (ENDSA 1998), la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2003 (ENDSA 2003), la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2008 (ENDSA 2008), la Encuesta de Evaluación de Salud y Nutrición 2012 (ESNUT 2012), y la Encuesta de Demografía y Salud 2016 (EDSA 2016). Para el caso de Ecuador, se consultaron los informes de la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil 1999 (ENDEMAIN-99), la Encuesta Demográfica de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN-2004), la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, específicamente el Tomo I (ENSANUT-ECU 2012), la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 (ENSANUT 2018), y la Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil 2022-2023 (ENDI 2022-2023). Si estos datos son comparados con los publicados por la UNICEF et al. (2023), se podrá ver que hay una gran incongruencia en la información, es decir, los datos para cada año tomado no se corresponden. De acuerdo con la data de UNICEF et al. (2023), las estadísticas para Bolivia y Ecuador fueron reanalizadas de los informes oficiales que se revisaron para este apartado. No obstante, como los datos eran bastante diferentes unos de otros, y no encontramos un informe que explicara el porqué de los reajustes de la data, se decidió tomar la fuente principal de la información, es decir, los datos publicados en los reportes de cada una de las encuestas. También se encontró incongruencias entre los datos publicados en los diversos informes de los países, por ejemplo, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 de Ecuador, específicamente el Tomo I, los datos para la desnutrición crónica, emanación e insuficiencia ponderal fueron reajustados a los estándares de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud de 2006, ya que antes estos datos habían sido calculados con relación a los estándares de 1977 (Freire et al. 2014, 215), de

modo que el retardo del crecimiento de la EDEMAIN 2004 pasaba a ser 33,5% en lugar de 23,2% como lo establecía el informe de la EDEMAIN 2004 (Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social 2005, 34); no obstante, en el reporte de los principales resultados de la ENSANUT 2018 se indica que el retardo del crecimiento de la EDEMAIN 2004 es de 29%, es decir, vuelven a reajustar el dato de la EDEMAIN 2004 pero no de otro año como lo fue el Diagnóstico de la Situación Alimentaria, Nutricional y de Salud de la población ecuatoriana menor de cinco Años (DANS) 1986 (Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social 2005, 34; Freire et al. 2014, 215; Instituto Nacional de Estadística y Censos 2018b, 18). Esto hace difícil la confiabilidad de los datos, por ende es necesario que los países publiquen las series temporales en los portales de sus institutos encargados de las estadísticas nacionales y así la construcción de la data no queda a discreción de cada persona investigadora.

Gráfico 3.3. Porcentaje de niños que presentan baja talla para la edad en menores de 5 años en Bolivia

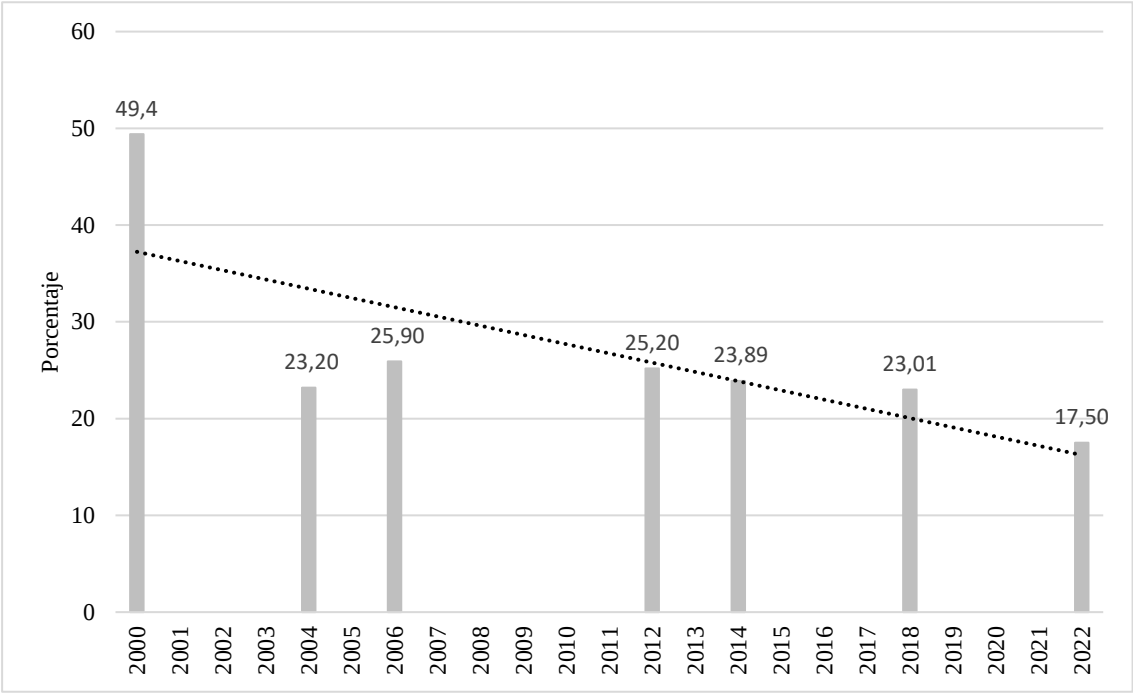


Fuente: INE (2017, 72), UDAPE, Ministerio de Salud Estado Plurinacional de Bolivia y Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición (2014, 166); Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Salud y Deportes (2004, 2009, 353), Instituto Nacional de Estadística y Demographic and Health Surveys Macro International Inc. (1998, 191).

Como se puede observar en los gráficos 3 y 4 en ambos países la baja talla para la edad ha tenido una tendencia decreciente. En el caso de Bolivia, podemos notar que la baja talla para la edad ha disminuido 10,5 puntos porcentuales entre la toma antes de iniciar el cambio del ciclo político hacia la izquierda (año 2003) y el último dato disponible (año 2016), lo que significa que ha habido avances en el país en los promedios nacionales. No obstante, aún

queda un gran camino por recorrer para reducir la tasa al 9% a finales de 2025, es decir, debe bajar 7 puntos porcentuales frente a la última toma de dato disponible

Gráfico 3.4. Porcentaje de niños que presentan baja talla para la edad en menores de 5 años en Ecuador



Fuente: INEC (2018, 2023, 22), Freire et al. (2014, 216); Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (2005, 34); Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social y Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (2001, 22).

Tabla 3.2. Porcentaje de niños que presentan baja talla para la edad menores de 5 años

Año	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Bolivia	26,80	-	-	26,50	-	-	-	-	21,80	-	-	-	18,10	-	-	-	16,00	-	-	-	-	-	-
Ecuador	49,4	-	-	-	23,20	-	25,90	-	-	-	-	-	25,20	-	23,89	-	-	-	23,01	-	-	-	17,50

Fuente: Elaborada con base en INE (2017, 72); UDAPE, Ministerio de Salud Estado Plurinacional de Bolivia y Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición (2014, 166), Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Salud y Deportes (2004, 2009), Instituto Nacional de Estadística y Demographic and Health Surveys Macro International Inc. (1998, 191) INEC (2018b, 2023), Freire et al. (2014, 216), Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (2005, 34); Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social y Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (2001, 22).

Nota: El dato de Bolivia del año 2000 corresponde al año más cercano a este, es decir, 1998, tomado de la ENDSA 1998 (Instituto Nacional de Estadística y Demographic and Health Surveys Macro International Inc. 1998, 191). Los datos de Bolivia para los años 2000, 2003 y 2008 corresponden a las estadísticas obtenidas bajo estándares internacionales, las cuales podían ser comparadas entre ellas (Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Salud y Deportes 2009, XXV) Los datos de Ecuador de 2006 y 2014 fueron tomados del informe de los principales resultados de la Encuesta de Salud y Nutrición 2018 (Instituto Nacional de Estadística y Censos 2018b, 18)

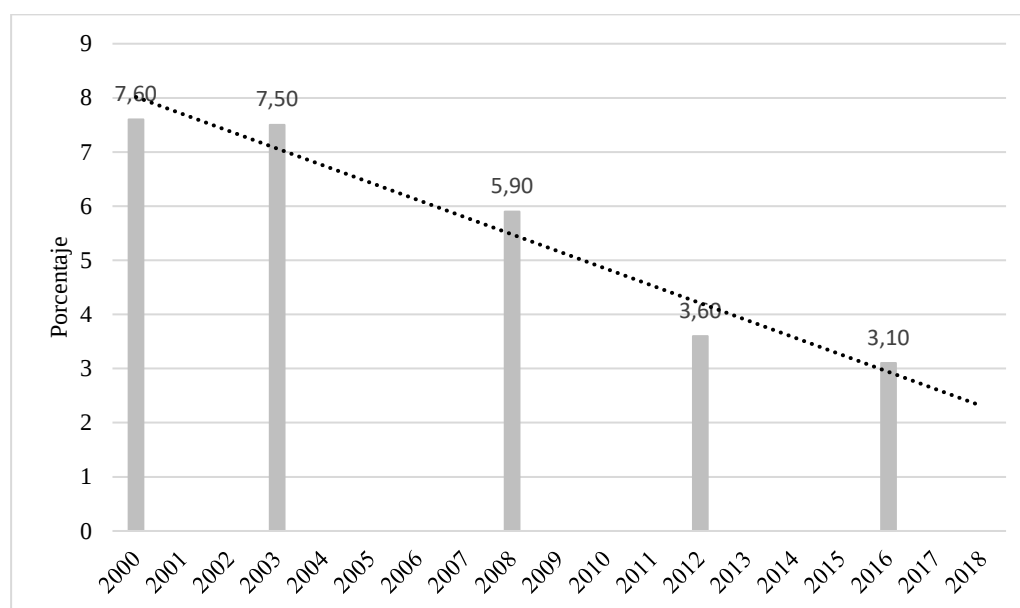
En el caso de Ecuador, la baja talla para la edad durante el cambio del ciclo político solo presentó una mejora de 2,89 puntos porcentuales. De hecho, esta es una de las grandes críticas que se le aqueja a la administración de Correa en materia de salud pública mencionando que la tasa no tuvo cambios significativos. Ahora, si nos remitimos a la meta planteada en los planes de gobierno de 2007-2010 y 2009-2013 donde se esperaba tener una tasa de desnutrición crónica infantil que rondara el 8%, podemos ver que claramente la tasa de desnutrición crónica obtenida durante el periodo estuvo muy lejos de alcanzar dicho objetivo. No obstante, sabemos que la desnutrición crónica se trata de un problema social estructural que por ende requiere de políticas estructurales para poder combatirla, por lo que sus resultados pueden no verse en el periodo de gobierno sino en periodos posteriores, por este motivo es sumamente importante la evaluación de los proyectos realizados para conocer si realmente estos fueron efectivos y tuvieron un impacto en la población objetivo, así como también en las generaciones siguientes. Por último, como podemos observar en la tabla 5 y gráfico 4 la tasa de desnutrición crónica infantil en menores de 5 años se encuentra en 17,50%, lo que representa una caída del 35,28% frente a inicios de este siglo. Deseamos esta tendencia se mantenga debido a que el objetivo de las políticas públicas es mejorar el bienestar de la población a largo plazo indistintamente de la corriente política que gobierne.

3.3. Insuficiencia ponderal o bajo peso para la edad

Para analizar la evolución de la tasa de insuficiencia ponderal en niños menores de 5 años en este apartado consultamos los informes que se realizaron respecto a las encuestas de salud y demografía que incluyeron esta información, ya que ni el Instituto Nacional de Estadística de Bolivia, ni el Instituto Nacional de Estadística y Censos de Ecuador tienen a disposición una serie temporal con esta información. En este sentido, en el caso de Bolivia se consultaron los siguientes documentos: Informe de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1998 (ENDSA 1998), Informe de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2003 (ENDSA 2003), Informe de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2008 (ENDSA 2008), Informe de la Encuesta de Evaluación de Salud y Nutrición 2012 (ESNUT 2012), y el Informe de la Encuesta de Demografía y Salud 2016 (EDSA 2016). Con esta información, se pudo construir una serie temporal desde principio de éste siglo hasta el dato disponible más reciente, el cual corresponde al año 2016, tal como se puede apreciar en la tabla 6 Para dimensionar la evolución de esta estadística a nivel nacional, construimos el gráfico 5 donde se puede apreciar que en Bolivia la tendencia de la insuficiencia ponderal, es decir, el bajo peso para la edad ha tenido una tendencia decreciente desde inicios de este siglo hasta el

último dato disponible que corresponde al año 2016. En este sentido, la tasa de insuficiencia ponderal en Bolivia ha caído en 40,8% entre el año 2000 y el año 2016, logrando una caída bastante acelerada durante el periodo del giro a la izquierda como se puede apreciar en el gráfico 3.5.

Gráfico 3.5. Porcentaje de niños que presentan bajo peso para la edad en menores de 5 años en Bolivia

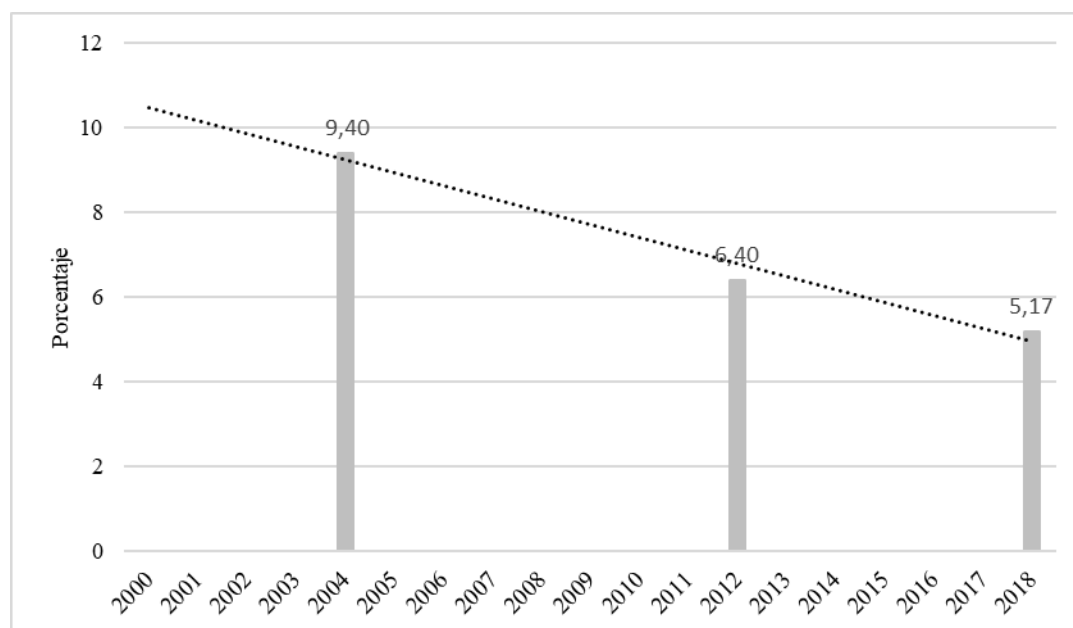


Fuente: Instituto Nacional de Estadística 2017, 72; Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE), Ministerio de Salud Estado Plurinacional de Bolivia, y Comité Técnico - Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición (CT-CONAN) 2014, 166; Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Salud y Deportes 2009, 353; Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Salud y Deporte 2004, 218; Instituto Nacional de Estadística y Demographic and Health Surveys Macro International Inc. 1998, 191.

Respecto a Ecuador, solo se pudieron recopilar tres datos correspondientes a los años 2004, 2012 y 2018, ya que no encontramos información de los demás años pese a que se indagó en todos los reportes realizados sobre las encuestas de demografía y salud del país. Los datos expuestos fueron obtenidos del informe de la Encuesta Demográfica de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN-2004), el informe de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, específicamente el Tomo I (ENSANUT-ECU 2012) y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 (ENSANUT 2018). Llama la atención que, pese a que se realizó una encuesta en 2022 dedicada exclusivamente a la desnutrición infantil en Ecuador, no se contempló esta estadística dentro de la información publicada. Seguramente en la base de datos se puede

obtener el promedio nacional de la insuficiencia ponderal en menores de 5 años; no obstante, debido a que se trata de una estadística relevante para medir el estado nutricional de los niños debió ser publicada entre los resultados importantes de la encuesta, ello es parte del derecho al acceso a la información pública, es decir, no solo que esta se haya recopilado, sino que se pueda acceder a ella con facilidad y pueda ser entendida por todo público.

Gráfico 3.6. Porcentaje de niños que presentan bajo peso para la edad menores de 5 años en Ecuador



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censo 2018a; Freire et al. 2014, 216; Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social 2005, 248.

A pesar de la escasa información que se pudo obtener de fuentes oficiales de Ecuador, con los datos obtenidos se puede sacar conclusiones importantes. Al igual que en Bolivia, Ecuador ha tenido una tendencia decreciente en la tasa de la insuficiencia ponderal del país específicamente entre el periodo 2004-2018, es decir, justo lo que atañe a esta investigación. En este sentido, la tasa de insuficiencia ponderal en menores de 5 años ha caído en 4,23 puntos porcentuales durante la administración de Rafael Correa, lo que representa una caída del 55%.

Tabla 3.3. Porcentaje de niños que presentan bajo peso para la edad menores de 5 años

Año	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Bolivia	7,60			7,50					5,90				3,60				3,10		
Ecuador					9,40								6,40						5,17

Fuente: Instituto Nacional de Estadística 2017, 72; Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE), Ministerio de Salud Estado Plurinacional de Bolivia, y Comité Técnico - Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición (CT-CONAN) 2014, 166; Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Salud y Deportes 2009, 353; Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Salud y Deporte 2004, 218; Instituto Nacional de Estadística y Demographic and Health Surveys Macro International Inc. 1998, 191; Instituto Nacional de Estadística y Censo 2018a; Freire et al. 2014, 216; Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social 2005, 248.

Nota: El dato de Bolivia del año 2000 corresponde al año más cercano a este, es decir, 1998, tomado de la ENDSA 1998 (Instituto Nacional de Estadística y Demographic and Health Surveys Macro International Inc. 1998, 191).

Para ambos países podríamos preguntarnos ¿por qué este indicador muestra una mejora tan inmediata en comparación a la desnutrición crónica? La respuesta se encuentra en que la insuficiencia ponderal significa una deficiencia calórica tal que el peso del niño respecto a su edad se ve disminuido significativamente por debajo de la media de los niños de su edad en menos 2 desviaciones estándares, la cual puede combatirse con facilidad con una dieta adecuada y/o tratamiento de la enfermedad, y así revertir así la situación. De acuerdo con la FAO (2024), este indicador fue desarrollado para dar seguimiento a los Objetivos del Milenio y no es más que la combinación de desnutrición crónica (baja talla/edad) y la emanación (bajo peso/talla). La importancia de esta estadística se haya en que al detectar que un niño está viendo privado su consumo calórico por hambre o por enfermedad, puede atenderse de inmediato y prevenir que la situación se agudice y se convierta en un caso de emanación, el cual es más difícil de afrontar y está relacionado con mayor índice de morbilidad y mortalidad.

Antes de acabar este apartado, es importante mencionar que, en ningún plan de gobierno de las administraciones durante el giro a la izquierda, ni tampoco fuera de ellas se plantearon metas para reducir o mantener los niveles de insuficiencia ponderal en niños menores de 5 años. Pese a que ambos países tienen tasas bajas, es un indicador que no puede descuidarse porque refleja una realidad social que es el hambre.

3.4. Emanación o bajo peso para la talla

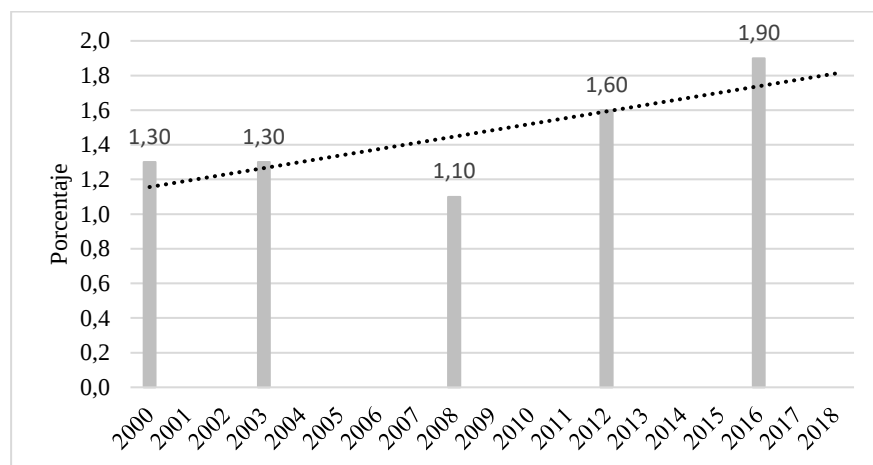
La emanación o bajo peso para la talla también es conocida como desnutrición aguda o severa porque es producto del hambre o la enfermedad que ha ocasionado que el niño menor de 5 años haya perdido peso de forma abrupta, generalmente ocurre en contextos de hambruna o emergencia. Es una muestra clara del riesgo de inseguridad alimentaria al que se puede estar enfrentando un país o una localidad del mismo ante una tragedia como un terremoto, guerra, tsunami, etc.

Al igual que con las estadísticas de la insuficiencia ponderal en niños menores de 5 años, en el caso de Ecuador solo pudimos recopilar 3 datos, año 2004, año 2012, y año 2018. Mientras que para Bolivia sí pudimos construir una serie temporal con cinco datos desde el año 2000 hasta el año 2016 que representa el último dato disponible. Dicho esto, la información de Ecuador fue obtenida del informe de la Encuesta Demográfica de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN-2004), el informe de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, específicamente el Tomo I (ENSANUT-ECU 2012) y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 (ENSANUT 2018), ya que el Instituto Nacional de Estadística y Censos no

tiene publicada una serie temporal con esta información. Asimismo, como se señaló en el apartado de la insuficiencia ponderal, llama la atención que entre los resultados relevantes de la última encuesta nutricional de Ecuador realizada específicamente para conocer el estado nutricional de la infancia ecuatoriana en el año 2022, no se esbozan datos relacionados con la tasa de emanación infantil en el país, sino solo la desnutrición crónica, sobrepeso y obesidad infantil. En el caso de Bolivia, tampoco se encontró una serie temporal en el Instituto Nacional de Estadística del país, por lo que la información recopilada para esta investigación proviene del Informe de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1998 (ENDSA 1998), Informe de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2003 (ENDSA 2003), Informe de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2008 (ENDSA 2008), Informe de la Encuesta de Evaluación de Salud y Nutrición 2012 (ESNUT 2012), y el Informe de la Encuesta de Demografía y Salud 2016 (EDSA 2016).

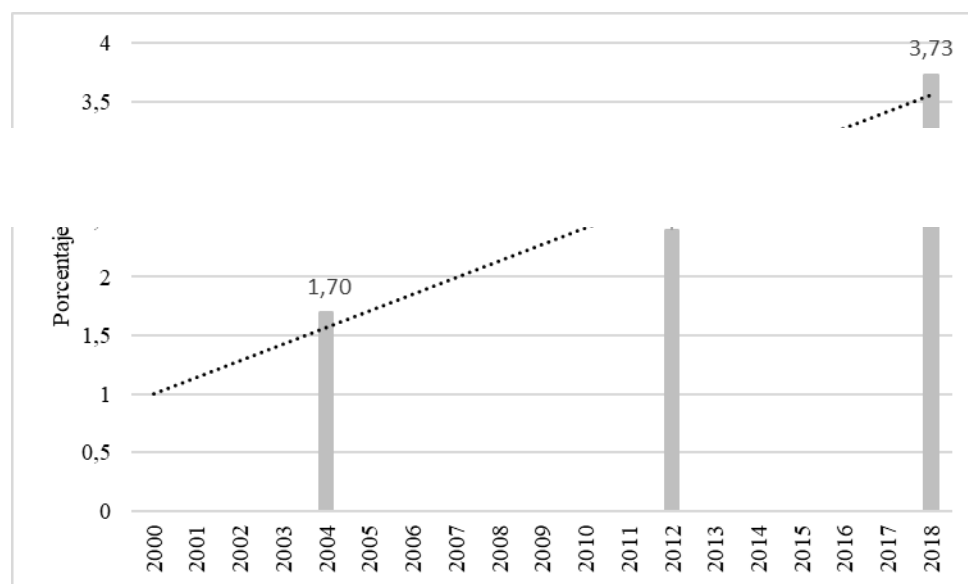
Cabe resaltar, que al igual que con la insuficiencia ponderal en ningún plan de gobierno se estableció una meta relacionada a la emanación, pese a que en ambos países esta estadística ha tenido una tendencia creciente como se puede observar en los gráficos 7 y 8. Ahora bien, a pesar de que las estadísticas nacionales no reflejan las disparidades dentro de los países, son al menos un reflejo de la situación nacional ¿qué conclusiones podemos obtener de esta información? En primer lugar, que Bolivia tiene una tasa de emanación en niños menores de 5 años menor que la de Ecuador en 1,8 puntos porcentuales, tal como se puede observar en la tabla 7 y los gráficos 7 y 8. En segundo lugar, que ambos países han tenido una tendencia creciente, por lo que es importante monitorear la evolución de esta estadística porque como mencionamos anteriormente es producto del hambre o enfermedad que ha privado significativamente al niño de las calorías que su cuerpo necesita para vivir y aumenta el riesgo de mortalidad. Por último, si comparamos el promedio nacional más reciente de ambos países con el promedio mundial publicado por UNICEF (2022a), tenemos que tanto Ecuador como Bolivia se encuentran por debajo de la media mundial que es de 6,8%. No obstante, si comparamos los promedios nacionales con el promedio de América Latina y el Caribe publicado por UNICEF (2022c), cuyo promedio regional es de 1,4%, ambos países se encuentran por encima de la media regional. Lo que reafirma una vez más que esta estadística debe ser monitoreada con regularidad y no debe ser por ningún motivo descartada u omitida solo para enfocarse en la desnutrición crónica, sobrepeso y obesidad.

Gráfico 3.7. Porcentaje de niños que presentan bajo peso para la talla en menores de 5 años en Bolivia



Fuente: Instituto Nacional de Estadística 2017, 72; Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE), Ministerio de Salud Estado Plurinacional de Instituto Nacional de Estadística 2017, 72; Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE), Ministerio de Salud Estado Plurinacional de Bolivia, y Comité Técnico - Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición (CT-CONAN) 2014, 166; Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Salud y Deportes 2009, 353; Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Salud y Deporte 2004, 218.

Gráfico 3.8. Porcentaje de niños que presentan bajo peso para la talla en menores de 5 años en Ecuador



Fuente: Instituto

Nacional de Estadística y Censos 2018a; Freire et al. 2014, 216; Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social 2005, 249.

Tabla 3.1. Porcentaje de niños que presentan bajo peso para la talla en menores de 5 años

Año	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Bolivia	1,30			1,30					1,10				1,60				1,90		
Ecuador					1,70								2,40						3,73

Fuente: Instituto Nacional de Estadística 2017, 72; Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE), Ministerio de Salud Estado Plurinacional de Bolivia, y Comité Técnico - Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición (CT-CONAN) 2014, 166; Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Salud y Deportes 2009, 353; Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Salud y Deporte 2004, 218; Instituto Nacional de Estadística y Demographic and Health Surveys Macro International Inc. 1998, 191; Instituto Nacional de Estadística y Censos 2018a; Freire et al. 2014, 216; Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social 2005, 249.

Nota: El dato de Bolivia del año 2000 corresponde al año más cercano a este, es decir, 1998, tomado de la ENDSA 1998 (Instituto Nacional de Estadística y Demographic and Health Surveys Macro International Inc. 1998, 191).

3.5. Anemia

Como vimos en el capítulo primero, una de las formas de desnutrición infantil es la carencia de micronutrientes de lo cual no se habla mucho y las estadísticas suelen ser escasas, sobre todo porque obtener data para ello requiere de muestras de sangre o de orina que evidencie la carencia de cada micronutriente en específico. Para esta investigación hemos decidido analizar la evolución de la anemia en Bolivia y Ecuador porque es una de las deficiencias de micronutrientes más comunes, pero además porque los programas de micronutrientes en ambos países buscaban combatirla como se revisó en el capítulo segundo de esta investigación.

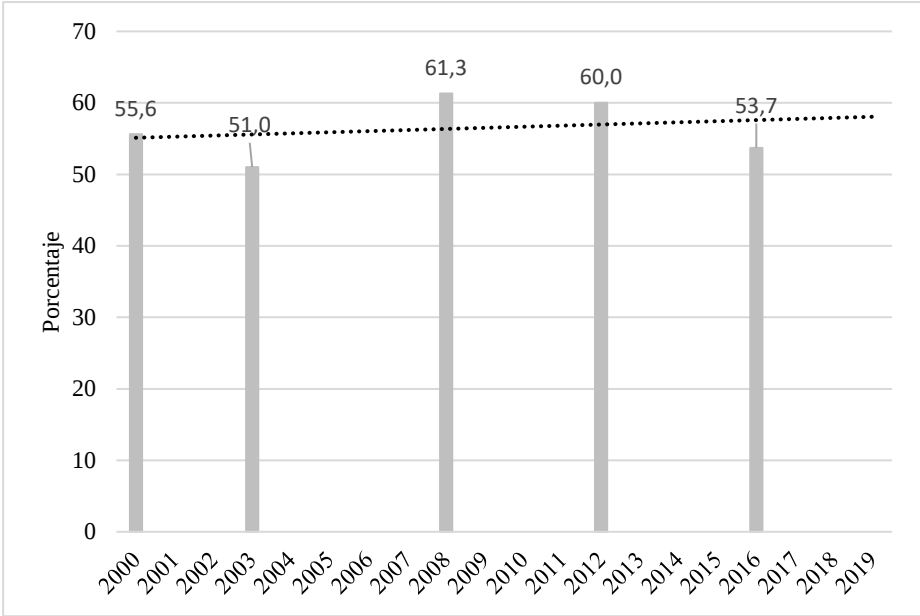
La anemia es producto de la deficiencia de hierro, la cual tiene implicaciones en el desarrollo físico y mental de los niños, así como también genera afectaciones en su sistema inmunológico (Wisbaum 2011, 10-11). Para conocer los niveles de anemia en Bolivia recurrimos a los informes de las encuestas nacionales que han contemplado esta estadística, estos son el Informe de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1998 (ENDSA 1998), el Informe de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2003 (ENDSA 2003), el Informe de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2008 (ENDSA 2008), el Informe de la Encuesta de Evaluación de Salud y Nutrición 2012 (ESNUT 2012), y el Informe de la Encuesta de Demografía y Salud 2016 (EDSA 2016). No obstante, es importante señalar que en el portal web del Instituto Nacional de Estadística de Bolivia se encuentra disponible una serie temporal con la evolución de la anemia que contempla los años 2003, 2008 y 2016, los cuales concuerdan con la información publicada en los informes de las encuestas (Instituto Nacional de Estadística 2024). En el caso de Ecuador, solo pudimos encontrar los datos correspondientes a los años 1986, 2012 y 2022 en dos fuentes: en el Tomo I de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT-ECU 2012) y en los principales resultados de la Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil 2022-2023 (ENDI 2022-2023). Sin embargo, la data que encontramos para Ecuador no nos permite responder a la pregunta respecto a cómo evolucionó la anemia en el país antes, durante y después del cambio del ciclo político hacia la izquierda, por lo que se tuvo que recurrir a la data que publica el Banco Mundial (2024) respecto a la prevalencia de niños con anemia menores de 5 años en Ecuador. La tabla 8 y los gráficos 9 y 10, reflejan los datos históricos tanto para Bolivia como para Ecuador, respectivamente, relacionados a la tasa de niños menores de 5 años que presentan anemia en el país. Como se puede ver en el gráfico 9, los niveles de anemia en Bolivia ha tenido una tendencia constante a lo largo de este siglo, lo que muestra que no hubo avances

significativos en esta materia. De hecho, el último dato más reciente de Bolivia, correspondiente al año 2016, es 2,7 puntos porcentuales más alto que el último dato disponible antes de que iniciara el giro a la izquierda en este país. No obstante, es importante señalar que tanto el plan de gobierno para 2016-2020 como el plan de gobierno para el periodo 2021-2025 contemplan dentro de sus metas reducir la anemia en menores de 5 años al 30%. Ahora bien, ¿cómo se encuentra Bolivia respecto al mundo y respecto a la región en esta estadística? De acuerdo con el Banco Mundial (2024), la prevalencia de la anemia en niños menores de 5 años a nivel mundial ronda el 40%, lo que quiere decir que si la anemia en Bolivia sigue rondando el 50% de la población menor a 5 años se encontraría por encima del promedio mundial. En lo que respecta al promedio regional, es decir, de América Latina y el Caribe, el Banco Mundial (2024) indica que este que encuentra en el 21%, es decir, que aproximadamente 2 de cada 10 niños en América Latina y el Caribe sufren de anemia, mostrando una vez más que Bolivia se encuentra más de 20 puntos porcentuales por encima del promedio de la región.

En el caso de Ecuador, las cifras son más alentadoras. De acuerdo con el Banco Mundial (2024) Ecuador inició el siglo con aproximadamente 3 de cada 10 niños menores de 5 años padeciendo de anemia, y cierra la serie temporal con 2 de cada 10 niños. Como muestra el gráfico 10 la tendencia ha sido decreciente, y se ha logrado bajar en 8,4 puntos porcentuales entre el año 2000 y el 2019. Ahora bien, si nos centramos solo en el año antes de iniciar el periodo presidencial de Correa, año 2006, tenemos que la tasa de la anemia en menores de cinco años era de aproximadamente 29,2%, y para el momento en que finaliza su mandato, año 2017, era de 23,7%, es decir, 5,5 puntos porcentuales menos, y como se puede notar tanto en el gráfico 10 como en la tabla 8 esa tendencia decreciente se continúa hasta el año 2019 correspondiente al último dato disponible de las estimaciones del Banco Mundial. Esto posiciona a Ecuador por debajo de la media mundial, pero por encima de la media regional de acuerdo con los datos que maneja el Banco Mundial (2024). No obstante, en la Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil 2022-2023, mejor conocida como la ENDI, la anemia en niños menores de 5 años se encuentra en 38,2%, lo que ubicaría a Ecuador por encima del promedio regional en 17,2 puntos porcentuales y a 1,8 puntos porcentuales por debajo del promedio mundial (Instituto Nacional de Estadística y Censos 2023, 35, y Banco Mundial 2024). Lamentablemente, el dato de la ENDI 2022-2023 no se puede comparar con las estimaciones del Banco Mundial ya que no sabemos si las metodologías son comparables, es por ello que, las entidades responsables de publicar la data nacional dispongan de la data

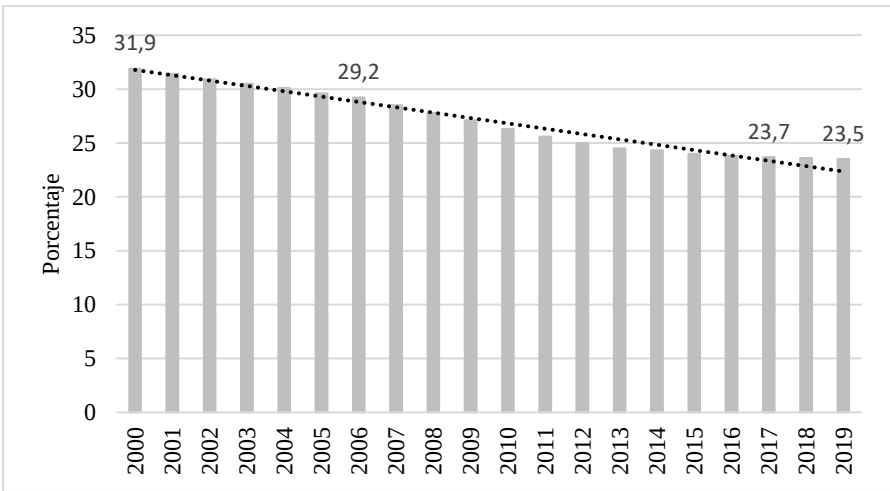
temporal de modo que las interpretaciones y la construcción de la base de datos para el analice no quede a discreción de la persona investigadora.

Gráfico 3.9. Porcentaje de niños que presentan anemia entre 6 y 59 meses en Bolivia



Fuente: Instituto Nacional de Estadística 2017, 68; Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Salud y Deportes 2009, 220; Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Salud y Deporte 2004, 225; Instituto Nacional de Estadística y Demographic and Health Surveys Macro International Inc. 1998, 195.

Gráfico 3.10. Porcentaje de niños que presentan anemia en menores de 5 años en Ecuador



Fuente: Banco Mundial 2024.

Tabla 3.2. Porcentaje de niños que presentan anemia para la edad menores de 5 años

Año	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Bolivia	55,6			51,0					61,3				60,0				53,7			
Ecuador	31,9	31,4	30,9	30,5	30,1	29,6	29,2	28,5	27,8	27,1	26,3	25,6	25	24,5	24,3	24	23,8	23,7	23,6	23,5

Elaboración con base en el Instituto Nacional de Estadística 2017, 68; Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Salud y Deportes 2009, 220; Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Salud y Deporte 2004, 225; Instituto Nacional de Estadística y Demographic and Health Surveys Macro International Inc. 1998, 195; Banco Mundial 2024.

Nota: El dato de Bolivia del año 2000 corresponde al año más cercano a este, es decir, 1998, tomado de la ENDSA 1998 (Instituto Nacional de Estadística y Demographic and Health Surveys Macro International Inc. 1998, 191). El dato de Bolivia de 2012 fue tomado de una muestra de niños entre 3 a 59 meses.

Resultados y conclusiones

Esta investigación buscaba dar respuesta a la pregunta ¿el cambio del ciclo político hacía la izquierda trajo mejoras en los niveles de desnutrición infantil en Bolivia y Ecuador? Para recapitular a inicios de este siglo y hasta mediados de su segunda década, América Latina, atravesó por transformaciones políticas que buscaban dar respuesta a las demandas sociales con relación a la justicia social, la equidad, la salud, la educación, el empleo, entre otros aspectos sociales, que habían sido desatendidos en las últimas décadas del siglo XX, debido a la crisis económica de los 80 y principios de los 90, ocasionando repercusiones negativas en la esfera económica y social debido a la contracción económica, los altos niveles de inflación, el aumento del desempleo, el aumento del sector informal, la crisis de la deuda, y el desbalance fiscal (Cornia 2010, 95; Stoessel 2014; Madrid 2010). Para enfrentar dicha crisis de los 80 y 90, los gobiernos de turno implementaron políticas que favorecían el libre mercado y la competencia, así como también el control de las finanzas públicas y la minimización del Estado dentro de la economía. Esas políticas, aunque tuvieron resultados favorables en un inicio, como lograr la estabilidad económica y detener la inflación, no ocasionaron mejoras sociales inmediatas y en algunos casos acentuaron las desigualdades sociales (Madrid 2010, 596-598), para contextualizar el porcentaje de la población que vivía en situación de pobreza en la década de los 90 se ubicaba en aproximadamente el 43,5%, y el nivel de desigualdad de ingresos medido por el índice de Gini llegaba a 0,54 (Banco Mundial 2022; CEPAL 2022).

Este contexto ocasionó a su vez una crisis de representación política en la que los ciudadanos no encontraban respuestas a sus demandas por parte de las administraciones públicas de turno (Stoessel 2014, 5-7), abriendo paso a la aceptación de nuevas propuestas de políticas que dieran prioridad al crecimiento económico con redistribución y equidad. Es así como nacen los movimientos políticos que promovieron un nuevo cambio de ciclo político, es decir, una nueva forma de hacer política pública, como hemos dicho centrados en la persona y el bienestar social, a través de la justicia social y la equidad. Aunque se trató de un movimiento político no homogéneo, hay cuatro aspectos que hacen que este fenómeno haya sido un mismo cambio de ciclo político: su vínculo con la democracia participativa, el contexto económico y social deteriorado, los proyectos políticos post-consenso de Washington que buscaron implementar para mitigar el deterioro social y económico, y finalmente la búsqueda de la justicia social, la equidad y la reducción de la pobreza, a través de la redistribución de la

riqueza y el crecimiento económico inclusivo (F. Panizza 2005; Cornia 2010; Madrid 2010; Arenas García 2012; Stoessel 2014).

Ahora bien, se decidió estudiar a Bolivia y a Ecuador porque ambos países atravesaron por el cambio del ciclo político hacia la izquierda. En el caso de Bolivia, éste inició en el año 2006 con la presidencia de Evo Morales, tuvo una interrupción en el año 2019, y luego continuó a finales del año 2020 con la presidencia de Luis Arce quien continúa en el mandato presidencial a octubre de 2024. En el caso de Ecuador, tuvo una duración de una década entre los años 2007 y 2017 con la presidencia de Rafael Correa. Pero además, porque de acuerdo con autores como Arenas García (2012: 35), Madrid (2010:588), y Stoessel (2014:10) ambos países realizaron grandes cambios estructurales en lo que respecta a la política pública, centrándola en el bienestar social y sus raíces ancestrales, estipulándolas bajo los enfoques de “Vivir Bien” en Bolivia y el “Buen Vivir” en Ecuador.

Se tomó a la desnutrición infantil como objeto de estudio porque es uno de los problemas sociales más apremiantes, debido a que pone en riesgo la vida de las personas que la padecen no solo en el presente, sino también en el futuro, comprometiendo su estado de salud y sus capacidades intelectuales, afectando no solo a la persona que la padece sino a la sociedad en general y comprometiendo el futuro de los países. De modo que es imposible concebir un cambio político estructural basado en la justicia social que no tome en cuenta a la desnutrición infantil como uno de los principales problemas a atacar.

La persona lectora podría pensar que solo mirando las estadísticas nacionales relacionadas a la desnutrición infantil antes y después del cambio del ciclo política hacia la izquierda en ambos países daría una respuesta precisa a la interrogante de esta investigación. No obstante, como hemos indicado el cambio del ciclo político se trató de cambios estructurales en la forma de hacer política pública, de modo que, solo mirar un número daría una respuesta importante, pero incompleta en lo que respecta a este fenómeno político-social. Es por ello, que para realizar esta investigación utilizamos el método de Análisis Histórico Comparativo porque nos permite estudiar un fenómeno social histórico desde una perspectiva macro, nos permite comparar a países con similitudes en procesos políticos, y finalmente porque permite realizar un estudio causal entre fenómenos sociales, en este caso el cambio del ciclo político como causal de cambios en la política pública sobre la desnutrición infantil y por ende en los resultados de dicha política pública. De modo que, se estudió no solo las estadísticas nacionales, sino los cambios en materia legislativa, los planes de gobierno antes, durante y después del cambio del ciclo político, y los programas y proyectos sociales enmarcados en la

lucha contra la desnutrición infantil que estuvieron vigentes durante el periodo de estudio, es decir, las dos primeras décadas del siglo XXI.

Nuestra hipótesis se centra en que, aunque ambos países atravesaron por un mismo cambio de ciclo político sus resultados en estadísticas nacionales fueron divergentes, ya que de acuerdo con la FAO et al. (2020, 20) Bolivia fue uno de los países que logró la reducción de la desnutrición crónica infantil más acelerada en la región durante la primera década del siglo XXI, mientras que en este mismo periodo Ecuador no presentó mejoras. Sin embargo, al hacer esta investigación aprendimos que la desnutrición infantil va más allá de la desnutrición crónica, también se manifiesta a través del bajo peso al nacer, la emanación, la insuficiencia ponderal, y la deficiencia en micronutrientes.

Esbozando todo esto, en la presente sección expondremos los resultados y conclusiones de esta investigación dando respuesta a cuatro interrogantes. La primera, ¿qué cambios se originaron en materia legislativa? La segunda, ¿qué cambios ocurrieron en materia de planes nacionales? La tercera, ¿qué cambios se dieron en materia de programas sociales? Y finalmente, ¿ocurrieron cambios en las estadísticas nacionales relacionadas con los diferentes tipos de desnutrición infantil? Todo ello enmarcado en el cambio del ciclo político del giro hacia la izquierda suscitado en las primeras dos décadas del siglo XXI en Bolivia y Ecuador.

En lo que respecta al marco legal

En esta sección daremos respuesta a la pregunta ¿qué cambios ocurrieron a partir del giro a la izquierda en materia legislativa con relación a la desnutrición infantil en Bolivia y Ecuador?

En el caso de Bolivia pudimos identificar cinco grandes cambios en materia legislativa. Un primer cambio fue la promulgación de una nueva constitución en el año 2009, donde se introduce el derecho a la alimentación (artículo 16), que no estaba contemplado en la Constitución previa promulgada en el año 1967. Asimismo, en la nueva constitución se introduce que el Estado tiene la obligación de garantizar la seguridad alimentaria de la población, a través de una alimentación sana, adecuada y suficiente (artículo 16). Y se establece como eje central de la política pública velar por la seguridad y la soberanía alimentaria a través de los programas de alimentación escolar, el gasto y la inversión pública, la gestión de las empresas propiedad del Estado, y los tratados internacionales que sean firmados (artículos 82, 255, 309, 321). Adicionalmente, la Constitución del 2009 establece como derechos el acceso al agua potable y alcantarillado (artículo 20) que como se estudió en el capítulo primero son fundamentales para garantizar la correcta higiene de la población y así

evitar las enfermedades infecciosas que son una de las principales causantes de la desnutrición infantil (UNICEF 2011, 7; Organización Mundial de la Salud 2024). Todas estas inclusiones no estaban estatuidas en la Constitución anterior que corresponde al año 1967 con sus reformas correspondientes.

Un segundo cambio fue la promulgación de un nuevo Código para las Niñas, Niños y Adolescentes que fue sancionado en el año 2014 mediante la Ley N° 548, a través de la cual se derogó la Ley N° 2026 del 26 de octubre de 1999 que contemplaba el Código anterior. En este nuevo Código se establece explícitamente que todo niña, niño y adolescente tiene el derecho a una alimentación nutritiva y balanceada en calidad y cantidad, que satisfaga las normas de la dietética, la higiene y salud, y prevenga la malnutrición (artículo 17), mandato que no estaba contemplado en el código anterior. Asimismo, el nuevo código del año 2014 contempla el derecho al acceso al agua potable, saneamiento e higiene de calidad que tampoco estaba estipulado en el código anterior (artículo 34). Adicionalmente, aunque el Código de 1999 establecía que el Estado era responsable de proteger la maternidad antes, durante y después del embarazo a través de las instancias de salud, lo que incluía el apoyo alimentario (Decreto Ley 2026/1999, art. 15), en el nuevo Código se enfatizó y amplió este apartado estableciendo que el Estado Boliviano en todos sus niveles debe garantizar el apoyo alimentario o suplementario a las mujeres, antes, durante y después del embarazo, así como también, debe garantizar las condiciones necesarias para una gestación, alimentación y lactancia adecuada (artículo 24).

Un tercer cambio fue la aprobación de la Ley No. 3460 de Fomento a la Lactancia Materna y Comercialización de sus sucedáneos y su reglamento en el año 2006, que buscaba mejorar el estado nutricional de los niños menores de 5 años, reducir las tasas de morbilidad y mortalidad infantil, garantizar el derecho a la alimentación de los niños y el derecho a amamantar, mediante la promoción de buenas prácticas de lactancia y la regulación de productos sustitutos de la leche materna. Esta Ley termina contemplando el derecho del niño a ser amamantado y el derecho de la madre a amantar, lo que muestra la importancia de plasmar los derechos en leyes y no darlos por sentado. Es importante recalcar que esta Ley y su Reglamento sientan las bases en materia de protección a la lactancia materna a nivel nacional, es decir, en Bolivia. No obstante, ellas están fundamentadas en dos acuerdos internacionales. El primero es el Código Internacional de Sucédáneos adoptado mediante la Resolución de la Asamblea Mundial de Salud 3-22 del 21 de mayo de 1981 (Organización Mundial de la Salud 1981). Y el segundo es la Estrategia Mundial para la Alimentación del

Lactante y del Niño Pequeño, adoptada en mayo de 2002 por todos los Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia 2003).

Un cuarto cambio en Bolivia fue la implementación de un marco institucional fundamentado en el enfoque del Vivir Bien, el cual está contenido en la Constitución Política del Estado y demás leyes sancionadas. La noción del Vivir Bien busca promover el derecho a una vida adecuada no solo para la persona como individuo, sino también para el entorno social y ambiental que lo rodea. El Vivir Bien se compone de ocho (8) principios, dentro de los cuales se encuentra saber alimentarse, que implica que los alimentos son una fuente de vida y no solo un insumo para saciarse, así como también deben ser aptos tanto en calidad como en cantidad, y deben ser accesibles de forma permanente a toda la población (Ley 300/2012). Además, la noción de Vivir Bien requiere de la soberanía alimentaria para garantizar canales de producción y comercialización de productos con enfoque de protección al medio ambiente y bienestar social (Ley 144/2011, art. 26; Ley 300/2012, art. 13).

Bajo el enfoque de Vivir Bien, se promulgaron un conjunto de leyes en aras de garantizar la soberanía alimentaria y el derecho a la alimentación durante la segunda década del siglo XXI. Entre ellas, se encuentran la Ley No. 144 de 2011 sobre la Revolución Productiva Comunitaria Agropecuaria, la Ley No. 300 de 2012 para el Marco de la Madre Tierra y Desarrollo Integral para Vivir Bien, y la Ley No. 338 de 2013 de Organizaciones Económicas Campesinas, Indígena Originarias (OECAS) y de Organizaciones Económicas Comunitarias (OECOM) para la integración de la agricultura familiar sustentable y la soberanía alimentaria. Estas leyes, contemplan elementos relacionados al deber del Estado Boliviano en la garantía al derecho a la alimentación y a la salud con soberanía y seguridad alimentaria y el acceso a alimentos suficientes en calidad y en cantidad para la población que no puede adquirirlos por sus propios medios diariamente (Ley 300/2012, art. 13; Ley 144/2011, art. 25), la promoción de la alimentación saludable y culturalmente apropiada a través de políticas de educación (Ley 300/2012, art. 13; Ley 144/2011, art. 20), la protección de la población a todas las formas de malnutrición (Ley 300/2012, art. 13), el fomento a mejores condiciones y capacidades para la producción de alimentos (Ley 300/2012, art. 13; Ley 144/2011, art. 26), y la ampliación de la cobertura del Programa de Alimentación Complementaria Escolar a todos los niveles de educación obligatoria (inicial, primaria y secundaria) tanto de escuelas públicas como de escuelas de convenio (Ley 144/2011, art. 20).

Un quinto cambio fue la sanción de la Política de Alimentación y Nutrición en el marco de saber alimentarse para Vivir Bien aprobada en octubre de 2014. Con ella se buscaba lograr que la población boliviana tuviera un estado nutricional adecuado en todo el ciclo de vida (Decreto Supremo 2.167/2014). Esta política funda las bases de todas las acciones realizadas por parte del Estado en materia de alimentación y nutrición hasta el año 2025.

En el caso de Ecuador pudimos evidenciar dos cambios relevantes en lo que respecta al marco legal que tiene incidencia en la problemática de la desnutrición infantil. Al igual que en el Estado Plurinacional de Bolivia un primer cambio fue la sanción de una nueva Constitución en el año 2008, que derogó la Constitución de 1998. Entre los cambios relevantes realizados en esta nueva constitución en materia de alimentación y nutrición se encuentran. En primer lugar, el reforzamiento de lo que significa el derecho a la alimentación, donde se estipula que todas las personas tienen derecho al acceso seguro y permanente de alimentos que sean sanos, suficientes y nutritivos preferentemente producidos a nivel local y en correspondencia con sus diversas identidades y tradiciones culturales (artículo 13). Derecho que se enmarca dentro de los derechos denominados del Buen Vivir. En segundo lugar, que el derecho a la alimentación es considerado un derecho fundamental para garantizar el derecho a una vida digna (artículo 66). Y en tercer lugar, que el Estado garantizará la soberanía alimentaria (artículo 13) y que ésta corresponde a un objetivo estratégico de la nación para asegurar a toda la población la autosuficiencia de alimentos sanos y culturalmente apropiados de forma permanente (artículo 281), por lo cual toda política del país debe procurar la soberanía alimentaria.

Un segundo cambio fue la emanación de la Ley Orgánica del Régimen de la Soberanía Alimentaria sancionada en el año 2009 y reformada en 2010, la cual derogó a la Ley de Seguridad Alimentaria y Nutricional de 2006. Como vimos al estudiar la constitución de Ecuador, el cambio del ciclo político hacia la izquierda introdujo en la carta magna la importancia de la soberanía alimentaria en el país, lo cual se reafirma con esta ley. Ahora bien, ¿por qué es importante este concepto de la soberanía alimentaria? Porque establece como mandato fundamental para un país que la producción nacional de alimentos debe estar enfocada en que la misma sea consumida por los habitantes del país, es decir, que se prime el consumo nacional ante una exportación. Es querer evitar la explotación de los recursos naturales para la exportación de alimentos y procurar las prácticas más adecuadas de producción para el consumo sano, seguro, y nutritivo de los habitantes del país, así como también una comercialización adecuada de la producción que no discrimine por localidad. En este sentido, la Ley Orgánica del Régimen de la Soberanía Alimentaria fue emanada con el

objeto de generar los mecanismos para que el Estado ecuatoriano garantice el acceso suficiente y permanente de alimentos sanos, nutritivos y culturalmente apropiados a toda la población del país (Ley Orgánica del Régimen de la Soberanía Alimentaria 2010, art. 1). Esta ley representa el segundo cambio en materia legal en lo que respecta al giro a la izquierda en el país, donde, como hemos mencionado antes, se busca que los derechos y la protección de los mismos queden establecidos en leyes y no solo se den por sentado.

Aunque en esta sección nos enfocamos en los cambios realizados en materia legal que tiene un impacto sobre la nutrición infantil a partir del giro a la izquierda. Es importante señalar que en el caso de Ecuador ya existían leyes que protegían a la infancia y la maternidad con relación a la salud y nutrición. Una primera ley es la Ley de la Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia que data del año 1994, cuya última modificación es del año 2006, la cual tiene como finalidad el financiamiento para cubrir la atención durante el embarazo, parto, postparto, y la primera infancia. Una segunda ley es la Ley de Fomento, Apoyo y Protección de la Leche Materna sancionada en el año 1995 y su Reglamento aprobado en 1999. Estos al igual que en Bolivia se enmarca en el acuerdo internacional de la Organización Mundial de la Salud, específicamente el Código Internacional de Sucedáneos de 1981 (Organización Mundial de la Salud 1981). Por último, en lo que respecta a los derechos de la infancia se encuentra el Código de la Niñez y la Adolescencia sancionado en el año 2003, que aunque este Código sufrió modificaciones en el año 2014, es decir, durante el mandato de Rafael Correa, los tópicos tratados en esta investigación no fueron sujetos a cambios (Ley 100/2003, arts. 12, 24, 25, 26, 27, 193).

En lo que respecta a los planes de desarrollo o planes de gobierno

En esta sección daremos respuesta a la pregunta ¿qué cambios ocurrieron en materia de planes nacionales a partir del cambio del ciclo político hacia la izquierda tanto en Bolivia como en Ecuador enfocándonos en lo que respecta a la nutrición infantil?

Antes de dar respuesta a la pregunta que nos atañe en esta sección, es importante mencionar que en ambos países objeto de estudio imperó la inestabilidad política antes del mandato de Evo Morales en Bolivia y de Rafael Correa en Ecuador. En el caso de Bolivia, entre el año 2000 y el año 2006 hubo cinco mandatarios frente al poder ejecutivo. El primero fue Hugo Banzer quien no pudo finalizar su periodo presidencial por motivos de salud. El segundo fue Jorge Quiroga Ramírez quien fue vicepresidente de Hugo Banzer y tomó el mandato luego de que Banzer prescindiera de su cargo. El tercero fue Gonzalo Sánchez de Lozada quien ganó las elecciones en el año 2002 y renuncia a la presidencia en octubre de 2003. El cuarto fue

Carlos Mesa, quien al ser el vicepresidente durante el segundo gobierno de Gonzalo Sánchez de Lozada toma la presidencia frente a la renuncia de Gonzalo Sánchez; no obstante, tras presiones sociales Carlos Mesa también decide prescindir de su cargo como presidente en junio de 2005. Finalmente, tras la renuncia de Carlos Mesa, Eduardo Rodríguez Veltzé como presidente de la Corte Suprema de Justicia de Bolivia toma la presidencia en junio de 2005 con el fin de convocar a elecciones anticipadas, las cuales se suscitaron en diciembre de 2005 dando como ganador a Evo Morales quien estuvo en el poder trece años. En el caso de Ecuador ocurrió un fenómeno similar teniendo un total de tres mandatarios antes de la presidencia de Rafael Correa. El primero fue Gustavo Noboa quien toma el cargo en enero del año 2000 y renuncia en el año 2002, para lo cual convocan a elecciones en el último trimestre del año 2002, dando como ganador a Lucio Gutiérrez quien toma el mando en el año 2003, pero se ve obligado a huir del país tras un golpe de estado suscitado en abril de 2005. Tras el abandono de sus funciones, toma la presidencia su vicepresidente Alfredo Palacio en abril de 2005 sosteniendo las riendas del poder ejecutivo hasta el 2007 y así culminando el periodo presidencial que le correspondía a Lucio Gutiérrez. Posterior a ello comienza el mandato de Rafael Correa.

¿Por qué los acontecimientos antes explicados son relevantes para esta sección? Por dos razones. En primer lugar, porque la inestabilidad política afecta la ejecución de la política pública en el país, aunque sin duda las manifestaciones sociales son un indicativo de la necesidad de una mejor gestión pública específicamente en lo social. Y, en segundo lugar, porque no se pudieron conseguir los planes de gobierno de algunos mandatarios tanto para Bolivia como para Ecuador, lo que limita el proceso de comparación que se llevó a cabo en esta investigación. En el caso de Bolivia, no se encontró un plan de gobierno entre el 2000 y el 2006, es decir, antes del mandato de Evo Morales, por lo que no tenemos un punto de comparación previo. Para el caso de Ecuador, no se consiguió el plan de gobierno correspondiente al mandato de Lucio Gutiérrez que fue continuado por Alfredo Palacio, es decir, el plan de gobierno inmediatamente anterior a la gestión de Rafael Correa.

En el caso de Bolivia, como mencionamos en el párrafo anterior, no pudimos localizar los planes de gobierno de las administraciones de los años previos al gobierno de Evo Morales, es decir, entre el año 2000 y el año 2006, por lo que es imposible hacer una comparación en materia de planes de gobierno. Lo único que podemos decir es que los cuatro planes de desarrollo que se pudieron revisar para esta investigación, que fueron parte del cambio del ciclo político hacia la izquierda en Bolivia, dan cuenta que la reducción de la desnutrición

infantil era y sigue siendo una prioridad en la gestión pública del país. Todos estos planes de desarrollo mostraron las estrategias para mejorar la salud y nutrición de la población, evidenciando que los niños menores de 5 años, las mujeres embarazadas y las mujeres en periodo de lactancia eran una prioridad para el país debido a los impactos sociales que esto representa no solo para la generación del presente, sino también para la generación del futuro. Asimismo, muestran que la administración pública comprendía, y así se plasmó en los planes de desarrollo revisados, que el abordaje de las problemáticas alimenticias necesitaba ser resuelto desde un enfoque intersectorial que requiere de la intervención en salud, educación, producción y comercialización de alimentos, y servicios básicos, para garantizar buenos hábitos alimenticios, acceso a alimentos saludables tanto en cantidad como en calidad, disponibilidad de la atención de salud antes, durante y después del embarazo, y prácticas de higiene que garanticen la buena salud de la población.

Uno de los grandes logros en materia de planificación en Bolivia fue la Agenda Patriótica 2025 la cual fue aprobada en el año 2013 con el objetivo de establecer los lineamientos de gestión de la política pública del país hasta el año 2025, bajo el marco del enfoque del Vivir Bien. Esta agenda fue elevada a rango de Ley en 2015 mediante la Ley N° 650, lo que dejó por sentado que independientemente de las ideologías políticas de los gobiernos por venir debían cumplirse los lineamientos estratégicos establecidos en la misma. ¿Por qué la Agenda Patriótica 2025 es relevante para esta investigación? Porque de los 13 pilares que busca abordar esta Ley, cinco pilares tienen injerencia directa o indirectamente con el tema de la nutrición infantil. Estos son el pilar 8 que se centra en la soberanía alimentaria a través de la construcción de saber alimentarse para vivir bien, bajo el cual se establecen las metas de eliminar el hambre, la desnutrición y reducir la malnutrición en el país, especialmente en las poblaciones más vulnerables dentro de las cuales se encuentran los niños menores de 5 años, las mujeres embarazadas y las mujeres en periodo de lactancia (Ministerio de Planificación del Desarrollo 2013, 16-17). Asimismo, se estipula que para lograr la soberanía alimentaria es necesario fortalecer el sistema productivo del país (Ministerio de Planificación del Desarrollo 2013, 16). El pilar 1 busca erradicar la pobreza. El pilar 2 establece el lineamiento de universalizar los servicios básicos como el agua y saneamiento básico. El pilar 3 establece la prioridad del acceso al sistema de salud y educación donde se incluye el programa de alimentación escolar. El pilar 4 trata sobre soberanía científica y tecnológica donde se incentiva al desarrollo de nuevas tecnologías para la producción de alimentos. Y finalmente el pilar 6 trata sobre la soberanía productiva.

No obstante, uno de los mayores fracasos en materia de planificación nacional fue la falta de establecimiento de metas para la reducción de la desnutrición infantil, ya que sin metas no hay un fin claro al cual se quiere llegar. De los cuatro planes de desarrollo pertenecientes al cambio del ciclo político, solo dos establecieron con claridad metas relacionadas a la desnutrición infantil, es decir, establecieron cuáles eran los resultados que esperaban obtener en indicadores nutricionales al final de la gestión. El primero, fue el Plan Nacional de Desarrollo 2016-2020, el cual planteó como metas reducir la desnutrición crónica infantil en menores de 5 años al 9%, reducir la anemia en niños menores de 5 años al 30%, aumentar el porcentaje de niños que son alimentados exclusivamente con leche materna durante sus primeros seis meses de vida a 84%, y reducir la población subalimentada a 10% (Ministerio de Planificación del Desarrollo 2016, 155-156). Y el segundo fue el Plan Nacional de Desarrollo 2021-2025 que estableció las mismas metas del plan anterior dejando por fuera la meta de la población subalimentada y los niños en lactancia exclusiva (Ministerio de Planificación del Desarrollo 2021, 148).

En lo que respecta a Ecuador, sí tuvimos acceso a un plan antes de la gestión de Rafael Correa, este fue el plan del gobierno de Gustavo Noboa, por lo que podemos comparar los planes de gobierno de Rafael Correa con un plan anterior. Asimismo, en la sección de planes de desarrollo de Ecuador abordamos los dos planes de gobierno posteriores a la administración de Rafael Correa, los correspondientes al gobierno de Lenin Moreno y Guillermo Lasso, por lo que podemos compararlos con un después. En este sentido, los planes de la revolución ciudadana, Plan de Desarrollo 2007-2010, Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013, y el Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017, esbozan con claridad lo que deseaba conseguir el gobierno nacional. Todos seguían una estructura basada en objetivos, cada objetivo venía acompañado del conjunto de políticas que se implementarían para alcanzarlo, y cada política incluía el conjunto de estrategias que se seguirían para el cumplimiento de la política. Asimismo, al finalizar el planteamiento de todas las políticas y sus estrategias se establecían las metas que se esperaban cumplir al finalizar el periodo de cada plan. Esto representó una nueva forma de planificación para el país, que a los ojos de la autora de esta investigación los planes explicaban con claridad la ruta a seguir y las metas a cumplir para cada periodo, además hacían un diagnóstico de la situación actual para el momento y presentaban cuáles eran las políticas o programas vigentes que se estaban implementando para abordar dicha problemática por cada objetivo planteado. Esto no quiere decir que el plan de gobierno de la administración de Gustavo Noboa no hiciera un

diagnóstico de la situación del país para el momento, de hecho, sí lo hacía, y estableció los objetivos de acuerdo con su alcance temporal en objetivos de corto plazo y objetivos de mediano y largo plazo. Cada objetivo venía acompañado de las estrategias a seguir y las instituciones responsables de su implementación (Oficina de Planificación 2000). Aunque el plan del gobierno de Gustavo Noboa pareciera en palabras similar a los de la administración de Rafael Correa, la verdad es que la exhaustividad y precisión con la que se realizaron los planes del gobierno de Correa nos dan una catedra de como hacer política pública.

Es de esperarse que cuando un gobierno mejora la manera de hacer la planificación de un país, esto se tome como referencia para continuar su legado y seguir mejorando, independientemente de la corriente ideológica del gobierno sucesor. No obstante, esto no fue lo que ocurrió en Ecuador. En lo que respecta al plan de gobierno de la administración de Lenin Moreno para el periodo 2017-2021, este se encuentra enmarcado en 3 ejes de acción, los cuales están conformados por un total de 9 objetivos, donde cada objetivo estaba compuesto por un conjunto de políticas (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2017), pero las políticas no contenían las estrategias para su consecución, de modo que quedaba un vacío respecto a la ruta de acción de la administración pública para dicho periodo por cada política. Con relación al último plan de gobierno de Ecuador abordado en esta investigación, correspondiente a la administración de Guillermo Lasso para el periodo 2021-2025, su plan también cambia la estructura en la que se presentan los lineamientos de política, al igual que ocurrió con el plan de gobierno de Lenin Moreno, está enmarcado en ejes de acción, en esta oportunidad en cinco ejes, cada uno está compuesto por un conjunto de objetivos que en su totalidad componen 16 objetivos nacionales, y cada objetivo cuenta con políticas y lineamientos de políticas territoriales para cada objetivo nacional, pero de igual manera se desconocen las estrategias a nivel nacional para la consecución de cada política nacional de este plan de gobierno (Secretaría Nacional de Planificación 2021). Dejando ver que los dos gobiernos que sucedieron al de Rafael Correa propusieron una nueva forma de planificación que no representó un avance para el país, sino un retroceso, porque dejaron de lado la exhaustividad y la explicación milimétrica de la política pública para mostrarla de forma más resumida pero dejando interrogantes.

Ahora bien, hablar sobre las políticas y estrategias que tenían incidencia sobre la nutrición infantil durante el gobierno de Rafael Correa representaría repetir lo que ya fue explicado de forma detallada en la sección 2.2. del capítulo 2 de esta investigación. No obstante, nos parece relevante mencionar en las conclusiones qué metas fueron establecidas con relación a la

nutrición infantil durante el cambio del ciclo político hacia la izquierda en Ecuador. En el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010 titulado “Planificación para la Revolución Ciudadana” se establecieron como metas erradicar la desnutrición crónica severa en niños menores de 5 años, reducir en 45% el retraso en la talla para la edad en menores de 5 años (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2008, 71), y aumentar en 300 mil las viviendas con eliminación de excretas (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2008, 94). En el Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013 se da continuidad a las propuestas establecidas en el plan anterior y se establece entre sus metas reducir en 45% el retraso en la talla para la edad en menores de 5 años, disminuir a 3,9% el porcentaje de niños que nacen con bajo peso, aumentar el promedio de consumo calórico de proteínas en el quintil más bajo a 260 kilo calorías por día (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2009, 174), y aumentar a 4 meses el promedio de meses de lactancia materna exclusiva (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2009, 151). Finalmente en el Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 correspondiente al tercer y último mandato presidencial de Rafael Correa, se establecen dos metas relacionadas a la nutrición infantil. La primera era erradicar la desnutrición crónica en menores de 2 años (se buscaba tener un promedio nacional igual o inferior al 3%) y la segunda fue aumentar la prevalencia de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida a 64% (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2013, 153-154). No obstante, este plan abandona algunas metas relacionadas a la lucha contra la desnutrición infantil que fueron estipuladas en los dos planes anteriores y que aún no habían sido resueltas para el momento en el que se escribió el plan, como lo son la desnutrición crónica infantil en niños menores de 5 años que tenía una tasa nacional promedio de 25,2% en 2012, el bajo peso al nacer con una tasa promedio nacional de 8,1% en 2010 (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2013, 530), y el aumento del consumo de proteínas en las poblaciones más vulnerables para garantizar una dieta más balanceada.

Finalmente para cerrar esta sección podemos decir que en Ecuador sí hubo cambios en lo que respecta a los planes de desarrollo, mostrando que sí hubo un cambio de ciclo político, es decir, una nueva forma de esbozar la planificación a nivel nacional donde las personas son la prioridad y el centro de la política del país. En el caso de Bolivia podemos afirmar que también se sigue la lógica de que las personas y su bienestar son el centro de la política nacional; no obstante al no contar con acceso a los planes de gobiernos anteriores a los de Evo Morales es imposible hacer una comparación y por ende dar respuesta a la pregunta de esta sección.

En lo que respecta a los proyectos y programas

En esta investigación solo nos enfocamos en los proyectos y programas impulsados por el gobierno central a nivel nacional debido a que queríamos concentrarnos en las iniciativas llevadas a cabo por el poder ejecutivo y así entender si hubo algún cambio a partir del cambio del ciclo político en estos países producto del giro a la izquierda. De modo que en esta sección abordaremos, qué programas se introdujeron durante el giro a la izquierda, qué programas del pasado fueron continuados durante el giro a la izquierda y si éstos fueron sujetos a cambios significativos.

En lo que respecta a Bolivia, se crearon cuatro programas durante la administración de Evo Morales. El primero de ellos y uno de los más importantes fue el Programa Multisectorial Desnutrición Cero (PMDC) creado en el año 2007 y el cual se sigue implementando hasta la actualidad. Como su nombre lo indica se trata de un programa que aborda las problemáticas de la desnutrición infantil desde varios sectores, entre ellos se encuentran, salud, educación, desarrollo rural, desarrollo productivo, economía plural, justicia, medio ambiente y agua (Viceministerio de Comunicación 2024). Su objetivo es erradicar la desnutrición en menores de cinco años con énfasis en menores de dos años (Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición 2008, 13). El programa tiene alcance a nivel nacional, no obstante intensifica su trabajo en las localidades donde hay mayor presencia y riesgo de inseguridad alimentaria (Morales et al. 2010, 7). Asimismo, no solo es ejecutado por el gobierno central sino también por los demás niveles de gobierno, así como también cuenta con la participación de la cooperación internacional y de organizaciones sin fines de lucro. No se encontró una investigación que midiera el impacto de este programa con relación a su objetivo; no obstante, conseguimos dos investigaciones que muestran que el programa tiene mayor efectividad cuando hay una participación activa de las autoridades locales y de los líderes comunitarios (Kopp et al. 2012; Morales et al. 2010).

El segundo programa se trata de un programa de transferencias monetarias condicionadas denominado Juana Azurduy, el cual fue creado en el año 2009 y su implementación se mantiene hasta la actualidad (artículo 1 del Decreto Supremo 0066). Este programa busca contribuir a la disminución de la mortalidad materno infantil y a la desnutrición crónica en menores de dos años a través de transferencias monetarias que son entregadas a cambio de controles prenatales, partos institucionales, control postnatal, y consultas pediátricas de los niños inscritos en el programa, siempre y cuando no cuenten con un seguro médico público o privado (artículos 2 y 5 del Decreto Supremo 0066). Aunque la responsabilidad del programa

se encuentra a cargo del Ministerio de Salud y Deporte, este necesita de todos los niveles de gobierno para su implementación. Una investigación conducida por Fuertes et al. (2015) encontraron que el Programa Juana Azurduy aumenta la probabilidad de asistir a controles prenatales, aumenta la probabilidad de asistir a controles prenatales de forma más temprana, incrementa el porcentaje de partos institucionales, disminuye la tasa de nacidos muertos, disminuye la tasa de bajo peso al nacer en zonas urbanas, incrementa el promedio de controles pediátricos, y reduce la presencia de anemia en la población objetivo.

El tercer programa de Bolivia creado durante la administración de Evo Morales es el Subsidio Universal Prenatal por la Vida el cual fue creado en el año 2015 y sigue su implementación hasta la actualidad. Este programa tiene como objetivo mejorar y complementar la asistencia y protección de las mujeres gestantes, mediante la entrega de alimentos nutritivos a mujeres gestante que forman parte del programa Juana Azurduy y que no se encuentren registradas en ningún ente gestor del seguro social de corto plazo a partir del quinto mes de embarazo. Este programa forma parte de las estrategias del Programa Desnutrición Cero. Algo importante de acotar es que el Subsidio Universal Prenatal por la Vida es la contraparte del Subsidio Prenatal y Subsidio de Lactancia que son entregados a familias que cotizan en el seguro social de corto plazo, es decir, que trabajan en el sector formal; no obstante, la canasta que se entrega a través del subsidio prenatal por la vida solo representa el 15% de las canastas que se entregan en los otros dos subsidio, por lo que a pesar de ser una política que busca reducir la desigualdad, este la sigue manteniendo.

El cuarto proyecto es el Banco de Leche Humana. El primero fue inaugurado en el año 2014 en el Hospital de la Mujer ubicado en La Paz (Ministerio de Salud y Deporte 2014). Este Banco tiene como objetivo reducir la morbilidad y mortalidad infantil mediante el suministro de leche materna para aquellos niños prematuros que no pueden satisfacer sus necesidades nutricionales con la lactancia de sus madres, niños con bajo peso al nacer, niños que sufren alergias, niños que sufren de problemas gastrointestinales, y niños gemelos o trillizos que no logran consumir la cantidad necesaria de leche materna (Ministerio de Salud y Deporte 2014). Esta iniciativa es sumamente interesante porque además de procurar la alimentación con leche materna en lugar de sucedáneos, busca la promoción de la donación de leche materna.

En lo que respecta a los programas que ya existían antes de la administración de Evo Morales, pero que fueron continuados durante este se encuentran: el programa de alimentación complementaria escolar, cuyo mayor cambio durante el giro a la izquierda fue la obligatoriedad de la educación inicial escolarizada mediante la Ley 070/2010 (artículos 9, 11,

y 12); el subsidio prenatal y el subsidio de lactancia para las personas que cotizan en el seguro social de corto plazo cuyos cambios corresponde a la actualización de los montos de la canasta; por último se encuentra el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) que fue creado en el año 2002 y consiste en asistencia de salud, no obstante, no encontramos información respecto a si este sigue vigente o hasta que año finalizó su ejecución.

Para concluir el apartado de los programas y proyectos de Bolivia tenemos como conclusión. En primer lugar, que se requiere de los diferentes niveles de gobierno para la ejecución de los programas y proyectos, ya que los municipios y parroquias son las instancias más cercanas a la población, lo que las hace necesarias para la identificación de las problemáticas, identificación de líderes comunitarios, identificación de población en mayor riesgo, etc. Para lo cual es fundamental su fortalecimiento con el objetivo de lograr la mayor efectividad en los programas dirigidos a reducir la desnutrición infantil. En segundo lugar, la importancia de que los programas se complementen entre sí para que se pueda realizar una intervención integral sobre la población objetivo. Y en tercer lugar, la importancia de las evaluaciones de impacto de los proyectos que sean constantes en el tiempo, no solo para conocer los resultados reales del programa, sino también como un mecanismo de rendición de cuentas hacia la población donde se evidencie qué programas se están ejecutando, por qué se están ejecutando, con cuánto presupuesto, y qué impacto generan.

En el caso de Ecuador, en lo que respecta al cambio del ciclo político, es decir, durante la administración de Rafael Correa, tenemos que se crearon cuatro programas, estos fueron: el Proyecto Alimentario Nutricional Integral también conocido como PANI, la Intervención Nutricional Territorial Integral también conocida como INTI, el Programa Emblemático Acción Nutrición, y el Programa Desnutrición Cero luego renombrado Proyecto para todo el Ciclo de Vida – Desnutrición Cero. Es importante recalcar que fue bastante difícil conseguir fuentes primarias que brindaran información sobre estos programas, lo que se traduce en que existe un vacío de información pública importante. De hecho, en un informe realizado por el Estado en 2023 se evidencia la falta de información sobre los programas, ya que citan a fuentes secundarias en lugar de fuentes primarias a pesar de ser una institución pública (Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil 2023), con esto lo que queremos decir es que si el Estado no cita a fuentes primarias es porque la información es de difícil acceso, situación que se incrementa cuando la investigación es ajena al Estado.

En lo que respecta a los programas creados durante la administración de Rafael Correa tenemos en primer lugar al Proyecto Alimentario Nutricional Integral (PANI) que se encontró

vigente durante el periodo 2009-2014. Su objetivo era prevenir y reducir la malnutrición infantil en niños que asistían a los Centros Infantiles del Buen Vivir y del programa Creciendo con Nuestros Hijos, es decir, centros de desarrollo infantil temprano que atendían a niños entre 6 meses y 5 años de edad, a través de la entrega del suplemento alimenticio Chispaz y la consejería nutricional a los familiares. A interpretación de la autora de esta investigación este programa viene a suplir la función que se ejecutaba en el Instituto Nacional de la Niñez y La Familia (INNFA) y en el Programa Operación Rescate Infantil (ORI), ambos ejecutados hasta el año 2008, en lo que respecta a la suplementación alimenticia en niños que asistían a centros de desarrollo infantil temprano. ¿Por qué este programa es distinto al programa de alimentación escolar? Basicamente porque los centros de desarrollo infantil Creciendo con Nuestros Hijos y los Centros Infantiles del Buen Vivir forman parte de la cartera de programas del Ministerio de Inclusión Económica y Social dirigidos a familias en situación de vulnerabilidad, mientras que el Programa de Alimentación Escolar se implementa en las instancias educativas que están bajo la responsabilidad del Ministerio de Educación, que incluye la educación inicial que es obligatoria en los niños entre tres y cinco años que estén o no en situación de vulnerabilidad, es decir, en el PANI la atención abarca a la familia mientras que en el PAE solo se atiende al niño. Finalmente, respecto al Proyecto Alimentario Nutricional Integral (PANI) es importante mencionar que de acuerdo con Rivera (2020, 129) éste formó parte del programa Aliméntate Ecuador, aunque el PANI se mantuvo en operaciones hasta el 2014 mientras que Aliméntate Ecuador cesó sus funciones en 2012.

El segundo programa es la Intervención Nutricional Territorial Integral (INTI), el cual fue creado en el año 2009 y se ejecutó hasta el año 2012. Este programa tenía como objetivo erradicar la desnutrición crónica infantil mediante la intervención en diferentes sectores: agua, saneamiento, viviendas adecuadas, salud, nutrición, educación, producción de alimentos, y fortalecimiento de las comunidades y actores locales. De manera que se pudiera atacar la desnutrición de forma integral, tal como se llamaba el programa. Fue un programa que se implementó por etapas, es decir, priorizando territorios de acuerdo con los niveles de desnutrición infantil. Al ver la historia de los programas para combatir la desnutrición infantil, podemos decir que este es el primer programa del siglo XXI que busca atacar la problemática desde todas las áreas que la aquejan (se recomienda ver la tabla 3 donde se describen todos los programas para combatir la desnutrición infantil en Ecuador vigentes en el siglo XXI). A pesar de la importancia y magnitud de este programa fue difícil el acceso a la información de fuentes primarias sobre este programa desde información sobre su decreto de creación, hasta

funciones. De acuerdo con el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2018, 20) el programa Intervención Nutricional Territorial Integral se convirtió en el Programa Emblemático Acción Nutrición en 2012; no obstante, de acuerdo con la investigación realizada por Rivera (2020, 137-140) el INTI recibió fondos hasta 2015 y el Programa Emblemático Acción Nutrición no fue creado sino hasta el año 2014, lo que genera confusión y muestra el vacío de información pública al respecto.

El tercer programa fue el Programa Desnutrición Cero creado en el año 2011 bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud Pública, el cual buscaba reducir el bajo peso al nacer, mejorar la alimentación de los niños, aumentar los controles de salud e incrementar los partos institucionales. Este programa estaba compuesto por dos componentes, uno de transferencias monetarias condicionadas a controles de salud y parto institucionalizado, y un componente de formación nutricional y cuidado infantil. Si notamos este programa se creó cuando seguía en funcionamiento la Intervención Nutricional Territorial Integral (INTI), la cual tenía un componente en salud destinado al cuidado durante el embarazo, parto, postparto y crecimiento del niño, a cargo del Ministerio de Salud Pública y del Ministerio de Inclusión Económica y Social, lo que nos invita a preguntarnos ¿por qué se creó otro programa en lugar de fortalecer el componente de salud de la Intervención Nutricional Territorial Integral (INTI) que ya abarcaba dicha problemática? Otro hallazgo importante de este programa es que en el año 2014 cambió su nombre a Proyecto para todo el Ciclo de Vida – Desnutrición Cero; no obstante, debido a la falta de acceso a la información pública se ha generado un debate respecto a si el Proyecto para todo el Ciclo de Vida – Desnutrición Cero fue un nuevo proyecto o solo un cambio de nombre. Como indicamos en el apartado 2.3.9. nosotros encontramos un informe de gestión del Ministerio de Salud Pública del año 2017 que lo trata como un mismo proyecto (Ministerio de Salud Pública 2017, 2). ¿Cuál es el problema de la falta de información pública sobre estos programas? Que no se conoce la verdad sobre los programas y deja un vacío sobre la gestión que se hizo sobre ellos.

El cuarto y último programa creado durante la administración de Rafael Correa es el Programa Emblemático Acción Nutrición. Creado en el año 2014 y ejecutado hasta el año 2017, con objetivo de mejorar la salud y nutrición de los niños menores de cinco años. Este programa sustituyó a la Intervención Nutricional Territorial Integral (INTI), y de acuerdo con Rivera (2020, 137) se convirtió en el proyecto principal para la erradicación de la malnutrición infantil en el país a partir del 2014. Al igual que el INTI se trató de un proyecto multisectorial, pero ¿por qué se creó un nuevo proyecto si ya existía en INTI? Si la intención

era fortalecer las estrategias para mejorar la nutrición y salud infantil, solo con fortalecer las acciones que se ejecutaban a través del INTI se podía lograr.

En conclusión, los programas creados durante la administración de Rafael Correa aunque entendieron que la desnutrición infantil es un problema multisectorial y que por ende debe ser atacado desde todos los sectores que afectan la nutrición de la población, estos estuvieron caracterizados por la opacidad porque no se encuentra información pública sobre la creación de ellos; por la creación de programas cuyas funciones ya eran ejecutadas por otros programas; y finalmente por la falta de evaluación de los proyectos que fueran públicas al alcance de la población. Al igual que como mencionamos en el caso de Bolivia, es fundamental que las administraciones públicas pongan al alcance de la población qué programas se están ejecutando, por qué se están ejecutando, con cuánto presupuesto, y qué impacto generan, como un mecanismo de rendición de cuentas, porque el acceso a la información es un derecho.

Con relación a la creación de programas cuyas funciones ya eran ejecutadas por otros programas no solo se trató de la Intervención Nutricional Territorial Integral (INTI) frente al Programa Desnutrición Cero y el Programa Emblemático Acción Nutrición, sino también, al Programa Integrado de Micronutrientes (PIM) que fue creado en 1995 y al parecer sigue vigente en la actualidad, el cual proveía de suplementos alimenticios; el Programa Nacional de Alimentación y Nutrición creado en 1999 y ejecutado hasta el 2013 que también entregaba suplementos nutricionales, fortalecían las capacidades del personal de salud y fomentaban las buenas prácticas de alimentación e higiene; y el programa Aliméntate Ecuador ejecutado entre el periodo 2001 y 2012, el cual también proveía de suplementos nutricionales. El punto es, si crearon un programa de intervención integral en el año 2009 con la creación de Intervención Nutricional Territorial Integral (INTI) con el objetivo de erradicar la desnutrición infantil desde todas las áreas ¿por qué no solo enfocar los esfuerzos en un único programa (el INTI) que ya abarcaba todo y suprimir los demás programas?

Finalmente, en lo que respecta a los cambios más relevantes realizados durante el cambio del ciclo político en Ecuador en los programas ya existentes tenemos en primer lugar la obligatoriedad de la educación inicial lo que hace que los niños entre tres y cinco años de edad accedan al sistema educativo y por ende al Programa de Alimentación Escolar. Y en segundo lugar y el cambio más representativo fue la creación del Chispaz en 2009, que tiene sus bases en el suplemento alimenticio Nutrinna que había sido creado por el ente privado Instituto Nacional de la Niñez y La Familia (INNFA) y que de hecho era comprado por el

Estado para suministrarlo en sus programas de apoyo a la alimentación complementaria. En este sentido, el Chispaz es una innovación del Estado con un suplemento alimenticio más nutritivo y uniforme que podía ser implementado a nivel nacional sin depender de una instancia privada.

En lo que respecta a la evolución de las estadísticas de la desnutrición infantil

Tenemos que los resultados fueron diferentes en ambos países. Con relación al bajo peso al nacer en Bolivia tenemos una tasa creciente durante las dos décadas objeto de estudio y un nivel más alto que a inicios del siglo XXI, mientras que en Ecuador la tasa se mantuvo constante durante la segunda década del siglo y el porcentaje de bajo peso al nacer en 2018 era 4 puntos porcentuales menor al porcentaje de inicios del siglo.

En lo que respecta a la desnutrición crónica ambos países presentan una tasa decreciente durante el siglo. En el caso de Bolivia lograron reducir la desnutrición 10,8 puntos porcentuales entre el año 2000 y el año 2016, mientras que en Ecuador los niveles se mantuvieron constantes durante el cambio del ciclo político, aunque la última tasa publicada por el Estado muestra que se ha logrado una reducción llamativa, lo cual nos invita a entender que solo podríamos saber el impacto aislado del cambio del ciclo político en la desnutrición crónica infantil a partir de la medición de impacto de los programas que fueron implementados durante esa década (2007-2017), asimismo la tasa actual de desnutrición crónica infantil también nos enseña que lo realmente importante es lograr reducir los niveles de desnutrición infantil a largo plazo y seguir la tendencia decreciente indistintamente de la corriente política que gobierne.

Acerca de la insuficiencia ponderal o bajo peso para la talla tenemos que en ambos países la tendencia fue decreciente. En el caso de Bolivia la insuficiencia ponderal se redujo 4,5 puntos porcentuales entre el año 2000 y el último dato disponible que corresponde a 2016, mientras que en Ecuador la tasa es 2 puntos porcentuales más alta que en Bolivia, aunque también se redujo en alrededor de 4 puntos porcentuales entre 2004 y 2018.

Sobre la emanación o bajo peso para la talla encontramos que en ambos países la tendencia fue creciente, aunque en el caso de Bolivia el incremento fue de 0,7 puntos porcentuales, mientras que en Ecuador fue de 2,03 puntos porcentuales.

Finalmente, en lo que respecta a la anemia en menores de 5 años, la tendencia en Bolivia se mantuvo fluctuante entre el 50 y el 60 por ciento, pero no se logró una tasa por debajo del 50

por ciento. En caso de Ecuador la tendencia fue decreciente, logrando reducir la tasa 8,2 puntos porcentuales entre el año 2000 y el final del periodo de Rafael Correa en 2017.

Así pues, esta investigación nos enseña que el cambio del ciclo político en ambos países introdujo novedades importantes que no deben descartarse, algunas de ellas quedaron plasmadas en leyes, y otras en la misma Constitución. Conocer la historia de los programas implementados es fundamental porque nos enseñan qué se hizo, qué ocurrió y qué se puede mejorar. No importa la corriente política que gobierne, la historia de las políticas públicas forman parte de la historia de cada país y su continuidad es fundamental para lograr el bienestar de la sociedad, el cumplimiento de los derechos y un mundo más justo.

Referencias

- Acuerdo Ministerial 359. 2007. Programa Aliméntate Ecuador. Ministerio de Bienestar Social. Quito, 14 de mayo. <https://faolex.fao.org/docs/pdf/ecu79240.pdf>
- Acuerdo Ministerial 652. 2008. Expedir el siguiente Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos del Programa Aliméntate Ecuador. Quito, 2 de abril. <http://extwprlegs1.fao.org/docs/texts/ecu79241.doc>
- Acuerdo Ministerial 0819. 2008. Modificación del Acuerdo Ministerial 359. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Quito, 27 de junio. <https://www.fao.org/faolex/results/details/es/c/LEX-FAOC085050>
- Acuerdo Ministerial 927. 2002. La Unidad de Gestión para la Alimentación Comunitaria pasará a denominarse Programa de Alimentación para el Desarrollo Comunitario. Quito, 14 de junio. <https://www.fao.org/faolex/results/details/es/c/LEX-FAOC079237>
- Acuerdo Ministerial 1801. 2001. Creación de la Unidad de Gestión para la Alimentación Comunitaria. Quito, 2 de enero. <https://www.fao.org/faolex/results/details/es/c/LEX-FAOC079236>
- Acuerdo Ministerial MINEDUC-ME-2016-00073-A. 2016. Normativa que regula los procesos para la atención y cobertura de la alimentación escolar. Quito, 6 de agosto. <https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2016/10/MINEDUC-ME-2016-00087-A.pdf>
- Araujo, María Caridad. 2017. “Más condiciones adversas, menos conexiones neuronales en los niños”, Blog primeros pasos del Banco Interamericano de Desarrollo. <https://blogs.iadb.org/desarrollo-infantil/es/conexiones-neuronales/>
- Arenas García, Nahuel. 2012. “Post-Neoliberalismo En América Latina: En Busca Del Paradigma Perdido.” *Revista Aportes Para La Integración Latinoamericana* XVIII (27): 21–46. <http://renacerbol.com.ar/edicion138/bolivia16.htm>.
- Banco Mundial. 2022. “Índice de Gini”. <https://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GINI>
- 2024. “Prevalencia de anemia en la infancia (% de menores de 5 años)”. <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.ANM.CHLD.ZS>
- Basabe-Serrano, Santiago, y Coralia Barahona. 2017. “El fin del giro a la izquierda en Ecuador: rendimientos económicos y declive electoral en los gobiernos de Rafael Correa”. En *¿Fin del giro a la izquierda en América Latina? Gobiernos y políticas públicas*, editado por Mario Torrico, 35-56. Ciudad de México: FLACSO México.
- Berlinski, Samuel, y Norbert Schady. 2015. *The early years: child well-being and the role of public policy*. Nueva York: Palgrave Macmillan. <https://publications.iadb.org/en/early-years-child-well-being-and-role-public-policy>
- Bhutta, Zulfiqar, Jai Das, Arjumand Rizvi, Michelle Gaffey, Neff Walker, Susan Horton, Patrick Webb, Anna Lartey y Robert Black. 2013. “Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: What can be done and at what cost?” *The Lancet* 382 (9890): 452-477. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60996-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60996-4)
- Bhutta, Zulfiqar, Tahmeed Ahmed, Robert Black, Simon Cousens, Kathryn Dewey, Elsa Giugliani, Batool Haider, Betty Kirkwood, Saul Morris y Meera Shekar. 2008. “What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival”. *The Lancet* 371: 417-440. <https://doi.org/10.1016/S0140>.

- BID (Banco Interamericano de Desarrollo). 2017. “Sí, el desarrollo infantil importa, pero ¿qué es?”, 18 de septiembre. <https://blogs.iadb.org/desarrollo-infantil/es/si-el-desarrollo-infantil-importa-pero-que-es/>
- Biggeri, Mario, Jérôme Ballet y Flavio Comim. 2011. *Children and the capability approach*. Nueva York: Palgrave Macmillan.
- Black, Robert, Lindsay Allen, Zulfiqar Bhutta, Laura Caulfield, Mercedes de Onis, Majid Ezzati, Colin Mathers y Juan Rivera. 2008. “Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences”. *The Lancet* 371: 243-260. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61690-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61690-0)
- Bryce, Jennifer, Denise Coitinho, Ian Darnton-Hill, David Pelletier y Per Pinstrup-Andersen. 2008. “Maternal and child undernutrition: effective action at national level”. *The Lancet* 371: 510-526. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61694-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61694-8).
- Caicedo, Rodrigo, y Raúl Salvador. 2006. “Análisis, caracterización y estudio de aceptabilidad de los productos alimenticios desarrollados por el Alimentate Ecuador (AE), para establecer el cumplimiento de los requisitos preestablecidos por el Sistema Integrado de Alimentación y Nutrición”. Tesis de grado, Escuela Politécnica Nacional. <https://bibdigital.epn.edu.ec/bitstream/15000/1997/1/CD-0251.pdf>
- Calero, Carla. 2011. *Seguridad alimentaria en Ecuador desde un enfoque de acceso a los alimentos*. Quito: FLACSO Ecuador. <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/52065.pdf>
- Carranza Barona, César. 2011. “Políticas públicas en alimentación y nutrición: los programas de alimentación social de Ecuador”. Tesis de maestría, FLACSO Ecuador. <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/catalog/resGet.php?resId=52365>
- Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social. 2005. “Endemain 2004. Informe final. Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil”. https://www.rhsupplies.org/uploads/tx_rhscpublications/ECUADOR-2004%20-%20ENCUESTA%20DEMOGRAFICA%20Y%20DE%20SALUD%20MATERNA%20E%20INFANTIL%20PART%20I.pdf
- Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social y Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. 2001. “Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil. Informe General. ENDEMAIN-99”. <https://www.rhsupplies.org/activities-resources/publications/ecuador-endemain-99-informe-general-6850/>
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y El Caribe). 2011. “Desnutrición Cero”, <https://dds.cepal.org/bpsnc/programa?id=55>
- 2022. “Población en situación de pobreza extrema y pobreza según área geográfica”. https://statistics.cepal.org/portal/databank/index.html?lang=es&indicator_id=3328&area_id=927
- Clark, David. 2006. “Capability Approach”. En *The Elgar companion to development studies*, editado por David Clark, 32-45. Cheltenham: Edward Elgar.
- Código de Seguridad Social. 1956. La Paz, 14 de diciembre. <https://www.lexivox.org/norms/BO-COD-L19561214.html>
- Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición. 2008. “Programa Multisectorial Desnutrición Cero”. <http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/bol148093.pdf>

- Constitución de la República de Bolivia. 1967. La Paz, 13 de abril.
<https://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Bolivia/consboliv2005.html>
- Constitución de la República del Ecuador. 2008. Registro Oficial 449, 20 de octubre.
https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf
- Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia. 2009. La Paz, 7 de febrero.
https://www.oas.org/dil/esp/constitucion_bolivia.pdf
- Cornia, Giovanni Andrea. 2010. "Income Distribution under Latin America's New Left Regimes". *Journal of Human Development and Capabilities* 11 (1): 85–114.
<https://doi.org/10.1080/19452820903481483>.
- Corporación Andina de Fomento, y República del Ecuador. 2021. "Contrato de préstamo para financiar un programa de disminución de la desnutrición crónica infantil bajo un enfoque de presupuesto por resultados". https://www.finanzas.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/09/contrato_31_08_20210406759001630591746.pdf
- Debes, Amanda, Anjalee Kohli, Neff Walker, Karen Edmond y Luke Mullany. 2013. "Time to initiation of breastfeeding and neonatal mortality and morbidity: a systematic review". *BMC Public Health* 13 (3). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-S3-S19>
- Decreto 12. 2013. Créese la Empresa Pública Unidad Nacional de Almacenamiento "UNA EP". Registro Oficial 16, 17 de junio.
<https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2018-11/Decreto%20Nro%2012%20CREACION%20UNA%20EP.pdf>
- Decreto 92. 2021. Transfórmese la Secretaría Técnica del Plan Toda una Vida en la Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición. Quito, 6 de julio.
https://www.fielweb.com/App_Themes/InformacionInteres/Decreto_Ejecutivo_Nro._92_20210607101555.pdf
- Decreto 780. 2005. Créase el Sistema Integrado de Alimentación y Nutrición -SIAN-. Registro Oficial 144, 14 de noviembre.
<https://www.fao.org/faolex/results/details/es/c/LEX-FAOC079235/>
- Decreto 850. 2003. Créase el Sistema Integrado de Alimentación y Nutrición -SIAN-. Registro Oficial 177, 25 de septiembre. <https://faolex.fao.org/docs/texts/ecu78550.doc>
- Decreto 1039. 1998. Declarar la Seguridad Alimentaria de la población ecuatoriana, y en consecuencia, a los Programas Especiales a establecerse al efecto en el país como política de Estado. Registro Oficial 234, 13 de enero.
<https://faolex.fao.org/docs/pdf/ecu39921.pdf>
- Decreto 1120. 2016. Traspásese al Ministerio de Educación los programas y proyectos de inversión pública relacionados con la prestación de servicios para proveer alimentos, suplementos y complementos alimenticios para la alimentación escolar. Quito, 18 de julio. https://alimentacionescolar.compraspublicas.gob.ec/pdf/decreto_1120_2016-julio.pdf
- Decreto 1469. 1999. Reglamento para la Aplicación de la Ley de Fomento, Apoyo y Protección de la Lactancia Materna. Registro Oficial 321, 18 de noviembre.
http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/lactancia_materna/ley_de_fomento_apoyo_y_proteccion.pdf
- Decreto 1636. 2009. Mediante el cual se autoriza al Ministerio de Inclusión Económica y Social la creación y Estructuración del Programa de Provisión de Alimentos. Quito, 25 de marzo. <https://faolex.fao.org/docs/pdf/ecu92669.pdf>

- Decreto Ejecutivo 808. 2011. Elimínese el artículo 2 del Decreto Ejecutivo N° 785. Quito, 5 de julio. <https://www.registroficial.gob.ec/index.php/registro-oficial-web/publicaciones/registro-oficial/item/3500-registro-oficial-no-494>
- Decreto Ejecutivo 1170. 2008. Creación del Instituto de la Niñez y la Familia INFA. Quito, 24 de junio. <https://alasi.gob.ec/ordenanzas1/2008/3378-decreto-n-1170/file.html>
- Decreto Ejecutivo 1211. 2020. Aprobación de la Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición. Quito, 15 de diciembre. https://www.finanzas.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/05/Decreto_Ejecutivo_No._1211_20201115145916_20201115145921-1.pdf
- Decreto Ejecutivo 1356. 2012. Integrarse al Ministerio de Inclusión Económica y Social el Instituto de la Niñez y la Familia -INFA y el Programa de Protección Social (PPS). Quito, 12 de noviembre. <https://faolex.fao.org/docs/pdf/ecu139296.pdf>
- Decreto Presidencial 580. 2007. Mediante el cual se cambia de nombre de Ministerio de Bienestar Social al del Ministerio de Inclusión Económica y Social. Quito, 23 de agosto. <https://www.fao.org/faolex/results/details/en/c/LEX-FAOC139295>
- Decreto Supremo 0066. 2009. Aprobación del Bono Madre Niño-Niña “Juana Azurduy”. Quito, 3 de abril. <https://www.ilo.org/dyn/travail/docs/1453/DECRETO%20SUPREMO%2066.pdf>
- Decreto Supremo 0115. 2006. Reglamento a la Ley N° 3460. Quito, 15 de agosto. <https://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/normativa/LEY-3460-FOMENTO-A-LACTANCIA-MATERNA-Y-COMERCIALIZACION.pdf>
- Decreto Supremo 1254. 2012. Modifica el Decreto Supremo N° 28.667, que modifica el Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición (CONAN). Quito, 13 de junio. <https://www.fao.org/faolex/results/details/fr/c/LEX-FAOC146685>
- Decreto Supremo 2167. 2014. Política de Alimentación y Nutrición. Quito, 27 de octubre. <https://www.fao.org/faolex/results/details/fr/c/LEX-FAOC138364>
- Decreto Supremo 2480. 2015. Se instituye el “Subsidio Universal Prenatal por la Vida”. Quito, 6 de agosto. https://oig.cepal.org/sites/default/files/2015_decreto_supremo_2480_bol.pdf
- Decreto Supremo 27029. 2003. Crea el Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición (CONAN). Quito, 8 de mayo. <https://www.fao.org/faolex/results/details/fr/c/LEX-FAOC043725/>
- Decreto Supremo 28667. 2006. Modifica el Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición (CONAN). Quito, 5 de abril. <https://www.fao.org/faolex/results/details/fr/c/LEX-FAOC138362>
- Dirección de Auditoría de la Producción, Ambiente y Finanzas. 2016. “Examen especial a los gastos y procesos porcentual, contractual, ejecución, pago y liquidación de los contratos de adquisición de bienes, servicios y consultoría, su recepción, distribución y utilización en el Instituto de Provisión de Alimentos, actual Unidad Nacional de Almacenamiento, UNA EP por el periodo comprendido entre el 22 de octubre de 2013 y el 28 de febrero de 2016”. <https://www.contraloria.gob.ec/WFDescarga.aspx?id=48251&tipo=inf>
- Drèze, Jean, y Amartya Sen. 1989. *Hunger and public action*. Oxford: Oxford University Press. <https://www.wider.unu.edu/publication/hunger-and-public-action>

- El Diario*. 2010. “MIES combate desnutrición infantil”. <https://www.eldiario.ec/noticias-manabi-ecuador/158728-mies-combate-la-desnutricin/>
- Falconí, Fander, Ruthy Intriago y Juan Ponce. 2021. *Buena Educación En Sudamérica (2000-2020)*. Quito: FLACSO Ecuador. <https://doi.org/10.46546/2021-23atrio>
- FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura).. 2020. *Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2020*. Roma: FAO. <https://doi.org/10.4060/cb2242es>
- 2024. “Programa Especial para la Seguridad Alimentaria (PESA) Centroamérica: Conceptos básicos”. <https://www.fao.org/in-action/pesa-centroamerica/temas/conceptos-basicos/es/>
- Fischer, Ronald, y Pablo Serra. 2007. “Efectos de la privatización de servicios públicos en Chile”. <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Efectos-de-la-privatizaci%C3%B3n-de-servicios-p%C3%BAblicos-en-Chile.pdf>
- Freire, Wilma, María José Ramírez-Luzuriaga, Philippe Belmont, María José Mendieta, Katherine Silva-Jaramillo, Natalia Romero, Klever Sáenz, Pamela Piñeros, Luis Fernando Gómez y Rafael Monge. 2014. “Encuesta nacional de salud y nutrición de la población ecuatoriana de cero a 59 años. ENSANUT-ECU 2012”. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf.
- Freire, Wilma, Philippe Belmont, Gabriela Rivas-Mariño, Ana Larrea, María José Ramírez-Luzuriaga, Katherine Silva-Jaramillo y Cecilia Valdivia. 2015. “Encuesta nacional de salud y nutrición. Salud sexual y reproductiva. ENSANUT-ECU 2012”. <https://www.unicef.org/ecuador/media/1761/file/Encuesta%20Nacional%20de%20Salud%20y%20Nutrici%C3%B3n:%20Salud%20Sexual%20y%20Reproductiva.pdf>
- Fuertes, Cecilia, Sebastián Martínez, Pablo Celhay y Sdenka Gómez. 2015. “Evaluación de Impacto Del Programa de Salud Materno Infantil Bono Juana Azurduy”. https://www.udape.gob.bo/portales_html/docsociales/BonoJuanaAzurduy.pdf
- Gatica-Domínguez, Giovanna, Marila Mesenburg, Aluisio Barros y Cesar Victora. 2020. “Ethnic inequalities in child stunting and feeding practices: results from surveys in thirteen countries from Latin America”. *International Journal for Equity in Health* 19 (53). <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01165-9>
- Haisma, Hinke, Sepideh Yousefzadeh y Pieter Boele Van Hensbroek. 2018. “Towards a capability approach to child growth: A theoretical framework”. *Maternal and Child Nutrition* 14 (2): e12534. <https://doi.org/10.1111/mcn.12534>
- Heikens, Geert Tom, Beatrice Amadi, Mark Manary, Nigel Rollins y Andrew Tomkins. 2008. “Nutrition interventions need improved operational capacity”. *The Lancet* 371: 181-182. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61691-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61691-2)
- Horton, Richard. 2008. “Maternal and Child Undernutrition: An Urgent Opportunity”. *The Lancet* 371: 179. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61869-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61869-8)
- INE (Instituto Nacional de Estadística). 2017. “Encuesta de Demografía y Salud Bolivia: Indicadores Priorizados (EDSA-2016)”. <https://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/EDSA-2016.pdf>.
- 2024. “Bolivia: niños y niñas de 6 a 59 meses, por tipo de anemia, según área y departamento, 2003, 2008, 2016”. <https://www.ine.gob.bo/index.php/encuesta-de-demografia-y-salud/>

- INE y Demographic and Health Surveys Macro International Inc. 1998. “Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1998 (ENDSA 98)”.
https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR99/FR99-ADDED_Missing_Pages_AppendixB.pdf.
- Instituto Nacional de Estadística, y Ministerio de Salud y Deporte. 2004. “Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2003 (ENDSA 2003)”.
<https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR159/FR159.pdf>
- 2009. “Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENSDA 2008 (ENDSA 2008)”.
https://bolivia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ENDSA%202008_0.pdf.
- 2022. “Bolivia: Nacimientos con bajo peso y porcentaje de bajo peso al nacer, según departamento, 1997-2022”. <https://www.ine.gob.bo/index.php/registros-administrativos-salud/>
- INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos). 2018a. “Datos tabulados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT 2018”.
<https://www.ecuadorencifras.gob.ec/salud-salud-reproductiva-y-nutricion/>
- 2018b. “Principales Resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT 2018”. Quito. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/ENSANUT_2018/Principales%20resultados%20ENSANUT_2018.pdf.
- 2022. “Estadísticas vitales: Registro estadístico de nacidos vivos y defunciones fetales 2021”. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Nacidos_vivos_y_def_fetales_2021/Principales_resultados_ENV_EDF_2021%20.pdf
- 2023. “Principales resultados de la Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil 2022-2023 - ENDI”. Quito.
https://www.ecuadorencifras.gob.ec/encuesta_nacional_desnutricion_infantil/
- Instituto Nacional de la Niñez y la Familia. 2004. “Políticas de Desarrollo Infantil, Protección Especial y Atención Emergente”. Quito. www.inclusion.gob.ec.
- Instituto de Provisión de Alimentos. 2014. Resolución No. 002-DAJ-CANC-LI04-EDUSTA-14. Quito, 21 de julio.
- Kopp Valdivia, Ciro, y Ana María Aguilar Liendo. 2012. “Evaluación del Programa Multisectorial Desnutrición Cero con enfoque del Derecho a la Alimentación”.
<http://www.mdgfund.org/es/node/4427>.
- Ley 070. 2010. Ley de la Educación “Avelino Siñani – Elizardo Pérez” Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia, 20 de diciembre.
https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/siteal_bolivia_0258.pdf
- Ley 41. 2006. Ley de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Registro Oficial 259, 12 de abril.
<https://www.fao.org/faolex/results/details/es/c/LEX-FAOC067380/>
- Ley 67. 2006. Ley Orgánica de Salud. Registro Oficial 423, 22 de diciembre.
<https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>
- Ley 100. 2003. Código de la Niñez y la Adolescencia. Registro Oficial 737, 3 de enero.
https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/11/codigo_ninezyadolescencia.pdf

- Ley 101. 1995. Ley de Fomento, Apoyo y Protección a la Lactancia Materna. Registro Oficial 814, 1 de noviembre) <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/04/LEY-LACTANCIA-MATERNA-RO-814-1-11-1995.pdf>
- Ley 144. 2011. Ley de la Revolución Productiva Comunitaria Agropecuaria. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia, 26 de junio. https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/92466/107727/F1045538051/BO_L92466.pdf
- Ley 300. 2012. Ley Marco de la Madre Tierra y Desarrollo Integral para Vivir Bien. La Paz, 15 de octubre. <http://www.mineria.gob.bo/juridica/20121015-11-39-39.pdf>
- Ley 338. 2013. Ley de organizaciones económicas campesinas, indígenas originarias – OECAS y de organizaciones económicas comunitarias – OECONOM para la integración de la agricultura familiar sustentable y la soberanía alimentaria. La Paz, 26 de enero. <https://www.fao.org/faolex/results/details/en/c/LEX-FAOC120900/>
- Ley 548. 2014. Código Niña, Niño y Adolescente. La Paz, 17 de julio. <https://siteal.iiep.unesco.org/bdnp/91/ley-ndeg5482014-codigo-nina-nino-adolescente>
- Ley 622. 2014. Ley de alimentación escolar en el marco de la soberanía alimentaria y la economía plural. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia, 29 de diciembre. <https://www.fao.org/faolex/results/details/es/c/LEX-FAOC141354/>
- Ley 650. 2015. Se eleva a rango de Ley la “Agenda Patriótica del Bicentenario 2025”. La Paz, 15 de enero. https://sea.gob.bo/digesto/CompendioII/A/5_L_650.pdf
- Ley 2026. 1999. Código Niño, Niña y Adolescente de la República de Bolivia. La Paz, 26 de octubre. <https://www.lexivox.org/norms/BO-L-2026.html>
- Ley 2426. 2002. Ley del Seguro Universal Materno Infantil (S.U.M.I). La Paz, 21 de noviembre. https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/bo_0260.pdf
- Ley 3460. 2006. Fomento a la Lactancia Materna y Comercialización de sus Sucedáneos. La Paz, 15 de agosto. <https://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/normativa/LEY-3460-FOMENTO-A-LACTANCIA-MATERNA-Y-COMERCIALIZACION.pdf>
- Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. 2006. Registro Oficial 349, 5 de septiembre. https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/11/ley_maternidad_gratuita_atencion_infancia.pdf
- Ley Orgánica de Educación Intercultural. 2011. Registro Oficial 417, 31 de marzo. https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/02/Ley_Organica_de_Educacion_Intercultural_LOE_I_codificado.pdf
- Ley Orgánica Reformatoria a la Ley Orgánica del Régimen a la Ley Orgánica del Régimen de la Soberanía Alimentaria. 2010. Registro Oficial 349, 27 de diciembre. <https://faolex.fao.org/docs/pdf/ecu100001.pdf>
- Luna, Juan Pablo, y Cristóbal Roviera Kaltwasser. 2021. “Castigo a los oficialismo y ciclo político de derecha en América Latina”. *Revista Uruguaya de Ciencias Políticas* 29 (2): 135-155. <https://doi.org/10.26851/rucp.30.1.6>
- Madrid, Raúl. 2010. “The Origins of the Two Lefts in Latin America”. *Source: Political Science Quarterly* 125 (4): 587–609. <https://www.jstor.org/stable/25767091>.

- Maternal and Child Health Integrated Program. 2013. “Pinzamiento tardío del cordón umbilical para reducir la anemia en lactantes”.
[https://www.mchip.net/sites/default/files/PPH%20Briefing%20\(DCC\)%20-%20Spanish.pdf](https://www.mchip.net/sites/default/files/PPH%20Briefing%20(DCC)%20-%20Spanish.pdf)
- Ministerio de Bienestar Social. 1996. “ORI: Operación Rescate Infantil”.
<https://lae.princeton.edu/catalog/14d84af3-9e9f-43d1-8569-fdb65ea9569f?locale=es#c=0&m=0&s=0&cv=0&xywh=-1247%2C-191%2C4224%2C3818>
- Ministerio de Educación. 2012. “Programa de Alimentación Escolar”.
<https://faolex.fao.org/docs/pdf/ecu148584.pdf>.
- 2022. “Programa de Alimentación Escolar”. <https://educacion.gob.ec/programa-alimentacion-escolar/#:~:text=OBJETIVO,de%205%20a%2018%20a%C3%B1os>
- Ministerio de Educación y Cultura y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. 2000a. Proyecto ECU/94/017/01/99 Programa de Alimentación Escolar para el mejoramiento de la educación básica en el Ecuador.
https://info.undp.org/docs/pdc/Documents/ECU/00012278_REVISION%20JUNIO%202000.pdf
- 2000b. Proyecto ECU/94/017/01/99 Programa de Alimentación Escolar para el mejoramiento de la educación básica en el Ecuador.
https://info.undp.org/docs/pdc/Documents/ECU/00012278_REVISION%20OCTUBRE%202000.pdf
- Ministerio de Educación y Ministerio de Salud. 2015. “Lineamientos Técnico Administrativos y Estándares de Calidad de La Alimentación Complementaria Escolar”. <https://www.minedu.gob.bo/files/publicaciones/upiip/Lineamientos-Tcnico-Administrativos-y-Estndar-de-Calidad-de-la-ACE.pdf>.
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. 2013. “Guía de uso del suplemento de micronutrientes Chis Paz”. <https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/05/Cuadernillo-CHISPAZ-arte-final.pdf>.
- 2024a. “MIES inició entrega de Chis Paz en centros infantiles y modalidad creciendo con nuestros hijos en Guayaquil”. <https://www.inclusion.gob.ec/mies-inicio-entrega-de-chis-paz-en-centros-y-modalidad-creciendo-con-nuestros-hijos-en-guayaquil/>
- 2024b. “MIES y su proyecto alimentario nutricional integral promueve la alimentación saludable”. [https://www.inclusion.gob.ec/mies-y-su-proyecto-allimentario-natricional-integral-promueve-la-alimentacion-saludable/#:~:text=El%20proyecto%20PANI%2C%20cuya%20gerencia,MIES%20\(CIBV%20y%20CNH\).](https://www.inclusion.gob.ec/mies-y-su-proyecto-allimentario-natricional-integral-promueve-la-alimentacion-saludable/#:~:text=El%20proyecto%20PANI%2C%20cuya%20gerencia,MIES%20(CIBV%20y%20CNH).)
- Ministerio de Planificación del Desarrollo. 2006. “Plan Nacional de Desarrollo: Bolivia Digna, Soberana, Productiva, Democrática Para Vivir Bien”.
<https://www.bivica.org/file/view/id/4096>
- 2013. “Agenda Patriótica 2025”.
<https://observatorioplanificacion.cepal.org/es/planes/agenda-patriotica-2025-plan-de-desarrollo-general-economico-y-social-para-el-vivir-bien>
- 2016. “Plan de Desarrollo Económico y Social En El Marco Del Desarrollo Integral Para Vivir Bien 2016-2020.” <https://observatorioplanificacion.cepal.org/es/planes/plan-de-desarrollo-economico-y-social-en-el-marco-del-desarrollo-integral-para-vivir-bien-de>

- 2021. “Plan de Desarrollo Económico y Social 2021-2025. Reconstruyendo la Economía para Vivir Bien, Hacia la Industrialización con Sustitución de Importaciones”. <https://observatorioplanificacion.cepal.org/es/planes/plan-de-desarrollo-economico-y-social-pdes-2021-2025-de-bolivia#:~:text=El%20Plan%20de%20Desarrollo%20Econ%C3%B3mico,del%20Estado%20Plurinacional%20de%20Bolivia.>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2020. “MSP vigila provisión de micronutrientes a madres embarazadas, en lactancia y niños”. <https://www.salud.gob.ec/msp-vigila-provision-de-micronutrientes-a-madres-embarazadas-en-lactancia-y-ninos/>
- 2018. “Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador 2018-2025: Buena nutrición toda una vida”. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/08/PIANE-2018-2025-final-compressed-.pdf>
- 2017. “Ficha Informativa de Proyecto Desnutrición Cero”. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/06/Desnutrici%C3%B3n-cero.pdf>
- . 2024. “Vigilancia de la salud pública departamento de nutrición humana”. <https://www.salud.gob.ec/direccion-nacional-de-alimentacion-saludable-y-nutricion/>
- Ministerio de Salud y Deporte. 2014. “Salud entrega el primer Banco de Leche en Bolivia”. <https://www.minsalud.gob.bo/es/96-salud-entrega-el-primer-banco-de-leche-en-bolivia>
- Miranda, Rafael. 2019. “Del momento populista al autoritarismo plebiscitario. Estado y democracia en Bolivia y Ecuador”. *Espacios Públicos* 22 (54): 67–80. <https://www.researchgate.net/publication/338384110>
- Manosalvas, Mónica Margarita. 2018. “Cuando las políticas fallan. Desafíos en la reducción de la desnutrición crónica infantil en el Ecuador”. *Revista del CLAD Reforma y Democracia* 71: 155–188. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=357559213006>.
- 2015. *El enfoque de las capacidades y las políticas públicas. Un análisis de las políticas del Buen Vivir en el Ecuador*. Quito: FLACSO Ecuador.
- Monterrey, Javier. 2013. “Sistemas de Protección Social En América Latina y El Caribe: Estado Plurinacional de Bolivia.” https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4103/1/S2013613_es.pdf
- Morales, Natasha, Eduardo Pando y Julia Johannsen. 2010. “Comprendiendo el programa Desnutrición Cero en Bolivia: un análisis de redes y actores”. <http://dx.doi.org/10.18235/0009429>
- Oficina de Planificación. 2000. “Plan de Gobierno 2000-2003 por un nuevo país”. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_emp/@emp_policy/@invest/documents/genericdocument/wcms_asist_7639.pdf
- Organización Mundial de la Salud. 1981. *Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9241541601>.
- 2024. “Contaminated drinking water”. <https://www.instagram.com/p/C4z3hWFsRY-/?igsh=MW41aDlnaGdmMDc0cA==>
- Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. 2003. “Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. World

- Health Organization Stylus Pub”. <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-mundial-para-alimentacion-lactante-nino-pequeno-1>
- Organización Panamericana de la Salud. 2007. “Evaluación de proceso e impacto del Programa Nacional de Alimentación y Nutrición PANN 2000”. https://www.unscn.org/web/archives_resources/files/Programa_Nacional_de_Alimentacion_y_310.pdf
- 2022. “Micronutrientes”. <https://www.paho.org/es/temas/micronutrientes>
- 2010. “Método madre canguro: una solución segura y eficaz”. <https://www.paho.org/es/noticias/22-3-2010-metodo-madre-canguro-solucion-segura-eficaz#:~:text=De%20acuerdo%20con%20el%20m%C3%A9todo,principal%20de%20estimulaci%C3%B3n%20y%20alimentaci%C3%B3n>
- Panizza, Francisco. 2005a. “The Social Democratisation of the Latin American Left”. *Revista Europea de Estudios Latinoamericanos y del Caribe* 79: 95–103.
- Panizza, Francisco. 2005b. “Unarmed Utopia Revisited: The Resurgence of Left-of-Centre Politics in Latin America”. *Political Studies* 53: 716–734. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1467-9248.2005.00553.x>
- Paraje, Guillermo. 2008. *Evolución de la desnutrición crónica y su distribución socioeconómica en siete países de América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: ONU. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/6145-evolucion-la-desnutricion-cronica-infantil-su-distribucion-socioeconomica-siete>
- 2009. “Child stunting and socio-economic inequality in Latin America and the Caribbean”. *CEPAL Review* 99: 41–61. <http://hdl.handle.net/11362/11364>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. 1999. “Documento de Asistencia Preparatoria del Programa Nacional de Alimentación y Nutrición (PANN 2000)”. https://info.undp.org/docs/pdc/Documents/EQU/00012283_PRODUC.pdf
- Programa Mundial de Alimentos. 2017. “Análisis costo-beneficio: alimentación complementaria escolar de Bolivia (estudio de caso en 15 municipios)”. https://cdn.wfp.org/wfp.org/publications/analisis_costo_beneficio_bolivia.pdf
- Programa Mundial de Alimentos, Banco Mundial y Partnership for Child Development. 2012. “Estudio de caso ‘la alimentación escolar en Ecuador’”. https://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/liaison_offices/wfp256486.pdf
- Ponce, Juan, y Crithian Rosales. 2017. “Evaluación de impacto del Programa de Alimentación Escolar”. <https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2019/02/Evaluacion-impacto-PAE.pdf>
- Qizilbash, Mozaffar. 2006. “Human development”. En *The Elgar companion to development studies*, editado por David Clark, 245–250. Cheltenham: Edward Elgar.
- RAE (Real Academia Española). 2001. “Bocio”. <https://www.rae.es/drae2001/bocio>
- Ravallion, Martin. 2006. “Poverty and growth”. En *The Elgar companion to development studies*, editado por David Clark, 451–457. Cheltenham: Edward Elgar.
- Resolución Administrativa 076. 2019. Reglamento de fiscalización y control del Régimen de Asignaciones Familiares y del Subsidio Universal Prenatal por la Vida. La Paz, 29 de marzo. <https://www.asuss.gob.bo/wp-content/uploads/2021/11/08-Resolucion-Administrativa-N%C2%B0-076-2019.pdf>

- Rivera, Jairo. 2020. *La malnutrición infantil en Ecuador: entre progresos y desafíos*. Quito: FLACSO Ecuador. <http://hdl.handle.net/10469/16585>.
- Rojas, Mildred, Miriam Arévalo, María Fernanda Sojo, Jessica Vivas y Maria Antonella del Vecchio. 2020. “Un conglomerado marcado por la ineficiencia y la opacidad”. <https://transparencia.org.ve/wp-content/uploads/2017/09/Empresas-propiedad-del-Edo.-2017-TV-sin-linea-de-corte.pdf>
- Schneider, Sergio. 2014. “Elaboración y evaluación operativa y rediseño del Programa de Alimentación Escolar (PAE) en Ecuador”. https://app.sni.gob.ec/sni-link/sni/PORTAL_SNI/evaluacion/9_Programa%20de%20Alimentaci%C3%B3n%20Escolar.pdf
- Secretaría Nacional de Planificación. 2021. “Plan de Creación de Oportunidades 2021-2025”. <https://observatorioplanificacion.cepal.org/es/planes/plan-de-creacion-de-oportunidades-2021-2025-de-ecuador>
- SENPLADES (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo). 2008. “Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010. Planificación para una Revolución Ciudadana”. <http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/ecu79067.pdf>
- 2009. *Plan Nacional Para El Buen Vivir, 2009-2013: Construyendo Un Estado Plurinacional e Intercultural*. Quito: SENPLADES. <https://www.planificacion.gob.ec/plan-nacional-para-el-buen-vivir-2009-2013/>.
- 2013. *Plan Nacional Del Buen Vivir 2013-2017: Todo El Mundo Mejor*. Quito: SENPLADES. <https://observatorioplanificacion.cepal.org/es/planes/plan-nacional-del-buen-vivir-2013-2017-de-ecuador>.
- Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil. 2021. “Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil”. <https://www.infancia.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Plan-Intersectorial.pdf>
- 2023. “Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil: Avances de la política pública orientada al abordaje de la desnutrición crónica infantil”. <https://www.infancia.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2023/11/BasePoliticaNov2023V16FINAL.pdf>.
- 2024. “Programa Acción Nutrición”. <https://www.infancia.gob.ec/programa-accion-nutricion/>
- Sen, Amartya. 1979. “Equality of what?”. En *The Tanner Lectures on Human Value*, editado por Sterling McMurrin, 195-220. Salt Lake City: University of Utah Press.
- 1999. *Development as freedom*. Nueva York: Alfred Knopf.
- 2003. “Development as capability expansion”. En *Readings in human development*, editado por Sakiko Fukuda y Shiva Kumar. Oxford: Oxford University Press.
- Silva-Torres, Karen, Carolina Roza-Higuera y Daniel León, eds. 2022. *Social and Political Transitions During the Left Turn in Latin America*. Nueva York: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003161332>
- Sociedad Española de Medicina Interna. 2024. “Conozca mejor su enfermedad cretinismo”. <https://www.fesemi.org/informacion-pacientes/conozca-mejor-su-enfermedad/cretinismo#:~:text=Es%20una%20enfermedad%20que%20se,tiroides%20durante%20la%20etapa%20fetal>

- Soria, Eduardo. 2017. “El estado del Buen Vivir: Desarrollo Infantil Integral Ecuador, 2017 Autoridades”.
https://info.inclusion.gob.ec/phocadownloadpap/estudios/desarrollo_infantil_integral/2016/el_estado_del_buen_vivir_desarrollo_infantil_integral.pdf
- Stoessel, Soledad. 2014. “Giro a la izquierda en la América Latina del siglo XXI”. *Polis* 13 (39). <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.32735/S0718-6568/2014-N39-1076>
- Torrico, Mario, ed. 2017. *¿Fin del giro a la izquierda en América Latina? Gobiernos y políticas*. Ciudad de México: FLACSO México.
- Undurraga, Eduardo., Jere Behrman, Susan Emmett, Celeste Kidd, William Leonard, Steven Piantadosi, Victoria Reyes-García, Abhishek Sharma, Rebecca Zhang y Ricardo Godoy. 2017. “Child stunting is associated with weaker human capital among native Amazonians”. *American Journal of Human Biology* (30) 1: e23059.
<https://doi.org/10.1002/ajhb.23059>
- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia). 2006. “Análisis de situación de los alimentos complementarios fortificados para la niñez entre 6 y 36 meses de edad en la región de América Latina y El Caribe”.
- 2017. “Desarrollo de la primera infancia”. <https://www.unicef.org/es/desarrollo-de-la-primer-infancia>
- 2019. *Estado Mundial de la Infancia 2019. Niños, alimentos y nutrición: crecer bien en un mundo de transformación*. Nueva York: UNICEF
<https://www.unicef.org/media/62486/file/Estado-mundial-de-la-infancia-2019.pdf>
- 2022a. “Global overview child malnutrition”. <https://data.unicef.org/resources/unicef-who-world-bank-joint-child-malnutrition-estimates-2023-edition-interactive-dashboard-2/>
- 2022b. “Height for age <2 SD (stunting)”. <https://lc.cx/AQYQ4N>
- 2022c. “Regional trends in child malnutrition, 2000-2022”.
<https://data.unicef.org/resources/unicef-who-world-bank-joint-child-malnutrition-estimates-2023-edition-interactive-dashboard-2/>
- 2024. “Low birthweight”, <https://data.unicef.org/topic/nutrition/low-birthweight/>
- UNICEF, Banco Mundial y Organización Mundial de la Salud. 2023. “Stunting (Survey, Estimates, National and Disaggregated)”.
<https://data.unicef.org/topic/nutrition/malnutrition/>
- Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas, Ministerio de Salud Estado Plurinacional de Bolivia y Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición. 2014. “Encuesta de Evaluación de Salud y Nutrición 2012: Informe de Resultados (ESNUT 2012)”. https://www.udape.gob.bo/portales_html/docsociales/LIBROESNUT.pdf
- Uscátegui, Rosa, Lady Corrales, Eliana Pérez, Adriana Correa, Luz Manjarrés, Jaime Carmona y Alejandro Estrada. 2009. “Malaria, desnutrición en niños e inseguridad alimentaria en sus hogares: una revisión”. *Perspectivas en Nutrición Humana* 11 (1): 55-70. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-41082009000100005
- Vaca Espín, Catalina. 2004. “Diagnóstico de la situación de los programas sociales de Alimentación del gobierno ecuatoriano y propuesta de un modelo de gestión”. Tesis de maestría, FLACSO Ecuador. <http://hdl.handle.net/10469/670>

- Valverde, Mónica. 2018. “Evaluación intermedia a los resultados alcanzados por el proyecto de inversión Nutrición en el Ciclo de Vida - Desnutrición Cero del Ministerio de Salud Pública del Ecuador”. Tesis de maestría, Universidad Central del Ecuador. <https://www.dspace.uce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/9e411c8a-5256-44b7-9ede-67c739005ef2/content>
- Viceministerio de Comunicación. 2024. “Bolivia reduce tasa de desnutrición infantil y recibe reconocimiento de la OMS y OPS”. <https://comunicacion.gob.bo/?q=20151127/20001>
- Victora, Cesar, Linda Adair, Caroline Fall, Pedro Hallal, Reynaldo Martorell, Linda Richter y Singh Sachdev. 2008. “Maternal and Child Undernutrition: Consequences for Adult Health and Human Capital”. *The Lancet* 371: 340-357. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61692-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61692-4)
- Wisbaum, Wendy. 2011. “La desnutrición infantil: causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento”. https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/Informe_La_desnutricion_infantil.pdf
- Yousefzadeh, Sepideh, Mario Biggeri, Caterina Arciprete y Hinke Haisma. 2019. “A capability approach to child growth”. *Child Indicators Research* 12: 711-731. <https://doi.org/10.1007/s12187-018-9548-1>