

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador

Departamento de Asuntos Públicos

Convocatoria 2015-2018

Tesis para obtener el título de doctorado en Políticas Públicas

La malnutrición infantil en Ecuador: entre progresos y desafíos

Jairo Israel Rivera Vásquez

Directora: Betty Espinosa

Co-Director: William Waters

Lectores: André Roth, Myriam Paredes, Jean De Munck,

Juan Ponce y Margarita Manosalvas

Quito, julio de 2020

Dedicatoria

Para mi hija Isabel, la luz de mis ojos.

Tabla de contenidos

Resumen	X
Agradecimientos.....	XI
Introducción	1
Capítulo 1	4
La malnutrición infantil como restricción al desarrollo	4
1.1. Introducción	4
1.2. La malnutrición infantil	5
1.3. Causas de la malnutrición infantil.....	13
1.4. Consecuencias de la malnutrición infantil	23
1.5. Políticas públicas en contra de la malnutrición infantil	26
1.6. Conclusiones del capítulo	39
Capítulo 2	42
Esquema teórico para el análisis de la malnutrición infantil.....	42
2.1. Introducción	42
2.2. Paradigmas epistemológicos y enfoques teóricos	43
2.3. Teoría de las convenciones	44
2.4. Marcos teóricos de políticas públicas	50
2.5. Enfoques tradicionales sobre la nutrición	55
2.6. Enfoque de capacidades	62
2.7. Esquema de análisis	68
2.8. Metodología	77
2.9. Conclusiones del capítulo	87
Capítulo 3	89
La malnutrición infantil en Ecuador: una mirada pragmatista	89
3.1. Introducción	89
3.2. Contexto de la malnutrición infantil	90

3.3. Perfil de la malnutrición infantil	100
3.4. Acción pública alrededor de la malnutrición infantil.....	114
3.5. Convenciones y capacidades de la malnutrición infantil	140
3.6. Conclusiones	155
Capítulo 4	157
La malnutrición infantil en Chimborazo: una mirada desde la acción.....	157
4.1. Introducción	157
4.2. Contexto de la malnutrición infantil	157
4.3. Perfil de la malnutrición infantil	161
4.4. Acción pública de la malnutrición infantil.....	168
4.5. Convenciones y capacidades de la malnutrición infantil	174
4.6. Conclusiones	186
Capítulo 5	188
La malnutrición infantil en Santa Elena: una mirada desde la acción.....	188
5.1. Introducción	188
5.2. Contexto de la malnutrición infantil	188
5.3. Perfil de la malnutrición infantil	193
5.4. Acción pública de la malnutrición infantil.....	199
5.5. Convenciones y capacidades de la malnutrición infantil	202
5.6. Conclusiones	213
Conclusiones	215
Anexos.....	222
Lista de siglas	229
Lista de referencias.....	232

Lista de ilustraciones y tablas

Figura 1. Tipos de malnutrición	7
Figura 2. Tasas de desnutrición crónica y sobrepeso infantil a nivel global	9
Figura 3. Tasas de desnutrición crónica infantil por grupos de países de acuerdo al ingreso....	9
Figura 4. Tasas de sobrepeso infantil por grupos de países de acuerdo al ingreso	10
Figura 5. Tasas de desnutrición y sobrepeso infantil en América Latina y el Caribe	11
Figura 6. Tasas de desnutrición infantil en Sudamérica.....	12
Figura 7. Tasas de sobrepeso infantil en Sudamérica	12
Figura 8. Causas de la desnutrición.....	14
Figura 9. Causas del sobrepeso y obesidad	15
Figura 10. Causas de la malnutrición	16
Figura 11. Ciclo de vida con malnutrición	20
Figura 12. Ciclo de vida nutricional.....	32
Figura 13. PIB nominal y su tasa de variación real en Ecuador.....	91
Figura 14. Evolución de los componentes del gasto social en Ecuador (millones de USD)....	92
Figura 15. Pobreza por Consumo y Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) en Ecuador (%)	93
Figura 16. Coeficiente de Gini en Ecuador (%)	93
Figura 17. Morbilidad infantil en Ecuador (%).....	95
Figura 18. Suministro alimentario de energía en Ecuador (kcal/persona/día)	95
Figura 19. Subalimentación en Ecuador (%).....	96
Figura 20. Acceso a agua y saneamiento en Ecuador (%)	97
Figura 21. Uso por área de consumo en Ecuador (kg/ha)	99
Figura 22. Tasas de desnutrición y sobrepeso infantil en Ecuador: 1986, 1999, 2004, 2006, 2012, 2014 (%).....	102
Figura 23. Desnutrición y sobrepeso infantil por regiones en Ecuador (%)	104
Figura 24. Tasas de desnutrición y sobrepeso infantil por provincias en Ecuador (%)	106
Figura 25. Contribución de la malnutrición por provincia en Ecuador.....	107
Figura 26. Prevalencia vs Contribución de la malnutrición por provincia en Ecuador.....	108
Figura 27. Desnutrición y sobrepeso infantil por área en Ecuador (%)	109
Figura 28. Desnutrición y sobrepeso infantil por nivel económico en Ecuador (%)	111

Figura 29. Desnutrición y sobrepeso infantil por sexo en Ecuador (%).....	112
Figura 30. Desnutrición y sobrepeso infantil por etnia en Ecuador (%)	113
Figura 31. Lactancia materna en Ecuador (%)	142
Figura 32. Lactancia materna y malnutrición en Ecuador (%).....	144
Figura 33. Suficiente comida para alimentar al hogar en Ecuador (%)	147
Figura 34. Suficiencia de alimentos y malnutrición en Ecuador (%).....	148
Figura 35. Alimentos y bebidas preparados y consumidos fuera del hogar en Ecuador (%).	149
Figura 36. Agua red pública y malnutrición en Ecuador (%)	151
Figura 37. Consumo de agua tratada en Ecuador (%)	152
Figura 38. Consumo de agua tratada y malnutrición en Ecuador (%).....	153
Figura 39. Diarrea y malnutrición en Ecuador (%)	154
Figura 40. Participación de Chimborazo en el PIB del Ecuador	158
Figura 41. Pobreza por Consumo en Chimborazo (%)	159
Figura 42. Morbilidad infantil en Chimborazo (%)	159
Figura 43. Acceso a agua y saneamiento en Chimborazo (%).....	160
Figura 44. Tasas de desnutrición y sobrepeso infantil en Chimborazo: 1999, 2006, 2012, 2014 (%).....	162
Figura 45. Desnutrición y sobrepeso infantil por área en Chimborazo (%).....	164
Figura 46. Desnutrición y sobrepeso infantil por nivel económico en Chimborazo (%).....	165
Figura 47. Desnutrición y sobrepeso infantil por sexo en Chimborazo (%)	166
Figura 48. Desnutrición y sobrepeso infantil por etnia en Chimborazo (%).....	167
Figura 49. Lactancia materna en Chimborazo (%).....	175
Figura 50. Lactancia materna y malnutrición en Chimborazo (%)	176
Figura 51. Suficiente comida para alimentar al hogar en Chimborazo (%).....	178
Figura 52. Suficiencia de alimentos y malnutrición en Chimborazo (%)	179
Figura 53. Alimentos y bebidas preparados y consumidos fuera del hogar en Chimborazo (%)	180
Figura 54. Agua red pública y malnutrición en Chimborazo (%)	182
Figura 55. Consumo de agua tratada en Chimborazo (%)	183
Figura 56. Consumo de agua tratada y malnutrición en Chimborazo (%).....	184
Figura 57. Diarrea y malnutrición en Chimborazo (%).....	186
Figura 58. Participación de Santa Elena en el PIB del Ecuador.....	189

Figura 59. Pobreza por Consumo en Santa Elena (%)	190
Figura 60. Morbilidad infantil en Santa Elena (%)	191
Figura 61. Acceso a agua y saneamiento en Santa Elena (%).....	192
Figura 62. Tasas de desnutrición y sobrepeso infantil en el territorio previo a la creación de la provincia de Santa Elena (%)	193
Figura 63. Tasas de desnutrición y sobrepeso infantil en Santa Elena: 2012 y 2014 (%)	194
Figura 64. Desnutrición y sobrepeso infantil por área en Santa Elena (%).....	195
Figura 65. Desnutrición y sobrepeso infantil por nivel económico en Santa Elena (%).....	196
Figura 66. Desnutrición y sobrepeso infantil por sexo en Santa Elena (%).....	197
Figura 67. Desnutrición y sobrepeso infantil por etnia en Santa Elena (%)	198
Figura 68. Lactancia materna en Santa Elena (%)	202
Figura 69. Lactancia materna y malnutrición en Santa Elena (%).....	203
Figura 70. Suficiente comida para alimentar al hogar en Santa Elena (%).....	205
Figura 71. Suficiencia de alimentos y malnutrición en Santa Elena (%).....	206
Figura 72. Alimentos y bebidas preparados y consumidos fuera del hogar en Santa Elena (%)	207
Figura 73. Agua red pública y malnutrición en Santa Elena (%).....	209
Figura 74. Consumo de agua tratada en Santa Elena (%)	210
Figura 75. Diarrea y malnutrición en Santa Elena (%)	212
Tabla 1. Malnutrición infantil en los países de Sudamérica.....	13
Tabla 2. Convenciones como ciudades	49
Tabla 3. Selección de casos	81
Tabla 4. Indicadores de malnutrición infantil y socioeconómica en Ecuador en los casos seleccionados.....	82
Tabla 5. Composición de los grupos focales de Chimborazo	85
Tabla 6. Composición de los grupos focales de Santa Elena	85
Tabla 7. Probabilidad de malnutrición infantil en Ecuador.....	103
Tabla 8. Evolución de la malnutrición por provincia en Ecuador.....	105
Tabla 9. Derechos relacionados con la nutrición en las Constituciones de 1830 hasta 1998 en Ecuador.....	115
Tabla 10. Derechos relacionados con la nutrición desde el Código de la Niñez y Adolescencia 2003 en Ecuador.....	116

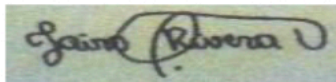
Tabla 11. Derechos relacionados con la nutrición desde la Constitución 2008 en Ecuador ..	118
Tabla 12. Presupuesto de los programas relacionados con la nutrición infantil	140
Tabla 13. Población de Chimborazo por cantón y área.....	161
Tabla 14. Probabilidad de malnutrición infantil en Chimborazo	163
Tabla 15. Presupuesto del proyecto INTI por provincia	170
Tabla 16. Población de Santa Elena por área	192
Tabla 17. Probabilidad de malnutrición infantil en el territorio Santa Elena.....	194

Declaración de cesión de derecho de publicación de la tesis

Yo, Jairo Israel Rivera Vásquez, autor de la tesis titulada “La malnutrición infantil en Ecuador: entre progresos y desafíos” declaro que la obra es de mi exclusiva autoría, que la he elaborado para obtener el título de doctorado en Políticas Públicas concedido por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador.

Cedo a la FLACSO Ecuador los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, bajo la licencia Creative Commons 3.0 Ecuador (CC BY-NC-ND 3.0 EC), para que esta universidad la publique en su repositorio institucional, siempre y cuando el objetivo no sea obtener un beneficio económico.

Quito, julio de 2020



Jairo Israel Rivera Vásquez

Resumen

La malnutrición infantil es un problema social que limita las capacidades y funcionamientos de las personas, constituye una transgresión a los derechos humanos, teniendo consecuencias a nivel de corto, mediano y largo plazo en los individuos, perjudicando a la sociedad en general. Actualmente hay una transición nutricional y epidemiológica que se caracteriza por una tendencia a la disminución de la desnutrición y un incremento del sobrepeso y la obesidad, donde el ritmo de dicha transición resulta heterogéneo entre regiones y países. El objetivo principal de la tesis es comprender el problema de la malnutrición infantil en Ecuador mediante un enfoque pluralista basado en las convenciones, las capacidades y el enfoque pragmático de las políticas públicas.

La presente investigación pretende ser un aporte a la literatura en dos aspectos principales. Primero, la construcción de un esquema de análisis de la malnutrición infantil, que se fundamenta en el pragmatismo. El esquema analítico armoniza la teoría de las convenciones, siguiendo a Boltanski y Thévenot (2006), el enfoque de capacidades, propuesto por Amartya Sen (2012), y el enfoque pragmático de la política pública, desarrollado por Zittoun (2016). Segundo, la aplicación del enfoque de análisis en realidades complejas, siendo Ecuador, a nivel general, y en Chimborazo y Santa Elena, a nivel específico. Por un lado, la desnutrición infantil en Ecuador afecta al 23.9% de la población menor de cinco años y el sobrepeso se encuentran sobre el promedio de la región. Por otra parte, Chimborazo y Santa Elena se analizan como estudios de caso, ya que tienen niveles de malnutrición preocupantes, donde la primera provincia presenta el más alto porcentaje de desnutrición de la región Sierra y un bajo sobrepeso, mientras que la segunda tiene la desnutrición más alta de la región Costa.

La metodología del estudio es mixta, combinando métodos cuantitativos con cualitativo, para desarrollar un análisis plural de la malnutrición infantil. En lo cuantitativo se utilizan las bases de datos nacionales, y en lo cualitativo se usa lo recopilado en el trabajo de campo a través de la observación, la entrevista y grupos focales. Los resultados permiten comprender la complejidad de la malnutrición en el país, las limitaciones de la acción pública, y sus contingencias en territorio.

Agradecimientos

A Dios por su infinita grandeza.

A mi Directora Betty Espinosa por su excelente guía y apoyo.

A mi Codirector William Waters por su tiempo y consejos.

A mi esposa Stephy por su amor, paciencia y comprensión.

A mis padres, Alfonso y Lucy, por su ejemplo y motivación.

A mis hermanas, Xime y Vane, cuñados y sobrinas por su colaboración y alegría.

A mi familia y amigos en general por su soporte y aliento en ese tiempo.

A FLACSO-E, especialmente al Departamento de Asuntos Públicos, por estos maravillosos años de aprendizaje.

A UASB-E, especialmente al Área Académica de Gestión, por su apoyo para la culminación de mis estudios.

A las personas participantes en las entrevistas y grupos focales.

A los lectores de la tesis por sus valiosas sugerencias.

Introducción

La presente investigación trata sobre un problema social que a nivel global limita el desarrollo de las personas y de la sociedad en general. Este estudio pretende ser un aporte a la literatura en dos aspectos principales. El primero es la construcción de un esquema de análisis de la malnutrición infantil. Este esquema combina teorías pluralistas y multidimensionales. El segundo aporte está en el análisis empírico de la malnutrición infantil en Ecuador como un problema grave que obedece a factores coyunturales, pero especialmente a limitaciones estructurales.

La tesis tiene como objetivo principal el comprender el problema de la malnutrición infantil en Ecuador mediante un enfoque pluralista basado en las convenciones, las capacidades y el enfoque pragmático de las políticas públicas. Y es que los niveles de desnutrición en el país representan más del doble de la región de América Latina y el Caribe, y el sobrepeso es ligeramente superior a la media regional. Dado el nivel de desarrollo del país, sus indicadores de nutrición resultan bastante elevados y cuestionan la prioridad que se ha otorgado a la solución de este problema.

La metodología empleada en esta tesis es mixta; se combinan métodos cuantitativos con cualitativos para desarrollar un análisis más profundo de la malnutrición infantil. A nivel de métodos cuantitativos se usan las estadísticas oficiales sobre malnutrición infantil, desde sus bases de datos, y a nivel de métodos cualitativos se usa información primaria recopilada de la observación, grupos focales y entrevistas a profundidad.

El contenido de la misma se basa en un primer capítulo temático que explora la malnutrición infantil, sus tipos, evolución global y el escenario actual de América Latina y el Caribe. Además, estudia sus causas mediante el uso del emblemático esquema de factores inmediatos, subyacentes y básicos. Asimismo, examina las consecuencias en el tiempo y en la formación de capacidades desde la salud, educación y economía. Por último, investiga las políticas y estrategias que se han utilizado en el escenario internacional para la reducción de la malnutrición infantil.

El segundo apartado se enfoca en el desarrollo de un esquema de análisis de la malnutrición infantil. Para ello, parte de la revisión de los paradigmas epistemológicos de la ciencia, la teoría de las convenciones, los marcos teóricos de políticas públicas, los enfoques tradicionales de estudio de la malnutrición, y el enfoque de capacidades como una alternativa multidimensional para indagar sobre la malnutrición infantil. Al mismo tiempo, presenta la metodología mixta que se utiliza en el estudio y la selección de casos de estudio.

En el tercer apartado se analiza la malnutrición infantil en Ecuador usando el esquema de análisis propuesto. En ese sentido, se presenta el contexto de la malnutrición infantil caracterizado por una mayor estabilidad política, mejoramiento de la economía, incremento del gasto social y aumento de la cobertura de servicios de agua y sanidad; se analiza el perfil de la malnutrición infantil donde hay particularidades en desnutrición y sobrepeso; se examina la acción pública, a través de la normativa, programas, proyectos a nivel nacional; y se concluye con la interpretación de la malnutrición con la teoría de las convenciones y el enfoque de capacidades.

El cuarto capítulo indaga el caso de malnutrición infantil de la provincia de Chimborazo, que se encuentra en niveles alarmantes. Esta provincia presenta el más alto porcentaje de desnutrición de la región Sierra, y del Ecuador, donde uno de cada dos niños tiene desnutrición, cifra que resulta ser cerca del doble del promedio nacional, más de dos veces el promedio mundial y más de cuatro veces el promedio de la región de América Latina y el Caribe. A su vez, el sobrepeso es inferior al promedio nacional. Con ello, se presenta el contexto de la malnutrición infantil, el perfil de la misma, la acción pública a nivel local, y las convenciones y capacidades.

El quinto capítulo examina el caso de malnutrición infantil de la provincia de Santa Elena. Esta provincia tiene el porcentaje más alto de desnutrición de la región Costa y exhibe un comportamiento inusual para un territorio costero. Sus indicadores son solo comparables con los de las provincias de la sierra central. Además, el sobrepeso y la obesidad son menores que el promedio nacional. Con ello, se presenta el contexto de la malnutrición infantil, el perfil de la misma, la acción pública a nivel local, y las convenciones y capacidades.

Al final de la tesis se desarrollan algunas conclusiones generales sobre el estado y poco avance en la reducción de la malnutrición infantil en el país. Los resultados permiten comprender la complejidad de la malnutrición en el país, las limitaciones de la acción pública, y sus contingencias en territorio.

Capítulo 1

La malnutrición infantil como restricción al desarrollo

1.1. Introducción

La batalla contra las privaciones de los niños en general, y en temas de nutrición en particular es, de alguna manera, la lucha más dura que el desarrollo humano tiene que realizar (Sen 1999, 1). La malnutrición infantil es un problema social que limita las capacidades y los funcionamientos de las personas, por lo que su erradicación debe ser un compromiso social y político a nivel mundial.

El objetivo de este capítulo es analizar la problemática de la malnutrición infantil. El capítulo se compone de cuatro secciones. En la primera sección se presenta la malnutrición infantil y se examinan los tipos de malnutrición, su evolución global y el escenario actual de América Latina y el Caribe, y de Sudamérica en particular. En este contexto, existe una transición nutricional y epidemiológica, asociada a factores socio-económicos y culturales, que determina una diversidad de realidades entre regiones y países.

En la segunda sección se estudian las causas de la malnutrición infantil. Para ello, se combina el emblemático esquema de las causas de la desnutrición desarrollado por la UNICEF (1990) y el esquema de sobrepeso realizado por Juan Rivera et al. (2012); en ambos se analizan los factores inmediatos, subyacentes y básicos. Además, se reconocen las causas ligadas al ciclo de vida, en donde se aprecia una concatenación de factores.

En la tercera sección se examinan las consecuencias de la malnutrición infantil. Las repercusiones se presentan no solo a nivel individual, sino que afectan a toda la sociedad en el corto, mediano y largo plazo, perjudicando la formación de capacidades en salud, educación y economía.

Finalmente, en la cuarta sección se investigan las políticas y estrategias utilizadas en el escenario internacional para la reducción de la malnutrición infantil. La acción conjunta de la comunidad, el sector privado, la academia y el sector público es fundamental. Como resultado, se afirma que la malnutrición infantil se ha convertido en una restricción al

desarrollo, lo que la convierte en un problema social que urge de medidas que permitan su erradicación.

1.2. La malnutrición infantil

La malnutrición se caracteriza por dietas monótonas y de baja calidad nutricional, pobres en vitaminas esenciales y minerales (OPS 2014, 3). También se la asocia con el término “hambre” en cuanto constituye una violación al derecho humano a tener una alimentación adecuada (Caparrós 2014, 5). Esta relación se realiza mediante el enlace con la inseguridad alimentaria, es decir, donde no hay “acceso físico y económico a alimentos suficientes, seguros, nutritivos y culturalmente aceptables para satisfacer sus necesidades dietéticas” (Black et al. 2008, 244).

En general, la malnutrición es el resultado de la interacción de una ingesta inadecuada de alimentos, en cantidad y calidad, entornos de salud y asistencia de mala calidad, y comportamientos de factores subyacentes, como la inestabilidad política, la falta de desarrollo económico, la desigualdad y la globalización (IFPRI 2016, 1). Ciertamente, es una consecuencia de características personales y del entorno, donde influyen factores coyunturales y estructurales.

La malnutrición puede afectar a las personas de todas las edades. Sin embargo, la que es más perniciosa y tiene mayores repercusiones en el desarrollo es la denominada malnutrición infantil. La malnutrición infantil se genera desde el útero de la madre, lo que produce que el bebé se forme en un ambiente restringido, donde las reservas de grasa, micronutrientes y minerales serán deficientes. Posteriormente, luego del parto, afecta un periodo crucial de crecimiento y formación de la persona, en el cual se desarrollan sus sistemas internos y el cerebro.

Es conveniente señalar que la malnutrición infantil se relaciona con la mortalidad infantil, ya que ocasiona un 45 por ciento de las muertes de niños menores de 5 años (Black et al. 2013, 427). Las deficiencias nutricionales son uno de los principales factores de riesgo de las muertes de menores de cinco años, junto con la malaria, enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias, otras enfermedades infecciosas y parasitarias, causas perinatales, y lesiones (Lopez et al. 2006, 1794). La malnutrición es considerada un “síndrome del deterioro del

desarrollo causada por factores múltiples y complejos” (Martorell 1999, 288). Los efectos de la malnutrición se mantienen en el corto, mediano y largo plazo, con consecuencias perjudiciales en el desarrollo de las personas y la sociedad en general.

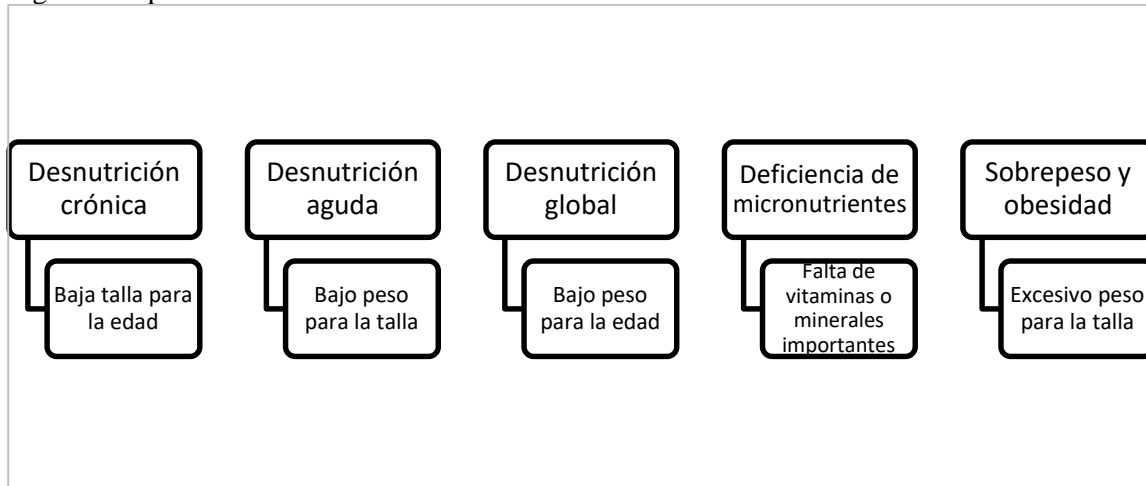
Tipos de malnutrición

La malnutrición está conformada por la desnutrición y el sobrepeso. Por un lado, la desnutrición se puede presentar en forma de retraso del crecimiento para la edad o desnutrición crónica, bajo peso para la talla o desnutrición aguda, bajo peso para la edad o desnutrición global, limitación en el crecimiento fetal, y deficiencias de vitaminas y minerales esenciales (Black et al. 2008, 243). Las cuatro principales deficiencias de micronutrientes están relacionadas con la falta de vitamina A, yodo, hierro y zinc (Behrman, Alderman y Hodinott 2004, 25).

Por otro lado, el sobrepeso se presenta en forma de peso elevado para la estatura. Se genera cuando hay una ingesta de calorías que excede al gasto energético y, cuando supera cierto umbral, se convierte en obesidad (WHO 2016, 2). Es importante indicar que tanto la desnutrición como el sobrepeso y la deficiencia de micronutrientes pueden estar presentes al mismo tiempo; significa, entonces, que una persona puede sufrir de manera concurrente varios tipos de malnutrición.

Por su parte, entre los tipos de desnutrición no hay una relación directa; es decir, la presencia de un tipo de desnutrición no se relaciona con la presencia o ausencia de otro tipo (Victora 1992, 1105), y la desnutrición crónica es aquella de mayor cuidado debido a que indica problemas estructurales y del pasado nutricional (Waterlow 1972, 569). En esa línea, una adecuada nutrición es fundamental en cada etapa del ciclo de vida, y resulta primordial durante los primeros años de vida, durante la primera infancia (United Nations 2000: 13). A continuación, se presentan los tipos de malnutrición (figura 1).

Figura 1. Tipos de malnutrición



Fuente: Black et al. (2008); Alderman, Behrman y Hoddinott. (2005).

Evolución a nivel global

El estado actual de la malnutrición infantil es el resultado de la combinación de las tendencias históricas de la desnutrición y el sobrepeso. En este momento el mundo padece la denominada transición nutricional y epidemiológica, en donde en general hay una reducción de la desnutrición pero se incrementa el sobrepeso y obesidad, asociada a factores socio-económicos y culturales, con sus consecuencias en las enfermedades crónicas que, si bien son no transmisibles biológicamente, si lo son socialmente (Allen y Feigl 2017, e644), tales como: la diabetes, la hipertensión, los ataques cardiacos y el cáncer (Popkin 2001, 871; Popkin 1994, 285).

La denominada doble carga nutricional se relaciona con esa coexistencia de desnutrición y sobrepeso a nivel individual, del hogar y del país (Rivera et al. 2014, 1613). Existen autores que consideran que existe una "triple carga" de la malnutrición que abarca el insuficiente suministro de energía alimentaria, el cual se convierte en hambre, las deficiencias de micronutrientes, que se traducen en hambre oculta, y la excesiva ingesta de energía, que se vuelve sobrepeso y obesidad (Pinstrup-Andersen 2005, 354).

La forma de medición de la malnutrición infantil es mediante el uso de los patrones de crecimiento infantil de la Organización Mundial de la Salud. Dichos patrones fueron contruidos en base a una investigación sobre el crecimiento de niños en poblaciones heterogéneas -Brasil, Ghana, India, Noruega, Omán y Estados Unidos- y un desarrollo "ideal" del infante. Los estándares tienen la ventaja de poder ser usados en todo el mundo debido a

que “los niños de todas partes crecen con patrones similares cuando llenan sus necesidades de salud, nutrición y cuidados” (OMS 2008, 30). Dichos patrones distinguen las curvas de crecimiento por género (WHO 2006, 4).

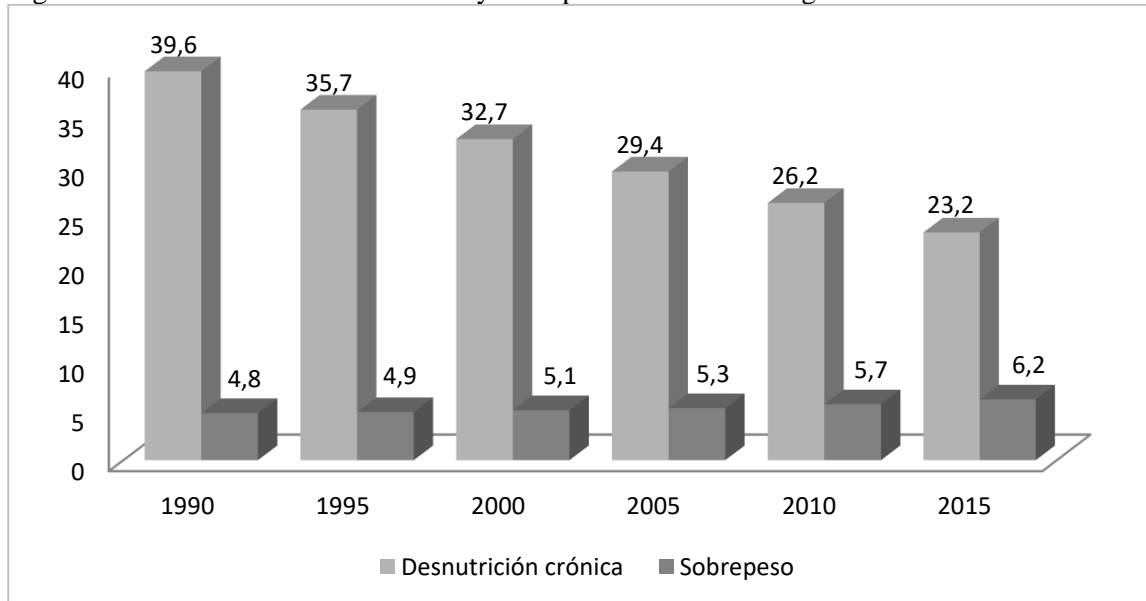
La prevalencia de la desnutrición infantil a nivel global es un tema alarmante ya que cerca de 161 millones de menores de cinco años padecen desnutrición crónica¹, 51 millones de niños menores presentan desnutrición aguda (emaciación) y más de dos mil millones de personas sufren de una o más deficiencias de micronutrientes (Sundaram, Rawal y Clark 2015, 133). En regiones como Asia, África y América Latina su prevalencia es mayor, lo que ocasiona que ocurran alrededor de 99% de muertes por desnutrición (Black et al. 2008, 244). Si bien la tendencia de la desnutrición en el tiempo es descendente, apoyada por un aumento de recursos, conocimiento y compromiso político, el ritmo es todavía lento y representa a una enorme población (UNICEF 2015, 2-4). En tal sentido, la desnutrición infantil es un problema aún sin resolverse.

Asimismo, el sobrepeso infantil, que puede convertirse en obesidad cuando supera un umbral de peso excesivo, está asociado a varios factores de riesgo para enfermedades cardíacas posteriores y otras enfermedades crónicas (Cole 2000, 1240). El cambio de hábitos de consumo, el entorno obesogénico (Piaggio 2016, 605), junto con la falta de ejercicio físico, la ingesta de alimentos ultraprocesados ocasionan que su tendencia sea ascendente, lo que lo convierte en uno de los principales problemas de salud pública (Roberto, Pomeranz y Fisher 2014, 438). En el mundo, cerca de 41 millones de menores de cinco años tienen sobrepeso² (UNICEF 2015, 2-4). A continuación, se presenta el gráfico de las tasas de desnutrición crónica y sobrepeso infantil a nivel global.

¹De ellos, el 57% se encuentra en Asia, el 37% en África, el 4% en América Latina y el Caribe, y el 2% en otras regiones. La prevalencia por regiones es heterogénea, siendo más baja en América Latina y el Caribe (11%), seguido de Asia (25%), África (32%) y Oceanía (38%) (UNICEF 2015, 2-4).

²De ellos, el 48% se encuentra en Asia, el 25% en África, el 10% en América Latina y el Caribe, y el 18% en otras regiones. La prevalencia por regiones es heterogénea, siendo más baja en Asia (5%), África (6%), América Latina y el Caribe (7%), y Oceanía (9%) (UNICEF 2015, 2-4).

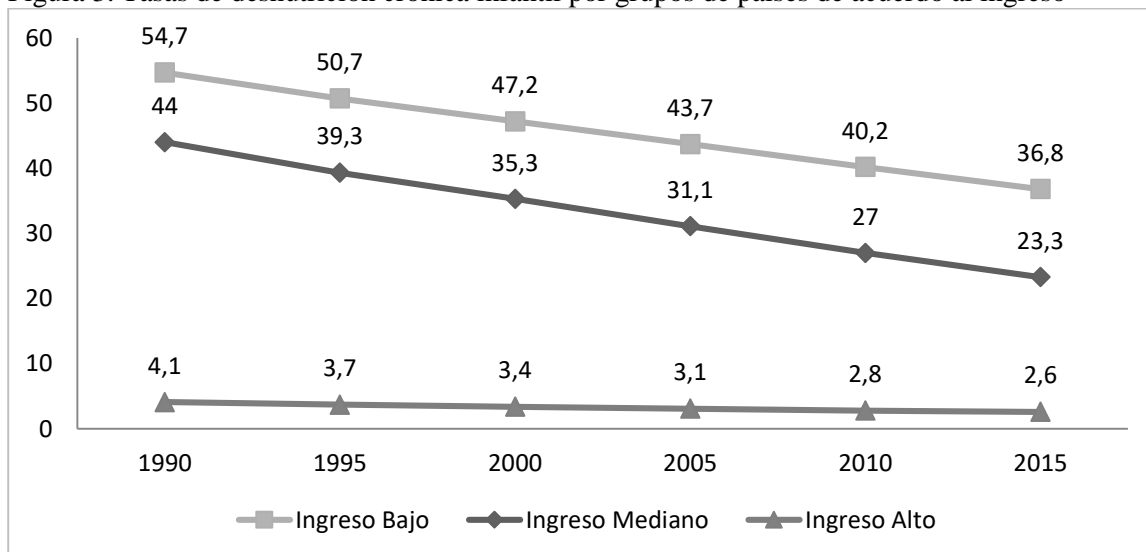
Figura 2. Tasas de desnutrición crónica y sobrepeso infantil a nivel global



Fuente: UNICEF (2017).

En temas de malnutrición no es suficiente el promedio general, ya que existe una heterogeneidad entre regiones y grupos de países. Tomando en cuenta la clasificación de los países de acuerdo a su ingreso per cápita, se presenta la evolución de la desnutrición crónica infantil para los países de ingreso alto, ingreso mediano e ingreso bajo. Existe un patrón claro en el análisis de la desnutrición y es que, a medida que disminuye el ingreso, aumenta la desnutrición infantil, como se ilustra en la siguiente figura.

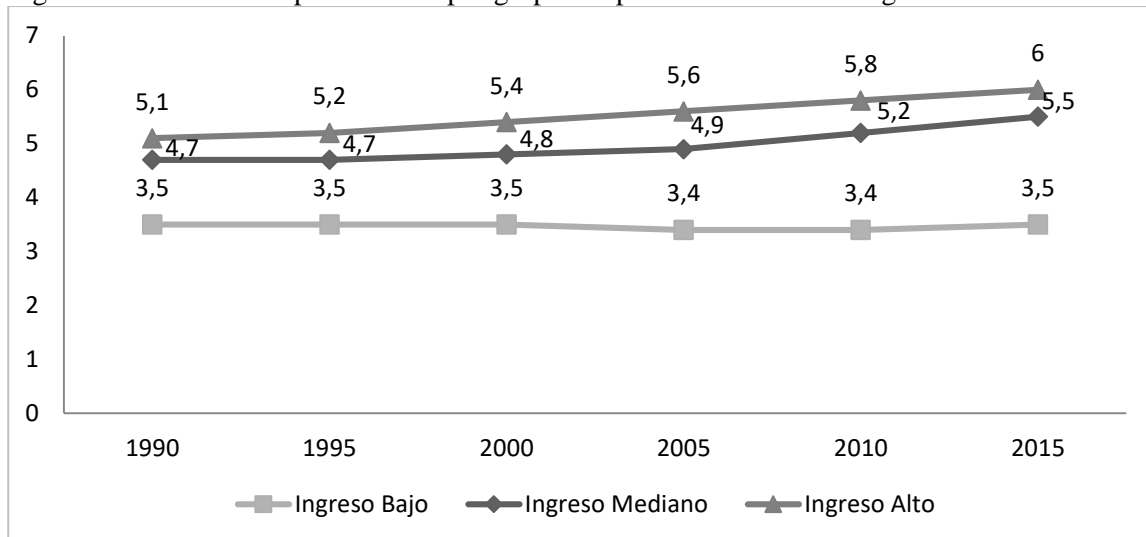
Figura 3. Tasas de desnutrición crónica infantil por grupos de países de acuerdo al ingreso



Fuente: UNICEF (2017).

Por otra parte, en relación con el sobrepeso infantil por grupos de países de acuerdo al ingreso, la relación es inversa. En ese sentido, los países con ingresos más altos son aquellos con mayores problemas de sobrepeso y obesidad; es decir, a medida que aumenta el ingreso se incrementa el sobrepeso. Sirve de ejemplo la siguiente figura, y algo preocupante es la tendencia al cambio en los países de ingresos medianos y bajos (Popkin 1994, 285).

Figura 4. Tasas de sobrepeso infantil por grupos de países de acuerdo al ingreso



Fuente: UNICEF (2017).

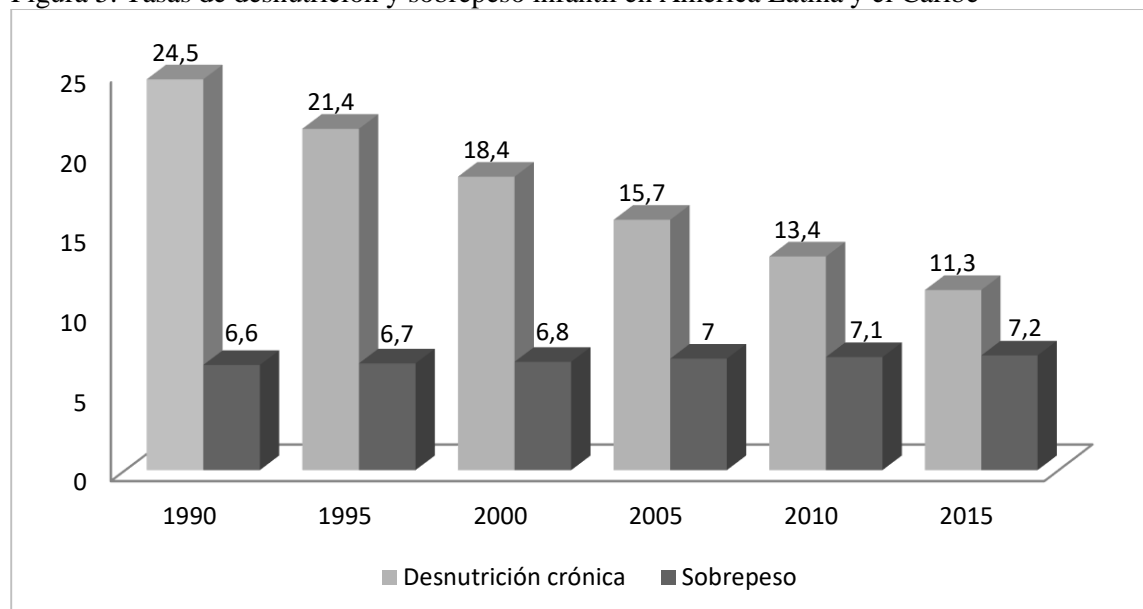
Escenario en América Latina y el Caribe

América Latina y el Caribe presentan un escenario privilegiado en cuanto a la disponibilidad de recursos naturales e históricamente ha sido una fuente importante de alimentos a nivel global, donde varios de sus países son exportadores de productos primarios, normalmente sin mayor valor agregado, con la característica de tener “la capacidad de alimentar a todos sus habitantes y además ser exportadora neta de alimentos” (OPS 2014, 3). A pesar de aquello, todavía existen en la región cerca de 7 millones de niños menores de cinco años afectados por la desnutrición crónica infantil y alrededor de 5 millones que padecen sobrepeso.

Respecto de la evolución de la malnutrición en menores de cinco años, se puede afirmar que esta ha seguido los mismos patrones observados a nivel global, en cuanto a que existe una reducción de la desnutrición y un aumento del sobrepeso (Etienne 2016, 102). De acuerdo con esto, se presenta una tendencia decreciente en desnutrición, pasando de 25% en 1990 a 11% en 2015. Por otro lado, el sobrepeso se ha incrementado ligeramente en el mismo periodo, ubicándose en 7% para 2015, con lo que supera el promedio global, pudiendo

alcanzar “proporciones epidémicas” (Tirado et al. 2016, 114), siendo sus principales factores “los cambios en las condiciones socioeconómicas, la urbanización, los alimentos al por menor y el transporte público han contribuido a la obesidad infantil en la región” (Corvalán et al. 2017, 7), como se observa en la siguiente figura.

Figura 5. Tasas de desnutrición y sobrepeso infantil en América Latina y el Caribe



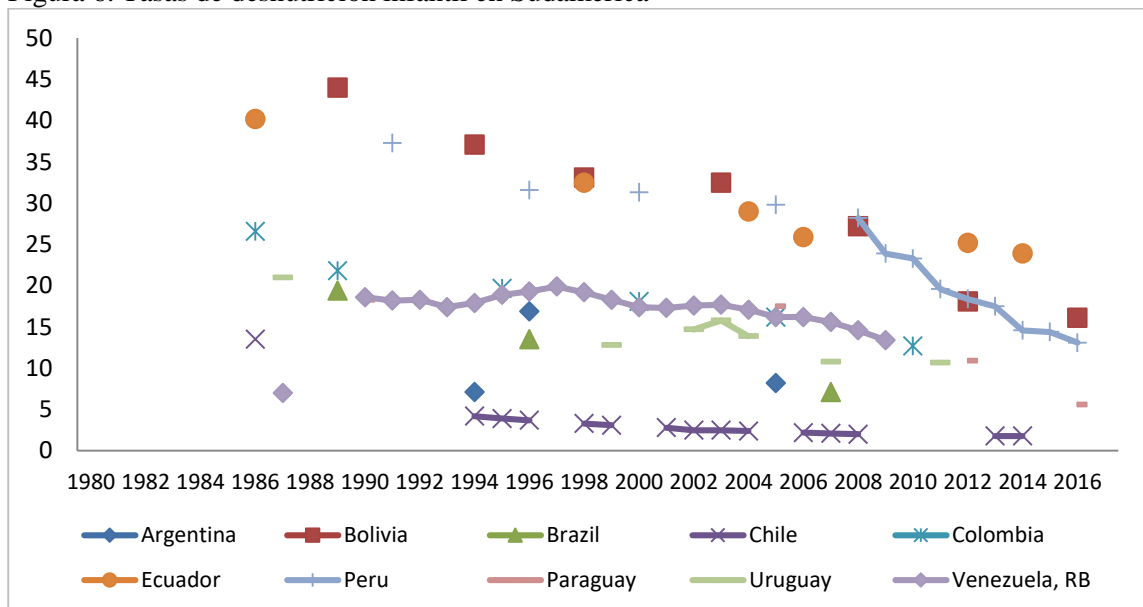
Fuente: UNICEF (2017).

Existen diferencias dentro de los subgrupos de países dentro de la región, donde la desnutrición crónica bordea el 16% en Centroamérica, el 8% en Sudamérica y el 5% en el Caribe, y el sobrepeso está en 7%, 7.7%, y 6.6%, respectivamente (FAO 2015a, 19; Banco Mundial 2019). A su vez, esta región presenta alta heterogeneidad, tanto en desnutrición como en sobrepeso, entre los países y dentro de ellos. En cuanto a la desnutrición crónica infantil, hay una amplia gama de realidades, con mucha dispersión; por ejemplo, en Guatemala alcanza su punto más alto, siendo 50%, y en Chile el más bajo, 2%. En cuanto al sobrepeso infantil, la dispersión se contrae, pero se mantiene la diversidad de contextos, ya que puede ser superior al 12% como en Paraguay, y llegar hasta menos del 4% como sucede en Haití (Galicia, Grajeda y López de Romaña 2016, 106; FAO 2015a, 20; Banco Mundial 2019).

Enfocando el análisis en los países de Sudamérica, ha existido una reducción importante de la desnutrición infantil y un leve aumento del sobrepeso infantil. La desnutrición infantil para el año 2000 se encontraba alrededor de 14%, y actualmente se encuentra en cerca de la mitad, es decir 8%; por su parte, el sobrepeso infantil para el año 2000 se encontraba en cerca de 7%, y

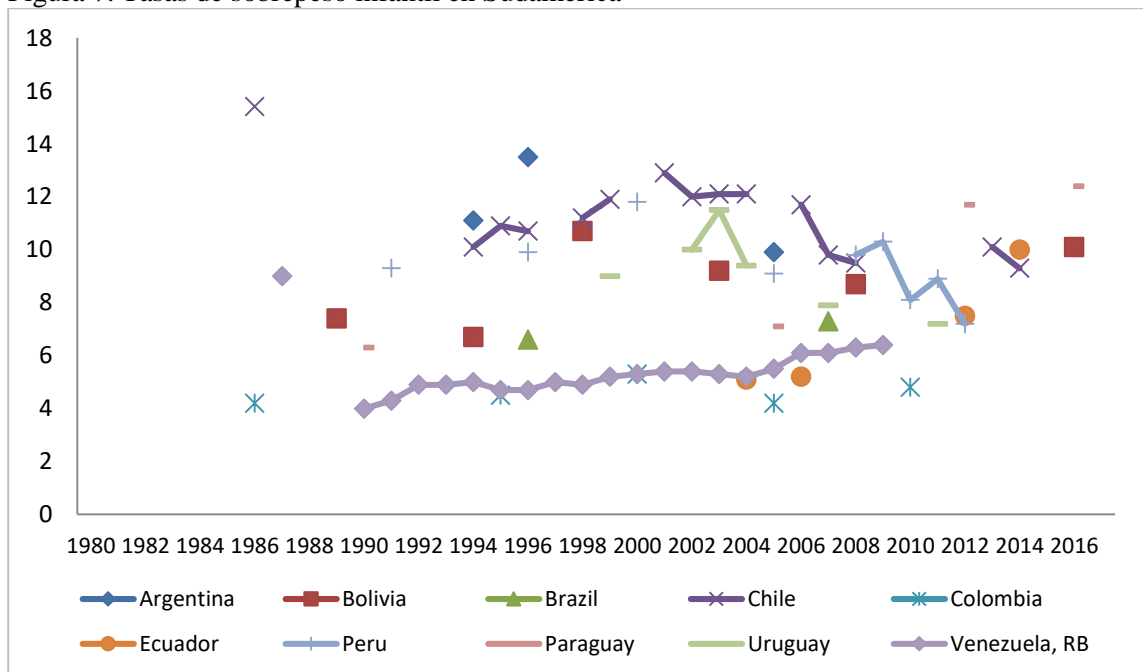
actualmente bordea el 8%. Cada país ha tenido una dinámica particular, como se observa en los siguientes gráficos.

Figura 6. Tasas de desnutrición infantil en Sudamérica



Fuente: Banco Mundial (2019).

Figura 7. Tasas de sobrepeso infantil en Sudamérica



Fuente: Banco Mundial (2019).

Ecuador es el país con la mayor prevalencia de desnutrición crónica infantil (23.9%), la que resulta elevada en relación a los demás países de esta subregión, seguido de Bolivia (16.1%) y

Perú (13.1%); por otra parte, el sobrepeso es superior en Paraguay (12.4%), seguido de Bolivia (10.1%) y Argentina (9.9%). A continuación, se presenta una tabla sobre el estado de la malnutrición en los países de Sudamérica:

Tabla 1. Malnutrición infantil en los países de Sudamérica

País	Desnutrición crónica	Sobrepeso y obesidad
Argentina	8.2	9.9
Bolivia	16.1	10.1
Brasil	7.1	7.3
Chile	1.8	9.3
Colombia	12.7	4.8
Ecuador	23.9	10.0
Paraguay	5.6	12.4
Perú	13.1	7.2
Uruguay	10.7	7.2
Venezuela	13.4	6.4

Fuente: Banco Mundial (2019). Nota: los datos provienen de las fuentes oficiales de cada país y se utilizan los últimos datos disponibles: para Argentina de 2005, Bolivia de 2016, Brasil de 2007, Chile de 2014, Colombia de 2010, Ecuador de 2014, Paraguay es 2016, Perú de 2012, Uruguay de 2011, y Venezuela de 2009.

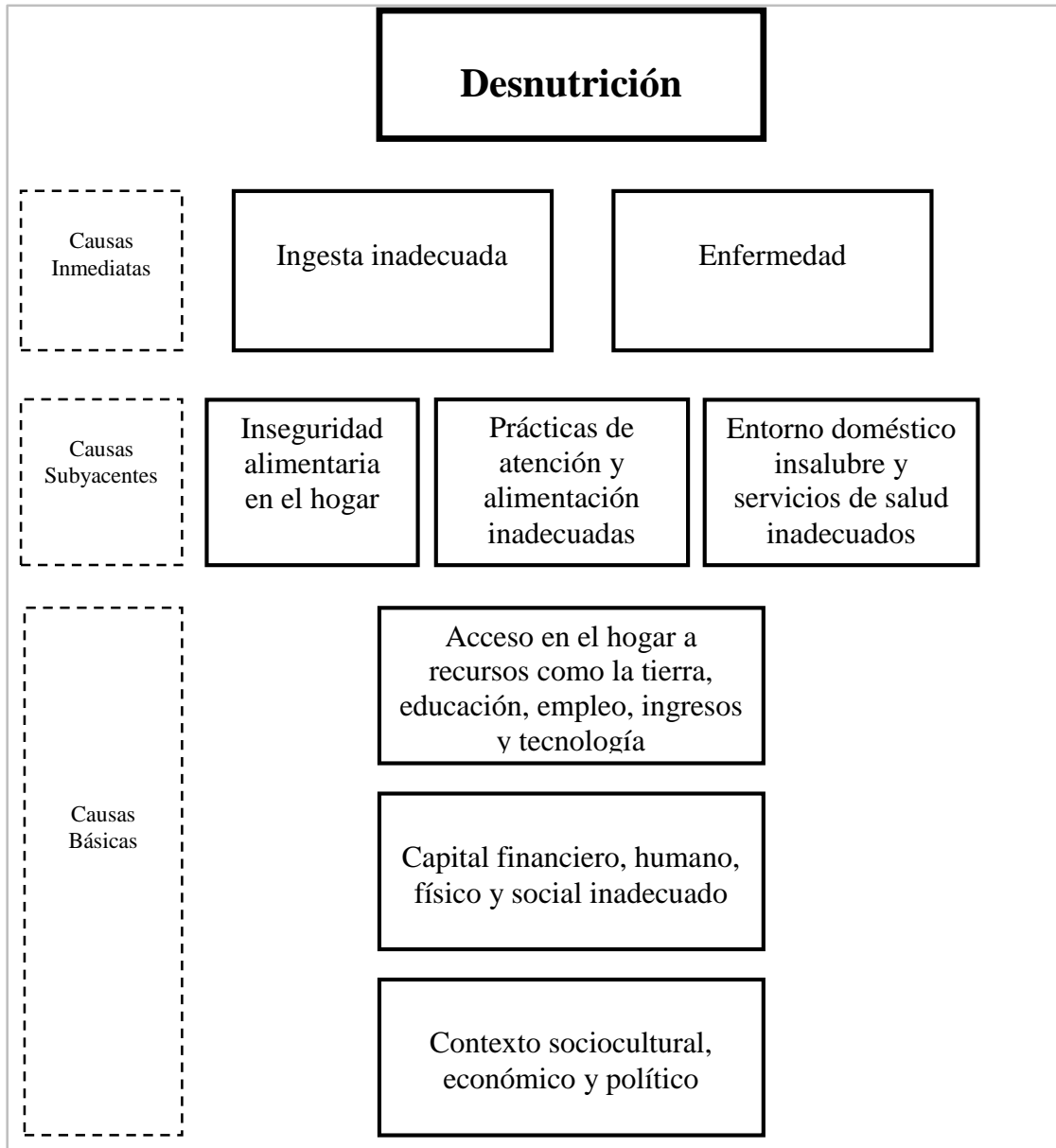
1.3. Causas de la malnutrición infantil

Previo a contextualizar las causas, es importante identificar que la nutrición se refiere a los procesos adecuados sobre la utilización de nutrientes para el crecimiento, el desarrollo, el mantenimiento y la actividad (UNICEF 1990, 8). La malnutrición infantil, entendida como una falla en ese proceso normal de desarrollo, es causada por factores multidimensionales que se relacionan con elementos del niño, de su hogar y de la comunidad en general. En efecto, la malnutrición es multicausal; en ningún caso se debe entender la malnutrición infantil solamente como el resultado de problemas singulares, como enfermedades, alimentación, insuficiencia de ingresos, falta de soberanía alimentaria, ya que hay factores adicionales limitantes (Shekar, Heaver y Lee 2006, 13).

La malnutrición infantil, como se ha indicado, incluye a la desnutrición y al sobrepeso. Por un lado, para entender las causas de la desnutrición, existe el emblemático esquema de UNICEF (1990, 22) desarrollado a inicios de los años noventa, en donde se agrupa a los

factores causales en tres tipos: factores inmediatos, subyacentes y básicos (Anexo 1). A continuación, se presenta una versión actualizada del mismo (UNICEF 2013, 4):

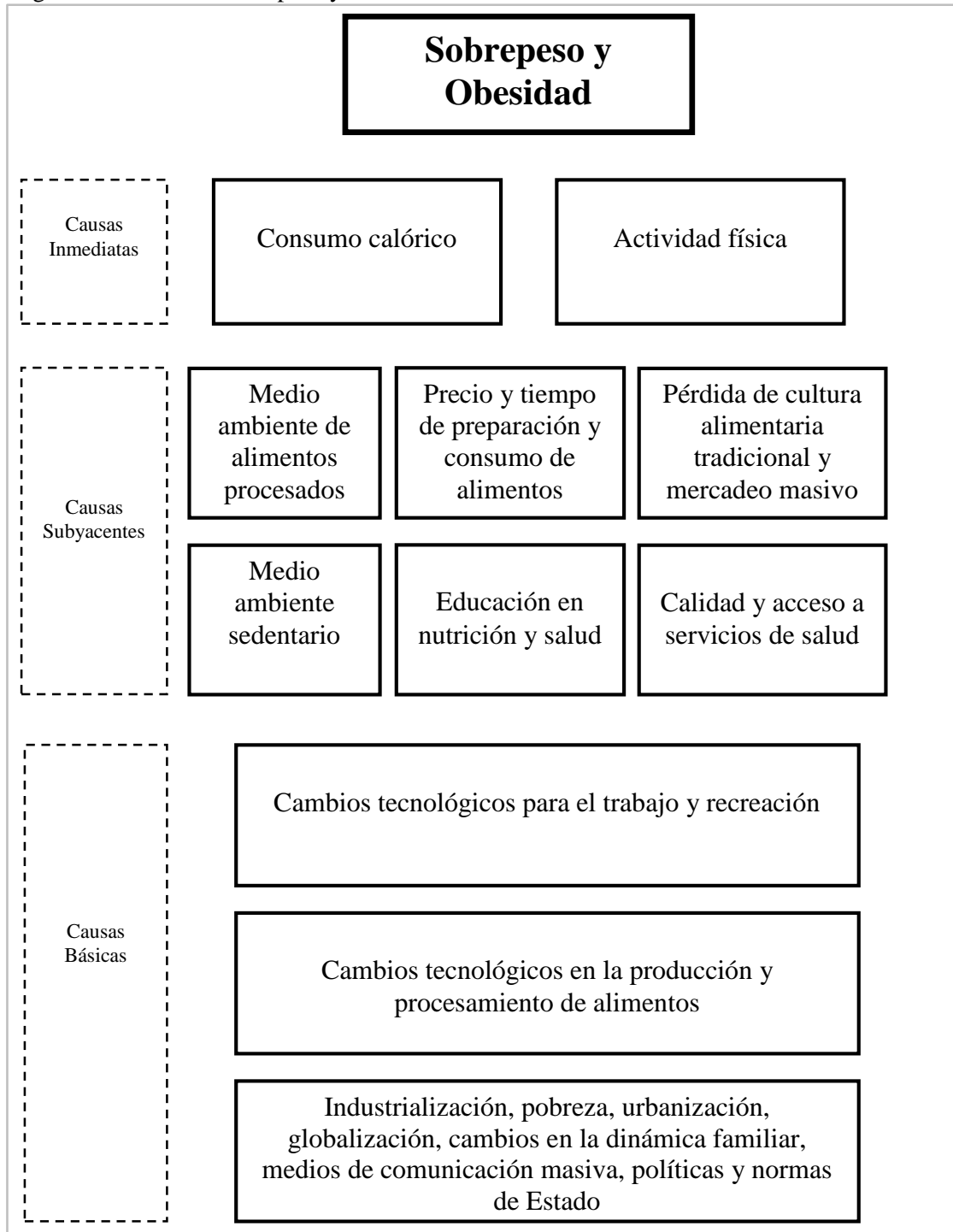
Figura 8. Causas de la desnutrición



Fuente: Adaptado de UNICEF (2013)

Por otra parte, para comprender las causas del sobrepeso y la obesidad, tomando esa lógica de agrupar los factores en dimensiones comunes, existe un esquema desarrollado por Juan Rivera et al. (2012), en donde se agrupa a los factores causales en tres tipos: factores inmediatos, subyacentes y básicos, el cual se presenta a continuación:

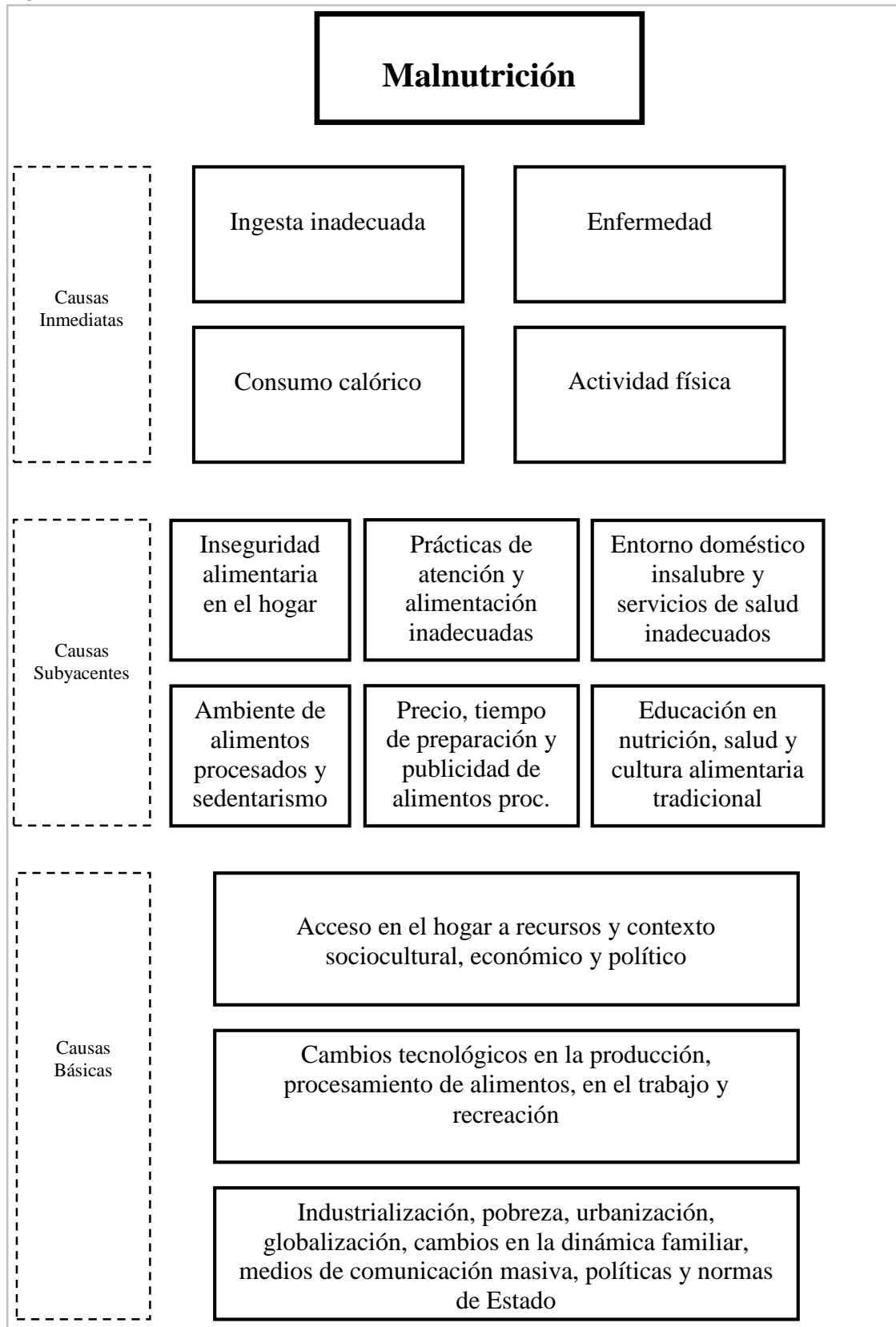
Figura 9. Causas del sobrepeso y obesidad



Fuente: Adaptado de Rivera (2012).

Como se puede apreciar, ambos esquemas presentan dimensiones similares (inmediatas, subyacentes y básicas), donde existen elementos comunes y elementos que complementan el entendimiento de la malnutrición. Con ello, se propone un esquema combinado de las causas de la malnutrición, que se presenta a continuación:

Figura 10. Causas de la malnutrición



Fuente: Adaptado de UNICEF (1990, 2013), Black et al. (2008 y 2013) y Rivera et al. (2012).

Factores inmediatos

Los factores inmediatos en temas de desnutrición se refieren a aquellas causas individuales ligadas al consumo de alimentos de forma inadecuada, poca diversidad de la dieta, y enfermedades; y, en relación con el sobrepeso se asocian con el consumo de alimentos con alta densidad calórica y falta de actividad física. Estos factores son interdependientes; es decir, una persona con una ingesta inapropiada de alimentos tiene mayores probabilidades de sufrir enfermedades, a su vez, una persona que sufre enfermedades ve afectado su apetito y la absorción de nutrientes en los alimentos (Smith y Haddad 2000, 5; Shekar, Heaver y Lee 2006, 10).

Actualmente, dentro de la denominada transición nutricional y epidemiológica, asociada a factores socio-económicos y culturales, existe un elevado consumo de productos ultraprocesados, los cuales se caracterizan por usar ingredientes ricos en sal, azúcar y grasas lo que les permiten alargar su periodo de caducidad. Esta alimentación con limitado aporte nutricional se relaciona con enfermedades posteriores de las personas. Además, dichos alimentos se “caracterizan por tener precios relativos bajos, ser ubicuos, y estar respaldados por un mercadeo poderoso” (OPS 2014, 4).

Una adecuada nutrición es fundamental en cada etapa del ciclo de vida, teniendo importancia central durante los primeros mil días de la persona. Las enfermedades infecciosas en esta etapa limitan drásticamente la alimentación y absorción de nutrientes; como ejemplo, está la presencia de diarrea en los menores y sus efectos en apetito y el peso. En este tema resulta clave la práctica de lactancia materna durante los dos primeros años de vida y de forma exclusiva durante los seis primeros meses, y un monitoreo del crecimiento del menor. Entre los principales beneficios de la lactancia materna se encuentran “la salud infantil, desarrollo intelectual y motor, menor riesgo de enfermedades crónicas posteriores y salud materna” (León-Cava et al. 2002, 3); en esa línea, la lactancia materna “no tiene parangón como forma de proporcionar un alimento idóneo para los lactantes; la leche materna es inocua, limpia y contiene anticuerpos que ayudan a protegerlos contra muchas enfermedades frecuentes en la infancia” (OMS 2017, 3). Asimismo, resulta crucial la introducción de alimentos complementarios.

La dieta debe ser apropiada en cantidad y calidad, con una combinación de nutrientes. Una dieta monótona, sin diversidad, obstaculiza la oportuna alimentación de los menores y les priva de nutrientes, que son esenciales para su desarrollo. Los problemas nutricionales de la madre, a través de una inadecuada situación nutricional antes de la concepción o mala alimentación durante el embarazo, repercuten en el peso del menor al nacer³. Existen asociaciones entre el sobrepeso de las madres y la presencia de malnutrición en los niños (United Nations, 2000: 17; Black et al. 2008, 244; UNICEF 2013, 10, OPS 2014, 3).

Factores subyacentes

Los factores subyacentes en temas de desnutrición están relacionados con causas del hogar como el inoportuno acceso a alimentos, pobreza, falta de seguridad y soberanía alimentaria, prácticas inadecuadas de atención y cuidado materno-infantil, y falta de acceso a servicios básicos y a un ambiente saludable (Black et al. 2008, 244). Adicionalmente, en lo referente a sobrepeso se relaciona con la presencia de un ambiente favorable hacia el consumo de alimentos procesados, denominado también ambiente obesogénico, donde influye el precio, tiempo de preparación, y la publicidad; además, de una inadecuada educación en nutrición, salud y cultura alimentaria tradicional; y sedentarismo (Rivera et al. 2012, 52).

Por un lado, la pobreza es una causa trascendental ya que los quintiles de menor riqueza suelen estar asociados a mayor desnutrición, aunque no necesariamente se relacionan con el sobrepeso. En esa línea, el nivel socioeconómico se relaciona con la calidad de la dieta, donde una dieta de mayor calidad es consumida por personas más educadas y de mayores ingresos. Así, se observa que el bajo costo de los alimentos procesados, tanto en dinero como en tiempo, con una alta densidad energética y calorías, facilita el acceso de los hogares de menores recursos (Darmon y Drewnowski 2008, 1107; OPS 2014, 3). La pobreza puede ser medida por ingresos, consumo y Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), donde la medición por consumo es preferida a la de ingreso ya que ayuda a evitar el subregistro, y la medición por NBI es recomendable debido a que denota elementos estructurales de la pobreza. Más aun, la presencia de pobreza en los hogares ocasiona que existan limitadas inversiones en nutrición y los países con menores ingresos por persona tienen mayores problemas de malnutrición (Shekar, Heaver y Lee 2006, 2; Smith y Haddad 2000, xi).

³El bajo peso al nacer es una medida estandarizada -bajo 2.500 gramos- que aumenta el riesgo de muerte en la infancia -mortalidad infantil- y de malnutrición en todo el ciclo de vida, lo cual afecta negativamente el desarrollo físico e intelectual de las personas.

Dentro de la seguridad alimentaria importa la disponibilidad y el acceso a alimentos, la cual ha sufrido una revolución profunda debido a la incorporación de la tecnología, con lo que se ha incrementado notablemente la producción de alimentos (FAO 2000, 107); como consecuencia, la producción de alimentos, en muchas partes del mundo, ya no es el centro del problema, sino su disponibilidad y el acceso, que en términos generales ha mejorado en todas las regiones, excepto en el África Subsahariana (FAO 2015a, 3). Adicionalmente, de forma integral, la soberanía alimentaria se interesa por la producción, la distribución, los costos, los precios, los ingresos por sus ventas, el intercambio en el mercado, las desigualdades, el desarrollo, los recursos del hogar y el tamaño del mismo (Banco Mundial 2007, 26; Carvajal 2009, 10-11).

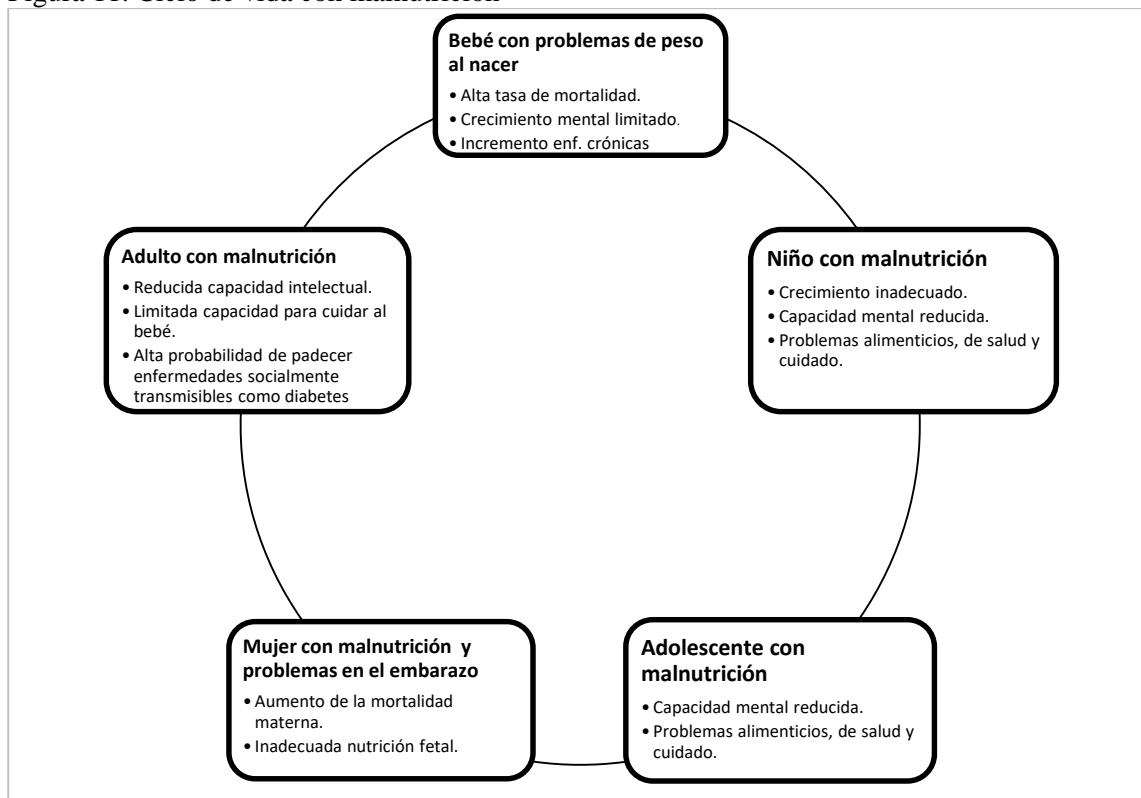
Dentro de las prácticas de cuidado, importa el tiempo que dedican los cuidadores a sí mismos, refiriéndose principalmente a las madres, aunque resaltando la importancia del involucramiento del padre en la crianza del menor, en su cuidado y en el de sus hijos. Dichas prácticas comprometen el crecimiento y desarrollo de los niños ya que se enfocan en las interacciones y deben tener un componente importante de contextualización y territorialidad. Entre las principales prácticas de cuidado –tanto para la madre como para el menor– se destacan seis actividades: cuidado de la mujer en el embarazo y en la lactancia, lactancia materna y alimentación complementaria, cuidado psicosocial, preparación e higiene de la comida, prácticas de higiene y prácticas de salud (Engle, Lhotska y Armstrong 1997, 6). Para el cuidado resulta importante el nivel de educación, conocimiento y creencias del cuidador, su estado nutricional y de salud, su estado mental y autoconfianza, y el apoyo social en la provisión de servicios de cuidado complementarios (Engle, Menon y Haddad 1999, 19-20).

Del mismo modo, interesa el nivel de educación de la madre, por sus potencialidades en conocimiento sobre los temas nutricionales, y su estatus dentro de la sociedad (Smith y Haddad 2000, 16-17); empero, existe una disyuntiva relacionada con la lactancia materna y el nivel de educación, principalmente dentro de los países en vías de desarrollo, ya que si bien se genera un mejor cuidado hacia el menor, algunas veces se relaciona con una reducción del tiempo de lactancia materna (Engle, Menon y Haddad 1999, 19). Tomando como esquema el ciclo de vida, se puede indicar que “el estado nutricional de una mujer antes y durante el embarazo es importante para un resultado de parto saludable” (Black et al. 2008, 244).

Indiscutiblemente, la malnutrición de la madre es un factor de riesgo que afecta el parto e incrementa las posibilidades de que el bebé tenga bajo peso, lo que perpetúa el problema de la malnutrición por generaciones (Gillespie y Harris 2016, 1).

Además, habría que mencionar entonces que un bebé con bajo peso incrementa su probabilidad de mortalidad infantil y tiene problemas en su crecimiento durante su niñez. Posteriormente, un niño con desnutrición causa que su desarrollo no sea el adecuado en la adolescencia y puede arrastrar problemas de capacidad intelectual y de habilidades no cognitivas durante toda su vida. Asimismo, está comprobado científicamente que los problemas de desnutrición en la primera infancia traen consigo complicaciones con enfermedades crónicas en el adulto. El gráfico que se expone a continuación presenta el ciclo de la vida cuando hay problemas de malnutrición:

Figura 11. Ciclo de vida con malnutrición



Fuente: Adaptado de United Nations (2000).

Entre los factores ligados a un ambiente saludable, importa de sobremanera el acceso a agua limpia y segura. El agua es crucial para la producción, preparación e inocuidad de los alimentos, y para el mantenimiento de una adecuada higiene dentro del hogar; sin embargo, su

provisión se puede ver afectada por inundaciones, sequías y el calentamiento global (FAO 2018, 65). Esto sucede en un mundo en el cual aumenta la escasez del líquido vital, con mayor énfasis en determinadas zonas del continente africano, y su calidad se ha visto deteriorada principalmente por un aumento de la población y el crecimiento económico (FAO 2012a, 32). Además, tiene relevancia el saneamiento y disponibilidad de servicios de salud, atención médica, seguridad ambiental y vivienda, los que repercuten de forma directa en la presencia de enfermedades como la diarrea y derivadas de bacterias y parásitos, interfiriendo en la capacidad del cuerpo para absorber nutrientes (UNICEF 2013, 10). A nivel global existe una relación directa entre el acceso a saneamiento de calidad y la prevalencia de desnutrición infantil (FAO 2018, 25).

Factores básicos

Los factores básicos son comunes para la desnutrición y el sobrepeso; se refieren a las problemáticas estructurales presentes en el contexto social, económico, político, en un esquema de globalización e industrialización, con cambios tecnológicos y culturales que inciden en la malnutrición infantil. En lo concerniente al contexto social son importantes las relaciones de propiedad, división del trabajo y estructuras de poder; es significativo el poder que manejan las industrias de alimentos y bebidas a nivel nacional e internacional, lo que puede llevar a conflictos de intereses entre la comercialización de alimentos nutricionalmente adecuados y su negocio, incluso teniendo influencia en algunas recomendaciones nacionales e internacionales sobre el consumo de alimentos (Freire y Waters 2014c, 1027; Veraza 2007, 31; Piaggio 2016, 609).

Entre los factores sociales se encuentran la urbanización y la globalización. Por una parte, la globalización transmite más rápidamente los cambios en el sistema alimentario mundial, los que se caracterizan por una “producción de alimentos más procesados, asequibles y comercializados de manera efectiva que nunca” (Swinburn et al. 2011, 804; FAO 2015b, 9). En este proceso, de mercados globalizados, el costo relativo de los alimentos ultraprocesados es menor al compararlo con los alimentos frescos y nutritivos. Dichos patrones internacionales se interrelacionan con los factores locales afectando la calidad de la dieta, donde se están imponiendo “dietas con un alto contenido calórico, escasa diversidad y bajo contenido de nutrientes y fibra” (FAO 2018, 34).

La urbanización entendida como el proceso de movilidad de la población del campo a la ciudad, aminorando la proporción rural en favor de la urbana, ha ocasionado cambios profundos en los sistemas alimentarios, los estilos de vida y los hábitos alimenticios a nivel mundial; y ha producido modificaciones en el perfil nutricional y de enfermedades relacionadas con la nueva dieta, en donde ha incrementado el peso de las enfermedades no transmisibles. En esa línea, hay una mayor predisposición hacia una dieta con productos procesados, una disminución del nivel de actividad física, entendida como sedentarismo, y un aumento del sobrepeso y de la obesidad. Dicha inactividad es mayor en las mujeres que en los hombres y también lo es en los países más desarrollados (Hallal et al. 2012, 247; Bauman et al. 2012, 259).

Dentro de las condiciones económicas resultan relevantes la distribución de recursos, la desigualdad de la riqueza, la pobreza, la concentración de la tierra, la capacidad productiva, la productividad agrícola, el empleo, la dependencia económica externa, la reestructuración del presupuesto, la situación macroeconómica, los precios y la biodiversidad agrícola. En gran medida la malnutrición está supeditada a estas condiciones económicas, que reflejan una disparidad enorme en la posesión de recursos, y donde “el hambre es la expresión más indiscutible de la pobreza” (Cáparros 2014, 508). Con ello, no solo interesan los recursos por persona, sino cómo se distribuyen (UNICEF 1990, 20; Smith y Haddad 2000, xii; FAO 2015a, 9; Rieff 2016, 13).

Entre los factores políticos se encuentran las funciones y estructura del Estado, el sistema de protección social, impuestos, subsidios, sistema legal, y el rol y poder de las instituciones nacionales (UNICEF 1990, 21). También afecta la presencia o ausencia de regímenes democráticos, ya que existen incentivos políticos ocasionados por las elecciones populares y la posibilidad de elección futura, dentro de un entorno pluripartidista (Sen 2012, 20). De manera semejante, importa la falta de políticas específicas de nutrición, la ausencia de programas y enfoques con sensibilidad en nutrición, y la falta de construcción de un entorno adecuado para el desarrollo infantil, donde resaltan los procesos políticos y de política (Guillespie et al. 2013, 552). Con respecto a la acción de los gobiernos, se puede indicar que han tomado conciencia recientemente del problema de la malnutrición, en especial de la nueva epidemia mundial asociada al sobrepeso, aunque todavía sin hacer visible esta problemática y sus afectados, y su intervención en muchos casos ha sido unidireccional, sin enfoque

multisectorial ni desarrollo de enlaces con la comunidad y organizaciones sociales (Shekar, Heaver y Lee 2006, 13).

Por último, entre los factores culturales se encuentran las convenciones, tales como tradiciones, prácticas y creencias que son acordadas entre las personas de una sociedad. Aquí, la presencia o ausencia de una “cultura de la comida” determina que se mantengan o se modifiquen los hábitos alimenticios hacia alimentos no saludables (Pollan 2017, 12). En ese sentido, tener una sociedad más apegada al mantenimiento de la alimentación ancestral hace que la occidentalización de la comida tenga menor impacto. Este punto es relevante, ya que pueden existir “barreras socioculturales que dificultan tanto las prácticas saludables como la búsqueda y obtención de servicios de atención de la salud” (UNICEF 2013, 18).

1.4. Consecuencias de la malnutrición infantil

La malnutrición infantil afecta el desarrollo de capacidades en las personas. Las consecuencias pueden ser de corto, mediano, y largo plazo, mayoritariamente de forma irreversible, afectando su potencial como ser humano. Por un lado, la desnutrición infantil tiene consecuencias en el corto plazo con el aumento de la mortalidad, morbilidad, y discapacidad; en el mediano plazo perturban el desarrollo cognitivo, motor y socioemocional; en el largo plazo presentan afectaciones a la capacidad intelectual, la productividad económica, el rendimiento reproductivo y metabólico; es decir, incluso, pueden extenderse no solo a la vida adulta, sino también a las generaciones futuras (Black et al. 2013, 427; Victora et al. 2008, 340; Gillespie, McLachlan y Shrimpton 2003, 12; Sundaram, Rawal y Clark 2015, 12). A su vez, el sobrepeso infantil en el corto plazo afecta el estado de salud de los menores con complicaciones gastrointestinales, musculoesqueléticas y ortopédicas; en el mediano plazo manteniendo la obesidad en la adolescencia y sus efectos en la salud; en el largo plazo, afecta la obesidad en la vida adulta, incrementando la probabilidad de sufrir diabetes y enfermedades crónicas que, si bien son no transmisibles biológicamente, si lo son socialmente; además, las mujeres con sobrepeso tienen mayores probabilidades de dar a luz recién nacidos que también tienen una predisposición a almacenar cantidades excesivas de grasa desde el período temprano de la infancia (Allen y Feigl 2017, e644; Black et al. 2013, 427-430; Rivera et al. 2012, 310; WHO 2016, 7).

En la salud

Hay un creciente consenso en la literatura especializada acerca de la importancia de los primeros años de vida para el desarrollo de la persona y la reducción de inequidades (Berlinski y Schady 2015, 10-25). En particular en el campo de la medicina, es un hecho que existen periodos críticos sensibles al desarrollo temprano. Dichos periodos “definen tiempos y ventanas de oportunidad que marcan el desarrollo cerebral” (Charmandari, Tsigos y Chrousos 2005, 15). La desnutrición infantil puede afectar el desarrollo cognitivo, teniendo repercusiones directamente en el cerebro y perjudicando el desarrollo motor infantil y el comportamiento exploratorio. El sobrepeso puede generar la aparición acelerada de enfermedades cardiovasculares, diabetes y enfermedades crónicas (WHO 2016, 7).

Además, una adecuada nutrición en los primeros años reduce el riesgo de dar a luz a bebés con problemas en su talla y peso, lo cual incrementa las probabilidades de sufrir enfermedades crónicas en la adolescencia y adultez. El efecto de la desnutrición se mantiene en al menos tres generaciones, como lo sugiere la asociación entre la estatura de la abuela y la estatura al nacimiento del nieto. El bajo peso al nacer o una estatura pequeña de niño se asocian con un aumento del riesgo de enfermedades coronarias. Adicionalmente, la presencia de sobrepeso en edades tempranas conlleva a mayores perspectivas de enfermedades cardiovasculares en los adultos. Relacionado con la transición nutricional, la presencia de desnutrición crónica en tempranas edades combinada con un súbito incremento en el peso del niño, alcanzando el sobrepeso, se convierte en el peor escenario para las “enfermedades cardiovasculares y metabólicas” (Victora et al. 2008, 353).

En la educación

La malnutrición tiene repercusiones graves y negativas en la escolaridad de las personas. Una inadecuada nutrición en los primeros años de vida afecta en promedio el desempeño, la matrícula y el logro escolar, generando rezagos y deserción. Así, por ejemplo, el bajo peso al nacer y el retraso en el crecimiento se asocian con una disminución del coeficiente intelectual de las personas (Shekar, Heaver y Lee 2006, 25). Los menores con problemas de nutrición tienden a rendir mal en pruebas cognitivas, con limitado desarrollo psicomotor y de habilidades motrices finas (Alderman, Behrman y Hodinott 2005, 185; Berlinski y Schady 2015, 28).

Dicho lo anterior en relación con la educación, se ha probado que “la acumulación de capital humano es un proceso dinámico, en donde las habilidades adquiridas en un primer periodo afectan las condiciones iniciales y la función de aprendizaje del periodo siguiente” (Heckman y Carneiro 2003, 6). Ciertamente, la presencia de déficits tempranos junto a la falta de oportunidades para la remediación genera rezagos y afecta el aprendizaje (Victora et al. 2008, 345). En la misma línea, se establece que la formación de habilidades no es un proceso de bienes sustitutos, sino que, por el contrario, es un proceso de bienes complementarios, que se fortalece autónomamente (Cunha y Heckman 2007, 7).

Se ha comprobado que la salud del niño y su estado nutricional está relacionada con los resultados educativos. Por lo tanto, existe una creciente evidencia de un impacto de la salud y nutrición de los niños en la educación (Glewwe y Miguel 2008). Con esto, la nutrición tiene efectos en la formación de habilidades cognitivas y no cognitivas de los menores y, a su vez, tiene implicancias en su infancia y adolescencia (Sanchez 2013, 12). A su vez, el sobrepeso y la obesidad en la infancia contribuye a “dificultades conductuales y emocionales, como la depresión, y también puede conducir a la estigmatización y la socialización deficiente y reducir el nivel educativo” (WHO 2016, 7).

En ese sentido, el desarrollo humano es considerado como “un proceso continuo y progresivo mediante el cual se adquieren habilidades, conocimientos y conductas cada vez más complejas” (Landers, et al. 2006, 14). La malnutrición afecta este proceso virtuoso de desarrollo de habilidades cognitivas y no cognitivas. De entre los tipos de malnutrición, analizados al inicio del capítulo, la desnutrición crónica infantil es la más perjudicial, ya se relaciona directamente con los resultados de capital humano de las personas (Victora et al. 2008, 353).

En la economía

Las consecuencias no son solo particulares de la persona que sufre malnutrición, sino que afectan a la sociedad en general. Por lo tanto, la malnutrición “dificulta el crecimiento y perpetúa la pobreza” (Shekar, Heaver y Lee 2006, 1). Las afectaciones de la malnutrición no se mantienen en lo individual, sino que se trasladan a su familia, sociedad y Estado, en forma de menor desarrollo económico y social de sus habitantes (IFPRI 2015, 1; Sundaram, Rawal y Clark 2015, 13; Martorell 1999, 291).

A su vez, en relación con la economía se ha encontrado que la inversión en nutrición durante la primera infancia es la más rentable, ya que fomenta el progreso integral de las personas, potenciando sus procesos de aprendizaje y favoreciendo la disminución de las brechas sociales. El valor presente neto de las inversiones en nutrición es alentador, lo que significa que los recursos destinados a programas de nutrición no solo se recuperan en el tiempo, sino que benefician a la sociedad que invierte en la lucha contra la malnutrición. Cada dólar invertido en nutrición durante la primera infancia beneficia al receptor de esos recursos y a la sociedad en general (Alderman, Behrman y Hodinott 2005, 182).

Los costos económicos de la malnutrición se estiman en varios miles de millones de dólares al año en el PIB. La limitación en el desarrollo producida por la malnutrición infantil hace que sea muy costosa la inacción por las pérdidas que ocasiona en el tiempo. Existen tres tipos de pérdidas directamente relacionadas: pérdidas directas en la productividad física, pérdidas indirectas por el bajo funcionamiento cognoscitivo y pérdidas en recursos por los altos costos de salud. En su relación con el crecimiento económico se aprecia una asociación bidireccional en donde “un mayor crecimiento económico contribuye a mejorar la nutrición, aunque a ritmo algo lento. Pero lo más importante es que una mejor nutrición impulsa y fortalece el crecimiento económico (Shekar, Heaver y Lee 2006, 22).

Los efectos de una adecuada intervención en la primera infancia se aprecian no solo en el corto plazo, con mayores tasas de matrícula en la escuela y rendimiento académico, sino también en el mediano, con menores tasas de embarazo adolescente y menores costos en la atención de salud, y largo plazo, con niveles más altos de empleo, mejor productividad y mayores salarios. En ese sentido, una prevención adecuada del sobrepeso en la primera infancia ayuda a reducir las probabilidades de sufrir esta enfermedad en la edad adulta y evitar todos los costos individuales y sociales relacionados con enfermedades crónicas (WHO 2016, 7). La recuperación nutricional tardía, entendida como una inversión en nutrición para una etapa posterior de la vida, es difícil, costosa y en ocasiones no factible (Berlinski y Galiani 2011, 313; Berlinski et al. 2006, 3; United Nations 2000, 57).

1.5. Políticas públicas en contra de la malnutrición infantil

A nivel internacional, existe un reconocimiento general de la importancia de la alimentación y nutrición infantil como un proceso crítico para la formación de las habilidades cognitivas y no

cognitivas de las personas. A continuación, se presenta una breve cronología del combate a la malnutrición en el mundo, con énfasis en la desnutrición. Se puede resaltar que ha existido metamorfosis en los objetivos, estrategias y papel de las instituciones.

Desde la década de 1930 hasta mediados de la década de 1960, la comunidad internacional relacionada con la nutrición estuvo interesada principalmente en las consecuencias metabólicas y tratamiento de la deficiencia severa de proteínas. Este enfoque se sustentaba en la desnutrición observada en África, casos de desnutrición de la Segunda Guerra Mundial y los resultados de diversos estudios de dietas muy bajas en proteínas.

Posteriormente, en la década de 1970, la investigación se trasladó hacia mejorar el contenido proteico de los alimentos. Sin embargo, luego, mediante el análisis de los patrones de consumo de alimentos en los hogares, se encontró que una dieta adecuada en cantidad hacía que la proporción de proteína fuera apropiada. Con ello, se dedujo que era más conveniente centrarse en la deficiencia de proteína y energía. Más adelante, los expertos encontraron que la deficiencia proteico-energética no era la mayor causa de desnutrición, sino la falta de comida con una baja ingesta de energía. En este proceso hallaron que la calidad de la dieta era fundamental y analizaron los porcentajes de vitaminas y minerales consumidos (Allen 2003, 94).

En 1980 se inició la “era de los micronutrientes”. Varios autores demostraban el papel de los suplementos de vitamina A en la reducción de la mortalidad y las implicaciones de la anemia y de la deficiencia de yodo en el desarrollo del menor. En base a los resultados de malnutrición a nivel global, las intervenciones relacionadas con micronutrientes han ayudado a combatir la desnutrición de forma parcial, prestando menos atención a los factores de mediano y largo plazo, lo que constituye una limitación. En esa línea, el aumento de las intervenciones de micronutrientes ha cambiado las políticas de los países, dejando de lado la prevención de la falta de crecimiento, ya que esta exige varias acciones en lugar de una, se necesita más tiempo para mostrar resultados y cuesta más (Rogers 2003, 74-85).

Desde 2000 se añade como preocupación adicional, el combate al sobrepeso y obesidad. Varios autores señalan la magnitud del problema, argumentando que en algunos países “está reemplazando los problemas de salud pública más tradicionales, incluida la desnutrición y las

enfermedades infecciosas, como uno de los contribuyentes más importantes a la mala salud” (WHO 2000, 1) donde “la proporción de la población afectada alcanza ya cotas epidémicas” (OMS 2002, 64). En ese sentido, el progreso en la lucha contra la obesidad infantil ha sido “lento e inconsistente” (WHO 2016, vi).

Actualmente, alrededor del mundo se han realizado esfuerzos hacia el combate de la malnutrición dentro de un sentido amplio que incorpore la desnutrición y el sobrepeso infantil. A continuación, se presenta las principales normativas, declaraciones y convenciones generadas alrededor del mundo, encaminadas a la reducción de la malnutrición infantil. Luego se analiza las políticas públicas de combate a la malnutrición infantil.

Normativa internacional

Dentro de la normativa internacional, se han generado compromisos y acuerdos políticos relacionados con la nutrición infantil, entre ellos la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), la Declaración de los Derechos del Niño (1959), el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (1981), la Convención de los Derechos del Niño (1989), la I Conferencia Internacional sobre Nutrición (1992), la Cumbre Mundial de la Alimentación (1996), los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000), la Declaración sobre un mundo justo para los niños (2002), la Cumbre Mundial de la Alimentación (2002), la Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud de OMS (2004), la Estrategia regional y plan de acción con enfoque integrado para la prevención y el control de las enfermedades crónicas (2006), la Estrategia mundial sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (2007), la Declaración de Río de Janeiro de Las Américas Libres de Grasas Trans (2008), la Cumbre Mundial sobre Seguridad Alimentaria (2009), las Recomendaciones sobre la comercialización de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigidas a niños y niñas (2010), la II Conferencia Internacional sobre Nutrición (2014), y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (2015), y la Declaración del Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre Nutrición (2016-2025) (Gillespie, McLachlan y Shrimpton 2003, 20; Levinson 2003, 102-7; OMS 2004, 5-6; MSP 2011, 19).

La malnutrición infantil constituye una violación a un derecho humano (Smith y Haddad 2000, ix). En la Declaración Universal de los Derechos Humanos se reconoce en su artículo 25 el derecho a una alimentación adecuada donde “toda persona tiene derecho a un nivel de

vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios” (ONU 1948, 7).

Luego, en la Declaración de los Derechos del Niño (ONU 1959, 1), en su principio II, se postula que “el niño gozará de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios, dispensado todo ello por la ley y por otros medios, para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad”. Posteriormente, se suscribieron varios protocolos, pactos y convenciones ligados al tema de la niñez. El hito determinante en este proceso es la firma de la Convención de los Derechos del Niño.

La Convención de los Derechos del Niño “es el primer tratado vinculante a nivel internacional que reúne en un único texto los derechos civiles, políticos, sociales, económicos y culturales del niño” (Roger et al. 2015, 2). En ese sentido, tiene un principio fundamental que es “el interés superior del niño en todos los asuntos que le conciernan” (Roger 2013, 3). La Convención se basa en la instauración de un “enfoque de derechos” que reconoce a los niños y niñas como “sujetos de derechos, en un plano de igualdad ante la ley y en las políticas tendientes a alcanzar una niñez emancipada” (BID 2013, 8).

Los Estados adheridos a la convención se comprometen a cumplirla. En el artículo 4, se señala que “los Estados Partes adoptarán todas las medidas administrativas, legislativas y de otra índole para dar efectividad a los derechos” (ONU 1989, 3). Por lo tanto, la convención “reconoce el derecho que las niñas y los niños tienen a desarrollarse hasta el máximo de su potencial [...] al mismo tiempo que compromete a los Estados a tomar las medidas necesarias para que esto ocurra” (Rivera y Morasso 2005, 11). La implementación de la Convención de Derechos del Niño a nivel de cada país suscriptor necesitaba de cambios profundos en el sistema legislativo e institucional, donde se hacía imprescindible la “adecuación de los instrumentos jurídicos y políticos al nuevo marco conceptual” (Roger et al. 2015, 3).

En cuanto a nutrición infantil en el artículo 24 se señala que los Estados partes adoptarán medidas para “reducir la mortalidad infantil y en la niñez (...) combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la

aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre” (ONU 1989, 8). Una de las particularidades de la convención es el papel preponderante que le otorga a la familia “como grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros, y en particular de los niños, debe recibir la protección y asistencia necesarias para poder asumir plenamente sus responsabilidades dentro de la comunidad” (ONU 1989, 1).

El establecimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el año 2000 a nivel internacional fortalece el compromiso de las naciones en contra de la malnutrición infantil; al menos tres objetivos se relacionan con nutrición: objetivo 1, erradicar la pobreza extrema y el hambre; objetivo 4, reducir la mortalidad infantil; y objetivo 5, mejorar la salud materna; entre sus indicadores se encuentra la reducción de la malnutrición (Black et al. 2008, 244). De igual forma, los Objetivos de Desarrollo Sustentable planteados como meta para 2030 se relacionan con temas nutricionales (Anexo 1), donde al menos 12 de los 17 objetivos se relacionan con nutrición (IFPRI, 2015, 4; IFPRI 2016, 3).

Además, desde el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna creado en 1981 se promueve la importancia de la lactancia materna como un alimento para mejorar la salud y la nutrición. En ese sentido, en su artículo 1 se señala que el objetivo es “contribuir a proporcionar a los lactantes una nutrición segura y suficiente, protegiendo y promoviendo la lactancia natural y asegurando el uso correcto de los sucedáneos de la leche materna cuando éstos sean necesarios, sobre la base de una información adecuada y mediante métodos apropiados de comercialización y distribución” (OMS 1981, 13). Con ello, se pretende “frenar la comercialización agresiva e indebida de sustitutos de la leche materna” (OMS 2017, 2).

En resumen, existe una preocupación a nivel internacional por la problemática de la malnutrición infantil. Hay compromisos asumidos por los países para mejorar este panorama. Las políticas públicas son las encargadas de atender estos acuerdos internacionales e incorporar lo multidimensional del fenómeno.

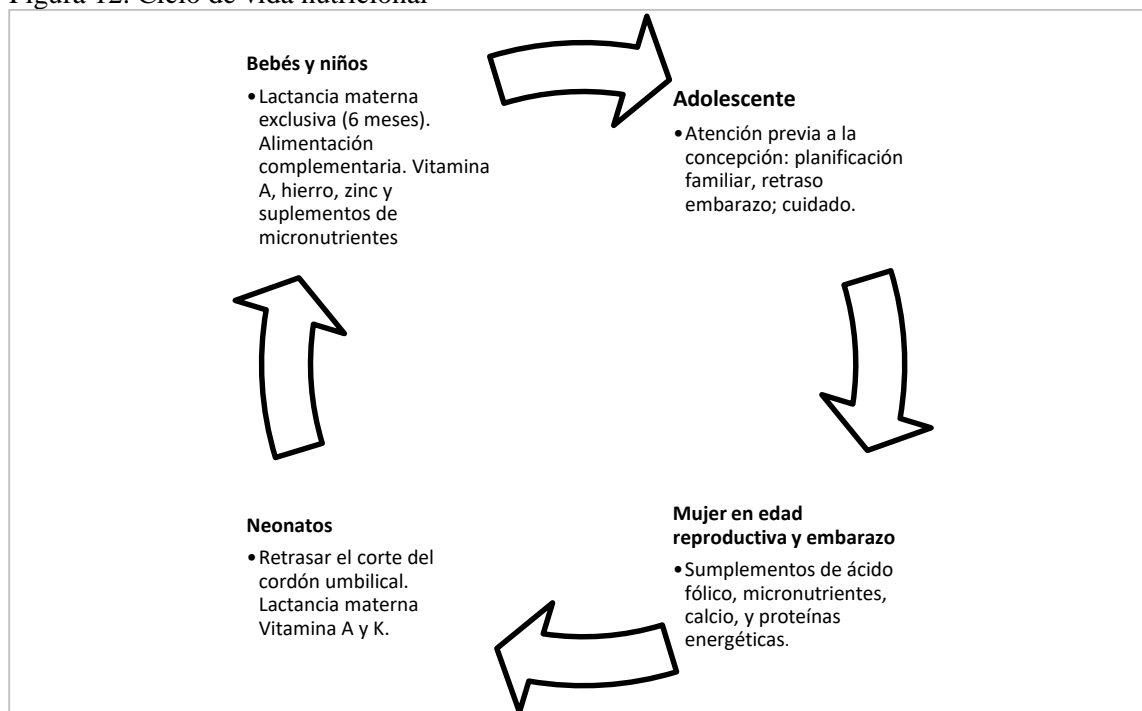
Políticas públicas en nutrición infantil

Tomando en cuenta que la malnutrición abarca la desnutrición y el sobrepeso, y que cada cual tiene sus propias particularidades, resulta oportuno que el desarrollo de políticas y programas aborde estrategias que disminuyan ambas condiciones simultáneamente, es decir, en torno a la noción de alimentación y estilos de vida saludable (Rivera et al. 2014, 1616). Para ello es necesario que se supere la visión centrada solamente en el combate a la desnutrición, fortaleciendo la lucha complementaria contra el sobrepeso y la obesidad, con lo que se podría superar la aparente reducción del término “alimentación” que está presente en la “sinécdoque del hambre”, la que nombra una parte –no padecer hambre- para aludir al todo –alimentación adecuada-, que lo excede ampliamente (Piaggio 2016, 607).

En ese sentido, las políticas en contra de la malnutrición infantil deben tomar en cuenta el ciclo de vida nutricional. Una adecuada intervención en adolescentes genera que se tomen decisiones reproductivas informadas, con lo que disminuye el número de embarazos no deseados. De igual manera, una oportuna captación de la mujer embarazada por parte de los servicios de salud es crucial, ya que se le puede proveer de suplementos nutricionales que son vitales para una adecuada formación del menor. Para los neonatos, bebés y niños es fundamental la lactancia materna hasta los dos años, y exclusiva durante 6 meses, y los suplementos nutricionales.

La leche materna es el alimento más completo que un infante puede consumir debido a que contiene los nutrientes necesarios para su edad, transmite anticuerpos e involucra en su ingestión el contacto con la madre. Si bien, toda intervención a favor de la nutrición infantil es deseable, se recomienda que se realice durante un periodo crítico, denominado “ventana de oportunidad”, que corresponde al lapso que va desde antes del embarazo hasta los dos primeros años de vida del niño (Shekar, Heaver y Lee 2006, 12). Aquí se presenta una esquematización del ciclo de vida:

Figura 12. Ciclo de vida nutricional



Fuente: Bhutta et al. (2013).

En un enfoque de ciclo de vida, se recomiendan diez medidas principales que han resultado eficientes en distintos contextos en contra de la malnutrición infantil: i) intervenciones para atender la salud y la nutrición de los adolescentes; ii) intervenciones en las mujeres en edad reproductiva y durante el embarazo; iii) intervenciones en neonatos; iv) intervenciones en niños; v) prevención y manejo de la enfermedad; vi) prevención y tratamiento de la desnutrición aguda severa; vii) intervenciones para la prevención y el tratamiento de la obesidad; viii) plataformas de distribución y estrategias para la implementación de las intervenciones de nutrición específico; ix) entrega de las intervenciones nutricionales en situaciones de emergencia humanitaria; e, x) intervenciones emergentes que necesitan más pruebas (Bhutta et al. 2013, 452-471; Bhutta et al. 2008, 417).

En el proceso de mejora de la malnutrición infantil, las políticas deben sustentarse en el acometimiento a las causas inmediatas, subyacentes y básicas del problema, donde la contextualización de la solución resulta fundamental. Dentro de las políticas estructurales se resalta la mejora de sistemas alimentarios en toda su cadena desde la producción hasta la promoción para fomentar dietas más equilibradas, diversificadas y saludables (Sundaram, Rawal y Clark 2015, 14). Asimismo, es importante el cumplimiento de las disposiciones del

Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (IFPRI 2016, 45) lo que fomenta un ambiente relacionado con mejores prácticas en lactancia materna.

Por otra parte, la provisión de servicios de educación, sanitarios y nutricionales tiene repercusiones en la mejora nutricional en los menores de cinco años. Los servicios nutricionales pueden apalancarse con el uso de políticas públicas extendidas por América Latina, tales como las transferencias monetarias condicionadas. El caso de México, mediante su programa PROGRESA, demuestra que personas de los quintiles más bajos por ingreso han incrementado el uso de servicios de salud y nutrición (Shekar, Heaver y Lee 2006, 75; Rivera et al. 2004, 2563).

Existen autores que recomiendan políticas públicas basadas en cinco puntos, favorecidos por las condiciones locales y la capacidad existente, que son: i) enfocar la lucha contra la malnutrición dentro de la lucha contra la pobreza y la agenda de la política de desarrollo humano; ii) asegurar que las acciones a gran escala incorporen las mejores prácticas en el diseño, implementación y gestión, para lo cual son necesarias evaluaciones; iii) utilizar la información sistemáticamente para la toma de decisiones en todos los niveles –hogar, comunidad, nacional, e internacional–, especialmente sobre el crecimiento de los menores de cinco años; iv) desarrollar la capacidad institucional para hacer frente a la malnutrición, usando herramientas y metodologías apropiadas; y, v) aumentar la financiación para acciones efectivas nutricionalmente relevantes (Gillespie, McLachlan y Shrimpton 2003, 4-12).

Al mismo tiempo, se considera que las políticas públicas deberían enfocarse en atender los determinantes de la malnutrición mediante las “seis p”: i) producción, principalmente agrícola y de alimentos; ii) preservación de los alimentos, para evitar desperdicios y pérdidas; iii) población, relacionada con la densidad poblacional; iv) pobreza, relacionada con la incapacidad para acceder a alimentos; v) política, referida a decisiones políticas; y, vi) patología, en referencia a la lucha contra infecciones y enfermedades (Latham 2002, 10-13).

De la misma manera, ligado a la soberanía alimentaria y nutricional, se deberían promover políticas públicas integrales y multidisciplinarias que se basen en cinco principios asociados con: i) intersectorialidad de las acciones y programas, ii) acciones conjuntas entre el estado y la sociedad, iii) equidad en el acceso a la alimentación, iv) coordinación entre las acciones

directas y las medidas de emergencia, y v) descentralización de las acciones y articulación entre el presupuesto y la gestión (Maluf 2008, 137-138).

Basados en estimaciones costo efectivas, se identifican cuatro medios principales que han resultado efectivos para reducir el hambre y la malnutrición: i) reducir la prevalencia del bajo peso al nacer, ligada al periodo intrauterino, ya que los bebés con bajo peso tienen un 40% más de probabilidades de fallecer en el periodo neonatal; ii) mejorar la nutrición de infantes y promover la lactancia exclusiva, ligada a los dos primeros años de vida, debido al periodo crítico en la formación de habilidades; iii) reducir la prevalencia de la anemia por deficiencia de hierro y deficiencias de yodo, vitamina A y zinc, mediante la provisión de micronutrientes, ya sea en forma de fortificación o suplementación, tiene los mayores retornos; y, iv) invertir en tecnología en agricultura y obtener alimentos enriquecidos en micronutrientes y naturales (Behrman, Alderman y Hoddinott 2004, 13-37). Además, resulta importante la desparasitación como medio para mejorar la salud de los menores y reducir su ausentismo en la escuela (Miguel y Kremer 2004, 159).

Las intervenciones relacionadas con vitamina A corresponden a la provisión de suplementos durante el embarazo y, especialmente, luego del parto. En relación con la atención a la deficiencia de yodo y debido a estudios que probaban su efecto en el sistema nervioso central, se realizaron campañas para incluir el yodo en la sal utilizada en las comidas. En el caso de la deficiencia de zinc, ligada a una mayor morbilidad en enfermedades infecciosas y diarrea, se otorgan suplementos de zinc. Para el caso de hierro, se proveen suplementos para la madre y el menor durante el embarazo y luego del parto, aunque el panorama resulta complejo ya que la fortificación de los alimentos puede ser difícil y se necesita aumentar la ingesta de productos de origen animal (Allen 2003, 95-96).

De forma similar, se promueven políticas alimentarias adecuadas que permitan superar la falta de soberanía alimentaria de la población y mejorar la nutrición infantil. Ello implica que las personas puedan acceder a alimentos suficientes, seguros y nutritivos para satisfacer sus necesidades nutricionales y sus preferencias, con el fin de llevar una vida activa, saludable, y mejoren la calidad de vida de los productores de dichos alimentos. Incluyen seis programas alimentarios principales: i) la transferencia de tecnología para mejorar la producción, ii) la alimentación escolar, iii) la promoción de la salud materno-infantil, iv) el fortalecimiento de

los alimentos con micronutrientes, v) la recuperación de casos críticos, y vi) la mitigación de la vulnerabilidad a las inundaciones, como consecuencia de desastres naturales y conflictos sociales (Martínez 2005, 23-24).

Además, en relación con el combate al sobrepeso y la obesidad se desarrollan políticas que permiten limitar, aunque sea parcialmente, el entorno obesogénico de la sociedad (Piaggio 2016, 609), donde existen varias fallas de mercado relacionadas con información asimétrica, externalidades, y racionalidad imperfecta (Temporelli y Mussini 2012, 87), lo que justifica la intervención del Estado mediante políticas públicas. En este proceso es fundamental un fuerte apoyo político de los formuladores de la política, que se soporten en una participación de las partes interesadas, alcancen negociaciones hábiles con los actores clave, y desarrollen evidencia de la misma.

Entre las medidas en contra del sobrepeso se resalta la provisión de información sobre las ventajas de la alimentación saludable, la promoción de la práctica de ejercicio y actividad física, el etiquetado obligatorio de los alimentos, los incentivos a la producción y provisión de alimentos nutritivos, la regulación de la publicidad y la comercialización de alimentos ultraprocesados, controles en la composición de los alimentos, impuestos al azúcar, grasas y otros componentes perjudiciales para la salud (Rodríguez y González 2009, 32; Mussini y Temporelli 2013, 174; WHO 2016, viii; Piaggio 2016, 609).

En esa línea, las políticas para el combate del sobrepeso infantil, ante las tendencias de aumento, necesitan tomar en cuenta cinco elementos: i) desafíos biológicos a lo largo del ciclo de vida, donde puede coexistir la desnutrición y el sobrepeso, ii) impulsores directos y subyacentes de los patrones de actividad dietética y física; iii) calidad de la vigilancia y medición actuales; iv) intervenciones eficaces para un cambio de comportamiento saludable; y v) evaluación de los programas y políticas de intervención actuales y exploración de posibles opciones futuras (Kline et al. 2017, 20).

Experiencias exitosas

Las políticas públicas de lucha contra la malnutrición infantil son diversas y dependen del contexto. A lo largo de la historia, dichas iniciativas no han sido fruto solo de un enfoque estatal, sino que también han surgido de la sociedad. En este proceso, la iglesia, desde un

enfoque asistencialista, y las organizaciones no gubernamentales han tenido un papel importante. En este apartado analizaremos las políticas exitosas que provienen del Estado, con la intención de tener un panorama amplio de políticas de nutrición infantil.

La experiencia muestra que la desnutrición infantil se puede tratar de manera efectiva en una gran escala, a un costo razonable, mediante programas apropiados con estrategias que sustentan el apoyo de la comunidad, basados en conocimiento científico, con un adecuado compromiso político, y cimentados dentro de un entorno de firme liderazgo gubernamental. Si bien la lucha contra la desnutrición crónica infantil toma tiempo, por las características propias de la misma que engloba problemas nutricionales actuales y del pasado, hay experiencias de países alrededor del mundo que han logrado reducir la desnutrición infantil o la deficiencia de micronutrientes en tiempos cortos de intervención, con lo que existe una clara esperanza de que el combate a la desnutrición puede ser eficiente (Banco Mundial 2006, 172).

Los programas exitosos incluyen políticas de alimentación complementaria. Hay una amplia gama de opciones para ejecutar la alimentación complementaria, es decir, se puede realizar capacitación sobre alimentación, provisión de alimentos, fortificación de alimentos y técnicas para mejorar la calidad nutritiva. En ese sentido, los mensajes clave de nutrición, la provisión de alimentos con o sin fortificación y el incremento de la densidad calórica tienen efectos importantes en el crecimiento de los menores (Dewey y Adu-Afarwuah 2008, 75-79). Asimismo, tienen potencial las intervenciones nutricionales basadas en alimentos a nivel comunitario, debido a que benefician a la soberanía alimentaria de la comunidad, generan plazas de trabajo locales y permiten asegurar el procesamiento, conservación, oferta, comercialización, acceso y consumo local (Morón 2006, 20).

Entre las características principales de programas exitosos se destacan: i) políticas nutricionales basadas en información objetiva; ii) alianzas coordinadas y colaborativas entre diferentes sectores; iii) un buen diseño de los programas y una alta capacidad técnica; iv) suficientes recursos para fortalecer la aplicación; y v) mecanismos para incrementar la demanda de programas sobre nutrición por parte de los interesados (UNICEF 2013, 28). Tales programas, combinados con las actividades del sector de la salud, a menudo apoyados por

políticas que mejoren el acceso de los pobres a los servicios sociales, mejoran el estado y la educación de las mujeres y los menores. En este proceso el contexto es la clave.

La malnutrición en varios países, como Tailandia, Indonesia, Costa Rica y Tanzania, se reduce de una forma más rápida que el crecimiento económico, lo que refleja la importancia de las políticas públicas y el compromiso hacia el mejoramiento de las condiciones de vida de la población en general. La clave de dichos resultados está en programas basados en la comunidad, con una amplia cobertura y con poca focalización; donde el proceso se caracteriza principalmente por una: adecuada implementación y apoyo sostenido a acciones efectivas, evaluación sólida y sistemática, modernización de programas ineficaces y, sobre todo, apoyo continuo y construcción de capacidades locales (Mason 2003, 85-93).

Según lo dicho, las estrategias empleadas por los países exitosos en este ámbito, como Brasil, China, Tailandia y Vietnam, son diferentes y pueden clasificarse en términos generales como inducidas por el crecimiento agrícola o liderado por la protección social e intervención nutricional, o una combinación de ambos. En China, el éxito ha estado ligado a estrategias de crecimiento agrícola sostenido, con incentivos a los productores agrícolas pequeños y el desarrollo rural, y acompañamiento en programas de nutrición. En Vietnam, el éxito ha sido impulsado por una estrategia que incluyó una reforma agraria en pro del crecimiento agrícola y favorecer la exportación, con lo que mejoraron los ingresos de las personas dedicadas a esa actividad, y un fortalecimiento del gasto público en nutrición y salud. En Brasil, el éxito puede ser visto como resultado principalmente de una estrategia que tenía como objetivo las intervenciones de protección social y nutrición, es decir, con una fuerte preocupación estatal por el mejoramiento del estado nutricional de los menores. En Tailandia hay una combinación de ambos, es decir, crecimiento agrícola y protección social (Fan, Olofinbiyi y Gemessa 2015, 298-301).

De forma similar, se pueden mencionar estrategias empleadas con éxito en diez países alrededor del mundo: i) Etiopía, mediante una red de seguridad eficiente y un plan integral; ii) Haití, a través de una rápida expansión de los servicios sanitarios y nutricionales básicos; iii) el Estado de Maharashtra en la India, mediante el fortalecimiento de la capacidad del personal para mejorar la prestación de los servicios; iv) Nepal, con intervenciones de base comunitaria para disminuir el retraso en el crecimiento; v) Ruanda, a través del paso de un plan nacional

de emergencia a un enfoque centrado en la comunidad; vi) República Democrática del Congo, mediante la promoción basada en datos empíricos a fin de generar amplio apoyo para la acción; vii) Sri Lanka, con legislación y servicios en apoyo de las madres lactantes; viii) Kirguistán, mediante un programa experimental exitoso y educación a nivel nacional; ix) Tanzania, a través del uso de fondos colectivos destinados a la salud para mantener la cobertura; y, x) Vietnam, mediante actividades conjuntas de promoción entre diversos aliados para persuadir a los legisladores (UNICEF 2013, 28-46).

Dentro de la región, Chile ha tenido éxito en la lucha contra la desnutrición infantil, a través de una política de Estado aplicada de manera sostenida durante décadas, lo que derivó en una ampliación de cobertura del servicio materno infantil y la consolidación de un consenso social de combatir el problema (PMA 2008, 45). Esta política se inició en los años cincuenta y se mantuvo en el tiempo, a través de “diferentes gobiernos, problemas políticos dramáticos, altos índices de pobreza, pero ha mantenido una férrea voluntad y creencia en la salud y el desarrollo de los niños” (Bachelet 2006, 10). Entre los principales factores se resalta la integración de las intervenciones nutricionales y atención de salud primaria, la provisión de agua potable y control de aguas servidas, la entrega de suplementos alimenticios, el compromiso político sostenido, la atención a la equidad social, y el monitoreo hacia los hogares y comunidades aisladas (Banco Mundial 2007, 94). Sin embargo, en temas de sobrepeso infantil, Chile tiene serios problemas, denotando una realidad en la región que es la falta de políticas integrales en contra del sobrepeso y la obesidad.

Durante los últimos quince años, Perú ha logrado reducir la desnutrición infantil y mantener relativamente estable el sobrepeso; para ello, han colocado la lucha contra la desnutrición como política de Estado y no de gobierno, reforzando la importancia de la desnutrición en el programa nacional, el compromiso político e institucional y programas factibles, como la iniciativa 5-5-5, que se basaba en la reducción de la desnutrición en menores de cinco años en cinco por ciento, durante cinco años. A su vez, bajo un fuerte apoyo desde la principal autoridad nacional, alcanzaron una adecuada articulación horizontal y vertical, dentro de un marco de descentralización de servicios, con un monitoreo constante del fenómeno, una asignación de recursos sostenida, y bajo un esquema de presupuesto por resultados (Cruzado 2012, 9; Mejía y Fanzo 2012, 20; Mejía y Haddad 2014, 26);

Desafortunadamente, en relación con el sobrepeso y la obesidad infantil, como señala Swinburn et al. (2011, 804), “no hay poblaciones ejemplares en las que la epidemia de obesidad haya sido revertida por medidas de salud pública”, y todavía “los progresos suelen ser mínimos respecto a su gravedad” (Mussini y Temporelli 2013, 181). En ese sentido, se hacen necesarias medidas integrales que permitan resolver la multicausalidad del problema. Tomando en cuenta las políticas que han tenido éxito en la reducción de ventas y consumo de bebidas azucaradas, se puede citar el ejemplo de México, en donde en el año 2014 se desarrolló un impuesto para las bebidas azucaradas y tuvo resultados interesantes en la reducción promedio de ventas y del consumo de bebidas en los primeros dos años, con un mayor impacto en los hogares de menores recursos (Colchero et al. 2016, 1; Colchero et al. 2017, 7).

1.6. Conclusiones del capítulo

Del análisis realizado, se puede concluir que la malnutrición infantil es un problema social que está presente a nivel global. Actualmente, hay una transición nutricional y epidemiológica, relacionada con cambios socioeconómicos y culturales, que se caracteriza por una tendencia a la disminución de la desnutrición y un incremento del sobrepeso y la obesidad. Existe heterogeneidad en la malnutrición entre regiones y países a nivel mundial, con una mayor afectación en términos absolutos para las regiones de Asia y África. En términos generales, la desnutrición crónica infantil afecta a uno de cada cuatro niños, y el sobrepeso y la obesidad a uno de cada dieciséis niños.

Las causas de la malnutrición son multidimensionales y pueden ser agrupadas en tres tipos de factores: inmediatos, subyacentes y básicos. Por un lado, los factores inmediatos, que representan las causas individuales, la desnutrición se encuentra afectada por el consumo de alimentos de forma inadecuada, poca diversidad de la dieta, enfermedades; y el sobrepeso se asocia con el consumo de alimentos con alta densidad calórica y falta de actividad física. Por otra parte, los factores subyacentes, que se constituyen en el hogar y el entorno cercano, la desnutrición se relaciona con el acceso inoportuno a alimentos, restricciones de ingresos, pobreza, falta de soberanía alimentaria, prácticas inadecuadas de atención y cuidado materno-infantil, falta de acceso a servicios básicos y a un ambiente saludable; y el sobrepeso se asocia con la presencia de un ambiente obesogénico, donde hay facilidad de acceso a productos

ultraprocesados, con una limitada educación en nutrición y pérdida de cultura alimentaria tradicional, y sedentarismo.

Por último, los factores básicos, que son comunes a la desnutrición y al sobrepeso, que aglutinan problemas estructurales de la sociedad relacionados con el contexto social, económico, político, y cultural, en donde se interrelacionan las dinámicas de poder, concentración de la riqueza, desigualdades socioeconómicas, división del trabajo, globalización, urbanización, cambios tecnológicos, sistema de protección social, impuestos, subsidios, sistema legal, tradiciones, costumbres y creencias.

Las consecuencias de la malnutrición infantil tienen repercusiones de corto, mediano y largo plazo en la vida de las personas, perjudicando la salud, educación y economía de los niños que la padecen, y a la sociedad en general. En el corto plazo, estas se relacionan con el aumento de la mortalidad, morbilidad, y discapacidad. En el mediano plazo afectan el desarrollo cognitivo, motor y socioemocional. En el largo plazo, perturban su capacidad intelectual, su productividad económica, su estado de salud, y dichas afectaciones se transmiten a sus descendientes. En ese sentido, la malnutrición es un factor determinante de la producción y reproducción de los círculos de pobreza en la sociedad.

A nivel mundial se desarrollan compromisos y acuerdos políticos que consideran a la malnutrición infantil como la transgresión de un derecho humano. Entre las políticas públicas implementadas por los países se destaca la importancia que se otorga al ciclo de vida nutricional, al compromiso político e institucional de los enfoques centrados en la comunidad y a un entendimiento integrado de la malnutrición. Entre los compromisos adquiridos, ha tenido mayor peso la reducción de la desnutrición infantil y recientemente se ha avanzado en acuerdos orientados a la reducción del sobrepeso y obesidad infantil, que emergen como una nueva epidemia global.

Finalmente, como se ha indicado en este capítulo, la desnutrición y el sobrepeso infantil son problemas aún sin resolverse alrededor del mundo. Existen interacciones entre la comunidad, el Estado y el sector privado que se tejen dentro de contextos específicos, con lo que su análisis necesita el uso de enfoques multidimensionales, que impulsen un compromiso social para erradicar la malnutrición. A continuación, se presenta el marco teórico y metodológico

que se utiliza en esta investigación para el estudio de la malnutrición infantil desde un enfoque no estándar.

Capítulo 2

Esquema teórico para el análisis de la malnutrición infantil

2.1. Introducción

La malnutrición infantil, como se aprecia en el capítulo I, es un problema multidimensional, latente en la sociedad contemporánea que, indistintamente de su nivel de desarrollo, tiene repercusiones en la vida de las personas y perjudica el bienestar de la sociedad en general. El objetivo de este capítulo es establecer un esquema teórico y metodológico para el análisis de la malnutrición infantil.

En la primera parte se presenta los paradigmas epistemológicos de las ciencias sociales, donde se analiza el positivismo y el constructivismo. Posteriormente, se examina la teoría de las convenciones como una teoría social constructivista para analizar la malnutrición infantil. En la segunda parte, se describen los enfoques teóricos para el análisis de las políticas públicas, sus fortalezas y limitaciones.

En la tercera parte, se presentan los enfoques tradicionales de estudio de la malnutrición: disponibilidad de alimentos, ingresos disponibles, necesidades básicas, titularidades, y medios de vida. Adicionalmente, en la cuarta parte, se examina el enfoque de capacidades. De esta revisión, se concluye que el enfoque de capacidades tiene mayor potencial para explicar la malnutrición infantil de manera integral.

En la quinta parte, se presenta el esquema de análisis en el que se fundamenta la investigación doctoral. Para ello se conjugan elementos del análisis pragmático de políticas públicas, la teoría de convenciones, y el enfoque de capacidades. Como resultado, se presenta un esquema pluralista que propone un análisis pragmático de la malnutrición infantil.

Finalmente, se presenta la metodología de la investigación, donde se utilizan métodos mixtos, que combinan métodos cuantitativos -fundamentados con el uso de las bases de datos oficiales del Ecuador- con cualitativos -basados en el trabajo de campo: observación, entrevistas y grupos focales-, para desarrollar un análisis más profundo sobre la malnutrición infantil.

2.2. Paradigmas epistemológicos y enfoques teóricos

Los paradigmas epistemológicos de las ciencias sociales han evolucionado en el tiempo; entre ellos se pueden distinguir dos posturas, que conviven dentro de las distintas disciplinas sociales, en cuanto a la forma de analizar, explicar o interpretar un fenómeno: el positivismo y el constructivismo.

Por un lado, el positivismo se fundamenta en “la búsqueda de las leyes invariantes de la naturaleza, así como en lo social” (Ritzer 1993, 93). Por ello, como herencia directa de la Ilustración, a través de principios básicos iniciados por Augusto Comte, se enfrenta al mundo de manera objetiva con el fin de observar los hechos y determinar las leyes de la naturaleza y la sociedad. Según los positivistas, las ciencias sociales deberían regirse por una “ciencia empírico-analítica del comportamiento, universal y en principio unitaria, que en su estructura no tendría por qué distinguirse de las ciencias teóricas de la naturaleza” (Habermas 1988, 82).

Además, el conocimiento científico es considerado el conocimiento real y se fundamenta en la observación de los hechos, la inferencia lógica, y la determinación de las relaciones regulares entre los hechos. Por ello, reconoce solo dos modelos de conocimiento legítimo: uno de las ciencias empíricas o naturales, y otro de las disciplinas formales como la lógica y las matemáticas. Es decir, existe la convicción de que los hechos no son casuales, sino causales, y se puede descubrir el proceso lógico que genera dichos resultados. Dentro del positivismo se considera que la realidad es directamente asequible y está determinada por leyes de causalidad que pueden ser descubiertas (Roth 2014, 72). En esa línea, existe un dualismo en cuanto a la realidad analizada y la neutralidad del investigador.

Por otra parte, el constructivismo considera que la realidad es una construcción social, sin verdades absolutas, donde las leyes de la naturaleza y la sociedad no pueden ser equiparables, debido a la “naturaleza cambiante del objeto y su carácter reflexivo” (Fontaine 2016, 13). En ese sentido, argumentan que el positivismo analiza la realidad de forma inadecuada, donde “aunque estuviesen respondidas todas las posibles cuestiones científicas, nuestros problemas vitales ni se habrían tocado todavía” (Habermas 1988, 33). Además, rechaza el dualismo de hechos y decisiones, ya que se encuentran íntimamente relacionados, donde existe una visión

subjetivista de la realidad (Labra 2013, 17), que depende del investigador y de las personas que la conforman, con sus principios y consciencia subjetiva (Adorno y otros, 44).

Dentro de las distintas disciplinas sociales coexisten estos paradigmas, el positivista y el constructivista, los cuales determinan distintos enfoques teóricos (Albert 1973, 181). El objetivo de la tesis es comprender la malnutrición infantil en el Ecuador, para ello, la teoría de las convenciones surge como un pilar teórico importante ya que permite analizar este fenómeno desde sus prácticas, donde “ofrece una visión fresca y crítica sobre política y políticas” (Thévenot 2006, 14), y su fundamento crítico se convierte en una “contribución al análisis del cambio y el poder” (Diaz-Bone 2017a, 80).

En ella, el pragmatismo, la transdisciplinariedad, y la pluralidad son elementos fundamentales para comprender realidades en las cuales hay una variedad de intereses y acciones; y, la calidad tiene un rol principal donde para la malnutrición se considera que “la calidad involucra no necesariamente temas de precio, sino más bien el análisis de los alimentos procesados y artesanales, las costumbres urbanas y rurales, hábitos, sabores y colores, el origen, la preparación, contenido, reputación y la apariencia” (Cheyins 2006, 402). El uso de las ciudades, entendidas como justificaciones de comportamientos, permiten analizar a la malnutrición desde el enfoque como una situación, donde tiene particular importancia su historia, cambios y la contingencia (Boltanski 2017, 185). A continuación, se analiza en detalle la teoría de las convenciones.

2.3. Teoría de las convenciones

La teoría de las convenciones es una “teoría social-constructivista” (Diaz-Bone y Salais, 2011, 9) que surge en los años ochenta en Francia (Thévenot 2011, 194; Søren 2004, 2). Algunas de sus nociones teóricas se desarrollaron dentro de los aportes de Boltanski y Thévenot (Diaz-Bone 2011, 47) y sirven como una “forma heterodoxa de analizar las políticas” (Thévenot 2006, 111). La teoría de las convenciones está basada en el pragmatismo. Este rechaza el dualismo entre personas y objetos ya que ambos son partes del mismo mundo y se presentan simultáneamente. Con ello se otorga coherencia a la cualificación de personas y objetos (Diaz-Bone y Salais 2011, 15-16). Combina posiciones pragmatistas con perspectivas estructuralistas lo que genera un punto de vista metodológico denominado "situacionalismo pragmático complejo" donde la unidad de análisis es la situación (Diaz-Bone 2011, 43). La

pluralidad de convenciones se fundamenta en el trabajo teórico de finales de los años ochenta de Boltanski y Thévenot, en el que “identificaron una pluralidad de convenciones que evolucionaron en el curso de la evolución sociocultural” (Diaz-Bone y Salais 2011, 9). De este modo, la teoría de las convenciones es un “enfoque pragmático general para las ciencias sociales y no se limita al análisis de los fenómenos económicos” (Diaz-Bone 2011, 47).

En la década de los ochenta existían dos movimientos franceses ligados al análisis de la economía y sociedad. Por un lado, la escuela de la regulación, liderada por los trabajos de Michel Aglietta, Robert Boyer, Alain Lipietz y Bruno Théret. Por otro lado, la teoría de las convenciones, en base a los trabajos de François Eymard-Duvernay, Jean-Pierre Dupuy, Olivier Favereau, André Orléan, Robert Salais y Laurent Thévenot. Ambas compartían el rechazo hacia la economía neoclásica que estandariza y no toma en cuenta la historia, y se diferenciaban en que la teoría de las convenciones añade una dimensión interpretativa (Desrosières 2011, 69), donde las cualidades, los formatos cognitivos y las racionalidades dependen de las convenciones (Diaz-Bone y Salais, 2011, 9).

En este sentido, la teoría de las convenciones parte de una racionalidad procedimental, en donde interesa la forma en la que se toman las decisiones y se reconoce que aquellas se adoptan en base a racionalidad limitada, producto de las limitaciones cognitivas de las personas y de su entorno, tratando de encontrar la solución satisfactoria, no la opción óptima. Esta teoría tiene la ventaja de superar las visiones positivistas del mundo y se inserta en una categoría multidimensional (Eymard-Duvernay 1992, 13). Una posición metodológica fundamental desde la teoría de las convenciones es la aceptación de la existencia de una pluralidad de formas de coordinación (Desrosières 2011, 68; Thévenot 2006, 111). En este marco, no hay una posición única que predomine sobre las otras, ni se cataloga a las demás como desviaciones. Por el contrario, cada forma de coordinación es importante en sí misma con sus particularidades (Diaz-Bone y Salais 2011, 15-17).

Esquemas de coordinación

Las convenciones pueden entenderse como “las formas colectivas que aseguran la compatibilidad entre acciones individuales” (Eymard-Duvernay 1992, 19). Por eso puede decirse que las convenciones son “esquemas interpretativos de acción y coordinación que personas y actores usan en situaciones bajo condiciones de incertidumbre” (Diaz-Bone y

Salais 2011, 7). En esa lógica, las convenciones no deben confundirse con normas y costumbres tradicionales, sino que representan “lógicas interpersonales de coordinación y evaluación de acciones, individuos y objetos” (Diaz-Bone 2011, 46), con ello, las convenciones “se convierten así en una parte íntima de la historia incorporada en los comportamientos” (Storper y Salais 1997, 16).

La coordinación está en el centro de la teoría de las convenciones y se genera en base a la intencionalidad colectiva y la acción interpersonal. Las convenciones, como “recursos socioculturales”, reducen la incertidumbre de los comportamientos (Diaz-Bone 2011, 46). La coordinación se genera en base a reglas que son interpretativas y se aplican de forma variada a distintas situaciones (Dequech 2005, 466). Por un lado, las reglas son producidas por las personas para resolver sus problemas de coordinación. Además, las reglas son modelos, mantienen un carácter general y siempre se las interpreta en función del contexto. También, las reglas son resúmenes cognitivos que concentran un saber. Por último, a las reglas se consideran como acuerdos de cooperación. De lo mencionado, las reglas son construcciones sociales que permiten un entendimiento de las relaciones sociales (Eymard-Duvernay 1992, 14-15).

Teoría transdisciplinaria

La teoría de las convenciones presenta un enfoque transdisciplinario con raíces en la sociología y la economía institucionalista (Diaz-Bone y Salais 2011, 8; Diaz-Bone 2011, 44). Si bien ambas disciplinas están compuestas por una pluralidad de enfoques, la teoría de las convenciones se concentra en el análisis de la coordinación de la acción, donde se superan visiones individualistas de las ciencias. Desde esta perspectiva, la teoría de las convenciones toma una posición propia, distante de una visión sociológica que asuma la existencia de fuerzas colectivas externas que determinen la coordinación y de una visión económica que asuma la existencia de una mano invisible dentro del mercado que coordina en base a preferencias individuales. Entre ambas disciplinas, la teoría de las convenciones toma una perspectiva de integración y se preocupa por temas centrales como la coordinación, la acción, la cognición y la evaluación (Thévenot 2006, 111-12).

En las convenciones importan las instituciones, aunque se distancia de la percepción desarrollada por North. Si bien ambos enfoques tienen el mismo interés general en las

instituciones y el papel de la cognición, el institucionalismo desarrollado por North se mantiene en fundamentos dentro de la lógica de la economía dominante, con extensiones hacia las instituciones. A diferencia de aquello, las convenciones proponen reconstruir estos fundamentos con la intención de hacerlos más realistas. De esta forma, las convenciones se refieren a “las instituciones que son interpretadas y manejadas en situaciones” (Diaz-Bone y Salais 2011, 12-18) y las reglas no se entienden como restricciones externas, sino más bien, se interpretan como convenciones internas elaboradas por los actores en una situación de incertidumbre (Diaz-Bone 2011, 47; Diaz-Bone 2018, 85).

De forma similar, la teoría de las convenciones otorga importancia a la agencia de las personas dentro de un contexto de información, cognición y racionalidad limitada. Las convenciones permiten coordinar las acciones en este contexto de incertidumbre. En este punto, toma distancia de la teoría de la agencia, desarrollada desde la teoría económica, en donde se asume que hay capacidades ilimitadas de racionalidad y que dentro de un contexto de información asimétrica solo es necesaria la optimización de los contratos (Thévenot 2006, 113).

El estudio de la sociedad desde un enfoque económico ha estado dominado por una perspectiva de racionalidad sustancial, denominada teoría estándar, donde los individuos optimizan su utilidad sujetos a restricciones y su coordinación es realizada por el mercado (Favereau 1994, 33). No obstante, desde mediados del siglo pasado, ha existido una tendencia cada vez mayor hacia el reconocimiento de que la teoría dominante, la estándar, presenta serias limitaciones. De ahí que, la racionalidad absoluta de las decisiones ha sido cuestionada principalmente debido a las restricciones y asimetrías de información (Simon 1976, 3). La racionalidad en este enfoque se relaciona con las reglas, es decir, con la capacidad de conciliar diferentes juicios de valor (Jolivet 2006, 86). También, se argumenta que los axiomas y supuestos que sustentan la teoría estándar se alejan de la realidad.

Por ello, la teoría de las convenciones es parte de la teoría no estándar, se basa en una racionalidad limitada de las personas, donde existen relaciones de cooperación, en situaciones complejas (Eymard-Duvernay 1992, 11-13). La transdisciplinariedad, dentro de la teoría de las convenciones, permite aglutinar la investigación de la economía y la sociología dentro de

un enfoque heterodoxo de institucionalismo pragmático (Diaz-Bone 2011, 46), donde resalta la importancia de la acción individual y colectiva (Wilkinson 1997, 308).

Órdenes de justificación (ciudades)

Boltanski y Thévenot propusieron a inicios de los años noventa un texto denominado “De la Justificación”. Este texto nace de elementos de la filosofía política y la sociología, con críticas a la economía basada en la racionalidad, individualismo y maximización de utilidades, con la intención de proponer un análisis que permita entender la complejidad de los acuerdos y discordias, sus órdenes, sus justificaciones, sus críticas, sus mediciones y pruebas, dentro del mundo real, es decir, en distintas situaciones (Boltanski y Thévenot 2006, 19-20).

El trabajo de Boltanski y Thévenot nace dentro del movimiento de la teoría de las convenciones, donde varios de los fundadores de la economía de las convenciones fueron sus maestros. Dentro de su pluralidad, la teoría de las convenciones es crucial para incorporar las reglas y las interrelaciones individuales y colectivas. Cada convención está “estrechamente vinculada a un supuesto orden de justificación de grandeza en un mundo o ciudad⁴” (Diaz-Bone y Salais 2011, 12-17). Las ciudades hacen referencia a la “coexistencia dentro de un mismo espacio social de muchos regímenes de justificación” (Boltanski 2017, 179).

Por lo dicho, “hay varias formas de evaluar las personas y las cosas” y la introducción de diferentes ciudades permite apreciar elementos que probablemente no se hubiesen tomado en cuenta (Eymard-Duvernay 1992, 35), donde “una convención consiste en un modelo de evaluación y reglas de comportamiento” (Baron e Isla 2006, 369). También, las ciudades son puestas a prueba en cuanto a la grandeza de las personas, con lo cual las convenciones pueden ser analizadas desde las seis ciudades propuestas por Boltanski y Thévenot: ciudad doméstica, de reputación, cívica, mercantil, industrial, y de inspiración (Boltanski y Thévenot 2006, 159)⁵.

⁴ El término *cit * es un término proveniente del latín (*civitas, civitatis*) y de él se deriva el concepto de *droit de cit * [derecho de ciudadanía] (Boltansky y Chiapello 2002, 29).

⁵Adicionalmente, dentro de la literatura han sido creadas otras ciudades. La denominada séptima ciudad propuesta por Boltanski: ciudad por proyectos (Boltanski 2017, 188). Además, se crearon la ciudad verde, la ciudad de la información, y la ciudad de redes (Diaz-Bone 2018, 73).

Las ciudades como regímenes de justificación son diversas. La convención doméstica está vinculada a la pertenencia a una tradición en donde existe un orden jerárquico. La convención de reputación se relaciona con el valor de la opinión y existen líderes de opinión. La convención cívica se liga con la representatividad y hay representantes elegidos. La convención mercantil se vincula con el valor de mercado y existen competidores y clientes. La convención industrial está relacionada con la eficiencia productiva y existen expertos. Por último, la convención de inspiración se enlaza con la creatividad y se representa mediante artistas (Boltanski y Thévenot 2006, 159-21; Eymard-Duvernay 1992, 47; Boltanski y Chiapello 2002, 31; Espinosa 2017, 83). Las ciudades se resumen en la siguiente tabla:

Tabla 2. Convenciones como ciudades

	Medida de calificación de las personas	Repertorio de los sujetos	Repertorio de los objetos y dispositivos	Relaciones naturales entre las personas	Tipo de pruebas	Fuente
Convención doméstica	Pertenencia a una tradición Estima	Padre / Superior jerárquico	Reglas de buena conducta / Parentesco	Vínculos familiares / Confianza	Fiesta / Familia	Filosofía política de Bossue
Convención de reputación	Valor de la opinión Renombre	Líder de opinión	Marca Medios de comunicación Sondeo	Informar / Reconocimiento	Inauguración / Conferencia de prensa	Filosofía política de Hobbes
Convención cívica	Representatividad Interés colectivo	Representante elegido	Derechos / Formas jurídicas	Obtener la adhesión / Solidaridad	Congreso / Asamblea	Filosofía política de Rousseau
Convención mercantil	Valor en el mercado Precio	Competidor / Cliente	Bienes / Contratos	Intercambio	Mercado	Economía política de Smith
Convención industrial	Eficiencia productiva	Experto / Profesional	Máquinas / Organización / Programas / Puestos	Estandarizar / Prever / Controlar	Implementación del proyecto	Filosofía política de Saint-Simon
Convención de inspiración	Creatividad Gracia	Artista Investigador	Cuerpos	Crear / Pasión	Obra	Obra de San Agustín

Fuente: Boltanski y Thévenot 2006, 159-211; Boltanski 2017, 181; Eymard Duvernay 1992, 56; Boltanski y Chiapello 2002, 32; Espinosa 2017, 83.

Dentro de este marco de análisis, las personas tienen la capacidad de hacer variar su grandeza en base a las situaciones, donde pueden verse siempre sometidas a nuevas pruebas que reevalúan su grandeza (Eymard-Duvernay 1992, 42-43). El principio de equivalencia permite

que exista un orden acordado sobre la grandeza de las personas, que es totalmente contextual. Las convenciones se mantienen dentro de una lógica de racionalidad limitada, sin pertenecer a extremos en las ciudades, y son contingentes a la situación.

Un tema relevante en la teoría de las convenciones es la calidad. Desde esta perspectiva, la calidad no es un dato exógeno, más bien es el resultado de un espacio de debate y requiere un acuerdo previo que genera una convención (Favereau, Biencourt, y Eymard-Duvernay 2002, 213; Eymard-Duvernay 1992, 27); en esa línea, la calidad “es una construcción social” (Diaz-Bone 2017b, 248). En este proceso puede existir un intermediador que se encargue de que se cumplan las transacciones, teniendo un rol político de negociación para llegar a un acuerdo sobre la calidad de los bienes. Cada ciudad podría arribar a una definición de calidad distinta, de manera que las ciudades sirven como “punto de apoyo, tanto a las justificaciones como a las críticas” (Boltanski 2017, 184) que se producen en la interacción de las distintas ciudades. En esa línea, la evaluación de las ciudades de grandeza depende de la interpretación de la situación (Diaz-Bone 2016, 50).

A continuación, tomando en cuenta el Doctorado en el que se circunscribe esta tesis, se presentan los distintos marcos teóricos para el análisis de la política pública. En esa línea, la teoría de las convenciones se complementa con enfoques que permiten analizar un elemento importante del estudio situacional, las políticas públicas.

2.4. Marcos teóricos de políticas públicas

Existen varios enfoques para el análisis de las políticas públicas, los cuales tienen relación directa con los paradigmas epistemológicos. A continuación, se analiza las particularidades de cada enfoque.

Secuencial

El primer enfoque es el denominado secuencial, que se caracteriza por dividir el proceso de la política pública en etapas. La expresión del enfoque se refiere al ciclo de política, inicialmente denominado proceso de decisión, con la intención de guiar las fases principales de un acto colectivo. El proceso estaba compuesto por siete etapas: i) inteligencia; ii) promoción; iii) prescripción; iv) innovación; v) aplicación; vi) terminación; y, vii) evaluación (Lasswell 1956, 23). Posteriormente, el ciclo ha tenido modificaciones. Entre las principales, aparece la

propuesta por Brewer compuesta por seis fases: i) iniciación; ii) estimación; iii) selección; iv) implementación; v) evaluación; y, vi) terminación (Brewer 1974, 3). Asimismo, y tal vez la que ha sido más difundida, es la desarrollada por Jones en 1970 conformada por cinco etapas: i) identificación de un problema; ii) formulación de soluciones o acciones; iii) toma de decisión; iv) implementación; y, v) evaluación (Roth 2008, 79).

La principal fortaleza del enfoque secuencial es el análisis profundo de cada etapa, pero, a su vez, es su mayor debilidad, ya que se pierde de vista el proceso en conjunto y se limita a análisis parciales. Las principales limitaciones del enfoque secuencial son: i) no es una teoría causal debido a que no se identifican factores causales dentro y entre las etapas; ii) la secuencia propuesta es poco precisa en términos descriptivos; iii) tiene una tendencia legalista y se basa en enfoque de arriba hacia abajo; y, iv) no toma en cuenta los ciclos múltiples de las políticas, ni sus interacciones (Sabatier 2007, 9-10).

Tradicional y racionalista

El segundo enfoque se denomina tradicional y racionalista, donde importa las interacciones entre actores que poseen distintos intereses, metas y estrategias, y está compuesto por el enfoque neocorporativo, de redes y de comunidades de política. Por una parte, el enfoque neocorporativo consiste en que las políticas públicas son el resultado de negociaciones entre un número limitado de actores y el Estado. Por otra parte, el enfoque de redes se caracteriza porque las políticas públicas son el resultado de las relaciones entre grupos e instituciones que conforman las redes, en base a una interdependencia (Klijn 1998, 5). Por último, el enfoque de comunidades de política indica que las políticas públicas se asocian con grupos que se forman en base a temas puntuales o para resolver ciertos problemas (Roth 2014, 92).

La principal fortaleza del enfoque tradicional es el de resaltar la importancia de los grupos de interés en el establecimiento de las políticas públicas; es decir, permite analizar las distintas redes alrededor del Estado y sus políticas. La principal limitación del enfoque está en que se pueden minimizar elementos relacionados con la implementación, evaluación y sus impactos dentro de la sociedad.

Neoinstitucionalista

El tercer enfoque es el denominado neoinstitucionalista. La característica fundamental está en reconocer el rol de las instituciones en los comportamientos individuales, acción colectiva o políticas públicas, donde “los individuos interactúan dentro de estructuras formales, e interactúan de acuerdo con las reglas que gobiernan esas estructuras” (Peters 2016, 57). Las instituciones pueden ser de tipo formal, como las reglas o normativas, o informales, como las redes de actores sociales. Entenderíamos que, el enfoque se basa en una cierta estabilidad central de las instituciones que generan comportamientos previsibles de sus miembros, lo cual permite hacer ciertas predicciones causales. El neoinstitucionalismo pretende analizar las condiciones de producción y evolución de las instituciones y su influencia en las dinámicas sociales.

Existen cuatro versiones principales de la teoría institucional en la ciencia política: el institucionalismo normativo o sociológico; el institucionalismo de la elección racional; el institucionalismo histórico; y, el institucionalismo discursivo. Por una parte, el institucionalismo normativo o sociológico se caracteriza por la importancia de los valores dentro de la institución y su afectación a las políticas que hace esa institución. Por su lado, el institucionalismo de elección racional consiste en que las preferencias de los actores buscan la maximización de la utilidad individual, y no necesariamente se compatibilizan con la membresía de la institución. Por otra parte, el institucionalismo histórico indica que cuando una institución toma la decisión de elegir una política, es muy probable que se mantenga en ese camino, a menos que se ejerzan fuertes presiones para cambiarlo. Por último, el institucionalismo discursivo define a las instituciones en términos de los discursos que se llevan a cabo dentro de la institución, donde importan las ideas (Peters 2016, 59-62; Roth 2014, 94-102).

La principal fortaleza del enfoque neoinstitucional es que resalta el hecho de que las instituciones afectan las decisiones políticas; dichas instituciones pueden estar dentro del gobierno o fuera del mismo, y son las que determinan el accionar del Estado; para ello, las instituciones presentan cierta estabilidad, ideas, y sirven para canalizar presiones políticas internas y externas. La principal limitación del enfoque es que las instituciones tienen dinámicas que no necesariamente permiten comprender el entorno, donde “las instituciones son importantes, pero funcionan en un complejo sistema de formulación de políticas con otras

instituciones, individuos y presiones socioeconómicas que pueden ser difíciles de controlar incluso para la institución más poderosa” (Peters 2016, 70).

Cognitivista

El cuarto enfoque es el denominado cognitivista, que se caracteriza por subrayar la importancia de las ideas y del aprendizaje en la elaboración de las políticas públicas y el proceso político (Fontaine 2016, 115). En ese contexto, las ideas se consideran datos que pueden ser develados de forma objetiva, y juegan un papel fundamental en la explicación de la postura de distintos actores y sus modificaciones (Roth 2014, 103). A su vez, el rol de las ideas y creencias no solamente interviene en el proceso de decisión, sino que construye la relación de la sociedad al mundo (Muller 2006, 95). En este marco, tiene particular relevancia las coaliciones promotoras, donde se pretende analizar la formación de alianzas ante una política pública, ya sea en defensa o rechazo, sus interacciones, y creencias, dentro de un horizonte temporal de largo plazo.

Por ello, se considera una teoría causal predictiva con el objetivo de explicar empíricamente el cambio de política a través de la interacción de las coaliciones (Fischer 2003, 95). Las élites políticas tienen singular importancia en la formación de ideas que afectan las políticas públicas y en la entrada en agenda de un problema público. El análisis se centra en el subsistema de la política, el cual se define como un subconjunto más amplio de un sistema político y de gobierno centrado en un área temática y local (Weible y Jenkins-Smith 2016, 16).

La principal fortaleza del enfoque cognitivista está en analizar el rol que tienen las ideas, los grupos de promotores de la agenda pública y el proceso de la legitimación de los intereses sociales desde el Estado. La principal limitación del enfoque está en que las ideas e intereses de los grupos promotores se encuentren alejados de la realidad social, en ese sentido, se estaría analizando la entrada en agenda de problemas públicos, pero se podría perder de vista la atención al problema público.

Interpretativo

El quinto enfoque se denomina interpretativo y es aquel que basándose en una lógica constructivista incorpora los contextos, saberes locales y argumentos de los actores en las

políticas públicas, cuyo interés está en “captar y comprender complejas formas de vida subjetivamente formadas” (White 1995, 99). En consecuencia, adquiere importancia la argumentación práctica, juicio político, discurso, deliberación, narrativa y retórica. El enfoque se fundamenta en la dialéctica, con una lógica informal de análisis, y en la estructura de la política como argumento de una mezcla compleja de declaraciones de hechos, normas, interpretaciones, opiniones y evaluaciones (Fischer 2007, 235).

A su vez, toma en cuenta el rol crítico de la reflexión discursiva y la argumentación de las prácticas del análisis de políticas, como en el debate, y el entendimiento de sus dinámicas (Fischer y Gottweis 2012, 2-6). La producción de un discurso de cambio y sus causas se consideran como una actividad fundamental para los actores que tratan de influir en otros actores y transformar las políticas públicas (Zittoun 2009, 67). A diferencia de los enfoques anteriores, la causalidad pierde fuerza en este enfoque, y más bien se centra en una construcción interpretativa de los argumentos (Fischer 2003, 107). Asimismo, no es posible considerar conceptos como interés, ideas, instrumentos o incluso valor como variables objetivas e independientes, sino que considera cada uno de estos conceptos como construcciones sociales, subjetivas, que dependen de cómo se produce el significado y es utilizado por los actores (Durvanova et al. 2016, 36).

La principal fortaleza del enfoque discursivo está en analizar las políticas públicas como procesos prácticos de argumentación, donde resulta crucial los símbolos de los discursos, el debate y las palabras. La principal limitación del enfoque se encuentra en que se “minimiza la importancia de los tradicionales factores objetivos e institucionales y es crítica de las pretensiones generalizadoras basadas en el empiricismo” (Roth 2014, 113).

Pragmático

El enfoque pragmático en el análisis de políticas públicas tiene sus raíces en la filosofía pragmática americana de inicios del siglo XX de Peirce, James y Dewey y por la sociología pragmática francesa de mediados del siglo XX de Boltanski y Latour (Zittoun 2016, 9). Este enfoque se preocupa por “conceptos basados en sus consecuencias prácticas en la realidad” (Zittoun 2014, 15), es decir, las prácticas de los actores son fundamentales para comprender mejor las políticas públicas, sus cooperaciones y los conflictos. En esa línea, en este enfoque si bien interesa el proceso de la política pública, se interesa por las soluciones de los

problemas en distintas realidades. Con ello, se propone “comprender los procesos de fabricación y de transformación de las políticas públicas a través de la descripción de las prácticas concretas de los actores” (Zittoun 2016, 28).

La principal fortaleza del enfoque pragmático es centrarse en la construcción y el uso concreto de las políticas públicas, es decir, como se presenta en la realidad mediante prácticas. La principal limitación del enfoque es que se pierde generalidad del análisis, ya que se enfoca en realidades concretas y sus prácticas.

Fruto de la revisión de los distintos enfoques, donde el centro de análisis es la política pública, se considera que el enfoque pragmático comparte elementos relacionados con el accionar de la política pública. En ese sentido, comparte elementos de la teoría de las convenciones, donde “el Estado existe no como una entidad abstracta, sino por su presencia en las expectativas de los participantes de la acción pública” (Farvaque 2006, 159) y servirá con elementos teóricos para el análisis de la política pública dentro del estudio situacional de la malnutrición infantil en el Ecuador.

A continuación, acercándonos a la temática de investigación, se presentan los enfoques tradicionales de análisis de la nutrición, entre los cuales se resalta: la disponibilidad de alimentos, ingresos disponibles, necesidades básicas, titularidades, y medios de vida sostenibles.

2.5. Enfoques tradicionales sobre la nutrición

Tomando en cuenta el trabajo pionero de Burchi y De Muro (2012 y 2016), en donde se analizan los principales enfoques ligados a la seguridad alimentaria, en este documento se adapta y extiende dicho modelo hacia el análisis de la nutrición. Con ello, se examinan cinco enfoques principales para analizar la nutrición: i) disponibilidad de alimentos; ii) ingresos disponibles; iii) necesidades básicas; iv) titularidades; y, v) medios de vida sostenibles.

Disponibilidad de alimentos

Este enfoque es el más clásico. Los principios que lo sustentan son los enunciados por Thomas Malthus a finales del siglo dieciocho y tienen como núcleo la preocupación por el notable incremento en el número de habitantes en el mundo y la posible insuficiencia en la

producción de alimentos. Es decir, los problemas alimenticios se ocasionan debido a que el crecimiento de la población supera la producción y suministro de alimentos puesto que el crecimiento de la población se da en forma geométrica -1,2,4,8,16-, mientras que el crecimiento de las subsistencias se produce en forma aritmética -1,2,3,4,5- (Malthus 1798, 8).

Al existir mayor cantidad de personas que alimentar, pero menor producción de subsistencias, este enfoque sostiene que habría problemas de hambrunas y malnutrición por disponibilidad de alimentos. El enfoque se basa en tres relaciones de largo plazo: i) el progreso tecnológico expandirá el número de habitantes sin alterar el nivel de ingreso; ii) el ingreso por habitante fluctuará en un nivel constante; y, iii) los países con tecnologías más avanzadas tendrán poblaciones con mayor densidad, sin que el progreso tecnológico mejore el estándar de vida (Galor 2005, 222). En otras palabras, en el enfoque de disponibilidad de alimentos se argumenta que inicialmente existe un aparente equilibrio entre la población y subsistencias, el que se ve seriamente amenazado por el continuo aumento de habitantes, independientemente del progreso tecnológico. Las implicaciones de este enfoque son de dos tipos: a) por el lado de la demanda, la necesidad de reducir la tasa de crecimiento de la población; y, b) por el lado de la oferta, la necesidad de impulsar la producción de alimentos (Burchi y De Muro 2016, 13).

Hasta la década de los setenta, la disponibilidad de alimentos estuvo en el centro del estudio de la hambruna y la malnutrición, especialmente relacionada con el sector agrícola. No obstante, el alcance de este enfoque se ha visto limitado, ya que no es compatible con factores como la tecnología, el acceso, la política, y la economía. Asimismo, diversos estudios empíricos han contrastado sus predicciones, encontrando que este enfoque, si bien pudo haber funcionado bien en la época malthusiana de estancamiento económico, en la actualidad dista bastante de la realidad. A propósito de aquello, la literatura ha alcanzado cierto consenso en que el problema actual está alejado de la profecía malthusiana sobre la disponibilidad y producción de alimentos.

La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) mantiene elementos de este enfoque principalmente ligados con la producción alimentaria a nivel mundial. La balanza de alimentos por país se construye en base a la lógica de disponibilidad de alimentos, con información de la oferta nacional e importaciones para un

periodo dado (FAO 2001, 4). La unidad de análisis en este enfoque es principalmente a nivel nacional.

Ingresos disponibles

En este enfoque se amplían los sectores de la economía que pudieran influir en la malnutrición. Se cimienta inicialmente en una perspectiva macroeconómica, donde el Producto Interno Bruto adquiere relieve, especialmente tomando en cuenta su relación con la población. Además, el crecimiento económico surge como una condición necesaria para mejorar el acceso a alimentos, ya que tiene la potencialidad de incrementar los ingresos por habitante, aunque sea solo en promedio. La lógica de este enfoque es que el ingreso por persona sea suficiente para adquirir alimentos. Como consecuencia, existirán personas que posean los recursos necesarios para conseguir alimentos y otras, que no. Entonces, los problemas de malnutrición estarán presentes como resultado de la falta de ingresos suficientes para comprar la cantidad de alimentos necesarios.

El enfoque de ingresos disponibles puede ser catalogado como una categoría bastante ligada con la pobreza⁶. A nivel mundial persisten las mediciones de pobreza en base a los ingresos. La insuficiencia de ingresos es un factor determinante de la malnutrición, ya que influye directamente en la cantidad de alimentos a que se puede acceder y en la calidad de los mismos (Burchi y De Muro 2016, 11). Existen particularidades del enfoque de ingresos a nivel rural y urbano. En el sector rural hay autoconsumo de alimentos, desde las propias cosechas o si se trabaja en las granjas, lo que es diferente al sector urbano donde necesariamente se debe usar algún medio de intercambio. A su vez, las relaciones de poder entre los dueños de las haciendas y los trabajadores pueden incorporar elementos que profundicen la pobreza.

La información sobre los ingresos y consumo ha tenido una transición desde un nivel macro a uno micro. En esa línea, se ha pasado del uso de datos sobre promedios nacionales o regionales, a la utilización de datos por hogares. Para ello, la información se obtiene mediante encuestas directas a los hogares. Los datos provistos por las personas sobre los alimentos consumidos, son transformados en ingresos monetarios y en calorías, con lo que se obtiene

⁶ Empíricamente existe una relación importante, directa y significativa, entre la malnutrición y la pobreza. Los hogares con problemas de ingresos tienen mayor probabilidad de que alguno de sus miembros sufra de malnutrición. Sin embargo, no es el único factor que determina la existencia de inseguridad alimentaria.

información sobre el gasto en alimentos y el consumo de energía y nutrientes. En este proceso, se estima el número de calorías de cada alimento y se agrega para estimar el consumo total del hogar (Sibrian, Seevalingum y Mernies 2008, 5-7).

Los programas de transferencias condicionadas, que se han propagado a nivel mundial, se basan en cierta medida en este enfoque. La lógica está en proveer recursos mínimos a los hogares que se encuentran en condición de pobreza, es decir, incrementar sus ingresos disponibles para que puedan satisfacer las necesidades alimenticias, entre otras, aunque todavía se está muy lejos de alcanzar objetivos nutricionales. La unidad de análisis en este enfoque es principalmente el hogar.

Necesidades básicas

La Organización Internacional del Trabajo propuso, a mediados de los años setenta, un enfoque basado en el desarrollo como satisfacción de necesidades básicas. Desde esta perspectiva, la satisfacción de las necesidades básicas es una condición previa para llevar a cabo una vida plena, compuesta de elementos materiales y no materiales (Stewart 1985, 2). Dichas necesidades son un objetivo mínimo de la sociedad, y están compuestas por dos elementos principales: a) alimentación adecuada, vivienda y vestimenta; y, b) servicios esenciales proporcionados por y para la comunidad en general, como el agua potable, el saneamiento, el transporte público, la salud y la educación (ILO 1976, 32-33). De ahí que los problemas de seguridad alimentaria y malnutrición se produzcan por una inadecuada satisfacción de las necesidades de alimentación del hogar.

El enfoque de necesidades básicas se fundamenta, hasta cierto punto, en la idea propuesta por Maslow en su teoría de motivación humana, donde trata sobre las necesidades y su jerarquía. Para Maslow, las necesidades se pueden ordenar en cinco categorías de forma jerárquica: fisiológicas, seguridad, amor, estima y autoactualización. Dentro de esta clasificación, sin duda, las necesidades fisiológicas son las más prepotentes de todas las necesidades y, de ellas, la alimentación es considerada como una necesidad primordial de las personas que debe ser satisfecha antes que las demás. El motivo está en que las personas que sufran de hambre difícilmente podrán satisfacer otras necesidades (Maslow 1943, 373).

Posteriormente, han existido avances a lo propuesto por Maslow. Se consideran las necesidades como algo sistémico y dinámico. Las necesidades humanas se pueden subdividir en necesidades individuales y necesidades sociales. Las necesidades individuales se asientan sobre las condiciones sociales; es decir, ambas están íntimamente ligadas. Dentro de las individuales, se destacan aquellas de supervivencia como la salud, y autonomía como el aprendizaje. Las necesidades sociales se agrupan en cuatro categorías: producción, reproducción, comunicación y autoridad política (Doyal y Gough 1984, 10).

Existen autores que separan las necesidades de los satisfactores. Max Neef desarrolla una matriz de necesidades existenciales y axiológicas. Entre las existenciales, se encuentran, ser, tener, hacer y estar; mientras que las axiológicas son nueve: subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad. Por ejemplo: la alimentación es un satisfactor de la necesidad de subsistencia; la ausencia de ese satisfactor repercutirá en la malnutrición de las personas (Max-Neef 1994, 41-59).

La alimentación, entonces, es el centro de este enfoque y está relacionada directamente con la salud y la nutrición. La información sobre la ingesta de alimentos se obtiene mediante encuestas de consumo. La frecuencia, la cantidad y la calidad de los alimentos consumidos tienen singular importancia. Asimismo, se establecen metas de satisfacción de necesidades (como calorías diarias por persona), grupos prioritarios, y horizontes de tiempo. La redistribución y el crecimiento son los dos principales caminos para alcanzar la satisfacción de necesidades (ILO 1976, 43).

Este enfoque se diferencia del anterior, ya que no es necesario conocer el precio de los productos debido a que se comparan directamente las calorías de los alimentos consumidos. Asimismo, en este enfoque no importa la procedencia de los alimentos, del mercado o de autoconsumo, ya que se utilizan los alimentos ingeridos. La unidad de análisis en este enfoque es principalmente el hogar.

Enfoque de titularidades (entitlement)

Este enfoque aparece a inicios de los años ochenta. A diferencia del correspondiente a disponibilidad de alimentos, aquí el centro del análisis no está en la producción de alimentos, sino en el acceso a los mismos. La preocupación fundamental no es la existencia de alimentos,

sino quien ejerce control sobre ellos. En otras palabras, la importancia de la oferta de alimentos cede espacio a la distribución de los mismos. Ante ello, las hambrunas se entienden como un problema en algunas personas que no tienen suficiente comida, antes que un problema en el que no hay suficiente comida en general (Sen 1981a, 1).

Las titularidades se definen como el conjunto de bienes, sobre los cuales una persona puede establecer comando o titularidad (Drèze y Sen 989, 9). Las titularidades dependen de dos elementos: i) la dotación, y, ii) un mapa de intercambio de titularidades. El primer elemento se refiere a los recursos que están disponibles para una persona, mientras que el segundo trata sobre los bienes que se pueden obtener del intercambio, ya sea por comercio o producción (Sen 1981b, 435). De ahí que las titularidades de una persona dependan de lo que está disponible inicialmente y de lo que se pueda obtener mediante el intercambio. Las titularidades de intercambio pueden estar determinadas por cinco factores principales: i) si la persona encuentra trabajo y salario, ii) los costos de los bienes que venda y compre, iii) lo que produce con su propio trabajo, iv) los costos de los recursos que venda y compre, y v) los beneficios de la seguridad social que pueda obtener y los impuestos que debe pagar. Además, influye la posición de la persona en la estructura económica y los modos de producción (Sen 1981a, 3).

El enfoque de titularidades aplicado a las hambrunas se concentra en la habilidad de las personas para disponer o acceder a los alimentos. Incluye aspectos legales, estructura económica, seguridad social, e impuestos. Es decir, en esta perspectiva, las hambrunas no se producen solamente por una disminución de alimentos, sino que pueden ser explicadas por motivos económicos, sociales, políticos y legales que afectan las titularidades (Sen 1981a, 154). Los alimentos forman parte de las titularidades, pero éstas se extienden a aspectos más generales, como la provisión de agua, saneamiento y servicios de salud. Adicionalmente, existen poblaciones que, a pesar de tener los alimentos adecuados, deben venderlos con el fin de generar ingresos para cubrir sus necesidades. Entonces, la malnutrición es el resultado del inadecuado acceso a alimentos y no de su disponibilidad.

De igual forma, hay una extensión al enfoque de titularidades denominada “titularidades extendidas”, la que incorpora elementos de legitimidad informal o convenciones⁷. Dichas titularidades extendidas ayudan a analizar la distribución y acceso a alimentos dentro de la familia. Aquí se incorpora la complejidad de la legitimidad informal que pudieran tener miembros de la familia en la división de alimentos a nivel intrafamiliar⁸ (Drèze y Sen 1989, 10).

En resumen, el enfoque de titularidades agrega dos características que no estaban presentes en los modelos anteriores, y proporciona un “marco general para analizar las hambrunas en lugar de una hipótesis particular sobre su causalidad” (Sen 1981a, 459). La primera es la pluralidad de causas que generan la malnutrición; esto es, por un lado, se pueden ver afectadas las dotaciones, ya sea por pérdida de bienes o alteraciones en el mapa de intercambio mediante variaciones en los términos de intercambio o shocks económicos, entre otras. La segunda característica es la incorporación de las asimetrías en el impacto, donde se toma en cuenta la heterogeneidad socioeconómica de la población y la distinta afectación de la malnutrición (Osmani 1993, 17).

Enfoque de medios de vida sostenibles

Este enfoque ha tenido más éxito en el mundo de las organizaciones internacionales de desarrollo que en la misma academia (Burchi y De Muro 2016, 13). La principal razón está en su aportación práctica en lugar de teórica, ya que usa definiciones y metodologías existentes. Los medios de vida, inicialmente, se definían como las existencias y flujos de alimentos y dinero suficientes para satisfacer las necesidades básicas, con lo cual eran catalogados como medios, debido a que se centraban en los instrumentos para sobrevivir.

Posteriormente, tomando en cuenta varios aportes de Sen, se incorporan nuevos elementos ligados a la sostenibilidad en el tiempo, con lo que se catalogan como medios y fines. Los medios de vida de los hogares pueden ser clasificados en cuatro categorías: personas, actividades, activos y resultados (Chambers y Gordon 1992, 6-7). En la categoría “personas”

⁷ Las convenciones, como se verá más adelante, son reglas o acuerdos tácitos entre las personas, es decir, se refieren a “todas las formas colectivas que aseguran la compatibilidad entre acciones individuales” (Eymard-Duvernay 1992, 19).

⁸ Amartya Sen considera que la batalla contra las privaciones de los niños es la lucha más dura del desarrollo humano (Sen 1999, 1).

se toman en cuenta las capacidades para satisfacer necesidades. Las “actividades” se refieren a lo que realizan las personas. Los “activos” se categorizan en cinco formas distintas de capital: capital humano, capital social, capital natural, capital físico y capital financiero (Serrat 2008, 2). Los “resultados” se refieren a lo que obtienen por las actividades que desarrollan. El núcleo de análisis del enfoque son las características particulares de los medios de vida de las poblaciones y se centra en tres elementos: a) riesgo y shocks, b) sustentabilidad, y c) resiliencia.

El enfoque de medios de vida sostenibles puede ser catalogado como una instrumentalización de los enfoques anteriores, ya que operativiza los enfoques de necesidades básicas y de titularidades en lo que respecta a una serie de elementos para la satisfacción de necesidades y el comando de los activos, respectivamente. A su vez, toma distancia del enfoque de ingreso disponible y analiza la pobreza como un problema social complejo, en donde las privaciones causan que las personas no accedan ni desarrollen medios de vida apropiados. Además, el acceso a un empleo es un factor clave para el desarrollo de las personas (Chambers 1995, 173). Adicionalmente, incorpora elementos ambientales que afectan la sostenibilidad de los medios de vida. En ese sentido, añade al análisis temas tales como las relaciones de poder entre ricos y pobres, migración y el manejo de recursos (Chambers 1987, 1).

En relación con la alimentación y nutrición, el enfoque de medios de vida sostenibles argumenta que, ante una adecuada asignación y distribución de actividades, capacidades y activos, el problema de malnutrición sería mínimo. Además, introduce los contextos político, económico y social como factores primordiales para que se satisfagan los requerimientos alimenticios de la población. Las redes de seguridad son propuestas como soluciones, no solo ante hambrunas, sino como medios para evitar que las personas tengan problemas de pobreza y malnutrición. La unidad de análisis en este enfoque es principalmente el hogar.

2.6. Enfoque de capacidades

El enfoque de capacidades fue desarrollado por Amartya Sen a mediados de la década de los ochenta como un puente entre la filosofía política y la economía. Constituye una evolución a los enfoques presentados anteriormente y es considerado como un “nuevo paradigma en economía y en las ciencias sociales en general” (Alkire y Deneulin 2009, 30). Las raíces del enfoque se remontan a Adam Smith, Karl Marx y Aristóteles. En el pensamiento de Smith, se

examina que los valores no son solo instrumentos, sino también puntos de vista sobre lo que debe o no debe ser promovido. En las ideas de Karl Marx, en tanto, se argumenta que el éxito de la vida humana se presenta en términos de cumplimiento de las actividades humanas necesarias. En el razonamiento de Aristóteles, se analiza "el bien de los seres humanos" y esto se vincula con su examen de "las funciones del hombre" y su exploración de "la vida en el sentido de actividad" (Sen 1988, 22-23; Nussbaum 2012, 149).

El enfoque de capacidades es considerado una ciencia "ni puramente positiva, ni solamente normativa; esta ciencia es evaluativa" (De Munck 2014, 31). Por ello, es calificado como un marco para la evaluación del bienestar y los arreglos sociales, por lo que se le considera un enfoque evaluativo, no explicativo (Robeyns 2005, 94; Robeyns 2006, 351; Farvaque 2006, 159). En esa línea, el enfoque se concentra en el "ser y hacer de las personas y la libertad para lograrlo" (Robeyns 2008, 86). Con ello, en lo referente a nutrición, se distancia de los enfoques anteriores, como el de titularidades, ya que no solo se preocupa por la posesión y acceso a bienes.

Las capacidades y los funcionamientos

Este enfoque se fundamenta en dos elementos: capacidad y función. La capacidad de una persona se refiere a las diversas combinaciones de funciones que puede conseguir, o, en otras palabras, a la libertad de una persona o grupo para promover o lograr funcionamientos valiosos, es decir, oportunidades reales con respecto a la vida que puede llevar (Sen 1987, 36; Alkire 2002, 184). Al mismo tiempo, una función es un logro, lo que se realiza o alcanza⁹. En ese sentido, el enfoque de capacidades incluye las funciones realizadas, es decir, sus logros reales, y el conjunto de capacidades de las opciones que tiene, es decir, la libertad para elegirlos¹⁰ (Sen 2012, 99).

En nuestro estudio, la principal función a analizar es la nutrición infantil, y los elementos que la favorecen o limitan. Para Sen la equidad en salud es fundamental para entender la justicia

⁹ Ambos conceptos de capacidades y funciones se encuentran íntimamente relacionados. Las funciones son partes integrales de las capacidades; sin embargo, las capacidades incorporan los elementos de libertad y oportunidad (Alkire, Qizilbash y Comim. 2008, 3).

¹⁰ Debido a que el funcionamiento tiene una relación estrecha con las condiciones de vida, se podría pensar en enfocarse solamente en ellas, empero las capacidades son clave, ya que las condiciones de vida no son independientes de la perspectiva de libertad. Además, la disponibilidad de opciones de elección tiene un valor intrínseco.

social, ya que es un concepto multidimensional y considerada por el autor como “una de las condiciones más importantes de la vida humana y un componente fundamental de las posibilidades humanas que tenemos motivos para valorar”. En ese orden, la equidad en salud no puede preocuparse únicamente de la desigualdad en la salud o en la atención sanitaria y “debe tomar en consideración cómo se relaciona la salud con otras características, a través de la asignación de recursos y de los acuerdos sociales” (Sen 2002, 303-304).

De Munck (2014, 38-51) indica que el enfoque de capacidades de Sen “está muy sabiamente inconcluso”. Por un lado, señala que existen tres acepciones de la capacidad: i) capacidad de elección; ii) capacidad como potencial de plenitud; y, iii) capacidad de realización. Una relación interesante que resalta el autor es aquella dada por las reglas y las capacidades. El autor propone, por un lado, que la capacidad que Sen presta a los agentes es una capacidad para seguir las reglas y, a su vez, las reglas instituidas no regulan solamente las capacidades constituidas fuera de estas; en muchos casos, son constitutivas de nuevas capacidades.

La libertad y la justicia

La libertad es crucial dentro de este enfoque. Se plantea que el desarrollo solo se conseguirá aumentando la libertad de los individuos, lo que mejora la capacidad para ayudarse a sí mismos, incrementando su agencia, así como para influir en el mundo. En este enfoque, el desarrollo no se define como un aumento del ingreso per cápita o en el consumo, la salud y la educación por sí solas, sino como una expansión de las capacidades (Sen 1988, 23; Sen 1990, 43). La agencia se refiere a “lo que una persona es libre de hacer y lograr en la búsqueda de cualquier objetivo, o los valores que él o ella considera tan importantes” (Sen, 1985, 203).

Dentro de la realización de la agencia, resulta primordial tomar en cuenta las estructuras socio-históricas que determinan su elección, es decir, interesa no solamente la agencia individual, sino también la “agencia sociohistórica” (Deneulin 2008, 121). En el enfoque de capacidades, se considera que la expansión de la libertad es: i) el fin primordial, y, ii) el medio principal del desarrollo. A ambos los define como el papel constitutivo y el papel instrumental de la libertad en el desarrollo, respectivamente (Sen 2012, 15-25).

Una característica fundamental del trabajo de Sen es su marco pluralista. Considera que no es suficiente la información en la que se basan algunas teorías convencionales de la ética y la

justicia social, en particular, el utilitarismo, el pensamiento libertario y la teoría rawlsiana de la justicia¹¹. Como solución, se propone el enfoque de capacidades debido a su amplia gama de información y la posibilidad de analizar los logros.

De lo anterior, se deduce que, en el análisis de la justicia social, existen poderosas razones para juzgar la ventaja individual en función de las capacidades que tiene una persona, es decir, de las libertades fundamentales que disfruta para llevar el tipo de vida que tiene razones para valorar, donde “la mayoría de las teorías de la justicia abogan por la igualdad en algún espacio, debe ser demandada en el espacio de las capacidades” (Alkire 2005, 122).

Como factores de conversión

En este enfoque se propone la existencia de factores de conversión de los recursos en bienestar, los que dependen de manera crucial de una serie de circunstancias contingentes, tanto personales como sociales (Sen 2012, 100), donde se prefiere no enumerar las capacidades en una lista completa, fija y ordenada, ya que dependen del contexto, el tiempo, la sociedad, el entendimiento, la valoración y el debate público, de ahí también el debate contra los bienes primarios propuestos por Rawls (Sen 2004, 36). Los factores de conversión contemplan las oportunidades y las realizaciones, por lo que van un paso más allá de aquel propuesto por los bienes primarios en Rawls.

Existen tres tipos de factores de conversión: factores ambientales, sociales y personales. Los factores ambientales se refieren al clima, el entorno físico y la ubicación geográfica. Los factores sociales comprenden las normas sociales e institucionales -formales e informales-, las tradiciones, las reglas legales, los roles de género, las políticas públicas, las prácticas discriminatorias, la jerarquía social y las relaciones de poder, entre otros. Los factores personales y de los hogares pueden ser aspectos mentales y físicos, el metabolismo, la cultura alimenticia, el sexo, la condición física y la educación, entre otros (Robeyns 2005, 99; Ariana y Naveed 2009, 234; Browne, Deakin y Wilkinson 2004, 209; Chopra y Duraiappah 2008, 380).

¹¹ La teoría rawlsiana de justicia representa un avance en relación a la visión utilitarista. Al introducir el principio de diferencia, se añade elementos personales para cada ser humano, en donde cada persona merece ser considerada como tal y donde no se obtiene mayor utilidad o felicidad si se está con problemas de salud simplemente haciendo que otro esté más feliz o más sano (Sen 2002, 305).

En este panorama, se pone de relieve que el enfoque de las capacidades tiene en cuenta la diversidad humana en dos formas principales: i) la pluralidad de funciones y capacidades, entendida como el espacio de evaluación y los factores de conversión personal y socioambientales de los bienes en funcionamiento; y, ii) el contexto social e institucional que afecta los factores de conversión y, también, directamente, el conjunto de capacidades (Robeyns 2005, 100).

En ese sentido, el enfoque de capacidades mediante los factores de conversión, enfatiza que la heterogeneidad interpersonal hace que recursos similares no conduzcan a resultados similares, lo que resulta crucial en políticas públicas (Unterhalter 2009, 223). Asimismo, permite la inclusión de esquemas de acción positiva para situaciones determinadas (Ghirardello y Van der Plancke 2006, 155).

En relación con la nutrición, el enfoque de capacidades permite entender el marco de las causas de la malnutrición infantil presentado en el anterior capítulo, añadiendo un contenido teórico y enfocándose en la libertad de las personas al alcanzar funcionamientos y mejorar sus capacidades; por lo que, tiene algunas particularidades que representan un avance para el entendimiento de la realidad nutricional en un contexto específico.

El enfoque de capacidades se distingue del enfoque de necesidades básicas. Sen (1987, 24-26) argumenta que el enfoque de necesidades básicas constituye un avance en el entendimiento del bienestar y la importancia del tipo de vida que las personas son capaces de llevar. Pero dicho enfoque presenta limitaciones, ya que se formula normalmente solo en términos de posesión de productos básicos y no de logros, y los indicadores sociales incluyen un gran número de índices que tienen poco que ver con las funciones y capacidades de las personas.

Además, la posesión de ciertos productos básicos no toma en cuenta la diversidad de las personas, ni elementos contingentes. Una de las principales innovaciones es que se considera que la ingesta de alimentos y el logro nutricional dependen de características personales, como la edad y el sexo, y sociales, como el acceso al agua potable, saneamiento y servicios de salud (Drèze y Sen 1989, 14).

El enfoque de capacidades tiene una ventaja sobre el de titularidades, pues se centra en la realización de las capacidades humanas, de forma funcional e instrumental, no solo en la posesión y dominio de productos, que sería algo instrumental del proceso, donde “las titularidades son un conjunto de productos básicos alternativos, y la capacidad de una persona es un conjunto de funcionamiento alternativos” (Drèze and Sen 1989, 13).

Realizando una aplicación cercana a esta comparación de teorías, en el tema de salud, los factores de conversión tienen un rol fundamental. Las políticas de salud no deben centrarse en el tratamiento médico, sino entender el entorno en el cual se producen las enfermedades. En otras palabras: “Con el fin de lograr la equidad en salud, las políticas de salud no pueden estar aisladas del conjunto general de las políticas públicas relacionadas con los determinantes sociales de la salud” (Ariana y Naveed 2009, 237).

En resumen, luego de la revisión de los enfoques tradicionales presentados, se considera que el de capacidades tiene potencialidades que permiten un mejor acercamiento al tema de la nutrición. Este enfoque va más allá de las visiones utilitaristas, que se centraban en el ingreso como medida de la maximización de utilidad. A su vez, presenta un adelanto en relación con los enfoques de disponibilidad de alimentos, necesidades básicas y titularidades, debido a que no solo se centra en la posesión de productos básicos, sino también en los logros. En rigor, este enfoque pretende explicar realidades complejas, superando la visión de disponibilidad y acceso, analizando las capacidades y funcionamientos.

De forma relacionada, Crocker (2008, 258) argumenta que, en el estudio de la nutrición desde el enfoque de capacidades, hay un paso “desde la disponibilidad de alimentos hasta las titularidades alimenticias y desde las titularidades alimenticias hasta la capacidad y desde la capacidad y la agencia al desarrollo como libertad”. Por ello es que el centro del análisis de este estudio toma el modelo de capacidades de Sen, a través de sus factores de conversión: ambientales, sociales y personales. Este enfoque permite un análisis plural del objeto de estudio y representa un progreso teórico del marco desarrollado por la UNICEF sobre las causas de malnutrición que se presentó en el capítulo anterior, ya que se indaga las distintas dotaciones y capacidades de las personas, su contingencia e interpretaciones sociales, y esa potencialidad de transformar dichos factores en funcionamientos.

2.7. Esquema de análisis

El esquema analítico para la malnutrición infantil que ha sido desarrollado en esta investigación se basa en el enfoque de capacidades, la teoría de las convenciones y el enfoque pragmático para el análisis de las políticas públicas. Dichos enfoques pertenecen a una teoría no estándar, sin pretensiones explicativas para el estudio de la malnutrición infantil, a través de su marco evaluativo, y permiten la evaluación, ya sea de la situación o del bienestar, reconociendo lógicas en las situaciones prácticas y del comportamiento, lo que coadyuva a la comprensión de la problemática de la malnutrición infantil en Ecuador que es el objetivo principal de la tesis.

Estos enfoques resaltan la importancia de la transdisciplinariedad, en donde se combinan elementos de la sociología y la economía para entender un fenómeno o situación. De esta manera, hay reconocimiento de una realidad plural, compuesta por una variedad de convenciones y capacidades, rechazando una visión lineal y optando por una perspectiva multidimensional de la nutrición. Además, utilizan el pragmatismo como eje de análisis, evitando una visión dualista de la realidad, dando relevancia al contexto donde se realizan las situaciones.

En dicha realidad, se producen una multiplicidad de convenciones, capacidades y funcionamientos mediados por los factores de conversión y convenciones socio-históricas que determinan la coordinación. Dicho pragmatismo sirve para interpretar realidades, donde “la moralidad de los objetivos, la circularidad entre los medios y los fines, el vínculo entre los hechos y los valores siempre ha sido fundamental para su enfoque. Ella también está en el centro del enfoque de la EC” (De Munck 2006, 258).

Adicionalmente, estos enfoques presentan incertidumbre de la acción, para lo cual se fundamentan dentro de un marco evaluativo de la situación, lo que les permite interpretar su complejidad. La racionalidad limitada está en la base de ambos enfoques, donde las personas se asumen con cierto límite de previsión, tanto por acceso como por procesamiento de información, pero con una capacidad de coordinación. En este esquema, se destaca la relevancia de la agencia de las personas para acercarse a sus proyectos de realización de vida y mejorar la nutrición infantil.

Por último, comparten la relevancia de una metodología mixta que no se centra exclusivamente en el uso de métodos cuantitativos, donde solo prime la estadística, sino más bien, que combinada con métodos cualitativos permita interpretar la situación a profundidad. Esta metodología mixta se desarrolla en este estudio de la malnutrición infantil.

Entre las principales críticas a los enfoques seleccionados se puede mencionar que el enfoque de capacidades, debido a su carácter pluralista, ha recibido varias detracciones en relación a la posibilidad de ser operativo, y sobre su real aplicación dentro de distintos contextos; en ese sentido, Rawls afirma que al evitar el establecimiento de unos bienes primarios y dejarlo al contexto, basado en deliberaciones y acuerdos comunitarios, “se requiere más información de la que la sociedad política puede posiblemente adquirir y aplicar con sensatez” (Rawls 1999, 13; Sugden 1993, 1953); además, se cuestiona el individualismo dentro de la libertad de decisión particular de las personas y su limitada relación con una teoría social.

Sin embargo, han existido muchos autores, como De Munk (2014) que aclaran que el desarrollo de capacidades individuales se relaciona con la definición de justicia y el compromiso social, y como Atkinson (1999, 19) que clarifican la significancia del enfoque de capacidades desde tres aspectos principales: i) términos teóricos; ii) hacer pensar a las personas de una forma diferente; y, iii) incorpora nuevas dimensiones.

En este documento, se tomará en cuenta el enfoque de capacidades, con énfasis en la conversión, la teoría de las convenciones, con énfasis en las ciudades de grandeza, y el enfoque pragmático de las políticas públicas, con énfasis en su análisis de la situación. A continuación, se procede a complementar lo expuesto en los marcos teóricos de políticas públicas, profundizando la aplicación de la teoría de las convenciones y el enfoque de capacidades.

Desde la teoría de convenciones

En la tarea de aplicación de la teoría de convenciones, el proceso interpretativo tiene un rol esencial ya que permite el análisis de las situaciones en forma integral, donde “debemos analizar hasta qué punto los actores realmente usan descripciones o hipótesis para representar sus problemas prácticos y cómo, como formas de vida social vivida, las descripciones afectan el curso real de la acción” (Díaz-Bone 2011, 49).

En este marco, la incertidumbre es parte del estudio puesto que no se toma en cuenta una posición ligada a un supuesto orden colectivo generado mediante reglas externas, sino más bien, como fruto de acuerdos en la sociedad. Las ciudades y sus elementos de grandeza sirven para comprender comportamientos e interpretar situaciones. Muchas veces las convenciones se contraponen y permiten entender cambios o pugnas entre justificaciones, como ejemplo: la estandarización puede estar ligada hacia convenciones industriales y distanciarse de convenciones de inspiración (Diaz-Bone 2016, 60). En esa línea, las convenciones se enmarcan en la interpretación de las situaciones desde el pragmatismo, donde “los actores pueden recurrir a las convenciones como formas de involucrarse y coordinarse en situaciones para lograr un objetivo común” (Diaz-Bone 2018, 71).

En la malnutrición infantil resulta crucial analizar la pluralidad de definiciones ante esa situación, de acuerdo a las lógicas de interpretación desde los distintos actores en su contexto, ya que no es una definición sustantiva. Este es un elemento central, que comparte con el enfoque de capacidades, donde el entendimiento de la malnutrición infantil no es la misma en todos los contextos, y depende de las convenciones históricas, socioculturales, y contingentes, ya que son debates, deliberaciones e interpretaciones en construcción.

Este hecho se relaciona con las distintas convenciones y sus interacciones alrededor de la situación de interés. Como ejemplo, Espinosa (2005) analiza en comercio justo e indica que en ese objeto de estudio se contraponen los mundos cívico, mercantil, doméstico, industrial y de la inspiración. Por una parte, el mundo cívico ya que la organización se define en términos de equidad y solidaridad, con respeto a los derechos de las personas. Además, el mundo mercantil debido a que los productos necesitan de clientes y se fijan precios. Adicionalmente, el mundo doméstico ya que se valora el saber de la experiencia, existen relaciones de confianza y se construyen lazos de familiaridad. También, el mundo industrial debido a que existen estándares y modelos, dentro de una cadena de producción. Asimismo, el mundo de inspiración ya que los productos son el resultado de la creatividad de los artesanos. En esa línea, “las tensiones entre criterios diferentes de justicia son evidentes y ponen a prueba la forma de elaboración de acuerdos y compromisos” (Espinosa 2005, 33).

Asimismo, la definición del problema de la comercialización del agua y la accesibilidad de recursos permite identificar cuatro tipos de convenciones: derechos humanos, comunidad,

interés general y mercado. Por un lado, la convención de derechos humanos se basa en que el derecho al acceso al agua es un derecho fundamental. Por su parte, la convención de comunidad indica que el agua es un derecho colectivo. De igual forma, la convención de interés general indica que el agua es una necesidad humana de interés general lo que justifica la creación de servicios de interés público. Por su lado, la convención de mercado considera que el agua necesita de mecanismos de asignación óptima a través del mercado. Y, entre las distintas convenciones existen convergencias, divergencias y asimilaciones en el tiempo, en medio de las distintas interacciones, donde finalmente la convención comercial terminó por asimilar a las demás (Baron e Isla 2006, 375).

En la misma línea, Ignatus y Haapasaari (2018) aplican la teoría de las convenciones mediante las ciudades de grandeza para entender el valor social y cultural de un alimento, el salmón báltico. En su desarrollo y conclusiones afirman que existe una disputa constante sobre su interpretación. Por una parte, el mundo cívico considera que debe existir una gestión justa del alimento desarrollando justicia social. Además, el mundo mercantil cree que es un bien de mercado que debe ser explotado. Adicionalmente, el mundo doméstico considera que alrededor del salmón existe conocimiento de los pescadores locales y sus tradiciones. También, el mundo industrial cree que es un recurso de la producción. Asimismo, el mundo de fama considera que el salmón es un símbolo turístico y del ambiente. Por último, el mundo de inspiración considera que el salmón es una fuente de experiencias para los pobladores locales y el sector recreacional.

Además, las prácticas pueden traducirse en beneficios o perjuicios para la nutrición de los menores. A fin de explicar lo dicho, se propone el siguiente ejemplo, en donde hay dos niños y se analiza una convención doméstica. El niño A proviene de un hogar donde, a pesar de los recursos escasos, tienen la costumbre de hervir el agua previa a su consumo; mientras, el niño B pertenece a una familia de recursos moderados, que consumen el agua directamente desde la llave, sin ningún tratamiento. El niño A podría tener menos problemas de malnutrición que el B debido a esta convención. Asimismo, pueden existir convenciones mercantiles que, por la vía del precio, perjudiquen el acceso y consumo de alimentos y, también, convenciones industriales que se centren en la eficiencia y no se preocupen por el contenido nutricional de los alimentos, entre otros.

Desde esta perspectiva, la teoría de las convenciones se interesa por las cualidades internas y desarrolla una visión crítica del uso exclusivo de estadísticas. En temas de nutrición, la convención de calidad es fundamental para entender la construcción de ese significado dependiendo del contexto, donde “las cualidades no solo se construyen y reconocen, sino que también se cuestionan y se prueban” (Diaz-Bone 2018, 73).

Desrosières (2011, 67) enfatiza que “la estadística ‘neutra y objetiva’ no existe en verdad y se relaciona con el contexto político y social”. Además, Diaz-Bone (2011, 54) enfatiza que “la explicación no se realiza mediante modelos estadísticos o las formas lógicas de inducción o deducción”.

Es decir, la explicación solamente se puede alcanzar mediante un proceso interpretativo. Dentro de esta complejidad para el análisis de las convenciones, se usa una pluralidad de técnicas y estrategias de investigación que se distancian de un análisis meramente cuantitativo basado en estadísticas. En esta teoría se utilizan mayoritariamente métodos etnográficos, entrevistas cualitativas, técnicas estadísticas como el análisis factorial exploratorio, estudio e interpretación de documentos y análisis del discurso (Diaz-Bone, 2011, 57-58).

De Munck (2011, 104-105) acentúa la importancia del análisis histórico dentro de las convenciones. Este elemento es crucial al analizar las ciudades. En ese orden de ideas, el contexto es crucial para entender cómo aparecen las convenciones y cómo eventualmente se mantienen, mutan o desaparecen, donde las “situaciones están históricamente arraigadas en la sociedad en la que las convenciones ya están establecidas porque han demostrado a largo plazo su utilidad” (Diaz-Bone, 2011, 50). Ello se combina con el valor que se otorga al análisis de una situación en particular, entendiendo a la situación como un término amplio que incorpora la complejidad. Por lo dicho, las convenciones en esta investigación serán examinadas dentro de la situación de malnutrición infantil.

Desde el enfoque de capacidades

En la tarea de aplicación del enfoque, existen características propias que pueden resultar complejas y, en la práctica, da la apertura para distintas aplicaciones (Chiappero 2008, 303). Una aplicación inicial del enfoque de capacidades ha sido el Índice de Desarrollo Humano que incorpora una visión pluralista de la mejora en la calidad de vida (PNUD 2015, iii). Sen

considera que la aplicación del enfoque para la evaluación de la calidad de vida debe tomar en cuenta la relevancia y la facilidad de uso (Sen 1987, 20).

El enfoque de capacidades plantea una amplia gama de cuestiones o dimensiones que superan las visiones que se centraban en la disponibilidad de una cantidad de recursos o productos básicos. Las capacidades y funcionamientos ilustran el estado y las oportunidades de las personas. También toman en cuenta la diversidad interpersonal, en tanto las personas necesitan distintas cantidades de recursos con el fin de transformarlos en funcionamientos. Por ende, el enfoque ofrece una perspectiva útil a la nutrición, otorgando herramientas para evaluar las oportunidades, procesos y resultados.

El estado nutricional depende directamente de la cantidad y calidad de alimentos consumidos y su procesamiento. Como se analizó en los enfoques de nutrición, los factores que inciden en una adecuada nutrición son diversos. Por un lado, depende de la cantidad de alimentos disponibles para el consumo humano y de los ingresos disponibles de las personas para adquirir alimentos. Además, obedece al acceso efectivo de las personas a los alimentos y se relaciona con las necesidades básicas de las personas o los medios de vida que se usan para acceder a los alimentos. Al mismo tiempo, una adecuada nutrición depende de características ambientales, sociales y personales, es decir de los factores de conversión. Por lo mencionado, las características culturales, sociales, políticas, institucionales y ambientales poseen relevancia en la nutrición. Por ello, esta debe ser examinada como un tema multidimensional.

Desde la teoría, se han desarrollado investigaciones que estudian la posibilidad de que varios enfoques sean compatibles. Desde una visión positivista, en el intento de aplicar el enfoque de capacidades, Kuklys ofrece una investigación atrayente, reconocida hasta por el mismo Sen. La idea principal de la autora es el análisis del estado de bienestar y el enfoque de capacidades. Entre sus principales conclusiones se puede mencionar que: i) las medidas de bienestar pueden ser complementarias dentro del espacio de funciones; ii) los resultados de las funciones de bienestar con varias dimensiones son distintos a lo obtenido si se tomara en cuenta solo el ingreso; y, iii) debido al uso de escalas, las mediciones econométricas tienen poca relación con este enfoque de capacidades (Kuklys 2005, 30).

En esa misma área de análisis, se ha intentado responder a la pregunta de si el enfoque de capacidades puede ser compatible con la economía de la salud. A pesar de las notables diferencias, los autores consideran que ambos enfoques pueden ser compatibles por tres razones principales: i) el enfoque de capacidades proporciona potencialmente un espacio evaluativo más completo; ii) el enfoque de las capacidades revela complejidades éticas, inconsistencias teóricas y empíricas del enfoque tradicional y puede ayudar a desarrollar una disciplina de la economía de la salud más coherente, asentada en los valores de las sociedades; y, iii) ambos enfoques reconocen que el bienestar es moralmente significativo (Coast, Smith, y Lorgelly 2008, 667-670; Anand 2005, 303).

De ambos estudios positivistas se desprende que, la complejidad del pensamiento de Sen no necesariamente es compatible con un análisis positivista, pero se reconoce que un análisis positivista sin tomar en cuenta la multidimensionalidad estaría incompleto. En ese sentido, la implementación del enfoque de capacidades urge por elementos de análisis interdisciplinarios, fusionando lo sociológico y lo económico, usando bases filosóficas (Roybens 2006, 371).

En este panorama, el análisis de nutrición infantil es totalmente compatible con el enfoque de capacidades. Una propuesta para obtener las dimensiones relevantes de estudio es mediante un razonamiento práctico y preguntarse ¿por qué hago lo que hago?, y, ¿por qué otras personas hacen lo que hacen? En la respuesta se encontrará un conjunto heterogéneo discreto de la mayoría de las razones básicas y sencillas para actuar, las que reflejan una gama completa del funcionamiento humano. Sabiendo entonces que la aplicación del enfoque tiene sus complejidades de implementación, surgen tres especificaciones teóricas desde la literatura que deben ser tomadas en cuenta: i) la posibilidad de elegir entre funciones y capacidades; ii) la selección de las capacidades pertinentes; y, iii) la agregación y ponderación de las diferentes capacidades para una evaluación global (Roybens 2006, 353; Sen 2005, 157; Alkire 2002, 194).

Primero, enfocarse en las capacidades tiene la ventaja de analizar las oportunidades reales de las personas y una gama de posibles formas de vida; es decir, explorar diversas opciones de las personas. De forma distinta, orientarse por las funciones permite analizar directamente los resultados, manejar información de mayor disponibilidad y, con ello, facilitar el trabajo con un gran número de casos. En última instancia, la elección del foco de atención dependerá de

lo que pretende la investigación. En todo caso, es necesario indicar que se puede realizar un análisis de ambos elementos en forma combinada.

La distinción entre capacidades y funcionamientos es muy útil en la nutrición. Ante ello, la evaluación solamente de los funcionamientos puede esconder algunos elementos importantes relacionados con las capacidades. En nutrición, el funcionamiento central es que la persona se encuentra bien nutrida, pero, para llegar a ese logro, pudieron haber estado presentes diversas capacidades. Para ilustrar lo indicado se propone el siguiente ejemplo, en donde hay dos niños que tienen problemas de malnutrición. El niño A proviene de un hogar de recursos escasos, donde la infraestructura es deficiente, con problemas de acceso a agua potable; el niño B pertenece a una familia de un alto quintil, con acceso apropiado a alimentos y adecuada infraestructura, pero por decisión propia no ingiere alimentos. Ambos niños presentan desnutrición crónica infantil (funcionamientos) pero las posibilidades de elección para encontrarse en esa situación son distintas (capacidades).

Segundo, la selección y explicitación de capacidades ligadas a la nutrición es fundamental (Alkire 2002, 186). Martha Nussbaum presenta un conjunto de capacidades centrales humanas como requerimientos para llevar a cabo una vida digna, con la intención de realizar una medición comparativa de la calidad de vida, y para la formulación de los principios políticos básicos que pueden desempeñar un papel en las garantías constitucionales fundamentales. La lista de capacidades está compuesta por diez elementos: i) la vida; ii) la salud corporal; iii) la integridad corporal; iv) los sentidos, la imaginación, y el pensamiento; v) las emociones; vi) la razón práctica; vii) afiliación; viii) otras especies; ix) el juego; y, x) el control del propio entorno (Nussbaum 2003, 40-42).

La nutrición tiene un valor intrínseco e instrumental dentro del enfoque de capacidades, de modo que una adecuada o inadecuada nutrición es un fenómeno complejo e interconectado, donde su privación induce y refuerza la privación en otros aspectos de la vida. Si se utiliza la lista de capacidades propuesta por Nussbaum, se puede afirmar que problemas nutricionales afectan al menos a nueve de las diez capacidades: i) la vida; ii) la salud corporal; iii) la integridad corporal; iv) los sentidos, la imaginación y el pensamiento, v) las emociones, vi) la razón práctica, vii) afiliación; viii) el juego; y, ix) el control del propio entorno.

Para esclarecer lo indicado, se propone el siguiente ejemplo, en donde hay dos niños. El niño A presenta problemas de malnutrición, tiene poca energía para realizar actividades, no atiende en la escuela y se siente desanimado; el niño B presenta una nutrición adecuada, participa en la escuela, tiene energía para la clase y el juego y se siente bien con su accionar. Esta situación muestra que el problema de malnutrición no solo es un tema ligado a la salud de la persona, sino que afecta sus distintas capacidades y funcionamientos. Los efectos de una inadecuada nutrición en la primera infancia tienen repercusiones de corto, mediano y largo plazo en las personas.

Tercero, hay que tener en consideración la agregación y sus ponderaciones. Por un lado, la agregación pudiera ser interpersonal o intrapersonal, y ello conllevaría a resultados que no necesariamente serían iguales. Debido a que las capacidades evalúan las opciones individuales, sería distinto a cuando se agregue a opciones comunales.

En relación con las ponderaciones de las capacidades, hay posturas que señalan que las capacidades no pueden ser comparables, mientras que otros argumentan que algunas pudieran ser más esenciales. Por esta razón, la evaluación global del enfoque no es una tarea fácil. De igual forma, tienen relevancia los datos disponibles. Según Sen, las fuentes más importantes de datos para la aplicación del enfoque de capacidades son: i) los datos de compra de mercado; ii) las respuestas a los cuestionarios; y, iii) las observaciones no comerciales de la condición personal (Comim 2008, 177). Por lo que, se entiende que las fuentes tradicionales de información son insuficientes (Narayan 2000, 14).

En nutrición, la evaluación global depende de la profundidad con la que se pretenda aplicar el enfoque de capacidades. Esta decisión de grado de implementación del enfoque se liga directamente con la metodología del estudio. Una aplicación superficial del enfoque de capacidades consiste en incrementar las dimensiones ligadas con los funcionamientos. Ejemplificando, el Índice de Desarrollo Humano combina elementos ligados a ingresos, salud y educación, y la metodología que se puede aplicar es cuantitativa, ya que existen numerosos datos. En el otro extremo, la aplicabilidad del enfoque de capacidades consiste en un análisis en profundidad de las capacidades de las personas y sus funcionamientos de forma individual. En este punto, es fundamental señalar que la definición de la capacidad es situacional, donde

“el concepto de capacidad requiere nutrirse de la situación, en un contexto particular, para que adquiera sentido y operatividad” (De Munck 2014, 38).

En esta investigación, se consideran fundamentales las convenciones que se generan alrededor de la alimentación y la nutrición, sus tensiones e interacciones, el enfoque de capacidades, a través de la conversión, y el análisis pragmático de las políticas públicas. En esa línea, la multidimensionalidad de la nutrición debe ser examinada desde la interdisciplinariedad propuesta por este esquema de análisis centrado en la situación y la acción.

2.8. Metodología

El objetivo principal de la tesis es comprender el problema de la malnutrición infantil mediante un enfoque pluralista basado en las convenciones, las capacidades y el enfoque pragmático de las políticas públicas.

En este estudio, se utilizan métodos mixtos, donde se combinan métodos cuantitativos con cualitativos para desarrollar un análisis más profundo sobre la malnutrición infantil y su relación con los factores de conversión y las convenciones. La metodología mixta se basa en el pragmatismo y permite analizar problemas “complejos y diversos que el uso de un enfoque único, tanto cuantitativo como cualitativo, es insuficiente para lidiar con esta complejidad” (Hernández y otros 2010, 549). En ese sentido, se usa la abducción para analizar la malnutrición infantil, donde importa lo deductivo e inductivo. A su vez, se emplea un diseño mixto anidado concurrente, el cual permite que en las distintas etapas de la investigación se privilegie un método cualitativo o cuantitativo y luego se interpreten los resultados a la luz de lo general y particular (Hernández y otros 2010, 576).

A nivel de métodos cuantitativos, se usan las bases oficiales del Ecuador sobre malnutrición infantil y se complementan con estadísticas oficiales y, a nivel de métodos cualitativos, se usa información primaria recopilada en el trabajo de campo mediante la observación, grupos focales y entrevistas, e información secundaria de investigaciones sobre la temática. A continuación, se detalla la metodología de la investigación, que incluye la descripción de las fuentes de datos, el procesamiento y sistematización y el análisis.

Investigación cuantitativa

La investigación cuantitativa se centra en “la identificación de patrones y relaciones generales, comprobar teorías y realizar predicciones” (Ragin 2007, 216). Para este estudio, resulta fundamental su uso ya que permite obtener relaciones generales entre distintas variables y la malnutrición; es decir, brinda un panorama de interacciones entre variables. A continuación, se presentan las principales fuentes de datos, el proceso de sistematización y análisis.

Fuente de datos

Las principales fuentes de información sobre nutrición a nivel nacional son el Diagnóstico de la situación Alimentaria, Nutricional y de Salud de la población ecuatoriana menor de cinco años (DANS) 1986, la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN) 2004, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012. En estas fuentes de datos, el diseño muestral está enfocado en la medición del estado nutricional; es decir, las encuestas mencionadas se centran en obtener información insesgada de temas de salud y nutricionales¹². La representatividad de dichas encuestas es a nivel nacional. El DANS 1986 estuvo conformado por las regiones de la Sierra y Costa, con una muestra de 8100 niños menores de cinco años (Freire et al. 1988, 17). La ENDEMAIN 2004 estuvo constituida por las cuatro regiones del país: Sierra, Costa, Amazonía e Insular, con una muestra de 6140 niños menores de cinco años (Ordoñez et al. 2004, 41). La ENSANUT 2012 se realizó a nivel nacional con una muestra aproximada de 11500 niños menores de cinco años (Freire et al. 2014a, 105).

A pesar de la potencialidad de las fuentes de datos presentadas, existe una dificultad en cuanto a los factores de expansión de la ENDEMAIN 2004, que dificulta la interpretación de la serie, lo cual ha llevado a resultados variados en cuanto a nutrición infantil (Entrevista Experto en Estadística, 2019).

Ante ello, dentro de la investigación se utilizan las Encuestas de Condiciones de Vida (ECV), las cuales inician en el Ecuador a mediados de los años noventa e históricamente se han realizado seis rondas en los siguientes años: 1994 (5810 viviendas), 1995 (5810 viviendas), 1998 (5801 viviendas), 1999 (5816 viviendas), 2006 (13581 viviendas), y 2014 (29052

¹² Las encuestas centradas en obtener información nutricional fueron creadas con ese objetivo, donde su diseño muestral, cuestionario, factores de expansión manejaron esa lógica. Con ello, resultan ser adecuadas para este estudio (Entrevista Experta en Nutrición, 2016).

viviendas). Sin embargo, solamente hay información sobre la nutrición de los niños desde la ECV 1999; por este motivo, para este estudio se usan las ECV 1999 con una muestra aproximada de 3173 niños menores de cinco años, la ECV 2006 con una muestra aproximada de 6244 niños menores de cinco años, y la ECV 2014 con una muestra aproximada de 11473 niños menores de cinco años, donde además se obtiene información general de la situación y condiciones de vida de las personas en las distintas provincias. Adicionalmente, se usa información de los registros administrativos referentes a las Estadísticas Vitales sobre nacimientos y defunciones.

Procesamiento y sistematización

Actualmente, el criterio para determinar si un niño tiene malnutrición, es la curva de patrones de crecimiento de la OMS, que se desarrolló mediante el crecimiento ideal de niños menores de cinco años en distintos países (WHO 2006, 4). La desnutrición crónica es el retardo en el crecimiento y sucede cuando se está por debajo de la línea de puntuación $z -2$ de longitud/talla para la edad. A su vez, el sobrepeso es el peso excesivo de la longitud/talla para la edad por encima de la línea de puntuación $z +2$ (OMS 2008, 9-12).

La estimación se realiza usando el software STATA a través de los comandos provistos por la OMS mediante el paquete `igrowup_stata` (OMS 2007, 1). En este punto, es fundamental el trabajo con la base primaria, ya que la desagregación de las publicaciones oficiales no resulta suficiente para conocer algunas cifras por provincia. En este procesamiento, se calculan datos estadísticos descriptivos de grupos poblacionales con relación a desnutrición y sobrepeso.

Adicionalmente, con la intención de estimar la probabilidad de tener desnutrición o sobrepeso en el tiempo, tomando en cuenta los trabajos de Ponce y Carrasco (2016) y Rivera (2019), se realiza un análisis de *pooling data* con las ECV 1999-2006-2014, con ello, se estima el modelo:

$$Y_i = \rho X \text{Variables}_i + \beta D_{2006} + \theta D_{2014} + \varepsilon_i$$

donde Y es una variable binaria que toma el valor de 1 si la persona tiene desnutrición crónica (sobrepeso) y 0 si la persona no tiene. Dentro de las variables se encuentran región área, pobreza por consumo, agua por red pública, servicio sanitario y alcantarillado, recolección de

basura, tipo de techo, tipo de paredes, tipo de piso, recibe vitamina A, recibe hierro, sexo, edad, bajo peso, presencia de diarrea, presencia de enfermedades respiratorias, carné de salud, matrícula en guardería, prácticas de lactancia correctas, cuidado de la madre, trabajo madre, deporte madre, orden de nacimiento, edad de la madre y educación de la madre; D_{2006} es una dummy del año 2006; D_{2014} es una dummy del año 2014; con sus respectivos parámetros, ρ , γ , φ , β y θ . Tienen particular interés dentro del *pooling data*, los coeficientes θ y β . Por un lado, el coeficiente β exhibe el cambio en la probabilidad de tener desnutrición (sobrepeso) en el año 2006 con respecto a 1999, luego de controlar por el resto de variables del modelo. Por otra parte, el coeficiente θ indica el cambio en la probabilidad de tener desnutrición (sobrepeso) en el año 2014 con respecto a 1999, luego de controlar por el resto de variables del modelo. Además, interesa la diferencia entre θ y β , la cual indica el cambio en la probabilidad de tener desnutrición (sobrepeso) en el 2014 comparado con el 2006.

Análisis

Mediante el procesamiento de las bases de datos, se obtienen algunos indicadores a nivel nacional, regional y provincial. Con ello, se procede a determinar la prevalencia de desnutrición y sobrepeso. Como resultado general, se aprecia la heterogeneidad en los indicadores a nivel de provincias, y grupos de interés de acuerdo a variables personales, sociales y ambientales. Si bien, en valores absolutos hay varias provincias que pudieran tener mayor número de niños menores de cinco años con problemas de malnutrición, en este caso se seleccionaron aquellas provincias con mayores problemas relativos (Rogers et al. 2007a, 27; Rogers et al. 2007b, 16).

Investigación cualitativa

La investigación cualitativa tiene “énfasis en el conocimiento a profundidad” (Ragin 2007, 216), y, se caracteriza por realizarse en pocos casos. Dentro de la metodología cualitativa, se realizaron tres fases: i) selección de casos y participantes; ii) recolección; y, iii) sistematización de datos, y análisis de la información. A continuación, se describe en detalle cada fase.

Selección de casos y participantes

La selección de casos permite un mayor entendimiento del fenómeno a investigar. Una forma de seleccionar los casos, se deriva del potencial de aprendizaje que “es un criterio diferente y,

a veces, superior para la representatividad” (Stake 2013, 171). En esa línea, la presente investigación se fundamentó en la estrategia de similitud y diferencia, tomando en cuenta las palabras de Aníbal Pérez-Liñan: “El método de similitud es más efectivo cuando los casos seleccionados son en términos generales muy distintos, lo que permite eliminar fácilmente explicaciones alternativas una vez que se han detectado las coincidencias fundamentales” (Pérez-Liñan 2010, 130).

La coincidencia principal que se pretende analizar en este estudio es la presencia de desnutrición infantil, debido al estado crítico en el que se encuentra el país, siendo más del doble del promedio de la región de América Latina y el Caribe. Es decir, a nivel de país, interesan aquellos casos de provincias que tienen mayores problemas de desnutrición, los casos extremos, aunque sus factores de conversión sean muy distintos. En otras palabras, aquellos que coincidan en la variable de resultado, desnutrición, pero sus constructos son distintos. Como se indica en la siguiente tabla, la malnutrición puede suceder en contextos donde el factor ambiental, social y personal tenga ciertas características, pero también puede presentarse en contextos no tan esperados, es decir que se distancian de ese patrón general. En ese orden, el interés se torna en el análisis de los mecanismos que generan que haya desnutrición elevada en casos que son aparentemente distintos.

Tabla 3. Selección de casos

Caso	Malnutrición infantil	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
A	Alta	Alto	Bajo	Alto	Alto	Alto
B	Alta	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo

Fuente: Pérez-Liñan (2010).

La realidad ecuatoriana es bastante diversa. Tomando en cuenta las dos regiones con mayor cantidad de población, región Sierra y Costa, la selección de casos se realizó tomando en cuenta los parámetros de similitud y diferencia. Como se ha señalado, el Ecuador mantiene un rezago notorio en desnutrición crónica, por lo que se seleccionan los casos que tengan mayor prevalencia de desnutrición y que se diferencien en las características contextuales, con la intención de aportar en el entendimiento de una realidad más diversa (Pérez-Liñan 2010, 129). Con ello, se seleccionan dos provincias que reflejan una diversidad interesante para ser explicada a profundidad, como se indica en la siguiente tabla.

Tabla 4. Indicadores de malnutrición infantil y socioeconómica en Ecuador en los casos seleccionados

Provincia	Desnutrición crónica 2014	Sobrepeso y obesidad 2014	Región natural	Pobreza consumo 2014	Agua por red pública 2014	Tasa matrícula primaria 2014
Chimborazo	Alta	Baja	Sierra	Alta	Baja	Baja
Santa Elena	Alta	Baja	Costa	Alta	Alta	Alta
Nacional	23.9	10.0		25.8	78.0	93.0

Fuente: ECV (2014).

Chimborazo presenta la tasa de desnutrición crónica infantil más alta del país y una tasa de sobrepeso inferior al promedio nacional. Esta provincia se encuentra en la sierra centro y se caracteriza por una elevada tasa de pobreza. En ese escenario, Chimborazo parte como un caso típico de malnutrición infantil, en donde hay varios factores de conversión que limitarían el desarrollo de capacidades. Por otro lado, está la provincia de Santa Elena con la tasa más alta de desnutrición crónica infantil en la región Costa y con sobrepeso y obesidad bajo el promedio nacional. Este caso es atípico dentro de las provincias costeras, con niveles de educación y acceso a servicios superiores a la media nacional. Ambos casos presentan un panorama diverso que conjuga una parte de la pluralidad de la realidad ecuatoriana.

Dentro de las provincias seleccionadas, se profundiza el análisis a nivel cantonal y parroquial. El criterio de selección se basa en información secundaria y provista por los informantes clave. Con dichos parámetros, dentro de la provincia de Chimborazo se selecciona las parroquias de Alausí y Tixán dentro del cantón Alausí, Guamote y Palmira dentro del cantón Guamote, y Guano dentro del cantón Guano. A su vez, con esos parámetros dentro de la provincia de Santa Elena se selecciona las parroquias de Simón Bolívar, Colonche y Chanduy.

La técnica de selección de hogares es el muestreo teórico, el que se define como “el proceso de recogida de datos para generar teoría por medio del cual el analista recoge, codifica y analiza sus datos conjuntamente y decide qué datos recoger después y dónde encontrarlos, para desarrollar su teoría a medida que surge” (Flick 2004, 78). Es decir, la recolección de datos está guiada por los conceptos derivados de la teoría, con la intención de incluir la diversidad de la comunidad y haciéndolo hasta encontrar la saturación teórica, la que se produce cuando: a) no haya datos nuevos importantes que parezcan estar emergiendo en una categoría, b) la categoría esté bien desarrollada en términos de sus propiedades y dimensiones,

demostrando variación y c) las relaciones entre las categorías estén bien establecidas y validadas. (Strauss y Corbin 2002, 231; Krueger y Casey 2000, 26).

Recolección y sistematización

El trabajo de campo está conformado por cuatro momentos de acercamiento al territorio. Por un lado, se realiza una visita a las provincias seleccionadas durante el mes de agosto de 2016, lo que permite un primer acercamiento mediante la observación en el territorio y el establecimiento de contactos iniciales con las autoridades y hogares. El segundo momento, se desarrolla en el mes de marzo de 2017 y se levanta información proveniente de grupos focales y entrevistas con informantes clave. Por último, se realiza una visita en el mes de agosto de 2017 y se levanta información adicional mediante entrevistas a informantes clave. Por último, se desarrolla una visita en el mes de septiembre 2019 y se levanta información adicional.

A nivel de métodos cualitativos, se levanta información mediante el uso de la observación, grupos focales y entrevistas a profundidad. A continuación, se describen las principales técnicas de investigación empleadas en la recolección de información:

Observación

La observación es “la base fundamental de todos los métodos de investigación” (Angrosino 2013, 203). Implica el “adentrarse en una situación social y observar lo que allí sucede” (Denzin y Lincoln 2013, 46). En esta técnica, el investigador recopila información sobre las actividades humanas, sociales y el contexto en el cual se desenvuelven. No es neutral y puede realizarse desde una posición participante y no participante (Flick 2004, 150).

Dentro de esta investigación, el principal uso de esta herramienta es para analizar los factores de conversión en territorio. El método se basa en una observación no participante. Esta técnica resulta importante para la apreciación de las fuentes de agua, disponibilidad de servicios públicos, productos alimenticios que se cosechan de la zona, acceso de alimentos de otros lugares, distancia de los hogares a los servicios públicos, mercado de alimentos y tiendas, entre otros temas.

Grupo focal

Los grupos focales son “un tipo especial de grupos en términos de propósito, tamaño, composición y procedimiento” (Krueger y Casey 2000, 4). El propósito, es entender el sentimiento o pensamiento de las personas de acuerdo a un tema. El tamaño recomendable de cada grupo está entre 6 y 8 personas, con un mínimo de 4 y un máximo de 12, compuesto por personas que tienen algo en común. Mediante un procedimiento, se pretende recolectar información “para quienes estaban previamente silenciados y para crear un espacio seguro en el que se comparten las propias experiencias de vida” (Denzin y Lincoln 2013, 55).

Dentro de esta investigación, se aplica el grupo focal para obtener apreciaciones generales en cuanto al problema de la malnutrición, es decir, conocer de primera mano las dificultades que tienen los hogares y sus convenciones en temas alimenticios y nutricionales. El criterio de selección de los participantes en el grupo focal se centra en las madres que actualmente tengan hijos menores de cinco años. El número de integrantes de cada grupo está en el rango de 6 y 12 personas. Por provincia se realizan al menos cinco grupos focales y se usa el diseño de “doble capa”, ya que se aplica en dos regiones distintas (Krueger y Casey 2000, 32). En total se organizan once grupos focales con la participación de 94 madres de familia.

Entre las características principales de las personas que participaron en los grupos focales se encuentra que, el promedio de participantes en Chimborazo fue de 8 personas y en Santa Elena de 9 personas. La edad promedio de los participantes en Chimborazo fue de 26 años y, en Santa Elena, de 25 años. El estado civil casado prevalece en las mujeres participantes de Chimborazo, donde cerca del 60% son casadas; en Santa Elena, ese porcentaje se reduce a 38%. En cuanto al número de hijos, también existen diferencias: en Chimborazo el promedio de hijos de las participantes bordea los 2.7 hijos, mientras que, en Santa Elena, es de 1.8 hijos. La edad del primer parto entre los participantes de Chimborazo es cercana a los 19 años y, en Santa Elena, a los 18 años. Por último, en cuanto al número de miembros del hogar, entre los participantes de Chimborazo se encuentra que el promedio es 5, mientras en Santa Elena bordea los 6. La información se presenta desagregada por grupo focal en las siguientes tablas:

Tabla 5. Composición de los grupos focales de Chimborazo

Cantón	Parroquia	Sector	Número Personas	Edad	Estado civil Casado	Número de hijos	Edad primer parto	Miembros del hogar
Guamote	Palmira	San Miguel de Pomachaca	8	32.75	100.00%	4.13	19.25	5.25
Guamote	Guamote	San Miguel Encalado	7	31.86	71.43%	2.86	20.00	6.57
Alausí	Tixán	Tixán	9	25.56	33.33%	2.22	20.33	3.78
Alausí	Alausí	Centro	8	26.63	37.50%	1.88	21.38	4.13
Guano	San Andrés	Tunsalao	7	29.57	71.43%	2.57	21.43	8.43
Guano	San Andrés	El Progreso	10	32.00	60.00%	3.70	22.60	4.00
PROMEDIO			8	26.47	61.22%	2.71	18.78	4.69

Fuente: Trabajo de campo.

Tabla 6. Composición de los grupos focales de Santa Elena

Cantón	Parroquia	Sector	Número Personas	Edad	Estado civil Casado	Número de hijos	Edad primer parto	Miembros del hogar
Santa Elena	Colonche	Ayangue	11	25.64	36.00%	1.73	18.82	5.91
Santa Elena	Colonche	Los Manguitos	7	25.00	71.00%	1.86	17.83	6.29
Santa Elena	Simón Bolívar	Limoncito	8	24.50	0.00%	2.25	16.75	4.75
Santa Elena	Simón Bolívar	Juntas	10	27.00	50.00%	1.60	19.67	5.90
Santa Elena	Chanduy	San Rafael	9	24.11		1.78	19.67	6.67
PROMEDIO			9	25.33	38.39%	1.82	17.82	5.91

Fuente: Trabajo de campo.

En el reclutamiento de participantes se tuvo la colaboración de un líder o trabajador comunitario que conocía mejor a la población. En el grupo focal, intervino la comunidad y un

moderador, y se utilizó la técnica KAP (Knowledge, Attitudes, and Practices) en referencia a las preguntas establecidas. La ventaja de esta técnica está en obtener información del conocimiento, actitudes y prácticas de las mujeres en temas nutricionales. El grupo focal fue grabado con la intención de no perder ninguna información relevante. Los temas del grupo focal giraron en torno a estos temas:

- ✓ Conocimiento de desnutrición y sobrepeso infantil
- ✓ Capacidades y funcionamientos
- ✓ Factores ambientales
- ✓ Factores sociales
- ✓ Factores personales
- ✓ Convenciones

Los grupos focales tuvieron una duración efectiva de 1.5 horas cada uno, incluidos espacios de tiempo para un refrigerio.

Entrevista

La entrevista es una conversación; es decir, es “el arte de hacer preguntas y escuchar” (Denzin y Lincoln 2013, 46). Permite conocer y “entender experiencias y reconstruir eventos en los cuales no se participa” (Rubin y Rubin 2005, 2). La entrevista semiestructurada “se asocia con la expectativa de que es más probable que los sujetos entrevistados expresen sus puntos de vista en una situación de entrevista diseñada de manera relativamente abierta, que en una entrevista estandarizada o cuestionario” (Flick 2004, 90).

Dentro de la entrevista (Anexo 2) a informantes calificados, se incluyó a las autoridades locales y nacionales, médicos comunitarios, profesores de los centros de cuidado y educación inicial, líderes de la comunidad y madres de hogares. Este paso fue crucial para entender la historia de la provincia y de los programas y su evolución en temas políticos, económicos y sociales. La información recolectada permitió conocer la estructura de la comunidad, sus necesidades y fortalezas. Además, en la entrevista a los hogares se indagó sobre los factores de conversión personales y las convenciones de las familias y su interrelación con el contexto social y ambiental. En total se realizaron 120 entrevistas a informantes calificados.

Análisis

El análisis de la información se realiza usando el software ATLAS.ti. El proceso de análisis cualitativo se basa en tres pasos principales: codificación abierta, codificación axial y codificación selectiva (Waters et al. 2018, 210; Waters y Gallegos 2011, 21). Una vez transcritas las entrevistas, grupos focales y las anotaciones de las observaciones, se procede a la creación de códigos o categorías de los principales elementos que afectan a la malnutrición infantil, los cuales se derivan de la teoría. El análisis de las respuestas parte de una codificación abierta, luego sigue una codificación axial y la codificación selectiva, con la intención de encontrar patrones en las respuestas y denotar constructos de oportunidades de mejora y desafíos para la nutrición infantil. Es decir, las categorías se relacionan con los factores ambientales, sociales y personales, y con las convenciones expresadas como ciudades.

Dentro de la validación de los resultados, se usa la triangulación de métodos y datos. La triangulación “incrementa el alcance, la profundidad y la consistencia en las actuaciones metodológicas” (Flick 2004, 244) y “sigue siendo la estrategia más sólida de construcción de teoría” (Denzin 1989, 236). La triangulación se realiza mediante la combinación de la información obtenida mediante la observación, los grupos focales, las entrevistas y datos de fuentes secundarias, tales como planes de desarrollo a nivel provincial, cantonal o parroquial, informes ministeriales, investigaciones sobre la temática, estadísticas de condiciones de vida, entre otras.

2.9. Conclusiones del capítulo

A manera de cierre, se puede indicar que en este capítulo se formula una reflexión teórica y metodológica para el análisis de la malnutrición infantil. En ese sentido, parte de una distinción entre positivismo y constructivismo, resaltando la pluralidad que se alcanza en el último paradigma. Además, argumenta que la teoría de convenciones, desde su particularidad social constructivista, permite analizar las diversas situaciones. En esa línea aporta para cumplir el objetivo de la tesis relacionado con la comprensión del estado de la malnutrición infantil en el Ecuador.

Posteriormente, se examinan los distintos enfoques teóricos para el análisis de las políticas públicas. Entre los principales se evalúa: el marco secuencial, el tradicional y racionalista, el

neoinstitucionalista, el cognitivista, el interpretativo y el pragmático. De ellos, se considera que el enfoque pragmático contribuye con elementos para el análisis de la acción pública.

Posteriormente, en relación con el objeto de estudio, se realiza la revisión de la literatura, donde se aprecia que el estudio de la malnutrición se puede realizar desde distintas aristas, tales como la disponibilidad de alimentos, los ingresos, las necesidades básicas o las titularidades, o bien desde un enfoque de capacidades.

Tomando en cuenta la multidimensionalidad de la malnutrición infantil, para esta investigación se considera un esquema de análisis evaluativo formado por la teoría de las convenciones, el enfoque de capacidades, y el enfoque pragmático de políticas públicas. Por una parte, la teoría de las convenciones permite el análisis e interpretación de las situaciones, de los esquemas de coordinación y los órdenes de justificación a través de las ciudades de grandeza. Por su lado, el enfoque de capacidades es pertinente ya que evalúa a la malnutrición desde un enfoque plural, donde las capacidades, los funcionamientos, la libertad, y los factores de conversión personales, sociales y ambientales, resultan piezas fundamentales. A su vez, el enfoque pragmático aporta con el análisis de la situación para comprender los cambios de la política pública. Esta articulación genera un esquema interpretativo que se caracteriza por su pluralismo, multidimensionalidad y transdisciplinariedad para el análisis pragmático de la malnutrición infantil.

Finalmente, la metodología mixta se alinea con el esquema de análisis. En ningún caso la teoría de las convenciones y el enfoque de capacidades se podrían analizar solamente desde un enfoque cuantitativo. La información cuantitativa obtenida de fuentes secundarias se complementa y enriquece con la información primaria recolectada en campo mediante observación, grupos focales y entrevistas a informantes clave. Adicionalmente, se toman en cuenta documentos secundarios que abordan la temática y permiten profundizar el análisis de los factores de conversión y las ciudades inmersas dentro de la malnutrición infantil en Ecuador.

Capítulo 3

La malnutrición infantil en Ecuador: una mirada pragmatista

3.1. Introducción

La malnutrición infantil en Ecuador presenta un panorama preocupante. La desnutrición afecta a un 23.9% de la población menor de cinco años y el sobrepeso afecta a cerca de 10.0% de menores de cinco años. En términos relativos, el Ecuador presenta una prevalencia superior al doble de la región de América Latina, y sobrepeso superior al promedio. La tendencia de la malnutrición infantil en el tiempo se caracteriza por una limitada reducción de la desnutrición, y un incremento del sobrepeso.

Este capítulo tiene el objetivo de analizar la malnutrición infantil en el país durante el periodo 2000-2017 con la intención de comprender su evolución y configuración actual, sus características y limitaciones. Para ello, está organizado en cuatro secciones.

La primera parte muestra el contexto en el cual se desarrolla la malnutrición en Ecuador. Por una parte, existe una mayor estabilidad política y un mejoramiento de los indicadores sociales en cuanto a reducción de la pobreza y la desigualdad; a su vez, hay un aumento de la producción nacional y de disponibilidad de alimentos. Sin embargo, como país en vías de desarrollo, todavía existen rezagos en varias dimensiones hacia población vulnerable por etnia, área y región. La segunda sección examina el perfil de la malnutrición infantil en Ecuador. La desnutrición y el sobrepeso presentan características particulares, con una diversidad de prevalencias dentro del país, en lo referente a regiones, provincias, áreas, nivel económico y sexo.

La tercera parte analiza la acción pública de Ecuador alrededor de la malnutrición infantil, basado en el enfoque pragmático de Zittoun (2016). Aquí se presentan las principales normas, políticas y programas desarrollados desde el Estado en referencia a la malnutrición infantil, sus particularidades y limitaciones. Por último, la cuarta parte indaga sobre las convenciones y capacidades de la malnutrición infantil en Ecuador, basados en los trabajos de Boltanski y Thévenot (2006) y de Sen (2012). Entre los principales hallazgos se resalta una acción pública desarticulada y limitada, tensiones entre las convenciones, y capacidades restringidas.

3.2. Contexto de la malnutrición infantil

El Ecuador inicia el nuevo siglo con el derrocamiento presidencial a Jamil Mahuad, en enero del año 2000; este hecho fue el resultado de un “deterioro económico, una crisis social y un levantamiento popular” (Larrea 2008, 215). Ante ello, asumió la presidencia Gustavo Noboa, que se desempeñaba como vicepresidente y estuvo en el cargo durante tres años; en esta etapa se desarrollaron varios programas en contra de la malnutrición infantil, específicamente contra la desnutrición. En enero de 2003, fue posesionado Lucio Gutiérrez como presidente de la República, luego ser elegido democráticamente por la población, sin embargo, no pudo completar su mandato y fue derrocado entre otros motivos por denuncias de nepotismo y corrupción en abril de 2005; en esta etapa varios de los programas anteriores tomaron la forma de focalización o universalización, modificando su cobertura y presupuestos en el tiempo. Desde abril de 2005 asumió la presidencia Alfredo Palacios, que fungía de vicepresidente, y estuvo en este puesto durante un año y 8 meses; en este periodo también hubo readecuaciones de los programas y cambios en los objetivos de los mismos. Con ello, este periodo del año 2000 al 2006 se caracterizó por una inestabilidad política dentro del ejecutivo, donde en promedio cada presidente tuvo una duración menor a los dos años y medio; a su vez, los ministros de lo social duraron en promedio alrededor de 11 meses.

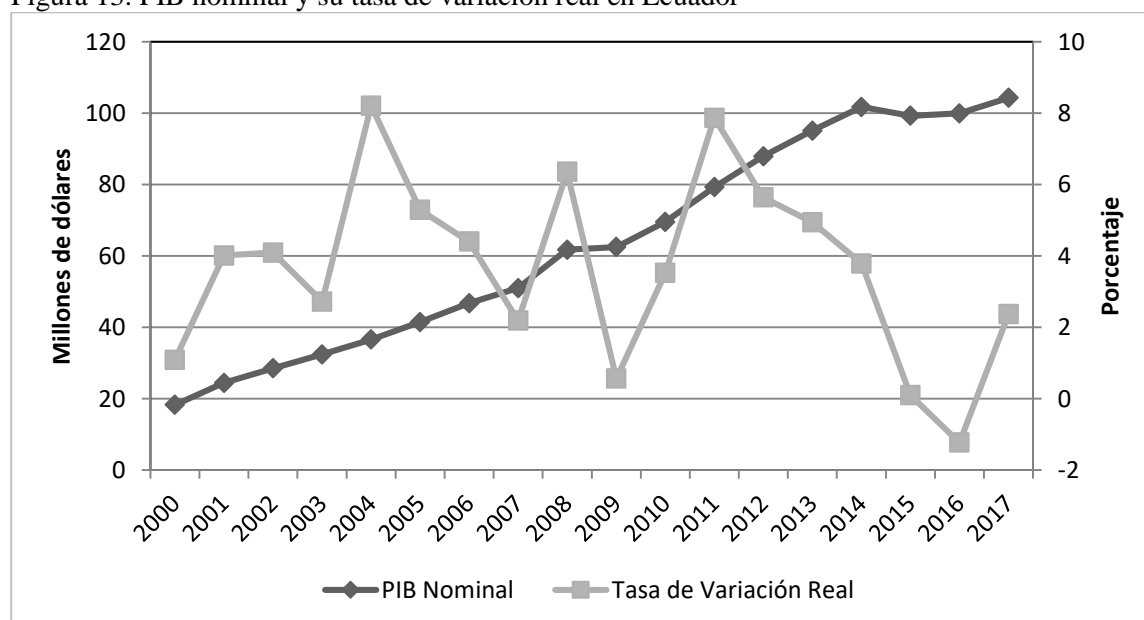
En enero de 2007, fue posesionado Rafael Correa como presidente de la República y estuvo en el cargo hasta mediados de 2017, luego de también ganar elecciones en 2009 y 2013. En este periodo existió estabilidad política dentro del ejecutivo y se realizaron cambios institucionales y normativos dentro del Estado; por ejemplo, la nueva Constitución de la República se creó entre 2007 y 2008 y entró en vigencia a partir de octubre de 2008, además se crearon ministerios coordinadores y se retomó la planificación estatal, a través de planes nacionales de desarrollo o del buen vivir. En promedio los ministros de lo social duraron alrededor de 26 meses. Desde mayo de 2017, el presidente de la República es Lenin Moreno, sin embargo, su periodo no forma parte del análisis.

En términos económicos, el Producto Interno Bruto del Ecuador ha tenido un crecimiento importante en las últimas décadas. En esa línea, el PIB en valores corrientes ha pasado de cerca de 18.000 millones para el año 2000, a alrededor de 47.000 en 2006, y 104.000 millones para el año 2017. La crisis económica y social de finales de los años 90's ocasionó que el PIB se contraiga en ese periodo; sin embargo, desde inicios del nuevo siglo, con un país en

dolarización, se ha tenido un crecimiento sostenido motivado por una mayor producción nacional y el incremento de los precios de los bienes primarios o *commodities*.

A pesar de ese importante crecimiento, en términos reales, el país ha tenido fluctuaciones económicas relacionadas con su “condición de exportador de bienes primarios, cuya producción genera poco empleo y es altamente vulnerable a las condiciones externas” (Ponce, Burgos y Sánchez. 2011, 322). Esto se refleja en el último quinquenio donde ha existido una reducción en los precios de las materias primas que exporta el país, siendo el principal el petróleo, lo que ha repercutido en una menor tasa de variación del PIB, como se indica en la siguiente figura.

Figura 13. PIB nominal y su tasa de variación real en Ecuador

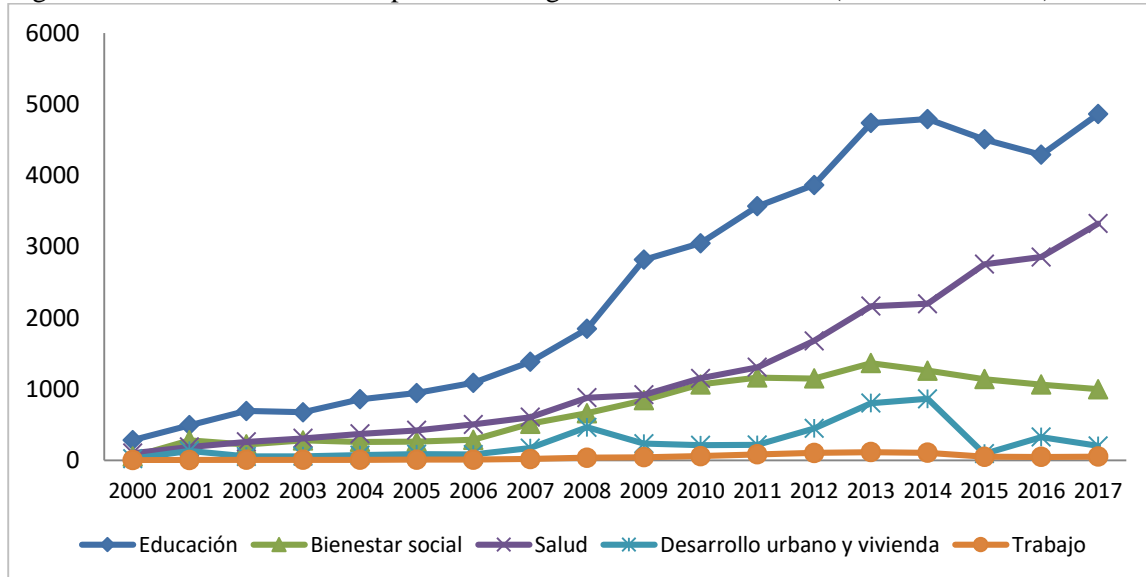


Fuente: Banco Mundial (2019).

En este contexto, de crecimiento de la economía nacional, también se ha incrementado el Presupuesto General del Estado que se encontraba en alrededor de 2.000 millones de dólares en el año 2000, a alrededor de 10.000 millones en el año 2006, a cerca de 37.000 millones en el año 2017. A su vez, el gasto social ha tenido un incremento sostenido desde el año 2000, pasando de representar alrededor del 3% del PIB a cerca de 5% en el año 2006 y ubicarse en alrededor del 9% para el año 2017. En este periodo, la composición del gasto social ha sido principalmente en educación con 54%, seguido de salud con 22%, bienestar social con 17%,

desarrollo urbano y vivienda con 6% y trabajo con 1%, como se presenta en la siguiente figura.

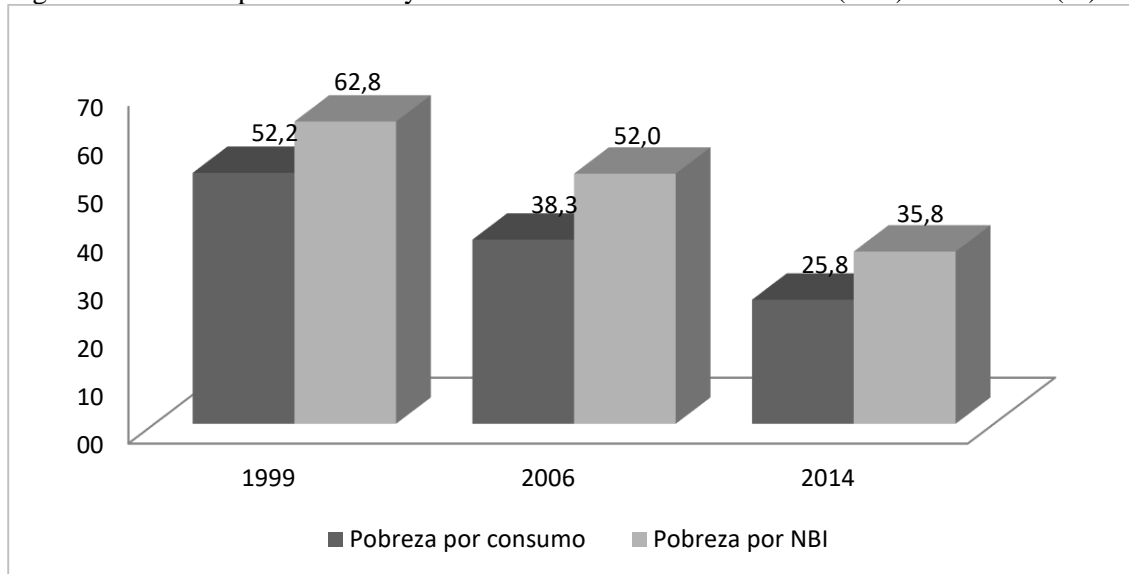
Figura 14. Evolución de los componentes del gasto social en Ecuador (millones de USD)



Fuente: e-SIGEF – Ministerio de Economía y Finanzas (2017), MCDS (2017).

En términos sociales, el Ecuador ha mejorado su calidad de vida durante las últimas décadas. Por un lado, la pobreza nacional, en todos sus tipos, se ha reducido notablemente, como se aprecia en la siguiente figura. La pobreza por consumo ha disminuido alrededor de 50% desde finales de la década de los noventa y actualmente afecta a uno de cada cuatro personas. La pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), que se relaciona con factores estructurales, se ha reducido y actualmente afecta a uno de cada tres personas. Esta dinámica de la pobreza refleja una movilidad social ascendente de la población y se explica por “la salida de un gran número de gente de la pobreza y por la entrada de un bajo porcentaje de personas a la pobreza” (INEC 2016, 28).

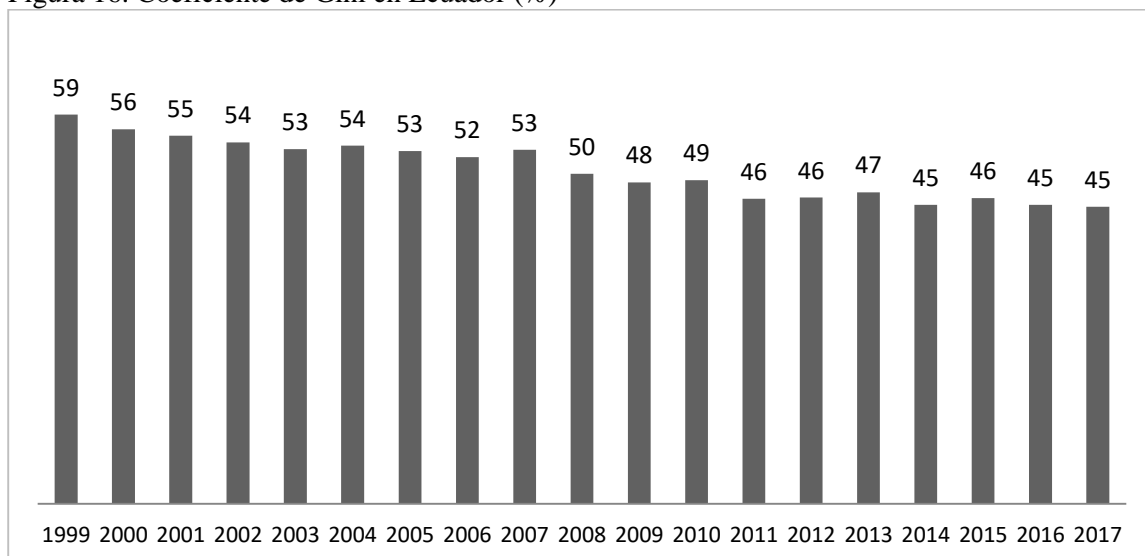
Figura 15. Pobreza por Consumo y Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) en Ecuador (%)



Fuente: ECV (1999), ECV (2006), ECV (2014).

Al mismo tiempo, dentro de esta mejora general en la calidad de vida, la desigualdad de la distribución de la riqueza y los ingresos ha decrecido, lo cual denota una población más equitativa, con mejor distribución de la riqueza. El Coeficiente de Gini ha pasado de ser 0.59 en el año 1999, a 0.52 en el año 2006, y 0.45 en 2017, como se indica en la siguiente figura; a su vez, hubo una mejora en la distribución por quintiles, donde el 46% de los ingresos era percibido por el 10% más rico de la población y el 29% por el 70% más pobre en el año 2000, llegando a ser 36% de los ingresos percibido por el 10% más rico y el 35% por el 70% más pobre en el año 2015 (Hurtado 2017, 183).

Figura 16. Coeficiente de Gini en Ecuador (%)

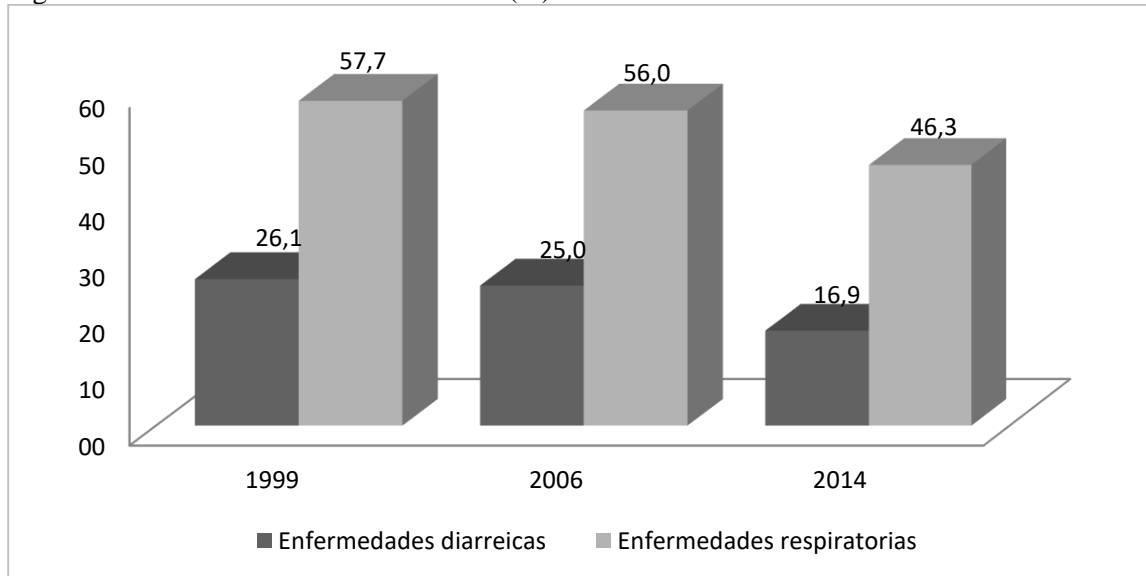


Fuente: Banco Mundial (2019).

En lo referente a salud, también ha existido una mejora en las condiciones de vida. Por una parte, la esperanza de vida al nacer pasó de 69 años en los años noventa hasta cerca de 77 años en la actualidad. Además, la mortalidad infantil se ha reducido de forma importante; en la actualidad, la tasa alcanza el 9.1 por cada 1000 nacidos vivos, es decir, se ubica en menos de la mitad de lo que presentaba a inicios de la década de los noventa, que era 21.8 (INEC 2017a). De igual forma, la mortalidad materna se ha reducido en las últimas décadas, con una tasa que se ubica en 40 por cada 100000 nacimientos, lo que representa menos de la mitad de la tasa de inicios de la década de los noventa. Las primeras causas de la mortalidad materna están relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, donde predominan las causas obstétricas directas después del parto, la eclampsia, la preeclampsia y la infección de las vías genitourinarias (INEC 2017a).

Asimismo, las enfermedades diarreicas y las respiratorias en menores de cinco años han disminuido en el tiempo, como se observa en la siguiente figura. En la década de los noventa las enfermedades diarreicas afectaban al 25% de los menores de cinco años y se ha reducido su prevalencia a alrededor del 17%. Este hecho es importante ya que “las diarreas que afectan a un gran número de niños, comprometen el estado nutricional” (Freire 1990, 119). La morbilidad infantil denota profundas desigualdades en la sociedad ecuatoriana, estando presente con mayor intensidad en el área rural, en los quintiles más pobres, llegando a cerca de duplicar a los quintiles de mayores recursos. Del mismo modo, en cuanto a las enfermedades respiratorias, estas afectan a cerca de la mitad de los niños menores de cinco años, tienen mayor prevalencia en el área rural, en la región Costa, y en los quintiles más pobres (INEC 2015a, 79-82).

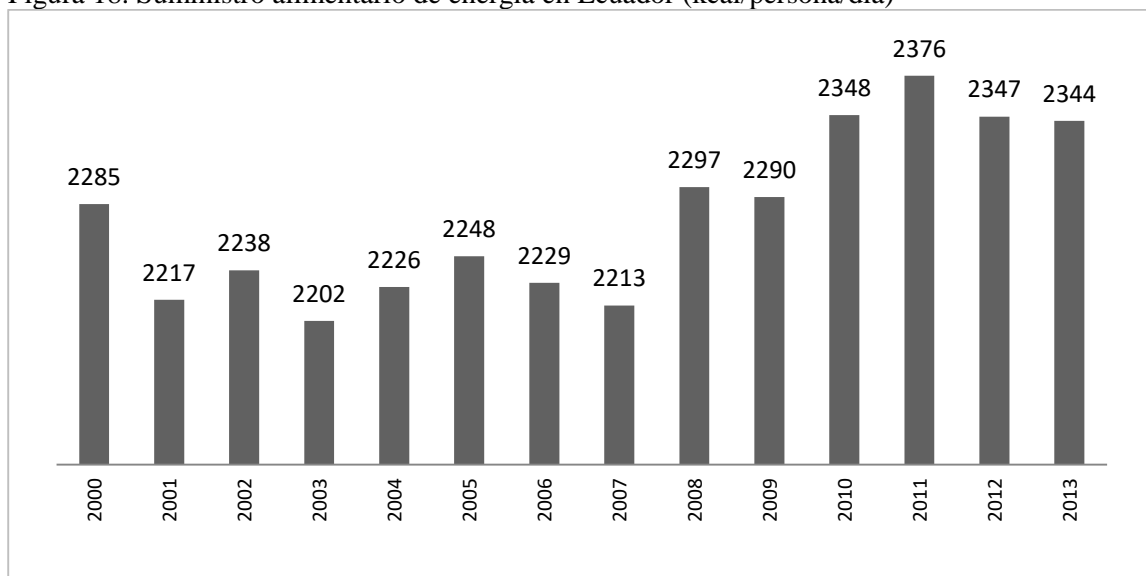
Figura 17. Morbilidad infantil en Ecuador (%)



Fuente: ECV (1999), ECV (2006), ECV (2014).

En cuanto a la disponibilidad de alimentos, tomando en cuenta la hoja de balance de la FAO, Ecuador no tiene problema ya que el suministro alimentario de energía en promedio supera las 2000 kilocalorías diarias por personas. En esa línea, para el año 2000 se encontraba en 2285, y para el año 2013 alcanzaba los 2344, como se indica en la siguiente figura (Moreano 2007, 240; FAO 2019a).

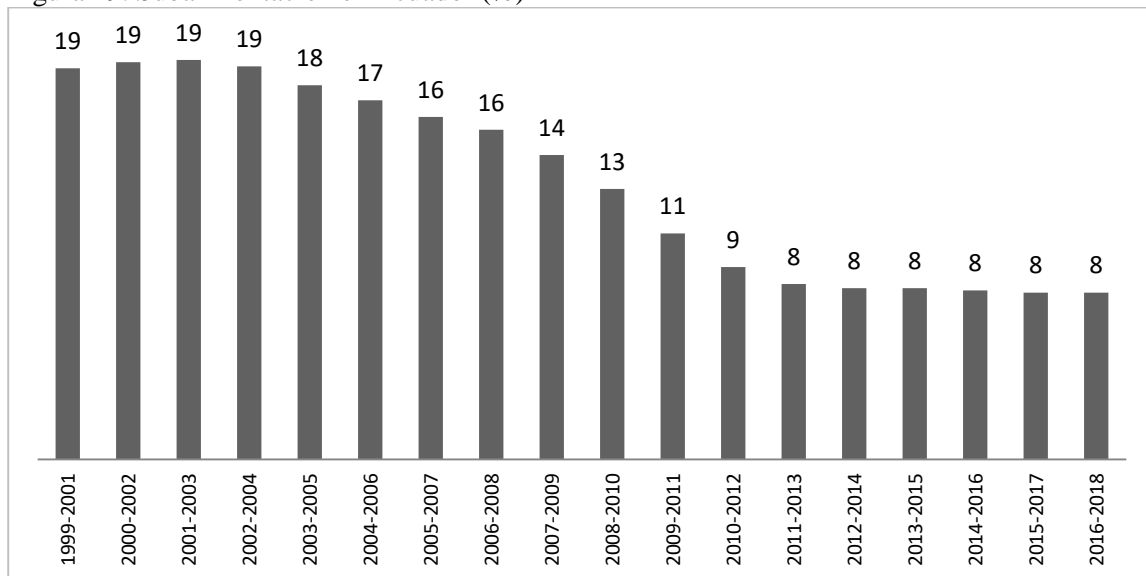
Figura 18. Suministro alimentario de energía en Ecuador (kcal/persona/día)



Fuente: FAOSTAT (2019).

En términos de alimentación, en promedio, la prevalencia de subalimentación, entendida como la proporción de personas que no cuenta con alimentos suficientes para satisfacer sus necesidades energéticas para llevar una vida sana y activa, ha reducido en el tiempo, para el año 2000, cerca de un 19% de ecuatorianos tenía problemas de subalimentación, y para el año 2017 su prevalencia se ha reducido a 7.8%, como se presenta en la siguiente figura (FAO 2018, 6).

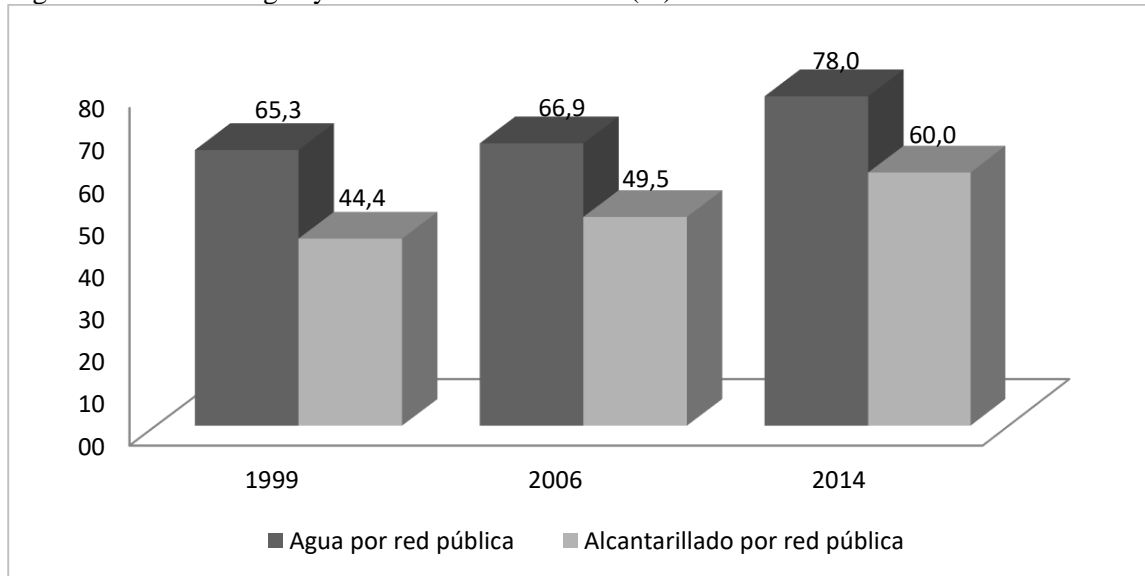
Figura 19. Subalimentación en Ecuador (%)



Fuente: FAOSTAT (2019).

En cuanto al acceso a servicios de sanidad, la cobertura en general ha mejorado a nivel nacional, como se indica en la siguiente figura. En referencia al acceso a agua y saneamiento, estos han mejorado desde finales de la década de los noventa y la tendencia es positiva para el acceso a agua, alcantarillado y disponibilidad de servicios higiénicos. El agua por red pública llega a 78% de los hogares, el servicio de alcantarillado a 60%, y la disponibilidad de servicios higiénicos a 85%. A continuación, se presenta el gráfico de acceso a agua y saneamiento.

Figura 20. Acceso a agua y saneamiento en Ecuador (%)



Fuente: ECV (1999), ECV (2006), ECV (2014).

Sin embargo, a pesar del avance en temas sociales, todavía hay marcados rezagos al interior del país, donde existe población vulnerable, con sus consecuencias en el bienestar de las personas. Existen disparidades latentes en los niveles de pobreza, tanto por consumo como por NBI, por área y región, donde todavía afecta a cerca de la mitad de la población que reside en el área rural y en la región Amazónica (INEC 2015a, 164-165). Además, hay heterogeneidad entre provincias, cantones y parroquias, siendo las provincias de Morona Santiago, Napo y Chimborazo aquellas con mayor nivel de pobreza por consumo y las provincias de Sucumbíos, Orellana y Los Ríos con mayor nivel de pobreza por NBI (INEC 2016, 159; INEC 2015b, 34).

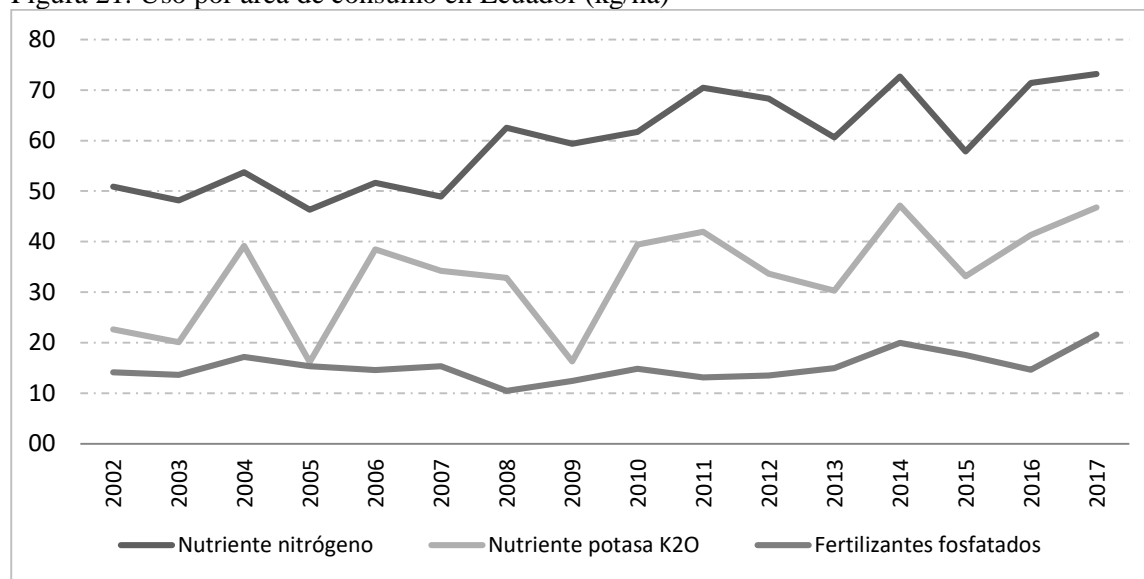
Además, el Ecuador tiene una gran desigualdad en el agro, reflejando una alta concentración de la tierra y del agua, donde la “desigual distribución de la tierra está directamente relacionada con la asignación desigual del agua” (Récalc 2011, 18); es decir, donde “las propiedades menores a una hectárea que representan una cuarta parte del total de las unidades productivas, apenas tienen el 1% de la tierra, mientras que las propiedades mayores a cien hectáreas, que representan apenas 2% del total, poseen el 43% de las tierras cultivables” (FIAN 2011, 21; Aguinaga y Flores 2012, 220). Esta distribución desigual de la tierra genera una “relación innegable entre los escasos recursos productivos (minifundio), la pobreza y la desnutrición” (Carrión y Herrera 2012, 88).

En términos de producción de alimentos como frutas y verduras, el Ecuador supera en tres veces los requerimientos mínimos por persona, aunque, al analizar la disponibilidad luego de exportaciones, existe una posición deficitaria; a su vez, la proporción del gasto en alimentos por quintil de ingreso es heterogénea, llegando a representar cerca del 60% en el quintil de menos ingresos, hasta alrededor del 35% en el quintil de mayores ingresos (FAO 2018, 36-75).

De igual forma, hay diferencias por etnia y actividad económica. En Ecuador la composición étnica es bastante diversa y refleja la riqueza cultural nacional, donde los montubios tienen mayor presencia en la zona rural de la costa, los afroecuatorianos se concentran mayoritariamente en las zonas urbanas de la costa, principalmente en la provincia de Esmeraldas, y la población indígena se concentra en las zonas rurales y en la región Sierra (Banco Mundial 2004, 29). Los indígenas, que de acuerdo a cifras oficiales representan alrededor del 7% de la población nacional, tienen mayores niveles de pobreza como resultado de privaciones múltiples y de distintas formas de discriminación (INEC 2012, 2; Larrea 2006, 97; FAO 2019b, 106).

Además, la actividad agropecuaria al ser la principal fuente de empleo en el país y ocupar mano de obra no calificada, alberga a la mitad de las personas en situación de pobreza, y es el principal destino del empleo en las mujeres con alrededor del 21% (FAO 2014, 14). Esto se traduce en diferencias salariales entre pobres y no pobres (INEC 2016, 133-140). También, refleja “su escaso acceso a la tierra y/o su acceso a tierras de baja productividad” (Banco Mundial 2004, xl). Asimismo, en esta actividad hay un aumento en el uso de fertilizantes químicos como nitrógeno, fosfato y potasa, como se presenta en la siguiente figura.

Figura 21. Uso por área de consumo en Ecuador (kg/ha)



Fuente: FAOSTAT (2019).

Dentro del Ecuador, existen particularidades propias de las regiones y áreas del país; actualmente, la región Sierra acoge al 45% de la población, la Costa al 49%, la Amazonía al 5% y la región Insular a menos del 1%. El territorio ecuatoriano se caracteriza por disponer de “extraordinarios contrastes” (Hentschel y Waters 2002, 34) lo que configura una diversidad de características de las regiones. A su vez, hay diferencias marcadas entre lo urbano y lo rural, donde se manifiesta una tendencia continua hacia la urbanización de la población nacional y sus efectos en la sociedad (SENPLADES 2013a, 284).

En relación con la presencia de recursos hídricos, el Ecuador es un país privilegiado; las dos grandes cuenca-vertientes del Pacífico y de la Amazonía, generan el caudal medio del país y abastecen a la población ecuatoriana en sus necesidades poblacionales, agropecuarias e industriales. El volumen de agua de las precipitaciones que escurre por los cauces superficiales y subterráneos, denominada escorrentía, es superior en alrededor de cuatro veces a la media mundial (en Ecuador es 1.150 mm/año) (SENPLADES 2013a, 23). Sin embargo, al existir una diversidad de condiciones físico-climáticas, se generan dificultades en la distribución de las precipitaciones, las cuales se relacionan con el avance de la frontera agrícola, pastoreo y deforestación (SGR 2014, 10).

En síntesis, el contexto de la malnutrición infantil a nivel nacional se caracteriza por una mayor estabilidad política dentro del Estado, incremento del tamaño de la economía, con un

Estado con mayor presupuesto, con un mejoramiento general de los indicadores sociales relacionados con una disminución de la pobreza, desigualdad, mortalidad materna e infantil, subalimentación, y enfermedades respiratorias y diarreicas, y mejor acceso a servicios básicos. Sin embargo, todavía persisten inequidades profundas al interior del país que se podrían asociar con la región, área, etnia, tipo de actividad económica, entre otros.

3.3. Perfil de la malnutrición infantil

El Ecuador se encuentra atravesando una transición nutricional y epidemiológica, donde la población padece la denominada doble carga de la malnutrición que se caracteriza por la coexistencia simultánea de la desnutrición y el sobrepeso. La doble carga se presenta a través de tres mecanismos principales: madres con sobrepeso y niños con desnutrición, niños con sobrepeso y desnutrición a la vez y mujeres en edad reproductiva con deficiencias nutricionales (Freire et al. 2014a, 709-710). El costo de la malnutrición infantil en el país se estima en 4.340 millones, de los cuales el 60% corresponden a costos de desnutrición y el 40% restante a costos de sobrepeso y obesidad. Este resultado surge de la suma de costos directos e indirectos en salud, educación y productividad, lo cual representa entre el 3% y 4% del PIB nacional (PMA 2017, 32).

Tomando como referencia la nutrición en el ciclo de vida, existe un panorama complicado para el país. La desnutrición crónica infantil se encuentra en niveles preocupantes, afectando al 23.9% de menores de cinco años, mientras que el sobrepeso y obesidad son cercanos al promedio de la región, afectando al 10.0%. En la etapa escolar, la desnutrición se reduce, pero el sobrepeso aumenta a cerca de 30%. En la adolescencia, la desnutrición es cercana al 20% y el sobrepeso afecta al 26%. En la edad adulta, el sobrepeso y la obesidad en el país afectan a seis de cada diez ecuatorianos y se reflejan en enfermedades como hipertensión, diabetes y enfermedades cardiovasculares. Este es el resultado de varios factores, entre los que destacan los cambios en los patrones de la dieta y la actividad física (Bernstein 2008, 71).

Para el Ecuador, como lo señalaba el Banco Mundial (2007, 8), “el principal problema nutricional es la malnutrición crónica”, y dicho problema se mantiene hasta la actualidad, a lo que se debe añadir las nuevas tendencias del sobrepeso y la obesidad. En este proceso dinámico, de interrelaciones temporales, la malnutrición infantil es la más perjudicial ya que tiene mayores repercusiones en el desarrollo y bienestar de las personas y de la sociedad en general.

La malnutrición infantil en Ecuador es crítica para su nivel de desarrollo. Como se presentaba en la tabla 1, el país tiene una desnutrición crónica que se ubica sobre el promedio de América del Sur, lo cual resulta cerca del doble de la presente en países vecinos como Colombia (12.7) y Perú (13.1), que tienen niveles similares de PIB per cápita (Banco Mundial 2018).

Lamentablemente, es un problema que se ha mantenido en el tiempo, donde la desnutrición afecta mayoritariamente a la sierra rural, personas de menores recursos y con menor nivel de educación, y el sobrepeso está presente con mayor prevalencia en la región insular, en los hogares de mayores recursos y con mayor nivel de educación.

En 1986 se realizó la primera encuesta nacional sobre el Diagnóstico de la Situación Alimentaria, Nutricional y de Salud de la población de niños ecuatorianos menores de cinco años –DANS- y se encontró que existían dificultades en malnutrición infantil. La desnutrición crónica infantil a nivel nacional era de 40.4% y el sobrepeso de 4.3%. Además, se encontraron problemas en cuanto a desnutrición aguda, global y deficiencias de micronutrientes, en particular el hierro y el zinc (Freire et al. 1988, 102-112).

En 1999 se realizó la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV 1999) y en ella se recolectaba información sobre el estado nutricional de la población y sobre sus condiciones de vida. La desnutrición infantil se ubicaba en 32.2% y el sobrepeso en 4.4%, es decir, hubo una reducción de la desnutrición en el tiempo y el sobrepeso aumentó ligeramente.

Posteriormente, en el año 2004 se realizó la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN) y se obtuvieron resultados que denotaban una modesta mejora en malnutrición infantil. La desnutrición crónica infantil estaba cercana al 33.4% y el sobrepeso en 6.8% (Freire et al. 2014a, 215); es decir, la tendencia marcaba una lenta reducción de la desnutrición y un aumento importante del sobrepeso (Ordoñez et al. 2004, 248). Como se mencionaba en la metodología, existe un problema con los factores de expansión de la ENDEMAIN, lo cual complica el replicar los resultados y afecta su confianza; como ejemplo, con la misma base en un estudio más reciente, la desnutrición se ubica en 29.0% (Freire et al. 2018a, 3).

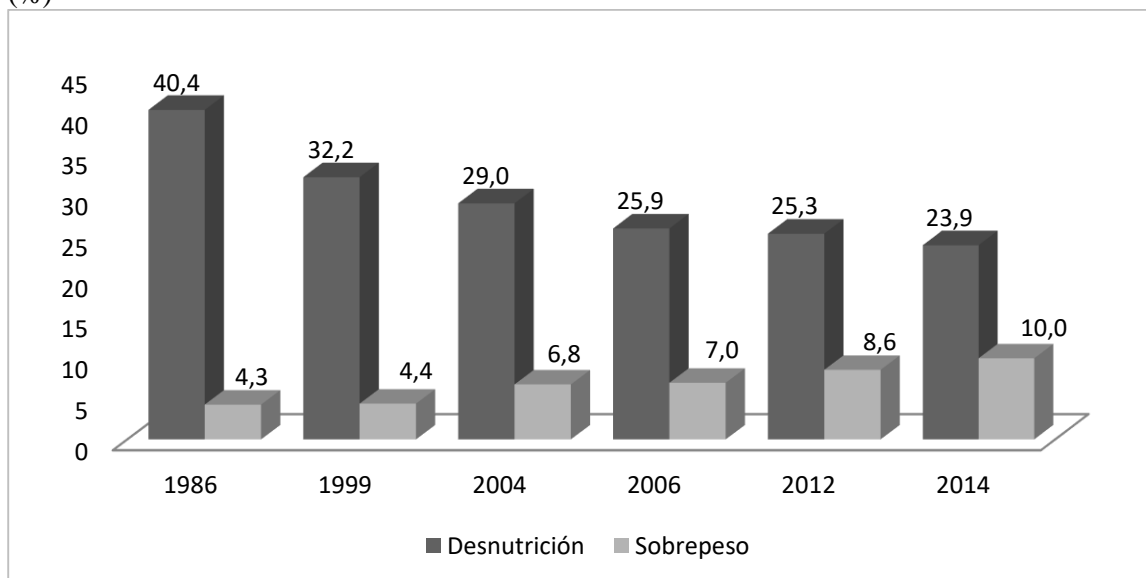
Para el año 2006, se realizó la ECV (2006) recogiendo información general de la población nacional y con un módulo específico sobre nutrición. En esa línea, la desnutrición se ubica en 25.9% y el sobrepeso en 7%, lo cual confirmaba el aumento del sobrepeso y la limitada

reducción de la desnutrición. Para el año 2012 se desarrolló la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) y los resultados mantienen un limitado avance. La desnutrición crónica infantil se ubicaba en 25.3% y el sobrepeso, en 8.6%.

Para el año 2014, se realizó la ECV 2014, en donde se encuentra una prevalencia de la desnutrición en 23.9% y del sobrepeso en 10%. En esa encuesta se denota una ralentización en la reducción de la desnutrición infantil y un aumento sostenido del sobrepeso. Por un lado, la desnutrición se ubica en 23.9%, lo cual denota una limitada reducción en los últimos cinco años, y el sobrepeso alcanza el 10.0%, consolidando su tendencia creciente. En esa línea, la malnutrición infantil en Ecuador refleja una tendencia sostenida de aumento del sobrepeso y obesidad infantil, que se ha incrementado de forma importante durante la última década, y una pobre reducción de la desnutrición.

A continuación, se presenta el gráfico que resume la evolución de la malnutrición infantil en Ecuador.

Figura 22. Tasas de desnutrición y sobrepeso infantil en Ecuador: 1986, 1999, 2004, 2006, 2012, 2014 (%)



Fuente: ECV (1999), ECV (2006), Freire et al. (2018a), ENSANUT (2012), ECV (2014).

Tomando en cuenta esta evolución, se procedió a estimar la probabilidad de padecer malnutrición en ambos periodos, utilizando la técnica de *pooling data*, de los trabajos de Ponce y Carrasco (2016) y Rivera (2019). Con ello, se observa estadísticamente que la probabilidad de tener desnutrición infantil a nivel nacional se redujo en el periodo 1999-2006,

a una tasa del 2%, y no lo hizo al comparar el periodo 1999-2014. A su vez, la probabilidad de tener sobrepeso infantil a nivel nacional se incrementa en el periodo 1999-2006, a una tasa del 5%, y también en el periodo 2006-2014, a una tasa del 2%. Este primer hallazgo se puede interpretar como que, en el primer periodo de análisis los menores de cinco años tuvieron mayores probabilidades de reducir su desnutrición y aumentar su sobrepeso, mientras que en el segundo periodo solamente tuvieron mayores probabilidades de incrementar su sobrepeso, como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 7. Probabilidad de malnutrición infantil en Ecuador

	Desnutrición	Sobrepeso
D2006	-0.02 * (0.01)	0.03 *** (0.01)
D2014	-0.01 (0.01)	0.05 *** (0.01)
N	19504	19569
Pseudo R2	0.07	0.02
Prob. Neta Predicha	0.71	0.92

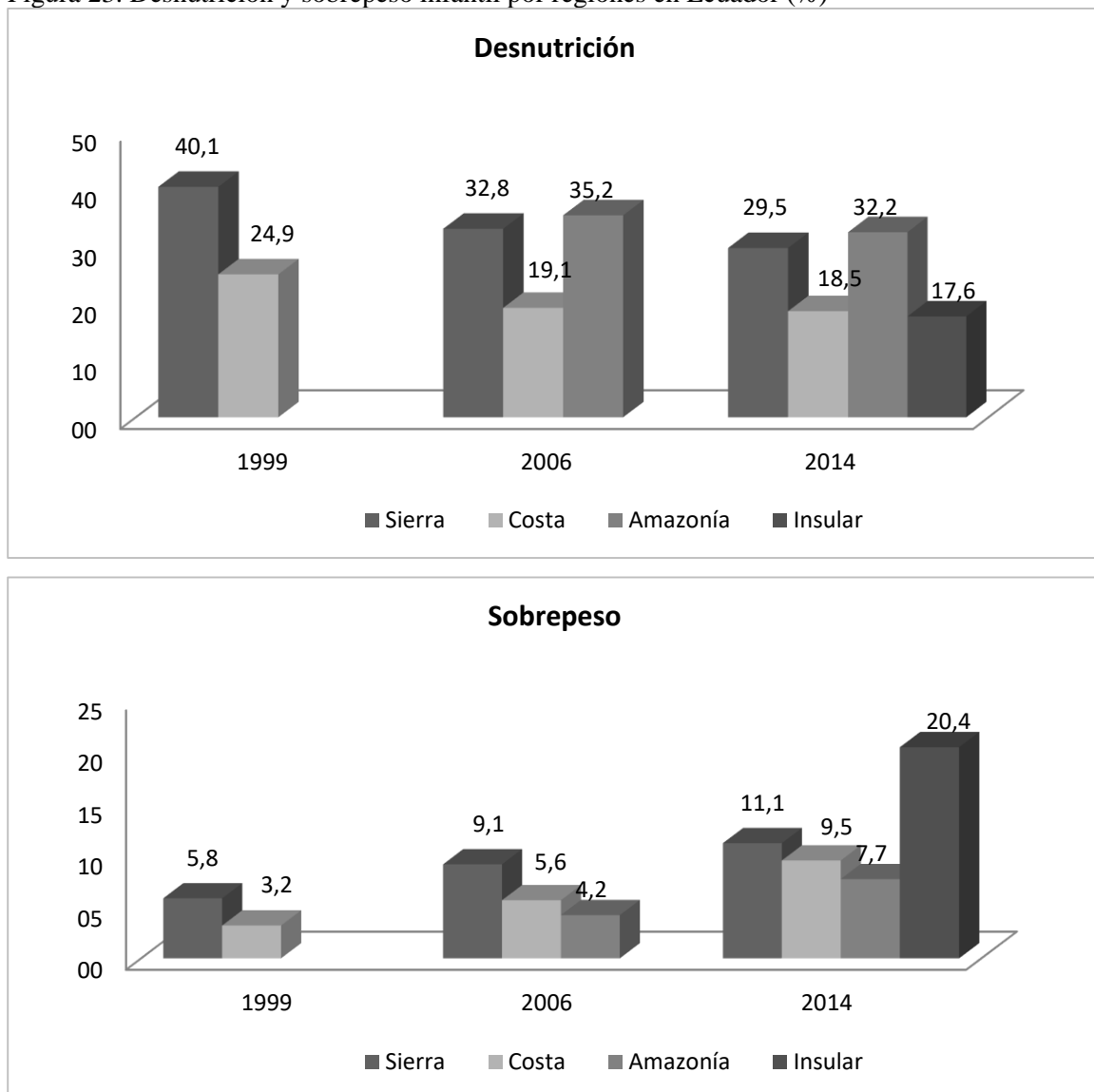
Fuente: ECV (1999). ECV (2006). ECV (2014).

Actualmente, en Ecuador la desnutrición infantil afecta a cerca de un cuarto de la población menor de cinco años. Con estos resultados, Ecuador presenta indicadores que duplican el promedio de la región de América Latina y el Caribe en lo referente a desnutrición crónica infantil, que se ubica en 11%, y, al mismo tiempo, se encuentra sobre el promedio en sobrepeso, que está en 7%. Aunque la tendencia indica cierta disminución, siguiendo el comportamiento a nivel mundial, el problema es que presenta indicadores elevados de desnutrición infantil para un país de ingreso medio. La mayor reducción de la desnutrición se realizó en el periodo 1999-2006 y se ralentizó durante el periodo 2006-2014, mientras que el sobrepeso ha aumentado mayormente en el periodo 1999-2006 y ha mantenido su tendencia en el periodo 2006-2014. De forma relacionada, la malnutrición, como se indicó en el capítulo uno, se presenta a través de la deficiencia de micronutrientes, donde los menores de cinco años tienen deficiencia de zinc en 36%, de vitamina A en 21% y de hierro en 25% lo que se traduce en mayor presencia de anemia (MCDS 2016, 23-25).

Dentro del país, a nivel de regiones, hay diversidad en términos absolutos y relativos, los primeros relacionados con una mayor cantidad de población y los segundos con su prevalencia porcentual (Rogers et al. 2007a, 27; Rogers et al. 2007b, 16). La desnutrición

infantil es mayor en la región amazónica llegando a una prevalencia de 35.2% en 2006 y 32.2% en 2014; es decir, alrededor de uno de cada tres menores de cinco años en la Amazonía tiene desnutrición. La región sierra es la mayor en términos absolutos y segunda en términos relativos, pasando de 40.1% en 1999 a 32.8% en 2006 y 29.5% en 2014. El sobrepeso infantil es superior en la región insular, debido a características particulares, ubicándose alrededor de 20%, es decir, uno de cada cinco menores tiene problemas de sobrepeso (Freire 2018b et al. 1). La región sierra es la mayor en términos absolutos y segunda en términos relativos, pasando de 5.8 en 1999 a 9.1 en 2006 y 11.1 en 2014. A continuación, se presenta el gráfico de malnutrición por región:

Figura 23. Desnutrición y sobrepeso infantil por regiones en Ecuador (%)



Fuente: ECV (1999), ECV (2006), ECV (2014).

Tomando en cuenta a las provincias, existe una diversidad en las prevalencias de desnutrición y sobrepeso. Entre provincias, en cuanto a la desnutrición ha existido una mayor tendencia a la homogeneidad, con una menor dispersión, donde la desviación estándar provincial ha pasado de 0.17 en 1999, a 0.11 en el 2006, y a 0.09 en el 2014; mientras que el sobrepeso y obesidad han tenido un ligero incremento de la dispersión de 0.03 en 1999 a 0.04 en 2014. A continuación, se presentan los valores de desnutrición y sobrepeso por provincias:

Tabla 8. Evolución de la malnutrición por provincia en Ecuador

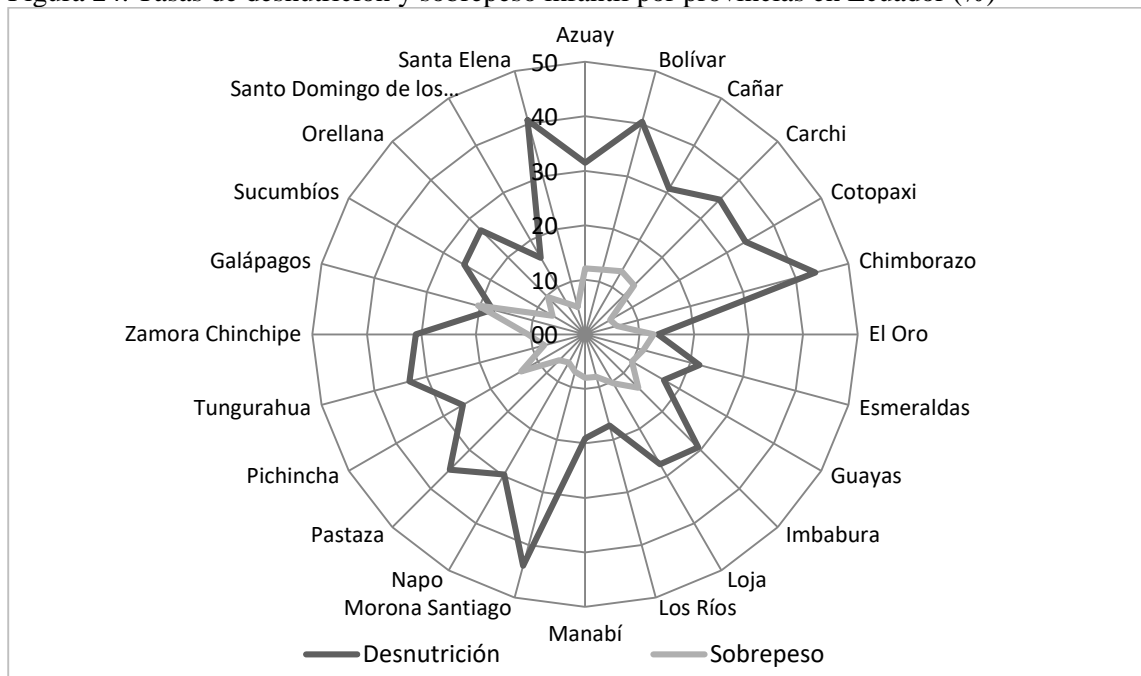
	Desnutrición			Sobrepeso		
	1999	2006	2014	1999	2006	2014
Nacional	32.2%	25.9%	23.9%	4.4%	7.0%	10.0%
Azuay	39.8%	37.4%	31.5%	3.1%	11.3%	12.1%
Bolívar	62.2%	48.1%	40.4%	4.2%	5.0%	12.3%
Cañar	61.2%	34.9%	30.9%	13.6%	11.7%	13.4%
Carchi	42.9%	30.8%	34.9%	8.0%	13.5%	12.8%
Cotopaxi	54.4%	43.1%	34.0%	3.1%	3.3%	5.3%
Chimborazo	66.7%	52.8%	43.7%	4.4%	7.7%	6.0%
El Oro	22.7%	15.2%	13.4%	2.8%	8.2%	12.6%
Esmeraldas	15.7%	19.1%	21.7%	2.7%	6.4%	11.1%
Guayas	26.9%	17.1%	16.7%	2.8%	5.8%	9.9%
Imbabura	45.7%	40.5%	29.3%	9.8%	10.7%	13.8%
Loja	34.5%	34.7%	27.5%	6.9%	6.4%	10.4%
Los Ríos	22.1%	21.3%	17.3%	5.4%	4.7%	8.0%
Manabí	28.7%	24.7%	19.1%	2.3%	4.2%	8.0%
Morona Santiago	n.d.	47.4%	43.9%	n.d.	4.3%	7.1%
Napo	n.d.	38.1%	29.7%	n.d.	6.6%	5.9%
Pastaza	n.d.	33.1%	35.1%	n.d.	4.8%	6.7%
Pichincha	28.5%	22.6%	25.9%	4.7%	10.1%	13.6%
Tungurahua	21.3%	34.9%	33.3%	7.5%	8.1%	7.7%
Zamora Chinchipe	n.d.	30.7%	31.0%	n.d.	6.3%	10.5%
Galápagos	n.d.	n.d.	17.6%	n.d.	n.d.	20.4%
Sucumbíos	n.d.	19.8%	25.6%	n.d.	2.6%	6.9%
Orellana	n.d.	35.7%	27.0%	n.d.	1.7%	9.6%
Santo Domingo de los Tsáchilas			16.2%			6.6%
Santa Elena			40.7%			5.2%

Fuente: ECV (1999), ECV (2006), ECV (2014).

Con ello, como se observa en la siguiente figura, actualmente, entre las provincias con mayor desnutrición infantil se encuentran Morona Santiago (43.9%), Chimborazo (43.7%), y Santa Elena (40.4%). Entre las provincias con menor desnutrición infantil se encuentran El Oro (13.4%), Santo Domingo de los Tsáchilas (16.2%), y Guayas (16.7%). Entre las provincias con mayor sobrepeso se encuentran Galápagos (20.4%), Imbabura (13.8%) y Pichincha

(13.6%). Entre las provincias con menores problemas de sobrepeso infantil están Santa Elena (5.3%), Cotopaxi (5.4%) y Napo (5.9%). A continuación, se presenta el gráfico sobre malnutrición infantil por provincias en Ecuador.

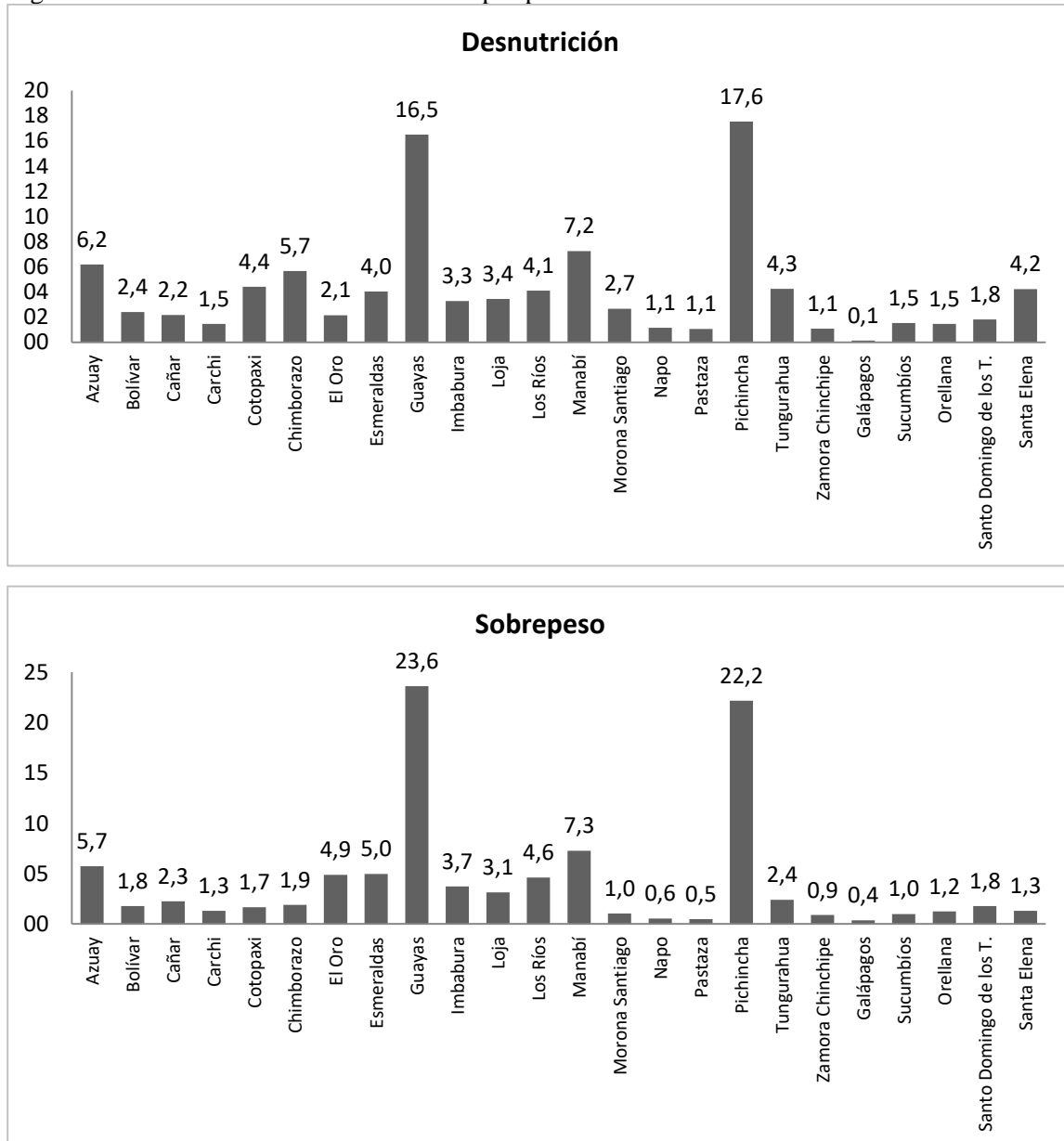
Figura 24. Tasas de desnutrición y sobrepeso infantil por provincias en Ecuador (%)



Fuente: ECV (2014).

A su vez, se presenta la contribución de la desnutrición y el sobrepeso en términos absolutos, siguiendo la recomendación de Rogers et al. (2007a, 27); Rogers et al. 2007b, 16), indican que la composición de los niños con problemas de malnutrición está asociada a su población. Como se observa en la siguiente figura, la desnutrición en número de personas se encuentra principalmente en Pichincha (17.6%), seguido de Guayas (16.5%), Manabí (7.2%), Azuay (6.2%) y Chimborazo (5.7%); por su parte, el mayor número de menores de cinco años con sobrepeso se encuentra en Guayas (23.6%), Pichincha (22.2%), Manabí (7.3%), Azuay (5.7%) y Esmeraldas (5.0%).

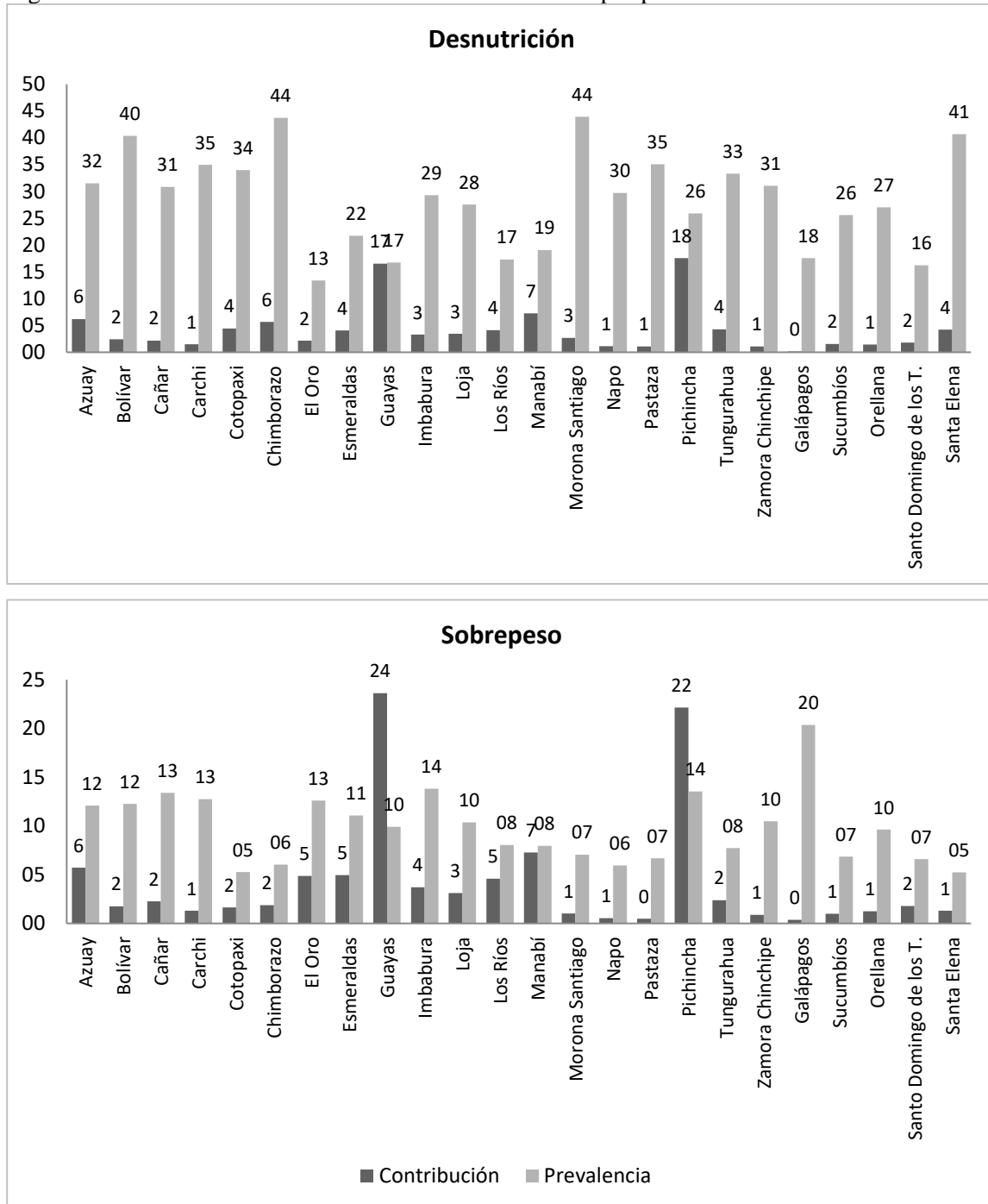
Figura 25. Contribución de la malnutrición por provincia en Ecuador



Fuente: ECV (2014).

De la combinación de las tasas de prevalencia y de la contribución, emergen elementos para la realización de políticas públicas. Por un lado, el combate de la desnutrición o del sobrepeso en las provincias donde existe mayor prevalencia se encuentra asociado con la búsqueda de equidad; y, por otra parte, el combate de la desnutrición o del sobrepeso en las provincias que más contribuyen al problema de la malnutrición se relaciona con la búsqueda de la eficiencia. En ese sentido, la política pública debe ser capaz de combinar elementos de equidad y eficiencia. A continuación, se presenta el gráfico que combina los elementos de prevalencia y contribución.

Figura 26. Prevalencia vs Contribución de la malnutrición por provincia en Ecuador

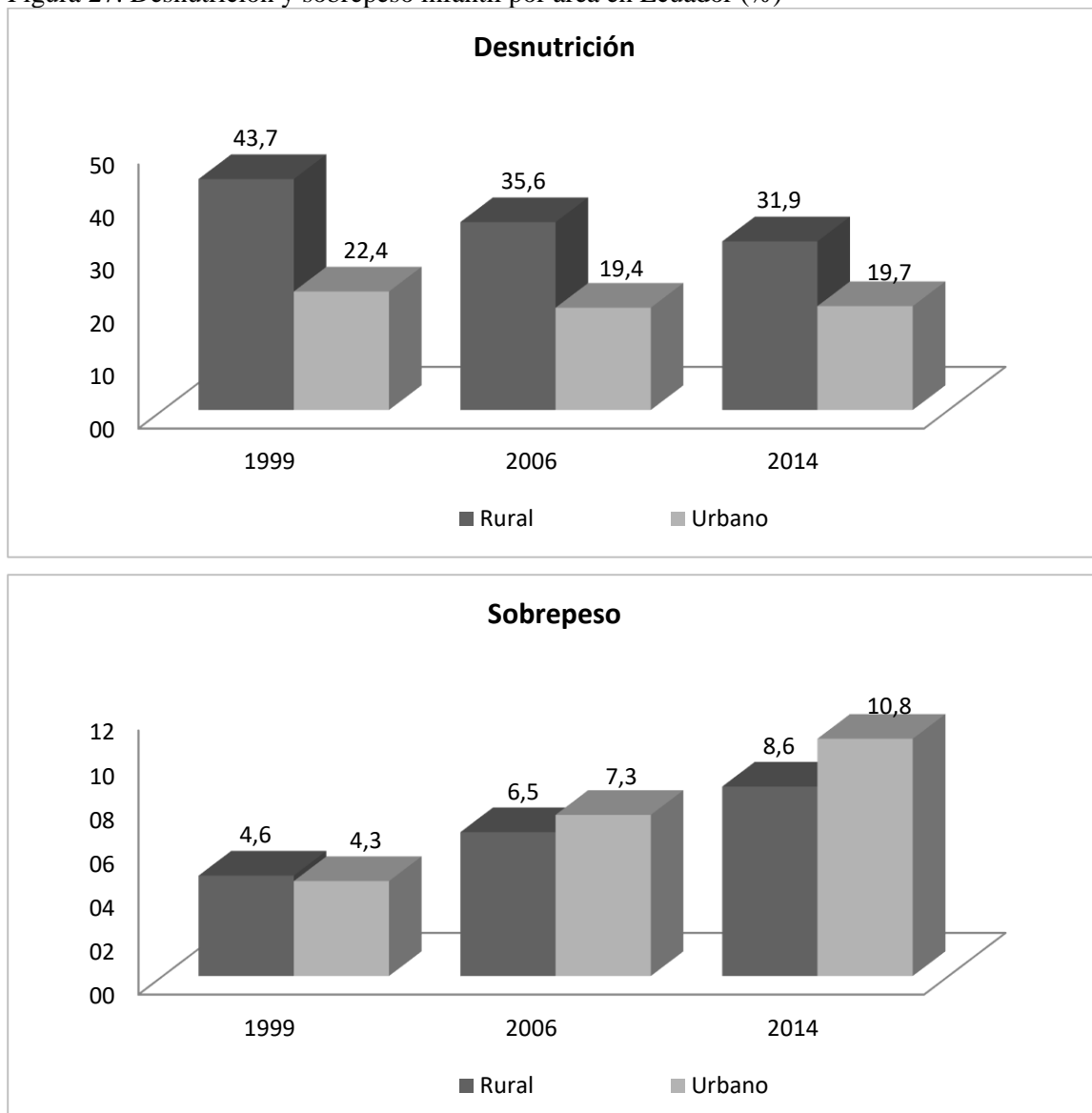


Fuente: ECV (2014).

En relación con el área de residencia, hay brechas profundas entre al área urbana y rural en relación con la nutrición de los menores de cinco años. La desnutrición infantil en el área rural alcanzaba el 43.7% en 1999 a diferencia del 22.4% de la zona urbana, y para 2014 se ubica en 31.9% y 19.7%, respectivamente. El sobrepeso infantil en el área rural era superior al urbano en 1999, pero la tendencia cambió en el tiempo y para 2014 el sobrepeso rural se ubica en

8.6% y el urbano en 10.8%. Conjuntamente, a pesar de que la desnutrición es más alta en el área rural, es la zona urbana la que presenta una tendencia de mayor deterioro en malnutrición infantil, donde el ratio urbano rural en desnutrición se incrementa en el tiempo, pasando de 0.51 en 1999 a 0.54 en 2006 y a 0.62 en 2014, y lo mismo sucede en el ratio urbano rural en sobrepeso, pasando de 0.95 en 1999 a 1.12 en 2006 y a 1.25 en 2014; es decir, hay una ralentización de la disminución de la desnutrición infantil en el área urbana y una mayor dinámica en el aumento del sobrepeso, como se presenta en la siguiente figura:

Figura 27. Desnutrición y sobrepeso infantil por área en Ecuador (%)

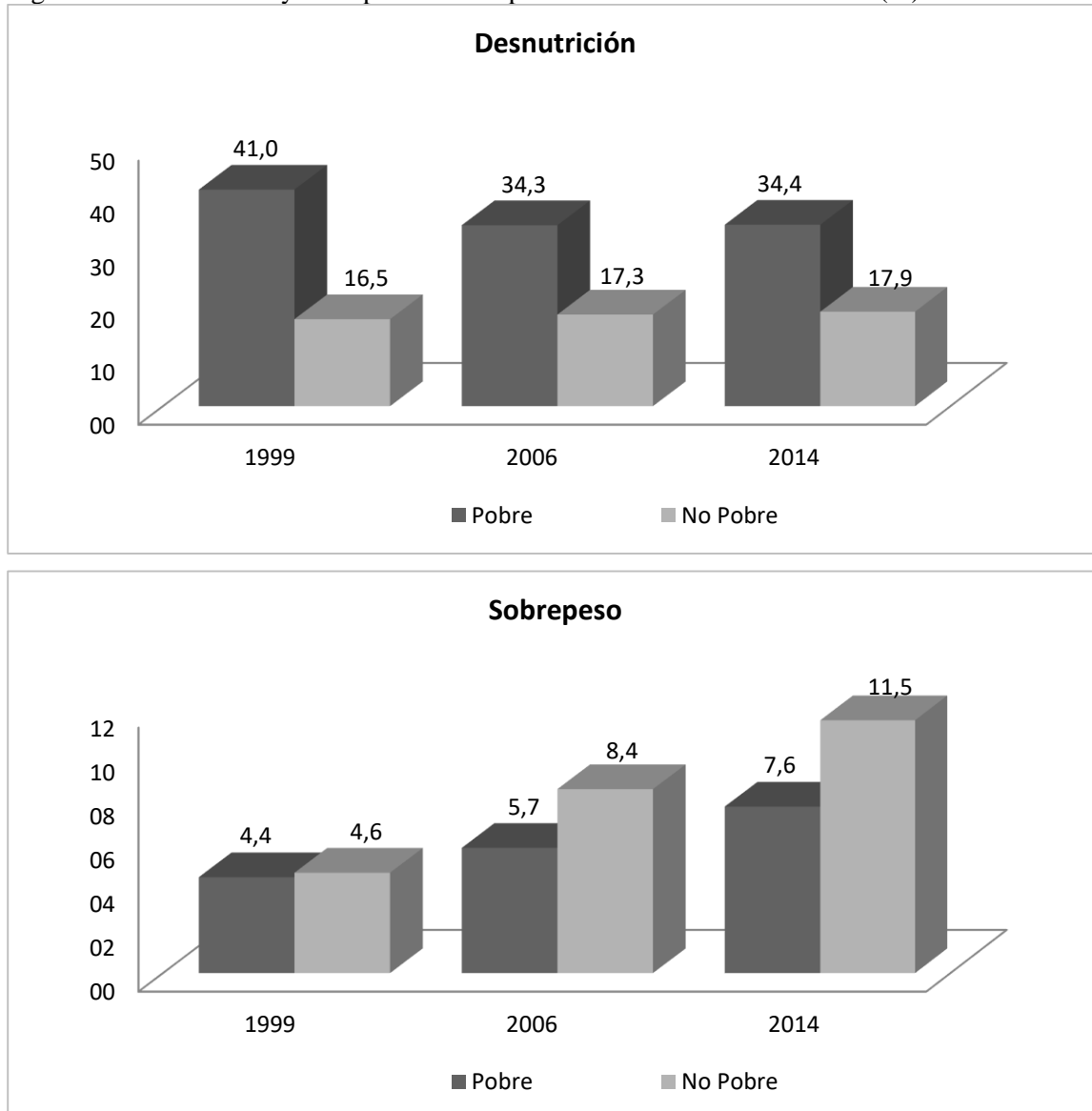


Fuente: ECV (1999), ECV (2006), ECV (2014).

En relación con el nivel económico, existe una asociación entre los hogares con desnutrición y aquellos que sufren pobreza (Larrea 2005, 165; Larrea y Freire 2002, 356; Larrea, Freire y Chessa 2001, 10). Los hogares con pobreza, para 1999, tenían una prevalencia de desnutrición de 41.0% y los hogares no pobres de 16.5%; y, para 2014, los hogares pobres tienen una prevalencia de 34.4% y los no pobres de 17.9%. En ese sentido, ha existido una reducción del nivel de desnutrición solamente en los hogares pobres, y en los hogares no pobres se ha estancado, incluso con un ligero aumento; el ratio de desnutrición en hogares pobres y no pobres se reduce en el tiempo de 2.49 en 1999, a 1.97 en 2006 y 1.92 en 2014.

Por su parte, el sobrepeso infantil es inferior en los hogares pobres. La prevalencia de sobrepeso para los hogares con pobreza en 1999, se ubicaba en 4.4% y la de los hogares no pobres en 4.6%; en 2006, se ubicaba en 5.7% y 8.4%, respectivamente; y, en 2014, el sobrepeso en los hogares pobres se ubica en 7.6% y en los hogares no pobres en 11.5%. En esa línea, el ratio de sobrepeso infantil entre hogares pobres y no pobres se ha reducido en el tiempo, pasando de 0.96 en 1999 a 0.66 en 2014, lo que indica que hay un mayor deterioro del sobrepeso en los hogares no pobres, como se presenta en la siguiente figura:

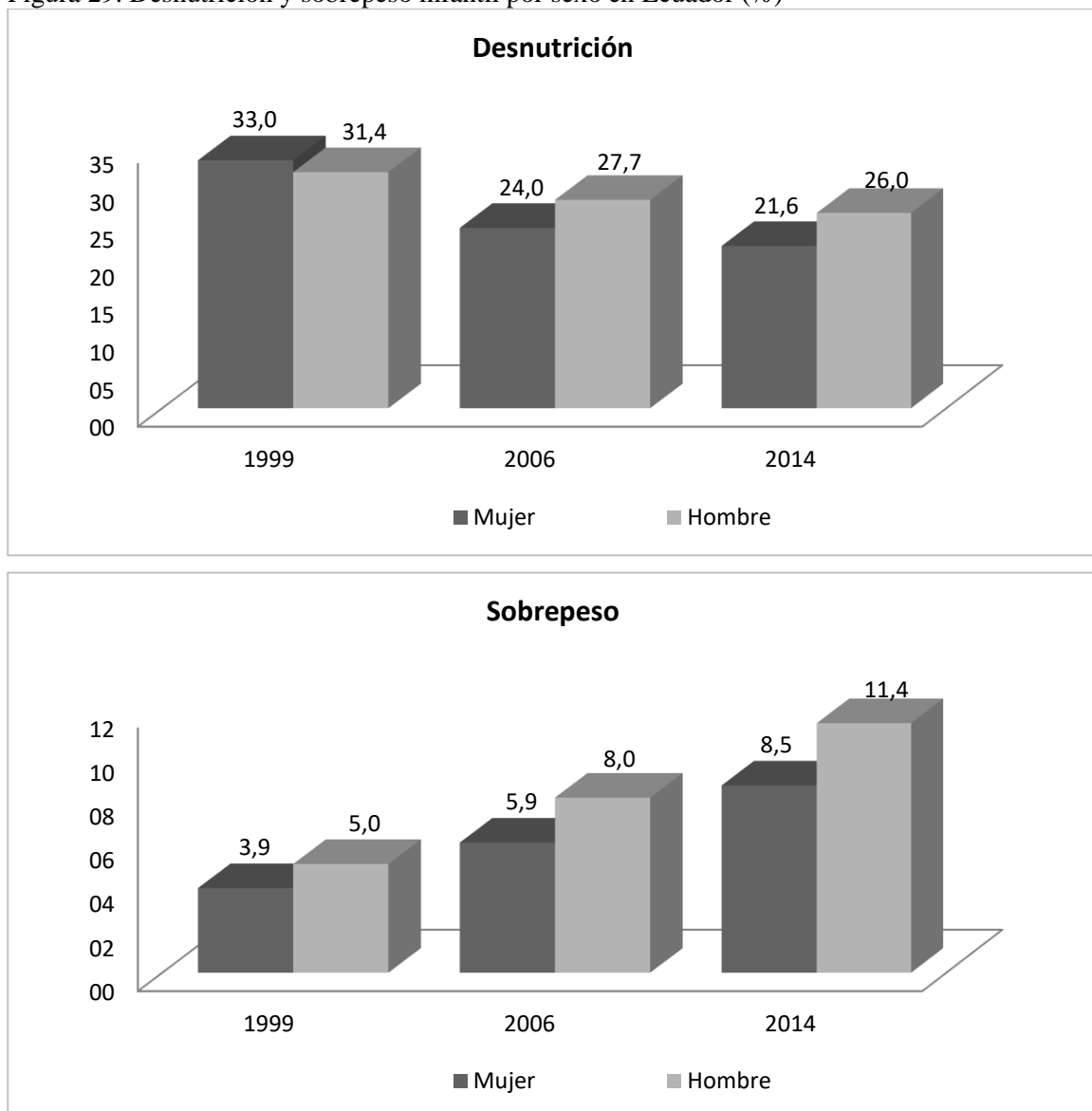
Figura 28. Desnutrición y sobrepeso infantil por nivel económico en Ecuador (%)



Fuente: ECV (1999), ECV (2006), ECV (2014).

En referencia al sexo, la desnutrición y el sobrepeso infantil son ligeramente superiores en los hombres que en las mujeres. Para el año 2014, la desnutrición en las mujeres se encuentra en 21.6% y la de los hombres en 26%, mientras que el sobrepeso está en 8.5% y 11.4%, respectivamente. Este hecho denota una mejor nutrición de las mujeres en los primeros cinco años, como se presenta en la siguiente figura.

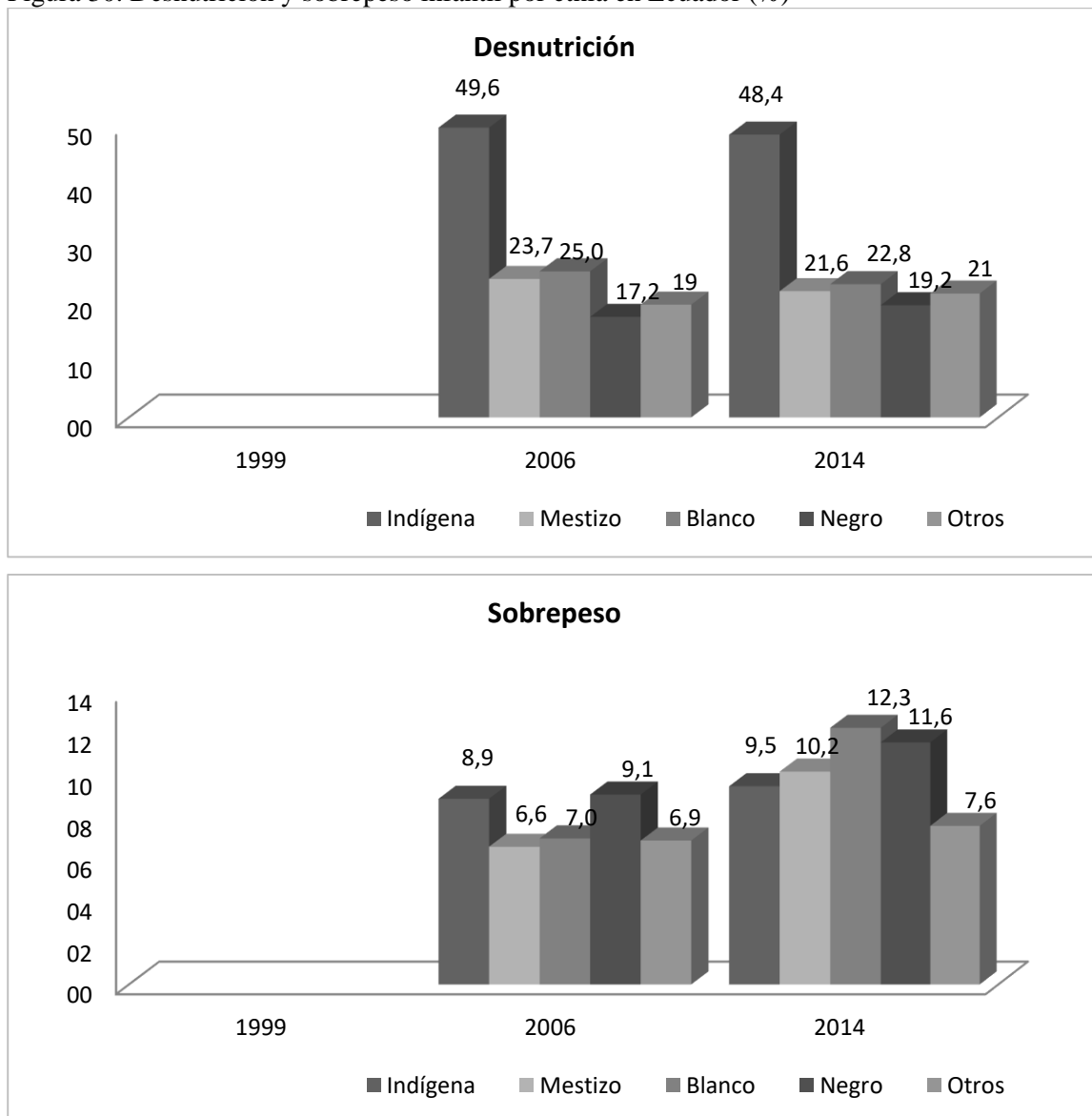
Figura 29. Desnutrición y sobrepeso infantil por sexo en Ecuador (%)



Fuente: ECV (1999), ECV (2006), ECV (2014).

En relación con la etnia, la desnutrición y el sobrepeso presentan comportamientos particulares. Para el año 2014, la desnutrición es superior en la etnia indígena con 48.4%, la cual resulta más del doble que cualquier otra etnia y que el promedio nacional. Por otra parte, el sobrepeso tiene mayor prevalencia en la etnia blanca con 12.3%, como se presenta en la siguiente figura.

Figura 30. Desnutrición y sobrepeso infantil por etnia en Ecuador (%)



Fuente: ECV (1999), ECV (2006), ECV (2014).

En síntesis, el Ecuador tiene niveles de desnutrición crónica infantil que resultan alarmantes para su nivel de desarrollo, y niveles de sobrepeso superiores al promedio de América Latina. Ha existido una limitada reducción de la desnutrición y un incremento del sobrepeso, donde el ritmo de la disminución de la desnutrición se ha ralentizado durante la última década, y el sobrepeso se ha incrementado de forma preocupante. Dentro del país, existen disparidades en cuanto a la desnutrición y el sobrepeso por regiones, provincias, áreas, situación económica, sexo y etnia, con una tendencia hacia una menor dispersión en desnutrición, y un aumento en

sobrepeso. Con el objetivo de comprender la situación en la que se encuentra el Ecuador en malnutrición infantil, a continuación, se realiza un análisis de la acción pública.

3.4. Acción pública alrededor de la malnutrición infantil

Tomando en cuenta el trabajo de Zittoun (2016) se procede a analizar la acción pública del Estado ecuatoriano en contra de la malnutrición infantil; con este objeto, y combinando con el trabajo de Baron e Isla (2006), se trata el escenario normativo y las políticas públicas a través de sus programas y proyectos.

En referencia a los derechos humanos, desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos se reconoce que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, con especial atención a la alimentación (ONU 1948, 7). En la Declaración de los Derechos del Niño (ONU 1959, 1) se indica que el niño gozará de una protección especial para que se desarrolle en forma saludable. En la Convención de Derechos del Niño (1989) se reconoce que los menores de cinco años son titulares de sus propios derechos, se establece el interés superior del niño y se indica que “tienen derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud (que incluye agua potable, una buena higiene y alimentación)” (UNICEF 2019, 7). Desde esta perspectiva, la malnutrición se convierte en una afectación a los derechos del niño (Smith y Haddad 2000, ix), como se señala: “es una violación flagrante de los derechos de los niños que socava... la supervivencia, la protección y el desarrollo pleno de los niños del mundo” (UNICEF 1998, 9).

En Ecuador a lo largo de su historia han existido 20 Constituciones de la República, con un promedio de 9.45 años de duración. De ellas, las Cartas Magnas del siglo XIX hasta mediados del siglo XX no mencionaban el derecho de los ciudadanos, o garantía desde el Estado, a un adecuado desarrollo de los menores de cinco años, ni temas de salud, ni alimentación. En ese sentido, el Estado ecuatoriano desde mediados del siglo pasado realizó cambios normativos que permitan “asegurar no solo tu derecho a la vida, sino a crecer y desarrollarte en un ambiente de bienestar” (UNICEF 2019, 3). Y, es precisamente la Constitución de 1945 donde se establecen elementos relacionados con la protección a la infancia, derecho a la salud, y protección a la madre trabajadora durante la maternidad. Posteriormente, se han introducido avances normativos, llegando a la Constitución de 1998, en donde se reconoce el desarrollo integral de niños como máxima prioridad del Estado que

garantice nutrición, salud, educación y cuidado diario, y se reconocen actividades para la cultura física, deporte y recreación. A continuación, se presenta una tabla con el detalle de las Constituciones previas y sus avances normativos en favor de la nutrición infantil.

Tabla 9. Derechos relacionados con la nutrición en las Constituciones de 1830 hasta 1998 en Ecuador

Años	Derechos
1830,1835, 1843,1845, 1851,1852, 1861,1869, 1878,1884, 1897,1906, 1929,1938.	No se menciona
1945	Protección infancia, madre trabajadora, lactancia, derechos del niño, derechos de salud.
1946	Protección maternidad a la madre e hijo, lactancia.
1967	Protección infancia, madre, lactancia, derechos del niño, derechos de salud.
1978	Derecho a un nivel de vida que asegure la salud, alimentación, vestido, vivienda, asistencia médica y servicios sociales necesarios. Protección infancia, madre, derecho a la previsión social, y a disminuir la mortalidad infantil.
1998	Art. 42. El derecho a una calidad de vida que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, saneamiento ambiental; educación, trabajo, empleo, recreación, vivienda, vestido y otros servicios sociales necesarios. El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia. Art. 43. Los programas y acciones de salud pública serán gratuitos para todos. Los servicios públicos de atención médica, lo serán para las personas que los necesiten. Por ningún motivo se negará la atención de emergencia en los establecimientos públicos o privados. El Estado promoverá la cultura por la salud y la vida, con énfasis en la educación alimentaria y nutricional de madres y niños, y en la salud sexual y reproductiva, mediante la participación de la sociedad y la colaboración de los medios de comunicación social. Art. 44. El estado formulará la política nacional de salud y vigilará su aplicación. Art 47. En el ámbito público y privado recibirán atención prioritaria, preferente y especializada los niños y adolescentes, las mujeres embarazadas, las personas con discapacidad, las que adolecen de enfermedades catastróficas de alta complejidad y las de la tercera edad. Del mismo modo, se atenderá a las personas en situación de riesgo y víctimas de violencia doméstica, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. Art. 48. Será obligación del Estado, la sociedad y la familia, promover con máxima prioridad el desarrollo integral de niños y adolescentes y asegurar el ejercicio pleno de sus derechos. En todos los casos se aplicará el principio del interés superior de los niños, y sus derechos prevalecerán sobre los de los

demás. **Art. 49.** Los niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes al ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado les asegurará y garantizará el derecho a la vida, desde su concepción; a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social, a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria; a la participación social, al respeto su libertad y dignidad, y a ser consultados en los asuntos que les afecten. **Art. 50.** El Estado adoptará las medidas que aseguren a los niños y adolescentes las siguientes garantías: 1. Atención prioritaria para los menores de seis años que garantice nutrición, salud, educación y cuidado diario. **Art. 82.** El Estado protegerá, estimulará, promoverá y coordinará la cultura física, el deporte y la recreación, como actividades para la formación integral de las personas. Proveerá de recursos e infraestructura que permitan la masificación de dichas actividades. Auspiciará la preparación y participación de los deportistas de alto rendimiento en competencias nacionales e internacionales, y fomentará la participación de las personas con discapacidad.

Fuente: Congreso Nacional (1830), Congreso Nacional (1835), Congreso Nacional (1843), Congreso Nacional (1845), Congreso Nacional (1851), Congreso Nacional (1852), Congreso Nacional (1861), Congreso Nacional (1869), Congreso Nacional (1878), Congreso Nacional (1884), Congreso Nacional (1897), Congreso Nacional (1906), Congreso Nacional (1929), Congreso Nacional (1938), Congreso Nacional (1945), Congreso Nacional (1946), Congreso Nacional (1967), Congreso Nacional (1978), Congreso Nacional (1998).

En relación específica a los derechos del niño, el Ecuador acoge la Convención de Derechos del Niño desde 1989, aunque recién a inicios del siglo XXI promulga un cuerpo normativo especializado en los menores, el Código de la Niñez y Adolescencia (2003). Este Código, establece desde lo nacional el compromiso hacia el “desarrollo integral y el disfrute pleno de los derechos” de los niños y adolescentes, desde su concepción hasta que cumplan dieciocho años de edad, dentro de un marco de libertad, dignidad y equidad. Esta norma establece la prioridad especial a los menores de seis años y se promulgan derechos propios de acuerdo al grupo etario (Álvarez 2011, 350).

En este cuerpo legal se refuerza el interés superior del niño y se incluye derechos de una vida digna, atención al embarazo y parto, lactancia materna, alimentación, salud, medio ambiente sano, funciones del Estado y la familia, entre otros. A continuación, se presentan los principales artículos del Código relacionados con la nutrición en Ecuador.

Tabla 10. Derechos relacionados con la nutrición desde el Código de la Niñez y Adolescencia 2003 en Ecuador

Art.	Contenido
2	Del derecho de alimentos.- El derecho a alimentos es connatural a la relación parento-filial y está relacionado con el derecho a la vida, la supervivencia y una vida digna.

	Implica la garantía de proporcionar los recursos necesarios para la satisfacción de las necesidades básicas de los alimentarios que incluye: 1. Alimentación nutritiva, equilibrada y suficiente; 2. Salud integral: prevención, atención médica y provisión de medicinas; 3. Educación; 4. Cuidado; 5. Vestuario adecuado; 6. Vivienda segura, higiénica y dotada de los servicios básicos; 7. Transporte; 8. Cultura, recreación y deportes; y, 9. Rehabilitación y ayudas técnicas si el derechohabiente tuviere alguna discapacidad temporal o definitiva.
8	Corresponsabilidad del Estado, la sociedad y la familia.- Es deber del Estado, la sociedad y la familia, dentro de sus respectivos ámbitos, adoptar las medidas políticas, administrativas, económicas, legislativas, sociales y jurídicas que sean necesarias para la plena vigencia, ejercicio efectivo, garantía, protección y exigibilidad de la totalidad de los derechos de niños; niñas y adolescentes.
9	Función básica de la familia.- La ley reconoce y protege a la familia como el espacio natural y fundamental para el desarrollo integral del niño, niña y adolescente. Corresponde prioritariamente al padre y a la madre, la responsabilidad compartida del respeto, protección y cuidado de los hijos y la promoción, respeto y exigibilidad de sus derechos.
10	Deber del Estado frente a la familia.- El Estado tiene el deber prioritario de definir y ejecutar políticas, planes y programas que apoyen a la familia para cumplir con las responsabilidades especificadas en el artículo anterior.
24	Derecho a la lactancia materna.- Los niños y niñas tienen derecho a la lactancia materna para asegurarle el vínculo afectivo con su madre, adecuada nutrición, crecimiento y desarrollo. Es obligación de los establecimientos de salud públicos y privados desarrollar programas de estimulación de la lactancia materna.
25	Atención al embarazo y al parto.- El poder público y las instituciones de salud y asistencia a niños, niñas y adolescentes crearán las condiciones adecuadas para la atención durante el embarazo y el parto, a favor de la madre y del niño o niña, especialmente tratándose de madres adolescentes y de niños o niñas con peso inferior a dos mil quinientos gramos.
26	Derecho a una vida digna.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a una vida digna, que les permita disfrutar de las condiciones socioeconómicas necesarias para su desarrollo integral. Este derecho incluye aquellas prestaciones que aseguren una alimentación nutritiva, equilibrada y suficiente, recreación y juego, acceso a los servicios de salud, a educación de calidad, vestuario adecuado, vivienda segura, higiénica y dotada de los servicios básicos.
27	Derecho a la salud.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, psicológica y sexual. El derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes comprende: 1. Acceso gratuito a los programas y acciones de salud públicos, a una nutrición adecuada y a un medio ambiente saludable; 2. Acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud públicos, para la prevención, tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los servicios de salud públicos son gratuitos para los niños, niñas y adolescentes que los necesiten; 3. Acceso a medicina gratuita para los niños, niñas y adolescentes que las necesiten; 4. Acceso inmediato y eficaz a los servicios médicos de emergencia, públicos y privados; 5. Información sobre su estado de salud, de acuerdo al nivel evolutivo del niño, niña o adolescente; 6. Información y educación sobre los principios básicos de prevención en materia de salud, saneamiento ambiental, primeros auxilios; 7. Atención con procedimientos y recursos de las medicinas alternativas y tradicionales; 8. El vivir y desarrollarse en un ambiente estable y afectivo que les permitan un adecuado desarrollo emocional; 9. El acceso a servicios que fortalezcan

	el vínculo afectivo entre el niño o niña y su madre y padre; y, 10. El derecho de las madres a recibir atención sanitaria prenatal y postnatal apropiadas.
32	Derecho a un medio ambiente sano.- Todo los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a vivir en un ambiente sano, ecológicamente equilibrado y libre de contaminación, que garantice su salud, seguridad alimentaria y desarrollo integral.

Fuente: Congreso Nacional (2003).

Posteriormente, en la Carta Magna Nacional vigente, la Constitución de 2008, se fortalece y desarrollan algunos elementos legales y normativos relacionados con la nutrición infantil. En esta Constitución garantista se reconocen los derechos de los niños, su formación integral, su nutrición, la soberanía alimentaria, entre otros temas en favor del bienestar de la sociedad. A continuación, se presentan los principales artículos relacionados con la nutrición.

Tabla 11. Derechos relacionados con la nutrición desde la Constitución 2008 en Ecuador

Art.	Contenido
3	Son deberes primordiales del Estado: 1. Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes.
13	Las personas y colectividades 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. El Estado ecuatoriano promoverá la soberanía alimentaria.
32	La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.
44	El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas. Las niñas, niños y adolescentes tendrán derecho a su desarrollo integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad. Este entorno permitirá la satisfacción de sus necesidades sociales, afectivo-emocionales y culturales, con el apoyo de políticas intersectoriales nacionales y locales.
45	Las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía;

	a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social; a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria; a la participación social; al respeto de su libertad y dignidad; a ser consultados en los asuntos que les afecten; a educarse de manera prioritaria en su idioma y en los contextos culturales propios de sus pueblos y nacionalidades; y a recibir información acerca de sus progenitores o familiares ausentes, salvo que fuera perjudicial para su bienestar.
46	El Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes: 1. Atención a menores de seis años, que garantice su nutrición, salud, educación y cuidado diario en un marco de protección integral de sus derechos.
66	Se reconoce y garantizará a las personas: 1. El derecho a la inviolabilidad de la vida. No habrá pena de muerte. 2. El derecho a una vida digna, que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, vivienda, saneamiento ambiental, educación, trabajo, empleo, descanso y ocio, cultura física, vestido, seguridad social y otros servicios sociales necesarios.
281	La soberanía alimentaria constituye un objetivo estratégico y una obligación del Estado para garantizar que las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades alcancen la autosuficiencia de alimentos sanos y culturalmente apropiados de forma permanente.

Fuente: Asamblea Nacional (2008).

En ese contexto normativo, la malnutrición se entiende como una transgresión del derecho humano de la salud y alimentación de un niño o niña, derechos que en el caso ecuatoriano son garantizados por el Estado. La adopción de normas internacionales o constitucionales “genera obligaciones concretas al Estado” (Abramovich y Courtis 2002, 19). De la revisión de la normativa, se puede observar que la nutrición en Ecuador ha sido y es considerada un derecho. Desde mediados del siglo pasado ya se reconocía en la Constitución elementos relacionados con la salud del menor y la lactancia.

Actualmente, en la Constitución de 2008 se reconoce el derecho a la salud, a la alimentación, promoviendo el desarrollo integral del menor, reconociendo el derecho a una vida digna. Para ello, adicionalmente se han creado varias leyes relacionadas con la Soberanía Alimentaria y la Salud. En esa línea, existe un campo normativo y legal que promueve a la nutrición como un derecho en el país. Adicionalmente, desde 2008 existe un nuevo paradigma, basado en el “buen vivir”, en el que el Estado profundiza la política social y garantiza los derechos de los infantes. Con el regreso de la planificación en el Estado ecuatoriano, en los planes de desarrollo se han trazado objetivos ligados a la reducción de la desnutrición infantil. En el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010 se reconoce la importancia de una adecuada nutrición infantil y se plantea la ambiciosa meta de erradicar la desnutrición crónica infantil de 0-5 años. Posteriormente, en el Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013 se propone reducirla

en 45%; en el Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017 se plantea erradicar la desnutrición crónica infantil en el grupo de 0-2 años; en el Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 se propone reducir de 24,8% al 14,8% la prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 2 años, a 2021, y reducir de 23,9% al 13,2% la prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años, a 2021 (SENPLADES 2007, 25; SENPLADES 2009, 33; SENPLADES 2013b, 55; SENPLADES 2017a, 59).

En este periodo se elaboraron políticas principalmente alineadas a la atención de la desnutrición infantil y poco se trató el tema del sobrepeso como la otra cara de la malnutrición. En el país todavía no se ha reconocido que el sobrepeso y la obesidad son un “problema prioritario que requiere de atención y acciones intersectoriales urgentes para mejorar la prevención, diagnóstico oportuno y control en la población” (Freire et al 2014a, 257-258). En ese sentido, “la problemática del exceso de peso recién cobró relevancia para las políticas públicas a partir del 2009” (PMA 2017, 19). En los planes de desarrollo, si bien se menciona la promoción de alimentación y hábitos saludables, no se proponen metas específicas; así, en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010 y en el Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013 no existen objetivos ligados al sobrepeso, siendo en el Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017 en donde se plantea la meta de revertir la tendencia de la incidencia del sobrepeso y la obesidad en los niños en edad escolar y reducirla a 26%, y en el Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021, donde se propone reducir del 31,2% al 29,4% la prevalencia de obesidad y sobrepeso en niños de 5 a 11 años a 2021 (SENPLADES 2007, 25; SENPLADES 2009, 33; SENPLADES 2013b, 55; SENPLADES 2017a, 59).

Entre la normativa específica ligada con el combate al aumento del sobrepeso y obesidad se encuentran tres regulaciones principales. El Reglamento Sanitario de Etiquetado de Alimentos Procesados para el Consumo Humano (2014), creado con la intención de “regular y controlar el etiquetado de los alimentos procesados para el consumo humano”, donde se provea información clara, no engañosa, sobre el contenido y características de los alimentos, especialmente en azúcar, grasa y sal (MSP 2014a). Asimismo, en la Ley Orgánica del Régimen de la Soberanía Alimentaria (2009) se “prohíbe la comercialización de productos con bajo valor nutricional en los establecimientos educativos” y se elabora el Reglamento para el Control del Funcionamiento de Bares Escolares del Sistema Nacional de Educación (2014) con el objeto de que los alimentos que se “preparan y expenden en los bares escolares sean

sanos, nutritivos e inocuos”, y tengan concentraciones bajas y medias de azúcar, grasa y sal (MSP 2014b). Además, la Ley Orgánica para el Equilibrio de las Finanzas Públicas (2016), que grava un aumento del impuesto para las bebidas alcohólicas y azucaradas.

En referencia a los programas y proyectos, desde el Estado ecuatoriano se han desarrollado varios programas públicos en el periodo 2000-2017 relacionados con el mejoramiento de la nutrición infantil. A continuación, se presentan los principales programas referentes a la alimentación y nutrición infantil, sus características y limitaciones.

Programa de Alimentación Escolar (PAE)

El Programa de Alimentación Escolar nace en 1999 con el objetivo de brindar alimentos a los niños que asisten al sistema educativo formal en el Ecuador. Tiene sus antecedentes en programas de colación escolar desarrollados a finales de los años ochenta, enfocados en poblaciones vulnerables, bajo la coordinación del Ministerio de Educación y Cultura. De esa forma, aparece la colación escolar en el periodo 1987-1993. Para 1995, se suscriben convenios con el Programa Mundial de Alimentos (PMA) y con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), y se realizan proyectos relacionados con el mejoramiento de la colación escolar para la educación básica.

Oficialmente el PAE nace en 1999, administrado por el Ministerio de Educación. Consiste en la provisión de alimentos en las escuelas para la población objetivo de personas entre 3 y 14 años en escuelas fiscales y fiscomisionales, en situación de vulnerabilidad. A partir del año 2000, a través del Acuerdo Ministerial 001, se decidió universalizar la cobertura del programa, lo cual representó un incremento en escuelas y beneficiarios. En sus inicios el programa incluía desayuno y/o almuerzo escolar a cerca de 740.000 niños, para el año 2005 la cifra ascendía a 1300.000 niños.

Para el año 2006, a través de la Ley de Seguridad Alimentaria y Nutricional, se retoma la focalización hacia los niños y niñas pobres, de tres a catorce años de las escuelas fiscales, municipales y fiscomisionales, del sector rural y urbano marginal. En el año 2009, a través del Decreto Ejecutivo 1636, se faculta al Ministerio de Inclusión Económica y Social la creación del Programa de Provisión de Alimentos (PPA) con las funciones de organizar, coordinar y ejecutar los procesos de contratación para la compra de alimentos, verificación de calidad,

transporte, almacenamiento, y servicios complementarios necesarios (Presidencia de la República 2009).

Para el año 2010, a través de la disposición ministerial 260, se prioriza el desayuno escolar en todos los días del año escolar, para los niños y niñas que atienden a la educación inicial y educación general básica de establecimientos fiscales, municipales y fiscomisionales del sector urbano marginal y rural. Con ello, se elimina el almuerzo escolar y se sustituye por refrigerios, alcanzando una cobertura de 1500.000 personas (PMA 2012, 25). Entre los principales motivos de justificación de la eliminación del almuerzo escolar, desde las autoridades educativas se mencionaba la necesidad de avanzar hacia un sistema uniforme y la universalización del desayuno.

Para el año 2013, mediante el Decreto Ejecutivo 129, se crea el Instituto de Provisión de Alimentos con personalidad jurídica, autonomía técnica, operativa, administrativa, financiera y funcional, adscrita al Ministerio de Agricultura, Ganadería, Acuacultura y Pesca, y se cierra el Programa de Provisión de Alimentos (Presidencia de la República 2013a). Además, a través del Decreto Ejecutivo 12, se crea la Empresa Pública Unidad Nacional de Almacenamiento (UNA EP) para que se encargue de almacenar y comercializar los productos agropecuarios, administrar su reserva estratégica, y comercializar y distribuir sus insumos (Presidencia de la República 2013b).

Para el año 2015 se fusionan las instituciones encargadas de la provisión de alimentos, por absorción de IPA a la UNA EP. Además, se crea el Proyecto de Intervención en la Alimentación Escolar para que adquiera, almacene y distribuya los alimentos (MINEDUC 2016, 17). Para 2016, mediante el Decreto Ejecutivo 1120, se traspasan al Ministerio de Educación todos los programas y proyectos de inversión pública relacionados con la prestación de servicios para proveer alimentos, suplementos y complementos alimenticios de administración escolar que se estaban ejecutando desde la UNA EP (Presidencia de la República 2016).

En este periodo el presupuesto devengado del programa y su cobertura han crecido en el tiempo, y actualmente se ofrece desayuno y refrigerio en educación inicial, refrigerio en las unidades de educación general básica urbanas, desayunos en las unidades de educación

rurales, almuerzos en unidades educativas del milenio, y alimentación completa en las residencias estudiantiles.

Con estos antecedentes, el Programa de Alimentación Escolar buscó atender la ausencia de alimentos en la escuela para los niños ubicados en sectores marginados. En el proceso hubo cambios de población objetivo, tipos de alimentos suministrados, instituciones involucradas, y presupuesto asignado; algunas decisiones implicaron desafíos importantes como la forma de provisión de alimentos, que todavía presenta algunos retos, como se indica en el siguiente testimonio:

Primero se le puso en el MIES, luego se pasó al Ministerio de Agricultura, después varias de sus acciones pasaron a la UNA (Unidad Nacional de Almacenamiento) que en cambio son acopiadores, y las compras en este rato que son de alimentos para el Programa de Alimentación Escolar lo ha estado haciendo directamente la misma Subsecretaría de Alimentación Escolar donde hay una gerencia del proyecto. Entonces van cambiando los programas. Creo que es importante que vayan evolucionando. Antes había un desayuno y almuerzo escolar, ahora solamente hay un desayuno y refrigerio. Y es una parte importante de lo que se les entrega son estas barras fortificadas y esta colada fortificada, que es importante en términos de micronutrientes, pero que no está alineada a toda esta norma de nuevo etiquetado. Es decir, le alinean de alguna manera ya que el MSP está ahí, pero hay una discusión de que se debería buscar también trabajar con productos más frescos (Entrevista Oficial de Proyectos Sociales del PMA, 2018).

Entre las evaluaciones del programa se destaca que la distribución de los beneficios del programa ha tenido “un carácter progresivo y altamente pro-pobre” (Calero 2011, 77), y también que el programa genera un “impacto positivo y significativo en matrícula de alrededor del 9% en la tasa promedio de promoción” (Ponce y Rosales 2017a, 20). Sin embargo, entre los resultados negativos se destacan que la alimentación ha estado compuesta por alimentos importados, con alta cantidad de azúcar, entre ellos la colada y granola en hojuelas o barra de cereales, y galleta, donde “más del 50% de las materias primas que componen los productos del desayuno escolar son importadas” (PMA 2012, 57). Con ello, desafortunadamente, en la alimentación escolar se ha provisto de alimentos procesados, ricos en carbohidratos altamente concentrados, que “poseen niveles medios y altos de azúcar adicionado y grasas totales” (Schneider y Krause 2014, 7). Dichos alimentos desde el propio

ministerio se consideraba que no cumplen con los requerimientos nutricionales, no responden a criterios de producción local, y no tienen estrategia para incentivar hábitos saludables en los niños (MINEDUC 2014, 17). Y, en el último periodo de la UNA EP, desde el propio ministerio se menciona que ha existido un manejo inadecuado del programa de alimentación escolar asociado con una “inadecuada distribución de los productos y no cumplimiento de cronogramas”, “poco compromiso por parte de la comunidad educativa para el manejo adecuado de los alimentos lo que generaba caducidad de los productos y desperdicio”, y “escasa variabilidad de la alimentación” (MINEDUC 2016, 20). En esa línea, la alimentación escolar no ha logrado incluir a la localidad dentro de su producción y preferencias, como lo indica el siguiente testimonio:

El agricultor no puede alimentar a su propia familia y ese dinero se va afuera. Encima les dejamos a las transnacionales que fijen el precio. Nosotros a través de esta compra haríamos una justicia con el agricultor de pagarle mínimamente el precio que merece. Es decir, nuestra propia población, yo compro comida diversa y además puedo controlar, yo no compro comida con pesticidas, tiene que ser agricultura orgánica que es parte del éxito de Roma, son productos orgánicos (Entrevista Investigadora en Nutrición, 2018).

Programa Nacional de Alimentación y Nutrición (PANN 2000)

El Programa Nacional de Alimentación y Nutrición nace en el año 2000 con el objetivo de apoyar a madres embarazadas y en periodo de lactancia, y a los lactantes y menores de dos años, con alimentos complementarios fortificados en el Ecuador. Tiene sus antecedentes en programas de alimentación complementaria para niños y mujeres embarazadas. En 1993 se creó el Programa de Alimentación Complementaria Materno Infantil (PACMI), bajo la coordinación del Ministerio de Salud Pública, que operaba de forma focalizada por provincias. En 1998, el PANN 2000 tiene sus orígenes mediante convenios desde el Ministerio de Salud Pública con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para el apoyo en el diseño de un programa integrado de alimentación y nutrición.

Fruto de este acuerdo, en el año 2000 se crea oficialmente el programa, con el objetivo de apoyar de forma preventiva a los lactantes y niños menores de dos años, a través de cinco estrategias relacionadas: “1) comunicaciones para el cambio de conducta; 2) capacitación a profesionales de salud; 3) alimentos complementarios fortificados (“Mi Papilla”) para lactantes y niños pequeños entre los 6-24 meses de edad; 4) participación comunitaria; y, 5)

monitoreo y evaluación” (Lutter 2001, 1). Asimismo, entre 2000 y 2001, se realizó la fase piloto del programa en las provincias de Carchi, Imbabura, Tungurahua, Bolívar, Chimborazo, Manabí, Guayas, Orellana y Sucumbíos (Naranjo 2008, 50).

El alimento complementario Mi Papilla, consiste en una combinación de cereales, leche en polvo, soya, grasas, y su fortificación de vitaminas y minerales. En su producción intervenía el sector privado, acogiendo los requerimientos y estándares establecidos. En la distribución intervenía la comunidad, a través de la selección de beneficiarios y de la tienda que repartía los suplementos. La entrega de los suplementos se realizaba mediante cupones vinculados con la asistencia del niño a chequeos médicos. Adicionalmente, desde 2001 se incorpora a mujeres embarazadas y madres en período de lactancia con un suplemento nutricional denominado Mi bebida. En la ejecución del programa a nivel general intervenía el Estado, con la asesoría y apoyo de la OPS, UNICEF, PMA y PNUD (Carranza 2011, 65). A partir de 2002, se extendió su ejecución a nivel nacional.

Para el año 2006, a través de la Ley de Seguridad Alimentaria y Nutricional, se modifica el nombre del programa a Programa de Alimentación y Nutrición, enfocado en la atención a niños y niñas de cero a dos años once meses, a madres embarazadas y en período de lactancia, focalizados en los quintiles 1 y 2 de pobreza. En el año 2009, a través del Decreto Ejecutivo 1636, se faculta al Ministerio de Inclusión Económica y Social la creación del Programa de Provisión de Alimentos (PPA) con las funciones de organizar, coordinar y ejecutar los procesos de contratación para la compra de alimentos, verificación de calidad, transporte, almacenamiento, y servicios complementarios necesarios (Presidencia de la República 2009). En 2010, se realizaron revisiones del programa por parte del MSP, y se suspendió la entrega de los productos anteriores, con ello, el presupuesto del programa se reduce drásticamente en el tiempo (Viera 2012, 41).

El presupuesto devengado del programa tuvo un crecimiento desde el año 2000 y se estabiliza desde el año 2004 hasta el año 2008. Desde el año 2009, y debido a la nueva institucionalidad creada en provisión de alimentos y suplementos nutricionales, se reduce su presupuesto.

Con estos antecedentes, el Programa Nacional de Alimentación y Nutrición procuró atender la insuficiencia de micronutrientes en menores de dos años y en las mujeres embarazadas y

madres lactantes. En el proceso existieron modificaciones en la población objetivo, instituciones involucradas, y presupuesto asignado; a su vez, hubo problemas en cuanto al seguimiento de los menores de dos años ya que no se contaba con un sistema informático que permita realizar un monitoreo adecuado de la población objetivo, como se indica en el siguiente testimonio:

En el PANN 2000 lo que siempre falló fue el seguimiento, niño a niño, porque tú no tenías un sistema informático en el cual te permita registrar peso- talla, sino más bien eran unas hojas gigantes que te mandaban, pero no eran con el nombre y apellido del niño, entonces tu no podías ver el estado de cada niño sino que más bien, datos agregados; eso por una parte, y por otra, también la consejería era demasiado rápida o sea evidencias internacionales te decían que debe durar 40 minutos, donde converses con la mamá, le expliques lo que pasa, pero esto digamos que había un control de niños sanos que tardaba 10 minutos (Entrevista Ex-Gerente INTI, 2017).

Entre las evaluaciones del programa se destaca una realizada por la OPS utilizando datos de 2002 enfocados en Mi papilla. Entre los principales resultados se encuentra que el proceso mismo del programa, tenía fortalezas, en cuanto a la aceptación de los suplementos por parte de las madres y sus hijos, con un beneficio en la reducción de la anemia y bajo peso en los menores; sin embargo, se indicaba que el programa necesitaba mejorar el componente de consejería nutricional y la adecuada distribución en los centros de salud (Lutter et al. 2007, 110; Lutter et al. 2008, 379). Este hecho es importante, ya que los programas nutricionales deben perfeccionar el tema educativo y de consejería, contribuyendo a la formación de hábitos de consumo y de nutrición, como se indica en el siguiente testimonio:

La educación se ha quedado, creo que es una debilidad, porque lo que más se ha invertido en todo el tiempo ha sido en el programa de complementación alimentaria, que eso se lleva ingentes cantidades de recursos, o sea dar de comer a cientos de bebés niños, etc. a nivel nacional y más entre lactancia o gestantes por decir algo, no sé por decir algo es el 90% del costo de un programa y el 10% es la educación, pero la educación es como tan relevante como el tema del mismo del producto... Por esa razón el PANN 2000, la leche Avena de hace full años, no hemos modificado esta idea de que el programa de nutrición tiene que enfocarse a realmente, ¿qué es nutrición? y la nutrición no es exactamente solo comer. Nutrición va más allá de comer, nutrición va a formar hábitos alimentarios, nutrición va a monitorear el

crecimiento, nutrición va a hablar con la mamá para ver como ella la amamanta a su bebé, etc. (Entrevista Ex-Coordinadora Nacional de Nutrición, 2019).

Programa Aliméntate Ecuador (AE)

El Programa Aliméntate Ecuador nace oficialmente en el año 2004 con el objetivo de apoyar a mejorar el estado nutricional de los niños de 2 a 5 años en el Ecuador. Tiene sus antecedentes en programas de alimentación comunitarios, focalizados en las personas de los quintiles de menores recursos y en grupos específicos de atención como los menores de cinco años, jóvenes, y los adultos mayores. En 2002, a través del Decreto Ejecutivo 603, se creó el Programa para el Desarrollo Comunitario (PRADEC) y consistía en la entrega de raciones alimenticias a organizaciones locales, de forma focalizada, administrado desde el Ministerio de Bienestar Social (Presidencia de la República 2002). El grupo objetivo eran las personas menores de cinco años, adultos mayores y personas con discapacidad.

En el año 2004, a través del Acuerdo Ministerial 2577-A, se crea oficialmente el programa, con el objetivo de “mejorar el estado de salud y nutricional, reducir la prevalencia de anemia y el mejorar el desarrollo cognitivo y psicomotriz de los niños y niñas de 2 a 5 años de edad” (Carranza 2011, 75). Para ello, existía un componente nutricional a través de un alimento fortificado, Nutrinna desarrollado por el INNFA, para menores de cinco años de los quintiles de menores recursos, y un componente de asistencia alimentaria para adultos mayores y personas con discapacidad, mediante la entrega de alimentos como arroz, azúcar, en trabajo conjunto con las Juntas Parroquiales (Moreano 2007, 242-245).

En el año 2006, a través de la Ley de Seguridad Alimentaria y Nutricional, se modifica el grupo de atención hacia niños y niñas de tres a cinco años once meses, que no asisten a establecimientos educativos, adultos mayores (65 años en adelante) y personas con discapacidad de los quintiles 1 y 2. Esto se ratifica en el año 2007, a través del acuerdo ministerial 359, donde se establecen sus campos de intervención, y se destacan dos: Seguridad Alimentaria, referido a acceso material, económico y socio-cultural a alimentos inocuos y nutritivo; y Asistencia Alimentaria, relacionado con la reducción del hambre en los grupos vulnerables a través de la entrega periódica de raciones alimenticias. En ese mismo año, a través del Decreto Ejecutivo 580, se cambia la denominación del Ministerio de Bienestar Social por Ministerio de Inclusión Económica y Social (Presidencia de la República 2007). A

su vez, en ese año se inició un estudio piloto en Pastocalle, en la provincia de Cotopaxi, mediante la fortificación casera de alimentos a través del suplemento de hierro Chis paz.

En el año 2008, a través del Acuerdo Ministerial 819, se modifican los campos de acción del programa, los cuales son: i) Formación en alimentación saludable, referido a la provisión de información, sensibilización, capacitación y educación sobre alimentación saludable y soberanía alimentaria; ii) Protección alimentaria e inclusión económica, relacionado con la reducción del hambre de grupos vulnerables mediante entrega de raciones alimenticias; iii) Gestión para la nutrición, relacionado con la provisión de alimentos nutricionales fortificados; y iv) Gestión del adulto mayor, referido a la reducción del riesgo nutricional de adultos mayores. A su vez, en ese mismo año, a través del Decreto Ejecutivo 1429, se señala que el MIES podrá seleccionar a sus beneficiarios, sin necesariamente usar el mecanismo de selección de beneficiarios de programas sociales (SELBEN) debido a que no resulta un mecanismo ágil para incorporar a nuevos beneficiarios (Presidencia de la República 2008).

En el año 2009, a través del Decreto Ejecutivo 1636, se faculta al Ministerio de Inclusión Económica y Social la creación del Programa de Provisión de Alimentos (PPA) con las funciones de organizar, coordinar y ejecutar los procesos de contratación para la compra de alimentos, verificación de calidad, transporte, almacenamiento, y servicios complementarios necesarios (Presidencia de la República 2009). Además, en ese año, se decidió reemplazar el suplemento alimenticio Nutriinfa por otro denominado Chis paz, que incorpora vitaminas y minerales relacionados con Hierro.

El presupuesto del Programa tuvo un crecimiento sostenido desde el año 2000 hasta el 2010. La particularidad de entregar raciones alimenticias, el trabajo con las juntas parroquiales, y la consejería permitieron que la cobertura se vaya ampliando en el tiempo.

Con estos antecedentes, el Programa Aliméntate Ecuador pretendió mejorar el estado de salud y nutricional de los menores de cinco años, de forma focalizada en comunidades y personas de escasos recursos. Durante su vigencia, el programa presentó cambios en el grupo objetivo, y un limitado control en la asignación de alimentos a las juntas parroquiales y las familias. Con ello, desde la Fiscalía General del Estado se encontró que “insumos fueron desviados a intereses particulares, porque sus registros de distribución no coinciden con la nómina de

beneficiarios, quienes tenían que haber recibido” (Fiscalía General del Estado 2012). Este problema, se relaciona con la poca información y sistemas de seguimiento y control que tenía el programa, como se indica en el siguiente testimonio:

Aún si se tuviera todo esto diseñado de forma correcta no hay la capacidad de recolectar ni de procesar esa información. Esa es la razón por la cual los programas no funcionan. La ausencia de sistemas de información no permite focalizar. Se entrega los productos de forma clientelar en las Juntas Parroquiales. Se entrega a personas que no necesitan y las que necesitan finalmente no reciben. Incapacidad técnica y operativa y ausencia de diseño de los programas (Entrevista Técnico del PMA, 2018).

Entre las evaluaciones del programa se destaca que el programa piloto tuvo resultados positivos en la reducción de anemia en Pastocalle. En un documento que detalla el proceso de la evaluación experimental se indica que el grupo de tratamiento redujo en 24% el nivel de anemia (Freire 2008). Esto motivó a que se use las Chis paz a nivel nacional. Sin embargo, el trabajo con las asociaciones de productores locales fue complejo ya que no existía información suficiente sobre las mismas, y su capacidad de producción (FIAN 2011, 40), y sobre el proceso de entrega de alimentos a las juntas parroquiales, en una evaluación realizada desde la presidencia de la República y SENPLADES, se llegó a la conclusión de que “la entrega de alimentos mediante esta modalidad no era la forma más eficiente para tratar el problema de la desnutrición de su población objetivo” (Viera 2012, 44), ya que no se tomaba en cuenta la redistribución intrafamiliar, sus efectos en la población infantil, y había problemas en la provisión regular de alimentos, como se indica en el siguiente testimonio:

El Aliméntate Ecuador surge primero como un programa que distribuye canastas de alimentos para las mismas personas que recibían el bono, que tenían niños menores de dos años y después ya comienza a darse toda una evolución porque en realidad con canasta de alimentos no beneficia al niño de manera directa porque eso se come la familia y además era una distribución de cada tres meses y a veces los recursos no llegaban (Entrevista Ex-Gerente del INTI, 2017).

Proyecto Alimentario Nutricional Integral (PANI)

El Proyecto Alimentario Nutricional Integral nace en el año 2010, como parte del programa Aliméntate Ecuador, con el objetivo de reducir la prevalencia de anemia en los niños y niñas

menores de 5 años; además se planteaba elementos relacionados con el cambio de comportamientos hacia una alimentación saludable, mejorar la calidad de la alimentación, y contar con sistemas de información. El grupo de atención eran las personas que asistían a los centros de desarrollo infantil adscritas al Ministerio de Inclusión Económica y Social. La principal característica del programa estaba en el facilitar la accesibilidad y consumo de los micronutrientes a la población de niños y niñas entre 6 a 59 meses atendidos por los centros públicos infantiles. El proyecto inició en Cotopaxi, Chimborazo, Cañar, Bolívar y Tungurahua, y desde mediados del 2010 se amplió a Guayas, Manabí, Pichincha, Imbabura y Pastaza.

Este proyecto tiene sus antecedentes en los programas de micronutrientes desarrollados por el Instituto Nacional de la Niñez y la Familia (INNFA) que proveía y dotaba a los menores de cinco años que asistían a sus programas de una colada fortificada denominada Nutrinfa. En la lógica de que la política pública se debe desarrollar por instituciones públicas, se disuelve al INNFA en el año 2008 y se convierte en el Instituto de la Niñez y la Familia (INFA), de carácter público, aglutinando a los programas INNFA, ORI, FODI (MIES 2013, 48). Entre 2008 y 2013 hubo una transición institucional y finalmente el INFA desaparece en 2013 y sus funciones se integran a la estructura del MIES y el MSP. En esa línea, el PANI se desarrollaba en los Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV) y en el Creciendo con Nuestros Hijos (CNH) que eran los principales programas de cuidado provistos por el MIES.

El proyecto estuvo vigente entre 2010 y 2014, con un presupuesto limitado, destinado principalmente a la provisión de las Chis paz, capacitación e investigación. Las Chis paz se otorgaban dos veces al año durante 60 días (MIES 2013, 64), desde el MIES a los centros infantiles y en las visitas domiciliarias, y desde el MSP hacia los niños que atendía en las consultas médicas (MSP 2011, 27).

Con estos antecedentes, el Proyecto Alimentario Nutricional Integral buscó reducir la anemia a través de suplemento nutricional en los centros de desarrollo infantil. Durante su vigencia, el programa tuvo algunos desafíos en referencia a la institucionalidad ya que, si bien pertenecía al MIES, estaba realizando temas similares a los del Ministerio de Salud, y a veces se sobreponían en sus labores, como se indica en el siguiente testimonio:

Ahí ves el problema de la institucionalidad, como los programas se vuelven muy frágiles. Creo que en ciertas partes del MIES, INFA se sigue con la estrategia de las chispas, pero ya ves que es una estrategia muy volátil y la otra cosa también es que el PANN 2000 también tenía ciertos recortes cuando no había presupuesto, a pesar de que se hacían compras para un año, si se daban cortes en los cuales no tienes asignación de presupuestos y se suspenden las compras, entonces este era otro factor de riesgo que enfrentaban los programas; no había dinero para siempre (Entrevista Ex-Gerente del INTI, 2018).

Entre las evaluaciones del programa se manifiesta que el piloto tuvo un resultado interesante, ya que mediante la entrega de Chis paz, presentaba resultados positivos en la reducción de anemia (Salazar 2016, 86; MCDS, 2011). De una forma más global, analizando el accionar de los CIBV y CNH, Oosterbek y Rosero (2011, 29) encuentran que “las visitas domiciliarias tienen un impacto positivo en la salud de los niños al reducir la probabilidad de tener anemia en un tercio. Los centros de cuidado infantil hacen que los niños tengan bajo peso con más frecuencia”. En el mismo sentido, en relación con la calidad de los centros, se encuentra que poseen bajos niveles de calidad, con lo que existen “amplios márgenes de mejora en lo que se refiere a aspectos estructurales y de procesos” (Araujo et al. 2015, 1); a su vez, no ha existido adaptación del cultural del currículo ni del menú, con personal sin formación específica, con problemas en la interacción entre el GAD y el Ministerio, y sin una adecuada focalización de las modalidades de atención ya que “un porcentaje considerable de usuarios (entre el 35% y 40%, aproximadamente), pertenecen al 60% de la población de mayores recursos” (Forum Consultor 2016, 2). Con ello, la modalidad de visita domiciliaria presenta resultados nutricionales interesantes, al comparar con los centros infantiles, donde puede estar influyendo el apego de la madre y su dedicación, mientras que en los centros se han tomado medidas relacionadas con la estandarización de la comida, que no necesariamente han resultado efectivas, como se indica en el siguiente testimonio:

Quien sabe mejor cuidar a los niños son las familias, y en ese sentido creo que hay que ser claro que la función del Estado es subsidiaria a la familia en el caso de que la familia no lo pueda hacer, pero no puedo crear incentivos perversos para desresponsabilizar a la familia diciendo yo lo puedo hacer mejor. (Entrevista Ex-Subsecretario de Desarrollo Infantil Integral, 2018).

Estrategia de Intervención Nutricional Territorial Integral (INTI)

La principal política específica ligada al combate contra la malnutrición aparece en el año 2008, la Política para la Reducción Acelerada de la Malnutrición Infantil en el Ecuador (PRAMIE). Ella fue puesta en operación mediante la Intervención Nutricional Territorial Integral (INTI) en el año 2009 y se focalizó en ocho cantones de las tres provincias con mayor prevalencia de desnutrición crónica infantil: Chimborazo, Bolívar y Cotopaxi. Posteriormente, la estrategia se expandió hacia tres provincias adicionales: Tungurahua, Imbabura y Cañar; y, por último, también abarcó las zonas urbano marginales de Quito, Guayaquil y Manta (MCDS 2009, 7).

El enfoque del programa era multisectorial, preventivo, de acción territorial donde interactúan distintos niveles de gobierno: gobierno central, Gobiernos Autónomos Descentralizados y sociedad civil. El objetivo general del INTI era mejorar el estado nutricional de niños y niñas menores de 5 años de los territorios intervenidos y sus familias. Este esquema institucional se relaciona con los cinco componentes principales: i) acceso a agua potable y saneamiento, ii) acceso a servicios de nutrición y salud, iii) desarrollo infantil y educación, iv) producción y consumo de alimentos saludables, y v) ejercicio de derechos ciudadanos (Manosalvas 2015, 217-230).

El INTI planteaba la confluencia de cinco instituciones bajo la coordinación del Ministerio Coordinador de Desarrollo Social: Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda, Ministerio Inclusión Económica y Social, Ministerio de Educación, y Ministerio de Agricultura, Ganadería, Acuicultura y Pesca. Esta congregación de ministerios se debía realizar tanto a nivel central para el diseño y monitoreo de la estrategia y a nivel de territorio, en las localidades priorizadas. En ese sentido, el INTI desde el MCDS se afirmaba que estaba orientado a “una atención priorizada geográficamente en los lugares donde los problemas de nutrición son más agudos, a través de intervenciones simultáneas, coordinadas y diferenciadas, según las condiciones específicas de estos espacios excluidos a nivel social, cultural, organizativo e institucional” (MCDS 2010, 31).

El presupuesto del programa se incrementó durante los primeros años, para luego disminuir; a su vez, la cobertura se amplió en base al tiempo.

Con estos antecedentes, la Estrategia de Intervención Nutricional Territorial Integral (INTI) pretendió mejorar la nutrición infantil desde una lógica intersectorial, enfatizando los temas de agua y saneamiento para mejorar las condiciones de entorno del hogar. Sin embargo, al existir varios actores públicos, hubo retos en la coordinación, más allá del piloto, donde el trabajo articulado entre Ministerios se dificultaba, como se indica en el siguiente testimonio:

El INTI era súper ambicioso, creo que es un aprendizaje también, empezó con esto de que hagamos todo, donde había los huertos, las casas modelos. Pero uno tiene que focalizar las balas, no sé si haya existido alguna evaluación, yo no he escuchado. Yo, lo que veo, es que se ha ido mutando en cosas que son parecidas, pero no veo que hayan aterrizado de forma importante en el territorio. Entonces, creo q todas son buenas iniciativas, y solo han ido cambiando la etiqueta. Y la manifestación es el resultado, o sea no hemos pegado en nada de la desnutrición. (Entrevista Gerente de Forum Consultor, 2019).

Entre las evaluaciones de la estrategia se encuentra que los resultados iniciales, de las provincias de Chimborazo, Bolívar, y Cotopaxi, obtuvieron un mejoramiento en temas de reducción de anemia y desnutrición (FAO 2012b, 18; MCDS 2011, 5; MCDS 2010, 32), y con ese argumento se expandió el programa hacia otras ciudades y provincias del país (Sánchez 2012, 359-361; MCDS 2017, 93). Sin embargo, entre las deficiencias del programa se encontraba que en la práctica no había llevado un proceso participativo, con limitaciones en la articulación sectorial, centrado en la ruralidad, con problemas en el flujo de fondos, el sistema de monitoreo y evaluación que no permitían conocer el avance en el objetivo global de la política, sin privilegiar a las personas de menores recursos ya que se les solicitaba escrituras de propiedad del terreno donde se encontraban las viviendas, se requería que entreguen un “documento avalado por el organismo competente en el que se certificaba el acceso al agua potable en el sitio donde se solicitaba la intervención” (Manosalvas 2019, 19) y el efectismo de una medida de corto plazo para generar legitimación política (Carranza 2011, 106; Manosalvas 2015, 262).

Por un lado, todavía existía desarticulación entre los servicios de salud, vivienda, agua, saneamiento y cuidado diario, sin un sistema de monitoreo de casos, focalización ineficiente de servicios e incentivos monetarios, falta de seguimiento de resultados, y ausencia de estrategia para el cambio de prácticas hacia mejorar la salud y nutrición (MCDS 2013, 13-14). En esa línea, existieron fallas de implementación de las políticas en contra de la malnutrición

responden a una “trampa de capacidad”, en donde el Estado carecía de las capacidades organizacionales para resolver este problema complejo (Naranjo 2014, 20). A su vez, hubo problemas de coordinación horizontal y vertical dentro de las instituciones encargadas de llevar a cabo la Estrategia, en esa línea, quedaron algunas competencias como la provisión de algunos bienes y servicios sin una adecuada responsabilidad en la ejecución (Manosalvas 2015, 294). Con ello, desde el propio Estado se encuentra que los resultados “son débiles y poco vinculantes, en el sentido que no se evidencian asociaciones o intervenciones directas en temas nutricionales” (SENPLADES 2017b, 22). La articulación en territorio fue uno de los principales problemas, como lo señala el siguiente testimonio:

El mayor desafío era lograr articularse en territorio ya que siempre existía recelo entre el Ministerios, ya que, si estaba uno, pensaba que era el único que debía seguir, diciendo que ellos saben lo que hacen, y las culturas organizacionales era difícil de superar, entonces por ahí se falla. Entonces se trabajó en territorio y los gobiernos seccionales estaban comprometidos, sobre todo los alcaldes y las juntas parroquiales, los cuales se empoderaron de la estrategia. Haciendo una autocrítica, el problema fue que no se logró escalar ya que se empezó por fases focalizadas y luego se intentó escalar a zonas urbano marginales, se intentó entrar a Manta, Quito y Guayaquil en zonas urbano marginales, pero luego no se dio toda la continuidad. Entonces hubo problemas de escalamiento y con ello no se logró mejorar la tasa, es decir, podía mejorar una parroquia, pero no se incidía en la tasa. La articulación entre ministerios era neurálgica (Entrevista Ex-Ministra del MIES y MCDS, 2017).

Proyecto Desnutrición Cero

El Programa Desnutrición Cero nace en 2011 con el objetivo de eliminar la desnutrición de los recién nacidos hasta el año de vida, planteado inicialmente desde 2011 hasta el 2013, en parroquias seleccionadas como prioritarias. Dichas parroquias se ubicaban en las provincias de Azuay (74), Bolívar (28), Cotopaxi (41), Chimborazo (56), Imbabura (46), Guayas (4), Manabí (1), Morona Santiago (1), Pichincha (3) y Tungurahua (49).

En ese sentido, es un proyecto con una temporalidad corta. Para ello, tenía dos objetivos específicos claramente definidos: i) atender a la mujer embarazada con una captación temprana desde el primer y segundo mes de embarazo, durante el embarazo, en el parto y al niño recién nacido hasta el año de vida; ii) aumentar la cobertura del control prenatal, la atención del parto institucional y del control del niño hasta el año de vida, con el apoyo de un

incentivo monetario. Este programa era administrado desde el Ministerio de Salud Pública (MSP 2010, 28).

El programa incluía la entrega de alimentación complementaria y micronutrientes. Además, este proyecto incluía una transferencia monetaria que implementaba elementos de condicionalidad. Las mujeres embarazadas debían asistir a 5 controles del embarazo y por cada control podían recibir \$10 dólares. A su vez, la atención del parto institucionalizado hacía que las mujeres reciban otros \$60 dólares adicionales. Por último, el control del niño en los centros de salud hasta el primer año de vida permitía que las familias reciban hasta \$10 dólares por control, con un máximo de pago de seis controles. Con ello, un hogar donde la mujer asistía a los cinco controles, tenía parto institucionalizado y llevaba a su hijo a los cinco controles, recibía de parte del Ministerio de Salud hasta \$170 dólares. La entrega de los incentivos monetarios estuvo a cargo del Programa de Protección Social del Ministerio de Inclusión Económica y Social, aprovechando su experiencia en el manejo de transferencias condicionadas del bono de desarrollo humano.

A partir del año 2014, el programa se denomina Nutrición en el ciclo de vida – Desnutrición Cero, teniendo como objetivo general el contribuir al mejoramiento del estado nutricional de la población infantil menor a 5 años de edad con enfoque integral de acuerdo al Modelo de Atención Integral en Salud - MAIS. En esa línea, se atiende a los niños hasta los cinco años y se elimina la transferencia monetaria del anterior programa (Valverde 2018, 23).

Con estos antecedentes, el Programa Desnutrición Cero pretendió aprovechar la ventana de oportunidad en nutrición infantil y erradicar la desnutrición mediante bonos condicionados. En el proceso hubo cambios de población objetivo, entrega de recursos, instituciones involucradas, y presupuesto asignado. En el campo de las transferencias, el Ministerio de Salud pública no tenía experiencia, por lo que fue un proceso de aprendizaje complejo, que involucraba instituciones públicas y privadas, como se indica en el siguiente testimonio:

El programa es muy costoso porque involucra primero una cantidad de logística impresionante, todo el país, tienes que trabajar con las instituciones bancarias operativas a nivel de las unidades donde nosotros trabajamos, pero fueron varios ya que estuvieron involucradas varios, muchas provincias de la Sierra, más Guayaquil. Entonces realmente ir hacer una negociación juntada con cada cooperativa, hacer que las personas logren tener una libreta de ahorros, o sea

bancarizar o hacer que las personas tengan todos estos servicios y uno de estos sectores rurales y alejados de las grandes ciudades, demanda un gran esfuerzo técnico y de energía para que las persona entiendan eso y luego que ellas puedan acercarse a hacer los cobros y las unidades financieras. Realmente es bien complicado y bien engorroso. Entonces nosotros como Salud creo que nunca supimos medir, desde que comenzó el programa, el nivel de trabajo que demanda hacer eso (Entrevista Ex-Coordinadora Nacional de Nutrición, 2019).

Entre las evaluaciones del programa se resalta, se considera que el bono apoyó la asistencia a controles y entrega de micronutrientes, sin embargo, existieron problemas con los sistemas de información, facilidades operativas para completar la ejecución, y metas de muy corto plazo, sin continuidad en el tiempo (Entrevista Ex-Coordinadora del Proyecto Desnutrición Cero, 2019). A su vez, en base a otros documentos, se considera que hubo una aplicación ineficiente del bono, teniendo como resultado que “las madres que recibieron los incentivos de MSP asisten el mismo número de veces que las madres que no reciben el incentivo” (MCDS 2013, 14). Esto puede ser explicado porque el incentivo monetario ocasionó complicaciones adicionales para los receptores al tener que abrir una cuenta financiera en un banco, para los miembros del MSP al realizar funciones de pago a las cuales no estaban acostumbrados, hubo retrasos en los pagos de los bonos; con ello, se retiró dicho incentivo (Manosalvas 2015, 222-223). En esa línea, el programa presentó problemas que limitaron sus resultados, como se indica en el siguiente testimonio:

Falló en el tema de la transferencia, no duró mucho. Creo que cometieron errores, el uno es que tú tenías una estructura, yo trabajaba, en ese tiempo en el bono, en el PPS que era una institución impresionante, poco conocida pero impresionante, al nivel de tecnología y todo. Claro, tu debías haber hecho eso atado al sistema de transferencias de quien sabe hacer el negocio; ellos no, hicieron un sistema paralelo, ellos hicieron un presupuesto paralelo contrataron un sistema paralelo. Claro, ahí rompiste la lógica, que es una lógica estructural y es más fácil atarte a quien sabe hacer el negocio. Luego viene el tema de presupuesto no es mala la idea, pero tuvo poco vuelo... la idea es muy buena, pero eso de hacerlo en paralelo, cerrado, muy metido en el tema de salud. La desnutrición crónica no es un tema de salud, todo el tema de tratarle a la madre, no es de salud, salud es el efecto, cuando ya llegas a ser desnutrido (Entrevista Gerente de Forum Consultor, 2019).

Proyecto Emblemático Acción Nutrición

El proyecto emblemático Acción Nutrición nace en el 2014 como una reformulación del proyecto PRAMIE-INTI y se convierte en la principal medida de combate a la malnutrición infantil en Ecuador. Esta estrategia ha sido impulsada por el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, e involucraba la intervención coordinada en territorio del Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda, Ministerio Inclusión Económica y Social, Ministerio de Educación, y Ministerio de Agricultura, Ganadería, Acuicultura y Pesca.

El principal objetivo de Acción Nutrición era “contribuir a la erradicación de las principales formas de malnutrición infantil a través del diseño e implementación de mecanismos de política pública y coordinación interinstitucional, nacional y local” (SENPLADES 2017b, 14). Para ello, se planteaba un trabajo intersectorial que permita una acción pública basada en una mejor cobertura de los servicios públicos y consejería nutricional. Adicionalmente, se han incorporado elementos relacionados con la búsqueda activa de casos de desnutrición, acceso a servicios de atención prenatal y salud sexual y reproductiva, hábitat saludable, sobrepeso y obesidad, y deficiencia de micronutrientes (MCDS 2017, 58). En ese sentido, este proyecto es el primero que incorpora explícitamente la lucha contra la desnutrición y el sobrepeso infantil.

Dentro de la ejecución del programa, existe una reformulación del mismo en el año 2016 y se denomina “Estrategia para la reducción acelerada de la desnutrición crónica”, con lo que el centro de la intervención vuelve a ser la desnutrición. Con ello, se planteaban criterios para la focalización del mismo, dirigido a menores de hasta dos años, hacia zonas donde exista: i) alta prevalencia de la desnutrición, ii) alta contribución de la desnutrición, iii) altas tasas de mortalidad materna y desnutrición, y iv) zonas afectadas por el terremoto que ocurrió en el país en abril de 2016. Entre las 9 provincias priorizadas estuvieron: Esmeraldas, Manabí, Santa Elena, Guayas, Pichincha, Bolívar, Chimborazo, Morona Santiago y Zamora Chinchipe (SENPLADES 2017b, 16).

Con estos antecedentes, el Programa de Acción Nutrición buscó erradicar los tipos de malnutrición infantil. En el proceso hubo cambios de objetivo, población de atención, instituciones involucradas, y presupuesto asignado; en ese sentido, se podría señalar que el

Acción Nutrición tuvo tres momentos que implicaban acoplamiento institucional, como se indica en el siguiente testimonio:

A través de la historia se tuvo el INTI, y tuviste momentáneamente un tema de desnutrición cero del ministerio de salud pública, luego tuviste acción nutrición que se creó desde el ministerio coordinador, pero ahorita digamos que estamos en un momento en que todo se ha tratado de coordinar en acción nutrición, y lo que hicimos en este mayo del 2016 en un taller con el presidente, ya con la nueva administración, fue coger acción nutrición, y hacer una priorización. Entonces nuevamente a eso se ha llamado “Estrategia de reducción acelerada por la desnutrición crónica” pero dentro del Marco de la estrategia de acción nutrición, entonces básicamente son prioridades de territorios, propiedades de productos y también de población (Entrevista Ex-Secretario Técnico de Erradicación de la Pobreza, 2016).

Entre las evaluaciones de los programas, se encuentra que la implementación de Acción Nutrición presentó problemas y resultados distintos a los esperados. La escalada de los programas nutricionales requería de un enfoque de abajo hacia arriba, ya que se pretendía expandir el INTI, que de por sí ya tenía sus limitaciones, y “sin las adecuadas capacidades institucionales y comprensión del contexto, que ahora era urbano marginal y no rural” (Entrevista Ex-Ministra del MIES y MCDS, 2016). El enfoque multisectorial implementado procuraba una intervención integral en contra de las causas de la malnutrición; sin embargo, la intersección de los programas en territorio era bastante débil, ya que cada institución aún obedecía, aunque menos que antes, solo a su misión, olvidándose de la necesaria integralidad, donde “los egos propios de las instituciones coordinadas, que perjudicaron el trabajo, y el cambio de autoridades, que afectó la continuidad de los programas” (Entrevista Ex-Secretario Técnico de Erradicación de la Pobreza, 2016; Entrevista Ex-Gerente del INTI, 2017). Este diagnóstico coincide con un documento de SENPLADES (2017b) en donde se indica que el programa generaba tensiones entre el MCDS y el MSP, donde el primero debía coordinar, pero el segundo era el principal generador de información; en este tema, dentro del MSP, la información es “desagregada, heterogénea y subutilizada” lo cual ha dificultado el seguimiento y la evaluación (SENPLADES 2017b, 91). Esta articulación se complicaba en territorio, como se indica en el siguiente testimonio:

Lo peor que nos pasó en territorio es que no estábamos en territorio. Es que nuestra dinámica no era territorial, antes de la parte orgánica funcional del ministerio. Entonces tu puedes

coordinar, aquí tu puedes llegar a acuerdos a nivel de las autoridades, a nivel de plantación central puedes hacerlo, pero al final en lo que sucedan las cosas, donde es algo que las cosas funcionen o no, Entonces no era sostenible se acaba el préstamo con el BID, realmente lo que paso, pero ya no tenías personas en territorio que pueden hacer. Y lo mismo que hacia la ministra que todos en la tarde juntitos y que todos piensen como una sinergia y no piensen uno para cada lado. No podía hacer. Entonces esa limitación no es menor, cuando creo que tienes el rol de coordinar (Entrevista Ex Asesora del Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, 2019).

En suma, la acción pública de la malnutrición infantil presenta un rol activo del Estado para el cumplimiento de los derechos relacionados con la nutrición infantil; en ese sentido, partiendo de un interés general por el desarrollo de los niños, se han creado varios planes, programas y proyectos para combatir la desnutrición, y en menor medida para el sobrepeso. Sin embargo, las políticas implementadas han tenido resultados limitados a nivel nacional, como se presentó en el *pooling data* no se ha alcanzado un cambio en la probabilidad de padecer desnutrición en el periodo 2006-2014, y el sobrepeso ha aumentado significativamente. Entre las principales falencias se relacionan en el *cómo* se han desarrollado dichos programas desde una inadecuada comprensión de la multidimensionalidad de la malnutrición infantil; en este proceso han existido problemas en relación con la focalización y la universalidad, los objetivos y tiempos de reducción de la malnutrición, la articulación y participación de los actores, la implementación en territorio, la información para tomar decisiones, y la evaluación de los programas, donde ninguno dispone de alguna evaluación de impacto. Esto ha sucedido a pesar de una evolución del presupuesto en los programas nutricionales, denotando un incremento en el tiempo, con cambios marcados desde el 2008, aunque con una reducción al final del periodo, lo cual se relaciona con una complicada situación económica en el Ecuador, producto de la reducción del precio del petróleo, y su efecto en el gasto social.

Tabla 12. Presupuesto de los programas relacionados con la nutrición infantil

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
MIES																	
Programa Aliméntate Ecuador	1.9	4.2	6.1	7.0	7.5	8.0	12.4	17.5	16.9	6.0	22.2	2.4	3.7				
Fondo de Desarrollo Infantil	0.0	5.6	13.3	13.4	22.8	25.2	33.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0				
Programa Operación Rescate Infantil	6.2	11.2	14.2	15.1	22.6	23.8	25.4	26.5	26.2	0.0	0.0	0.0	0.0				
Programa de Atención Infantil (INNFA)	26.2	30.1	32.2	36.5	42.6	45.1	72.9	72.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0				
Desarrollo Infantil								37.5	57.1	107.8	136.9	137.8	145.0	148.0	199.0	195.0	179.0
Proyecto Alimentario Nutricional Integral											3.5	2.7	2.8	1.7	0.7		
MSP																	
Programa Nacional de Alimentación y Nutrición	0.0	1.3	0.8	5.7	11.7	10.5	12.5	12.5	12.4	18.8	12.3	8.0	8.0	3.6			
Maternidad Gratuita	7.2	9.7	11.6	18.7	19.5	18.8	20.7	20.6	17.3	26.2	19.9	6.8	4.9	5.5	5.2	0.0	
Desnutrición Cero	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.1	2.4	2.7	1.5	6.2	0.9
VIVIENDA																	
Programa de Agua y Saneamiento para Comunidades Rurales y Pequeños Municipios	0.0	0.0	10.0	10.0	10.2	9.7	4.1	10.8	0.0	7.0	3.7	11.5	23.1	5.9	2.5	2.5	1.8
Agua Potable y Saneamiento Básico	11.5	17.5	30.5	28.2	37.2	43.0	41.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0				
Vivienda de interés Social Urbano y Rural	6.9	10.5	18.3	16.9	16.3	20.3	20.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0				
Bono de Vivienda	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	74.4	375.6	172.8	88.0	130.4	154.0	160.0	131.0	44.4	8.8
Titularización de Tierras	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.3	0.8	0.4	0.3	0.7	0.1	0.0	
MCDS																	
INTI/Acción Nutrición											0.1	0.9	2.7	1.1	0.9	0.3	
Emblemático Acción Nutrición																0.5	0.1
TOTAL	59.9	90.1	137.0	151.5	190.4	204.4	242.7	272.7	505.5	339.9	287.4	302.0	346.9	329.2	340.8	249.0	190.6

Fuente: Naranjo (2008), Manosalvas (2015), esigef (2018).

3.5. Convenciones y capacidades de la malnutrición infantil

En el campo de la malnutrición es posible distinguir al menos cuatro tipos de convenciones: doméstica, cívica, mercantil e industrial. En esta sección se presenta un análisis aplicado a la teoría de Boltanski y Thévenot (2006), que se trató en el capítulo dos, con el fin de evaluar el estado de la malnutrición infantil.

La convención doméstica se basa en la idea de que en la malnutrición existen tradiciones, jerarquías, y reglas que han permanecido en el tiempo, donde su modificación o permanencia influye en la desnutrición y el sobrepeso infantil. Dada la pluralidad de la acción social, lo doméstico recalca los vínculos, el conocimiento cotidiano y la familiaridad. Desde esta perspectiva, la malnutrición se relaciona con acciones desarrolladas por los distintos actores sociales desde la proximidad, el saber de la experiencia y las relaciones de confianza.

La convención cívica se fundamenta en la creencia de que en la malnutrición infantil hay un interés colectivo, donde se impone una primacía del interés común sobre el individual. Dada la pluralidad de la acción social, lo cívico resalta los derechos, la voluntad general, el

representante. En esta perspectiva, la malnutrición se relaciona con prácticas de los distintos actores de la sociedad desde la justicia, la solidaridad y la cohesión social. La convención cívica, tomando como referencia el trabajo de Baron e Isla (2006), desde la acción pública aborda elementos relacionados con los derechos humanos y el interés general.

La convención mercantil se establece en el pensamiento de que en la malnutrición hay acciones asociadas con la competencia y acumulación de la riqueza en torno al valor de mercado. Debido a la pluralidad de la acción social, lo mercantil resalta los competidores, clientes, y el intercambio. Desde esta perspectiva, la malnutrición se relaciona con prácticas desarrolladas por los distintos actores sociales desde el canje y la acumulación de dinero.

La convención industrial se fundamenta en las prácticas que giran alrededor de la malnutrición relacionadas con comportamientos ligados a la eficiencia productiva desde diversos actores de la sociedad. Dada la pluralidad de la acción social, lo industrial resalta la eficacia, al especialista y la estandarización. En esta perspectiva, la malnutrición se relaciona con prácticas realizadas desde la lógica de controlar y ser productivo.

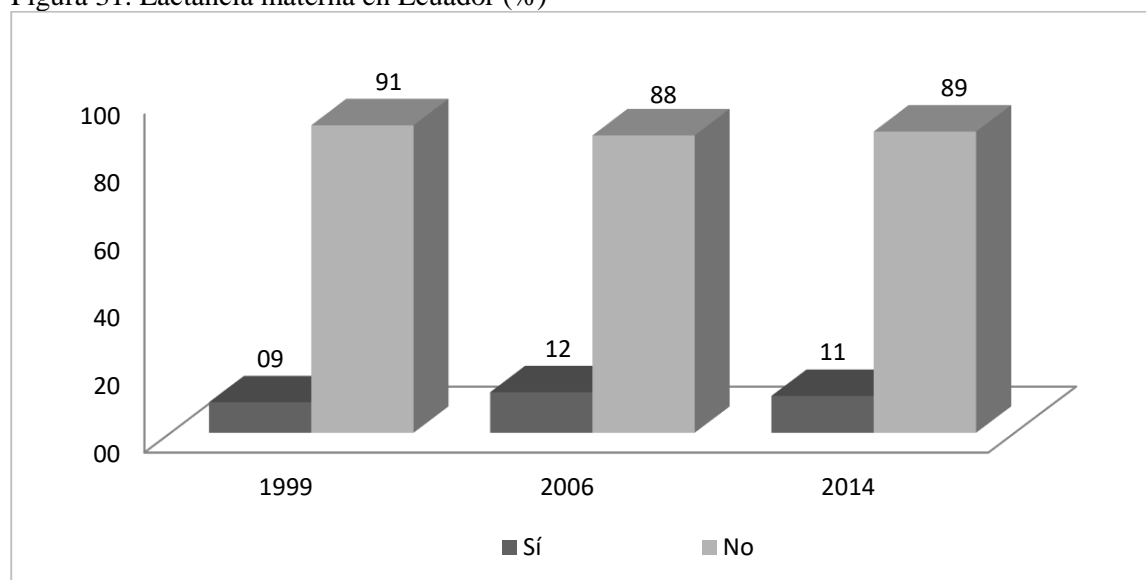
Dentro de este contexto de convenciones, la malnutrición infantil debe ser entendida como la privación de capacidades ya que tiene el carácter de ser algo no deseable para el desarrollo de los niños, donde diversas prácticas, acuerdos, y formas de comprensión y evaluación han variado y coexistido en el tiempo. Dichas capacidades son contingentes de diversos factores de conversión ambientales, sociales y personales que influyen en la malnutrición. En este proceso, la interacción entre las convenciones aporta en la comprensión de la situación de malnutrición infantil presente en el Ecuador. A continuación, se presentan las tensiones entre las convenciones y las capacidades a través de sus factores de conversión.

Lactancia materna

La literatura científica acumulada a lo largo de los años, y como se señaló en el capítulo uno, considera que la lactancia materna es un elemento crucial en el desarrollo de los menores de cinco años, donde la duración recomendada es de 6 meses como alimento exclusivo (Kramer y Kamuca 2004, 63). A partir de ahí, los infantes deberían recibir alimentos complementarios adecuados, sin dejar la lactancia materna hasta los dos años (OMS 2003, 8; MSP 2012a, 9). En Ecuador, la proporción de menores de cinco años que cumple con las recomendaciones de

la Organización Mundial de la Salud (2003) es de alrededor de 11%. Esta proporción se ha mantenido estable en el tiempo ya que en 1999 era de 9%, 2006 de 12% y 2014 de 11%, como se presenta en la siguiente figura.

Figura 31. Lactancia materna en Ecuador (%)



Fuente: ECV (1999), ECV (2006), ECV (2014).

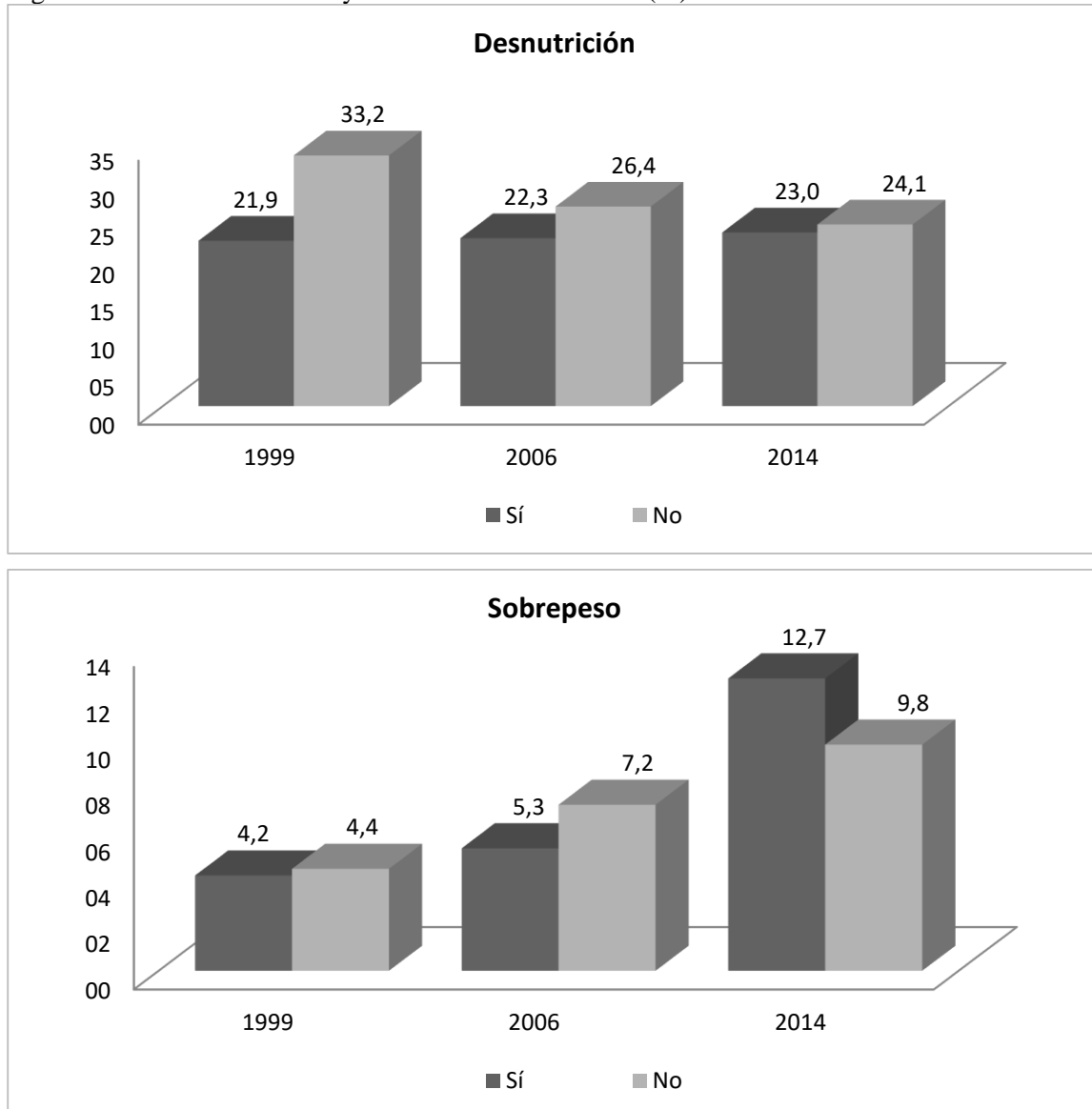
La lactancia exclusiva hasta los seis primeros meses solamente se cumple en 44% de los hogares, es decir, menos de la mitad de los hogares nacionales (Freire et al 2014). En ese sentido, persiste una convención doméstica de limitada lactancia materna exclusiva y con alimentación complementaria hasta los dos años. Este hecho es relevante en malnutrición ya que desde el Ministerio de Salud Pública se afirma que las deficiencias de nutrientes en los primeros años de vida se “manifiestan por prácticas inadecuadas de alimentación, que, en el inicio de la vida, están relacionadas con malas prácticas de lactancia materna” (MSP 2012b, 7). Con ello, la lactancia materna podría ser ese factor de conversión de las capacidades en nutrición, ya que beneficia el desarrollo del menor, incrementando su bienestar.

La lactancia materna adecuada es contingente y condicional a distintos factores. Por región, la lactancia materna adecuada es superior en la amazonía (17.6%), seguido de la sierra (16.2%), la región insular (9.8%) y la costa (5.3%). Por área, es superior en el área rural (13.7%) que en el área urbana (9.0%). Por nivel de riqueza, es superior en los pobres (13.0%) que en los no pobres (9.3%). Por etnia, es superior en la etnia indígena (21.3%), seguido de la mestiza (10.3%), la etnia negra y afrodescendiente (7.9%), otras etnias (5.3%) y la blanca con (4.1%).

Por sexo del menor, no existen diferencias significativas. En ese sentido, la comprensión de la malnutrición debe tomar en cuenta que las capacidades de la lactancia materna se encuentran limitadas o favorecidas por sus contextos.

A su vez, la malnutrición infantil está influenciada por la presencia o ausencia de dichas capacidades. En ese sentido, la desnutrición infantil es menor en aquellos que recibieron lactancia materna de forma correcta. Para el año 1999, los menores de cinco años que recibieron lactancia correcta tuvieron una desnutrición de 21.9%, lo cual es inferior al 33.2% de aquellos que no la recibieron; en 2006, la relación fue de 22.3% y 26.4%; y en 2014, se ubica en 23.0%, y 24.1%, respectivamente. El sobrepeso infantil es menor en aquellos que recibieron lactancia correcta, aunque para 2014 dicha relación ha cambiado, lo cual podría estar relacionado también con el tipo de alimentación complementaria, como se indica en la siguiente figura:

Figura 32. Lactancia materna y malnutrición en Ecuador (%)



Fuente: ECV (1999), ECV (2006), ECV (2014).

La limitada práctica de la lactancia materna desde el MSP (2012) se atribuye a problemas en el accionar de los servicios de salud, falta de una adecuada consejería sobre sus beneficios y una convención mercantil relacionada con la leche materna, ya que hay una “gran difusión de la cultura del biberón y promoción incontrolada de los sucedáneos de la leche materna” (MSP 2012b, 19). En el trabajo de campo, desde distintos actores relacionados con la malnutrición infantil, se afirmaba que la lactancia materna ha sido afectada por la intromisión de las convenciones mercantiles en un ámbito doméstico, ya que en la actualidad tiene que luchar contra los intereses corporativos que se promocionan fuertemente, a través de distintos medios, para el consumo de la leche de fórmula; incluso desde las recomendaciones de algunos médicos. Así lo señala este testimonio:

Hay que revisar el impacto de las farmacéuticas, ya que hay un problema obvio de que las madres más pobres incluso llegan a comprar fórmula, a gastar el ingreso familiar en fórmula, porque han sido convencidas de que su leche no es buena o que se les seca la leche. Y de 0-2 años ese es el principal recurso de nutrientes, calorías, azúcares sanas de un bebé. El incremento de la fórmula es geométrico durante los últimos 10-15 años, hay cifras que dicen que es un sector de importante crecimiento empresarial. Ahí empiezas a incluir no solo a las mamás más pobres, sino a la población en general (Entrevista Investigadora en Nutrición, 2018).

En dos estudios del MSP, de los años 2011 y 2017, se realiza una evaluación del cumplimiento del Código de Sucedáneos de la Leche materna, y se encuentran resultados preocupantes. Por un lado, alrededor del 50% de madres fueron aconsejadas de alimentar a sus hijos con un producto lácteo en lugar de leche materna, de ellos, la recomendación en un 73% fue de médicos. A su vez, el 50% de médicos recomienda iniciar el consumo de leches de fórmula antes de los 6 meses, actuando en contra de la leche materna exclusiva en ese periodo. Además, el 68% de los establecimientos de venta promociona los sucedáneos de leche materna, donde solo el 27% señala que se debe usar ante una recomendación médica, y el 80% de las madres señalaba haber visto promociones en medios masivos de comunicación. En esa línea, en el Ecuador “las empresas fabricantes y distribuidoras de los productos bajo el Código han demostrado ser incapaces de autorregularse sobre sus prácticas de promoción a pesar de su compromiso” (MSP 2017). A su vez, se indica que “la falta de supervisión y monitoreo del cumplimiento del CICSML ha permitido una comercialización inapropiada de las tetinas, biberones y sucedáneos de leche materna” (MSP 2011).

En este tema, la imagen que construyen las prácticas mercantiles de la leche de fórmula tiene como objetivo el naturalizar su consumo, tratando de establecer en el imaginario colectivo que tiene los mismos beneficios de la leche materna, aprovechando el desconocimiento de la población y la falta de regulación. Estas prácticas deben ser reguladas para detener una industria que crece cada año en el Ecuador, favoreciendo intereses mercantiles, donde la lactancia materna “pierde su valor en la sociedad y entre las propias madres de los recién nacidos, que ven en las fórmulas infantiles un reemplazo de su leche, sin que puedan percibir una diferencia importante que las lleve a no elegir esa posibilidad” (Bertha y Caicedo 2017, 67).

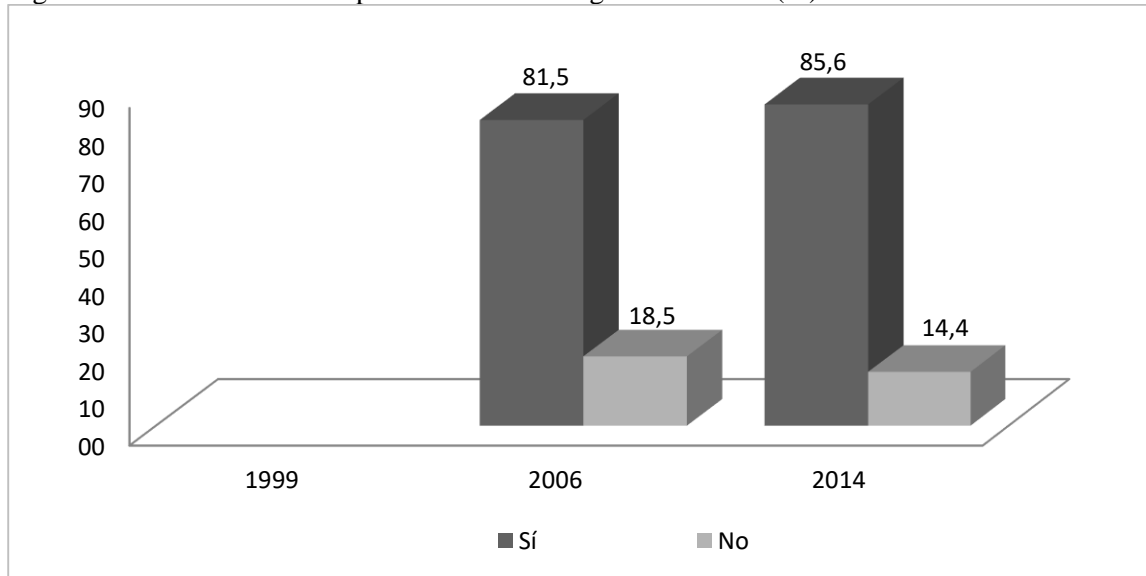
De forma relacionada, desde las prácticas mercantiles se ha tratado de invisibilizar las necesidades de las mujeres lactantes cuando se encuentran inmersas en el mundo del trabajo, donde no se brindan las condiciones necesarias para mantener esa estrecha relación madre-hijo, con permisos de maternidad relativamente cortos, afectando la producción y permanencia de esta práctica doméstica. Tomando en cuenta las razones por las que las madres dejan de dar de lactar a sus hijos, la causa del trabajo se ubicaba en 6.0% en el año 1999, incrementando a 6.6% para 2006, y 8.3% para 2014. Este hecho denota cambios en las relaciones de género, en donde las madres más jóvenes presentan cambios en las prácticas de lactancia materna en favor del mercado y perjudican el resultado nutricional de sus hijos; además, se agrava cuando las madres pertenecen al sector informal de la economía y no cuentan con la licencia de maternidad de al menos tres meses que por ley les correspondería, lo que tiene mayor efecto en las madres jóvenes. Lo señala este testimonio:

Qué condiciones le das a una mujer trabajadora, que da de lactar, no le das el permiso de lactancia adecuado, sino que le das los espacios de lactancia adecuados en el trabajo y cuando está dando de lactar en la calle le miras feo. Cómo quieres que haya lactancia materna exclusiva, si la sociedad y el mundo laboral no lo permiten y hay temas complementarios más allá de decir si la lactancia materna es adecuada (Entrevista Ex-Secretario Técnico de Erradicación de la Pobreza, 2016).

Alimentos

La provisión de alimentos en el Ecuador ha mejorado en el tiempo, como se indicaba en el contexto de este capítulo. Los hogares que consideran que disponen de suficiente alimento para satisfacer sus necesidades, es decir acceso, se ha incrementado, pasando de alrededor de 81.5% en 2006 hasta 85.6% en 2014, como se indica en la siguiente figura.

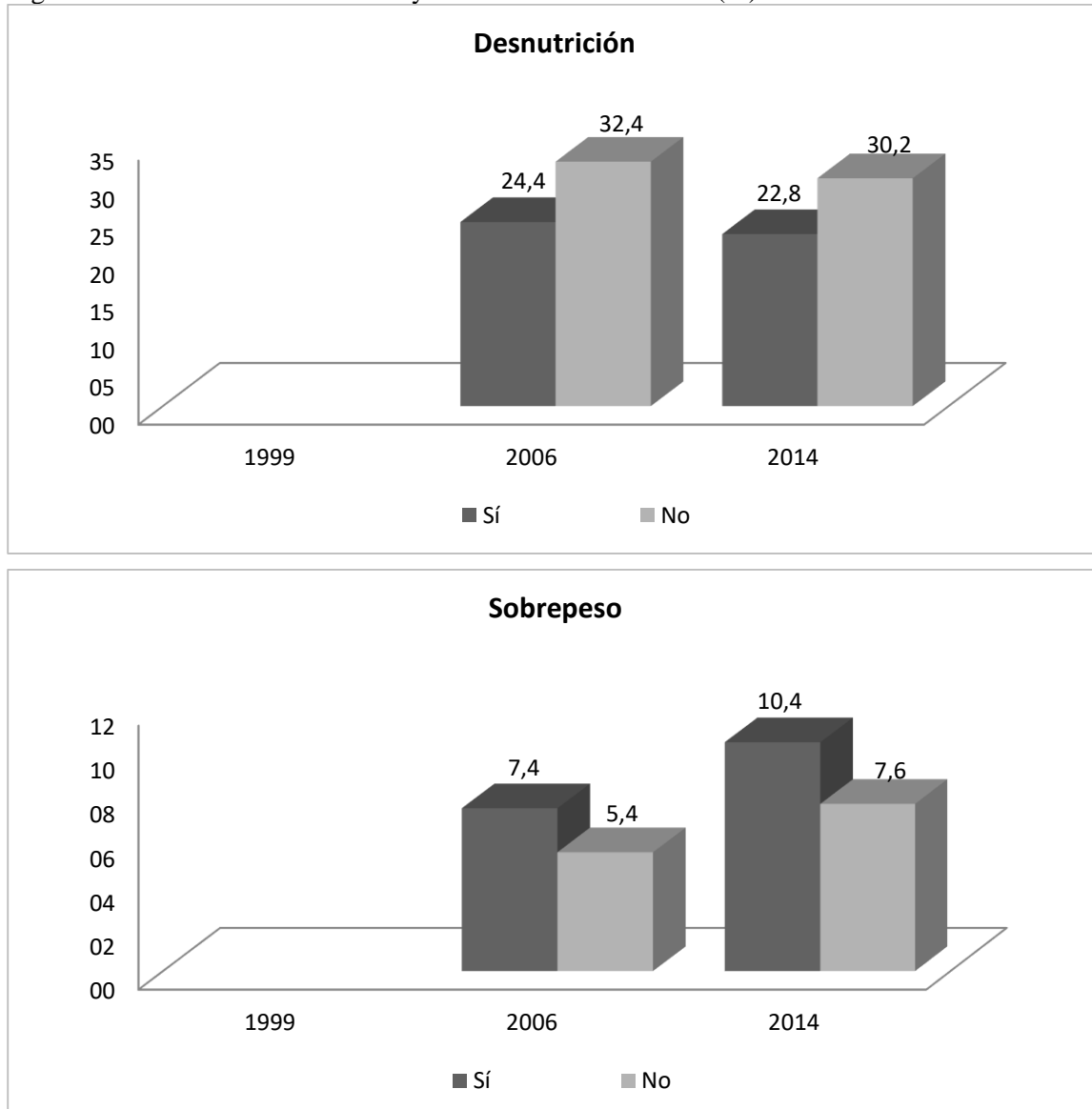
Figura 33. Suficiente comida para alimentar al hogar en Ecuador (%)



Fuente: ECV (1999), ECV (2006), ECV (2014).

Sin embargo, todavía persiste alrededor de un 15% de los hogares que considera que no han tenido el acceso suficiente para alimentar a todos los miembros del hogar. Esta percepción de la alimentación se relaciona con la malnutrición. Para el año 2006, los menores de cinco años que tenían suficiencia alimentaria dentro de su hogar tuvieron una desnutrición de 24.4%, lo cual es inferior al 32.4% de aquellos que no la tenían, y para 2014, la relación se ubica en 22.8%, y 30.2%, respectivamente. El sobrepeso infantil es superior en los hogares con suficiencia alimentaria, pasando de 7.4% en 2006 a 10.4% en 2014, como se indica en la siguiente figura.

Figura 34. Suficiencia de alimentos y malnutrición en Ecuador (%)

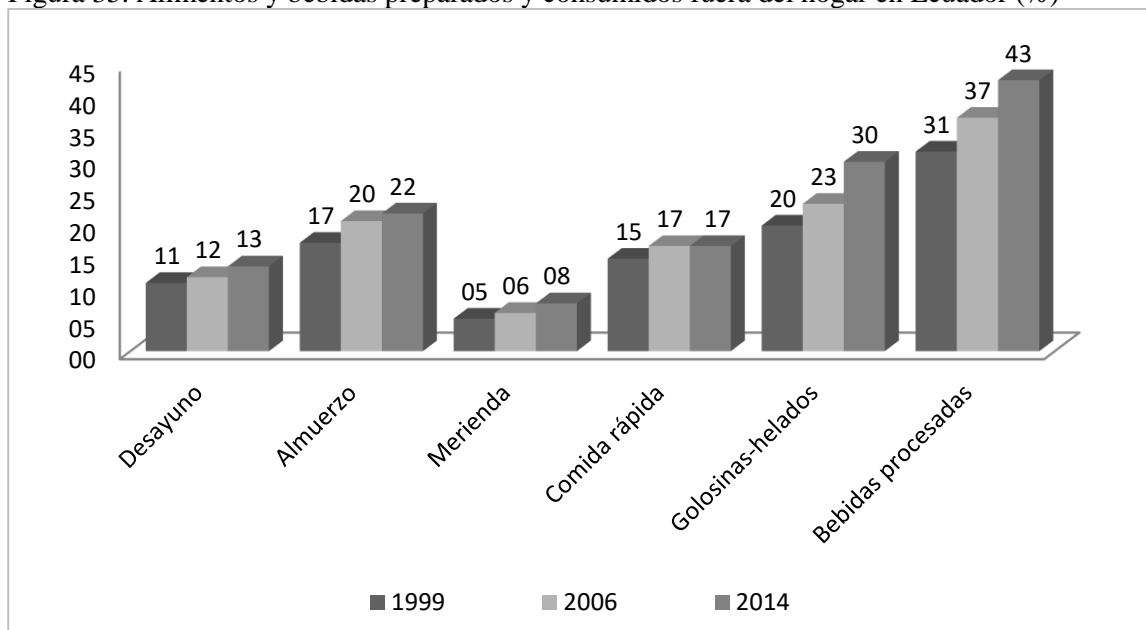


Fuente: ECV (1999), ECV (2006), ECV (2014).

Dentro del trabajo de campo, usando la metodología KAP (Knowledge, Attitudes, and Practices) las madres entrevistadas y que formaron parte de los grupos focales, en general conocían sobre los alimentos nutritivos, aunque en la práctica mayoritariamente consumían y proveían a sus hijos de alimentos poco nutritivos, debido a la rapidez y facilidad con la que se podía preparar. De parte de ellas, existían sentimientos de añoranza de un tiempo pasado donde se tenía la idea de una mejor alimentación, que se señalaba había sido modificada por las lógicas del mercado, tomando el ejemplo del “Camembert” del texto de Diaz-Bone (2016, 57), existe una lógica tradicional de producir alimentos y una lógica moderna, donde “la convención doméstica y la convención industrial se oponen entre sí”.

Actualmente, el país se encuentra atravesando una transición nutricional que se caracteriza por el incremento del consumo de alimentos procesados y ultraprocesados, los cuales tienen la ventaja de ser relativamente económicos y de fácil acceso, aunque con menor contenido nutritivo. Tomando en cuenta la clasificación de alimentos NOVA 2017, en base a la información disponible en las ECV, se encuentra que el consumo de alimentos procesados y ultraprocesados ha aumentado en el periodo de estudio, tanto para los desayunos, almuerzos, meriendas, comida rápida, golosinas y bebidas procesadas consumidas fuera del hogar, como se indica en la siguiente figura.

Figura 35. Alimentos y bebidas preparados y consumidos fuera del hogar en Ecuador (%)



Fuente: ECV (1999), ECV (2006), ECV (2014).

En un estudio de la OPS (2015) se señalaba que, en el Ecuador, el mercado de los alimentos comestibles tiene una concentración alta, del 40.3%, y donde las ventas de productos alimentarios y bebidas ultraprocesados aumentaron 19.8% en el periodo 2000-2013, lo que representa un crecimiento anual de 1.4%. Este cambio en la alimentación está presente en los hogares urbanos y rurales, independientemente de su nivel económico, a distintos ritmos, donde en las zonas de menores recursos existe un mayor consumo de carbohidratos y menor consumo de grasas y proteínas (DiRocco y Cuvi 2014, 6; Freire et al. 2014a, 301; Freire et al. 2018a, 6). En este complejo panorama, el “mercado orientó sus estrategias hacia ese segmento de la población y puso a su alcance productos alimenticios industrializados, de producción

masiva, baratos, de baja calidad nutritiva y alto contenido en grasas saturadas y azúcares simples, pero que satisfacen el apetito” (Yépez 2005, 22).

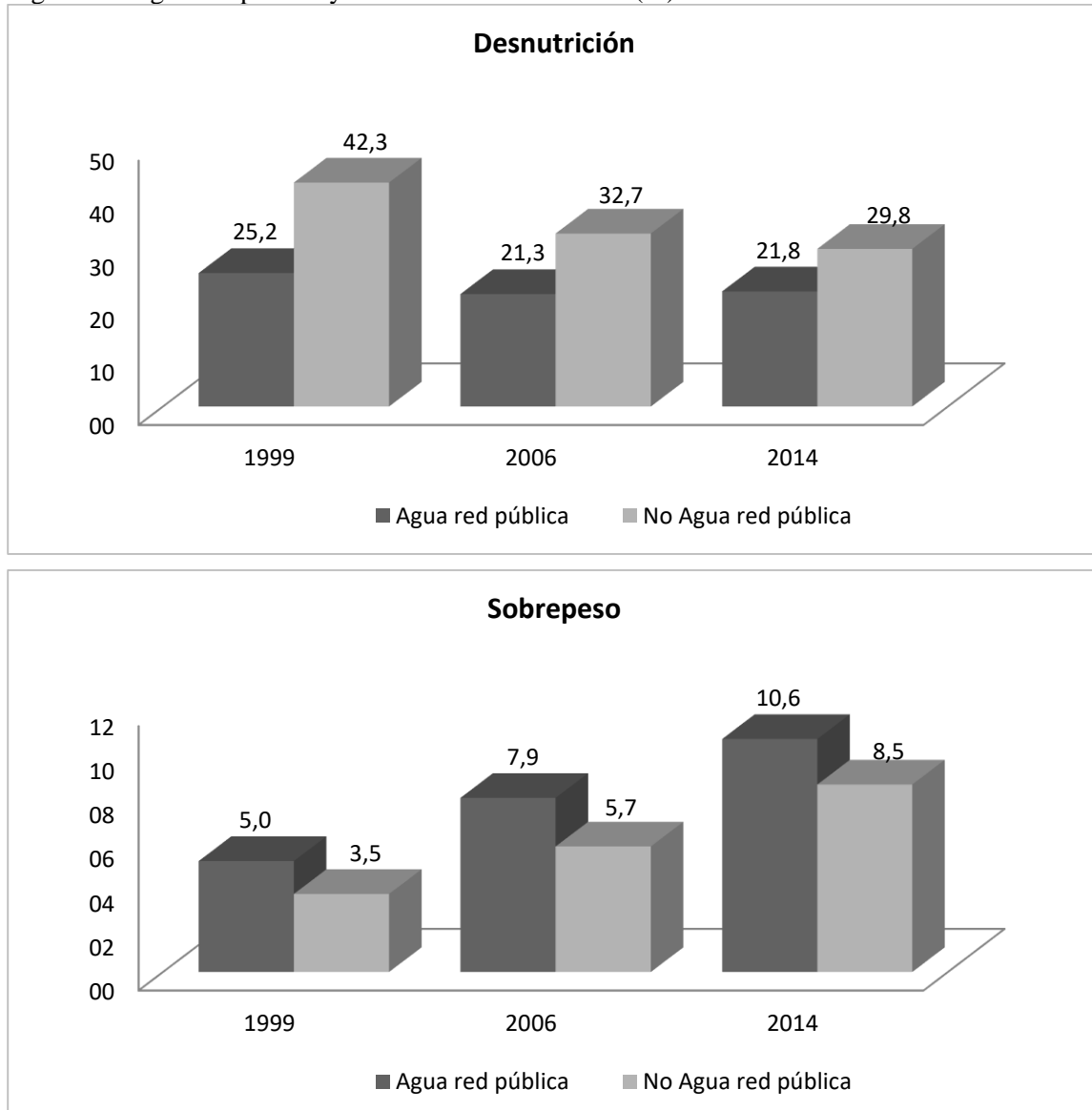
Asimismo, este proceso de cambio en las prácticas de los hogares ha sido acelerado debido a la masiva publicidad de los alimentos poco o nada saludables, y a la pobre o nula regulación sobre los mismos, donde resulta preocupante la libertad de difusión que tienen los productos ultraprocesados dentro del país a través de los medios de comunicación. Como ejemplo, para Guayaquil se encontró que cerca del 81% de los anuncios de alimentos en medios de comunicación se referían a alimentos poco o nada saludables y en Quito esa cifra alcanzaba al 86%. Es decir, la promoción de la alimentación nutritiva se encuentra en clara desventaja ante la penetración de las prácticas mercantiles (Peña, Montoya y Rodríguez 2014, 45).

Agua

El acceso a servicios de agua y saneamiento ha mejorado a nivel nacional, como se indicaba en el contexto de la malnutrición infantil. Este hecho es relevante ya que en la literatura se reconoce que el acceso a fuentes de agua y saneamiento afecta la malnutrición (Gutiérrez et al. 2017, 41). Para Ecuador, los hogares con problemas de acceso a dichos servicios son aquellos con mayores tasas de desnutrición, y aquellos con mejores dotaciones tienen mayores problemas de sobrepeso infantil. En ese sentido, un hogar con acceso a agua por red pública en 1999 tenía una prevalencia de desnutrición de 25.2% y un hogar sin acceso de 42.3%, para 2006 la relación era de 21.3% y 32.7%, y para 2014 es de 21.8% y de 29.8%, respectivamente.

En esa línea, la desnutrición infantil se reduce en los hogares con acceso y sin acceso en el periodo de 1999 a 2006, aunque se incrementa ligeramente para los hogares con acceso en el periodo 2006 y 2014. A su vez, el sobrepeso es mayor en los hogares con agua por red pública, pasando de 5.0% en 1999 a 10.6% en 2014, respectivamente; mientras que los hogares sin acceso a agua por red pública, han pasado de 3.5% en 1999 a 8.5% en 2014, como se presenta en la siguiente figura.

Figura 36. Agua red pública y malnutrición en Ecuador (%)



Fuente: ECV (1999), ECV (2006), ECV (2014).

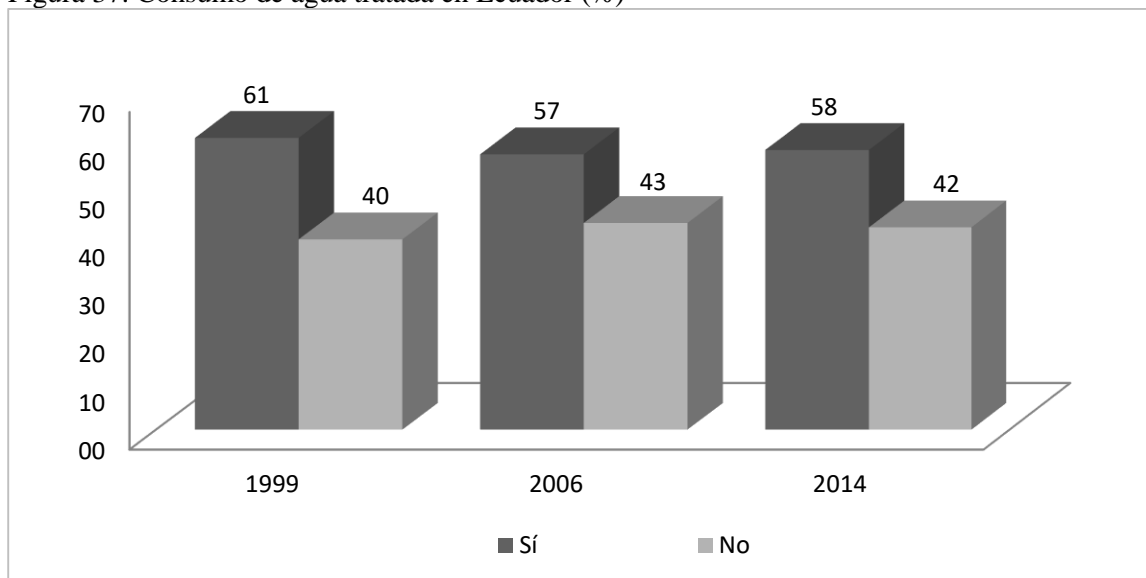
En base a referencias científicas se considera que el estado del agua que se consume es importante; es decir, importa el acceso, pero también el tipo de agua que se usa. En Ecuador de acuerdo a Molina et al. (2017) se señala que el porcentaje de hogares con agua segura se encuentra en alrededor del 70%. Ante problemas de contaminación del agua, desde la OMS se recomienda “beber agua hervida, filtrada o tratada con cloro o yodo, y guardada en recipientes limpios... y agua embotellada si se sabe que es inocua” (OMS 2006, 97).

Este proceso se realiza con la intención de inactivar o retirar los microorganismos patógenos; es decir, evitar los parásitos en el cuerpo humano, que tienen consecuencias en la nutrición infantil; por ejemplo, una persona que se ha desparasitado en el último año tiene una

prevalencia de desnutrición cercana al 25%, mientras que el que no lo ha hecho tiene una de 27%, y para 2014, se ubicaban en 22% y 25%, respectivamente; al mismo tiempo, las personas que no se desparasitan adolecen de mayor sobrepeso, siendo para 2014 el sobrepeso de 7.2%, y de los que no lo hacen de 6.8%.

En Ecuador, la proporción de menores de cinco años que dentro de sus hogares se cumple con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (2006) de consumir un agua tratada es de alrededor de 58%. Esta proporción se ha mantenido estable en el tiempo ya que en 1999 era de 61%, 2006 de 57% y 2014 de 58%, como se presenta en la siguiente figura.

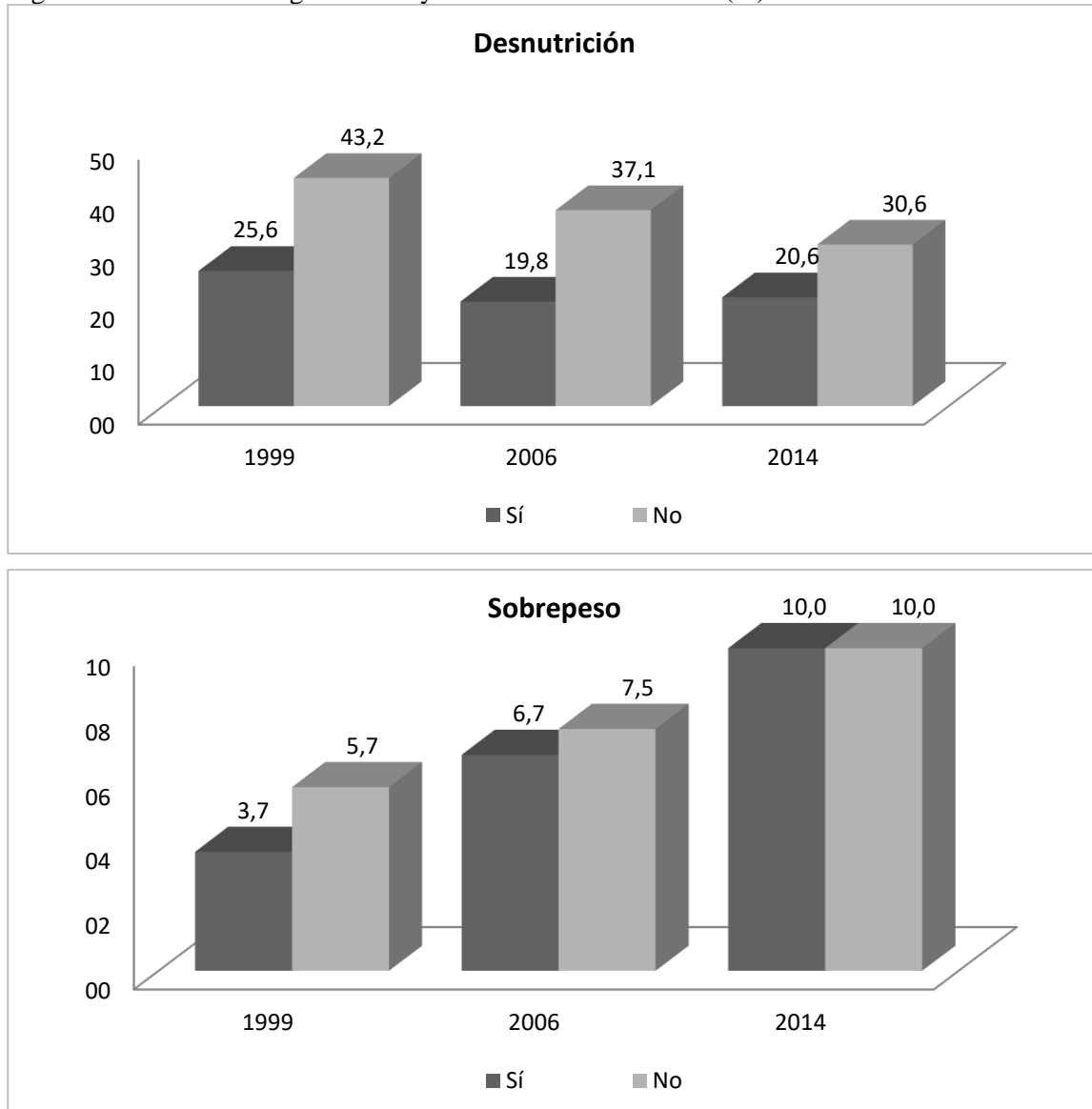
Figura 37. Consumo de agua tratada en Ecuador (%)



Fuente: ECV (1999), ECV (2006), ECV (2014).

La desnutrición infantil es menor en aquellos que consumen tratada. Para el año 1999, los menores de cinco años que consumieron agua tratada tuvieron una desnutrición de 25.6%, lo cual es inferior al 43.2% de aquellos que no la consumieron; en 2006, la relación fue de 19.8% y 37.1%; y en 2014, se ubica en 20.6%, y 30.6%, respectivamente. El sobrepeso infantil es menor en aquellos que consumen agua tratada, aunque su diferencia con aquellos que no la consumen se ha ido reduciendo en el tiempo, y para 2014 dicha relación se ha equiparado, como se indica en la siguiente figura:

Figura 38. Consumo de agua tratada y malnutrición en Ecuador (%)

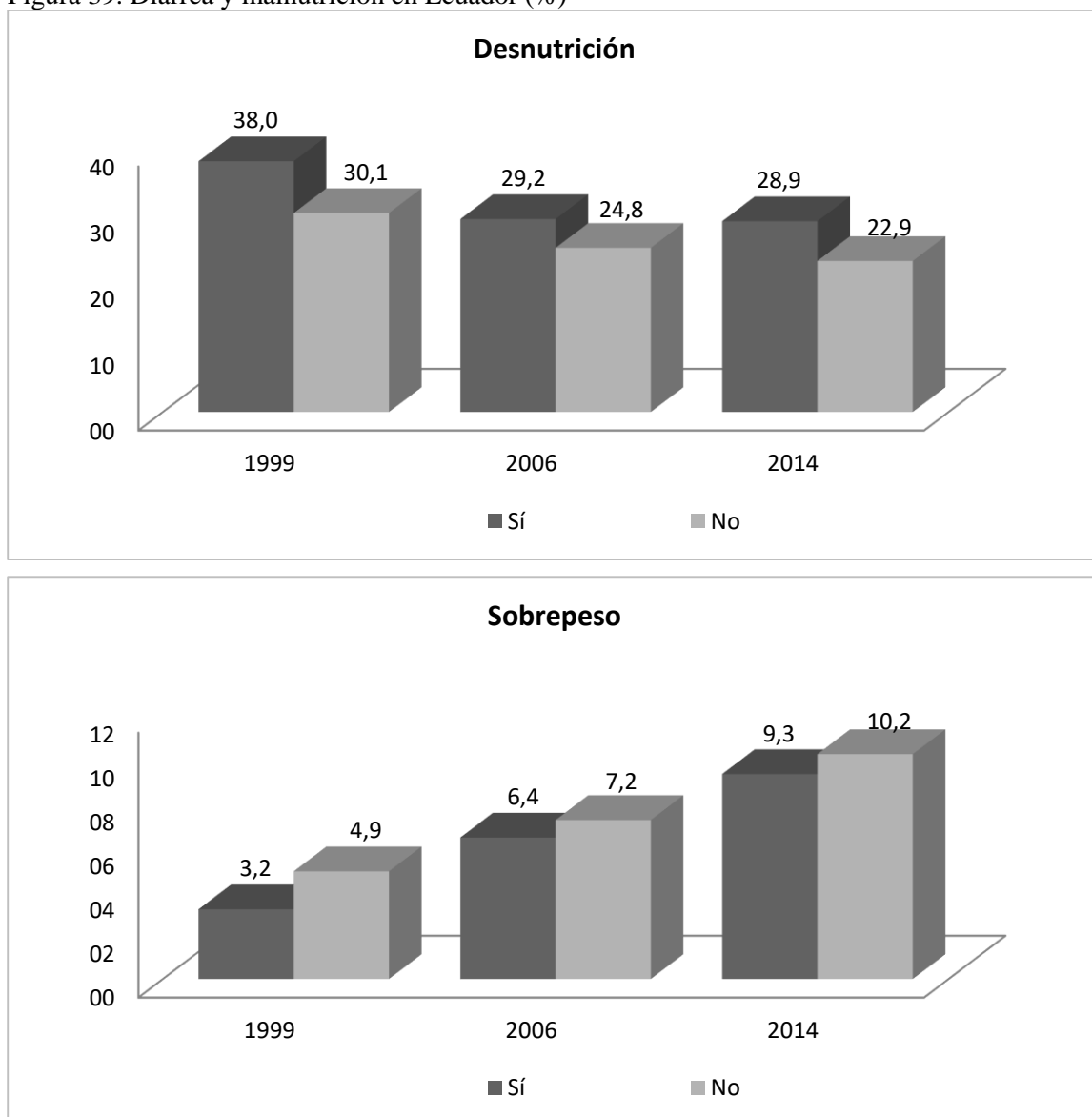


Fuente: ECV (1999), ECV (2006), ECV (2014).

Esta convención doméstica/cívica tiene una tensión permanente contra la convención industrial. En el Ecuador alrededor del 20% de la población consume agua contaminada, la cual está expuesta a distintos tipos de contaminación (Banco Mundial 2017, 53). Además, dependiendo de la rama de actividad, en el país como primario exportador, todavía se destina gran cantidad de agua dentro de la industria del banano (FAO 2011a, 120). En esa línea, el agua desde la eficiencia productiva es distinta a un interés general, donde “la contaminación de los recursos hídricos causada por los desperdicios generados por los municipios y la industria, residuos de la agricultura, la crianza de animales, la minería, petróleo y otros desperdicios sólidos urbanos confieren un escenario perjudicial para la salud de la población en todo el Ecuador” (CEPAL 2012, 3).

A nivel de la literatura se ha encontrado que una adecuada lactancia y agua tratada actúan como factores de conversión de la nutrición ya que permiten una disminución de la diarrea infantil (WHO 2009, 2). En esa línea, en el Ecuador la desnutrición infantil es mayor en aquellos que tuvieron problemas de diarrea, donde para 2014, los niños que tuvieron diarrea presentaron desnutrición de 28.9%, y los que no tuvieron diarrea tuvieron desnutrición de 22.9%. El sobrepeso infantil resulta menor en aquellos que tuvieron diarrea, donde para 2014, los niños que sí tuvieron presentaron sobrepeso de 9.3%, y los que no tuvieron un sobrepeso de 10.2%, como se indica en la siguiente figura.

Figura 39. Diarrea y malnutrición en Ecuador (%)



Fuente: ECV (1999), ECV (2006), ECV (2014).

Este resultado se debe a que la diarrea es causante de una pérdida de peso y poco apetito, lo que es perjudicial para la desnutrición y reduce el sobrepeso, ya que “afectan el estado nutricional de un niño al disminuir su apetito y reducir la absorción, utilización y requerimiento de nutrientes” (Banco Mundial 2007, 48).

3.6. Conclusiones

Del análisis realizado, se puede concluir que el Ecuador presenta un mejor contexto en términos políticos, económicos y sociales. Por una parte, existe una mayor estabilidad política desde mediados de la década pasada, donde ha vuelto la planificación nacional hacia el desarrollo nacional. A su vez, ha existido un mayor crecimiento económico producto del boom de los commodities, lo que ha repercutido en un incremento del tamaño del Estado y de su gasto social. Ante ello, el país presenta un progreso general de los indicadores sociales asociados con menor pobreza, desigualdad, enfermedades infantiles, y acceso a agua y saneamiento. No obstante, como resultado de brechas históricas estructurales, dentro del Ecuador subsisten profundas inequidades relacionadas con la región, área, etnia, entre otros.

En medio de este contexto, la malnutrición infantil en el país se encuentra en niveles alarmantes para su nivel de desarrollo. La desnutrición crónica afecta al 23.9% de los menores de cinco años y denota una limitada disminución en el tiempo; este resultado es cerca del doble de lo que poseen países con igual producción por persona, como Colombia y Perú. El sobrepeso y la obesidad han incrementado su prevalencia, llegando a cerca del 10%, convirtiéndose en un problema, fruto de una transición nutricional y epidemiológica.

El perfil de la malnutrición presenta particularidades por región, provincia, área, nivel económico, sexo y etnia. La desnutrición tiene mayor prevalencia en la región amazónica y en la sierra, dentro del área rural, en aquellos que sufren pobreza, en los hombres y en la etnia indígena; en el tiempo, existen tendencias hacia una homogeneización de la desnutrición, con lo que se reducen las brechas por región, área, nivel económico, y una menor dispersión en las provincias del país, reduciendo la concentración del problema como en el pasado. El sobrepeso es superior en la región insular y la sierra, en el área urbana, entre los no pobres, en los hombres y entre los blancos; en el tiempo, el sobrepeso tiende a un incremento de las brechas por área, nivel económico, sexo, etnia, y una mayor dispersión entre provincias.

La acción pública presenta a la malnutrición infantil como un tipo de transgresión a los derechos de los niños y niñas, que resulta no deseable para el interés general y desarrollo integral de los menores. Ante ello, el Estado ha realizado diversos programas y proyectos relacionados con la alimentación y nutrición infantil, presentando una reducción significativa en el periodo 1999-2006, y no significativa en el periodo 2006-2014, y aumento significativo del sobrepeso en ambos periodos. Sin embargo, los resultados son bastante limitados a nivel nacional, combinando problemas relacionados con el entendimiento de la multidimensionalidad, con poca articulación, con permanente cambio institucional en responsabilidades, metas y objetivos, sin la información necesaria, y poca o nula evaluación para la toma de decisiones.

Finalmente, la interacción entre las convenciones aporta en la comprensión de la situación de malnutrición infantil desde las prácticas y las capacidades. Existen tensiones entre lo doméstico y lo mercantil en lo referente a la lactancia materna, donde menos de la mitad de las mujeres realizan la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses, y solo una de cada diez cumple con las recomendaciones de la OMS; mientras que las empresas se benefician del negocio de la leche de fórmula y no se cumple ni controla el Código de sucedáneos. Además, hay tensiones en referencia a la alimentación, donde a pesar de que existe disponibilidad de alimentos para la población nacional, hay problemas en cuanto al acceso ya que un 15% de los hogares considera que no tienen los alimentos suficientes para alimentar a los miembros del hogar; y, a su vez, el país presenta cambios en los hábitos de consumo hacia alimentos procesados y ultraprocesados, que poseen menor valor nutritivo. Adicionalmente, hay tensiones en relación al agua, donde si bien ha mejorado su acceso, todavía cerca del 40% no trata el agua para el consumo, lo que se relaciona con la presencia de enfermedades como la diarrea que incide en la desnutrición; y, al mismo tiempo hay una mayor contaminación del agua producto de actividades industriales centradas en la eficiencia productiva.

Capítulo 4

La malnutrición infantil en Chimborazo: una mirada desde la acción

4.1. Introducción

La malnutrición infantil en la provincia de Chimborazo presenta un panorama complejo. La desnutrición afecta al 44% de la población infantil y el sobrepeso a cerca de 6% de los menores de cinco años. Dentro del Ecuador, Chimborazo es la provincia con la mayor tasa de desnutrición en la región sierra, y un sobrepeso bajo el promedio nacional. En las últimas décadas, la desnutrición se ha reducido y el sobrepeso se ha incrementado levemente.

El objetivo de este capítulo es analizar la malnutrición infantil en Chimborazo durante el periodo 2000-2017. La composición del mismo consta de cuatro secciones.

La primera sección muestra el contexto en el cual se desarrolla la malnutrición en Chimborazo, en donde se presenta una provincia rezagada en términos sociales, con altos niveles de pobreza. La segunda sección examina el perfil de la malnutrición infantil en Chimborazo, en donde la desnutrición y el sobrepeso presentan características similares, teniendo mayor prevalencia en el área rural, escasos niveles de ingresos, y etnia indígena.

La tercera parte sección analiza la acción pública de Chimborazo alrededor de la malnutrición infantil, basados en el trabajo de Zittoun (2016), se presentan las principales políticas y programas desarrollados desde el Estado y el gobierno local, con sus alianzas. Por último, la cuarta sección indaga sobre las convenciones y capacidades de la malnutrición infantil en Chimborazo, basados en los trabajos de Boltanski y Thévenot (2006) y de Sen (2012). Entre los principales hallazgos se resalta que la malnutrición se desarrolla dentro de una provincia con necesidades estructurales, con tensiones entre las convenciones domésticas y mercantiles, lo que limita el desarrollo de capacidades.

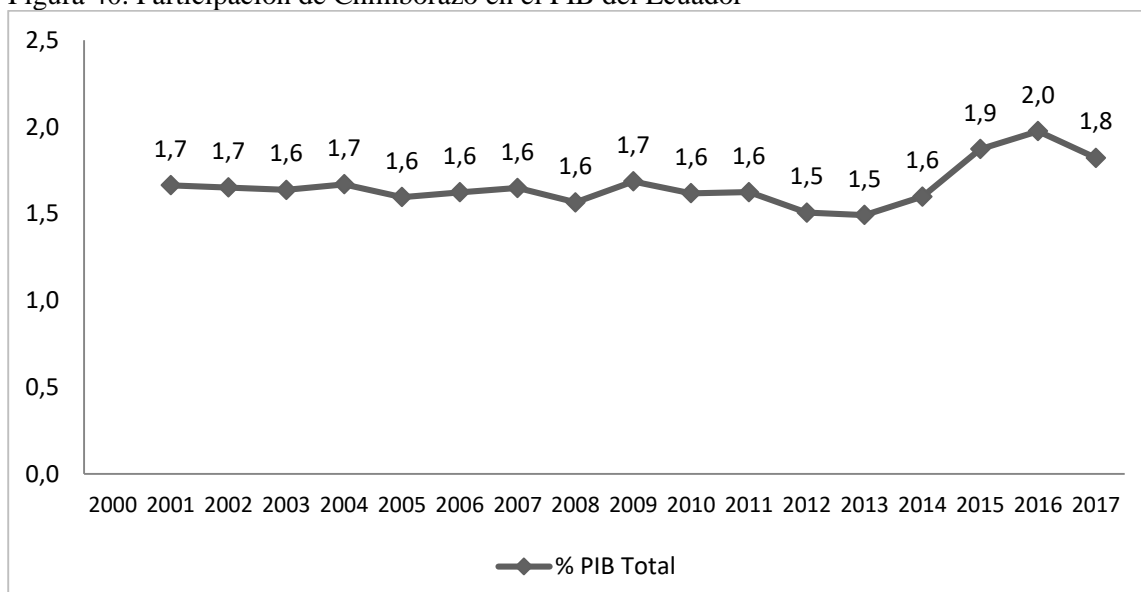
4.2. Contexto de la malnutrición infantil

La provincia de Chimborazo se ubica en la sierra centro del Ecuador. En términos políticos, tuvo como prefecto a Alfonso Burbano en el periodo 2000 y 2003, y en su periodo se realizó el Plan de Desarrollo Provincial de Chimborazo 2002, en el cual se proponían acciones estratégicas para disminuir la desnutrición infantil. A mediados del año 2003 fue destituido

por denuncias de corrupción, y su cargo fue ocupado por Ángel Martínez hasta fines de 2004. En el año 2005, Mariano Curicama asumió la prefectura, y luego de ser reelecto en dos elecciones, se mantuvo en este cargo hasta 2019, durante todo el periodo analizado. En su administración existieron programas a favor de la nutrición infantil desarrollados desde el patronato provincial, impulsados por la cooperación internacional, e implementados con las entidades ministeriales que laboran en territorio de forma desconcentrada.

En términos económicos, el Producto Interno Bruto de Chimborazo ha seguido la dinámica de crecimiento del PIB nacional. En ese sentido, el PIB provincial en valores corrientes pasó de cerca de 300 millones a inicios del nuevo siglo, a cerca de 800 millones 2006, y 1900 millones para el año 2017. Su participación dentro del PIB nacional se ha mantenido en un rango entre el 1.5% y el 2.0%, como se indica en la siguiente figura.

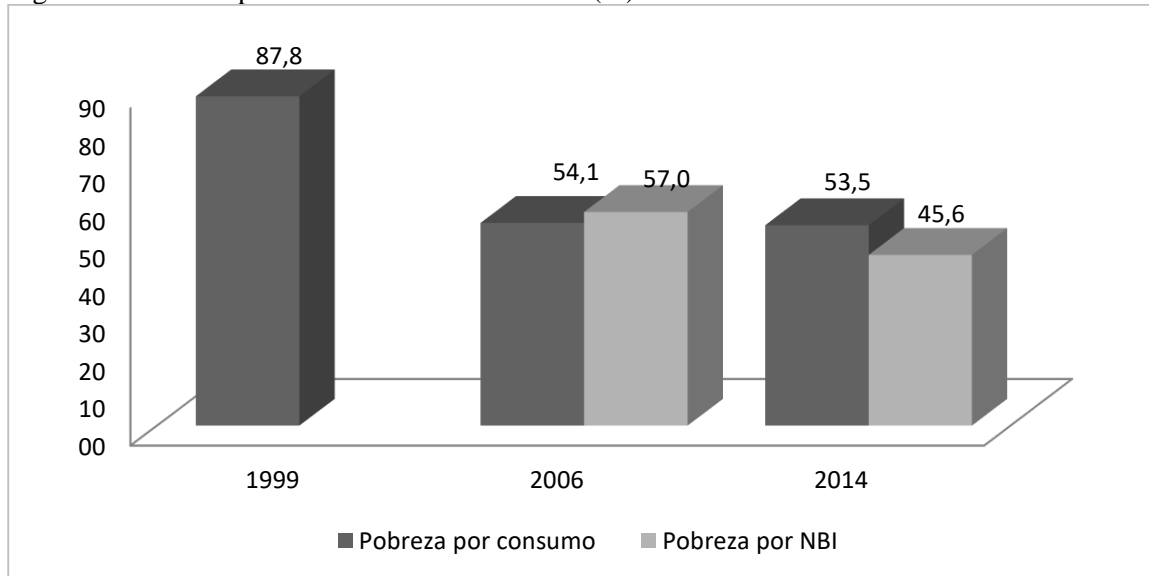
Figura 40. Participación de Chimborazo en el PIB del Ecuador



Fuente: BCE (2000-2017).

En términos sociales, Chimborazo es una provincia que padece pobreza, donde las necesidades básicas insatisfechas y la pobreza por consumo superan el promedio nacional. En el periodo analizado, ha existido una mejora de las condiciones de vida de la población y se ha reducido el porcentaje de personas en situación de pobreza. Para el año 1999, cerca del 88% de la población sufría pobreza por consumo, la cual se redujo a 54% en 2006, y se ubica en 53% en 2014. A su vez, la pobreza por NBI se ha reducido en el periodo, ubicándose en 46% en el año 2014, como se indica en la siguiente figura.

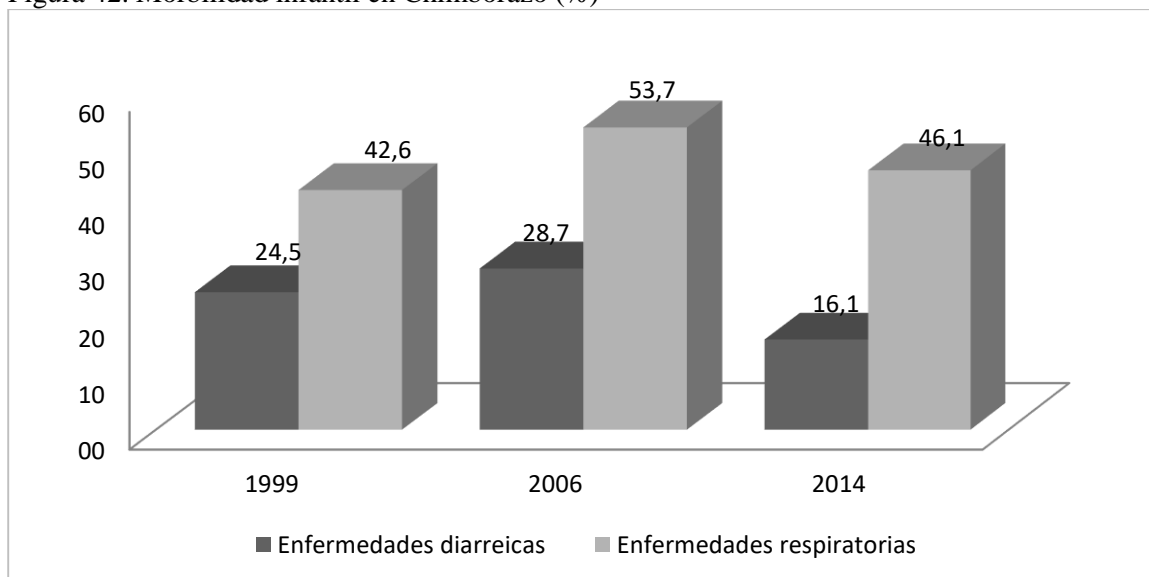
Figura 41. Pobreza por Consumo en Chimborazo (%)



Fuente: ECV (1999), ECV (2006), ECV (2014).

En lo referente a salud, también ha existido una mejora en las condiciones de vida. La esperanza de vida ha mejorado en el tiempo, ubicándose en 75.2 años en el 2017; sin embargo, todavía es una de las cinco peores del país (INEC 2017b, 75). Las enfermedades diarreicas en menores de cinco años se han reducido en el tiempo, pasando de 24.5% en 1999 a 16.1% en 2014, aunque las enfermedades respiratorias pasaron de alrededor de 42.6% en 1999 a 46.1% en 2014, como se observa en la siguiente figura.

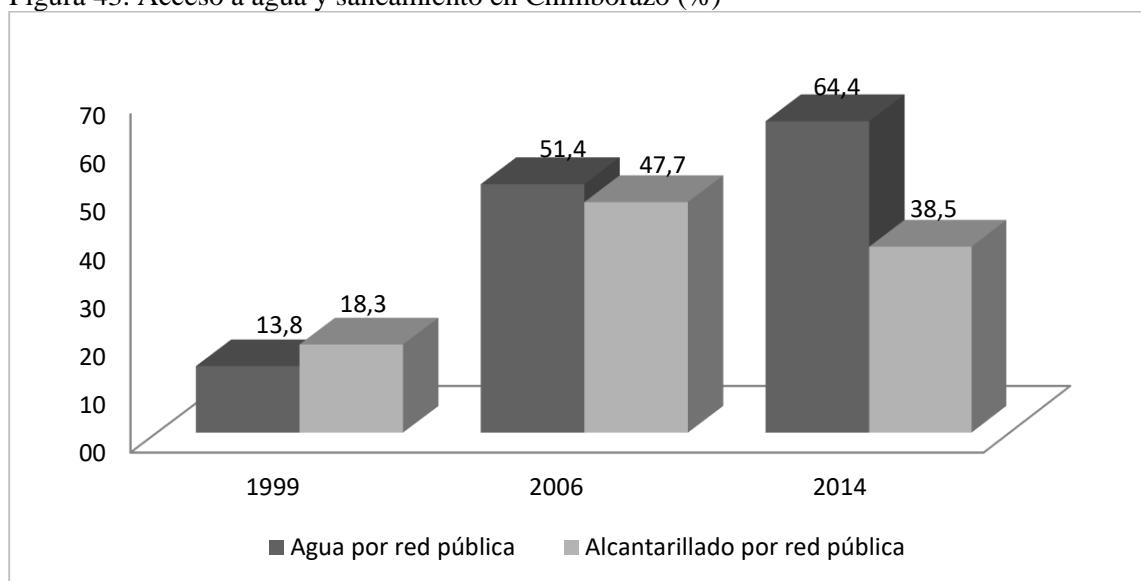
Figura 42. Morbilidad infantil en Chimborazo (%)



Fuente: ECV (1999), ECV (2006), ECV (2014).

En referencia al acceso a servicios de agua y saneamiento, ha existido una mejora notable en el periodo analizado, aunque sus niveles distan todavía del promedio nacional. En cuanto a la provisión de agua potable, en 1999 solamente alrededor del 14% accedían a este servicio, y actualmente reciben cerca del 64%; en relación con el alcantarillado cerca del 18% lo tenían en 1999, y actualmente se ubica en cerca del 39%. Dentro de la provincia, los cantones con mayor rezago son Guamote, Colta, Pallatanga y Alausí (SENPLADES 2014, 34). A continuación, se presenta el gráfico de acceso a agua y saneamiento.

Figura 43. Acceso a agua y saneamiento en Chimborazo (%)



Fuente: ECV (1999), ECV (2006), ECV (2014).

Con ello, la provincia de Chimborazo a pesar de una notable mejora en los indicadores sociales, todavía presenta un atraso en relación al resto del país. Todavía persisten desigualdades por área, etnia y actividad económica. Esta provincia es mayoritariamente rural (58%). Su característica atañe a una serie de privaciones comunes a la ruralidad de la sierra ecuatoriana con acceso limitado a la propiedad de la tierra, agua y crédito (Hentschel y Waters 2002, 35). De los 10 cantones de la provincia, 8 tienen mayor población en zonas rurales, entre los que se destacan Colta (95%), Guamote (94%) y Alausí (86%), y solamente Riobamba y Cumandá tienen una mayor composición urbana, como se indica en la siguiente tabla.

Tabla 13. Población de Chimborazo por cantón y área

	Población	% Rural
Alausí	45.385	86%
Chambo	13.208	63%
Chunchi	12.925	70%
Colta	45.401	95%
Cumandá	16.977	33%
Guamote	55.924	94%
Guano	47.744	82%
Pallatanga	12.265	67%
Penipe	6.991	84%
Riobamba	258.597	35%

Fuente: INEC (2010, 2011).

En suma, el contexto de la malnutrición infantil en Chimborazo está caracterizado por un aumento en el tamaño de su economía, con mayor presupuesto, mejores indicadores sociales, asociados a una reducción de la pobreza, de la morbilidad infantil, un incremento de la esperanza de vida, y acceso a agua y saneamiento. A pesar de esta mejora en las condiciones de vida, todavía resulta insuficiente debido a que la provincia se encuentra entre las que tienen peores indicadores sociales a nivel nacional, con alrededor del 50% bajo pobreza por consumo y NBI, con limitado acceso a servicios de agua y saneamiento, donde aún una tercera parte la población no accede a agua por red pública, y dos tercios no tienen alcantarillado; en ese sentido, en Chimborazo persisten desigualdades estructurales relacionadas con el nivel de ingresos, área de residencia, etnia, actividad económica.

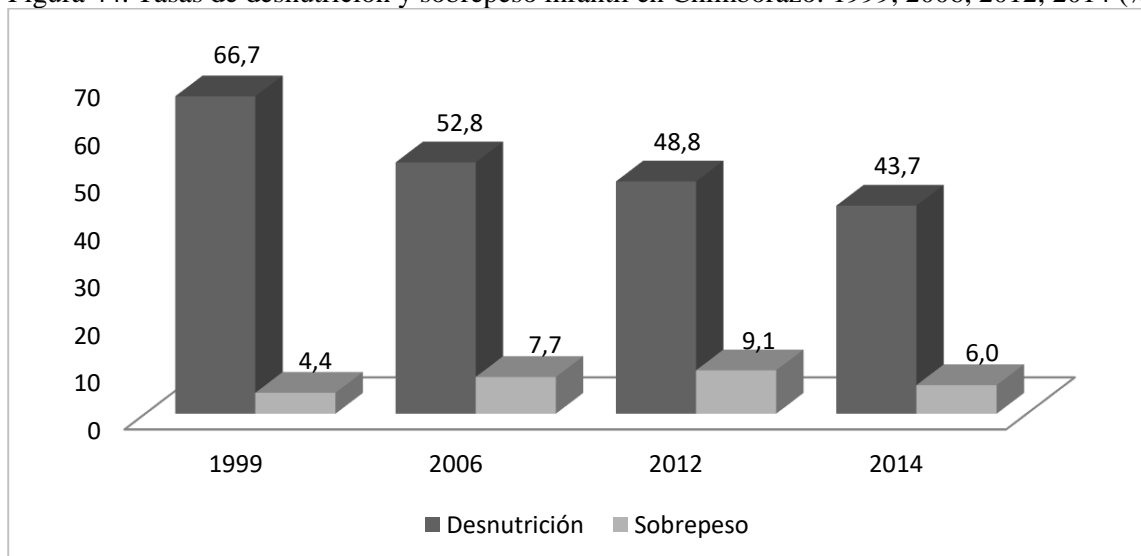
4.3. Perfil de la malnutrición infantil

La malnutrición en Chimborazo es parte de la transición nutricional y epidemiológica que padece el Ecuador y el mundo en general. Este fenómeno se presenta con una mayor intensidad dentro de la provincia, debido a que la desnutrición crónica infantil afecta al 43.7%, y el sobrepeso afecta a un 6%. Este panorama adverso tiene consecuencias en el desarrollo de los menores, como se revisó en el capítulo I, y afecta en el corto, mediano y largo plazo, trascendiendo a las próximas generaciones.

La evolución de la malnutrición infantil en Chimborazo presenta una reducción de la desnutrición, y un incremento leve del sobrepeso. Para 1999, la desnutrición infantil se ubicaba en 66.7% y el sobrepeso en 4.4%. Para el año 2006, la desnutrición se ubicaba en

52.8% y el sobrepeso en 7.7%. Para el año 2014, la prevalencia de la desnutrición se ubica en 43.7%, y el sobrepeso en 6%. En ese sentido, la desnutrición se ha reducido alrededor de 23 puntos porcentuales entre 1999 y 2014, y el sobrepeso se ha incrementado 1.6 puntos porcentuales. Con ello, Chimborazo, aunque se mantiene entre las provincias con mayor prevalencia de desnutrición, ha logrado una reducción notable, a una mayor velocidad que el promedio nacional, y en sobrepeso es una de las provincias que menor incremento ha tenido en el periodo analizado, como se indica en la siguiente figura.

Figura 44. Tasas de desnutrición y sobrepeso infantil en Chimborazo: 1999, 2006, 2012, 2014 (%)



Fuente: ECV (1999), ECV (2006), ENSANUT (2012), ECV (2014).

Tomando en cuenta esta evolución, al igual que a nivel nacional, se procedió a estimar la probabilidad de padecer malnutrición en ambos periodos, utilizando la técnica de *pooling data*, de los trabajos de Ponce y Carrasco (2016) y Rivera (2019). Con ello, se observa estadísticamente que la probabilidad de tener desnutrición infantil en la provincia se redujo en el periodo 1999-2006, a una tasa del 12%, y también en el periodo 2006-2014, a una tasa del 12%. Por otra parte, la probabilidad de tener sobrepeso infantil en la provincia no ha cambiado en el periodo 1999-2006, ni en el periodo 2006-2014. Este hallazgo se puede interpretar como que en Chimborazo hubo una reducción de la probabilidad de tener desnutrición en ambos periodos, y la probabilidad de tener sobrepeso no se ha modificado, como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 14. Probabilidad de malnutrición infantil en Chimborazo

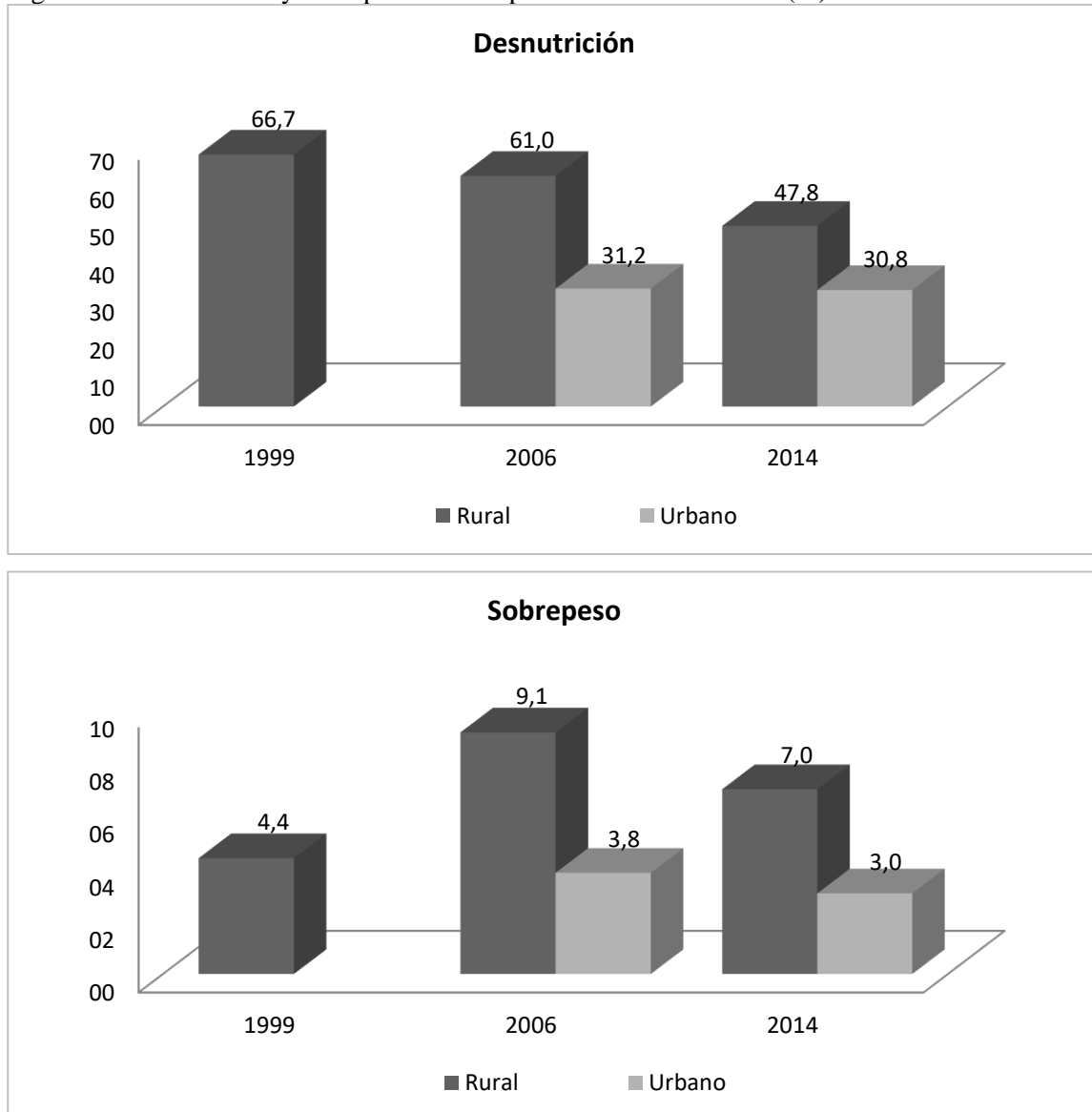
	Desnutrición		Sobrepeso
D2006	-0.12 (0.06)	**	0.04 (0.03)
D2014	-0.12 (0.07)	*	0.03 (0.03)
N	745		747
Pseudo R2	0.18		0.09
Prob. Neta Predicha	0.71		0.94

Fuente: ECV (1999), ECV (2006), ECV (2014).

Dentro de la provincia, la representatividad de las encuestas nacionales no permite su desagregación, con lo cual no se dispone de datos acerca del sobrepeso en los cantones, aunque en base a fuentes secundarias se encuentra que, los cantones con mayores problemas de desnutrición han sido Guamote, Colta, Alausí, Penipe, Chunchi y Guano (ODEPLAN 2002, 34; MCDS 2010, 93).

En cuanto al área de residencia, Chimborazo presenta un contraste entre lo urbano y lo rural, donde la ruralidad tiene varias privaciones estructurales. Por una parte, la desnutrición rural alcanzaba cerca del 66.7% para el año 1999, se reduce a 61% en 2006, y se ubica en 47.8% en 2014; mientras que la desnutrición urbana no resulta significativa en 1999, se ubicaba en 31.2% en 2006, y se mantiene estable en 2014, con 30.8%; con ello, el ratio rural-urbano, se ubicaba en 1.96 para 2006, y se ubica en 1.55 en 2014. Por otro lado, el sobrepeso rural es superior al urbano, pasando de 4.4% en 1999 a cerca de 7% en 2014, mientras que el sobrepeso se reduce de 3.8% a 3%. Con ello, el área rural presenta una reducción de la desnutrición y un decrecimiento del sobrepeso, mientras que lo urbano se caracteriza por un estancamiento en la desnutrición y un ligero descenso del sobrepeso, como se presenta en la siguiente figura:

Figura 45. Desnutrición y sobrepeso infantil por área en Chimborazo (%)

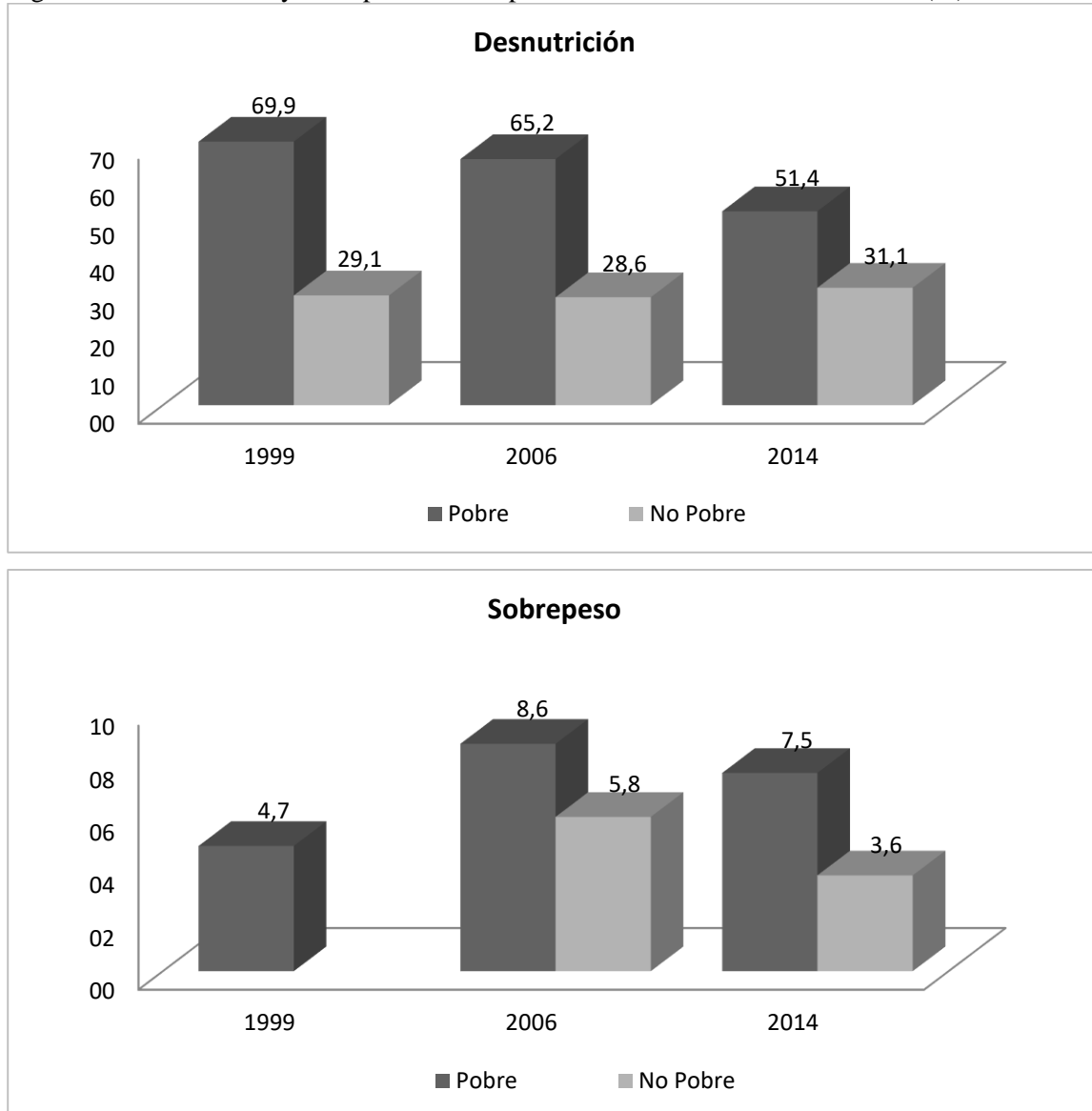


Fuente: ECV (1999), ECV (2006), ECV (2014).

En referencia al nivel económico, hay diferencias entre la malnutrición de los hogares pobres y no pobres. Por un lado, la desnutrición es superior en los hogares pobres, alcanzando el 69.9% en 1999, pasando a 65.2% en 2006, y ubicándose en 51.4% en 2014, mientras para los hogares no pobres se ubicaba en 29.1% en 1999 reduciéndose a 28.6% en 2006, e incrementándose a 31.1% en 2014; en esa línea, la razón pobre-no pobre se ha reducido en el tiempo, pasando de 2.4 en 1999 a 2.28 en 2006 y 1.65 en 2014. Por otra parte, el sobrepeso en los hogares pobres pasa de 4.7% en 1999 a 8.6 en 2006 y a 7.5% en 2014, y de 5.8% en 2006 a 3.6% en 2014 en los hogares no pobres. Como resultado, en este periodo, existe una reducción importante de la desnutrición en los hogares pobres, mientras que en los hogares no

pobres ha incrementado levemente, y el sobrepeso desde 2006 se ha reducido en los hogares, pobres y no pobres, como se presenta en la siguiente figura:

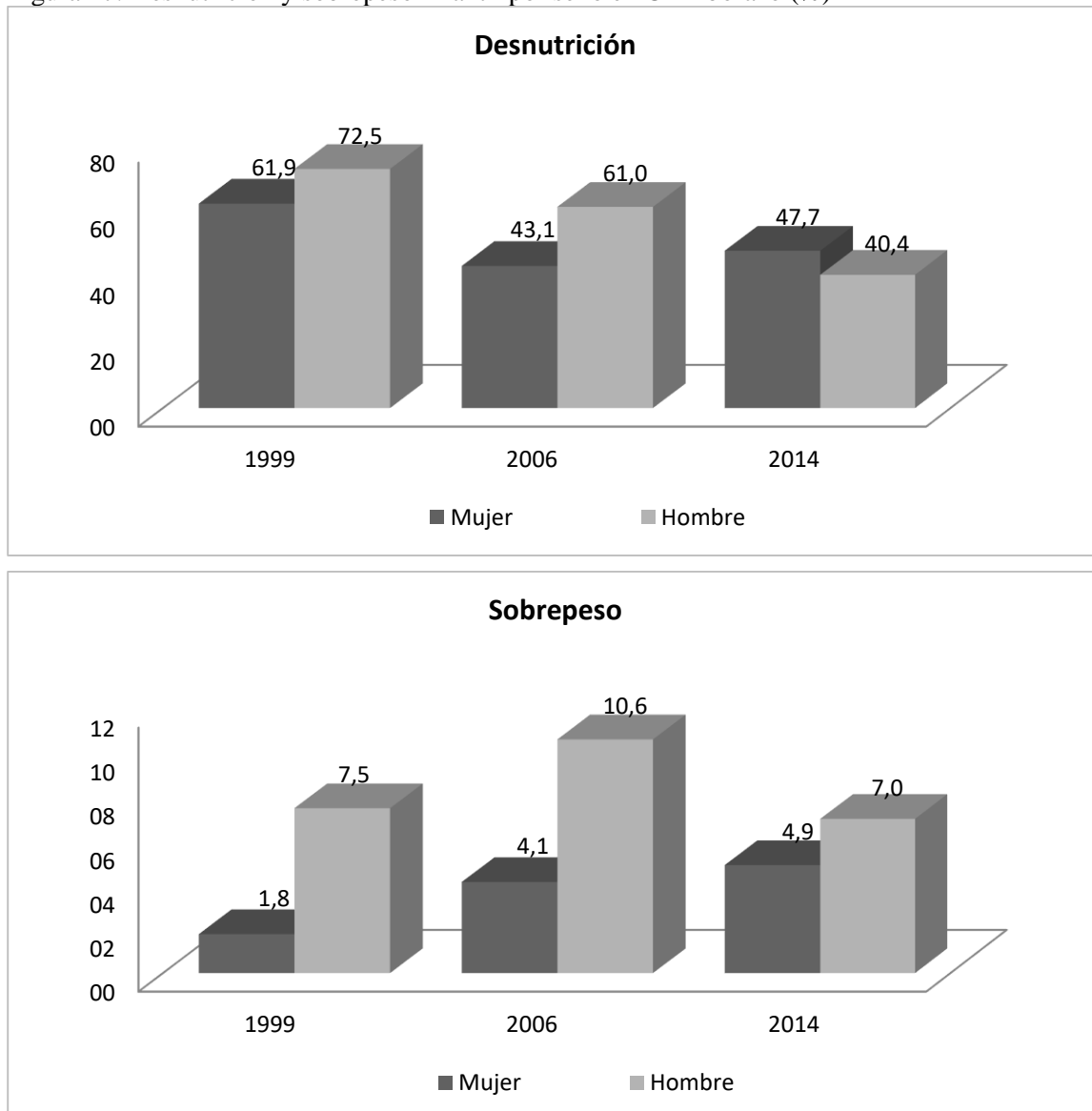
Figura 46. Desnutrición y sobrepeso infantil por nivel económico en Chimborazo (%)



Fuente: ECV (1999), ECV (2006), ECV (2014).

En cuanto al sexo del menor, no existe un patrón definido. En desnutrición, las mujeres tenían menor prevalencia en 1999 y 2006, aunque para el año 2014 presentan mayor tasa, ubicándose en 47.7% y la de los hombres en 40.4%. En sobrepeso, las mujeres presentan menor sobrepeso que los hombres, y para 2014 se ubican en 4.9%, y los hombres en 7.0%, como se presenta en la siguiente figura.

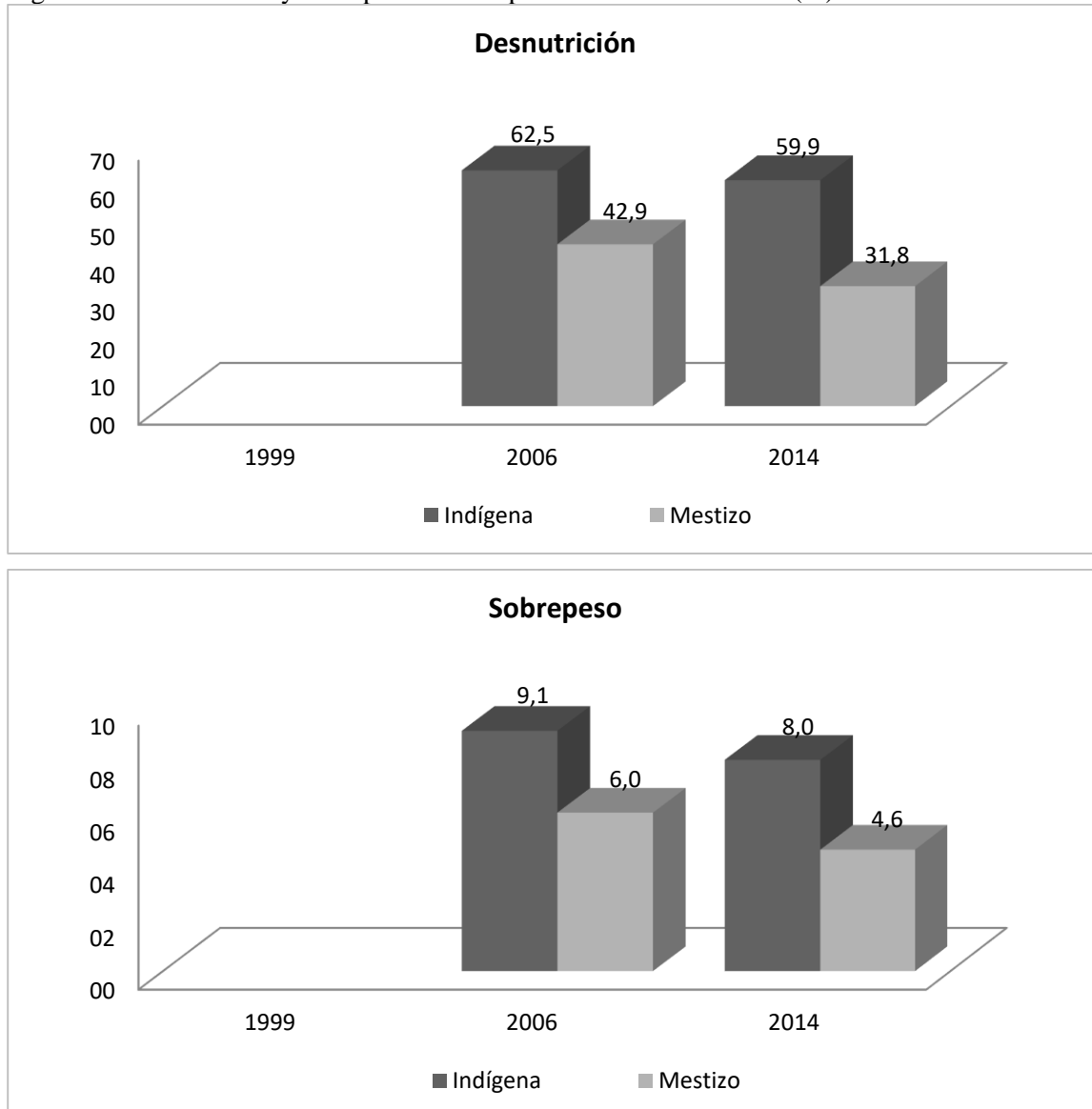
Figura 47. Desnutrición y sobrepeso infantil por sexo en Chimborazo (%)



Fuente: ECV (1999), ECV (2006), ECV (2014).

En relación con la etnia, la desnutrición y el sobrepeso presentan un panorama complejo para los indígenas; en la ECV de 1999 no se preguntaba sobre la autodefinición étnica o cultural, con lo cual no existen datos para ese año. En el periodo 2006-2014, por una parte, la desnutrición es superior en la etnia indígena, siendo casi el doble que la de los mestizos, con un ligero decremento en ambos periodos, y una mayor reducción en los mestizos. Por otra parte, para el año 2014, el sobrepeso es superior en la etnia indígena, ubicándose en 8%, mientras que en los mestizos es 4.6%, como se presenta en la siguiente figura.

Figura 48. Desnutrición y sobrepeso infantil por etnia en Chimborazo (%)



Fuente: ECV (1999), ECV (2006), ECV (2014).

En suma, Chimborazo tiene niveles de desnutrición críticos en relación con el resto del país, y niveles de sobrepeso menores al promedio. Hay una reducción importante de la desnutrición y un ligero incremento del sobrepeso, con mayores tasas de variación que el promedio nacional, especialmente en el periodo 1999-2006. El perfil de la malnutrición en la provincia se caracteriza porque sus niveles de prevalencia de la desnutrición son mayores en el área rural, en los hogares de menores ingresos, en la etnia indígena, e indiferentes en sexo, y los niveles de sobrepeso son mayores en el área rural, en los hogares pobres, en la etnia indígena y en los hombres. Por lo expuesto, la malnutrición, por ambos tipos, tiene particularidades similares del área rural, pobreza y etnia indígena, lo cual es diferente a lo que sucede a nivel nacional, como se presentó en el capítulo anterior, donde la desnutrición y el sobrepeso tenían

características distintas. A continuación, se analiza la acción pública a nivel nacional y su interrelación con lo provincial, y local.

4.4. Acción pública de la malnutrición infantil

En esta sección se analiza la acción pública de la malnutrición infantil en Chimborazo basados en el trabajo de Zittoun (2016), abarcando las políticas públicas, sus programas, proyectos, y sus interrelaciones con otros actores.

Dentro del periodo analizado, en Chimborazo la acción pública ha estado mayoritariamente ligada al combate de la desnutrición infantil, y poco se ha tratado el sobrepeso. Desde varios documentos se ha reconocido el problema de la desnutrición y se han planteado estrategias para su atención y reducción. Dentro del Plan de Desarrollo Provincial de Chimborazo 2002 se reconocía como un “problema sumamente grave en la provincia es la alta tasa de desnutrición infantil, que alcanza uno de los niveles más elevados del país; este problema se concentra en el área rural, particularmente en los cantones indígenas de Guamote, Colta y Alausí” (ODEPLAN 2002, 23). Ante ello, se proponían acciones relacionadas con el mejoramiento de los servicios de salud, mejoramiento de la información sobre el estado nutricional de los menores de cinco años, y elementos de seguridad alimentaria para evitar problemas de deficiencia nutricional.

A su vez, desde la prefectura de la provincia, en el primer gobierno de Mariano Curicama, en el período 2005-2010, se reconocía la importancia de la lucha contra la desnutrición, y la necesidad de generar productos alimenticios, desde un trabajo conjunto con las pequeñas empresas, que puedan satisfacer las necesidades de la población, especialmente la infantil, dentro de un “programa de seguridad alimentaria que enfrente los altísimos valores que muestran los indicadores de desnutrición, especialmente de la población infantil” (Prefectura de Chimborazo 2005, 9).

En el año 2007, dentro del segundo periodo de Mariano Curicama, se realizó un documento sobre el presupuesto participativo y se mantenía el interés en reducir la desnutrición infantil, donde se proponía el “bajar los indicadores de desnutrición en los niños, reforzar su cultura alimentaria (andinoecuatorial) y crear un mercado para los productores locales de manera de incidir en sus ingresos” (COMUNIDEC 2007, 105). A su vez, en este tiempo, se fortalece el

rol del Patronato Provincial hacia el desarrollo de los menores en la provincia, mediante campañas de educación y de salud, y a través del combate al trabajo infantil, manejando un presupuesto importante, que en el año 2016 llegó a alcanzar los 2 millones (GADPCH 2015, 11).

De la misma forma, en el tercer periodo de la prefectura de Mariano Curicama 2014-2019, se establecía dentro de su plan de gobierno la importancia de la lucha contra la desnutrición, implantando que los programas iniciados tendrán continuidad, en lo referente al patronato y las alianzas con la cooperación internacional, y se planteaba dentro de sus acciones de gestión social la “reducción de la desnutrición infantil mediante proyectos de soberanía y seguridad alimentaria con énfasis en el consumo de alimentos andinos” (Curicama 2014, 40).

En el Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial 2015, dentro de un marco de soberanía alimentaria y de mejoramiento de los servicios básicos, se manifestaba que una de las metas es “mejorar el estado nutricional y de salud del 50 % de las niñas y niños de 12 a 36 meses de edad que son atendidos en los CIBV administrados por el Patronato Provincial, mediante el acceso permanente a alimentos sanos y culturalmente apropiados” (GADPCH 2015, 346). En ese sentido, desde el gobierno provincial de Chimborazo han existido pronunciamientos y planes a favor de la reducción de la desnutrición, principalmente enfocados en la soberanía alimentaria, y no se ha tratado el problema del sobrepeso.

Durante los primeros años del periodo analizado, desde el Estado ecuatoriano, como se presentó en el capítulo anterior, se desarrollaron varios programas en contra de la malnutrición infantil, los mismos que se implementaron en la provincia de Chimborazo, entre ellos, el Programa de Alimentación Escolar (PAE), el Programa Nacional de Alimentación y Nutrición (PANN 2000), Programa Aliméntate Ecuador (AE). De estos programas, el PANN 2000, tuvo su programa piloto dentro de algunas provincias, entre ellas Chimborazo, y luego se expandió a nivel nacional (Naranjo 2008, 50). Posteriormente, desde finales de la década pasada, con el cambio institucional en lo social, que se realizó a nivel nacional, y con el desarrollo de estrategias específicas en combatir la malnutrición infantil, se implementaron varios programas, entre los cuales se destacan el Proyecto Alimentario Nutricional Integral (PANI), la Estrategia de Intervención Nutricional Territorial Integral (INTI), Proyecto Desnutrición Cero, y el Proyecto Emblemático Acción Nutrición; la provincia de Chimborazo

tuvo la particularidad de que dichos programas realizaron sus proyectos pilotos y se enfocaron en varias de sus parroquias (SENPLADES 2017, 16). La razón de la realización de dichos proyectos en la provincia se debe a los altos niveles prevalencia de la desnutrición, donde persisten problemas estructurales como se mencionó en la sección anterior; por ello, algunos programas consideraron que la mayor parte de sus presupuestos deberían destinarse para esta provincia, como sucedió en el INTI, donde se destinó cerca del 20.6% del presupuesto planificado, como se indica en la siguiente tabla (MCDS 2009, 48).

Tabla 15. Presupuesto del proyecto INTI por provincia

	MIDUVI		MIES			MSP	MAGAP	MCDS	ME	TOTAL	%
	Construcción y mejoramiento de viviendas	Agua potable y saneamiento	Programa de Alimentación y Nutrición Integral PANI	Fortalecimiento nutricional modalidades de atención INFA	Medición correspondencia PPS	EBAS, capacitación, comunicación, insumos	Proyectos productivos, familiares, comunitarios, escolares	Implementación estrategia nacional de nutrición	Ampliación programa alfabetización		
Imbabura	4875412	5926083	354854	530000	40000		250000		550000	12526349	6.7%
Cañar	1012355	7211296	228898	530000	40000		250000		500000	9772549	5.2%
Cotopaxi	2807366	11172859	224896	530000	40000		250000		550000	15575121	8.3%
Chimborazo	12979041	23766900	389264	530000	40000		250000		700000	38655205	20.6%
Tungurahua	7649010	20841765	262501	530000	40000		250000		500000	30073276	16.1%
Bolívar	12182267	13009722	160563	530000	40000		250000		500000	26672552	14.2%
Manabí	3731606	5420942	1143720	530000	40000		250000		700000	11816268	6.3%
Guayas	1717452		1186567	530000	40000		250000		700000	4424019	2.4%
Pichincha	3788018		471062	530000	40000		250000		700000	5779080	3.1%
Otros	21257473		359676					1402990		23020139	12.3%
Subtotal	72000000	87349567	4782001	4770000	360000	8908010	2250000	1402990	5400000	187222568	

Fuente: MCDS (2009).

Además, la acción pública se ha visto apoyada por alianzas con la cooperación internacional para combatir la multidimensionalidad del problema. En el año 2008, el GAD Chimborazo accedió a un préstamo de 15.3 millones del Banco Mundial con el objetivo de “aumentar la producción y el acceso al mercado de las familias rurales que viven en las cuencas de los ríos Chambo y Chanchan-Chimbo dentro de la provincia de Chimborazo, a través de inversiones en riego y mejoramiento de carreteras” (Banco Mundial 2015, vii).

En el mismo año 2008, la FAO en conjunto con la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) a través de su Programa Regional para Reforzar los Impactos de las Políticas Públicas en la Erradicación del Hambre y la Desnutrición Crónica Infantil trabajó en las provincias de Bolívar, Chimborazo, Cotopaxi e Imbabura. Este programa tuvo un presupuesto de 3 millones, y dentro de la provincia pretendió apoyar a la política de soberanía alimentaria al fomentar los cultivos de trigo. El programa se relacionó con el INTI a través de trabajo conjunto con el MAGAP, y se fundamentó en capacitación, sensibilización y seguimiento (FAO 2011b, 91; FAO 2013, 67).

En el año 2011 se creó el proyecto Creciendo con Nuestros Guaguas, en una alianza entre el GAD Chimborazo con el Banco Mundial, a través de un financiamiento de 2.3 millones del Fondo de Desarrollo Social de Japón. El objetivo del proyecto estaba ligado con un mejoramiento de los niveles de desnutrición infantil dentro de toda la provincia, a través de un trabajo integral de capacitación a los niños y sus padres, teniendo tres elementos principales: “(i) aumentar la comprensión y las expectativas de los padres con respecto al crecimiento adecuado del niño; (ii) alentar la utilización de servicios primarios de salud y nutrición; y (iii) empoderar a los padres para que ejerzan presión sobre los servicios de salud para mejorar la calidad e intensidad del monitoreo y asesoramiento nutricional” (Banco Mundial 2010, 1). Entre los resultados del programa se indica que la mayoría de padres entienden el estado nutricional de los niños, y que se cumplió mayoritariamente el control del crecimiento del menor; sin embargo, señalan que hubo alta rotación de personal a nivel nacional y en territorio, con una falta de criterios uniformes para su implementación, lo que complicó la articulación de los ministerios que colaboraron en el proyecto, y dificultad para adaptar las actividades de comunicación de forma intercultural (Arostegui 2017, 33).

En el 2013 se desarrolló el proyecto con el Programa Mundial de Alimentos denominado Fortaleciendo las capacidades locales para la seguridad alimentaria y nutricional en Ecuador. En este proyecto se pretendía analizar la nutrición y alimentación de hogares vulnerables a la pobreza, con énfasis en los niños de entre 6 y 36 meses. En el proyecto se seleccionaron a 3000 hogares de características socio-económicas similares distribuidos en: Carchi (33.3%), Santa Elena (40%) y Chimborazo (26.7%). Entre los principales resultados se encontró que el uso de una transferencia, tipo *voucher*, es la intervención más costo efectiva para diversificar la dieta (PMA 2015, 5; Ponce y Ramos 2017b, 6).

Entre 2015 y 2016, tomando en cuenta las limitaciones encontradas en el proyecto Creciendo con nuestros guaguas, el Banco Mundial desarrolló una nueva intervención basada en mensajes de texto en algunas zonas de Chimborazo, y encontró que “los mensajes de texto estimulaban el cambio conductual de la persona cuidadora al mejorar la salud y la nutrición de niñas y niños menores de seis años” (Gutiérrez et al. 2018, 100). En esa línea, la adecuada comunicación podía tener implicancias en los comportamientos de los cuidadores de niños en Chimborazo.

Con este panorama de los programas que se han desarrollado en la provincia, dentro de la implementación de los mismos en territorio, existieron algunas limitaciones que se recogieron en el trabajo de campo a través de la observación, entrevistas y grupos focales, lo cual permite profundizar lo examinado en el capítulo anterior. Por una parte, los programas no han logrado efectuar medidas coordinadas entre las distintas entidades públicas, de nivel central y local; esto sucede a pesar del reconocimiento general de la multicausalidad del problema y de la gravedad que tiene la desnutrición en el desarrollo infantil, donde desafortunadamente no existe articulación en el trabajo de los distintos actores que operan en territorio, como se indica en los siguientes testimonios:

La articulación ha sido difícil ya que el MSP ya está por distrito, pero los técnicos del MIES son todos a nivel de provincia. Entonces el momento que se quiere coordinar con un técnico hay rotación y en una reunión va una persona y para la siguiente otra. No hay secuencia para coordinar ya que no tienen dentro de su estructura los distritos (Entrevista Analista Senior CIBV, 2017).

Muy poco en conjunto. Creo que es uno de los errores o factores que nos impide avanzar como deberíamos y cumplir con los objetivos. El trabajo efectivamente debería ser coordinado. El MAGAP debería trabajar de la mano con el MSP... El MSP-MIES-MAGAP deberían aunar esfuerzos y hacer un solo programa de difusión donde se diga que se empiece a consumir algunos productos y mejoramos el nivel nutricional, de vida de nuestros campesinos (Entrevista Técnico MAGAP, 2017).

Por otro lado, en la institucionalidad, durante la transición de los programas alimenticios y de cuidado, realizada en el año 2007 hacia el INFA público, se indica que faltó una organización adecuada; a su vez, este proceso modificó la forma de atención de los centros, donde se

externalizaron los servicios de alimentación, a través de un servicio de catering, que todavía presenta algunos desafíos, como se indica en los siguientes testimonios:

No se hizo una transición adecuada y fueron como dos años que no sabíamos qué hacer ni a dónde ir, porque cada quien tuvo su forma de trabajo, entonces se creó una pugna, no nos dijeron hasta donde teníamos que trabajar y ese tiempo ya no se puede recuperar... cada grupo no nos hemos unificado por un misma política pública, a pesar de que esto paso desde el 2009, lo que si nos ha perjudicado es que todas las decisiones se toman a nivel nacional y no a nivel local (Entrevista Analista Senior CIBV, 2017).

El catering tiene problemas porque no hay un buen cumplimiento, a veces no hay cumplimiento del menú y las porciones no son adecuadas. No hay servicios propicios o eficientes de catering, como pasa en la ciudad. Digamos aquí el servicio de catering estaría en Riobamba y de ahí tienen que viajar por ejemplo una hora a Guamote, y a que llegue a la comunidad sería una hora. Entonces, esas cosas causan problemas, porque hasta se contaminan o no tienen medios adecuados para transportar (Entrevista Analista Senior CNH, 2017).

Asimismo, la prestación de servicios públicos en Chimborazo tiene una tarea pendiente en lo referente a la incorporación de la interculturalidad en sus actividades, ya que en un afán de homogeneizar el servicio se termina sacrificando lo particular. Con ello, es crucial entender la pertinencia cultural del contexto ya que se puede afectar la asistencia, permanencia y confianza en los servicios, donde coexisten diversas cosmovisiones, y realidades propias de la ruralidad, como se indica en los siguientes testimonios.

Di a luz en la casa, antes era peligroso, ahora no. Pero en el hospital te dejan nomás, no te ayudan, no hacen nada. Nosotros llevamos cobija y en el hospital no dejan usar. No dejan cobijar nada. Por eso a mí no me gusta hospital. Hay un señor (partero) que entiende eso y nos ayuda. Hay la candela, huevo freír, tomar agüita. Pero en el hospital no dejan, ni agua quieren hacer tomar, solo ponen una inyección y ahí dejan. La otra vez con mi cuñada casi peleando salimos. En la casa calentamos un fogón y ya calentamos, hacemos algunas cosas, si necesita agua le damos, alguna cosa. Se da a luz con la cobijita. Hay el partero y nace en la cama. En el hospital solo echado se pasa, no hacen ni caminar nada (Entrevista Madre de familia en Guamote, 2019).

Como no saben atender. Ahora le llevo al seguro que si le atienden. No está bien el servicio del MSP, es malo ya que no saben atender bien; a veces con los niños enfermos sabemos ir y sabe

decir que debemos coger turno, que debemos de llamar con dos días. Pero nosotros como sabemos que mi hijo va a enfermar tal fecha (Entrevista Madre de familia en Guano, 2017).

En suma, la provincia de Chimborazo denota acciones públicas relacionadas con el combate a la desnutrición infantil, aunque no se ha incluido al sobrepeso. Debido a su alta prevalencia nacional, esta provincia ha sido el destino de los programas pilotos en alimentación y nutrición; entre los programas planteados desde la prefectura se comparte la característica de estar enfocados en la soberanía alimentaria como estrategia para reducir la desnutrición; este proceso se ha visto apoyado con los recursos y alianzas de la cooperación internacional. Con ello, la probabilidad de desnutrición se ha reducido en los periodos 1999-2006 y 2006-2014, y el sobrepeso no ha tenido variaciones significativas. Sin embargo, en territorio los programas han tenido ciertas limitaciones que han impedido reducir en mayor medida la desnutrición o detener el sobrepeso, las cuales se relacionan con una inadecuada articulación entre instituciones, sin una transición organizacional apropiada, y con una limitada comprensión de la interculturalidad de la provincia. Con ello, a pesar de los avances, todavía existe la tarea pendiente de mejorar los niveles de malnutrición.

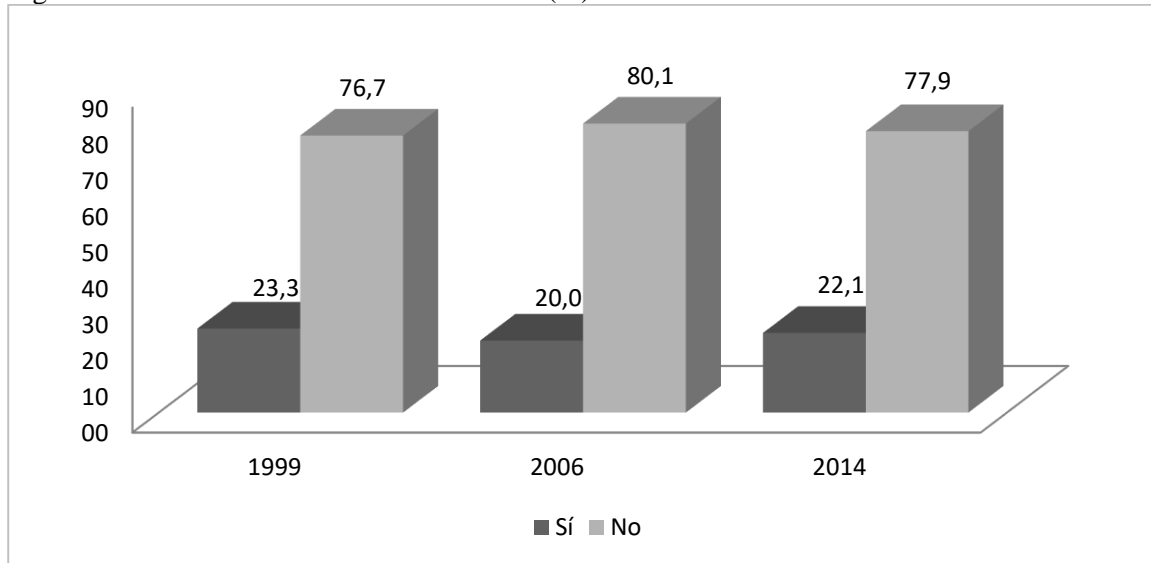
4.5. Convenciones y capacidades de la malnutrición infantil

En esta sección se analiza las convenciones y las capacidades de la malnutrición infantil en Chimborazo, estudio que se fundamenta en los trabajos de Boltanski y Thévenot (2006) y Sen (2012). Tomando en cuenta el desarrollo del capítulo anterior, existen cuatro convenciones que permiten comprender a la malnutrición, las cuales presentan tensiones, y son contingentes de diversos factores de conversión ambientales, sociales y personales que influyen en la malnutrición. A continuación, se presentan las tensiones entre las convenciones y las capacidades a través de sus factores de conversión.

Lactancia materna

Dentro de la provincia de Chimborazo, alrededor del 68.5% de las madres realizan la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses, cifra que resulta un 50% superior que la media nacional. A su vez, la proporción de menores de cinco años que cumple con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (2003) sobre lactancia materna es de alrededor de 22%. Esta es la provincia con mayores tasas de lactancia materna adecuada, duplicando el promedio nacional. Esta proporción se ha mantenido estable en el tiempo ya que en 1999 era de 23%, 2006 de 20% y 2014 de 22%, como se presenta en la siguiente figura.

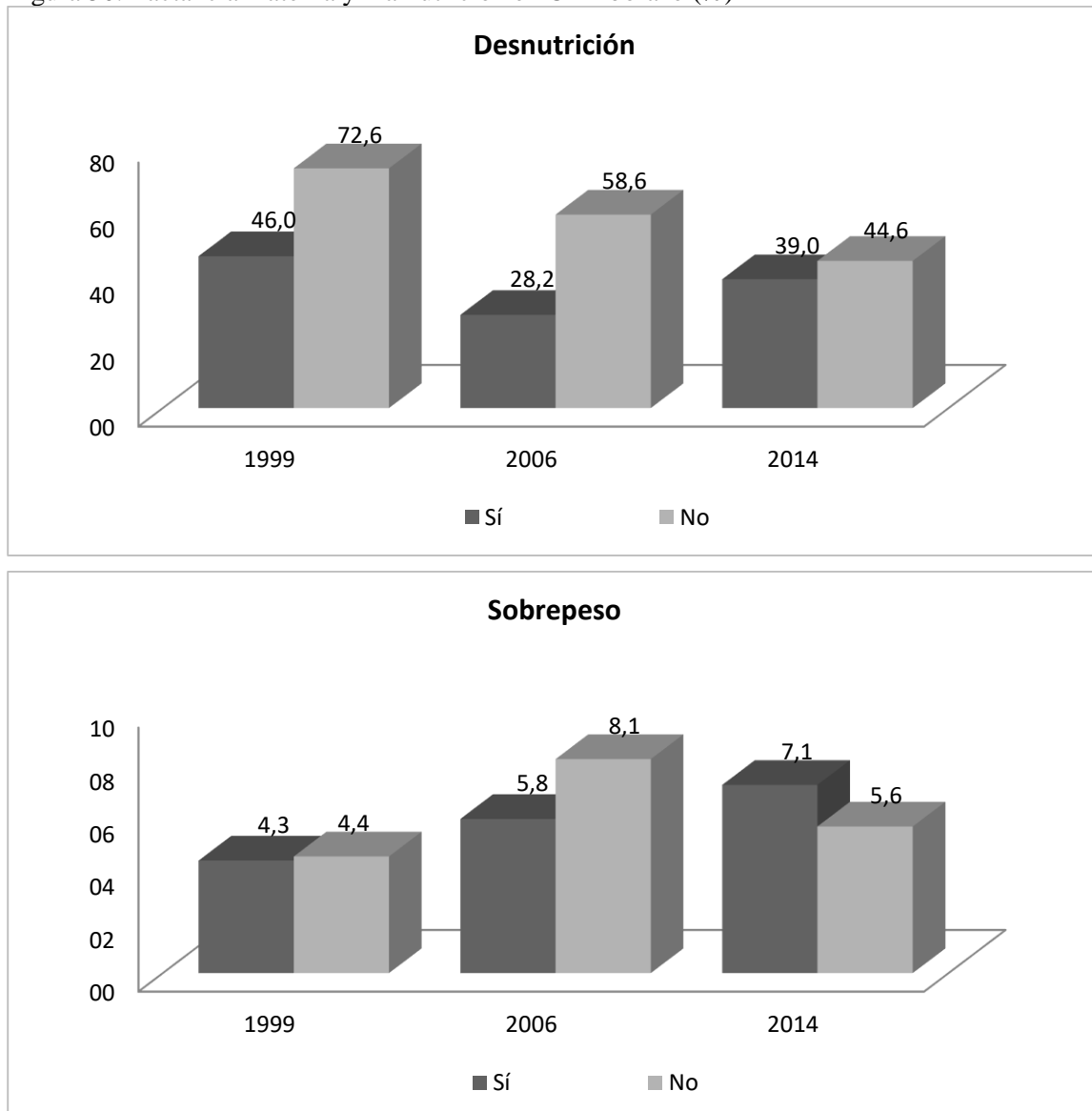
Figura 49. Lactancia materna en Chimborazo (%)



Fuente: ECV (1999), ECV (2006), ECV (2014).

Con ello, existe una convención doméstica hacia el cuidado de los menores, aprovechando las bondades de este alimento. Para el año 1999, los menores de cinco años que recibieron lactancia correcta tuvieron una desnutrición de 46.0%, lo cual es inferior al 72.6% de aquellos que no la recibieron; en 2006, la relación fue de 28.2% y 58.6%; y en 2014, se ubica en 39%, y 44.6%, respectivamente. El sobrepeso infantil es menor en aquellos que recibieron lactancia correcta, sin embargo, para 2014 en Chimborazo esta relación se ha modificado, lo cual puede estar relacionado con la alimentación complementaria, como se indica en la siguiente figura:

Figura 50. Lactancia materna y malnutrición en Chimborazo (%)



Fuente: ECV (1999), ECV (2006), ECV (2014).

Las madres entrevistadas le otorgan valor nutricional importante a la lactancia materna, y sus beneficios los asocian como factores de conversión en la lucha contra la desnutrición infantil, donde se considera que las potencialidades de la lactancia materna se perciben en los bebés que la reciben, con diferencias en el desarrollo con aquellos que no la reciben, las cuales se mantienen en el tiempo. Así lo señalan los siguientes testimonios.

Mi hija tuvo desnutrición, era cuando estaba tierna. Nació con bajo peso, hasta los cinco años creo que estaba así. Me dijeron que porque no me había alimentado bien durante el embarazo. Como trabajaba no me alimentaba bien, no comía lo que es alimento, comía de todo, no me cuidé... Él (otro hijo) que no tuvo desnutrición capta más rápido que ella... A mi hija primera

no le di leche materna, no tuve tiempo, trabajaba, ella se quedaba con otra persona y le daba biberón (Entrevista Madre de familia de Guamote, 2019).

La lactancia materna es muy importante, yo tengo 2 sobrinas y yo me doy cuenta en ellas, una tuvo la lactancia materna y es fuerte, ya mismo camina, es más sociable. En cambio, mi otra sobrina no pudo tener su lactancia materna porque su mamá trabajaba en Quito y ella es más débil. Yo veo las diferencias que no es lo mismo el tipo de alimentación de una bebé a la otra (Entrevista Analista Senior CIBV, 2017).

Al igual que lo que sucede a nivel mundial y nacional, la lactancia materna ha sido afectada por la intromisión de las convenciones mercantiles en el ámbito doméstico. Este hecho tiene mayores efectos dentro de la zona urbana, lo cual ha tenido repercusiones negativas en la lactancia materna. La incursión en el mercado laboral limita las posibilidades de mantener esta práctica, donde todavía no se brindan las condiciones adecuadas para fomentar la lactancia materna. Así lo señalan estos testimonios:

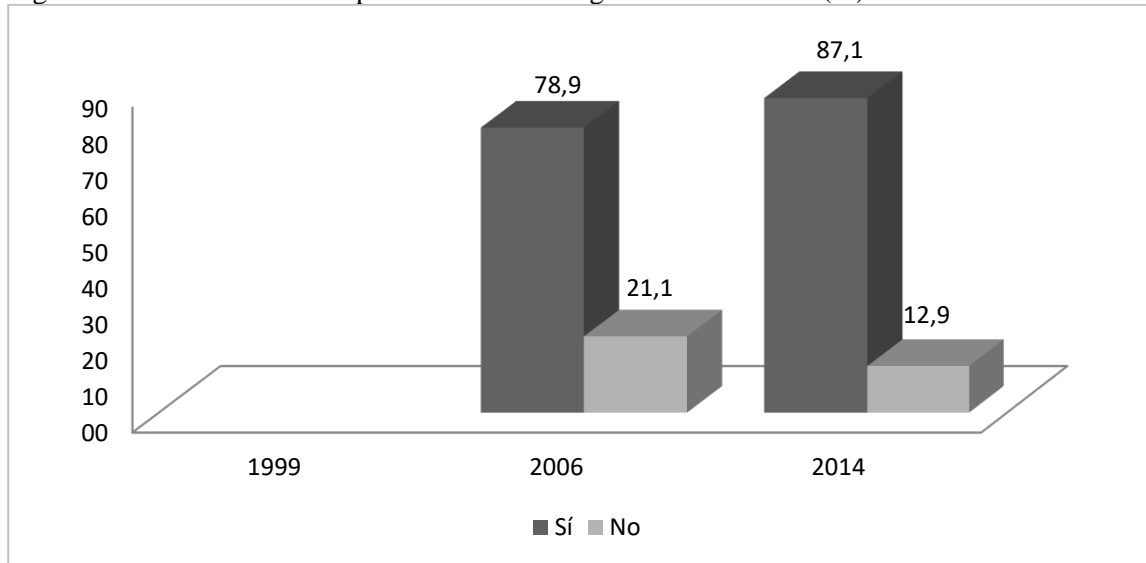
La lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad sin adición de ningún tipo de alimento hasta que cumpla los 6 meses. Esto no tenemos mayor problema en el área rural, más del 75% dan alimentación exclusiva con el seno materno. Más bien hay problemas que se le suspende la leche materna en el área urbana. Por motivos de trabajo de la madre, sale y ya solo le da en la noche, y ya no tiene eso de que se le dé a libre demanda el seno materno, sino solo a determinadas horas cuando la madre está (Entrevista Médico de Alausí, 2017).

El tema de lactancia materna se lo maneja bien. Hay mucho apego en cuanto a la población ya adulta. En cambio, las madres jóvenes con la dificultad que se encuentran estudiando o trabajando, prácticamente dejan de dar de lactar. 6 mujeres de 10 dan de lactar exclusivamente durante los 6 meses (Entrevista Médico de Riobamba, 2017).

Alimentos

A nivel nacional la provisión de alimentos ha mejorado. En Chimborazo los hogares que consideran que disponen de suficiente alimento para satisfacer sus necesidades, es decir acceso, se ha incrementado, pasando de alrededor de 78.9% en 2006 hasta 87.1% en 2014, como se indica en la siguiente figura.

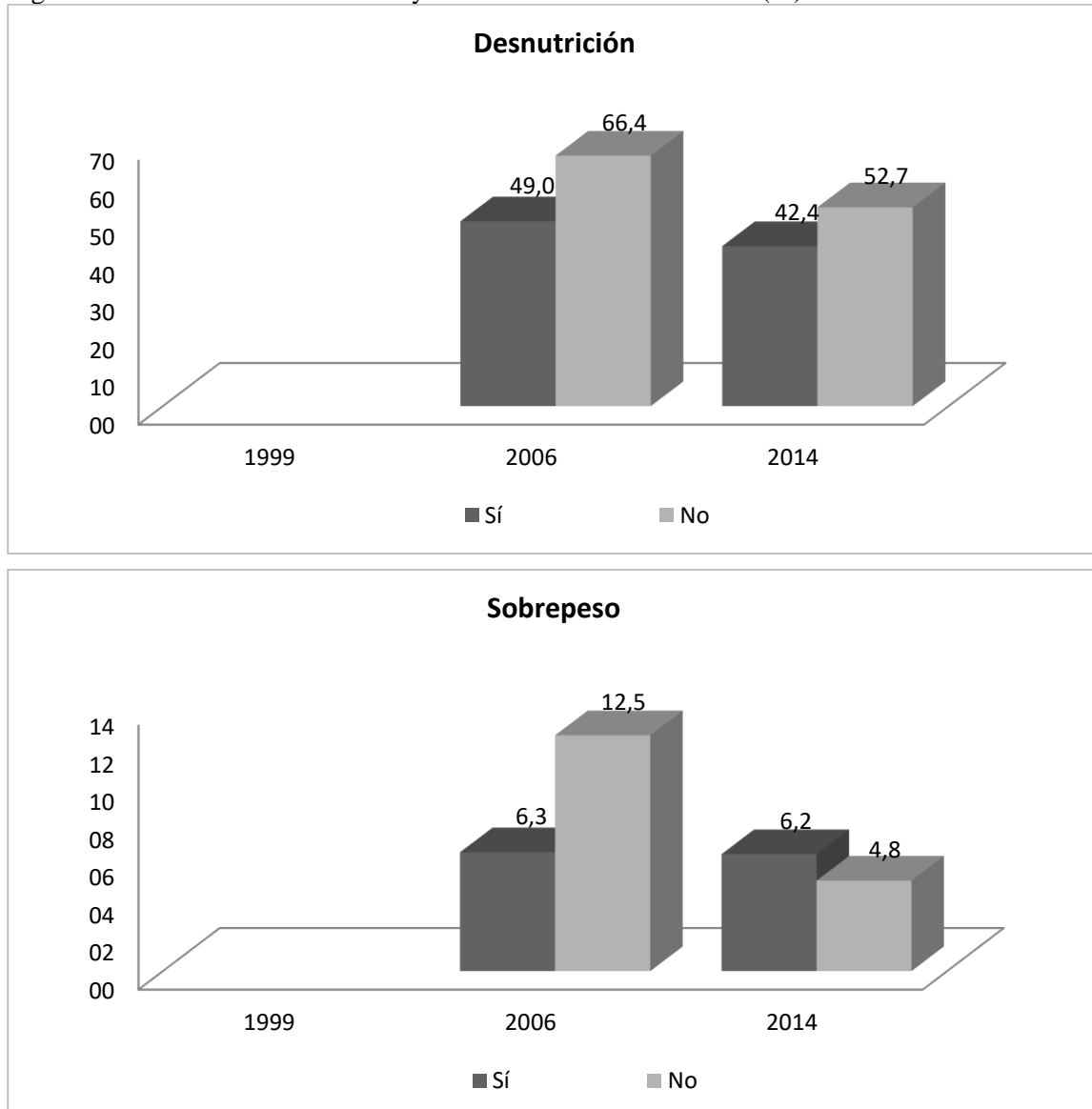
Figura 51. Suficiente comida para alimentar al hogar en Chimborazo (%)



Fuente: ECV (1999), ECV (2006), ECV (2014).

Con ello, aún persiste alrededor de un 13% de los hogares que considera que no han tenido el acceso suficiente para alimentar a todos los miembros del hogar. Esta percepción de la alimentación se relaciona con la malnutrición. Para el año 2006, los menores de cinco años que tenían suficiencia alimentaria dentro de su hogar tuvieron una desnutrición de 49.0%, lo cual es inferior al 66.4% de aquellos que no la tenían, y para 2014, la relación se ubica en 42.4%, y 52.7%, respectivamente. El sobrepeso infantil es superior en los hogares con suficiencia alimentaria, pasando de 6.3% en 2006 a 6.2% en 2014, como se indica en la siguiente figura.

Figura 52. Suficiencia de alimentos y malnutrición en Chimborazo (%)



Fuente: ECV (1999), ECV (2006), ECV (2014).

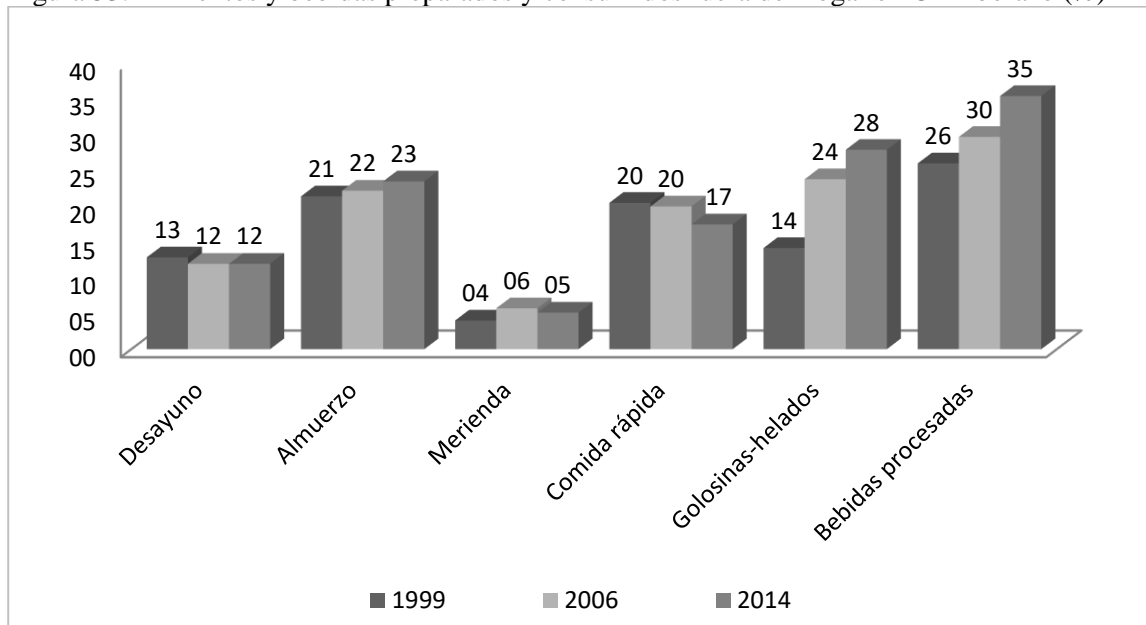
En este proceso, se considera que la producción tradicional de alimentos se ha visto modificada hacia una lógica mercantil, empleando químicos para mejorar la productividad, donde la entrada de pesticidas ha perjudicado los alimentos y el suelo; este hecho termina afectando la soberanía alimentaria de la población de Chimborazo. En el trabajo de campo, las madres de familia manifestaron que estos cambios en la producción terminan afectando la nutrición. Así lo indican estos testimonios:

En este tiempo todo ha cambiado, antes cultivaban la tierra, ahora ya todo es fumigado y tiene químicos, y nosotros consumimos ese químico (Grupo Focal Madre de Familia de Guamote, 2016).

Sí ha cambiado, antes éramos más alimentados, nos daban tostado leche, nos daban solo granos. Antes era mejor, ahora es todo comprado y todo tiene químicos (Grupo Focal Madre de Familia de Guano, 2016).

Chimborazo, al igual que el país en general, se encuentra atravesando una transición nutricional que se caracteriza por el incremento del consumo de alimentos procesados y ultraprocesados. Tomando en cuenta la clasificación de alimentos NOVA 2017, en base a la información disponible en las ECV, se encuentra que el consumo de alimentos procesados y ultraprocesados ha aumentado en el periodo de estudio, tanto para los almuerzos, meriendas, comida rápida, golosinas y bebidas procesadas consumidas fuera del hogar, como se indica en la siguiente figura.

Figura 53. Alimentos y bebidas preparados y consumidos fuera del hogar en Chimborazo (%)



Fuente: ECV (1999), ECV (2006), ECV (2014).

Del trabajo de campo, usando la metodología KAP (Knowledge, Attitudes, and Practices) se pudo observar que en general las madres de Chimborazo conocían sobre los alimentos nutritivos, cuáles son, su forma de preparación, y ventajas para el desarrollo de la persona. Sin embargo, en la práctica existía un cambio de hábitos de consumo, que estaba modificando comportamientos nutritivos a favor de la lógica de mercado. En esa línea, se manifestaba que lo que comían sus padres era más nutritivo, que se aprovechaba la producción de la tierra para alimentarles; sin embargo, había consenso en que ahora la alimentación está dirigida hacia lo

más rápido, sin frutas ni verduras, perjudicándose nutricionalmente. Así lo señalan estos testimonios:

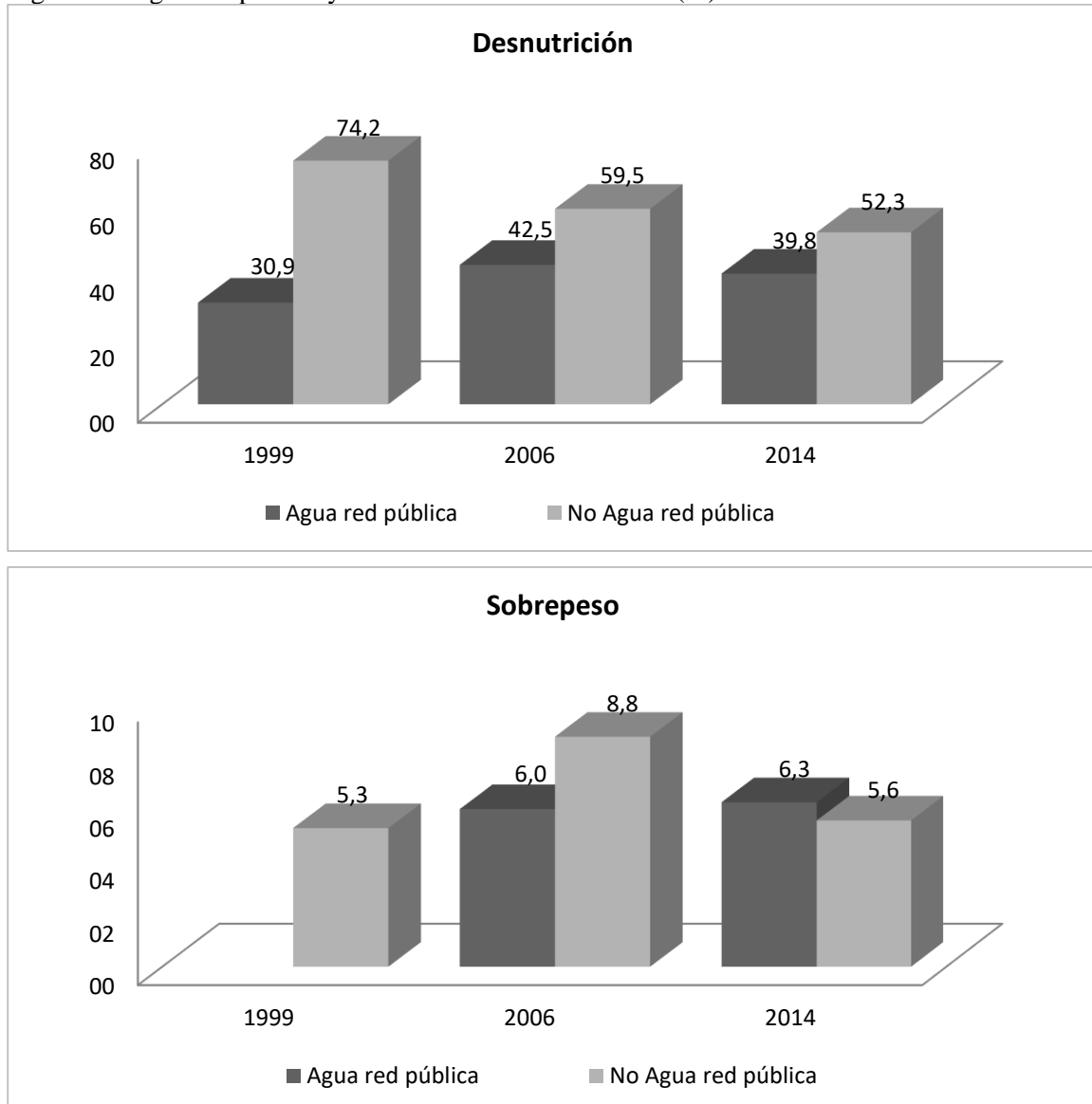
Sí han cambiado. Ahora comemos cosas más rápido de preparar y se prefiere eso (Entrevista Madre de familia de Alausí, 2017).

El problema es el hábito de los alimentos que nos gusta consumir y los que no, porque yo tengo que seleccionar qué alimentos debo comprar y cuáles no para la buena nutrición de mi familia. La gente tiene malos hábitos de alimentación, sabemos que el chocho, habas, melloco, quínoa son alimento, pero no consume. Las ensaladas no es costumbre. Y otras madres dicen que porque trabajan deben cocinar algo rápido y muchos niños que vienen no consumen algunos alimentos que se da (Entrevista Analista Senior CIBV, 2017).

Agua

Chimborazo presenta rezagos en lo referente a acceso a agua, con una cobertura menor al promedio nacional, como se presentó en la parte inicial de este capítulo, lo cual afecta a la nutrición infantil. Por una parte, la desnutrición es superior en los hogares que tienen problemas de acceso a agua por red pública, en 1999 los hogares con acceso tenían una prevalencia de desnutrición de 30.9% y un hogar sin acceso de 74.2%, para 2006 la relación era de 42.5% y 59.5%, y para 2014 es de 39.8% y de 52.3%, respectivamente. A su vez, el sobrepeso para el año 2014 es mayor en los hogares con agua por red pública, ubicándose en 6.3% para los que tienen acceso y en 5.6% para los que no tienen, como se presenta en la siguiente figura.

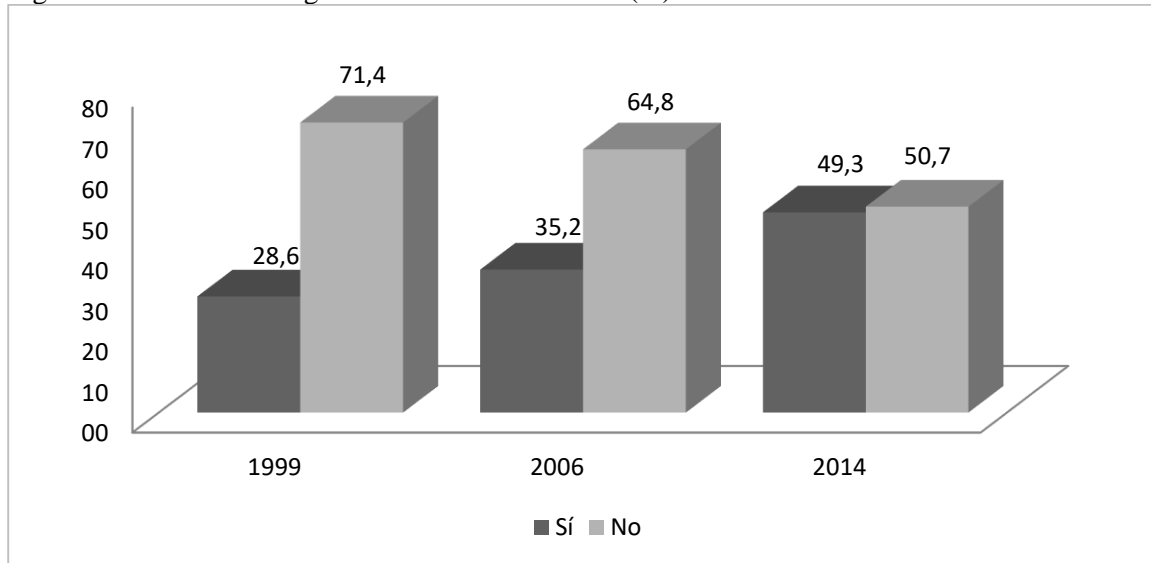
Figura 54. Agua red pública y malnutrición en Chimborazo (%)



Fuente: ECV (1999), ECV (2006), ECV (2014).

Tomando en cuenta la importancia del consumo de agua segura, en Chimborazo la proporción de menores de cinco años que dentro de sus hogares se cumple con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (2006) de consumir un agua tratada es de alrededor de 49%. Esta proporción ha incrementado en el tiempo, pasando de 28.6% en 1999, a 35.2% en 2006, y 49.3% en 2014, como se presenta en la siguiente figura.

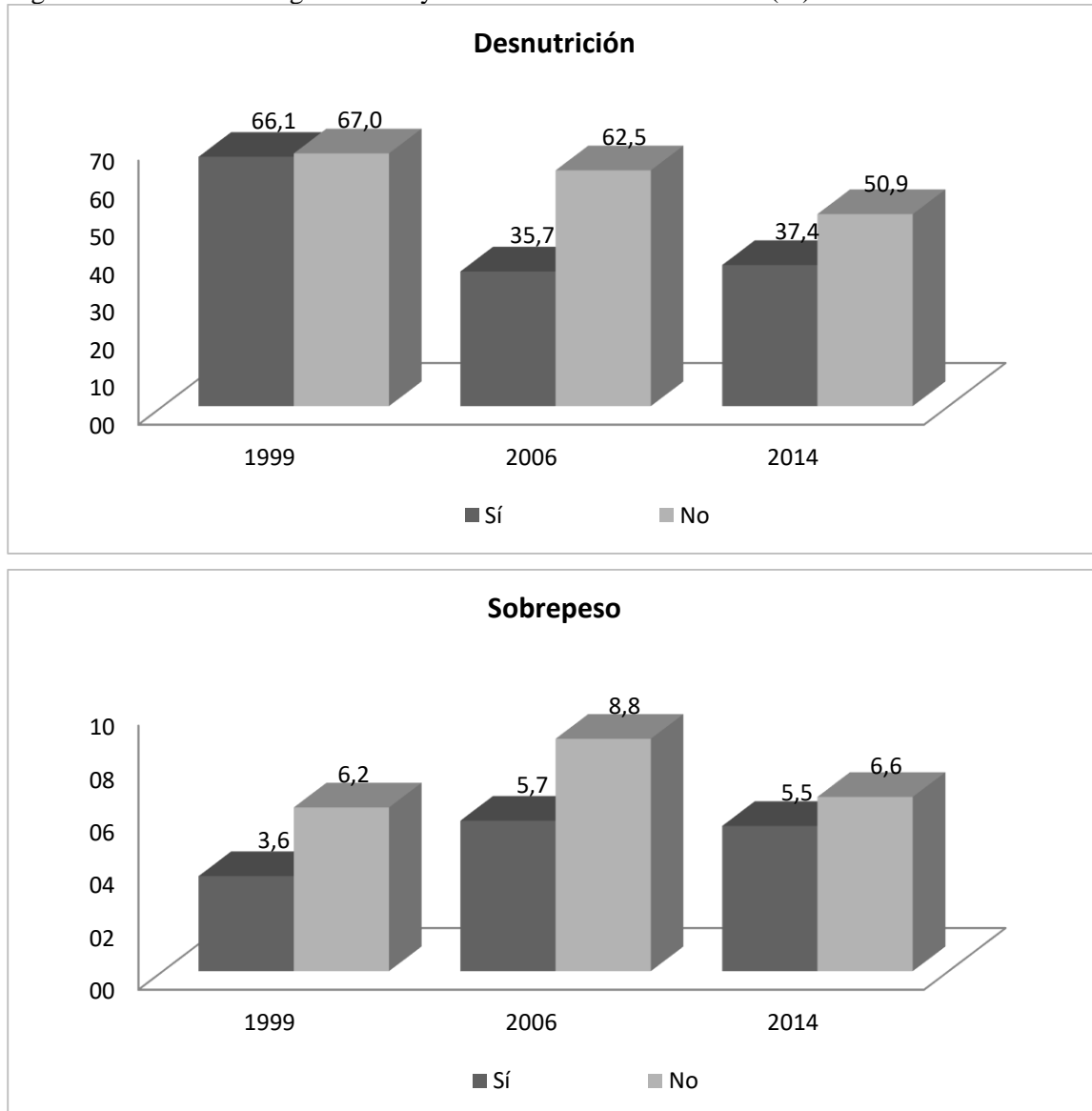
Figura 55. Consumo de agua tratada en Chimborazo (%)



Fuente: ECV (1999), ECV (2006), ECV (2014).

La desnutrición infantil es menor en aquellos que consumen tratada. Si bien para el año 1999, no existe mayor diferencia entre los que consumen agua tratada y los que no, esto se puede explicar por la baja cobertura de la misma y la alta proporción de personas que padecían desnutrición; en 2006, la relación fue de 35,7% en los que sí consumían agua tratada y 62,5% en los que no la consumían; y en 2014, se ubica en 37,4%, y 50,9%, respectivamente. El sobrepeso infantil es menor en aquellos que consumen agua tratada, aunque su diferencia con aquellos que no la consumen se ha ido reduciendo en el tiempo, como se indica en la siguiente figura:

Figura 56. Consumo de agua tratada y malnutrición en Chimborazo (%)



Fuente: ECV (1999), ECV (2006), ECV (2014).

Con ello, todavía más de la mitad de los hogares no consume agua tratada, y aunque en las entrevistas las personas reconocían su importancia, en la práctica la mayoría no lo realiza. Entre los motivos principales se encuentra la inmediatez con la que se quiere acceder al producto, y en ocasiones el olvido de su funcionalidad. Así lo indican estos testimonios:

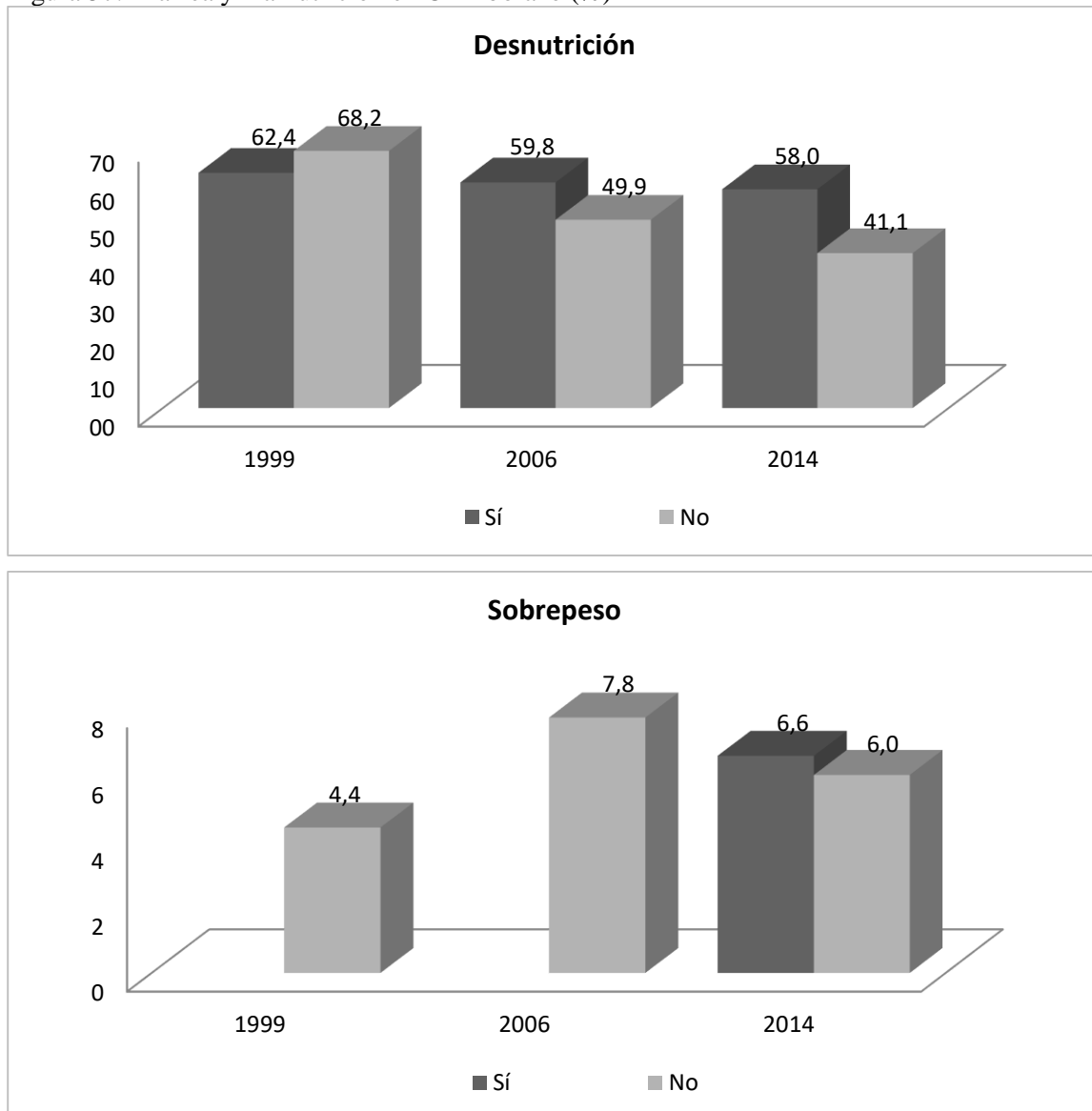
Normalmente tomamos agua del grifo porque se demora en hervir y luego está caliente (Grupo Focal Madre de Familia de Guamote, 2017).

No ganaríamos mucho si damos una alimentación adecuada si no tenemos agua segura. Ese es un problema importante en el Cantón Alausí. Dentro del cantón, las parroquias donde hay mayor desnutrición son Achupallas y Tixan. En otras parroquias también, es un tema general

del cantón Alausí, pero es más acentuado en esas dos parroquias (Entrevista Médico de Alausí, 2017).

El consumo de agua tratada se asocia con una reducción en las prevalencias de diarrea, la cual se relaciona con la malnutrición infantil (WHO 2009, 2). A su vez, esto evita afectaciones en los niños, ya que se producen infecciones intestinales, y enfermedades como la parasitosis (Entrevista Médico de Alausí, 2017). En esa línea, en Chimborazo, la desnutrición infantil es mayor en aquellos que tuvieron problemas de diarrea, donde para 2014, los niños que tuvieron diarrea presentaron desnutrición de 58.0%, y los que no tuvieron diarrea tuvieron desnutrición de 41.1%. El sobrepeso infantil resulta superior en aquellos que tuvieron diarrea, donde para 2014, los niños que sí tuvieron presentaron sobrepeso de 6.6%, y los que no tuvieron un sobrepeso de 6.0%, como se indica en la siguiente figura.

Figura 57. Diarrea y malnutrición en Chimborazo (%)



Fuente: ECV (1999), ECV (2006), ECV (2014).

4.6. Conclusiones

En este capítulo se puede concluir que Chimborazo es una provincia con problemas sociales estructurales, que, si bien a lo largo del periodo analizado ha existido un proceso continuo de mejoramiento en reducción de la pobreza, desigualdad, morbilidad infantil, y acceso a agua y saneamiento; todavía persisten una serie de privaciones comunes de la sierra centro, con una pobreza por consumo y NBI que afecta a cerca del 50% de su población.

La malnutrición infantil se encuentra en niveles críticos. La desnutrición crónica afecta al 43.7% de los menores de cinco años, siendo casi el doble de la tasa nacional, y una de las más altas del país, que, si bien se ha reducido en el tiempo, todavía presenta niveles inaceptables

para un país en desarrollo, lo cual se agrava en el área rural, en los hogares que padecen pobreza, y en la etnia indígena. El sobrepeso y la obesidad han incrementado levemente su prevalencia, llegando a cerca del 6%, denotando una transición nutricional y epidemiológica en etapa temprana, con mayores afectaciones a las personas de menores ingresos y rurales.

La acción pública en Chimborazo se ha enfocado en el combate a la desnutrición infantil, sin tomar en cuenta al sobrepeso. Los programas nacionales se han desarrollado en la provincia, acompañados de iniciativas provinciales con cooperación internacional, teniendo un énfasis en la soberanía alimentaria; lo cual ha contribuido a una reducción significativa de la desnutrición en los periodos 1999-2006 y 2006-2014. Desafortunadamente, en general los programas en territorio presentan limitaciones asociadas a una inoportuna articulación institucional, con una falta de comprensión de la interculturalidad.

Por último, las tensiones entre las convenciones influyen en su nivel de malnutrición infantil, donde si bien existe el conocimiento de las bondades nutricionales de la leche materna, de una alimentación adecuada, y de las potencialidades del consumo de agua tratada, persiste una distancia con lo que se practica en los hogares. La mayoría de las madres si bien mantiene la práctica de la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses, su proporción disminuye hasta los dos años; existe un cambio de los hábitos alimenticios ya que se prefieren alimentos con alto contenido calórico, pero bajo contenido nutricional; y, se limita el consumo de agua tratada debido a la limitada cobertura de agua por red pública y la práctica de consumir el agua sin algún proceso de purificación.

Capítulo 5

La malnutrición infantil en Santa Elena: una mirada desde la acción

5.1. Introducción

La malnutrición infantil en la provincia de Santa Elena presenta un comportamiento atípico para una provincia costera, teniendo prevalencias elevadas en desnutrición en los cantones que la conforman, desde antes de su creación oficial en 2007. La desnutrición afecta al 40.7% de la población infantil y el sobrepeso a cerca de 5.2% de los menores de cinco años. Dentro del Ecuador, Santa Elena es la provincia con la mayor tasa de desnutrición en la región costa, y un sobrepeso bajo el promedio nacional.

El objetivo de este capítulo es analizar la malnutrición infantil en Santa Elena desde su creación. La composición del mismo consta de cuatro secciones.

La primera parte presenta el contexto en el cual se desarrolla la malnutrición en Santa Elena, siendo una provincia con pobreza sobre el promedio nacional, con problemas de alcantarillado, y con disparidades entre sus cantones. La segunda parte presenta el perfil de la malnutrición infantil en Santa Elena, en donde la desnutrición y el sobrepeso tienen características particulares, siendo contingentes al área, nivel de ingreso, etnia y sexo.

La tercera parte analiza la acción pública de Santa Elena alrededor de la malnutrición infantil, basados en el trabajo de Zittoun (2016), se presentan las principales políticas y programas desarrollados desde el Estado y el gobierno local, con sus alianzas. Finalmente, la cuarta parte indaga sobre las convenciones y capacidades de la malnutrición infantil en Santa Elena, basados en los trabajos de Boltanski y Thévenot (2006) y de Sen (2012). Entre los principales hallazgos se encuentra que la malnutrición se asocia con limitadas prácticas de lactancia, en medio de un complejo panorama presente en la ruralidad, y cambio en los hábitos de consumo, los cuales restringen la posibilidad de una adecuada nutrición y sus potencialidades.

5.2. Contexto de la malnutrición infantil

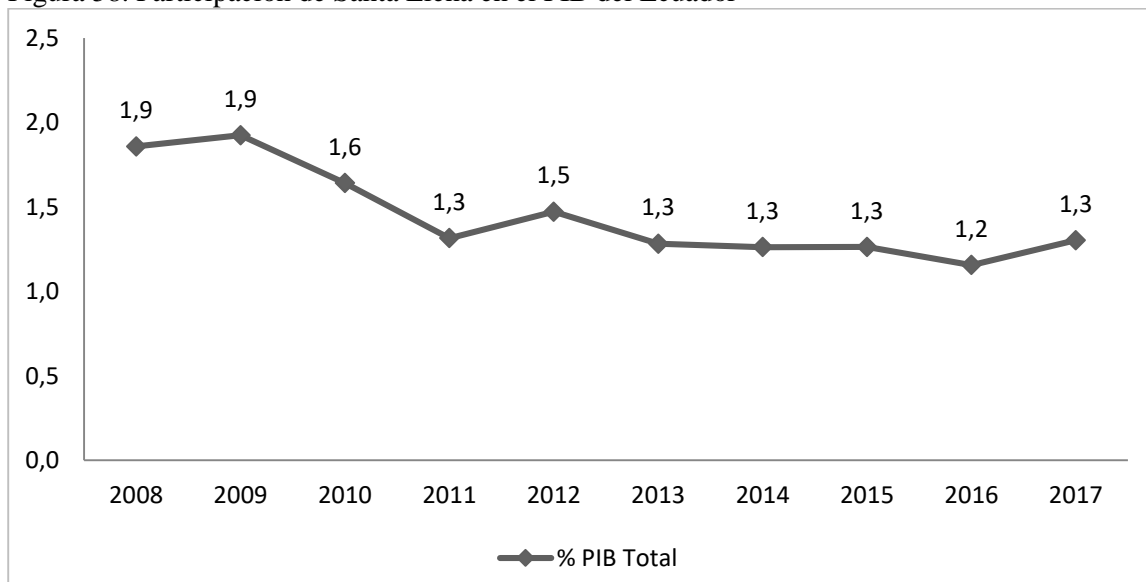
La provincia de Santa Elena se ubica en la costa sur del Ecuador. Consigue el status de provincia en noviembre del año 2007, como la provincia número 24, ya que anteriormente su territorio pertenecía a los cantones de Santa Elena, Salinas y La Libertad, en la provincia del

Guayas. En términos políticos, tuvo como gobernadora y prefecta a Ana Triviño en el periodo 2007 y 2008. Dentro de su periodo iniciaron los centros de atención infantil propios de la prefectura, dentro la modalidad Creciendo con Nuestros Hijos.

A mediados del año 2009 asumió la prefectura Patricio Cisneros y fue reelecto en 2014, con lo que se mantuvo en este cargo hasta 2019, durante todo el periodo analizado. En su administración se creó el Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial 2012-2021 y el Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial 2015-2019, donde se reconocía el problema de la desnutrición infantil y se planteaban estrategias para su reducción.

En términos económicos, el Producto Interno Bruto de Santa Elena en valores corrientes pasó de cerca de 1100 millones en 2008 a alrededor de 1300 millones para el año 2017. Su participación dentro del PIB nacional ha tenido una disminución en el periodo de análisis, pasando de 1.9% en 2008 a 1.3% en 2017, la cual se relaciona con la capacidad de fabricación de productos de la refinación petróleo y de otros productos, como se indica en la siguiente figura.

Figura 58. Participación de Santa Elena en el PIB del Ecuador

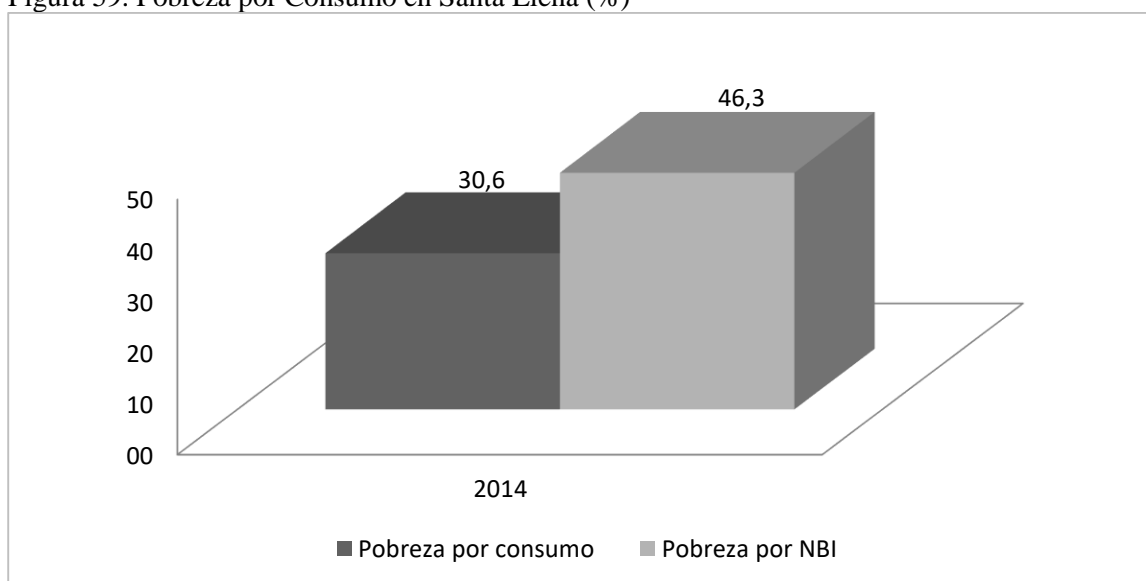


Fuente: BCE (2008-2017).

En términos sociales, Santa Elena presenta una pobreza superior al promedio de las provincias de la Costa y nacional. En su provincia en las zonas rurales se organizan mediante comunas alineadas con el territorio o manejo de algún recurso (Álvarez 2010a, Álvarez 2010b, Álvarez

2001). Para el año 2014, la pobreza por consumo se ubica en 30.6%, lo que resulta superior al 24.7% de la región costa, y al 25.8% nacional; de igual forma, la pobreza por NBI se encuentra en 46.3%, lo que supera al 43.9% de la región costa y al 35.8% nacional, como se indica en la siguiente figura. En el periodo de análisis, con la intención de observar la tendencia, y usando otra fuente de información como la ENEMDU (MCDS 2017, 36), se halla que existe una disminución sostenida de ambos tipos de pobreza, con mayor énfasis en la pobreza por consumo. Dentro de la provincia, el cantón con mayores índices de pobreza es Santa Elena (INEC 2015b, 92).

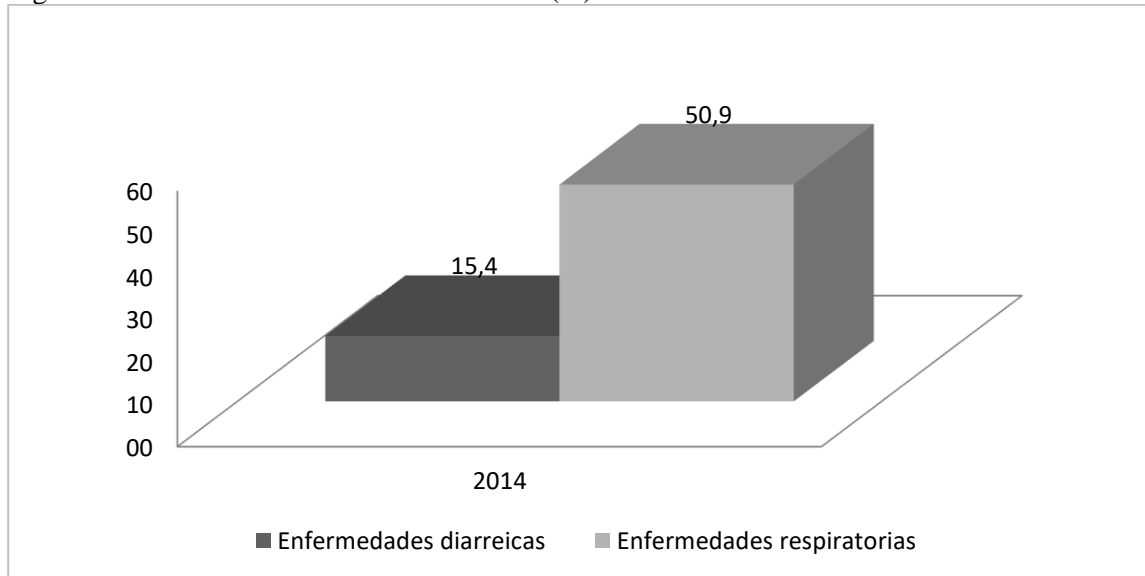
Figura 59. Pobreza por Consumo en Santa Elena (%)



Fuente: ECV (2014).

En lo referente a salud, Santa Elena presenta una esperanza de vida que ha mejorado en el tiempo, ubicándose en 77.9 años en el 2017, lo que resulta superior al promedio del país, y la ubica entre las tres provincias más altas (INEC 2017b, 75). Para el 2014, las enfermedades diarreicas en menores de cinco años se ubican en 15.4%, lo cual es inferior al promedio de la Costa que es 16.5% y al nacional que es 16.9%; mientras que las enfermedades respiratorias se ubican en 50.9%, lo que resulta ligeramente superior al promedio de la Costa que es 50.0% y el nacional que es 46.3%; como se observa en la siguiente figura.

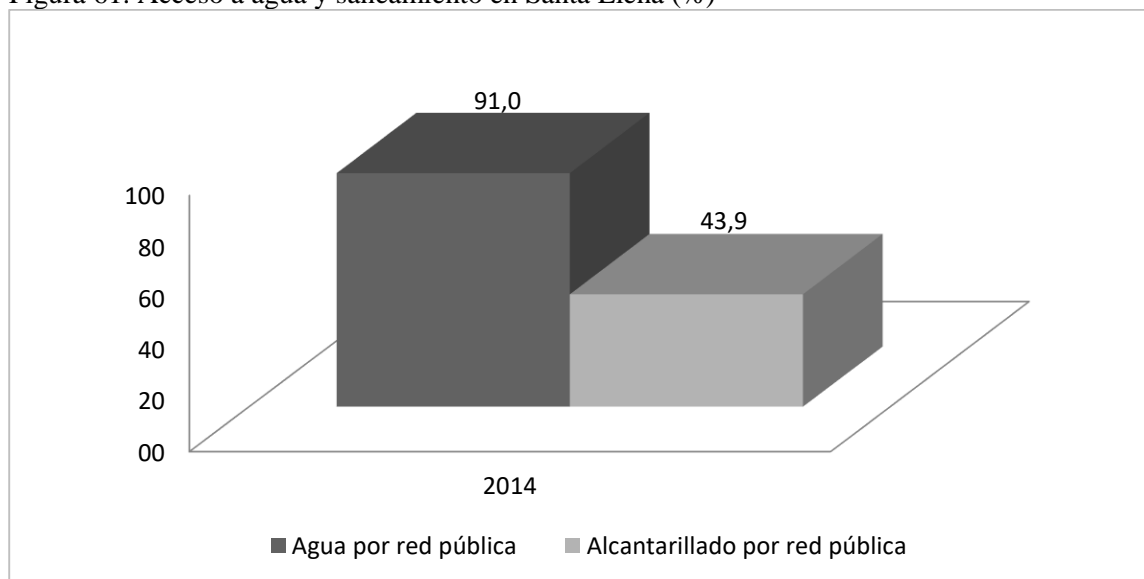
Figura 60. Morbilidad infantil en Santa Elena (%)



Fuente: ECV (2014).

En cuestión de agua y saneamiento, Santa Elena tiene un mejor acceso en agua que el promedio de las provincias de la Costa y nacional, aunque inferior en alcantarillado. Para el año 2014, el acceso a agua por red pública se ubica en 91.0%, lo que resulta superior al 74.0% de la región costa, y al 78.0% nacional; de igual forma, el alcantarillado por red pública se encuentra en 43.9%, lo que es inferior al 49.2% de la región costa y al 60% nacional, como se indica en la siguiente figura. A su vez, dentro de la provincia existen diferencias entre cantones, donde el cantón Santa Elena por ser altamente rural, presenta una situación compleja, alcanzando las tres cuartas partes de cobertura que los demás cantones en agua, y cerca de la mitad en alcantarillado (SENPLADES 2014, 94).

Figura 61. Acceso a agua y saneamiento en Santa Elena (%)



Fuente: ECV (1999), ECV (2006), ECV (2014).

La población de Santa Elena es mayoritariamente urbana (54%). Existiendo diferencias entre cantones, donde en el cantón Santa Elena alrededor de tres de cada cuatro habitantes vive en la ruralidad, mientras que, por otra parte, en La Libertad todos son urbanos, como se indica en la siguiente tabla.

Tabla 16. Población de Santa Elena por área

	Población	% Rural
Santa Elena	180.494	72.50%
La Libertad	114.123	0.00%
Salinas	89.485	49.40%

Fuente: INEC (2010, 2011).

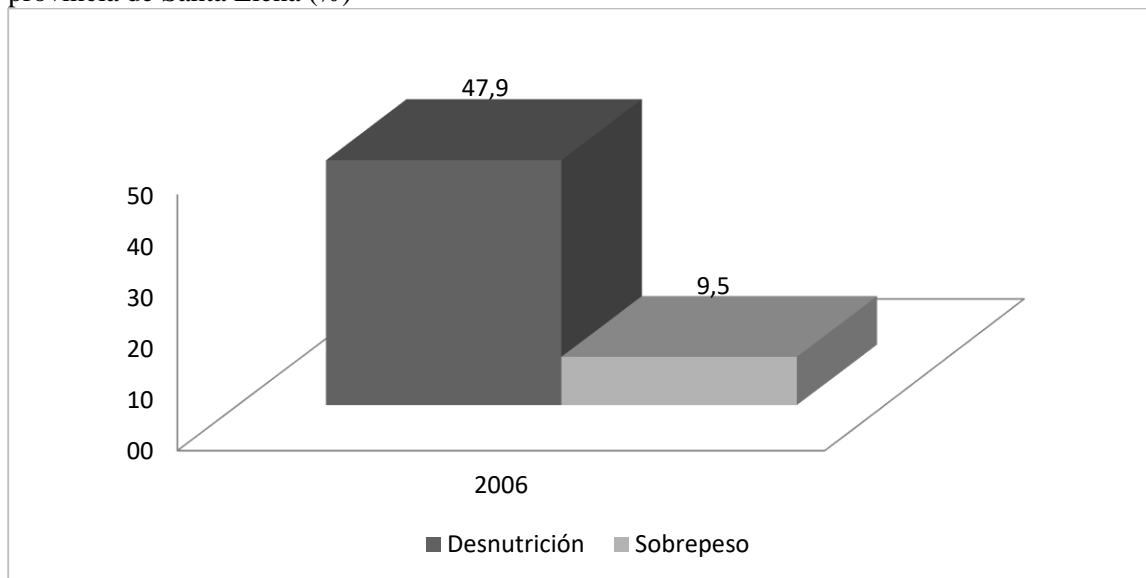
En síntesis, el contexto de la malnutrición infantil en Santa Elena se caracteriza por una relativa estabilidad política desde su creación como provincia, con una ligera reducción del tamaño de su economía relacionada con la volatilidad de la refinación de petróleo, con niveles de pobreza superiores a los promedios de la región Costa y del país, y bajos niveles de alcantarillado; y, a su vez, con un alto porcentaje de acceso a agua por red pública, y con mejores indicadores de salud que el promedio de la Costa y nacional. Este contexto diverso, no es homogéneo entre sus cantones, donde el cantón Santa Elena es el que tiene mayores necesidades, con alta pobreza, y bajos niveles de acceso a agua y alcantarillado.

5.3. Perfil de la malnutrición infantil

La malnutrición infantil de esta novísima provincia resulta atípica para la región Costa, donde normalmente no hay problemas de desnutrición crónica, siendo la única provincia costeña en superar el promedio nacional, como se indica en el capítulo tres; esto resulta lo llamativo y paradójico del caso Santa Elena. A su vez, la provincia presenta niveles inferiores al promedio nacional de sobrepeso y obesidad.

La evolución de la malnutrición infantil en Santa Elena denota la existencia de un problema de desnutrición infantil que antecede a su creación como provincia. Tomando en cuenta los cantones que luego formaron parte de esta provincia, se encuentra que la desnutrición infantil en dicho territorio para el año 2006 se encontraba en 47.6%, y el sobrepeso en 9.5%, como se indica en la siguiente figura.

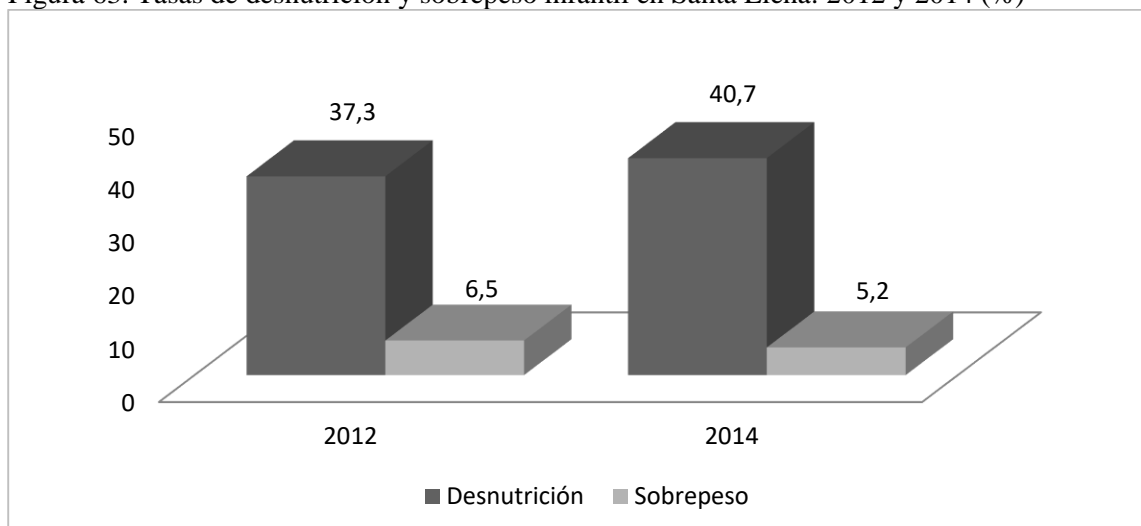
Figura 62. Tasas de desnutrición y sobrepeso infantil en el territorio previo a la creación de la provincia de Santa Elena (%)



Fuente: ECV (2006).

Teniendo presente este antecedente, la malnutrición en Santa Elena para el año 2014 se reduce y se ubica en 40.7%, lo cual es más del doble del promedio de la región costa que es de 18.5%, y del promedio nacional de 23.9%. A su vez, el sobrepeso infantil disminuye y afecta al 6.5% de los menores de cinco años, el cual resulta inferior al promedio de la región Costa que es 9.5% y al promedio nacional de 10%, como se indica en la siguiente figura.

Figura 63. Tasas de desnutrición y sobrepeso infantil en Santa Elena: 2012 y 2014 (%)



Fuente: ENSANUT (2012), ECV (2014).

Tomando en cuenta esta evolución, al igual que a nivel nacional, se procedió a estimar la probabilidad de padecer malnutrición, utilizando la técnica de *pooling data*, de los trabajos de Ponce y Carrasco (2016) y Rivera (2019). Al ser una provincia nueva, se la compara contra los cantones que la conforman previo a su creación, donde solamente desde 2006 son representativos. Con ello, se observa estadísticamente que la probabilidad de tener desnutrición infantil o sobrepeso en la provincia no se redujo en el periodo 2006-2014, como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 17. Probabilidad de malnutrición infantil en el territorio Santa Elena

	Desnutrición	Sobrepeso
D2014	-0.13 (0.08)	0.00 (0.02)
N	472	473
Pseudo R2	0.16	0.17
Prob. Neta Predicha	0.72	0.94

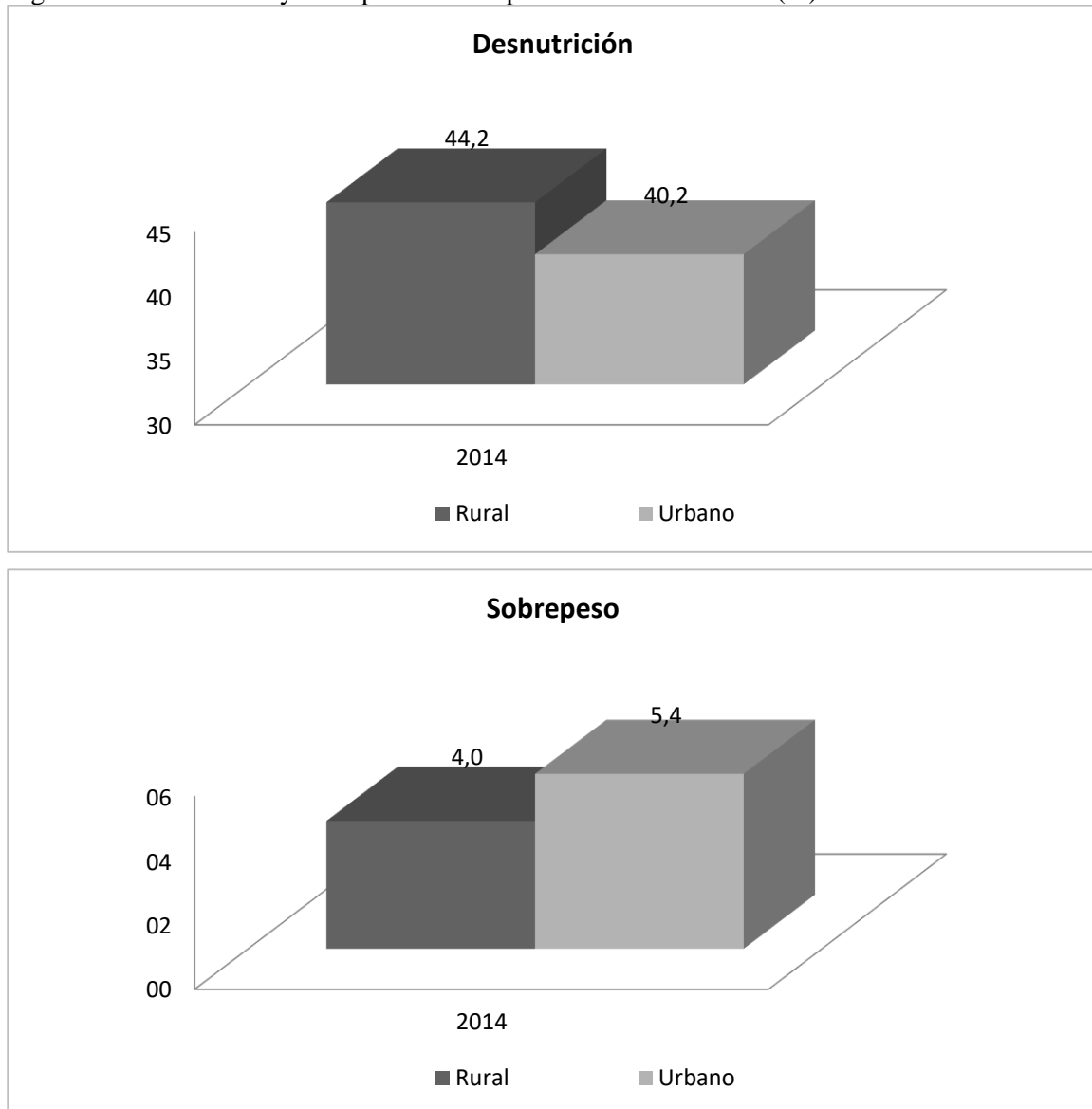
Fuente: ECV (2006), ECV (2014).

Dentro de la provincia, la representatividad de las encuestas nacionales no permite su desagregación, con lo cual no hay información de los cantones en sobrepeso, aunque en base a fuentes secundarias se encuentra que, el cantón con mayores problemas de desnutrición es Santa Elena, seguido de La Libertad, y Salinas (MCDS 2010, 62).

En cuanto al área de residencia, Santa Elena presenta particularidades. Por una parte, en el año 2014, la desnutrición rural alcanza cerca del 44.2%, mientras que la desnutrición urbana se

ubica en 40.2%. Por otro lado, el sobrepeso rural está en 4.0%, y el sobrepeso urbano en 5.4%. Con ello, a pesar de que no existe demasiada brecha, la desnutrición tiene mayor prevalencia en la ruralidad, y el sobrepeso con el área urbana, como se presenta en la siguiente figura:

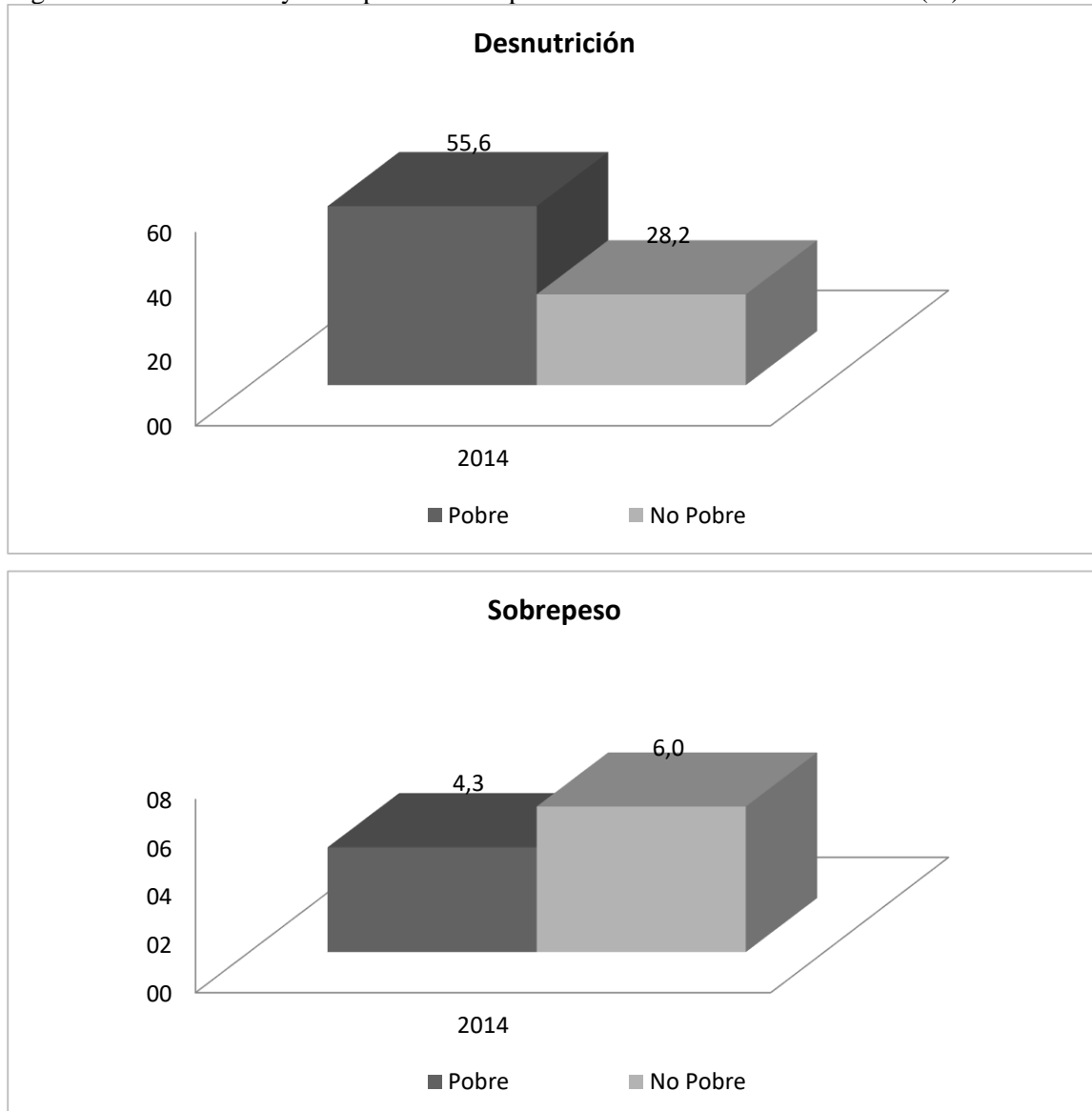
Figura 64. Desnutrición y sobrepeso infantil por área en Santa Elena (%)



Fuente: ECV (1999), ECV (2006), ECV (2014).

En referencia al nivel económico, existen brechas importantes entre grupos. Por un lado, la desnutrición en las familias pobres se ubica en 55.6%, y se reduce a cerca de la mitad en los hogares no pobres con 28.6%. Por su parte, el sobrepeso es inferior en los hogares pobres alcanzando el 4.3%, a diferencia de los hogares no pobres donde se ubica en 6.0%. Como resultado, dentro de Santa Elena la desnutrición se asocia con la pobreza, y el sobrepeso con los hogares no pobres, como se presenta en la siguiente figura:

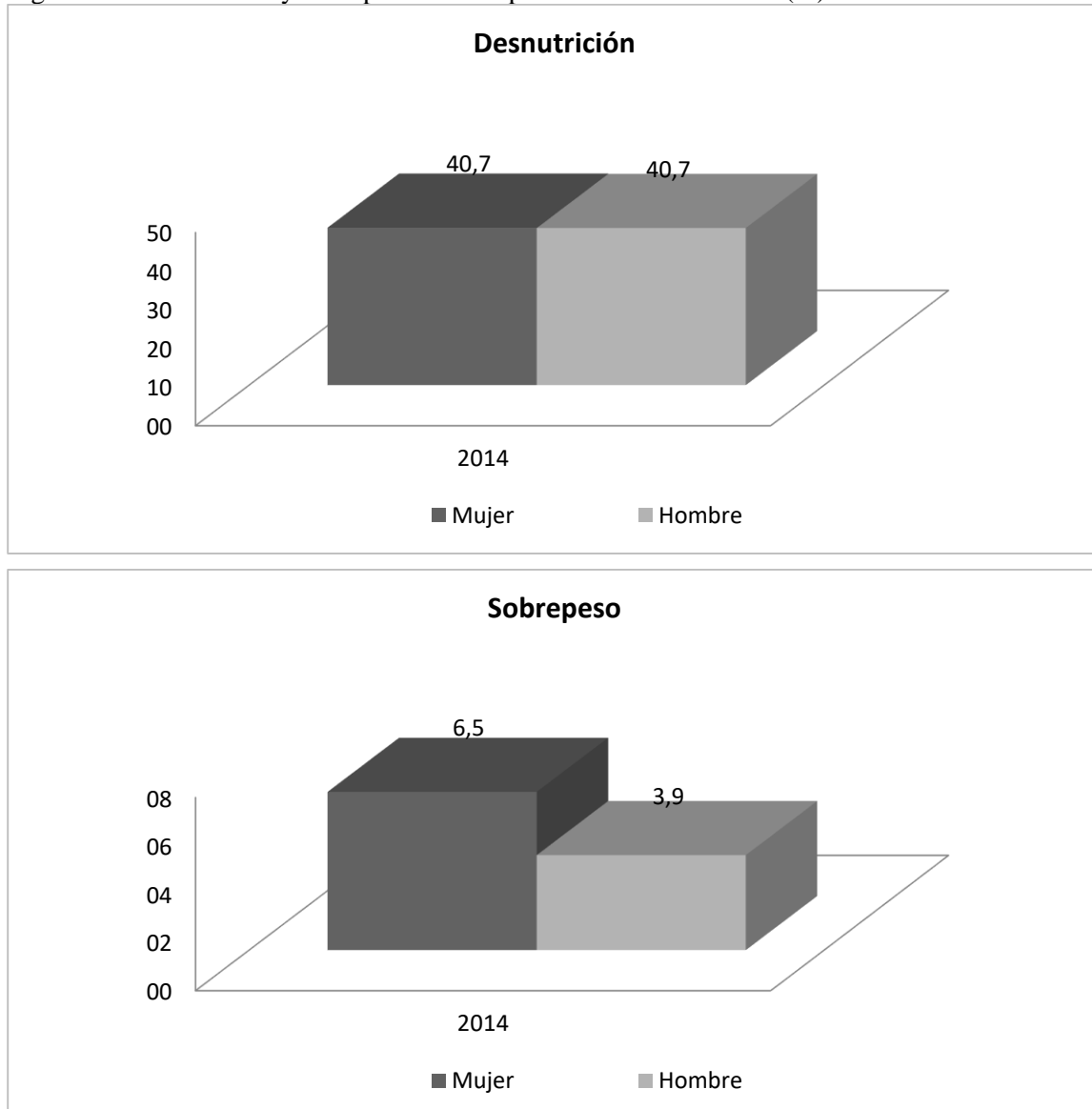
Figura 65. Desnutrición y sobrepeso infantil por nivel económico en Santa Elena (%)



Fuente: ECV (1999), ECV (2006), ECV (2014).

En cuanto al sexo del menor, la desnutrición alcanza el mismo porcentaje entre hombres y mujeres, ubicándose en 40.7%. Por el contrario, el sobrepeso presenta diferencias por sexo, donde las mujeres tienen mayor prevalencia, alcanzando el 6.5%, mientras que los hombres se ubican en 3.9%, como se presenta en la siguiente figura.

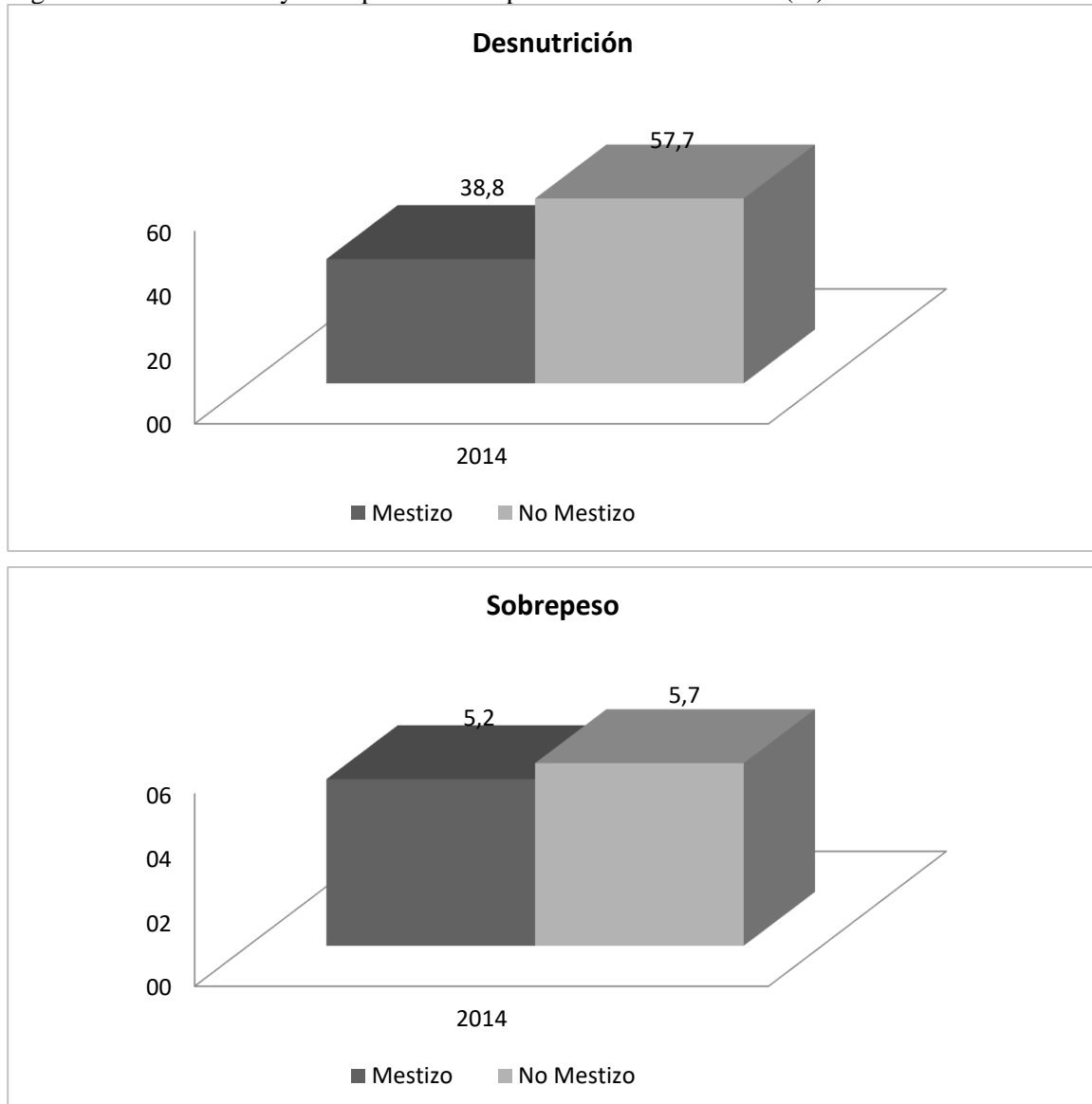
Figura 66. Desnutrición y sobrepeso infantil por sexo en Santa Elena (%)



Fuente: ECV (1999), ECV (2006), ECV (2014).

En relación con la etnia, el 79% de la población en Santa Elena se autodefine como mestizo; por ello, teniendo en cuenta la representatividad de la muestra, se pudo realizar dos grupos étnicos: mestizos y no mestizos, siendo el segundo grupo el que abarca a los indígenas, afrodescendientes, negros, mulatos, blancos, y otros. Por una parte, la desnutrición es mayor en los no mestizos, alcanzando el 57.7%, mientras que los mestizos se ubican en 38.8%. De igual manera, el sobrepeso es superior en los no mestizos, ubicándose en 5.7%, y los mestizos en 5.2%, como se presenta en la siguiente figura.

Figura 67. Desnutrición y sobrepeso infantil por etnia en Santa Elena (%)



Fuente: ECV (2014).

En síntesis, la provincia de Santa Elena presenta problemas en cuanto a desnutrición infantil. Esta problemática estaba presente en los cantones que la conforman, desde antes de la creación de la provincia, lo que resulta atípico en la región Costa. La desnutrición alcanza el 40.7% para 2014, y se asocia con infantes de hogares rurales con presencia de pobreza, y etnia no mestiza. El sobrepeso, por su lado, alcanza el 5.2% para 2014, lo cual resulta inferior al promedio de la región Costa y el nacional, y se halla asociado con hogares urbanos, no pobres, en mujeres, y no mestizos. A continuación, se analiza la acción pública a nivel nacional y su interrelación con lo provincial, y local.

5.4. Acción pública de la malnutrición infantil

En esta sección se analiza la acción pública de la malnutrición infantil en Santa Elena basados en el trabajo de Zittoun (2016), abarcando las políticas públicas, sus programas, proyectos, y sus interrelaciones con otros actores.

Desde su creación como provincia, la desnutrición infantil ha estado presente dentro de las políticas y discusiones sociales en Santa Elena, y poco se ha tratado el sobrepeso. Varios documentos han reconocido al problema de la desnutrición y se han planteado algunas líneas de acción. Desde 2008 se creó el programa Creciendo con Nuestros Hijos y se brindaba atención a menores de tres años.

Dentro del Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial 2012-2021, se indicaba que la desnutrición se percibe desde distintos actores como “uno de los problemas más graves en el ámbito de la salud” (GADPSE 2012a, 160), y ante ello se planteaban acciones relacionadas con “impulsar estrategias y espacios coordinados entre instituciones locales y nacionales, y de estos con organizaciones comunitarias para enfrentar grave problema de desnutrición” (GADPSE 2012b, 87).

A su vez, desde la prefectura de la provincia, en el Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial 2015, se comprometía a mantener el proyecto Creciendo con Nuestros Hijos que ya tenía cerca de 52 promotores en 62 Centros de Fortalecimiento Familiar, Asimismo, se reconocía el trabajo conjunto que se estaba llevando a cabo desde 2013 con el Programa Mundial de Alimentos, dentro del proyecto Fortaleciendo capacidades locales para la seguridad alimentaria y nutricional, con alrededor del 1.000 familias, donde se manejaba el objetivo de “apoyar las capacidades a nivel local para mejorar la seguridad alimentaria y la diversidad en las dietas de niños y niñas entre 6 a 36 meses de edad y cuyas familias viven en pobreza extrema y mal nutrición” (GADPSE 2015, 141). Entre los principales resultados del programa con el PMA se encontró que el uso de una transferencia tipo *voucher*, resulta ser la mejor inversión para diversificar la dieta (PMA 2015, 5; Ponce y Ramos 2017b, 6).

La provincialización de Santa Elena coincide con las modificaciones institucionales que se presentaban dentro del gobierno central, como se indicó en el capítulo tres. Desde la acción pública nacional en este tiempo se realizaron algunos programas en contra de la malnutrición

infantil dentro de la provincia, entre ellos, el Programa de Alimentación Escolar (PAE), el Programa Nacional de Alimentación y Nutrición (PANN 2000), Programa Aliméntate Ecuador (AE), el Proyecto Alimentario Nutricional Integral (PANI), el Proyecto Desnutrición Cero en su segunda etapa sin transferencia condicionada, y el Proyecto Emblemático Acción Nutrición.

Basado en el trabajo de campo a través de la observación, entrevistas y grupos focales, se consideraba que la acción pública se ha fortalecido para Santa Elena desde su declaración como provincia, debido a que al pertenecer a la Provincia de Guayas y al estar alejada de su capital, no necesariamente estos tres cantones eran prioritarios para recibir obras por parte de la administración provincial; la declaratoria como provincia le significó a su población una mayor preocupación desde el Estado, con lo que se incrementó su presupuesto. Así lo señalan los siguientes testimonios:

Sin duda, antes éramos la última rueda del coche del Guayas, había que ir a Guayaquil a pedir escuelitas, ahora ya no. Ahora ya estas cerca todo, a pesar de que Quito y Guayaquil sigan siendo las ciudades que mandan, pero sí ha mejorado mucho estos últimos tiempos (Entrevista Técnico del GADPSE, 2017).

Si ha habido un cambio notable, de pronto no ha llegado todo el cambio por diversos motivos, pero si se ha visto buenos proyectos para los compañeros agricultores. Ya no es como antes que teníamos que ir a Guayaquil con el oficio y debíamos esperar 15 días para que manden a un técnico (Entrevista Presidente de parroquia Simón Bolívar, 2017).

Pese al escenario prometedor del logro de la provincialización, han existido algunos problemas en la implementación de los programas, con una limitada articulación en territorio desde los organismos ministeriales, con rotación de personal, sin atacar el problema desde una lógica interdisciplinaria, y con una fuerza intermitente para la intersectorialidad, como se indica en los siguientes testimonios:

Debíamos trabajar de manera más coordinada ya que cada uno hacia lo suyo, pero creo que para abarcar a todo el mundo decidimos juntar mil días de nutrición infantil, pero ahí vienen los cambios de personal, directores y se llevan lo que tenemos y debemos empezar desde cero. Y los nuevos no están en la misma onda que uno, pero esa estrategia es súper interesante, Mil días desde la gestación del niño hasta que cumple los 2 años es vital, esa estrategia permitía que la comunidad se enganche, porque si no enganchamos a la gente no se podría seguir con

los programas. Y armamos cosas súper chéveres, entiendo que la estrategia sigue para generar productos y resultados, pero ya no estamos tan coordinados (Entrevista Coordinadora de Servicios Sociales de Santa Elena, 2017).

Hay una directriz, que no se está articulando desde arriba, quiere decir que nos está yendo en un 30% bien porque no articulamos con las instituciones que debemos de articular, no como quisiéramos que a veces tuviéramos la cercanía (Entrevista Director Distrito de Salud de Santa Elena, 2019).

Además, respecto a la provisión del servicio público de cuidado y salud, se considera como un proceso en construcción, que todavía presenta dificultades en su gestión, como se indica en los siguientes testimonios:

En cuanto al servicio de catering seguimos trabajando, porque todavía no cumplen con las normativas técnicas, o BPM (Buenas Prácticas de Manufactura) que nosotros evaluamos. Hemos tenido inconvenientes, hemos cambiado varias sucursales para CIBV y como no les alcanzaba el presupuesto por cuestiones económicas de ellos. Pero a pesar de eso siguen cambiando de locales porque no cumplen la normativa técnica (Entrevista Coordinadora de Servicios Sociales de Santa Elena, 2017).

Si no hay cita no lo atienden y si hay cita hay mucha gente, y si uno va enfermo no tienen los medicamentos y ese rato le mandan a comprar. Aquí hay centro de salud, pero no hay doctor, ahora no hay ni una pastilla, que compre afuera el paracetamol, y toca ir para afuera, mejor me voy para afuera y no paso mi tiempo (Grupo Focal Madre de familia de Santa Elena, 2017).

En síntesis, Santa Elena presenta limitaciones en su acción pública para mejorar la malnutrición infantil, donde la probabilidad de desnutrición y sobrepeso no hay cambiado en el tiempo. Si bien, existe una percepción general de una mayor atención a sus necesidades desde la provincialización, donde el Estado central ha desarrollado programas que se ejecutan en lo territorial, que se complementan con los centros de desarrollo inicial provistos desde el GAD provincial, y de la cooperación internacional; todavía hay dificultades en la coordinación y el trabajo intersectorial, careciendo de un plan que permita un trabajo mancomunado de todos los actores envueltos en nutrición, esto impide una atención adecuada a la complejidad de la malnutrición.

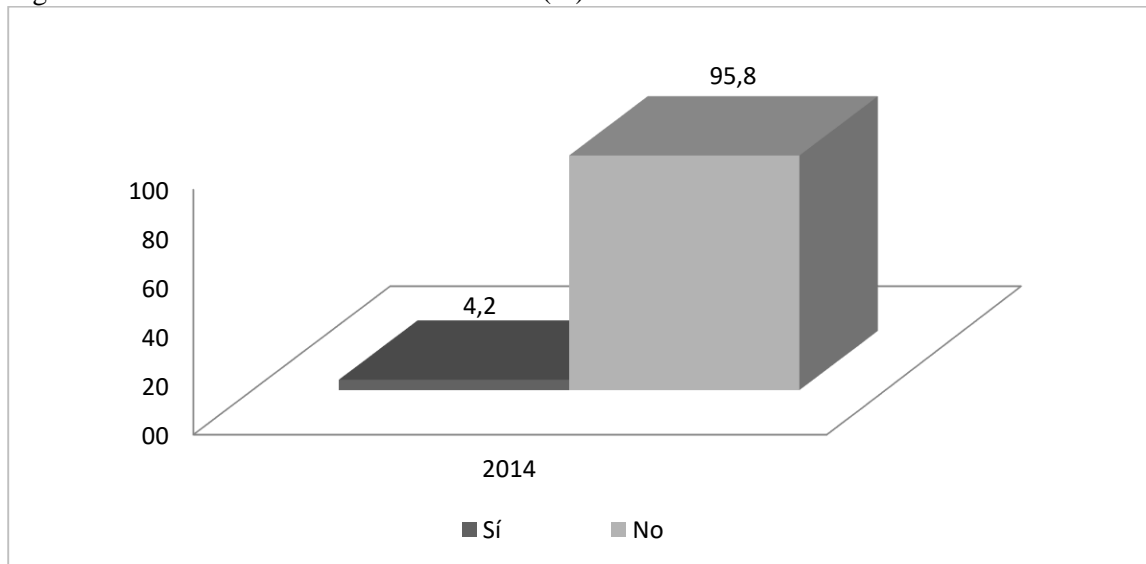
5.5. Convenciones y capacidades de la malnutrición infantil

Esta sección analiza las convenciones y las capacidades de la malnutrición infantil en Santa Elena, estudio que se articula con los trabajos de Boltanski y Thévenot (2006) y Sen (2012). Como se examinó en el capítulo tres, hay cuatro convenciones principales, que permiten comprender a la malnutrición, las cuales presentan tensiones, y son contingentes de diversos factores de conversión ambientales, sociales y personales que influyen en la malnutrición. A continuación, se presentan las tensiones entre las convenciones y las capacidades a través de sus factores de conversión.

Lactancia materna

La práctica de la lactancia materna en Santa Elena es inferior al promedio de la región Costa y del promedio nacional, donde alrededor del 35.8% de las madres realizan la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses. De forma relacionada, la proporción de menores de cinco años que cumple con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (2003) es solamente de 4.2%, siendo inferior al promedio de la Costa, y menos de la mitad del promedio del país, como se presenta en la siguiente figura.

Figura 68. Lactancia materna en Santa Elena (%)

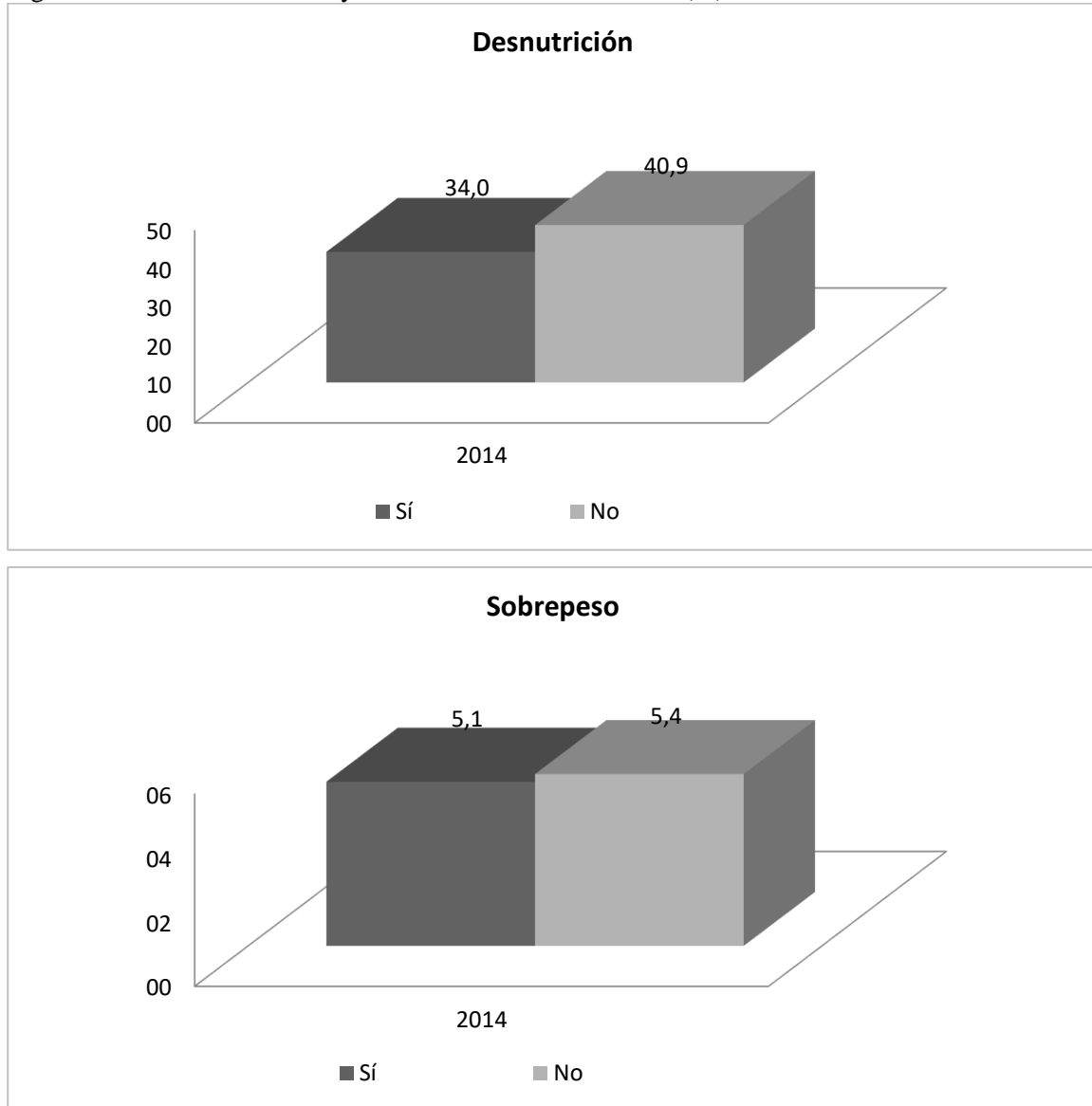


Fuente: ECV (2014).

En ese sentido, la práctica de la lactancia materna tomando en cuenta las recomendaciones de la OMS es bastante reducida en la provincia, siendo la segunda más baja del país. Los menores de cinco años que recibieron lactancia correcta tuvieron una desnutrición de 34.0%, lo cual es inferior al 40.9% de aquellos que no la recibieron; a su vez, tuvieron menor

sobrepeso que los que no la recibieron, con 5.1% y 5.4%, respectivamente, como se indica en la siguiente figura:

Figura 69. Lactancia materna y malnutrición en Santa Elena (%)



Fuente: ECV (1999), ECV (2006), ECV (2014).

De forma similar a lo que sucede en el resto del país, en la lactancia materna, las prácticas mercantiles se han contrapuesto a las domésticas, con mayores efectos en lo urbano, donde la incursión en el mercado laboral y la modernidad restringen su conservación, lo cual se complejiza en algunas “madres jóvenes que no les quieren dar de amamantar a los niños” (Entrevista Técnico CNH de Santa Elena, 2017). Así lo señalan estos testimonios:

Dando mi opinión como médico operativo en centros de salud, la madre sí tiene una buena predisposición a la lactancia materna, pero no se mantiene. La lactancia se mantiene durante los 6 primeros meses, pero por motivos de trabajo u otros, se interrumpe la lactancia y no completan los 2 años, que son primordiales para los niños (Entrevista Médico de Santa Elena, 2017).

Hoy en día está todo tan modernizado que uno como mamá a los 6 meses ya le quita la leche, pero dicen que debería ser al año. Para esto debería haber una buena alimentación ya que todo lo que como y absorbo se lo voy a dar a mi hijo. ¿De qué sirve que le de la leche materna si soy delgada y no me alimento bien, si tengo anemia o enfermedades las cuales le estoy transmitiendo a mi hijo? (Entrevista Madre de familia de Simón Bolívar, 2017).

A pesar de la baja proporción de madres que realizan lactancia materna exclusiva, y que siguen las recomendaciones de la OMS, en general las madres entrevistadas y participantes del trabajo de campo conocían sobre los aportes nutricionales de la leche materna, y se tenía experiencias de la lactancia materna como potencialidad de capacidades o como restricción de las mismas, como se señala en los siguientes testimonios:

Yo debía seguir dando porque el niño varón le di el seno más o menos hasta los 2 años. En cambio, a la niña le quite al mes, le quite el seno. La niña tuvo desnutrición, pero el niño no... entonces eso es lo que desprogramo lo que le estaban ayudando... Eso sí, me arrepiento mil veces de haberle quitado el seno (Entrevista Madre de familia de Simón Bolívar, 2019).

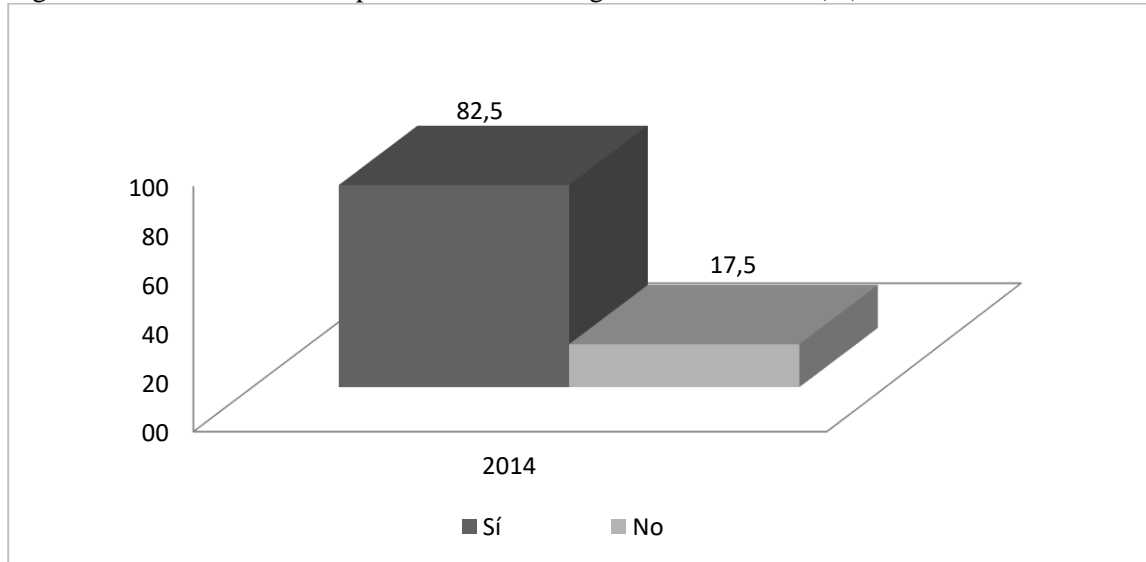
Sí he tenido problemas de nutrición, con la más pequeña, a ella le desteté muy pequeña, le saqué el seno, a los 9 meses... Ahí fue que me cayó enferma y me cayó con anemia... Le hice un mal, porque se me enfermó (Entrevista Madre de familia de Simón Bolívar, 2019).

Alimentos

El cantón Santa Elena es predominantemente agrícola, donde se destacan las parroquias de Manglaralto, Colonche y Simón Bolívar, especialmente en las zonas aledañas a la cordillera de Chongón-Colonche por su capacidad para la producción de alimentos (GADPSE 2015, 69). Sin embargo, un tema preocupante dentro de la producción agrícola es la falta de agua para riego y las zonas secas que se alejan de la cordillera. A su vez, en ciertas zonas rurales, sobretodo en el cantón Santa Elena, hay alta dispersión de la población lo que termina afectando la disponibilidad, la diversidad y el acceso a alimentos. En este contexto, los hogares de la provincia que consideran que disponen de suficiente alimento para satisfacer sus

necesidades, es decir acceso, se ubica en 82.5%, lo cual resulta inferior al promedio nacional, como se indica en la siguiente figura.

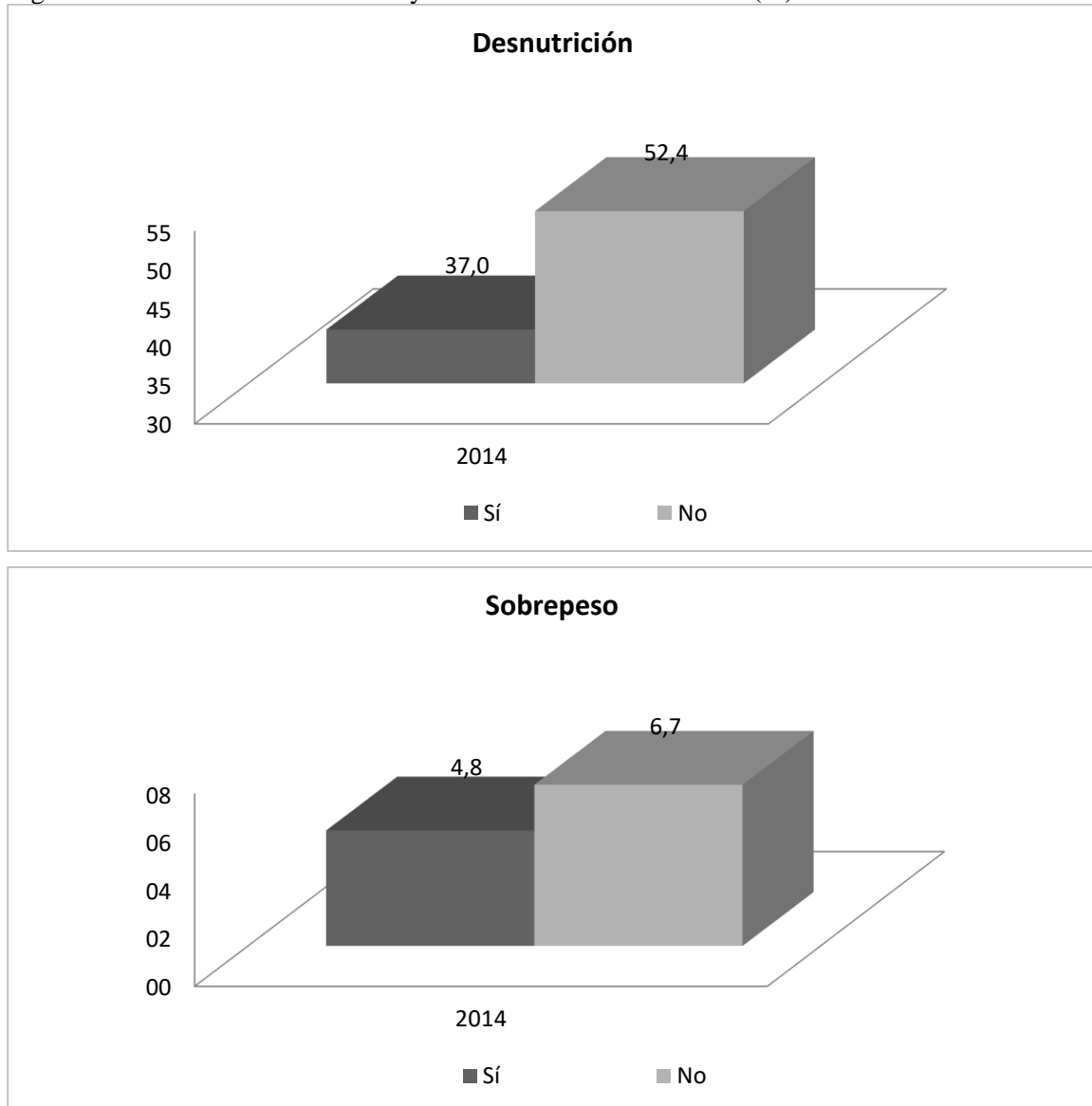
Figura 70. Suficiente comida para alimentar al hogar en Santa Elena (%)



Fuente: ECV (1999), ECV (2006), ECV (2014).

Dicha percepción de la suficiencia de alimentos se relaciona con la malnutrición, donde los menores de cinco años que tenían suficiencia alimentaria dentro de su hogar tuvieron una desnutrición de 37.0%, lo cual es inferior al 52.4% de aquellos que no la tenían. El sobrepeso infantil, es superior en los hogares con suficiencia alimentaria, ubicándose en 4.8%, y los que no tenían suficiencia en 6.7%, como se indica en la siguiente figura.

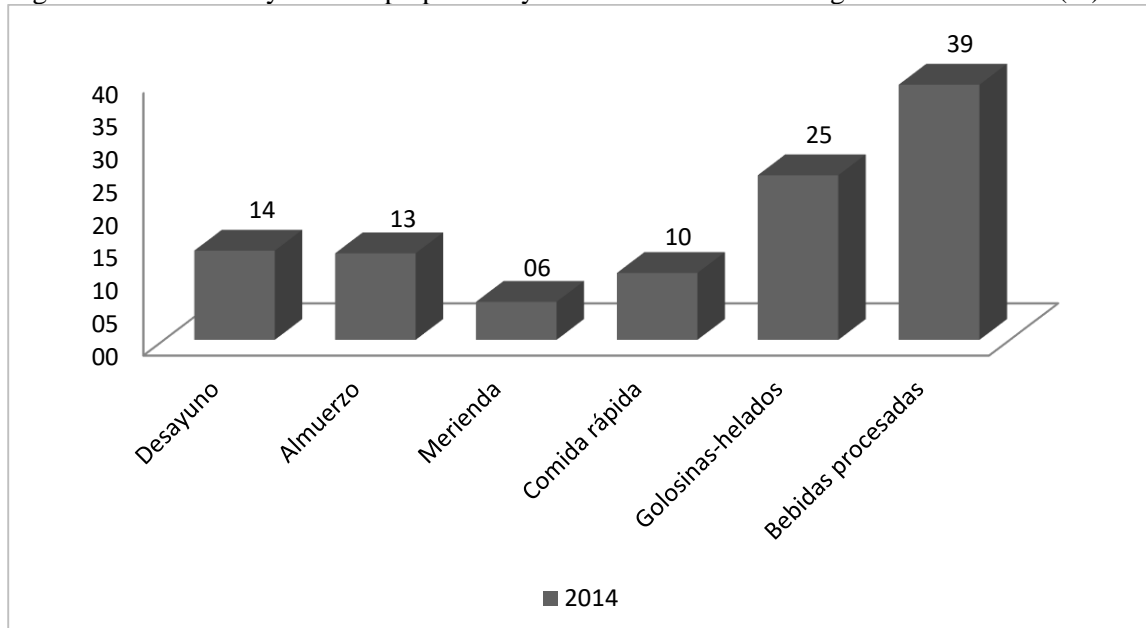
Figura 71. Suficiencia de alimentos y malnutrición en Santa Elena (%)



Fuente: ECV (1999), ECV (2006), ECV (2014).

Tomando en cuenta la clasificación de alimentos NOVA 2017, en base a la información disponible en las ECV, se encuentra que existe una proporción importante de hogares que consumen alimentos procesados y ultraprocesados en Santa Elena, como se indica en la siguiente figura.

Figura 72. Alimentos y bebidas preparados y consumidos fuera del hogar en Santa Elena (%)



Fuente: ECV (1999), ECV (2006), ECV (2014).

De forma relacionada, se considera que la sociedad de la provincia de Santa Elena se encuentra en un proceso de cambio de hábitos hacia alimentos con mayor cantidad calórica, pero menor valor nutritivo, lo que repercute en el tipo de nutrición que recibe el menor de cinco años. Así lo señalan estos testimonios:

La modernidad es la que nos ha afectado a nosotros, porque antes nuestros padres nos crearon con yuca asada, con pescado asado, alimentos cocidos en leña. Entonces los chicos hoy en día están acostumbrados a comer pollo frito, los chicos al recreo van con los cachitos y todo este tipo de cosas. Y en sí parece mentira, pero es la modernidad la que nos ha llevado a algo malo. Lo que nosotros no debemos recibir esa cantidad, se han cambiado los hábitos de consumo, lo que nosotros recibimos es cantidad, mas no calidad que debería ser al contrario (Entrevista Presidente Federación de Comunas, 2017).

La mala alimentación, los padres le dan los niños lo que ellos quieren, si el niño no quiere las chispas no le dan, que se les mancha los dientes y no les dan. No se preparan bien los alimentos (Entrevista Educadora CIBV de Colonche, 2017).

Asimismo, este cambio en el consumo de alimentos si bien refleja un cambio de preferencias en la sociedad, hacia comida rápida y menos nutritiva, a su vez, esconde una realidad de privaciones y dificultad el acceso a ciertos alimentos dentro de la provincia, donde existen problemas de carreteras y movilidad en la ruralidad. En el trabajo de campo, se constató una

realidad del sector rural compleja, donde si llueve con fuerza no hay como acceder a ciertas zonas, es decir, el cambio también es contingente a ciertos factores. Así lo señalan los siguientes testimonios:

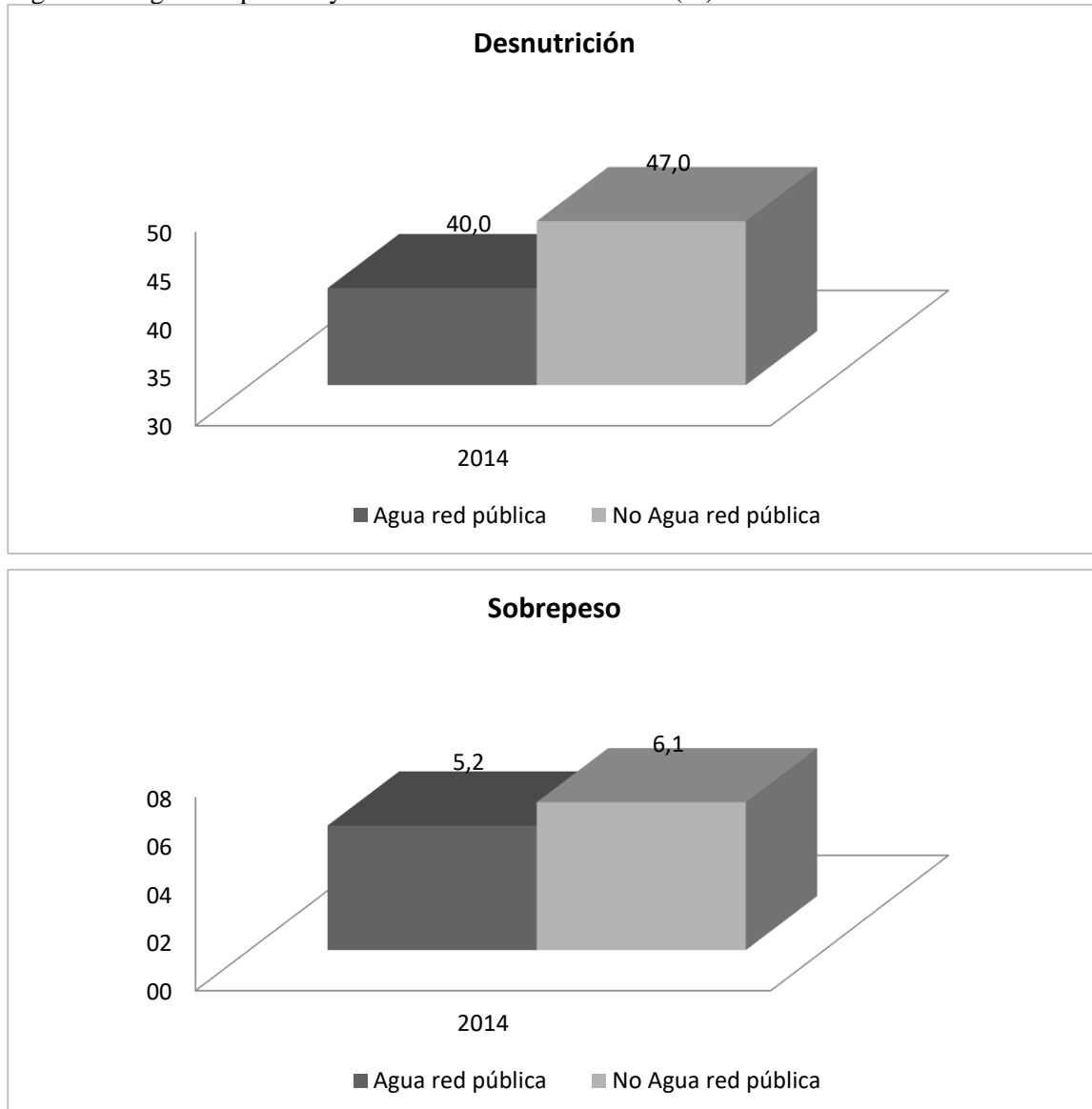
Porque aquí no se puede comprar legumbres frescas, no se puede comprar diariamente, es para la semana, aparte la luz va y viene y eso hace que las cosas se dañen (Entrevista Madre de familia, 2017).

Las legumbres que no llegan por las carreteras pésimas. No todos los niños comen de todo, no comen ensaladas. Mi hija sí come, pero mi sobrino quiere que todo le licúen y se cansan (Grupo Focal Madre de familia de Santa Elena, 2017).

Agua

La cobertura de agua por red pública en Santa Elena es superior al promedio nacional, y se relaciona con la malnutrición. Por una parte, la desnutrición es superior en los hogares que tienen problemas de acceso a agua por red pública, ubicándose en 47%, a diferencia de los que sí disponen de ese servicio que se ubica en 40%. Por otra parte, el sobrepeso es superior en aquellos hogares con problemas de agua por red pública con 6.1%, siendo superior a los que sí acceden al servicio, que se ubica en 5.2%, como se presenta en la siguiente figura.

Figura 73. Agua red pública y malnutrición en Santa Elena (%)



Fuente: ECV (1999), ECV (2006), ECV (2014).

Sin embargo, existen problemas de abastecimiento del agua localizados específicamente en la parte rural y zona norte de la provincia, con lo que se convierte en una preocupación permanente de algunas parroquias, donde se “debe compensar este faltante con otros medios de abastecimiento poco fiables, los cuales no cuentan con la salubridad ni calidad necesaria, pudiendo convertirse en un agente causante de enfermedades derivadas de la mala calidad del agua” (GADMSE 2015, 90). Este problema en ocasiones es producto de una falta de acuerdos políticos para su solución, como se señala en el siguiente testimonio:

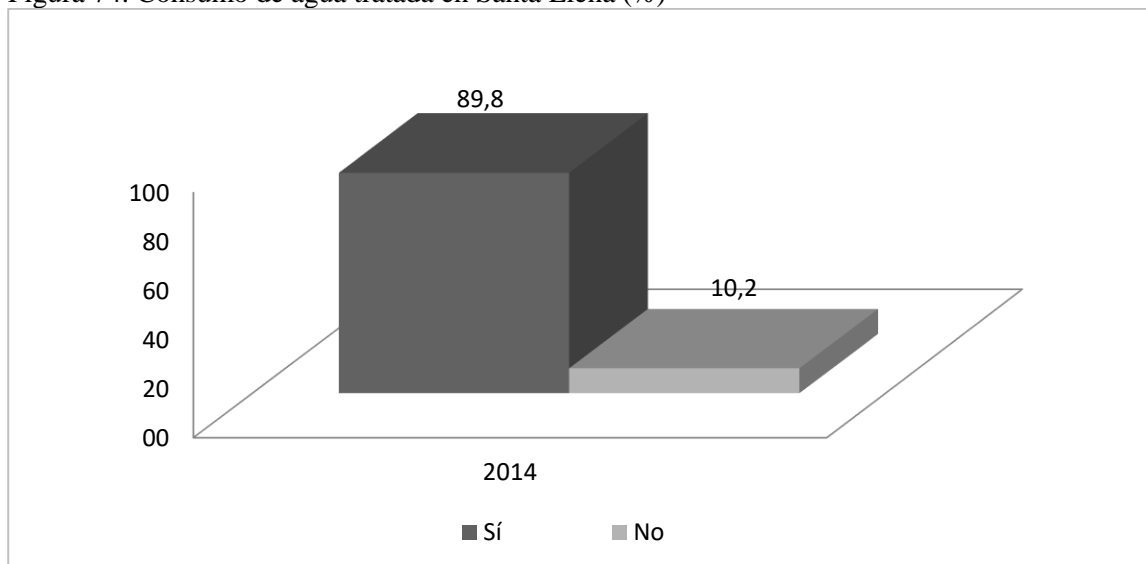
Tenemos algunas problemáticas en el sector rural, porque no cuentan todos con agua potable, ahora mismo en Manglar Alto no se cuenta con el líquido y eso son conflictos con alcaldía,

prefectura, y se lanzan la pelotita. Acá en las cabeceras cantonales tenemos agua potable y servicio de alcantarillado, pero en las zonas rurales siguen comprando al tanquero o van al río (Entrevista Coordinadora de Servicios Sociales de Santa Elena, 2017).

Santa Elena tiene una enorme decadencia de recursos humanos, hay tierra, hay mano de obra, pero el agua tiene un déficit hídrico permanente y tiene un índice de los más elevados del país, por condiciones naturales y humanas, políticas (Entrevista Técnico del MAGAP, 2017).

Teniendo en cuenta que la provisión de agua es importante, además, en Santa Elena, la proporción de hogares que cumple con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (2006) de consumir un agua tratada es de alrededor del 89.8%, lo que resulta superior al promedio nacional, como se presenta en la siguiente figura.

Figura 74. Consumo de agua tratada en Santa Elena (%)



Fuente: ECV (2014).

Desafortunadamente, dentro del trabajo de campo, en la ruralidad, se encuentra que dichos datos hay que matizarlos con una realidad del campo, donde el abastecimiento del agua suele tener problemas en cobertura y frecuencia, lo que se relaciona con presencia de enfermedades, como lo señalan los siguientes testimonios:

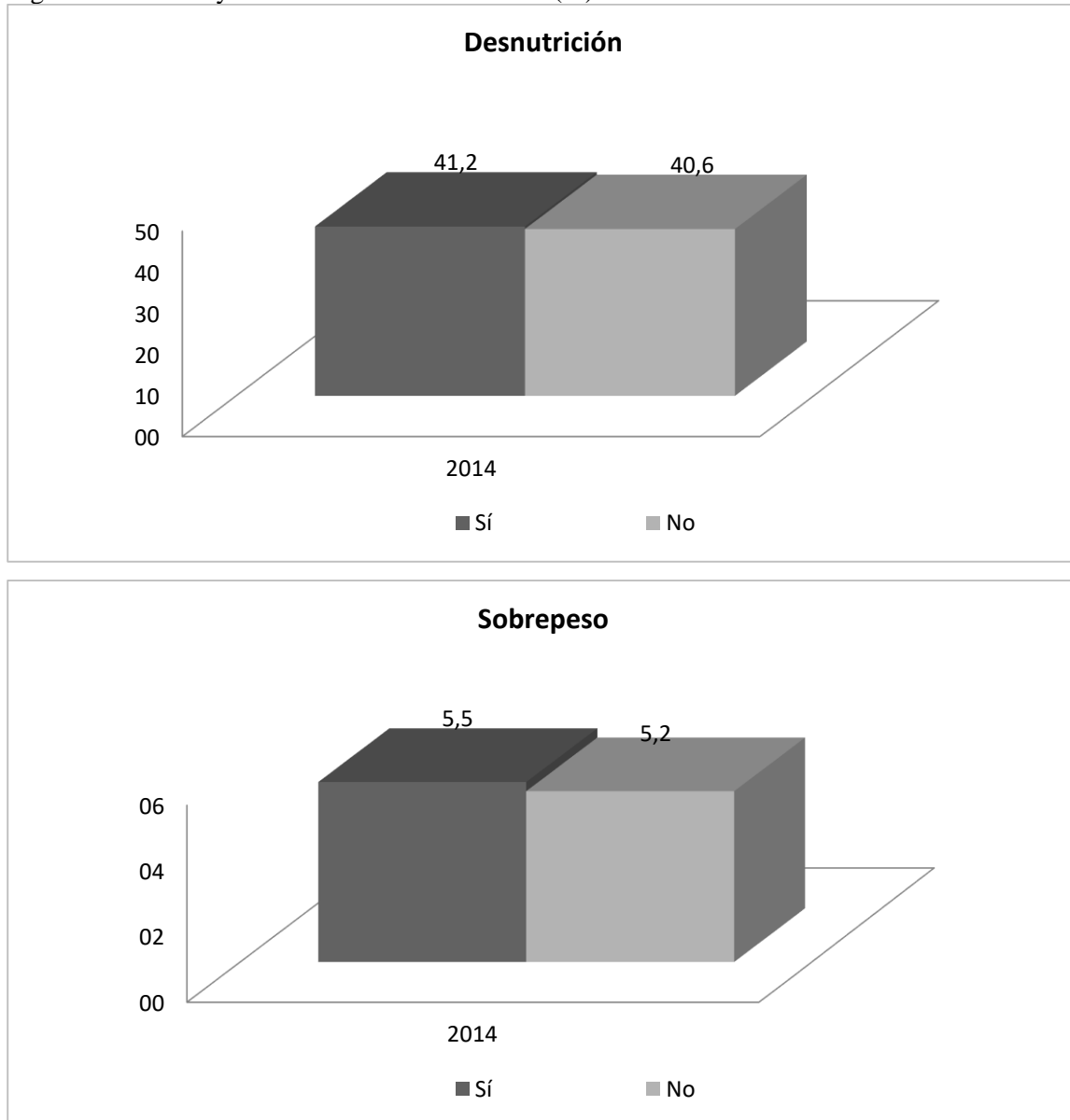
Nos quedamos sin agua en cualquier momento, pero si hay, el agua es para consumo, consumen de la llave, pero esta agua no es clorada, ni potabilizada y son pocas las familias que compran pomas. Antes el agua de pozo y tanqueros, antes teníamos más enfermedades, pero

igual falta mucho, hay muchos focos de enfermedades (Entrevista Educadora MIES de Chanduy, 2017).

Sí, por eso le digo, casi todos los niños desde que nacen hasta que cumplen 5 meses, crecen bien y están bien, cuando empieza la alimentación complementaria empiezan los problemas, les da diarrea porque muchas comunas no tienen agua. En Limoncito ahora hay bastantes problemas de diarrea porque la gente no tiene agua y si va el tanquero guardan esa agua y luego la consumen (Entrevista Directora del Centro de Salud de Simón Bolívar, 2017).

En esa línea, Santa Elena presenta una desnutrición infantil ligeramente superior en aquellos que tuvieron problemas de diarrea, ubicándose en 41.2%, mientras que los que no tuvieron diarrea se ubicaron en 40.6%. El sobrepeso infantil resulta ligeramente superior en aquellos que tuvieron diarrea, alcanzando el 5.5%, y los que no tuvieron se ubicaron en 5.2%, como se indica en la siguiente figura.

Figura 75. Diarrea y malnutrición en Santa Elena (%)



Fuente: ECV (1999), ECV (2006), ECV (2014).

Además, hay una tensión entre convenciones ya que Santa Elena posee industria relacionada con la actividad acuícola, pesquera y turística. La industria de alimentos se relaciona principalmente con la producción de camarón, enlatados de pescado, sal y harina. El problema fundamental de dichas industrias se relaciona con la contaminación ambiental que generan, ya que ocupan una gran cantidad de agua para su proceso industrial, la cual posteriormente es vertida en el mar sin mayor tratamiento (GADPSE 2015, 46). Además, generan contaminación de ríos y esteros por los residuos sólidos vertidos en las fuentes de agua (GADPSB 2015, 21; SGR 2013, 10).

5.6. Conclusiones

De este capítulo se puede concluir que el contexto de la malnutrición infantil en Santa Elena presenta avances y desafíos. Por una parte, tiene una alta cobertura de agua por red pública, y la morbilidad infantil es inferior al promedio de la Costa y del país. Sin embargo, existen altos niveles de pobreza y limitado acceso a saneamiento, con problemas focalizados en la ruralidad, donde el cantón Santa Elena presenta una situación de necesidades básicas insatisfechas.

El perfil de la malnutrición en Santa Elena es distinto para la desnutrición y el sobrepeso. Por una parte, la desnutrición crónica afecta al 40.7% de los menores de cinco años, siendo el más alto de la región Costa y se asocia con infantes de hogares rurales con presencia de pobreza, y etnia no mestiza. Por otro lado, el sobrepeso alcanza el 5.2%, siendo inferior al promedio de la región Costa y el nacional, y se halla asociado con hogares urbanos, no pobres, en mujeres, y no mestizos.

La acción pública en Santa Elena se percibe de una mejor manera desde su provincialización, donde se señala que se atienden las necesidades de la población. Desde la prefectura se dispone de un servicio de cuidado infantil, que se ha mantenido en el tiempo, el cual complementa los servicios de cuidado estatales; sin embargo, no se dispone de un plan establecido para combatir a la desnutrición y de políticas asociadas contra el sobrepeso. En ese sentido, las instituciones en territorio tienen poca coordinación, lo que ha influido en la ausencia de reducción significativa en la provincia.

Finalmente, hay tensiones entre las convenciones, lo cual aporta a la comprensión de la malnutrición infantil en la provincia. Por una parte, las prácticas de lactancia materna son bastante reducidas, siendo la segunda provincia del país con peores indicadores, donde menos del 5% de los hogares recibe la lactancia en base a las recomendaciones de la OMS. Esta práctica se ha visto afectada por la modernidad y las prácticas mercantiles, donde se complica su realización en medio del trabajo y ante la fácil provisión de sustitutos que no tienen las mismas propiedades. Por otro lado, la percepción de suficiencia de alimentos resulta inferior al promedio nacional, y se relaciona con una mayor malnutrición y sobrepeso; en este proceso, existe un cambio de hábitos de consumo hacia productos procesados y ultraprocesados. Por último, si bien el acceso al agua y sus prácticas de tratarla previo al

consumo son superiores al promedio regional y nacional, todavía existen zonas con problemas de abastecimiento en la ruralidad, y hay una industria que genera contaminación ambiental lo que perjudica la producción de alimentos y su consumo.

Conclusiones

La malnutrición infantil continúa como una de las grandes deudas de la humanidad a nivel global ya que se relaciona con cerca de la mitad de las muertes de menores de cinco años. Además, constituye una transgresión al derecho humano de tener un nivel de vida adecuado, en especial la alimentación, y afecta directamente el desarrollo del potencial de los menores como seres humanos. La desnutrición crónica aqueja a cerca de 160 millones de menores de cinco años y, el sobrepeso, a alrededor de 40 millones. Su prevalencia es distinta entre países, siendo la desnutrición mayor en aquellos de ingreso bajo y, como contrapartida, en aquellos con ingreso alto, el sobrepeso es mayor. En ese sentido, la malnutrición, ya sea en forma de desnutrición o sobrepeso, es un problema que afecta a la humanidad en general.

Las causas de la malnutrición son multidimensionales, con sus particularidades para la desnutrición y el sobrepeso, y se encuentran ligadas a: factores inmediatos, relacionados con el consumo de alimentos, poca diversidad de la dieta y enfermedades; factores subyacentes, ligados con el inoportuno acceso a alimentos, servicios y pobreza; y factores básicos, relacionados con problemas estructurales en lo social, político, económico y cultural, en donde se interrelacionan las dinámicas de poder, concentración de la riqueza, desigualdades socioeconómicas, división del trabajo, globalización, urbanización, sistema de protección social, impuestos, subsidios, sistema legal, tradiciones, costumbres y creencias. Entre las interacciones de los factores se determinan realidades complejas en donde puede haber varias causas que se asocian con una inadecuada nutrición infantil.

Las consecuencias de la malnutrición infantil tienen repercusiones de corto, mediano y largo plazo en la vida de las personas, perjudicando la salud, la educación y la economía de los niños que la padecen, y a la sociedad en general; en el corto plazo, se relacionan con un incremento de la mortalidad, morbilidad y discapacidad; en el mediano plazo, se asocian con limitantes al desarrollo cognitivo, motor y socioemocional; y, en el largo plazo afectan la capacidad intelectual, el tamaño del adulto, la propensión a sufrir enfermedades no transmisibles y su productividad económica. Con ello, la malnutrición es un problema social, afecta a generaciones actuales y futuras, que debe ser atendido desde la sociedad en general.

Actualmente hay una transición nutricional y epidemiológica que se caracteriza por una tendencia a la disminución de la desnutrición y un incremento del sobrepeso y la obesidad, donde el ritmo de dicha transición resulta heterogéneo entre regiones y países. En ese contexto, las políticas en contra de la malnutrición infantil deben tomar en cuenta el ciclo de vida nutricional aprovechando la ventana de oportunidad de los dos primeros años de vida, trabajando de forma adecuada con la madre y su bebé. Algunos países han tenido mejores resultados en la reducción de la malnutrición infantil mediante programas integrales, que incluyen un mejoramiento de los servicios básicos, un incremento de políticas de protección social que apoyen en la captación temprana de la madre y acompañen el desarrollo del menor hasta los dos años de edad, el fomento de políticas agrícolas, crecimiento económico, compromiso político e institucional, enfoque centrado en la comunidad y regulaciones que limiten el poder de la industria de alimentos ultraprocesados.

En la región de América Latina y el Caribe se mantiene la tendencia global de reducción de la desnutrición y aumento del sobrepeso infantil, donde la doble carga nutricional se relaciona con cambios en los hábitos de consumo, hacia productos procesados con decadencia en la calidad de la dieta, y sedentarismo. Con ello, actualmente, la desnutrición se ubica en 11% y, el sobrepeso, en 7%. Sin embargo, el promedio de la región esconde una alta heterogeneidad entre los subgrupos de países donde, por un lado, la desnutrición crónica infantil afecta en mayor medida a Centroamérica, que se ubica en 16%; luego Sudamérica, con 10%; y, a continuación, el Caribe con 5%. Por otra parte, el sobrepeso y la obesidad presentan mayor prevalencia en Sudamérica con 7.3%, seguido de Centroamérica con 7.0%, y el Caribe con 6.6%. Asimismo, el promedio de las subregiones oculta la alta heterogeneidad de los países, donde la desnutrición puede llegar al 50%, como en Guatemala; 23.9%, como en Ecuador; o el 2%, como en Chile; y el sobrepeso puede alcanzar el 10%, como en Argentina; 10%, como en Ecuador; o el 4%, como en Haití.

Considerando esta compleja situación a nivel global, en especial dentro de los países de la región de América Latina y el Caribe, al analizar el caso ecuatoriano, que presenta desnutrición crónica infantil cercana al doble de la región, y sobrepeso infantil superior al promedio, esta tesis tuvo como objetivo principal el comprender el problema de la malnutrición infantil en Ecuador. Para ello, se desarrolló un esquema analítico, que supera las visiones unidireccionales de los enfoques tradicionales, lo que permitió un análisis pluralista y

multidimensional de la malnutrición, el que se aplicó a nivel nacional y a las provincias de Chimborazo y Santa Elena, como casos con mayores prevalencias de desnutrición en las regiones Sierra y Costa, respectivamente.

El esquema de análisis de esta investigación combinó la teoría de las convenciones, siguiendo a Boltanski mediante las ciudades de grandeza, con el enfoque de capacidades propuesto por Amartya Sen, a través de sus factores de conversión, y el enfoque pragmático, desarrollado por Zittoun, enfocándose en la situación. Con ello, utilizando este esquema de análisis se lograron algunas ventajas. Por una parte, se abarca la situación en su integralidad, lo que permite un entendimiento del entorno y los fenómenos sociales que involucran la afectación a la nutrición infantil. A su vez, permiten conocer distintos puntos de vista, no solo del hacedor de la política, sino de quien la implementa y la recibe, incluyendo una pluralidad de formas de coordinación. Y, permite evaluar e interpretar la acción pública y social.

En este proceso se utilizó una metodología mixta, que aprovechó la información cuantitativa proveniente de fuentes secundarias a través de bases de datos, documentos nacionales e internacionales relacionados con la temática. En este punto, tuvo importancia central el uso de la información proveniente, principalmente, de las Encuestas de Condiciones de Vida (ECV) de 1999, 2006 y 2014, el Diagnóstico de la situación alimentaria, nutricional y de salud de la población ecuatoriana menor de cinco años (DANS) de 1986, la Encuesta demográfica y de salud materna e infantil (ENDEMAIN) de 2004, la Encuesta nacional de salud y nutrición (ENSANUT) de 2012, y los registros administrativos referentes a las estadísticas vitales sobre nacimientos y defunciones. En el procesamiento de las bases de datos se utilizó el software STATA, a través de los comandos provistos por la OMS mediante el paquete `igrowup_stata`, donde el trabajo con la base primaria permitió la desagregación a nivel de provincias, lo que no era factible con las publicaciones oficiales.

Además, la tesis se enriqueció con la investigación cualitativa mediante la información primaria recolectada en campo. Dentro del proceso de selección de casos y participantes, se utilizó la estrategia de similitud y diferencia, en donde interesaban los casos con problemas en malnutrición, especialmente desnutrición como variable de resultado, y que posean constructos distintos. Con ello, se seleccionaron dos provincias que reflejaban una diversidad en sus indicadores y coincidían en su elevada desnutrición: Chimborazo y Santa Elena. Al

interior de las provincias seleccionadas se profundizó el análisis a nivel parroquial, mediante información secundaria y provista por los informantes clave. La técnica de selección de hogares fue el muestreo teórico y se recolectó información mediante observación, grupos focales y entrevistas a informantes clave. El análisis de la información se realizó usando el software ATLAS.ti mediante el proceso de codificación abierta, codificación axial y codificación selectiva. La validación de los resultados se fundamentó en la triangulación, tanto de métodos como de datos.

El periodo estudiado inicia en medio de una convulsión social producto de la crisis financiera de finales de los años noventa, donde existió una inestabilidad política, económica y social. Alrededor del año 2007, existe un cambio de comportamiento en el contexto nacional, hacia una planificación de la política a favor de la nutrición infantil, fortalecida por el crecimiento económico, producto del incremento del precio de las materias primas, generando un Estado más activo dentro de la política social. Dentro de los casos de estudio, en Chimborazo también hubo una estabilidad política desde el año 2005, donde el prefecto Mariano Curicama se mantuvo hasta finales del periodo de estudio, con un incremento en el presupuesto asignado y un mejoramiento de las condiciones de vida de la población. Por su parte, Santa Elena, desde su creación estuvo ligada a la lista de gobierno nacional, y desde 2008 se mantuvo como prefecto Patricio Cisneros, incrementando los recursos para los tres cantones que la conforman y con un mejoramiento de los indicadores sociales. En esa línea, dentro del periodo analizado hubo una mejoría de las condiciones sociales tanto a nivel de país, como de las provincias analizadas; sin embargo, es necesario indicar que ambas provincias se mantienen en niveles de pobreza superiores al promedio de sus respectivas regiones y del país en general, denotando un rezago estructural, que perjudica principalmente a la ruralidad; no obstante, también existen diferencias entre las provincias analizadas, donde Santa Elena presenta alta cobertura de agua, pero Chimborazo se encuentra bajo el promedio nacional.

A nivel nacional, la desnutrición tiene mayor prevalencia en la región amazónica y en la sierra, dentro del área rural, en aquellos que sufren pobreza, en los hombres y en la etnia indígena; y, el sobrepeso es superior en la región insular y la sierra, en el área urbana, entre los no pobres, en los hombres y entre los blancos. En Chimborazo, la desnutrición crónica se agrava en el área rural, en los hogares que padecen pobreza, y en la etnia indígena; el sobrepeso tiene mayores afectaciones a las personas de menores ingresos y rurales. En Santa

Elena, la desnutrición crónica se asocia con infantes de hogares rurales con presencia de pobreza, y etnia no mestiza; y, el sobrepeso se halla asociado con hogares urbanos, no pobres, en mujeres, y no mestizos. En ese orden de ideas, los perfiles analizados denotan que la desnutrición se asocia con la ruralidad en Ecuador, Chimborazo y Santa Elena; mientras que el sobrepeso se relaciona con el área urbana a nivel nacional y en Santa Elena, pero no en Chimborazo. A su vez, el ritmo de reducción de la desnutrición o aumento del sobrepeso es particular de cada territorio. Esto nos indica que existe una pluralidad de constructos sociales en referencia a la malnutrición infantil, con lo cual no hay patrones predefinidos en sus prevalencias, sino que dependen del contexto y sus características. Con ello, la creación de programas estandarizados para combatir la malnutrición, con poca o nula flexibilidad en territorio, tienen limitadas opciones de atender realidades diversas.

La acción pública en malnutrición infantil presenta tres etapas claramente definidas. Por una parte, desde los años ochenta hasta fines del noventa, se desarrollan programas ligados a la provisión de alimentos desde una lógica subsidiaria, basada en donaciones y asistencia internacional. Luego, desde inicios de este nuevo siglo, existe una etapa relacionada con una mayor presencia del Estado en los programas alimenticios, sin una lógica distintiva de un enfoque nutricional, sin una adecuada articulación institucional, con dispersión en su ejecución. Posteriormente, desde el año 2007 se inicia un periodo de intento de coordinación desde lo público, dirigiendo su fin a articular los esfuerzos para proveer alimentos, planteándose objetivos y programas específicos de nutrición, incluso pensando en sobrepeso. En este proceso ha existido un acoplamiento de los programas destinados a la alimentación y nutrición infantil, modificando sus objetivos y tiempos de reducción de la malnutrición, la articulación y participación de los actores, la implementación en territorio, la información para tomar decisiones, la focalización o universalización y la evaluación de los programas.

Dentro de los casos de estudio han existido comportamientos similares en lo referente al combate a la malnutrición. En Chimborazo, debido a sus niveles alarmantes de desnutrición, la acción pública ha estado presente desde sus programas pilotos en este territorio, acompañada de iniciativas provinciales ejecutadas desde su Patronato Provincial, y con una importante cooperación internacional, teniendo un énfasis en la soberanía alimentaria. En Santa Elena también se han desarrollado programas propios, a través del proyecto Creciendo con Nuestros Hijos, con un limitado aporte de la cooperación internacional. En general, la

evaluación a dichos programas se asocia a dificultades relacionadas con el entendimiento de la multidimensionalidad del problema, con poca articulación, con permanente cambio institucional en responsabilidades, metas y objetivos, sin la información necesaria, y poca o nula evaluación para la toma de decisiones.

Dentro de una lógica comparativa, los niveles de prevalencia de la malnutrición infantil han tenido comportamientos particulares. Por un lado, tomando en cuenta la desnutrición infantil, a nivel nacional hubo una reducción importante en el periodo 1999-2006, pero no han existido cambios significativos en el periodo 2006-2014; en cambio Chimborazo sí presenta una reducción significativa tanto en el periodo 1999-2006 y en el periodo 2006-2014. Por otro lado, en referencia al sobrepeso infantil, a nivel nacional hubo un aumento continuo y significativo en el periodo 1999-2006, y en el periodo 2006-2014; mientras que en Chimborazo, los cambios no son significativos en ninguno de los periodos. Este resultado es importante ya que implica que algo sucedió en el territorio de Chimborazo para alcanzar esos avances, que se distancian de lo sucedido a nivel nacional. Las posibles variantes de esta situación pueden ser, por un lado, la continua presencia de acción pública estatal relacionada con pilotajes y programas, que generan una mayor conciencia en los actores; también podría estar inmersa la instauración de programas propios y ayuda internacional, que fortalecen las iniciativas públicas nacionales; y, a su vez, podría ser el resultado de sus índices de desnutrición se encontraban en niveles altos, con lo que la acción pública logró su objetivo.

Finalmente, las convenciones analizadas desde el nivel nacional y local presentan tensiones entre lo doméstico, cívico, mercantil, e industrial, lo que se asocia de forma contingente con la conversión en el enfoque de capacidades. Por una parte, la lactancia materna de forma exclusiva y la que toma en cuenta las recomendaciones de la OMS resulta contingente al territorio, donde Chimborazo está entre las provincias con mayor índice de prácticas, y Santa Elena es la segunda peor en realizarlo; frente a esta realidad, el análisis realizado a través de las convenciones nos indica que la convención doméstica de lactancia materna se ha visto modificada por la intromisión de la convención mercantil ya que se promocionan alimentos sustitutos de leche en polvo, violando el Código de Sucedáneos; con ello, la limitada práctica de lactancia materna termina afectando a la nutrición infantil, perjudicando sus capacidades. Por otro lado, en cuanto a la alimentación, existen poblaciones que perciben que no disponen de los alimentos suficientes como para satisfacer las necesidades de su familia, donde

Chimborazo se ubica bajo el promedio nacional, ya que existe mayor facilidad de acceso a alimentos, mientras que Santa Elena presenta mayores necesidades; de forma relacionada, hay un cambio en los hábitos de consumo hacia alimentos procesados y ultraprocesados, con mayor énfasis en Santa Elena que en Chimborazo, con lo cual, existe una cultura de comida que subyace a las prácticas saludables determinadas ancestralmente y se encuentran amenazadas por este cambio en el consumo de productos de mayor contenido calórico y menor valor nutricional, lo que limita las potencialidades de una adecuada nutrición y sus capacidades en el bienestar infantil. Por último, en lo referente al agua, existen problemas de cobertura a nivel nacional, en la ruralidad, siendo un tema de preocupación en Chimborazo, tanto en acceso como en el tratamiento para el consumo; además, existen tensiones entre lo doméstico y lo industrial, ya que en algunos lugares se prioriza el desarrollo de la industria y su consecuente contaminación, perjudicando la provisión del líquido vital, lo que limita la posibilidad de acceder a alimentos limpios, afectando las capacidades. En síntesis, las tensiones de las convenciones evidenciadas en los casos influyen en el poco avance en la reducción de la malnutrición infantil.

Anexos

Anexo 1. Nutrición en los Objetivos de Desarrollo Sostenibles

Objetivo	Tema	Indicadores relevantes para nutrición	% Indicadores relevantes para nutrición
Objetivo 1:	Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo	7	58.33%
Objetivo 2:	Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible	7	50.00%
Objetivo 3:	Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades	12	46.15%
Objetivo 4:	Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos	3	27.27%
Objetivo 5:	Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas	12	85.71%
Objetivo 6:	Garantizar la disponibilidad de agua y su gestión sostenible y el saneamiento para todos	3	27.27%
Objetivo 7:	Garantizar el acceso a una energía asequible, segura, sostenible y moderna para todos	0	0.00%
Objetivo 8:	Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos	2	11.76%
Objetivo 9:	Construir infraestructuras resilientes, promover la industrialización inclusiva y sostenible y fomentar la innovación	0	0.00%
Objetivo 10:	Reducir la desigualdad en y entre los países	3	27.27%
Objetivo 11:	Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles	3	20.00%
Objetivo 12:	Garantizar modalidades de consumo y producción sostenibles	1	7.69%
Objetivo 13:	Adoptar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos	0	0.00%
Objetivo 14:	Conservar y utilizar en forma sostenible los océanos, los mares y los recursos marinos para el desarrollo sostenible	0	0.00%
Objetivo 15:	Proteger, restablecer y promover el uso sostenible de los ecosistemas terrestres, gestionar los bosques de forma sostenible, luchar contra la desertificación,	0	0.00%

	detener e invertir la degradación de las tierras y poner freno a la pérdida de la diversidad biológica		
Objetivo 16:	Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles	2	8.70%
Objetivo 17:	Fortalecer los medios de ejecución y revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible	1	4.00%

Fuente: IFPRI (2016).

Anexo 2. Entrevistas a informantes calificados

En este documento se presenta los cuestionarios que se usan para entrevistar a los informantes calificados.

- (A) autoridad
- (M) médico
- (P) profesor
- (L) líderes locales
- (H) hogares
- (T) todos.

La recolección de información fue mediante una entrevista semiestructurada, en donde se definió previamente una lista de preguntas y se mantenía un espacio para ahondar en distintas respuestas. A continuación, se presenta las preguntas propuestas para los cinco tipos de informantes.

Datos de identificación del entrevistado:

Nombre:

Cargo:

Tipo: (A, M, P, L, H, T)

1. ¿Considera que la malnutrición infantil es un problema? Si / No, ¿Por qué? (T)
2. A su criterio; ¿En la parroquia hay problemas de malnutrición infantil, y cuáles serían las causas? (señalar tres argumentos relevantes) (T)
3. A su criterio; ¿Qué medidas se podría realizar para mejorar la nutrición infantil? (señalar tres argumentos relevantes) (T)
4. ¿La infraestructura de la parroquia es adecuada en cuanto a agua, saneamiento, recolección de basura, servicios de salud, y educación? Si / No, ¿Por qué? (T)
5. ¿Cómo se accede a alimentos dentro de la parroquia? (T)
6. ¿Considera que ha existido algún cambio en la alimentación dentro de la parroquia en relación con lo que consumían sus padres? Si / No, ¿Por qué? (T)
7. ¿Cuál es su edad, género, etnia, nivel de educación y actividad económica? (T)
8. ¿Considera que la lactancia materna es utilizada dentro de la parroquia como alimento principal dentro de los dos primeros años de vida? (T)
9. ¿Considera que existen problemas de machismo y alcoholismo? (T)
10. ¿Cómo evalúa/articula los servicios de salud y cuidado del Estado? (T)
11. ¿El gobierno local y nacional trabajan unidos para reducir la malnutrición infantil? (A, M, P, L)

12. ¿Ha recibido alguna información y capacitación en temas nutricionales para Usted o su familia? (A, L, H)
13. En un día promedio, ¿en qué consiste su alimentación diaria y la de su familia? (H)
14. En una semana ¿Qué tan diversificada es su dieta alimenticia?
15. ¿Con qué frecuencia consume golosinas o toma gaseosas? (H)
16. ¿Consume suplementos vitamínicos? (H)
17. ¿Dentro de su hogar siente que los niños con malnutrición infantil tienen un desarrollo menor que aquellos que no lo tienen? (H)
18. ¿Cómo se realiza la distribución de alimentos dentro del hogar, hay alguna preferencia por la alimentación del bebé, niño? (H)

Las entrevistas se realizaron a varios informantes clave de nivel nacional, informantes clave en la provincia de Chimborazo y en Santa Elena. A continuación, se presenta una lista de las personas entrevistadas:

Nacional

Persona entrevistada	Cargo	Fecha
María Alarcón	Ex Asesora del Ministerio Coordinador de Desarrollo Social	Septiembre 2019
Diana Choez	Ex Especialista del sector Salud del Ministerio Coordinador de Desarrollo Social	Septiembre 2019
Mónica Ullauri	Ex Coordinadora del Proyecto de Desnutrición Cero del Ministerio de Salud Pública	Septiembre 2019
Rocío Caicedo	Ex Coordinadora Nacional de Nutrición del Ministerio de Salud Pública	Septiembre 2019
Angélica Tutasi	Coordinadora del Área de Nutrición del Ministerio de Salud Pública	Septiembre 2019
Saskya Lugo	Ex Directora de Planificación del Programa Aliméntate Ecuador en el Ministerio de Inclusión Económica y Social	Septiembre 2019
Yasmina Vizquete	Ex Funcionaria del Programa de Protección Social y del Ministerio de Inclusión Económica y Social	Septiembre 2019
Diego Martínez	Gerente de Forum Consultor	Septiembre 2019
Juan Pablo Bustamante	Ex-Subsecretario Desarrollo Infantil Integral	Junio 2018
Irene Torres	Investigadora en Nutrición	Junio 2018
Carmen Galarza	Oficial de Proyectos Sociales PMA	Abril 2018
Santiago Rodas	Técnico PMA	Marzo 2018
Catalina Vaca	Ex-Gerente Estrategia INTI	Marzo 2017
Eulalia Flor	Ex-Directora General del INNFA	Marzo 2016

Wilma Freire	Experta en Nutrición	Marzo 2016
Andrés Mideros	Ex-Secretario Técnico de Erradicación de la Pobreza	Marzo 2016
Jeannette Sánchez	Ex-Ministra del MIES y MCDS	Marzo 2016

Chimborazo

Persona entrevistada	Cargo	Fecha
Patricia Herrera	Ex Viceprefecta de Chimborazo	Septiembre 2019
María Poma	Madre hogar en Guamote	Septiembre 2019
Laura Noriega	Madre hogar en Guamote	Septiembre 2019
Ruth Guilcapi	Madre hogar en Guamote	Septiembre 2019
Cristina Guamán	Madre hogar en Guamote	Septiembre 2019
Gissela Lozano	Madre hogar en Guamote	Septiembre 2019
José Cocha	Líder Comunitario de parroquia Palmira	Agosto 2017
Mayra Chávez	Médica centro de salud en Guamote.	Agosto 2017
María Naula	Madre hogar en Guamote	Agosto 2017
María Quishpe	Madre hogar en Guamote	Agosto 2017
Rosa Ines	Madre hogar en Guamote	Agosto 2017
Martha Daquilema	Madre hogar en Guamote	Agosto 2017
Custodia Daquilema	Madre hogar en Guamote	Agosto 2017
Julio Ochoa	Médico centro de salud en Guamote	Agosto 2017
Manuel Iasaca	Líder Comunitario en Guamote	Agosto 2017
Remigio Roldán	Experto en agua en Gobierno en Alausí	Agosto 2017
Ximena Gómez	Médica centro de salud en Alausí	Agosto 2017
Valeria Mendoza	Madre hogar en Alausí	Agosto 2017
Daniela Navarrete	Madre hogar en Alausí	Agosto 2017
Ximena Zavala	Experta Nutrición de MSP en Alausí.	Agosto 2017
María Mullo	Madre hogar en Alausí	Agosto 2017
Abigail Zhuilema	Madre hogar en Alausí	Agosto 2017
Jessica Chauca	Madre hogar en Alausí	Agosto 2017
Dario Garrido	Banco de Leche en Chimborazo	Agosto 2017
Carlos Lumbi	Técnico MAGAP de Chimborazo	Agosto 2017
Efraín Guilcapi	Líder Comunitario en Guano	Agosto 2017
María Tunsao	Madre hogar en Guano	Agosto 2017
Gloria Calapiña	Madre hogar en Guano	Agosto 2017
Wilma Lema	Madre hogar en Guano	Agosto 2017
Clemencia Guilcapi	Madre hogar en Guano	Agosto 2017
Clemencia Carbo	Madre hogar en Guano	Agosto 2017
David Morán	Médico centro de salud en Guano	Agosto 2017
Sandra Naula	Directora Distrital MIES	Marzo 2017
Alexandra Carrillo	Analista Senior CIBV	Marzo 2017

Julieta Guilcapi	Analista Senior CNH	Marzo 2017
Daysi Miñaca	Experta Nutrición en la Dirección de Salud MSP	Marzo 2017
María Yambai	Educadora CIBV de parroquia Palmira	Marzo 2017
Rosa Guaman	Educadora MIES de parroquia Guamote	Marzo 2017
Esther Torres	Médica centro de salud de parroquia Palmira	Marzo 2017
José Tixi	Educador MIES de parroquia Alausí.	Marzo 2017

Santa Elena

Persona entrevistada	Cargo	Fecha
Jorge Luis Macías	Director MSP en Santa Elena	Septiembre 2019
Iván Quimi	Técnico MIES	Septiembre 2019
Karina Andrade	Madre hogar de parroquia Simón Bolívar	Septiembre 2019
Katherine Villalba	Madre hogar de parroquia Simón Bolívar	Septiembre 2019
María Arregui	Madre hogar de parroquia Simón Bolívar	Septiembre 2019
Tamara López	Madre hogar de parroquia Simón Bolívar	Septiembre 2019
Victoria Mera	Madre hogar de parroquia Simón Bolívar	Septiembre 2019
Zoila Cisneros	Madre hogar de parroquia Simón Bolívar	Septiembre 2019
Guillermina Tumala	Madre hogar de parroquia Simón Bolívar	Septiembre 2019
Gissela Vargas	Madre hogar de parroquia Simón Bolívar	Septiembre 2019
Edith Sherupi	Madre hogar de parroquia Simón Bolívar	Septiembre 2019
Diana Villón	Madre hogar de parroquia Simón Bolívar	Septiembre 2019
Manuel Mera	Académico	Marzo 2018
Honorio Rivera	Rector Escuela de parroquia Simón Bolívar	Agosto 2017
Karina Ballonk	Docente Escuela de parroquia Simón Bolívar	Agosto 2017
Angélica Tumbaco	Madre hogar de parroquia Simón Bolívar	Agosto 2017
Betty Lino	Madre hogar de parroquia Simón Bolívar	Agosto 2017
Maryuri Cerezo	Madre hogar de parroquia Simón Bolívar	Agosto 2017
Jomeli Batalla	Madre hogar de parroquia Simón Bolívar	Agosto 2017
Melva Ibarra	Madre hogar de parroquia Simón Bolívar.	Agosto 2017
Isabel Lindao	Madre hogar de parroquia Simón Bolívar.	Agosto 2017
Alexandra Vera	Madre hogar de parroquia Simón Bolívar.	Agosto 2017
Jessica Sánchez	Docente Escuela de parroquia Colonche	Agosto 2017
Angie Domínguez	Madre hogar de parroquia Colonche	Agosto 2017
Carmen Salinas	Madre hogar de parroquia Colonche	Agosto 2017

Jessenia Muñoz	Madre hogar de parroquia Colonche	Agosto 2017
Janeth Tomalá	Educadora CIBV de parroquia Colonche.	Agosto 2017
Carmen Rodríguez	Madre hogar de parroquia Colonche	Agosto 2017
Andrea Díaz	Médica Nutricionista en Colonche	Agosto 2017
Katherine Rodríguez	Madre hogar de parroquia Colonche	Agosto 2017
Diana Méndez	Madre hogar de parroquia Colonche	Agosto 2017
Gilda Magallán	Madre hogar de parroquia Colonche	Agosto 2017
Azucena Ortega	Madre hogar de parroquia Colonche	Agosto 2017
Tania Rosales	Madre hogar de parroquia Colonche	Agosto 2017
José Vera	Médico centro de salud de parroquia Colonche	Agosto 2017
Katty Méndez	Madre hogar de parroquia Colonche	Agosto 2017
Jessica Méndez	Madre hogar de parroquia Colonche	Agosto 2017
Jesenia Méndez	Madre hogar de parroquia Colonche	Agosto 2017
Betsy Soreano	Madre hogar de parroquia Chanduy	Agosto 2017
Martha	Madre hogar de parroquia Chanduy	Agosto 2017
Carmen	Madre hogar de parroquia Chanduy	Agosto 2017
Genela Mosquera	Educadora CIBV de parroquia Chanduy	Agosto 2017
Lenin Mera	Director Magap	Agosto 2017
Pablo Velasco	Consultor en Desarrollo Rural de la Prefectura	Marzo 2017
Smeling Suárez	Presidente FEDECOMSE	Marzo 2017
Mary Sánchez	Coordinadora de Servicios Sociales MIES	Marzo 2017
Francisco Lino	Presidente de parroquia Simón Bolívar	Marzo 2017
Primrose Shamute	Directora centro de salud parroquia Simón Bolívar	Marzo 2017
Nestor Cayetano	Director de salud de parroquia Chanduy	Marzo 2017
Jazmin Figueroa	Educadora MIES de parroquia Simón Bolívar	Marzo 2017
Jorge Sánchez	Director de Promoción de Salud	Marzo 2017
Julio Villón	Vicepresidente de parroquia Simón Bolívar	Marzo 2017
Leonella Mazzini	Educadora MIES de parroquia Chanduy	Marzo 2017
Diana Trelles	Director centro de salud de parroquia Chanduy	Marzo 2017
Ingrid Rodríguez	Educadora CIBV de parroquia Chanduy	Marzo 2017
Ligia Lima	Educadora CIBV de parroquia Colonche	Marzo 2017
Piedad Zambrano	Madre hogar de parroquia Simón Bolívar	Marzo 2017
Carmen Panchana	Educadora CIBV de parroquia Simón Bolívar	Marzo 2017
Disney Castillo	Madre hogar de parroquia Chanduy	Marzo 2017
Fabián Goechea	Presidente de comuna Ayangué	Marzo 2017
Omar González	Administrador de Proyectos Sociales de Colonche	Marzo 2017

Lista de siglas

AE	Aliméntate Ecuador
ATLAS	Qualitative Data Analysis & Research Software
BCE	Banco Central del Ecuador
BDH	Bono de Desarrollo Humano
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CEI	Centros de Educación Inicial
CIBV	Centro Infantil del Buen Vivir
CICSLM	Código de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna
CDI	Centro de Desarrollo Infantil
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CEPAR	Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social
CNH	Creciendo con Nuestros Niños
DANS	Diagnóstico de la Situación Alimentaria Nutricional y de Salud de la Población Ecuatoriana
EC	Economía de Convenciones
ECV	Encuesta de Condiciones de Vida
ENDEMAIN	Encuesta demográfica y de salud materna e infantil
ENEMDU	Encuesta Nacional de Empleo, Subempleo y Desempleo
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y Alimentación
FIAN	Foodfirst Information and Action Network
FGE	Fiscalía General del Estado
FODI	Fondo de Desarrollo Infantil
FODINFA	Fondo para el Desarrollo de la Infancia
GAD	Gobierno Autónomo Descentralizado
GADMSE	Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de Santa Elena
GADPCH	Gobierno Autónomo Descentralizado de la Provincia de Chimborazo
GADPSB	Gobierno Autónomo Descentralizado de la Parroquia de Simón Bolívar
GADPSE	Gobierno Autónomo Descentralizado de la Provincia de Santa Elena
IDH	Índice de Desarrollo Humano

IFPRI	International Food Policy Research Institute
ILO	International Labour Organization
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
INFA	Instituto Nacional del Niño y la Familia público
INNFA	Instituto Nacional del Niño y la Familia
INTI	Intervención Nutricional Territorial Integrada
INSEE	Instituto Nacional de Estadísticas y Estudios Económicos de Francia
IPA	Instituto de Provisión de Alimentos
IPC	Índice de Precios al Consumidor
KAP	Knowledge, Attitude and Practices
LORSA	Ley Orgánica del Régimen de Soberanía Alimentaria
MAGAP	Ministerio de Agricultura Ganadería Acuicultura y Pesca
MBS	Ministerio de Bienestar Social
MCDS	Ministerio Coordinador de Desarrollo Social
ME	Ministerio de Educación
MIDUVI	Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda
MIES	Ministerio de Inclusión Económica y Social
MSP	Ministerio de Salud Pública
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ORI	Operación Rescate Infantil
PACMI	Programa de Alimentación Complementaria Materno Infantil
PAE	Programa de Alimentación Escolar
PANI	Proyecto Alimentario Nutrición Integral
PANN	Programa Nacional de Alimentación y Nutrición
PDI	Programa de Desarrollo Infantil
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PPA	Programa de Provisión de Alimentos
PPS	Programa de Protección Social

PRADEC	Programa de Alimentación para el Desarrollo Comunitario
PRAMIE	Política para la Reducción Acelerada de la Malnutrición Infantil en el Ecuador
SELBEN	Selección de Beneficiarios de Programas Sociales
SENPLADES	Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo
SETECI	Secretaría Técnica de Cooperación Internacional
SGR	Secretaría de Gestión de Riesgos
SIAN	Sistema Integrado de Alimentación y Nutrición
STATA	Software for Statistics and Data Science
UNA	Unidad Nacional de Almacenamiento
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
WHO	World Health Organization

Lista de referencias

- Abramovich, Víctor, y Christian Courtis. 2002. *Los derechos sociales como derechos exigibles*. Madrid: Editorial Trotta.
- Aguinaga, Margarita, y Enith Flores. 2012. *¿Quiénes sostienen la alimentación en Ecuador? Un derecho aún no resuelto*. En Gina Benavides y Gardenia Chávez (Eds.), *Horizonte de los derechos humanos Ecuador*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.
- Alderman, Harold, Jere Behrman, y John Hoddinott. 2005. *Nutrition, Malnutrition and Economic Growth*. In Guillem López-Casasnovas et al. Eds. *Health and Economic Growth: Findings and Policy Implications*. Cambridge: MIT Press.
- Alkire, Sabina, y Séverine Deneulin. 2009. *The Human Development and Capability Approach*. In Séverine Deneulin with Lila Shahani, Eds., *An introduction to the human development and capability approach: freedom and agency*. London: Earthscan.
- Alkire, Sabina, Mozaffar Qizilbash, y Flavio Comim. 2008. *Introduction*. In Flavio Comim, Mozaffar Qizilbash, and Sabina Alkire, Eds., *The capability approach: concepts, measures and applications*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Alkire, Sabina. 2005. *Why the Capability Approach?* *Journal of Human Development*, 6(1): 115-135.
- . 2002. *Dimensions of Human Development*. *World Development*, 30(2): 181–205.
- Allen, Lindsay. 2003. *Ending Hidden Hunger: The History of Micronutrient Deficiency Control*. In Stuart Gillespie, Milla McLachlan, Roger Shrimpton, Eds. *Combating malnutrition: time to act*. Washington: The World Bank.
- Allen, Luke, y Andrea Feigl. 2017. *Reframing Non-Communicable Diseases as Socially Transmitted Conditions*. *Lancet Glob Health*, 5(7): e644-e646.
- Álvarez, Silvia. 2010a. *Albarradas: un conocimiento ancestral y una solución práctica a los eventos de El Niño*. En Silvia Álvarez (Ed.), *Representaciones, saberes y gestión de los recursos naturales y culturales a nivel local*. Quito: Abya-Yala.
- . 2010b. *El manejo colectivo de los recursos naturales en la Península de Santa Elena*. En Silvia Álvarez (Ed.), *Representaciones, saberes y gestión de los recursos naturales y culturales a nivel local*. Quito: Abya-Yala.
- . 2001. *De huancavilcas a comuneros: Relaciones interétnicas en la península de Santa Elena*. Quito: Abya-Yala.

- Álvarez, Soledad. 2011. *El tránsito a los derechos: un análisis de la relación entre el estado, la sociedad civil y los derechos de la niñez y adolescencia ecuatoriana en las últimas cinco décadas*. En Adrián Bonilla y Milton Luna (Eds.), *Estado del País: Informe cero, Ecuador 1950-2010*. Quito: UNICEF.
- Anand, Paul. 2005. *Capabilities and Health*. *Journal of Medical Ethics*, 31: 299-303.
- Angrosino, Michael. 2013. *Recontextualización de la observación*. En Norman Denzin, Yvonna Lincoln, Coords. *Las estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona. Gedisa.
- Araujo, María, Florencia López-Boo, Rafael Novella, Sara Schodt, y Romina Tomé. 2015. *La calidad de los Centros Infantiles del Buen Vivir en Ecuador*. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Ariana, Proochista y Arif Naveed. 2009. *Health*. In Séverine Deneulin with Lila Shahani, Eds., *An introduction to the human development and capability approach: freedom and agency*. London: Earthscan.
- Arostegui, Valeria. 2017. *Análisis desde la comunicación estratégica del programa Creciendo con Nuestros Guaguas*. Quito: UASB.
- Asamblea Nacional. 2016. *Ley Orgánica para el Equilibrio de las Finanzas Públicas*. Quito: Asamblea Nacional.
- . 2009. *Ley Orgánica del Régimen de la Soberanía Alimentaria*. Quito: Asamblea Nacional.
- . 2008. *Constitución de la República del Ecuador*. Quito: Asamblea Nacional.
- Atkinson, Anthony. 1999. *The Contributions of Amartya Sen to Welfare Economics*, *Scandinavian Journal of Economics* 101(2): 173-190.
- Bachelet, Michelle. 2006. *Michelle Bachelet: sobre nutrición y desarrollo*. *Desafíos*, 2: 10.
- Baron, Catherine, y Anne Isla. 2006. *Marchandisation de l'eau et conventions d'accessibilité à la ressource. Le cas des métropoles d'Afrique sub-saharienne*. En Eymard-Duvernay, *L'économie des conventions, méthodes et résultats. Tome 2: Développements*, Paris: La Découverte.
- Banco Mundial. 2019. *Datos abiertos*. Washington: Banco Mundial.
- . 2017. *Pipe(d) Dreams: Water Supply, Sanitation, and Hygiene Progress and Remaining Challenges in Ecuador: WASH Poverty Diagnostic*. Washington: Banco Mundial.
- . 2015. *Implementation Completion and Results Report. WASH Poverty Diagnostic*. Washington: Banco Mundial.
- . 2010. *Japan Social Development Fund - Grant Proposal: Ecuador, Growing with our guaguas (children)*. Washington: Banco Mundial.

- . 2007. *Insuficiencia nutricional en el Ecuador: causas, consecuencias y soluciones*. Washington: Banco Mundial.
- . 2006. *Revalorización del papel fundamental de la nutrición para el desarrollo: estrategia para una intervención en gran escala*. Washington: Banco Mundial.
- . 2004. *Ecuador: evaluación de la pobreza*. Washington: Banco Mundial.
- Bauman, Adrian, Rodrigo Reis, James Sallis, Jonathan Wells, Ruth Loos, y Brian Martin. 2012. *Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not?* The Lancet 380(9838): 258–271.
- Behrman, Jere, Harold Alderman, y John Hoddinott. 2004. *The Challenge of Hunger and Malnutrition*. Copenhagen: Copenhagen Consensus Project.
- Berlinski, Samuel y Norbert Schady. 2015. *Los primeros años: el bienestar infantil y el papel de las políticas públicas*. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Berlinski, Samuel, Sebastian Galiani, y Patrick McEwan. 2011. *Preschool and Maternal Labor Market Outcomes: Evidence from a Regression Discontinuity Design*. Economic Development and Cultural Change, 59(2): 313-344.
- Berlinski, Samuel, Sebastian Galiani, y Paul Gertler. 2006. *The Effect of Pre-Primary Education on Primary School Performance*. Michigan: William Davidson Institute.
- Bernstein, Adam. 2008. *Emerging patterns in overweight and obesity in Ecuador*. Revista Panamericana de Salud Pública. 24(1): 71–4.
- Bertha, Jennifer, y Rocío Caicedo. 2017. *Estudio para estimar la prevalencia de violaciones al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de leche materna en dos ciudades del Ecuador*. Quito: UNICEF-OMS-MSP.
- 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.
- Bhutta, Zulfiqar, Tahmeed Ahmed, Robert Black, Simon Cousens, Kathryn Dewey, Elsa Giugliani, Batool Haider, Betty Kirkwood, Saul Morris, Harshpal Sachdev, y Meera Shekar. 2008. *What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival*. The Lancet 371(9608): 340-357.
- Black, Robert; Cesar Victora, Susan Walker, Zulfiqar Bhutta, Christian Parul, Mercedes de Onis, Majid Ezzati, Sally Grantham-McGregor, Joanne Katz, Reynaldo Martorell,

- Ricardo Uauy. 2013. *Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries*. The Lancet 382(9890): 427-451.
- 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(9608): 243-260.
- Boltanski, Luc. 2017. *Un nuevo régimen de justificación: la ciudad por proyecto*. Entramados y Perspectivas 7 (7): 179-209.
- Boltanski, Luc, y Laurent Thévenot. 2006. *On Justification: Economies of Worth*. New Jersey: Princeton University Press.
- Boltanski, Luc, y Eve Chiapello. 2002. *El nuevo espíritu del capitalismo*. New Jersey: Princeton University Press.
- Botero, Luis. 1990. *Chimborazo de los indios*. Quito: Abya Yala.
- Browne, Jude, Simon Deakin, y Frank Wilkinson. 2004. *Capabilities, social rights and European market integration*. In Robert Salais and Robert Villeneuve, Eds., *Europe and the Politics of Capabilities*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Burchi, Francesco, y Pascuale De Muro. 2016. *From food availability to nutritional capabilities: Advancing food security analysis*. Food Policy, 60: 10-19.
- . 2012. *A Human Development and Capability Approach to Food Security: Conceptual Framework and Informational Basis*. Working Paper. New York: United Nations Development Program.
- Buser, Thomas, Hessel Oosterbeek, Erik Plug, Juan Ponce, y José Rosero. 2014. *The impact of positive and negative income changes on the height and weight of young children*. Bonn: IZA.
- Calero, Carla. 2011. *Seguridad alimentaria en Ecuador desde un enfoque de acceso a alimentos*. Quito: FLACSO.
- Caparrós, Marín. 2014. *El hambre*. Bogotá: Editorial Planeta.
- Carranza, César. 2011. *Políticas públicas en alimentación y nutrición: los programas de alimentación social de Ecuador*. Quito: FLACSO.
- Carrión, Diego; Herrera, Stalin. 2012. *Ecuador rural del siglo XXI: soberanía alimentaria, inversión pública y política agraria*. Quito: Instituto de Estudios Ecuatorianos.
- CEPAL – Comisión Económica para América Latina y el Caribe. 2012. *Diagnóstico de las estadísticas del agua en el Ecuador*. Santiago: CEPAL.

- Charmandari, Evangelia, Constantine Tsigos, y George Chrousos. 2005. *Endocrinology of the stress response*. En BID 2013. Gestión de Políticas y Programas de Desarrollo Infantil Temprano. Washington: BID.
- Chambers, Robert. 1995. *Poverty and livelihoods: whose reality counts?* Environment and Urbanization, 7: 173.
- . 1987. *Sustainable livelihoods, environment and development: putting poor rural people first*. Discussion Paper 240, Brighton: Institute of Development Studies.
- Chambers, Robert y Gordon Conway. 1992 *Sustainable Rural Livelihoods Practical Concepts for the 21st Century*. IDS Discussion Paper 296, Brighton: IDS.
- Cheyns, Emmanuelle. 2006. *Pluralité des formats d'enquêtes: expériences de recherche autour des processus de qualification des produits alimentaires in Afrique*. En Eymard-Duvernay, L'économie des conventions, méthodes et résultats. Tome 2: Développements, Paris: La Découverte.
- Chiappero, Enrica. 2008. *Complexity and vagueness in the capability approach: strengths or weaknesses?* Cambridge: Cambridge University Press.
- Chopra, Kanchan y Anantha Duraiappah. 2008. *Operationalizing Capabilities in a Segmented Society: The Role of Institutions*. In Flavio Comim, Mozaffar Qizilbash, and Sabina Alkire, Eds., *The capability approach: concepts, measures and applications*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Coast, Joanna, Richard Smith, y Paula Lorgelly. 2008. *Should the capability approach be applied in health economics?* Health Economics, 17: 667–670.
- Cole, Tim, Mary Bellizzi, Katherine Flegal, y William Dietz. 2000. *Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey*. British Medical Journal 320: 1240.
- Comim, Flavio. 2008. *Measuring capabilities*. Cambridge: Cambridge University Press.
- COMUNIDEC - Comunidades y Desarrollo en el Ecuador. 2007. *El presupuesto participativo del Gobierno Provincial de Chimborazo: un aprendizaje para la democracia*. Quito: COMUNIDEC.
- Congreso Nacional. 2006. *Ley de Seguridad Alimentaria y Nutricional*. Quito: Congreso Nacional.
- . 2003. *Código de la Niñez y Adolescencia*. Quito: Congreso Nacional.
- . 1998. *Constitución de la República del Ecuador*. Quito: Congreso Nacional.

- . 1978. *Constitución de la República del Ecuador*. Quito: Congreso Nacional.
- . 1967. *Constitución de la República del Ecuador*. Quito: Congreso Nacional.
- . 1946. *Constitución de la República del Ecuador*. Quito: Congreso Nacional.
- . 1945. *Constitución de la República del Ecuador*. Quito: Congreso Nacional.
- . 1938. *Constitución de la República del Ecuador*. Quito: Congreso Nacional.
- . 1929. *Constitución de la República del Ecuador*. Quito: Congreso Nacional.
- . 1906. *Constitución de la República del Ecuador*. Quito: Congreso Nacional.
- . 1897. *Constitución de la República del Ecuador*. Quito: Congreso Nacional.
- . 1884. *Constitución de la República del Ecuador*. Quito: Congreso Nacional.
- . 1878. *Constitución de la República del Ecuador*. Quito: Congreso Nacional.
- . 1869. *Constitución de la República del Ecuador*. Quito: Congreso Nacional.
- . 1861. *Constitución de la República del Ecuador*. Quito: Congreso Nacional.
- . 1852. *Constitución de la República del Ecuador*. Quito: Congreso Nacional.
- . 1851. *Constitución de la República del Ecuador*. Quito: Congreso Nacional.
- . 1845. *Constitución de la República del Ecuador*. Quito: Congreso Nacional.
- . 1843. *Constitución de la República del Ecuador*. Quito: Congreso Nacional.
- . 1835. *Constitución de la República del Ecuador*. Quito: Congreso Nacional.
- . 1830. *Constitución de la República del Ecuador*. Quito: Congreso Nacional.
- Corvalán, Camila, María Garmendia, Jessica Jones-Smith, Chessa Lutter, Jaime Miranda, Lilia Pedraza, Aryeh Stein. 2017. *Nutrition status of children in Latin America*. *Obesity Reviews*, 18: 7–18.
- Crocker, David. 2008. *Ethics of Global Development Agency, Capability, and Deliberative Democracy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Cunha, Flavio; Heckman, James. 2007. *The Technology of Skill Formation*. Cambridge: NBER.
- Curicama, Mariano. 2014. *Plan de gobierno: minga por Chimborazo III*. Riobamba: Pachakutik.
- Darmon, Nicole, y Adam Drewnowski. 2008. *Does social class predict diet quality?* *The American Journal of Clinical Nutrition*, 87(5): 1107–1117.
- De Munck, Bert. 2011. *Guilds, Product Quality and Intrinsic Value. Towards a History of Conventions?* *Historical Social Research*, 36 (4): 103-124.
- De Munck, Jean. 2014. *Qué es una capacidad*. *Revista Mundos Plurales*, 1(1): 29-57.
- . 2006. *Vers un nouveau paradigme du droit*. En Eymard-Duvernay, *L'économie des conventions, méthodes et résultats*. Tome 1: Débats, Paris: La Découverte.

- Deneulin, Séverine. 2008. *Beyond individual freedom and agency: structures of living together in the capability approach*, In Flavio Comim, Mozaffar Qizilbash, and Sabina Alkire, Eds., *The capability approach: concepts, measures and applications*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Denzin, Norman, y Yvonna Lincoln. 2013. *Las estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.
- Denzin, Norman. 1989. *The Research Act*. New York: Prentice Hall.
- Dequech, David. 2005. *Cognition and Valuation: Some Similarities and Contrasts between Institutional Economics and the Economics of Conventions*. *Journal of Economic Issues*, 39(2): 465–473.
- Desrosières, Alain. 2011. *The Economics of Convention and Statistics: The Paradox of Origins*. *Historical Social Research* 36 (4): 64-81.
- Dewey, Kathryn, y Seth Adu-Afarwuah. 2008. *Systematic review of the efficacy and effectiveness of complementary feeding interventions in developing countries*. *Maternal Child Nutrition* 4: 24-85.
- Diaz-Bone, Rainer. 2018. *Economics of Convention and its Perspective on Knowledge and Institutions*. In J. Glückler, R. Suddaby, R. Lenz (eds). *Knowledge and Institutions. Knowledge and Space*. Berlin: Springer Open.
- . 2017a. *Discourses, Conventions, and Critique – Perspectives of the Institutional Approach of the Economics of Convention*. *Historical Social Research* 42 (3): 79-96.
- . 2017b. *Classifications, Quantifications and Quality Conventions in Markets – Perspectives of the Economics of Convention*. *Historical Social Research* 42 (1): 238-262.
- . 2016. *Convention Theory, Classification and Quantification*. *Historical Social Research* 41 (2): 48-71.
- . 2011. *The Methodological Standpoint of the “économie des conventions”*. *Historical Social Research* 36 (4): 43-63.
- Diaz-Bone, Rainer y Robert Salais. 2011. *Economics of convention and the history of economies: towards a transdisciplinary approach in economic history*. *Historical Social Research* 36 (4): 7-39.
- DiRocco, Marie, y Nicolás Cuvi. 2014. *An Ethnographic Approach to the Nutrition Transition in Ecuador*. *The Journal of Global Health* 4(1): 6-9.
- Doyal, Len, e Ian Gough. 1984. *A theory of human needs*. *Critical Social Policy*, 4: 6.
- Drèze, Jean, y Amartya Sen. 1989. *Hunger and Public Action*. Oxford University Press, Oxford.

- Engle, Patrice, Purnima Menon, y Lawrence Haddad. 1999. *Care and Nutrition. Concepts and measurement*. Washington: International Food Policy research Institute.
- Engle, Patrice, Lida Lhotska, y Helen Amstrong. 1997. *The care initiative: assessment, analysis and action to improve care nutrition*. New York: UNICEF.
- Espinosa, Betty. 2017. *Las redes de comercio justo: interacciones entre el don y el intercambio mercantil*. Quito: FLACSO.
- . 2005. *Mundos del trabajo, flexibilidad y comercio justo en Ecuador Informe final del concurso: Transformaciones en el mundo del trabajo: efectos socioeconómicos y culturales en América Latina y el Caribe*. Buenos Aires: CLACSO.
- Etienne, Carissa. 2016. *Malnutrition in the Americas: challenges and opportunities*. Revista Panamericana de Salud Pública 40(2): 102–3.
- Eymard-Duvernay, Francois. 1992. *Economía de las Convenciones y su aplicación al estudio de las empresas y los mercados*. Buenos Aires: PIETTE.
- Fan, Shenggen, Tolulope Olofinbiyi, y Sinafikeh Gemessa. 2015. *Ending Hunger and Undernutrition by 2025*. In David Sahn, ed., *The Fight Against Hunger and Malnutrition: The Role of Food, Agriculture, and Targeted Policies*. Oxford: Oxford University Press.
- FAO - Food and Agriculture Organization of the United Nations. 2019a. *Datos sobre alimentación y agricultura*. Roma: FAO.
- . 2019b. *El estado de la Inseguridad Alimentaria y la nutrición en el mundo*. Roma: FAO.
- . 2018. *El estado de la Inseguridad Alimentaria y la nutrición en el mundo*. Roma: FAO.
- . 2015a. *Panorama de la Inseguridad Alimentaria en América Latina y el Caribe*. Roma: FAO.
- . 2015b. *Towards a Water and Food Secure Future: Critical Perspectives for Policy-makers*. Roma: FAO.
- . 2014. *Cooperación Internacional y Políticas Públicas de Seguridad Alimentaria y Nutricional: La experiencia del Programa España-FAO para América Latina y el Caribe*. Roma: FAO.
- . 2013. *Marco Nacional de prioridades para la asistencia técnica de la FAO en Ecuador*. Roma: FAO.
- . 2012a. *El estado de los recursos de tierras y aguas del mundo para la alimentación y la agricultura*. Roma: FAO.

- . 2012b. *Ficha Técnica: Monitoreo de Políticas y Programas Públicos: Sistema de Monitoreo y Evaluación de Planes Territoriales Articulados y Concertados en SAN en Ecuador, Paraguay y Perú*. Roma: FAO.
- . 2011a. *El estado de los recursos de tierras y aguas del mundo para la alimentación y la agricultura. La gestión de los sistemas en situación de riesgo*. Roma: FAO.
- . 2011b. *Evaluación del Programa Regional para reforzar los impactos de las políticas públicas en la erradicación del hambre y la desnutrición crónica infantil*. Roma: FAO.
- . 2001. *Food Balance Sheets: A Handbook*. Roma: FAO.
- . 2000. *La alimentación y la agricultura en el mundo: enseñanzas de los cincuenta últimos años*. Roma: FAO.
- Farvaque, Nicolas. 2006. *Bases d'information et conventions d'évaluation dans l'approche par les capacités de Sen*. En Eymard-Duvernay, L'économie des conventions, méthodes et résultats. Tome 2: Développements, Paris: La Découverte.
- Favereau, Olivier. 1994. *Mercados internos, mercados externos*. En Eymard-Duvernay, Economía de las convenciones, Buenos Aires: Ed. Asociación Trabajo y Sociedad.
- Favereau, Olivier, Olivier Biencourt, y François Eymard-Duvernay. 2002. *Where do markets come from? From (quality) conventions!* In Olivier Favereau and Emmanuel Lazega Eds., Conventions and Structures in Economic Organization, Paris: University of Paris X.
- FIAN - Foodfirst Information and Action Network. 2011. *El derecho a la alimentación en el Ecuador: balance del estado alimentario de la población ecuatoriana desde una perspectiva de derechos humanos*. Quito: FIAN.
- Fiscalía General del Estado. 2012. *Caso Programa Aliméntate Ecuador*. Quito: FGE.
- Flick, Uwe. 2004. *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata.
- Forum Consultor. 2016. *Evaluación sumativa de los servicios de desarrollo infantil de los Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV) y Creciendo con Nuestros Hijos (CNH)*. Quito: Forum Consultor.
- Freire, Wilma, William Waters, Gabriela Rivas, Philippe Belmont. 2018a. *The double burden of chronic malnutrition and overweight and obesity in Ecuadorian mothers and children, 1986–2012*. Nutrition and Health, 1-8.
- Freire, Wilma, William Waters, Diana Román, Elisa Jiménez, Estefania Burgos, y Philippe Belmont. 2018b. *Overweight, obesity, and food consumption in Galapagos, Ecuador: a window on the world*. Globalization and Health: 1-9.

- Freire, Wilma, María Ramírez-Luzuriaga, Philippe Belmont, María Mendieta, Katherine Silva-Jaramillo, Natalia Romero, Klever Sáenz, Pamela Piñeiros, Luis Gómez, y Rafael Monge. 2014a. *Tomo I: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de la población ecuatoriana de cero a 59 años. ENSANUT-ECU 2012*. Ministerio de Salud Pública/Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Quito-Ecuador.
- Freire, Wilma, Katherine Silva-Jaramillo, María Ramírez-Luzuriaga, Philippe Belmont, y William Waters. 2014b. *The double burden of undernutrition and excess body weight in Ecuador*. *The American Journal of Clinical Nutrition*; 100(Suppl): 1634S–43S.
- Freire, Wilma, y William Waters. 2014c. *Nutrition programmes. Conflicts of interest. Who gets fortified: children or corporations?* *World Nutrition* 5(11): 1027-1030.
- Freire, Wilma. 2008. *Fortificación en casa de los alimentos de niños de 6 a 59 meses de edad, para combatir la anemia por falta de hierro y otras deficiencias*. Quito: Universidad San Francisco de Quito.
- . 1990. *Diagnóstico de la situación nutricional de la población ecuatoriana menor de cinco años en 1986: lineamientos para una política de alimentación y nutrición*. En Galo Chiriboga (Comp.), Cuadernos de Políticas Sociales. Quito: ILPES - ILDIS.
- Freire, Wilma, Henry Dirren, José Mora, Pedro Arenales, Edmundo Granda, Jaime Breilh, Arturo Campaña, Rubén Páez, Luis Darquea, y Eduardo Molina. 1988. *Diagnóstico de la situación alimentaria, nutricional y de salud de la población ecuatoriana menor de cinco años -DANS-*. Quito: CONADE/MSP.
- GADMSE (Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de Santa Elena). 2015. *Plan de desarrollo y Ordenamiento Territorial del cantón Santa Elena*. Santa Elena: GADMSE.
- GADPCH (Gobierno Autónomo Descentralizado de la Provincia de Chimborazo). 2015. *Plan de desarrollo y Ordenamiento Territorial de la provincia de Chimborazo*. Riobamba: GADPCH.
- GADPSB (Gobierno Autónomo Descentralizado de la Parroquia de Simón Bolívar). 2015. *Plan de desarrollo y Ordenamiento Territorial de la parroquia de Simón Bolívar*. Santa Elena: GADPSB.
- GADPSE - Gobierno Autónomo Descentralizado de la Provincia de Santa Elena. 2015. *Plan de desarrollo y Ordenamiento Territorial de la provincia de Santa Elena*. Santa Elena: GADPSE.
- . 2012a. *Plan de desarrollo y Ordenamiento Territorial de la provincia de Santa Elena 2012-2021, Tomo I: Diagnóstico*. Santa Elena: GADPSE.

- . 2012b. *Plan de desarrollo y Ordenamiento Territorial de la provincia de Santa Elena 2012-2021, Tomo II: Participación ciudadana y diagnóstico estratégico*. Santa Elena: GADPSE.
- Galicia, Luis, Rubén Grajeda, y Daniel López de Romaña. 2016. *Nutrition situation in Latin America and the Caribbean: current scenario, past trends, and data gaps*. *Revista Panamericana de Salud Pública* 40(2): 104–13.
- Galor, Oded. 2005. *From Stagnation to Growth: Unified Growth Theory*. In Philippe Aghion and Steven Durlauf (Ed.), *Handbook of Economic Growth*, San Diego: Elsevier.
- Ghirardello, Ariane, y Véronique Van der Plancke. 2006. *Analyse de la discrimination à l'embauche: Pluraliser les actions positives pour réviser les conventions*. En Eymard-Duvernay, *L'économie des conventions, méthodes et résultats*. Tome 2: Développements, Paris: La Découverte.
- Gillespie, Stuart y Jody Harris. 2016. *How Nutrition Improves: Half a Century of Understanding and Responding to the Problem of Malnutrition*. In S. Gillespie, J. Hodge, S. Yosef, and R. Pandya, eds., *Nourishing Millions: Stories of Change in Nutrition*. Washington: IFPRI.
- Gillespie, Stuart, Lawrence Haddad, Venkatesh Mannar, Purnima Menon, y Nicholas Nisbett. 2013. *The politics of reducing malnutrition: building commitment and accelerating progress*. *The Lancet* 382(9891): 552-569.
- Gillespie, Stuart, Milla McLachlan, y Roger Shrimpton. 2003. *Combating Malnutrition: Time to Act*. Washington: The World Bank.
- Glewwe, Paul, y Edward Miguel. 2008. *The Impact of Child Health and Nutrition on Education in Less Developed Countries*. In P. Schultz and J. Strauss, eds., *Handbook of Development Economics*, 4: 3561–3606.
- Gutiérrez, Nelson, Cristina Medina, Megan Zella, y Priscila Vera. 2018. *Mensajes poderosos: promoviendo el mejoramiento de la nutrición*. Quito: Banco Mundial.
- Gutiérrez, Nelson, Tomás Ciuffardi, Claudia Rokx, Hugo Brousset, y Nicholas Gachet. 2017. *Apuntado Alto; retos de la lucha contra la desnutrición crónica en Ecuador*. Quito: Banco Mundial.
- Hallal, Pedro, Lars Andersen, Fiona Bull, Regina Guthold, William Haskell, y Ulf Ekelund. 2012. *Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects*. *The Lancet*, 380(9838): 247–257.
- Heckman, James, y Pedro Carneiro. 2003. *Human Capital Policy*. Cambridge: NBER.

- Hentschel, Jesko, y William Waters. 2002. *Rural Poverty in Ecuador: Assessing local realities for the development of Anti-poverty Programs*. World Development, 30(1): 33-47.
- Hurtado, Oswaldo. 2017. *Ecuador entre dos siglos*. Bogota: Penguin Random House.
- IFPRI - International Food Policy Research Institute. 2016. *Global Nutrition Report 2016: From Promise to Impact: Ending Malnutrition by 2030*. Washington: IFPRI.
- . 2015. *Global Nutrition Report 2015: Actions and Accountability to Advance Nutrition & Sustainable Development*. Washington: IFPRI.
- ILO - International Labour Organization. 1976. *Employment, Growth, and Basic Needs, a One World Problem*. Geneva: ILO.
- INEC - Instituto Nacional de Estadística y Censos. 2017a. *Anuario de Estadísticas Vitales: nacidos vivos y defunciones 2016*. Quito: INEC.
- . 2017b. *Compendio estadístico 2016*. Quito: INEC.
- . 2016. *Reporte de pobreza por consumo en Ecuador 2006-2014*. Quito: INEC.
- . 2015a. *Compendio de resultados de la Encuesta de Condiciones de Vida Sexta Ronda*. Quito: INEC.
- . 2015b. *Mapa de pobreza y desigualdad por consumo*. Quito: INEC.
- . 2014. *Encuesta de condiciones de vida 2014 (base primaria)*. Acceso: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/banco-de-informacion/>
- . 2012. *Fascículo nacional*. Quito: INEC.
- . 2011. *Proyección de la población ecuatoriana, por años calendario, según cantones*. Quito: INEC.
- . 2010. *Censo de Población y Vivienda 2010 (base primaria)*. Acceso: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/banco-de-informacion/>
- . 2006. *Encuesta de condiciones de vida 2006 (base primaria)*. Acceso: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/banco-de-informacion/>
- . 1999. *Encuesta de condiciones de vida 1999 (base primaria)*. Acceso: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/banco-de-informacion/>
- Jolivet, Patrick. 2006. *Définir une rationalité ancrée: L'exemple de la sensibilité écologique des consommateurs*. En Eymard-Duvernay, L'économie des conventions, méthodes et résultats. Tome 2: Développements, Paris: La Découverte.
- Kramer, Michael, y Ritsuko Kakuma. 2004. *The optimal duration of exclusive breastfeeding: A systematic review*. Quebec: McGill University.

- Krueger, Robert, y Mary Casey. 2000. *Focus groups: A practical guide for applied research*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Kuklys, Wiebke. 2005. *Amartya Sen's Capability Approach: Theoretical Insights and Empirical Applications*. Berlin: Springer.
- Landers, Cassie, Raúl Mercer, Helia Molina, Eming Young. 2006. *Manual para la Promoción de Salud y Derechos del Niño*. En BID (2013). *Gestión de Políticas y Programas de Desarrollo Infantil Temprano*. Washington: BID.
- Larrea, Carlos. 2008. *Crisis, dolarización y pobreza en el Ecuador*. En Carlos Barba comp., *Retos para la integración social de los pobres en América Latina*. Buenos Aires: Clacso.
- . 2006. *Desnutrición, Etnicidad y Pobreza en el Ecuador y el Área Andina*. En Augusto Barrera ed., *Foro sobre la democracia, el bienestar y el crecimiento económico*. Quito: FLACSO: UNICEF.
- Larrea, Carlos, e Ichiro Kawachi. 2005. *Does economic inequality affect child malnutrition? The case of Ecuador*. *Social Science & Medicine* 60: 165–178.
- Larrea, Carlos, y Wilma Freire. 2002. *Social Inequality and Child Malnutrition in the Andean Region*. *Pan American Journal of Public Health*, 11 (5-6): 356-364.
- Larrea, Carlos, Wilma Freire, y Chessa Lutter. 2001. *Equidad desde el principio: situación nutricional de los niños ecuatorianos*. Washington: OPS.
- Latham, Michael. 2002. *Nutrición humana en el mundo en desarrollo*. Roma: FAO.
- León-Cava, Natalia, Chessa Lutter, Jay Ross, y Luann Martin. 2002. *Quantifying the benefits of breastfeeding: a summary of the evidence*. Washington: PAHO.
- Levinson, James. 2003. *Institutionalization of Nutrition*. In Stuart Gillespie, Milla McLachlan, Roger Shrimpton, Eds. *Combating malnutrition: time to act*. Washington: The World Bank.
- Lopez, Alan, Colin Mathers, Majid Ezzati, Dean Jamison, y Christopher Murray. 2006. *Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data*. *Lancet* 367(9524): 1747-1757.
- Lutter, Chessa, Alicia Rodríguez, Guillermo Fuenmayor, Luz Ávila, Fernando Sempértegui, y Jessica Escobar. 2008. *Growth and micronutrient status in children receiving a fortified complementary food*. *The Journal of Nutrition*, 138(2): 379–388.
- Lutter, Chessa, Fernando Sempértegui, Alicia Rodríguez, Guillermo Fuenmayor, Luz Ávila, José Madero, y Jessica Escobar. 2007. *Programa Nacional de Alimentación y Nutrición PANN 2000: Evaluación de Proceso e Impacto*. Washington: OPS.

- Lutter, Chessa. 2001. *Un ejemplo de un Nuevo modelo para la ayuda económica alimentaria: PANN*. Washington: OPS.
- Malthus, Thomas. 1798. *An Essay on the Principle of Population*. London: J. Johnson.
- Maluf, Renato. 2008. *Seguridad alimentaria y nutricional: un enfoque de derecho y soberanía*. Quito: CAFOLIS.
- Manosalvas, Margarita. 2019. *La política del efectivismo y la desnutrición infantil en el Ecuador*. *Perfiles Latinoamericanos*, 27(54): 1-28.
- . 2015. *El enfoque de las capacidades y las políticas públicas: Un análisis de las políticas del buen vivir en el Ecuador*. Quito: FLACSO.
- Martínez, Rodrigo. 2005. *Hunger and malnutrition in the countries of the Association of Caribbean States (ACS)*. Santiago: ECLAC.
- Martorell, Reynaldo. 1999. *The Nature of Child Malnutrition and Its Long-Term Implications*. *Food and Nutrition Bulletin* 19: 288-292.
- Maslow, Abraham. 1943. *A Theory of Human Motivation*. *Psychological Review*, 50: 370-396.
- Mason, John. 2003. *How Nutrition Improves-and What That Implies for Policy Decisions*. In Stuart Gillespie, Milla McLachlan, Roger Shrimpton, eds. *Combating malnutrition: time to act*. Washington: The World Bank.
- Max-Neef, Alfred. 1994. *Desarrollo a escala humana: conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones*. Barcelona: Icaria Editorial.
- MCDS - Ministerio Coordinador de Desarrollo Social. 2017. *Informe de desarrollo social 2007-2017*. Quito: MCDS.
- . 2016. *Estrategia: Acción Nutrición*. Quito: MCDS.
- . 2013. *Proyecto para la Reducción Acelerada de la Malnutrición en el Ecuador– INTI 2014-2015*. Quito: MCDS.
- . 2011. *Informe de rendición de cuentas 2007-2010*. Quito: MCDS.
- . 2010. *Mapa de la desnutrición crónica en el Ecuador*. Quito: MCDS.
- . 2009. *Proyecto para la Reducción Acelerada de la Malnutrición Infantil en el Ecuador e Intervención Nutricional Territorial Integral –INTI-*. Quito: MCDS.
- Mejía, Andrés, y Jessica Fanzo. 2012. *Fighting maternal and child malnutrition: analyzing the political and institutional determinants of delivering a national multisectoral response in six countries*. London: Institute of Development Studies.
- Mejía, Andrés, y Lawrence Haddad. 2014. *The politics of success in the fight against malnutrition in Peru*. *Food Policy* 44: 26–35.

- MIES - Ministerio de Inclusión Económica y Social. 2013. *Desarrollo Infantil Integral*. Quito: MIES.
- MINEDUC - Ministerio de Educación. 2016. *Intervención en la Alimentación Escolar*. Quito: MINEDUC.
- . 2014. *Intervención en la Alimentación Escolar*. Quito: MINEDUC.
- Molina, Andrea, Mónica Pozo, y Juan Serrano. 2017. *Agua, saneamiento e higiene: medición de los ODS en Ecuador*. Quito: INEC-UNICEF.
- Moreano, Marcelo. 2007. *Las políticas nutricionales*. En Margarita Velasco (Coomp.). *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas* (Quito: OPS/MSP/CONASA).
- Morón, Cecilio. 2006. *Food-based nutrition interventions at community level*. *British Journal of Nutrition* 96: S20-S22.
- MSP - Ministerio de Salud Pública. 2017. *Resultados del estudio de vigilancia al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna*. Quito: MSP.
- . 2015b. *Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato: Guía de Práctica Clínica*. Quito: MSP.
- . 2014a. *Reglamento Sanitario de Etiquetado de Alimentos Procesados para el Consumo Humano*. Quito: Ecuador.
- . 2014b. *Reglamento para el Control del Funcionamiento de Bares Escolares del Sistema Nacional de Educación*. Quito: Ecuador.
- . 2012a. *Síntesis de las normas para la prevención de la malnutrición*. Quito: MSP.
- . 2012b. *Iniciativa mundial sobre tendencias en lactancia materna*. Quito: MSP.
- . 2011. *Normas, protocolos y consejería para la suplementación con micronutrientes*. Quito: MSP.
- . 2010. *Proyecto Desnutrición Cero*. Quito: MSP.
- Mussini, Micaela, y Karina Temporelli. 2013. *Obesidad: un desafío para las políticas públicas*. *Estudios sociales* 21(41): 165-184.
- Naranjo, Sandra. 2014. *Towards a New Way of Acting: When Willingness and Resources are not Enough -- Building State Capacity: a Case Study of Child Malnutrition in Ecuador*. Massachusetts: Harvard University.
- Naranjo, Mariana. 2008. *Ecuador: análisis de la contribución de los programas sociales al logro de los objetivos del Milenio*. Santiago: CEPAL.

- Narayan, Deepa. 2000. *Voices of the Poor: can anyone hear us?* New York: Oxford University Press.
- Nussbaum, Martha. 2012. *Crear capacidades: propuestas para el desarrollo humano*. Barcelona: Editorial Paidós.
- . 2003. *Capabilities as Fundamental Entitlements: Sen and Social Justice*. *Feminist Economics* 9(2 – 3): 33-59.
- ODEPLAN - Oficina de Planificación del Ecuador. 2002. *Plan de Desarrollo Provincial de Chimborazo*. Quito: ODEPLAN.
- OMS - Organización Mundial de la Salud. 2017. *Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna: preguntas frecuentes*. Ginebra: OMS.
- . 2008. *Curso de Capacitación sobre la evaluación del crecimiento del niño*. Ginebra: OMS.
- . 2007. *WHO Child Growth Standards: STATA igrowup package*. Geneva: WHO.
- . 2006. *Guías para la calidad del agua potable*. Ginebra: OMS.
- . 2004. *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Ginebra: OMS.
- . 2003. *Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño*. Ginebra: OMS.
- . 2002. *Informe sobre la salud en el mundo 2002 - Reducir los riesgos y promover una vida sana*. Ginebra: OMS.
- . 1981. *Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna*. Ginebra: OMS.
- ONU - Organización de las Naciones Unidas. 1989. *Convención de los Derechos del Niño*. Paris: ONU.
- . 1959. *Declaración de los Derechos del Niño*. Paris: ONU.
- . 1948. *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. New York: ONU.
- OPS - Organización Panamericana de la Salud. 2015. *Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas*. Washington: OPS.
- . 2014. *Una mirada integral a las políticas públicas de agricultura familiar, seguridad alimentaria, nutrición y salud pública en las Américas: Acercando agendas de trabajo en las Naciones Unidas*. Washington: OPS.

- Ordoñez, José; Paul Stupp, Dick Monteith, Alicia Ruiz, Mary Goodwin, Stephen McCracken, Gustavo Ángeles, Alberto Valle, Daniel Williams, Steve Harvey, Genny Fuentes. 2004. *ENDEMAIN: Encuesta de Demografía y Salud Materna e Infantil*. Quito: CEPAR.
- Osmani, Siddig. 1993. *The Entitlement Approach to Famine: An Assessment*. Helsinki: UNU-WIDER.
- Peña, Manuel, Roberto Montoya, y Martha Rodríguez. 2014. *La publicidad de productos comestibles en la TV – Ecuador*. Revista Informativa OPS-OMS 32: 43-46.
- Pérez-Liñan, Aníbal. 2010. *El método comparativo y el análisis de configuraciones causales*. Revista Latinoamericana de Política Comparada 3: 125-148.
- Piaggio, Laura. 2016. *El derecho a la alimentación en entornos obesogénicos: Reflexiones sobre el rol de los profesionales de la salud*. Salud Colectiva 12(4): 605-619.
- Pinstrup-Andersen, Per. 2005. *Agricultural Research and Policy to Achieve Nutrition Goals*. In Alain de Janvry and Ravi Kanbur, eds., *Poverty, Inequality and Development: Essays in Honor of Erik Thorbecke*. Amsterdam: Kluwer.
- PMA - Programa Mundial de Alimentos. 2017. *Impacto Social y Económico de la Malnutrición: Resultados del Estudio Realizado en Ecuador*. Quito: PMA.
- . 2015. *Informe anual de Ecuador*. Quito: PMA.
- . 2012. *Estudio de Caso: la alimentación escolar en Ecuador*. Quito: PMA.
- . 2008. *Conferencia Regional Ministerial: Hacia la erradicación de la desnutrición infantil en América Latina y el Caribe*. Santiago: PMA.
- Pollan, Michael. 2017. *El dilema del omnívoro: en busca de la comida perfecta*. Bogotá: Penguin Random House.
- Ponce, Juan, y Cristhian Rosales. 2017a. *Evaluación de impacto del Programa de Alimentación Escolar*. Quito: Ministerio de Educación.
- Ponce, Juan, y Jesús Ramos. 2017b. *Impact of two policy interventions on dietary diversity in Ecuador*. Public Health Nutrition, 1-8.
- Ponce, Juan, y Fernando Carrasco. 2016. *Acceso y equidad a la educación superior y posgrado en el Ecuador, un enfoque descriptivo*. Mundos Plurales. Revista Latinoamericana de Política y Acción Pública, 3(2): 9-22.
- Ponce, Juan, Sebastián Burgos, y José Sánchez. 2011. *Ecuador*. En Marco Sánchez y Pablo Sauma coord., *Vulnerabilidad económica externa, protección social y pobreza en América Latina*. Quito: FLACSO.

- Popkin, Barry. 2001. *The Nutrition Transition and Obesity in the Developing World*. *Journal of Nutrition* 131(3): 871S-873S.
- . 1994. *The nutrition transition in low-income countries: an emerging crisis*. *Nutrition Review* 52: 285–298.
- Prefectura de Chimborazo. 2005. *Propuesta 1. Conceptualización de un programa de inversión de desarrollo rural con identidad territorial para la provincia de Chimborazo 2. Organización y recursos para formular el estudio de factibilidad del programa de inversión*. Riobamba: Prefectura de Chimborazo.
- Presidencia de la República. 2016. *Decreto Ejecutivo 1120*. Quito: Presidencia de la República.
- . 2013a. *Decreto Ejecutivo 129*. Quito: Presidencia de la República.
- . 2013b. *Decreto Ejecutivo 12*. Quito: Presidencia de la República.
- . 2009. *Decreto Ejecutivo 1636*. Quito: Presidencia de la República.
- . 2008. *Decreto Ejecutivo 1429*. Quito: Presidencia de la República.
- . 2007. *Decreto Ejecutivo 580*. Quito: Presidencia de la República.
- . 2002. *Decreto Ejecutivo 603*. Quito: Presidencia de la República.
- Ragin, Charles. 2007. *La construcción de la investigación social: Introducción a los métodos y su diversidad*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores.
- Rawls, John. 1999. *The Law of Peoples*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Récalt, Christine. 2011. *Entre la división y la exclusión: políticas de agua en el Ecuador el ejemplo andino de Pillaro*. Quito: SIPAE.
- Rieff, David. 2016. *El oprobio del hambre: alimentos, justicia y dinero en el siglo XXI*. Barcelona: Penguin Random House.
- Rivera, Jairo. 2019. *La gratuidad de la educación superior y sus efectos sobre el acceso: Caso Ecuador*. *Education Policy Analysis Archives*, 27(29):1-30.
- Rivera, Jorge y María Morasso. 2005. *La posición de UNICEF en desarrollo infantil temprano*. En María Morasso, ed., *Hacia una política pública en desarrollo infantil temprano*. Buenos Aires: UNICEF.
- Rivera, Juan; Lilia Pedraza, Reynaldo Martorell, y Angel Gil. 2014. *Introduction to the double burden of undernutrition and excess weight in Latin America*. *The American Journal of Clinical Nutrition*; 100(Suppl): 1613S–6S.
- Rivera, Juan, Mauricio Hernández, Carlos Aguilar, Felipe Vadillo, y Ciro Murayama. 2012. *La obesidad en México: recomendaciones para una política de Estado*. México: UNAM.

- Rivera, Juan, Daniela Sotres-Alvarez, Jean Habicht, Teresa Shamah, y Salvador Villalpando. 2004. *Impact of the Mexican program for education, health, and nutrition (Progres) on rates of growth and anemia in infants and young children: A randomized effectiveness study*. *Journal of the American Medical Association* 291(21): 2563-2570.
- Robeyns, Ingrid. 2008. *Sen's capability approach and feminist concerns*. In Flavio Comim, Mozaffar Qizilbash, and Sabina Alkire, Eds, *The capability approach: concepts, measures and applications*. Cambridge: Cambridge University Press.
- . 2006. *The Capability Approach in Practice*. *The Journal of Political Philosophy*: 14(3): 351–376.
- . 2005. *The Capability Approach: A theoretical survey*. *Journal of Human Development*, 6(1): 93-114.
- Roberto, Christina, Jennifer Pomeranz, y Jennifer Fisher. 2014. *The need for public policies to promote healthier food consumption: A comment on Wansink and Chandon*. *Journal of Consumer Psychology* 24(3): 438-445.
- Rodríguez, Alejandro y Beatriz González. 2009. *El trasfondo económico de las intervenciones sanitarias en la prevención de la obesidad*. *Revista Española de Salud Pública* 83(1): 25-41.
- Roger, Camille; Hernández, Ximena; D'Alessandre, Vanesa; Sánchez, Yamila. 2015. *El itinerario de la Convención Internacional de los Derechos del Niño en los sistemas jurídicos y políticos de los países latinoamericanos*. Buenos Aires: SIPI.
- Roger, Camille 2013. *El enfoque de Protección Integral de los Derechos de la Primera Infancia en América Latina*. Buenos Aires: SIPI.
- Rogers, Beatrice; Wirth, James; Macías, Kathy; Wilde, Parke. 2007a. *Mapping hunger: a report on mapping malnutrition prevalence in the Dominican Republic, Ecuador, and Panama*. Boston: Tufts University Friedman Nutrition School.
- . 2007b. *Mapping hunger in Ecuador: a report on mapping malnutrition prevalence*. Boston: Tufts University Friedman Nutrition School.
- Rogers, Beatrice. 2003. *Health and Economic Consequences of Malnutrition*. In Stuart Gillespie, Milla McLachlan, Roger Shrimpton, eds. *Combating malnutrition: time to act*. Washington: The World Bank.
- Roth, Andre. 2014. *Políticas públicas: formulación, implementación y evaluación*. Bogotá: Ediciones Aurora.

- . 2008. *Perspectivas teóricas para el análisis de las políticas públicas: ¿de la razón científica al arte retórico?* Estudios Políticos, 33: 67-91.
- Rosero, Jose, y Hessel Oosterbeek. 2011. *Trade-Offs between Different Early Childhood Interventions: Evidence from Ecuador*. Tinbergen Institute Discussion Paper 11: 102/3.
- Rubin, Herbert, e Irene Rubin. 2005. *Qualitative interviewing: The art of hearing data*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Salazar, Santiago. 2016. *Programas sociales de alimentación y nutrición del Estado ecuatoriano, estrategia nacional en favor de la alimentación saludable*. Economía, 41: 76-96.
- Sanchez, Alan. 2013. *The Structural Relationship between Nutrition, Cognitive and Non-cognitive Skills: Evidence from four developing countries*. Oxford: Young Lives.
- Sánchez, Jeannette. 2012. *Equidad y políticas sociales: algunas reflexiones para el caso ecuatoriano*. En Alfredo Serrano (Coord.), *¿A redistribuir! Ecuador para todos*. Quito: SENPLADES.
- Schneider, Sergio, y Annelise Krause. 2014. *Elaboración y evaluación operativa y rediseño del Programa de Alimentación Escolar (PAE) en Ecuador. Documento de Consultoría*. Quito: SENPLADES.
- Sen, Amartya. 2012. *Desarrollo y Libertad*. Bogotá: Planeta.
- . 2005. *Human Rights and Capabilities*. Journal of Human Development, 6(2): 151-166.
- . 2004. *Capabilities, Lists, and Public Reason: Continuing the Conversation*. Feminist Economics, 10(3): 77-80.
- . 2002. *¿Por qué la equidad en salud?* Revista Panamericana de Salud Pública, 11(5/6): 301-309.
- . 1999. *Breaking the Poverty Cycle Investing in Early Childhood*. Keynote Addresses. Paris: Inter-American Development Bank.
- . 1990. *Development as capability expansion*. In K. Griffin, & J. Knight (Eds.), *Human development and the international development strategy for the 1990s*. London: Macmillan.
- . 1988. *The concept of development*. Handbook of Development Economics, 1: 10-24.
- . 1987. *The Standard of Living: The Tanner lectures on human values*. Cambridge: Cambridge University Press.
- . 1981a. *Poverty and Famines: availability and entitlements*. Oxford: Oxford University Press.

- . 1981b. *Ingredients of Famine Analysis: an essay on entitlement and deprivation*. In *The Quarterly Journal of Economics*, 96(3): 433-464.
- SENPLADES - Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. 2017a. *Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 “Toda una Vida”*. Quito: SENPLADES.
- . 2017b. *Evaluación al Programa Acción Nutrición*. Quito: SENPLADES.
- . 2014. *Agua potable y alcantarillado para erradicar la pobreza en el Ecuador*. Quito: SENPLADES.
- . 2013a. *Atlas Geográfico de la República del Ecuador*. Quito: SENPLADES.
- . 2013b. *Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017*. Quito: SENPLADES.
- . 2009. *Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013*. Quito: SENPLADES.
- . 2007. *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010*. Quito: SENPLADES.
- Serrat, Oliver. 2008. *The Sustainable Livelihoods Approach*. Manila: Asian Development Bank.
- SGR - Secretaría de Gestión de Riesgos. 2014. *Amenaza: déficit hídrico*. Quito: SGR.
- . 2013. *Análisis de vulnerabilidad del cantón Santa Elena: Documento preliminar*. Quito: SGR.
- Shekar, Meera, Richard Heaver, y Yi-Kyoung Lee. 2006. *Repositioning Nutrition as Central to Development: A Strategy for Large Scale Action*. Washington: The World Bank.
- Sibrian, Ricardo, Ramasawmy Seevalingum, Jorge Mernies. 2008. *Measuring hunger at sub-national levels from household surveys using the FAO approach: Manual*. Working Paper. Rome: FAO.
- Simon, Herbert. 1976. *From Substantive to Procedural Rationality*. in: Latsis S.J. (éd.), *Method and Appraisal in Economics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Smith, Lisa, y Lawrence Haddad. 2000. *Explaining Child Malnutrition in Developing Countries: A Crosscountry Analysis*. Washington: IFPRI.
- Søren, Jagd. 2004. *Laurent Thévenot and the french convention school: A short introduction*. *Economic Sociology: European Electronic Newsletter*, 5(3): 2-9.
- Stake, Robert. 2013. *Estudios de casos cualitativos*. En Norman Denzin, Yvonna Lincoln, coords. *Las estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.
- Stewart, Frances. 1985. *Basic Needs in Developing Countries*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Storper, Michael, y Robert Salais. 1997. *Worlds of production. The action frameworks in the economy*. Cambridge: Harvard University Press.

- Strauss, Anselm, y Juliet Corbin. 2002. *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Antioquia: Universidad de Antioquia.
- Sundaram, Jomo, Vikas Rawal, y Michael Clark. 2015. *Ending Malnutrition: from commitment to action*. Roma: FAO.
- Swinburn, Boyd, Gary Sacks, Kevin Hall, Klim McPherson, Diane Finegood, Marjory Moodie, y Steven Gortmaker. 2011. *The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments*. *The Lancet* 378(9793): 804–814.
- Temporelli, Karina, y Micaela Mussini. 2012. *Obesidad, sobrepeso y fallos de mercado*. *Perspectivas* 6(1): 87-111.
- Thévenot, Laurent. 2011. *Conventions for Measuring and Questioning Policies. The Case of 50 Years of Policy Evaluations through a Statistical Survey*. *Historical Social Research*, 36 (4): 192-217.
- . 2006. *Convention school*. In *International encyclopedia of economic sociology*, edited by Jens Beckert and Milan Zafirovski, 111-115. London: London: Routledge.
- Tirado, María, Luis Galicia, Hannah Husby, Jaime Lopez, Stephania Olamendi, María Chaparro, María González, Rubén Grajeda. 2016. *Mapping of nutrition and sectoral policies addressing malnutrition in Latin America*. *Revista Panamericana de Salud Pública* 40(2): 114–23.
- 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*. Quito. UCE.
- Veraza, Jorge. 2007. *Los peligros de comer en el capitalismo*. México: Itaca.
- Victora, Cesar, Linda Adair, Caroline Fall, Pedro Hallal, Reynaldo Martorell, Linda Richter, y Harshpal Sachdev. 2008. *Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital*. *The Lancet* 371(9608): 340-357.
- Victora, Cesar. 1992. *The association between wasting and stunting: an international perspective*. *Journal of Nutrition* 122: 1105–10.
- Viera, Ruth. 2012. *La alimentación saludable como pilar fundamental del desarrollo y el bienestar – análisis de los programas sociales de alimentación y nutrición del Estado ecuatoriano y la forma en que abordan el problema de la desnutrición en el Ecuador*. Quito: FLACSO.

- UNICEF - United Nations Children's Fund. 2019. *El estado mundial de la infancia: América Latina y el Caribe*. New York: UNICEF.
- . *Child Malnutrition Dashboard*. New York: UNICEF.
- . 2015. *Levels and trends in child malnutrition*. New York: UNICEF.
- . 2013. *Mejorar la nutrición infantil: El imperativo para el progreso mundial que es posible lograr*. New York: UNICEF.
- . 1998. *El estado mundial de la infancia*. New York: UNICEF.
- . 1990. *Strategies of improving nutrition of children and women in developing countries*. New York: UNICEF.
- United Nations. 2000. *The World Nutrition Situation: Nutrition throughout the Life Cycle*. New York: United Nations.
- Unterhalter, Elaine. 2009. *Education*. In Séverine Deneulin with Lila Shahani, Eds, An introduction to the human development and capability approach: freedom and agency. London: Earthscan.
- Waters, William, Carlos Gallegos, Celia Karp, Chessa Lutter, Christine Stewart, y Lora Iannotti. 2018. *Cracking the egg potential: traditional knowledge, attitudes, and practices in a food-based nutrition intervention in Highland Ecuador*. Food and Nutrition Bulletin 39(2): 206-218.
- Waters, William, y Carlos Gallegos. 2011. *Salud y bienestar del adulto mayor indígena*. Quito: USFQ.
- Waterlow, John. 1972. *Classification and definition of protein-calorie malnutrition*. British Medical Journal 1972(3): 566-69.
- WHO. 2016. *Report of the commission on ending childhood obesity*. Geneva: WHO.
- . 2009. *Diarrhoea: Why children are still dying and what can be done*. Geneva: WHO.
- . 2006. *Child Growth Standards*. Geneva: WHO.
- . 2000. *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Geneva: WHO.
- Yépez, Rodrigo. 2005. *La obesidad en el Ecuador en tempranas etapas de la vida*. Revista Facultad de Ciencias Médicas 30(1): 20-24.
- Zittoun, Philippe. 2016. *Hacia un enfoque pragmático de la acción pública*. Revista Mundos Plurales 3(1): 9-32.
- . 2014. *The Political Process of Policymaking: A Pragmatic Approach to Public Policy*. London: Palgrave Macmillan.

—. 2009. *Understanding Policy Change as a Discursive Problem*. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice* 11(1): 65-82.

Entrevistas

Ex Asesora del MCDS (2019)

Ex Especialista del sector Salud del MCDS (2019)

Ex Coordinadora del Proyecto de Desnutrición Cero (2019)

Ex Coordinadora Nacional de Nutrición (2019)

Coordinadora del Área de Nutrición del Ministerio de Salud Pública (2019)

Ex Directora de Planificación del Programa Aliméntate Ecuador del MIES (2019)

Ex Funcionaria del Programa de Protección Social y del MIES (2019)

Gerente de Forum Consultor (2019)

Académico Santa Elena (2018).

Investigadora en Nutrición (2018).

Oficial de Proyectos Sociales Programa Mundial de Alimentos (2018).

Subsecretario Desarrollo Infantil Integral (2018).

Técnico Programa Mundial de Alimentos (2018).

Coordinadora CIBV Chimborazo (2017).

Coordinadora CNH Chimborazo (2017).

Coordinadora MIES Chimborazo (2017).

Coordinadora MIES Santa Elena (2017).

Directora MIES Chimborazo (2017).

Ex-Gerente Estrategia INTI (2017).

Líder comunitario de Alausí (2017).

Líder comunitario de Guamote (2017).

Líder comunitario de Guano (2017).

Líder comuna de Santa Elena (2017).

Madres de Familia de Alausí (2017).

Madres de Familia de Guamote (2017).

Madres de Familia de Guano (2017).

Madres de Familia de Santa Elena (2017).

Médico de Alausí (2017).

Médico de Guamote (2017).

Médico de Guano (2017).
Médico de Riobamba (2017).
Médico de Santa Elena (2017).
Presidente Federación de Comunas de Santa Elena (2017).
Técnico CIBV de Alausí (2017).
Técnico CIBV de Guamote (2017).
Técnico CIBV de Guano (2017).
Técnico CIBV de Santa Elena (2017).
Técnico CNH de Alausí (2017).
Técnico CNH de Guamote (2017).
Técnico CNH de Guano (2017).
Técnico CNH de Santa Elena (2017).
Técnico GAD de Alausí (2017).
Técnico GAD de Guamote (2017).
Técnico GAD de Guano (2017).
Técnico GAD de Santa Elena (2017).
Técnico MAGAP de Chimborazo (2017).
Técnico MAGAP de Santa Elena (2017).
Ex-Directora General del INNFA (2016).
Experta en Nutrición (2016).
Ex-Secretario Técnico de Erradicación de la Pobreza (2016).
Ex-Ministra del MIES y MCDS (2016).

Grupos Focales

Madres de Familia de Alausí (2016).
Madres de Familia de Guamote (2016).
Madres de Familia de Guano (2016).
Madres de Familia de Santa Elena (2016).