



Plan Intersectorial de **Alimentación y Nutrición Ecuador** **2018 - 2025**

BUENA NUTRICIÓN TODA UNA VIDA





Ministerio de Salud Pública

Autoridades:

Dra. Verónica Espinosa, Ministra de Salud Pública

Dr. Carlos Durán, Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud

Dr. Itamar Rodríguez, Viceministro de Atención Integral en Salud

Mg. Carlos Cisneros, Subsecretario Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad.

Dr. Juan Chuchuca, Subsecretario Nacional de Provisión de Servicios de Salud (S)

Mg. Ana Lucía Bucheli, Directora Nacional de Promoción de la Salud

Dra. Lisset Tapia, Directora Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud (S)

Mg. Diana Molina, Directora Nacional de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud (E)



Ficha Catalográfica:

Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición 2018-2025: Viceministerio de Gobernanza de la Salud Pública, 2018.

Como citar este documento:

Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición 2018-2025: Viceministerio de Gobernanza de la Salud Pública, 2018. Quito, Ecuador.

Ministerio de Salud Pública

Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad
Dirección Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad
Av. Quitumbe Ñan y Av. Amaru Ñan - Plataforma Gubernamental de Desarrollo Social.
Teléfono: 593-2-381-4400 / 593-2-381-4450
Página Web: www.msp.gob.ec

Diseño de portada y contraportada:

Dirección Nacional de Comunicación,
Imagen y Prensa, Ministerio de Salud Pública

Diseño y maquetación

Gabriel Hidalgo-JOCA Diseño e Ilustración
Consultor FAO

Fotografía:

Ministerio de Salud Pública
Presidencia de la República del Ecuador
Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura -FAO

Se reservan todos los derechos de MSP, bajo el protocolo 2 de la Convención Universal de Derechos de Autor

Se extiende un especial agradecimiento a la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) por su contribución y activa participación en la construcción, diseño y lanzamiento del presente documento.

Grupo de Redacción:

Mg. Carlos Cisneros
MPH. Ana Lucía Bucheli
MPH. Angélica D. Tutasi
MPH. Gabriela Rivas-Mariño
Lic. Pamela Báez
Dra. Flor Cuadrado
Mg. Carolina Flores
Mg. Emilio Guzón
Mg. Eduardo Cañar
Mg. Francisco Analuisa
Mg. Tania Salgado
Lic. Lorena Carpio
Obst. Marcela Masabanda
Obst. Marivel Illapa
Ec. Daccha Solis

Colaboradores¹:

Adrián Díaz, OPS/OMS
Alexander Ojeda, IESS
Alfredo Gil, MDT
Ana María Jaramillo, IESS
Ana Velásquez, STPTV
Ana Villalva, STPTV
Andrea Toledo, SENESCYT
Andrea Ossa, MIDUVI
Andrea Villareal, MEF
Andrés Gavela, AME
Ángela León, MSP
Anna María Jaramillo, IESS
Aracelly Calderón, STPTV
Boris Espinosa, INEC
Carlos Carvajal, MSP
Cecilia Barragán, MIES
Diana Carvajal, ESPOL
Diana Espinoza, MD
Diego Aliaga, MSP
Diego Mogollón, SENESCYT

Diego Molina, MSP
Diego Unda, MINEDUC
Edgar Ávalos, MIDUVI
Eduardo Molina, MDT
Elizabeth Almeida, MSP
Erika Zárate, MAG
Fabián Rosas, MD
Fabricio Córdor, MSP
Freddy Narváez, MSP
Gabriela Rosero, FAO
Helen Toledo, MSP
Isabel Cruz, SENPLADES
Israel Ríos-Castillo, FAO
Javier Cardoso, MAP
Javier Rivadeneira, MSP
Jorge García Guerrero, INEC
José Andrade, INEC
José David Torres, FAO
Juan Váscón, OPS/OMS
Karina Giler, MSP
Katherine del Salto, MSP
Katherine Silva, Unicef
Laura Veintimilla, MINEDUC
Laura Villarreal, MD
Leonora Chamorro, MINEDUC
Liliana Samaniego, MAG
Lorena Andrade, MIES
Luis Vega, MSP
Madeleine Cruz, MSP
Magaly Paredes, INEC
Magdalena Espín, UTN
Marco Chuma, MIES
María José Ponce, MDT
Marysol Ruilova, Unicef
María Jiménez, MDT
María Victoria Játiva, MDT
M. Victoria Cisneros, MINEDUC
María Rodríguez, ESPOCH

María Gordillo, MSP
María Hinojosa, MSP
Martín Bravo, MEF
Mary Rodríguez, ESPOCH
Mercy Ortega, MSP
Mery Miranda, MSP
Michelle O. Fried, SC
Mónica Borja, MSP
Mónica Izurieta, UASB
Mónica Villar, USFQ
Oscar Enríquez, MIES
Oscar Maldonado, MD
Pablo Acosta, MAG
Peter Skerrett, MSP
Fanny Fernández, MSP
Francisco Carrión, STPTV
Pamela Piñeiros, MSP
Patricia Villareal, MSP
Raquel Lovato, MSP
Reinaldo Cervantes, STPTV
Roberto Castillo, INEC
Santiago Albuja, SENPLADES
Sara Saavedra, MSP
Sergio Garcés, MDT
Shaream Marquez, MDT
Sofía Barragán, SENPLADES
Susana Chu, MEF
Tatiana Rosero, MIES
Valeria Valencia, STPTV
Verónica Chavez, MEF
Virginia Vallejo, MAG
Vicky Rivas, Consejo Sectorial de lo Social
Wilma Suárez, MAG
Ximena Izquierdo, MEF
Ximena Troya, MSP
Yomaira Placencia, SENPLADES
Zoila Novillo, SENAGUA

¹ Los nombres se enlistan en orden alfabético







Ministerio
de Salud Pública



No. 0237-2018

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO:

- Que, la Constitución de la República del Ecuador, en el artículo 3, numeral 1, atribuye como deber primordial del Estado garantizar, sin discriminación alguna, el efectivo goce de los derechos establecidos en ella y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes;
- Que, la referida Constitución de la República, en el artículo 13, dispone que 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;
- Que, la citada Constitución, en el artículo 32, dispone que: *"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 sustenta 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."*;
- Que, conforme a lo prescrito en el artículo 281 de la Carta Fundamental, 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;
- Que, la Norma Suprema, en el artículo 361, ordena al Estado ejercer la rectoría del Sistema Nacional de Salud a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, siendo responsable de formular la política nacional de salud, y de normar, regular y controlar todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector;
- Que, la Ley Orgánica de Salud, en el artículo 4, prevé que la Autoridad Sanitaria Nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de dicha Ley; siendo obligatorias las normas que dicte para su plena vigencia;
- Que, la invocada Ley Orgánica de Salud, en el artículo 16, dispone que le corresponde al Estado establecer una política intersectorial de seguridad alimentaria y nutricional, que propenda a



0237-2018

eliminar los malos hábitos alimenticios, respete y fomente los conocimientos y prácticas alimentarias tradicionales, así como el uso y consumo de productos y alimentos propios de cada región y garantice a las personas, el acceso permanente a alimentos sanos, variados, nutritivos, inocuos y suficientes. Dicha política se orientará especialmente a prevenir trastornos ocasionados por deficiencias de micro nutrientes o alteraciones provocadas por desórdenes alimentarios;

Que, la Ley Ibídem, en el artículo 17, establece que la Autoridad Sanitaria Nacional conjuntamente con los integrantes del Sistema Nacional de Salud, fomentarán y promoverán la lactancia materna durante los primeros seis meses de vida del niño o la niña, procurando su prolongación hasta los dos años de edad. Garantizará el acceso a leche materna segura o a sustitutivos de ésta para los hijos de madres portadoras de VIH-SIDA;

Que, la Ley Orgánica de Salud, en el artículo 18, prevé que la Autoridad Sanitaria Nacional, en coordinación con los gobiernos seccionales, las cámaras de la producción y centros universitarios desarrollará actividades de información, educación, comunicación y participación comunitaria dirigidas al conocimiento del valor nutricional de los alimentos, su calidad, suficiencia e inocuidad, de conformidad con las normas técnicas que dicte para el efecto el organismo competente y de la presente Ley;

Que, con Decreto Ejecutivo No. 8 de 24 de mayo de 2017, publicado en el Segundo Suplemento del Registro Oficial No. 16 de 16 de junio del mismo año, el Presidente Constitucional de la República nombró a la doctora María Verónica Espinosa Serrano, como titular del Ministerio de Salud Pública;

Que, es necesario alcanzar una adecuada nutrición y desarrollo de la población ecuatoriana durante todo el curso de vida, brindando atención integral y, generando mecanismos de corresponsabilidad entre todos los niveles de gobierno, ciudadanía y sector privado; en el marco de intervenciones intersectoriales que incidan sobre los determinantes sociales de la salud; y,

Que, mediante memorandos No. MSP-VGVS-2018-0503 de 24 de mayo de 2018 y MSP-VGVS-2018-0540-M de 05 de junio del mismo año, el Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud, remitió el informe técnico pertinente y solicitó la expedición del presente Acuerdo Ministerial;

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES CONFERIDAS POR LOS ARTÍCULOS 154 NUMERAL 1 DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR Y POR EL ARTÍCULO 17 DEL ESTATUTO DEL RÉGIMEN JURÍDICO Y ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA

ACUERDA:

Artículo 1.- Aprobar y autorizar la publicación del "PLAN INTERSECTORIAL DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN 2018-2025".



0237-2018



Artículo 2.- Disponer que el "PLAN INTERSECTORIAL DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN 2018-2025", sea aplicado de manera obligatoria en el Sistema Nacional de Salud y en todos los sectores involucrados en su implementación.

Artículo 3.- Disponer que el "PLAN INTERSECTORIAL DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN 2018-2025", sea publicado en la página web del Ministerio de Salud Pública.

DISPOSICIÓN FINAL

De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial que entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial, encárguese al Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud, y al Viceministerio de Atención Integral en Salud, a través de sus áreas técnicas y administrativas a nivel nacional y desconcentrado.

DADO EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO a, 18 JUN. 2018

Dra. María Verónica Espinosa Serrano
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA



	Nombre	Área	Cargo	Sumilla
Revisado	Dr. Carlos Durán	Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud	Viceministro	
	Dr. Iñamar Rodríguez	Viceministerio de Atención Integral en Salud	Viceministro (E)	
	Dr. Juan Chuchuca	Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud	Subsecretario (SI)	
	Mgs. Carlos Cisneros	Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad	Subsecretario	
	Mgs. Diana Molina	Dirección Nacional de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud	Directora (E)	
	Mgs. Ana Lucía Bucheli	Dirección Nacional de Promoción de la Salud	Directora	
	Dra. Elisa Jaramillo	Coordinación General de Asesoría Jurídica	Coordinadora	
	Abg. Antonio Echeverría	Dirección Nacional de Consultoría Legal	Director	
Elaboración Acuerdo	Abg. Alejandra Arteaga		Analista	

ES FIEL COPIA DEL DOCUMENTO QUE CONSTA EN EL ARCHIVO
DE LA DIRECCIÓN NACIONAL DE SECRETARÍA GENERAL AL QUE
ME REMITO EN CASO NECESARIO. LO CERTIFICO EN
QUITO A, 22 JUN. 2018

SECRETARÍA GENERAL
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



Av. República de El Salvador, 1840 y Suecia
Telf.: (593 2) 3 814 400
www.salud.gob.ec

Contenido

Presentación.....	14
1. Introducción.....	16
2. Antecedentes.....	18
3. Justificación	23
4. Marco legal y normativo	23
5. Marco conceptual	25
6. Mapeo de actores	31
7. Análisis de la situación	32
8. Articulación al Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021	45
9. Metas.....	48
10. Planteamiento de los principales problemas de alimentación y nutrición	50
11. Objetivos.....	52
12. Lineamientos estratégicos y líneas de acción.....	52
13. Plan de implementación	59
13.1 Gestión a nivel nacional	60
a. Descripción y funciones	60
b. Funciones del Ministerio de Salud Pública	61
13.2 Gestión a nivel cantonal.....	62
a. Descripción y funciones	62
b. Funciones del Ministerio de Salud Pública	64
13.3 Gestión a nivel distrital.....	64
a. Descripción y funciones	64
b. Funciones del Ministerio de Salud Pública	65
13.4 Metodología de priorización	66
13.5 Conjunto intersectorial de acciones por curso de vida.....	73
a. Acciones del Ministerio de Salud Pública	73
14. Glosario.....	87
15. Referencias bibliográficas.....	89
16. Anexos	92

Contenido de gráficos

Gráfico 1. Relación entre las intervenciones implementadas en Ecuador y las prevalencias de desnutrición crónica en menores de 5 años y sobrepeso u obesidad en niños de 5 a 11 años.	21
Gráfico 2. Articulación del PIANE 2017-2025 con los ODS, Decenio de Acción Sobre la Nutrición 2016-2025 y el Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021	22
Gráfico 3. Mapa conceptual de la doble carga de la malnutrición.....	26
Gráfico 4. Intervenciones específicas en nutrición.....	30
Gráfico 5. Actores del Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición PIANE 2018-2021	31
Gráfico 6. Producto interno bruto trimestral a dólares.....	32
Gráfico 7. Evolución de la pobreza y pobreza extrema.....	33
Gráfico 8. Nivel de escolaridad de la población entre 20 y 64 años de edad, 2014	34
Gráfico 9. Porcentaje de la población con agua segura, saneamiento básico e instalaciones adecuadas para higiene por área de residencia	37
Gráfico 10. Evolución del PIB agrícola	38
Gráfico 11. Suficiencia del suministro medio de energía alimentaria (%) (promedio de 3 años), y disponibilidad alimentaria y calórica.....	39
Gráfico 12. Evolución de la composición de la disponibilidad alimentaria y calórica en el Ecuador	40
Gráfico 13. Meta 1	48
Gráfico 14. Meta 2	48
Gráfico 15. Meta 3	49
Gráfico 16. Meta 4	49
Gráfico 17. Árbol de problemas y árbol de objetivos.....	50
Gráfico 18. Esquema gráfico del Modelo de gestión del Plan, a nivel nacional	61
Gráfico 19. Esquema gráfico del Modelo de gestión del Plan, a nivel cantonal	63
Gráfico 20. Esquema gráfico del Modelo de gestión del Plan, a nivel distrital.....	66
Gráfico 21. Prevalencia de Desnutrición Crónica en Pichincha, por parroquias.....	72



PRESENTACIÓN

El Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador 2018 – 2025 constituye la reafirmación de la responsabilidad del Estado ecuatoriano y la corresponsabilidad social por combatir todas las formas de malnutrición, en todo el curso de vida, generando acciones que incidan en los determinantes de la salud.

El país tiene una deuda histórica traducida en el reto de la desnutrición crónica, la cual ha estado vinculada a la profunda desigualdad social y a los problemas económicos que generalmente afectan a la población con mayor pobreza y condiciones de vida adversas, comprometiendo severamente el potencial de desarrollo de las personas y el conglomerado social.

Adicionalmente, el sobrepeso y obesidad se han constituido en problemas de salud pública, que afectan cada vez más a una mayor cantidad de personas durante todo el curso vida. Esto es causado, en parte, por los cambios en los patrones de alimentación y de actividad física de la población. Las consecuencias biológicas, emocionales y económicas del sobrepeso y obesidad son de tal magnitud que, provocan enfermedades que se han convertido en las primeras causas de muerte en el país.

En este contexto, la elaboración del Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador, 2018-2025, corresponde a un proceso de planificación basada en fundamentos científicos y estricto análisis de la realidad del país, pero básicamente con un enfoque de corresponsabilidad del Estado y de las diferentes entidades involucradas, así como de la sociedad civil.

Le corresponde al Ministerio de Salud Pública del Ecuador, como ente rector de la salud en el país, presentar este Plan, como un instrumento técnico de alto nivel, que dirija las acciones que se van a desarrollar los próximos años, de manera sistemática, articulada y con permanente monitoreo y evaluación; considerando ampliamente los determinantes sociales de la salud y conservando la flexibilidad necesaria para incorporar, según las particularidades locales, las adecuaciones que se consideren pertinentes.

El Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador se formuló en coherencia con el marco de política pública internacional y nacional, derivándose en ocho líneas de acción para una intervención intersectorial para todo el curso de vida de la población: 1) dinamizar la coordinación intersectorial, generando mecanismos de corresponsabilidad y fomentando la participación ciudadana; 2) asegurar el monitoreo continuo y



evaluación periódica; 3) asegurar la atención integral en salud y nutrición en todos los niveles de atención; 4) fomentar y proteger la lactancia materna y alimentación complementaria adecuada; 5) generar y fortalecer las intervenciones de promoción de la salud que fomentan estilos de vida saludables y mejoran hábitos alimenticios; 6) incrementar el acceso a agua segura y servicios de saneamiento adecuados; 7) contribuir a la seguridad y soberanía alimentaria; y, 8) fortalecer la protección e inclusión social, a través de estrategias de fomento del ejercicio de los derechos ciudadanos.

El presente documento, es en realidad la manifestación de una decisión prioritaria que genere acciones oportunas, de instituciones públicas, entidades privadas, organismos internacionales, organizaciones de la sociedad civil, ciudadanía en general y todas las instancias que forman parte del Sistema Nacional de Salud, que fortalezca el compromiso social, el trabajo coordinado y a la necesidad imperiosa de cambiar una realidad que compromete a nuestro presente y futuro como sociedad.

Finalmente, no puedo dejar de expresar un agradecimiento profundo a todas las instancias que contribuyeron a la construcción del Plan Intersectorial de Alimentación Y Nutrición Ecuador 2018-2025: Secretaría Técnica del Plan Toda una Vida, Consejo Sectorial de lo Social, Ministerio de Educación, Ministerio de Inclusión Económica y Social, Ministerio de Trabajo, Ministerio del Deporte, Ministerio de Economía y Finanzas, Ministerio de Agricultura, Ministerio de Acuacultura y Pesca, Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda, Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, Secretaría del Agua, Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, la academia, las organizaciones de la sociedad civil y el apoyo constante de los Organismos Internacionales, particularmente a la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura-FAO, la Organización Panamericana de la Salud – OPS/OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia- Unicef.

Dra. Verónica Espinosa
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA



1. Introducción

El Ecuador es un Estado constitucional de derechos y justicia, social, democrático, soberano, independiente unitario, intercultural, plurinacional y laico; que, garantiza la salud como un derecho fundamental, vinculado al ejercicio de otros derechos que sustentan el buen vivir (1). La Constitución de la República del Ecuador evidencia que la alimentación y nutrición saludables son un derecho humano, comprometiéndolo al Estado a garantizar todas las condiciones estructurales, subyacentes y básicas para alcanzar este derecho para todos, particularmente el acceso al agua potable, saneamiento, políticas de reducción de la pobreza y acceso universal a los servicios de salud, así como políticas destinadas a modificar los entornos alimentarios y las prácticas individuales.

El Gobierno Ecuatoriano, a través del Ministerio de Salud Pública, en cumplimiento del artículo 16 de la Ley Orgánica de Salud (2006), que reza *“le corresponde al Estado establecer una política intersectorial de seguridad alimentaria y nutricional que propenda a eliminar los malos hábitos alimenticios, respete y fomente los conocimientos y prácticas alimentarias tradicionales, así como el uso y consumo de alimentos propios de cada región y garantice a las personas el acceso permanente a alimentos sanos, variados, nutritivos, inocuos y suficientes”*, presenta el Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador 2018-2025.



Esta política responde a la necesidad urgente de enfrentar todas las formas de malnutrición, mediante un proceso de construcción participativo, consensuado y de trabajo arduo de cada uno de los actores involucrados en el Plan: Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Educación, Ministerio de Inclusión Económica y Social, Ministerio de Trabajo, Secretaría Técnica del Plan Toda una Vida, Ministerio del Deporte, Ministerio de Economía y Finanzas, Ministerio de Agricultura, Ministerio de Acuacultura y Pesca, Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda, Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, Secretaría del Agua, Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, la academia, las organizaciones de la sociedad civil y el apoyo constante de los Organismos Internacionales.

El presente documento analiza las causas estructurales, subyacentes e inmediatas, en el contexto nacional, que contribuyen a la doble carga de la malnutrición, como elementos justificativos para la construcción del Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador. En este contexto, la política expone un marco legal, un marco conceptual, los sectores involucrados, un análisis de la situación actual, los principales problemas relacionados a la nutrición y sus respectivas soluciones; así como, un plan de implementación que contempla un modelo de gestión para la aplicación a nivel nacional, cantonal y a nivel distrital. En síntesis, el Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador 2018-2025 se deriva en un objetivo general, tres objetivos específicos, ocho lineamientos estratégicos, 25 líneas de acción y 36 indicadores, para una intervención multisectorial, en todo el curso de vida.

2. Antecedentes

2.1 Contexto internacional

En el mundo, uno de cada cuatro niños padece retraso en el crecimiento (2), al mismo tiempo se evidencia un continuo aumento en la tasa del sobrepeso y obesidad en todos los grupos de edad. Esta situación se ve agravada por la disminución en la diversidad de las cosechas, mermando la disponibilidad de alimentos sanos y nutritivos que permitan mejorar la vida de las personas.

En respuesta a esta situación, “los líderes mundiales adoptaron un conjunto de objetivos globales para erradicar la pobreza, proteger el planeta y asegurar la prosperidad para todos como parte de una nueva Agenda de Desarrollo Sostenible hasta el 2030” (3). De los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) al menos siete están relacionados con la salud, mientras que los demás objetivos se relacionan indirectamente con este fin, estos siete objetivos citan: 1) fin de la pobreza; 2) hambre cero; 3) salud y bienestar; 6) agua limpia y saneamiento; 10) reducción de las desigualdades; 11) ciudades y comunidades sostenibles; y, 12) producción y consumo responsables (3).

En este marco y con la intención de ahondar en los esfuerzos por atender los retos en materia de alimentación y nutrición, los países miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS), incluido Ecuador, establecieron metas globales proyectadas hacia el 2025, para mejorar el estado de nutrición general de toda la población (4). (1. Las metas planteadas son reducir en 40% el retraso en el crecimiento en los niños menores de 5 años; la disminución en 50% de la anemia en mujeres en edad fértil; la reducción de un 30% en el bajo peso al nacer, el mantener por debajo del 5% la emaciación en niños, el incremento de la tasa de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses hasta al menos el 50%, así como lograr que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los niños no aumente (4).

La Conferencia Internacional sobre Nutrición 2016 (5) proclamó el Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición (2016-2025). Éste “*reconoce la aparición de movimientos locales, nacionales, regionales y mundiales dirigidos a erradicar la malnutrición en todas sus formas y pretende ofrecer un marco en el que los gobiernos y sus asociados adopten y ejecuten políticas y programas para la creación de sistemas alimentarios sostenibles y entornos propicios que promuevan prácticas alimentarias saludables*” (6). El objetivo final del Decenio es apoyar el logro



de las metas mundiales sobre nutrición y Enfermedades No Trasmisibles (ENT), así como, contribuir a la consecución de los ODS en el 2030 (6).

2.2 Contexto nacional

La realidad de Ecuador, en relación con la alimentación y nutrición se asemeja al panorama mundial, pues las últimas décadas están enmarcadas por una transición epidemiológica y nutricional que ha tenido como resultado el continuo incremento del sobrepeso y la obesidad en todos los grupos de edad y, la persistencia de prevalencias medias y altas de retardo en talla y déficit de micronutrientes (7).

En respuesta a los retos mundiales, regionales y nacionales, en el país se han emprendido una serie de acciones en materia de alimentación y nutrición desde los años 90. Entre los programas más importantes de esa década destacan el Programa Integrado para el Control de las Deficiencias de Micronutrientes expedido en el año 1995 (8), el Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional -SIVAN- (1996) y la Ley de Maternidad Gratuita (1999) (9). La finalidad de estos programas fue: 1) contribuir a la reducción de la anemia en mujeres embarazadas y en niños menores de 2 años y a la reducción de la deficiencia de vitamina A en menores de 5 años; 2) monitorear el crecimiento a través de la toma de medidas antropométricas en los establecimientos de salud y, 3) brindar atención primaria en salud de manera gratuita a niños menores de 5 años y sus madres, respectivamente (9).

A partir del año 2000 se generaron programas paralelos enfocados principalmente en la entrega de alimentos y la protección social de niños menores de 5 años y sus familias. Así, los principales programas, administrados desde el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) fueron: Programa Aliméntate Ecuador, Operación Rescate Infantil, Instituto Nacional del Niño y la Familia (INNFA) y el Fondo de Desarrollo Infantil (FODI). En paralelo, el Ministerio de Educación empezó la administración del Programa de Alimentación Escolar con la finalidad de entregar alimentación en dos momentos: el desayuno escolar y el almuerzo escolar (10).

El Programa Aliméntate Ecuador, atravesó desde el 2007 una profunda reformulación institucional, dejando de lado su concepción plenamente asistencial para transformarse en un programa de seguridad y soberanía alimentaria y reconociendo el derecho de la población de acceder a alimentos seguros, nutritivos, culturalmente apropiados y a los recursos necesarios para producirlos (11). En este aspecto, el Programa emprendió acciones de carácter edu-comunicacional, rescatando principios alimentarios como la lactancia materna y el consumo de “*alimentos de verdad*”.

A partir del 2009, el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (MCDS) implementó un nuevo programa con carácter multisectorial, enfocado en la erradicación de la desnutrición crónica denominado *Intervención Nutricional Territorial Integral (INTI)* (12). En el 2012 la INTI se convertiría en el *Programa Emblemático Acción Nutrición*; dando un giro al enfoque que tenían los programas nutricionales hasta ese entonces ya que se plasmó el concepto de intersectorialidad en todas las acciones destinadas a tratar los problemas nutricionales vinculados con la salud, la educación, el bienestar y la calidad de vida, como una respuesta social organizada. Además, estos programas estaban orientados hacia la territorialización, priorizando provincias en las que la prevalencia de desnutrición crónica era mayor.

En el marco de la INTI y el programa emblemático *Acción Nutrición*, el MSP emprendió el programa Desnutrición Cero en el año 2010 (13); con el fin de eliminar la desnutrición en los recién nacidos hasta el primer año de vida en parroquias con mayores prevalencias de desnutrición a nivel nacional. Esto, mediante la entrega de un bono de corresponsabilidad que garantizaba la atención a mujeres desde el embarazo, durante el parto y los tres primeros meses de posparto. Cabe indicar que el programa Acción Nutrición estaba alineado a la Estrategia Infancia Plena, que abarcaba la integralidad del desarrollo infantil.

Según la última Encuesta de Condiciones de Vida del 2014 (14), la prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años se ha mantenido en 23.9%, mientras que las prevalencias de sobrepeso y obesidad alcanzan cifras alarmantes en todos los grupos de edad y en particular en los niños de 5 a 11 años (31.3%) (Gráfico 1). Es importante mencionar que, a pesar de la cantidad de políticas y estrategias generadas en el ámbito alimentario nutricional (al menos diez), la mayoría de éstas, han concentrado la responsabilidad sobre los problemas de nutrición a un solo sector, desconociendo el rol fundamental de los determinantes sociales en la política pública. Así mismo, estas estrategias no han tenido procesos sostenibles de monitoreo y evaluación; ni han generado información periódica que permita constatar los resultados, los aciertos y las falencias de las mismas.

Frente a esta situación el Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021(15), está alineado en materia de alimentación y nutrición al contexto internacional (Gráfico 2) y, propone como una de sus políticas: “Combatir la malnutrición y promover hábitos y prácticas de vida saludable, generando mecanismos de corresponsabilidad entre todos los niveles de gobierno, la ciudadanía, el sector privado y los actores de la economía popular y solidaria”.

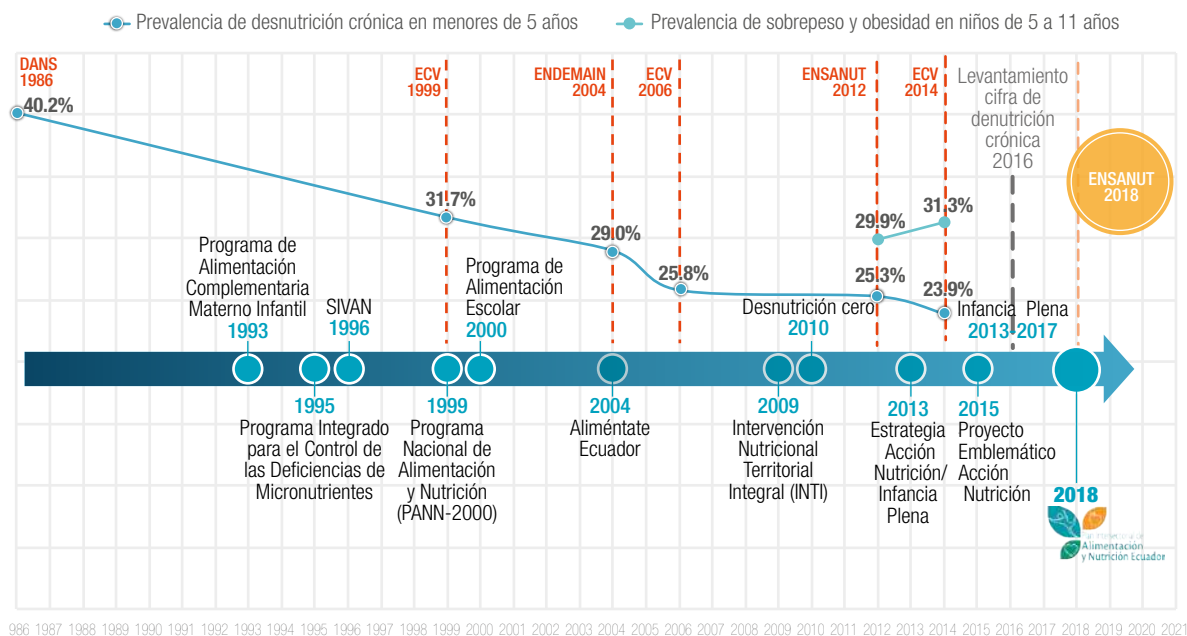
En este contexto el presente Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador (PIANE) 2018 – 2025, surge como insignia del compromiso del Estado ecuatoriano con el bienestar de



toda la población con la finalidad de garantizar el acceso progresivo a sus derechos en salud y alimentación, durante todo el curso de vida.



Gráfico 1. Relación entre las intervenciones implementadas en Ecuador y las prevalencias de desnutrición crónica en menores de 5 años y sobrepeso u obesidad en niños de 5 a 11 años.



*Los datos presentados provienen de las fuentes disponibles y no necesariamente son comparables de encuesta a encuesta ya que se han utilizado metodologías de análisis distintas.

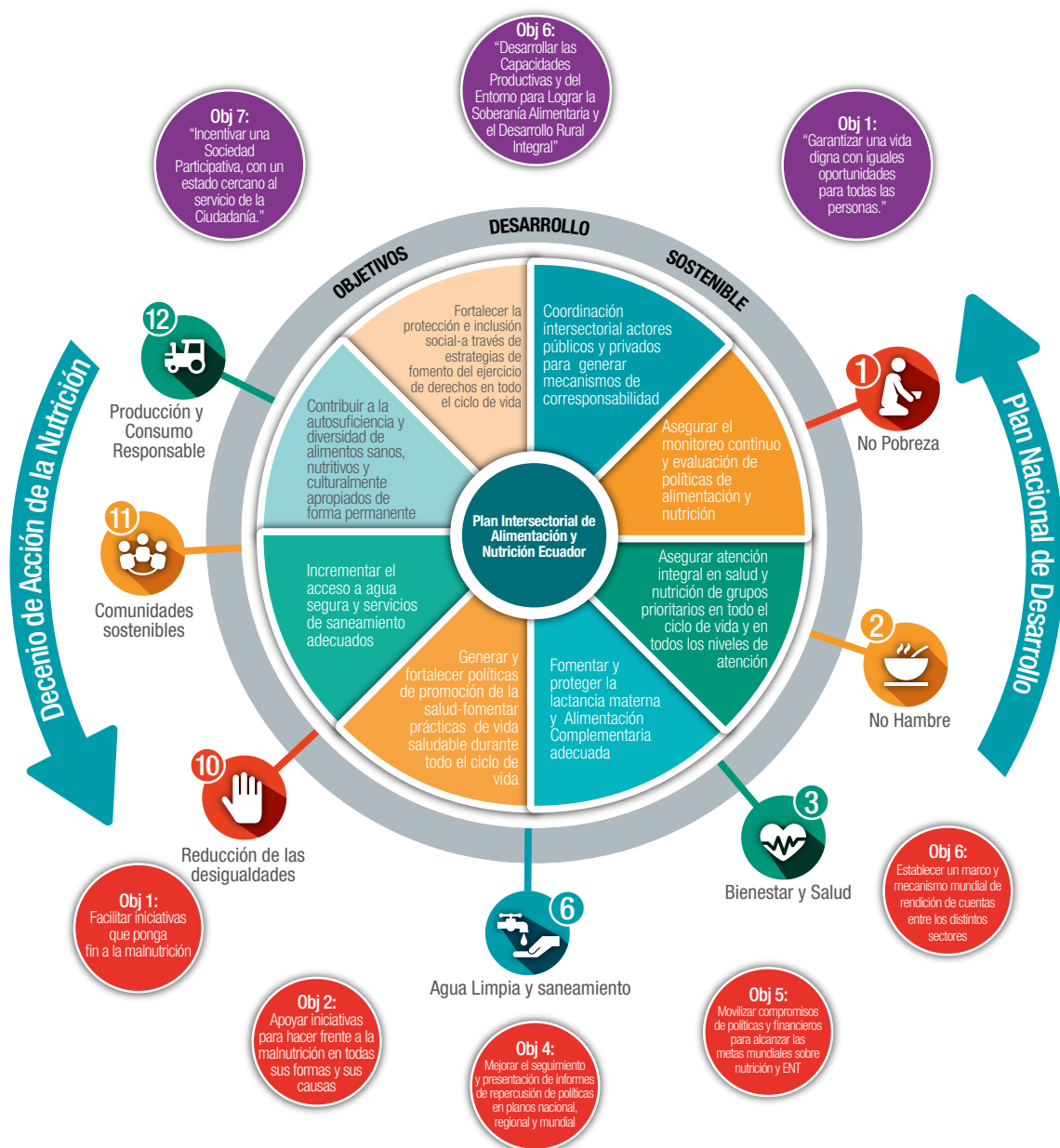
Fuente: MCDS, *Mapa de la Desnutrición Crónica del Ecuador*, 2010; Ensanut, 2012; ECV, 2014.

Elaboración: Equipo de redacción.





Gráfico 2. Articulación del PIANE 2017-2025 con los ODS, Decenio de Acción Sobre la Nutrición 2016-2025 y el Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021.



Fuente: Organización de las Naciones Unidas. Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. 2017; OMS. Decenio de las Naciones Unidas de acción sobre a la malnutrición, 2016; Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2017.

Elaboración: Equipo de redacción.



3. Justificación

La doble carga de la malnutrición tiene secuelas negativas significativas no sólo para la morbilidad y la mortalidad, sino también para el desempeño académico, la inclusión social y laboral y la productividad de toda la población. Al mismo tiempo, estos efectos tienen repercusiones económicas: “los costos más notables de la desnutrición se deben a la pérdida de productividad por muerte prematura y a la reducción de los años de escolarización, mientras que los costos del sobrepeso y la obesidad están relacionados principalmente con los gastos sanitarios que conllevan enfermedades como la diabetes tipo 2 y la hipertensión”(16). De aquí que la repercusión económica de la malnutrición alcanzó en el 2014 el 4,3% del PIB, lo que equivale a 4.300 millones de dólares al año (16).

Promover un estado óptimo de nutrición y desarrollo, durante todo el curso de vida, implica un abordaje de la nutrición y alimentación adecuada de manera integral, descentralizada y, con enfoque territorial y de pertinencia cultural; orientado especialmente a los grupos de atención prioritaria y en condiciones de vulnerabilidad; y considerando que la nutrición y alimentación adecuadas son pilares de una vida digna ya que repercuten tanto a nivel individual como poblacional a lo largo del tiempo y con efectos que trascienden generaciones.

Por tanto, el Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador 2018– 2025, responde a la necesidad de una política de salud alimentaria intersectorial, sostenida, que consolide el trabajo del sector público, la academia y la sociedad civil, para la planificación estratégica, la asignación de recursos y el monitoreo y evaluación constante, que permitan garantizar los derechos humanos de salud y alimentación adecuada de la población ecuatoriana.

4. Marco legal y normativo

El Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador aborda la problemática relacionada a una mala alimentación durante todo el ciclo de vida, así mujeres en edad fértil en estados de malnutrición, tienen mayor posibilidad de traer niños en las mismas condiciones, afectando todo su curso de vida, particularmente en la edad adulta, cuando son más vulnerables al sobrepeso y la obesidad y a la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles.

En este marco de acción, se enlistan a continuación las normativas tanto a nivel nacional como internacional que constituye el marco en el cual se amparan las acciones propuestas:

4.1 Constitución de la República del Ecuador 2008 (1)

Artículos 13, 32, 42, 281, 363

4.2 Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021

Objetivo 1, 6 y 7

4.3 Ley Orgánica de Salud (2006) (17)

Artículos 12,13, 16, 17, 18, 69

4.4 Ley Orgánica del Régimen de Soberanía Alimentaria (2009) (18)

Artículos 5, 9, 22, 27, 28, 29, 30 y 31

4.5 Código de la Niñez y Adolescencia (2014) (19)

Artículos 24, 25, 27 y 28

4.6 Normas y reglamentos

- Normas de Atención Integral a la Niñez
- Normas y Protocolos de Alimentación para niños y niñas menores de dos años
- Normas, Protocolos y Consejería para programas de atención nutricional durante el embarazo y parto
- Normas de nutrición para la prevención primaria y control del sobrepeso y la obesidad en niñas, niños y adolescentes
- Norma nutricional para la prevención primaria y control del sobrepeso y la obesidad del niño y niña menor de cinco años de edad
- Norma de prevención primaria de la obesidad aplicable a personas de cinco a nueve años y de diez a diecinueve años de edad
- Reglamento Sanitario Sustitutivo de Etiquetado de Alimentos Procesados 5103
- Reglamento para el control del funcionamiento de bares escolares 0005. 2014
- Normativa de certificación de Establecimientos Amigos de la Madre y el Niño 108
- Acuerdo ministerial para el Reconocimiento de Responsabilidad Nutricional 026

4.7 Marco legal internacional

- Carta de Ottawa sobre Promoción de la Salud (1986)
- Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna (1981)
- Carta de Bangkok (2005)
- Convenio marco de la OMS para el control del tabaco (2003)
- Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud de OMS (2004)
- Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, de la Organización Panamericana de la Salud (2008)



- La Declaración de Río de Janeiro «Las Américas Libres de Grasas Trans» (2008)
- Acuerdo de Quito para la reducción de ácidos grasos saturados, trans y promoción de grasas insaturadas de configuración cis (2008)
- Plan de Acción Global de ECNT (2008)
- Recomendaciones sobre la comercialización de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigidas a niños y niñas (2008)
- Declaración de Helsinki (2013)
- Objetivos de Desarrollo Sostenible (2015-2030)
- Plan de acción mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (2013-2020)
- Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas (2013-2019)
- Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia (2014)
- Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición (2016-2025)
- Declaración de Shanghái sobre la promoción de la salud (2016)

5. Marco conceptual

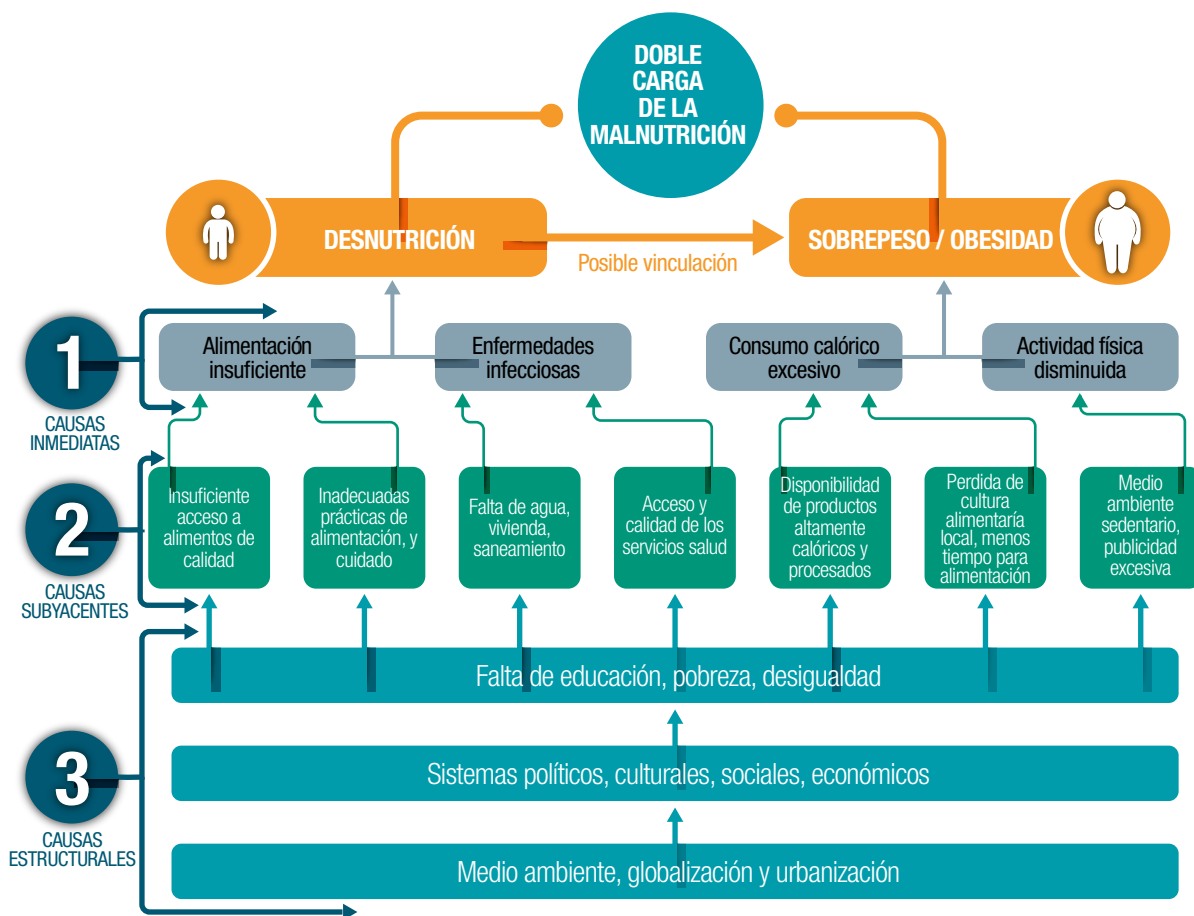
La doble carga de la malnutrición se expresa como la coexistencia de la desnutrición, el déficit de micronutrientes, el sobrepeso y la obesidad a nivel individual o a nivel de los hogares(20-21). Este panorama refleja una compleja interacción de los determinantes sociales de la salud relacionados a la globalización, la urbanización, los entornos en los que los individuos viven, factores socioeconómicos y cambios en los patrones de alimentación y práctica de actividad física (21).

En Ecuador la doble carga de la malnutrición ya ha sido documentada, reflejando las semejanzas con la situación regional (21). En este marco, la política pública en materia de nutrición y alimentación debe responder a la compleja interacción de los factores causales de la doble carga de la malnutrición. Históricamente los programas y estrategias a nivel regional y nacional se han concentrado en enfrentar la desnutrición crónica; sin embargo, la nueva evidencia expone la necesidad de atender la malnutrición en todas sus formas (21-20). En el Gráfico 3 se expone un mapa conceptual que aborda esta problemática, exponiendo las causas estructurales, subyacentes e inmediatas que generan la doble carga de la malnutrición. Este mapa conceptual constituye el marco de referencia para el accionar del Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición 2018-2025.





Gráfico 3. Mapa conceptual de la doble carga de la malnutrición



Fuente: Adaptado de Rivera J et al 2012; Unicef 2011.

Elaboración: Equipo de redacción.

5.1 Malnutrición

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura (FAO, por sus siglas en inglés) definen como malnutrición a toda la gama de afecciones relacionadas a las carencias, los excesos y desequilibrios de la ingesta calórica y de nutrientes de una persona (22). Por tanto, a nivel individual, la malnutrición es consecuencia de los dos extremos opuestos: déficit o exceso de ingesta de nutrientes y energía en relación con los requerimientos diarios necesarios de cada individuo(22).



5.1.1 Malnutrición por déficit

La malnutrición por déficit se conoce como desnutrición y es resultado de la ingesta continua e insuficiente de alimentos que no satisfacen las necesidades de energía alimentaria y de nutrientes, provocando una pérdida significativa de peso corporal. Quienes padecen de desnutrición están expuestos a enfermedades, o discapacidades permanentes e inclusive muerte prematura. Las formas de desnutrición son: desnutrición aguda, crónica, bajo peso y desnutrición por carencias de micronutrientes.

a) La desnutrición aguda se define como la deficiencia de peso para la talla (P/T) o delgadez extrema. Se determina a través del puntaje Z del indicador P/T, encontrándose por debajo de -2 DE (Desviaciones Estándar). La desnutrición aguda es el resultado de una pérdida de peso reciente o a la incapacidad de ganar peso, asociada con períodos recientes de hambruna o a la presencia de enfermedades infecciosas. La desnutrición aguda se clasifica de acuerdo con la intensidad de pérdida de P/T en desnutrición aguda moderada y desnutrición aguda severa.

La desnutrición aguda moderada se determina cuando el puntaje Z del indicador P/T se encuentra entre -2 y -3DE. Al mismo tiempo, puede venir acompañada de algún grado de emaciación o delgadez por pérdida reciente de peso. La desnutrición aguda moderada debería detectarse y tratarse a tiempo para evitar que, en un corto lapso, los individuos que la padecen pasen a desnutrición aguda severa, la cual podría agravarse por una enfermedad infecciosa, llegando a causar hasta la muerte (23).

La desnutrición aguda severa se determina cuando el puntaje Z del indicador P/T se encuentra por debajo de -3DE, que puede presentarse acompañada de edema bilateral. Las manifestaciones clínicas de la desnutrición severa son el Marasmo, Kwashiorkor o una combinación de los dos (24).

b) La desnutrición crónica se refiere al retardo de la talla para la edad (T/E) o retraso del crecimiento; y es asociada, directamente, a condiciones deficientes en la madre, tales como socioeconómicas, nutricionales y de salud. También se puede atribuir a la recurrencia de enfermedades, a la alimentación inadecuada o a los cuidados inapropiados para el lactante y el niño pequeño, impidiendo su desarrollo físico y cognitivo (22).

c) El bajo peso para la edad ocurre cuando el puntaje Z del indicador Peso/Edad esta por debajo de -1 Desviación Estándar. Esta condición se presenta ya sea porque el niño esta muy delgado (emaciado) o muy pequeño (retardo en el crecimiento), lo que podría resultar en un bajo peso para su edad (7).

d) Las carencias o insuficiencias de micronutrientes son producto de las ingestas inadecuadas de vitaminas y minerales, afectando a la inmunidad y al desarrollo saludable del individuo, debido a que estos son necesarios para la producción de enzimas, hormonas y sustancias

esenciales. El yodo, la vitamina A, la vitamina C, el zinc, el calcio y el hierro son los micronutrientes más importantes y sus carencias amenazan la salud y el desarrollo, en particular de niños y embarazadas, presentándose varias consecuencias en la salud de los individuos (Tabla 1) (22-24). La mayoría de estas problemáticas pueden ser prevenidas con una dieta equilibrada que cumpla con las especificaciones establecidas para cada micronutriente.



Tabla 1. Consecuencias de salud frecuentes por carencias de micronutrientes

MICRONUTRIENTE	CONSECUENCIA POR CARENCIA
Hierro	Anemia
Yodo	Bocio, cretinismo endémico, retraso en crecimiento físico y retraso en desarrollo intelectual.
Calcio	Afecta, principalmente, a mujeres embarazadas y lactantes, comprometiendo el desarrollo de sus hijos y produciendo osteoporosis en etapas del ciclo de la vida.
Vitamina A	Ceguera

Fuente: OMS, 2013; Unicef, 2014.

Elaboración: Equipo de redacción.

5.1.2 Malnutrición por exceso

La malnutrición por exceso genera sobrepeso u obesidad en respuesta a una ingesta de alimentos superior a las necesidades de energía alimentaria. Anteriormente, éste era un problema que correspondía solamente a países desarrollados, pero ahora también afecta a países en desarrollo, causando reducciones en la productividad e incrementando el riesgo de contraer enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la alimentación (cardiopatías, hipertensión, diabetes y algunos tipos de cáncer), las cuales pueden llegar a ser tan graves como las causadas por la falta de peso. En América Latina y el Caribe, las tasas de sobrepeso y obesidad aumentaron vertiginosamente, sobre todo en mujeres y niños (26).

Según la OMS, la obesidad y el sobrepeso se definen como “una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud”. Generalmente, el indicador más usado para identificar el sobrepeso y la obesidad en adultos es el índice de masa corporal (IMC), el cual se calcula dividiendo el peso de una persona en kilogramos para el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2). En el caso de niños, se debe tomar en cuenta la edad (27).



- En adultos, la OMS indica que el sobrepeso corresponde a un IMC igual o superior a 25 kg/m^2 ; y la obesidad, a un IMC igual o superior a 30 kg/m^2 .
- En niños menores a 5 años el sobrepeso se define cuando el IMC para la edad esta entre +2DE y +3DE, mientras que la obesidad es cuando el IMC/E es mayor de +3DE, establecida en los patrones de crecimiento infantil determinados por la OMS.
- En niños, adolescentes y jóvenes de 5 a 19 años el sobrepeso y la obesidad se definen por el IMC para la edad (IMC/E). Se padece de sobrepeso cuando el indicador IMC/E es mayor de +1DE; y de obesidad, cuando el indicador IMC/E es mayor de +2DE por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil determinados por la OMS.

5.2 Intervenciones exitosas en nutrición

La revista científica *The Lancet* (2013) ha publicado una serie histórica de artículos sobre la nutrición materna e infantil que identifican la necesidad de enfocarse en el período crucial de la vida que va desde la concepción hasta el segundo año de vida, periodo conocido como los “mil días”, en que una buena nutrición y el crecimiento saludable tiene beneficios duraderos a lo largo de la vida (28).

Los mismos estudios; indican que se debe priorizar los programas e intervenciones en nutrición que tengan una mayor integración con programas de salud, mejores enfoques intersectoriales y mayor enfoque de coordinación con el sistema de nutrición global de agencias internacionales, donantes, academia, sociedad civil y sector privado (28).

Según la política internacional de nutrición *Scaling up nutrition* (29), se definen dos tipos de intervenciones en nutrición; intervenciones específicas y sensibles, las mismas que se describen a continuación.

5.2.1 Intervenciones específicas en nutrición

Son intervenciones o programas que abordan los determinantes inmediatos de la nutrición y el desarrollo fetal e infantil: alimentación y nutrientes adecuados, alimentación, prácticas de cuidado y crianza, y baja carga de enfermedades infecciosas.

En el siguiente cuadro se presentan las intervenciones específicas en nutrición a lo largo del ciclo de vida con mayor evidencia de beneficio. Estas intervenciones incluyen población adolescente, mujeres en edad reproductiva, embarazadas, neonatos y niños menores de 5 años (28).



Gráfico 4. Intervenciones específicas en nutrición



Espacios de entrega: entrega comunitaria, manejo integrado de enfermedades infantiles, días de salud infantil, entrega basada en la escuela, plataformas financieras, estrategias de fortificación, nutrición en emergencias.

Adaptado de: Black, R. E., Victora, C. G., Walker, S. P., Bhutta, Z. A., Christian, P., De Onis, M., ... & Uauy, R. (2013). Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 382(9890), 427-451.

Elaboración: Proyecto de Nutrición en el Ciclo de Vida

5.2.2 Intervenciones sensibles a la nutrición

Se refiere a intervenciones o programas que abordan los determinantes subyacentes de la nutrición y el desarrollo fetal y del niño, como: seguridad alimentaria; recursos de cuidado adecuado en los niveles materno, familiar y comunitario; acceso a servicios de salud y un entorno seguro e higiénico; e, incorporar objetivos y acciones específicas de nutrición. Es decir, las intervenciones sensibles a la nutrición pueden servir como plataformas de entrega para intervenciones específicas de nutrición; lo que puede aumentar su escala, cobertura y efectividad. Ejemplos de estas intervenciones incluyen proyectos de agricultura y seguridad alimentaria; redes de seguridad social; protección y desarrollo infantil temprano; salud mental materna; empoderamiento de las mujeres; enseñanza; agua, saneamiento e higiene y planificación familiar.





6. Mapeo de actores

Para elaborar, poner en marcha y evaluar la implementación del Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición, y atender las causas estructurales, subyacentes e inmediatas de la malnutrición se requiere la articulación de esfuerzos de los diferentes sectores, a nivel nacional y territorial, para lo cual es necesaria la coordinación permanente con instituciones del sector público, del sector privado, la academia, sociedad civil y ciudadanía en general, y contar con el apoyo de organismos internacionales. Así, en el Gráfico 5 se presenta un esquema de los principales actores dentro del Plan.



Gráfico 5. Actores del Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición PIANE 2018-2021



Fuente: Equipo de Redacción



7. Análisis de la situación

7.1 Estado actual de las causas estructurales de la malnutrición

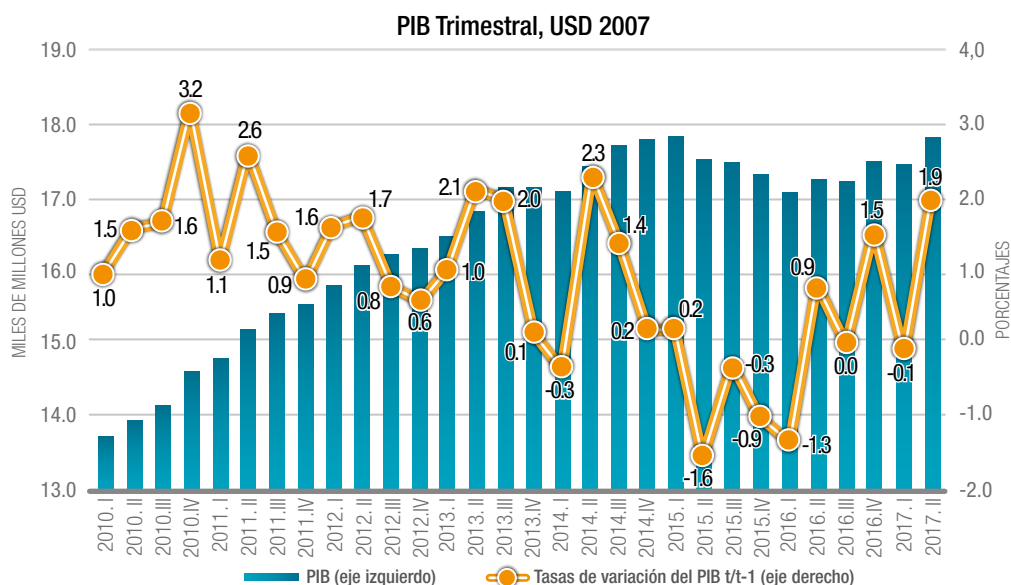
7.1.1 Pobreza

Una buena nutrición “es la respuesta para romper el ciclo intergeneracional de la pobreza (30) considerando que madres bien nutridas tienen niños saludables, que llegan a ser adultos sanos y menos susceptibles a enfermedades que afecten su desempeño académico, inclusión social y laboral, y productividad.

El crecimiento económico, visto desde el producto interno bruto, se ha desacelerado desde el 2012, decrecido a partir del 2015, y con vistas a recuperarse a partir del 2016 (Gráfico 6).



Gráfico 6. Producto interno bruto trimestral a dólares



Fuente: Banco Central del Ecuador. Cifras económicas del Ecuador. Octubre del 2017

La recuperación enlentecida del PIB y la disminución del empleo adecuado implican menor ingreso a nivel de hogar; por lo tanto, esto se ve reflejado en el enlentecimiento de la tendencia de reducción de la pobreza y pobreza extrema partir del año 2014 (Gráfico 7). Esto implica un riesgo para la seguridad alimentaria de las personas afectadas por la pobreza y pobreza extrema en el



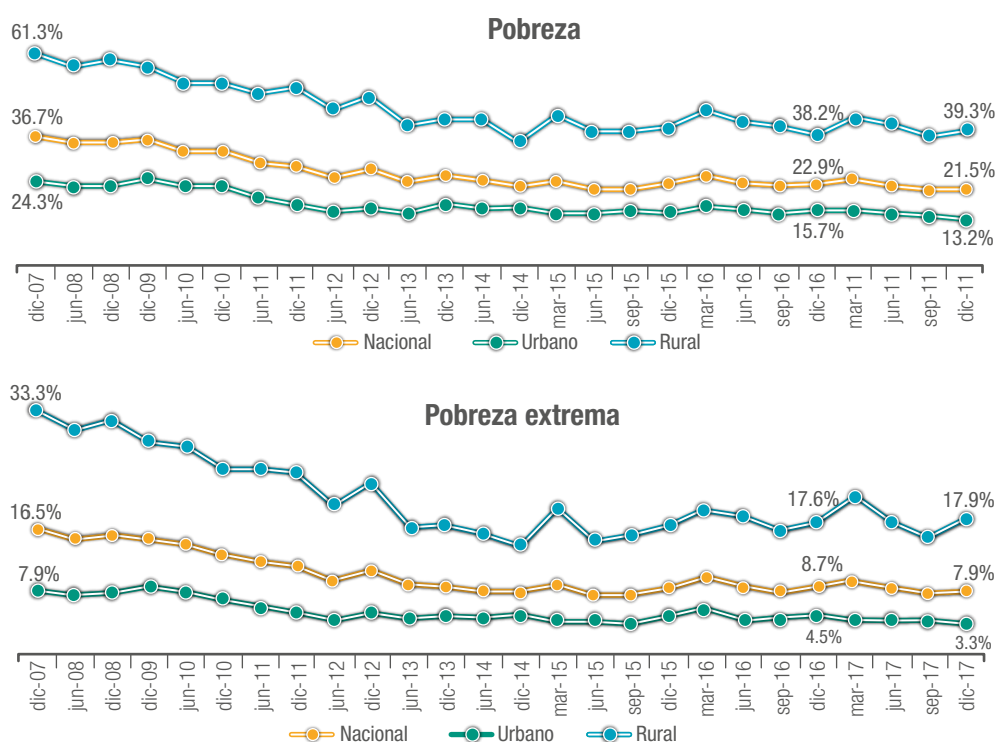
país, debido a que no cuentan con ingresos suficientes para cubrir sus necesidades básicas de alimentación (31).

La población en pobreza destina un 59.3% del salario mínimo a la adquisición de alimentos, accediendo a menos alimentos de los que necesita su familia, o reemplazándolos por alimentos menos saludables o con bajo aporte nutricional, “cuestión que implicaría cambios en la alimentación familiar, que se compondría en una mayor proporción en alimentos calóricamente densos, pero menos nutritivos (31).

Con el propósito de focalizar los esfuerzos del Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador, es crucial analizar cuáles son las poblaciones más susceptibles a la pobreza: Las zonas rurales tienen una predominancia de pobreza del 39.3%, comparada con el 13.2% de las urbanas; asimismo, la pobreza extrema prevalece en el 17.9% de la población rural, comparada con el 3.3% de la población urbana (31).



Gráfico 7. Evolución de la pobreza y pobreza extrema



Fuente: INEC 2017

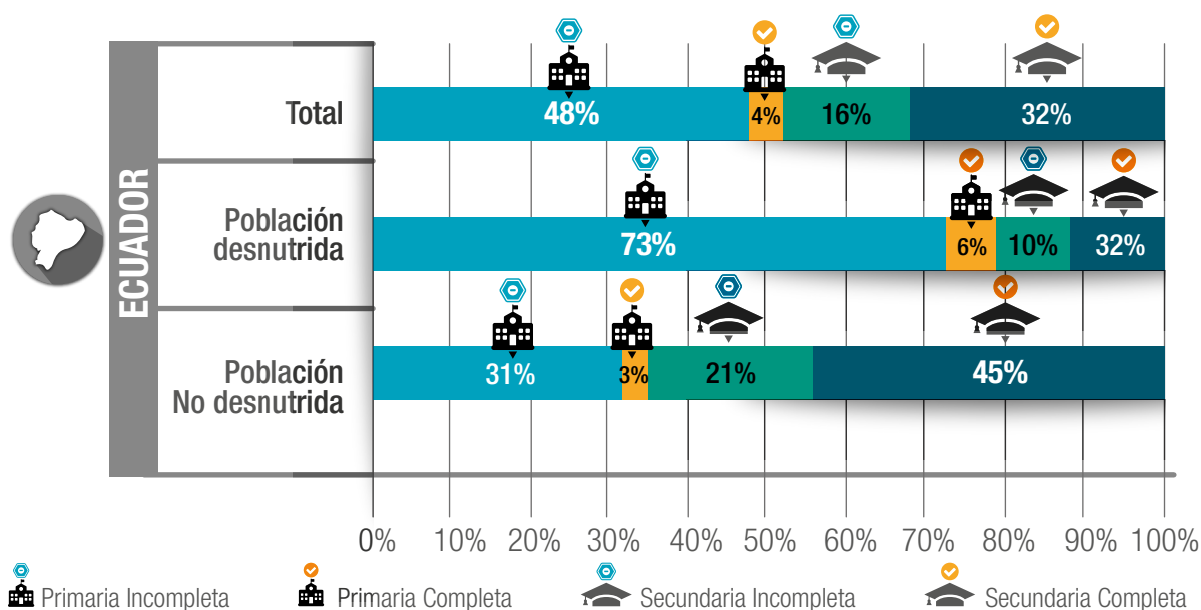
7.1.2 Educación

La desnutrición crónica genera limitaciones cognitivas que se traducen en brechas en el aprendizaje de los niños, las mismas que se trasladan a su vida adulta como falta de oportunidades y baja productividad (16). De acuerdo al Informe País “Impacto Social y Económico de la Malnutrición – Resultados del Estudio Realizado en Ecuador”, estas brechas se traducen en mayores tasas de repetición y deserción, así como, en bajo rendimiento escolar. El estudio estimó que casi 27 mil estudiantes en el Ecuador repetirían algún año escolar debido a la desnutrición crónica infantil; es decir, que del total de estudiantes que repiten un curso: el 33% lo hace debido a causas relacionadas con la desnutrición.

El mismo estudio ha evaluado que existe una diferencia de 2.3 años en el nivel de escolaridad entre la población con desnutrición crónica y aquellos que no la padecen. Esta diferencia se constata de mejor manera en el Gráfico 8, en el que se observa que, en el grupo de población desnutrida, sólo el 11% concluyó sus estudios secundarios, versus un 45% de la población no desnutrida que los concluyó.



Gráfico 8. Nivel de escolaridad de la población entre 20 y 64 años de edad, 2014



Fuente: MINEDUC 2014.

Elaboración: Cepal-PMA



7.1.2.1 Educación de la madre

Un factor determinante en la nutrición de las familias y particularmente los niños es la educación de la madre, misma que se refleja en una relación directa: a mayor educación de la madre, mejor será el estado de salud y nutricional del niño (32). Algunos datos obtenidos de la Ensanut-2012 expresan esta realidad. Por ejemplo, a mayor educación de la madre, mayor es el porcentaje de mujeres que acceden a partos institucionales (99.3%) frente a partos domiciliarios (0.5%) (7). Este hallazgo tiene implicaciones tales como menor probabilidad de mortalidad materna e infantil al momento del parto.

7.1.3 Políticas alimentarias

Una política fundamental en la lucha contra la malnutrición desde 2014 ha sido la implementación del etiquetado de alimentos procesados mediante el Reglamento Sanitario Sustitutivo de Etiquetado de Alimentos Procesados, oficializado mediante Acuerdo Ministerial Nro. 5103 del 25 de agosto de 2014 (33). Gracias a su diseño similar a un semáforo, por sus colores, el etiquetado constituye una herramienta informativa útil para que personas de todas las edades, particularmente niños y madres, tomen una decisión informada sobre su alimentación (34). El etiquetado ha fortalecido las líneas de acción de otras políticas públicas, orientadas a regular el expendio de alimentos, en los bares escolares, ya que desde su suscripción ninguna institución educativa del país puede vender productos con altos contenidos de azúcar, sal y grasas (oficializado mediante Acuerdo Ministerial Nro.0005-14, Registro Oficial 232 del 24 de abril de 2014) (35). A más de la promoción de alimentación saludable, en las escuelas también se promueve la práctica de actividad física mediante la disposición a todas las instituciones educativas del país, que cumplan con la práctica de una hora diaria de educación física en la malla curricular (36).

La promoción de la salud se extiende a restaurantes y cafeterías, a través de un reconocimiento de responsabilidad nutricional mediante el cual estos establecimientos de alimentación informan a sus clientes sobre el valor nutricional de los platos que se ofertan, dan recomendaciones para una buena alimentación y realizan acciones de promoción como la entrega de agua gratuita, el retiro de la sal en mesas, la oferta de platos saludables a través de la inclusión de más frutas y vegetales (37).

Es importante también mencionar la implementación de medidas fiscales en torno a la venta de bebidas azucaradas, que al momento en Ecuador constituye un gran paso para contrarrestar la malnutrición en nuestro país. Dicha medida fiscal se implementa en Ecuador a partir de mayo 2015 e impone una tarifa específica de 0,18 centavos de dólar por cada 100 gramos de azúcar

en las bebidas azucaradas; para las bebidas con edulcorantes, se impone una tarifa ad Valorem de 10% (38).

7.2 Situación de las causas subyacentes de la malnutrición

7.2.1 Agua y saneamiento

El acceso a agua segura y saneamiento son condiciones elementales para eliminar la malnutrición, y para asegurar un uso y preparación apropiada de los alimentos. La insuficiencia de estos servicios “no solo afecta la salud de las personas, sino también añade dificultades a la reducción de la pobreza, limita el desarrollo socioeconómico y daña al medio ambiente”(39). En cuanto a desnutrición crónica, se la puede asociar con la ausencia de instalaciones adecuadas de agua potable y saneamiento básico en el hogar: lo que resulta en un incremento del riesgo de contraer padecimientos que conllevan a agravar el proceso de la desnutrición infantil (40)”

En Ecuador, la cobertura de los servicios de agua potable y saneamiento ha mejorado en los últimos 10 años(41). Para finales del 2016 (Gráfico 9), el 70,1% de los ecuatorianos utiliza como suministro para beber una fuente mejorada (tubería, pozo o manantial protegido o agua embotellada), en la vivienda o cerca de ella, de manera suficiente y libre de contaminación fecal; el 85,9% tienen saneamiento básico, es decir, tienen servicio higiénico adecuado (alcantarillado, excusado, pozo séptico/pozo ciego, letrina con losa) y de uso exclusivo para los miembros del hogar; y, el 85,5% tienen una instalación para lavarse las manos con agua y jabón dentro de la vivienda (42).

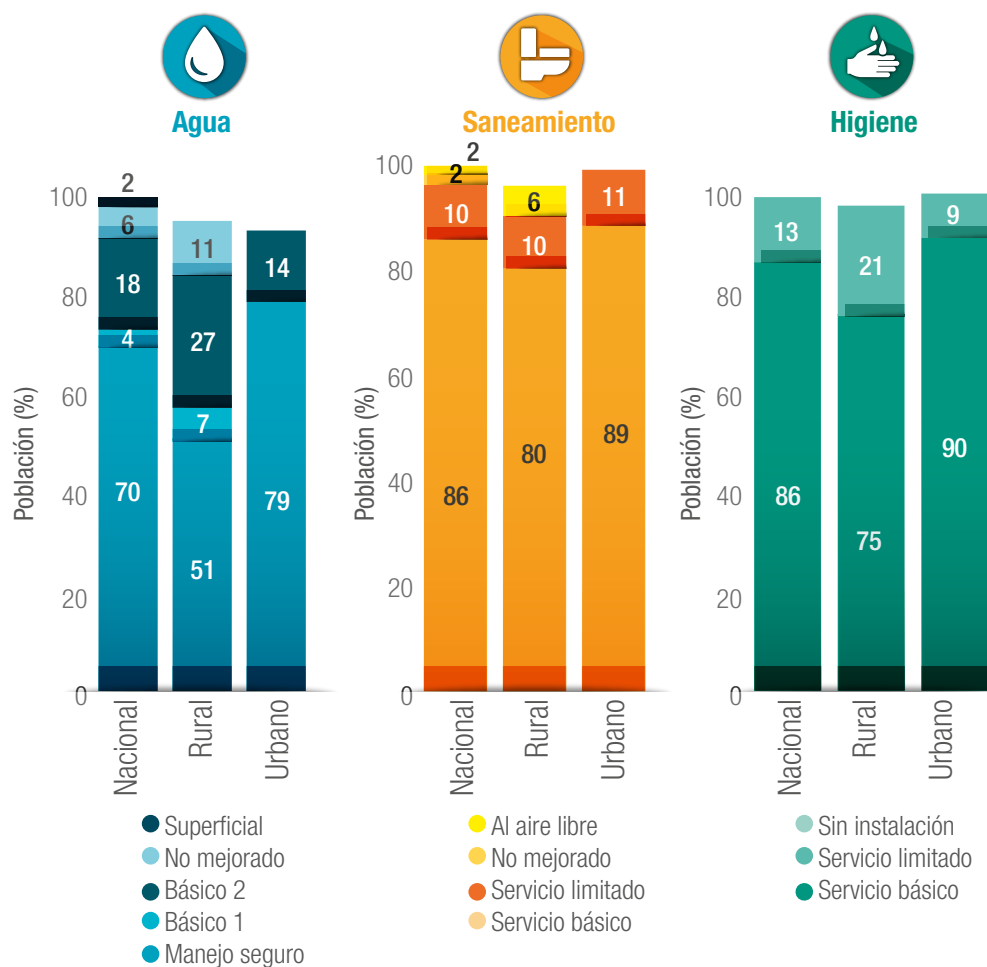




No obstante, el 29.9% de la población no tiene acceso a agua segura, cercana, suficiente y libre de contaminación con *Escherichia coli*; 14% no cuenta con servicio higiénico adecuado y de uso exclusivo para los miembros del hogar; y, el 12.7% no cuenta con una instalación para lavarse las manos con agua y jabón dentro de la vivienda. Situación que se ve exacerbada en las zonas rurales, donde los porcentajes de la población ascienden a 43.9%, 15.7%, y 21.4% respectivamente.



Gráfico 9. Porcentaje de la población con agua segura, saneamiento básico e instalaciones adecuadas para higiene por área de residencia



*En gris se encuentran los datos no representativos: coeficiente de variación mayor a 15 o menos de 300 observaciones

Fuente: Medición de los indicadores ODS de Agua, Saneamiento e Higiene en el Ecuador. INEC. 2017

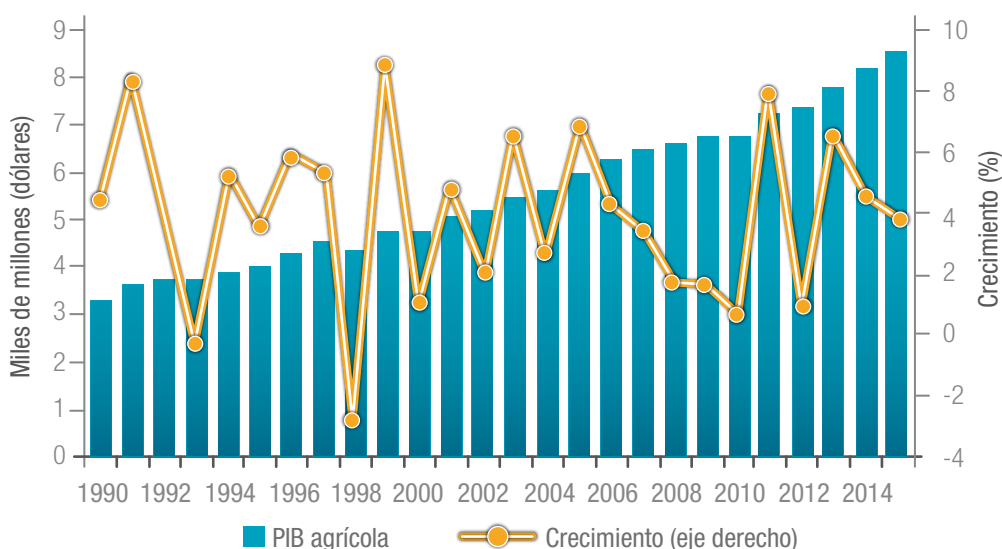
Elaboración: Equipo de redacción.

7.2.2 Agricultura y producción alimentaria

La productividad agrícola del Ecuador se encuentra en constante crecimiento desde los años 90 (Ver Gráfico10) (30). Es evidente que la productividad agrícola puede ayudar en reducir la desnutrición crónica infantil; sin embargo, la disminución depende de hacia donde se oriente la productividad agrícola, por ejemplo: un crecimiento debido principalmente al aumento del valor agregado de las explotaciones de gran escala orientadas a la exportación, “tendrá menores posibilidades de mejorar la situación nutricional de la población que un modelo en el cual el crecimiento se deba en mayor medida a agricultura familiar (43)”.



Gráfico 10. Evolución del PIB agrícola



Fuente: FAO, 2017.

Elaboración: Banco Mundial.

No obstante, la producción agrícola, por sí sola, no garantiza una alimentación sana y nutritiva, ya que se requiere también de una disponibilidad diversa de alimentos, que tengan valor nutricional y sean inocuos. La producción interna ecuatoriana es suficiente para atender la demanda nacional, por lo que la balanza se inclinó hacia la exportación de alimentos, ya que los flujos comerciales agroalimentarios se situaron para las exportaciones en 9464 millones de dólares y

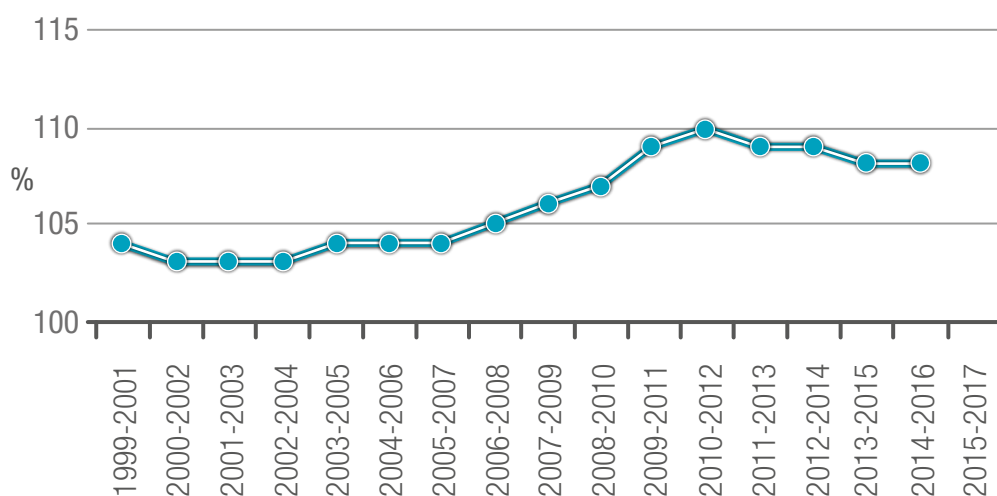
para las importaciones de 1780 millones de dólares: resultando en un saldo comercial de 7684 millones de dólares (30).

En cuanto a disponibilidad alimentaria, ésta supera en promedio los requerimientos alimentarios de los ecuatorianos. En el periodo 2014-2016, la disponibilidad alimentaria superó en un 8% en promedio los requerimientos energéticos (Gráfico 11). Los cereales son la principal fuente calórica, con un total del 34.3% de las calorías disponibles entre el 2011-2013, en promedio. En la Gráfico 13, se observa que las carnes y aceites y grasas han incrementado su disponibilidad; pero la de las frutas, verduras y raíces ha disminuido.

Aunque, no sólo es importante la disponibilidad y el origen de las calorías, si no lo que éstas representan en términos de macronutrientes. Lo que resulta preocupante, ya que la disminución de la disponibilidad de frutas y verduras puede dificultar el cumplimiento a la recomendación de OMS (44) de consumo de al menos 400g de este grupo. Adicionalmente, las recomendaciones de OMS indican que la ingesta de azúcar debería ser inferior al 10%, e incluso menor al 5% de las calorías consumidas por día; por lo que la disponibilidad de azúcar todavía requiere ser disminuida (44).



Gráfico 11. Suficiencia del suministro medio de energía alimentaria (%) (promedio de 3 años), y disponibilidad alimentaria y calórica



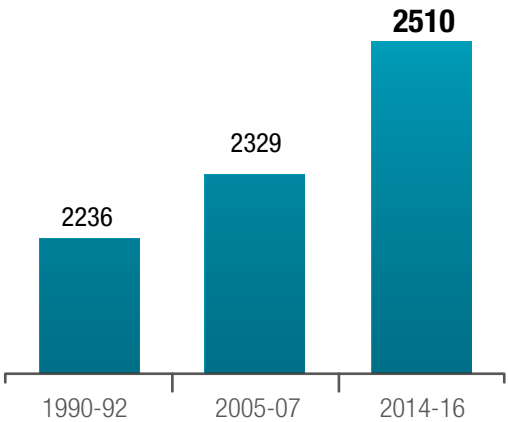
Fuente: FAO, 2017.



Gráfico 12. Evolución de la composición de la disponibilidad alimentaria y calórica en el Ecuador

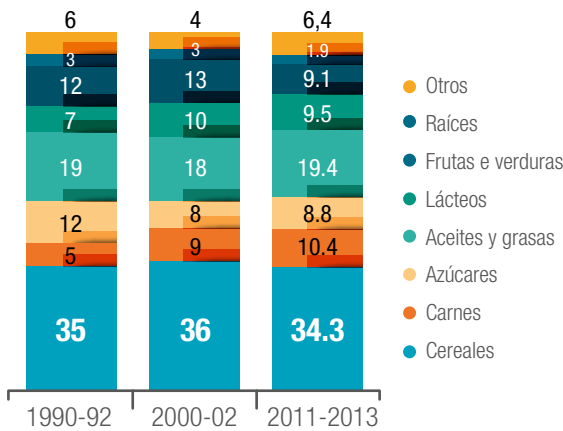
Disponibilidad alimentaria

kcal/día/persona, valor promedio



Composición de la disponibilidad calórica

Valor promedio del porcentaje sobre el total



Nota: El porcentaje puede no sumar 100% causa del redondeo de cifras.

Fuente: FAO, 2017.

7.2.3 Situación de los servicios de salud

El Sistema Nacional de Salud procura responder a los requerimientos de la persona, familia y comunidad. El Modelo de Atención Integral de Salud, procura organizar desde un marco conceptual, metodológico y de gestión, las intervenciones que el Ministerio de Salud Pública desarrolla, en coherencia con la situación de la población (45).

En relación a los problemas de alimentación y nutrición, el MAIS destaca ampliamente la relevancia de los determinantes de la salud, como referente para afrontarlos desde sus causas.

Destaca en su marco conceptual, la relevancia de la participación social concibiendo al derecho a la salud, inseparable del rol de la población a apropiarse de su derecho y capacidad de expresión, organización y deliberación, potenciando de esta manera la corresponsabilidad de la sociedad civil y el Estado ante sus retos de desarrollo del país.

En este contexto, Ecuador implementa el Médico del Barrio, una estrategia de abordaje que inició en 2017 con el fin de brindar atención priorizada a grupos vulnerables, que trabaja en la captación puerta a puerta de grupos priorizados: mujeres embarazadas, niños menores de



5 años, adultos mayores, personas con discapacidad y enfermos crónicos. Una vez que el médico del barrio realiza la captación e identificación de la persona que corresponda a alguno de esos grupos vulnerables, dicha persona recibe la visita de un médico familiar que levanta una ficha del individuo y su familia, y hace un plan de seguimiento. Además, el Médico del Barrio identifica oportunamente riesgos en la comunidad; organiza el sistema de salud en el barrio, difunde la política pública del sector social; promueve hábitos de vida saludables y actúa en la prevención de la enfermedad (47).

7.2.4 Prácticas alimentarias

7.2.4.1 Lactancia

En el Ecuador, según la Ensanut 2012, el 43.8% de los niños lactan de manera exclusiva hasta antes de los 6 meses (7). Sin embargo, un dato más reciente de la Encuesta de Condiciones de Vida 2014 reporta una prevalencia de 46.4% (47). Entre los niños que reciben exclusivamente leche materna, el 52.4% se encuentran dentro del primer mes de vida, el 48% entre los 2 y 3 meses de edad y el 34,7% entre los 4 y 5 meses de edad (7). El 77% de las madres indígenas practican la lactancia exclusiva hasta antes de los 6 meses, en el caso de las madres afroecuatorianas y las autodenominadas montubias, presentan prevalencias más bajas, de 38.6% y 23%, respectivamente (7).

La proporción de niños que acceden a la lactancia materna exclusiva es mayor en el área rural (58%) en comparación con los niños del área urbana (35%). El 70.5% de los niños de 12 a 15 meses de edad permanecen con lactancia materna continua en el área rural, mientras que, en el urbana, solo el 52.9%.

En relación a la práctica de la lactancia materna exclusiva con el nivel de instrucción de la madre, a medida que incrementa el nivel de instrucción de las madres, la proporción de aquellas que amamantan a sus hijos disminuye. Este comportamiento podría explicarse debido a que las campañas agresivas de comercialización de sucedáneos de leche materna realizadas por la industria, incitando al personal de salud y a padres de familia, a la suspensión temprana de la lactancia materna exclusiva y a la introducción de sucedáneos de leche materna u otros líquidos o alimentos, antes de que sus hijos cumplan los 6 meses de edad (7).

7.2.4.2 Alimentación complementaria

El 71,5% de los niños entre 5 y 6 meses de edad, ya consumen líquidos diferentes a la leche materna, práctica que se encuentra fuera de las recomendaciones de la Organización Mundial de

la Salud, generando riesgos innecesarios para los niños, ya sea que se enfermen por contaminación de alimentos o utensilios insalubres que son utilizados para preparar los alimentos, y lo más importante, por suspensión parcial o total de la lactancia materna; dando lugar a la introducción de sucedáneos de leche materna o ingesta de agua poco segura (7).

En relación a la diversidad alimentaria mínima, se evidencia que más de la mitad de los niños amamantados de 6 a 11 meses de edad, suelen consumir alimentos de al menos cuatro grupos alimentarios, esta proporción se incrementa en los niños de 12 a 17 meses, y aún más, en los niños de 18 a 23 meses. En el caso de los niños no amantados de 6 a 23 meses, consumen al menos un producto cárnico y uno de frutas y verduras al día, dichas proporciones van del 52% al 89% (7).

Bajo este contexto, se estima que el 65.2% de los niños de 6 a 23 meses consumen alimentos ricos o fortificados con hierro, siendo el quintil más pobre el que tiene el menor consumo (59.4%) (7).

7.2.4.3 Consumo de productos alimenticios procesados y ultraprocesados

Según la Ensanut 2012 el consumo de gaseosas, bebidas energizantes y jugos con azúcar añadida, en la población ecuatoriana de 10 a 19 años a escala nacional, fue del 81.5%, mientras que el consumo de snacks (galletas, papas fritas, bocaditos de maíz) fue del 50.5%. La prevalencia de consumo en cadenas de restaurante de comida rápida (papas fritas, hamburguesas, salchipapas, hot dogs, pizza, etc.) es del 64.0% en el mismo grupo de edad.

Estos datos reflejan que al menos uno de cada dos adolescentes consume productos alimenticios ultraprocesados; información que se complementa con un estudio reportado por la OPS (2015) que indica que el incremento en la venta de productos ultraprocesados está asociado significativamente al incremento del índice de masa corporal ($R^2 = 0.79$; $p < 0.0001$), derivándose en que cada unidad en las ventas anuales de productos ultraprocesados se asocia con un aumento de 0.008 kg/m^2 en el índice de masas corporal (46). De este estudio también se desprende que en Ecuador la venta de productos procesados en 2013 fue de aproximadamente 80 kg por persona; cifra que desde 1999 ha presentado una tendencia al aumento (46).



7.3 Estado nutricional de la población de 0 a 60 meses

7.3.1 Niños menores de 5 años

Los principales problemas de salud pública en los menores de 5 años están constituidos por la desnutrición crónica, con una prevalencia de 23.9%; por su parte, la desnutrición aguda afecta al 1.6% y el el bajo peso al 4.8%, según la última Encuesta de Condiciones de Vida (14). Además, según la Ensanut 2012, existe problemas de deficiencia de zinc y hierro, con una prevalencia de 27.5% y 25.7%, respectivamente. Sin embargo, merece gran atención el creciente problema de sobrepeso y obesidad que en este grupo de edad alcanza el 8.6%.

La presencia de desnutrición crónica es mayor en el área rural con un 31.9% frente a un 19.7% del área urbana, siendo un reflejo de las condiciones sociales, económicas, en que viven los niños.

7.3.2 Niños de 5 a 11 años

En este grupo de edad los problemas de mayor relevancia se concentran en una considerable prevalencia de sobrepeso y obesidad (31.25%), es decir que 1 de cada 3 niños en edad escolar padecen esta condición; cabe indicar que las tasas de sobrepeso y obesidad en este grupo de edad son mayores en Galápagos (47%). En relación a la deficiencia de zinc, un 28.1% de niños en edad escolar la padecen (7).

7.3.3 Adolescentes de 12 a 18 años

Los adolescentes al igual que los escolares presentan problemas de sobrepeso y obesidad con una prevalencia del 26% a escala nacional; los adolescentes de Galápagos (34.5%) presentan una mayor prevalencia de estas condiciones (7).

7.3.4 Adultos de 19 a 59 años

Los adultos presentan una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad con un 63.97%, siendo mayor la prevalencia en el área urbana, con un 65.7%, que, en el área rural, con un 59.9% (14).

7.3.5 Mujeres en edad fértil de 12 a 49 años

Una condición importante en las mujeres en edad fértil es la presencia o no de anemia (es decir tener una hemoglobina menor a 12 gramos por decilitro). En Ecuador la prevalencia de anemia en mujeres en edad fértil es de 15.4% (21).

7.3.6 Adultos mayores de 60 años y más

Los adultos mayores también presentan una elevada prevalencia de sobrepeso y obesidad con un 58.9% (48). En los adultos mayores, al igual que los otros grupos poblacionales, se evidencia el gravísimo problema que el Ecuador está enfrentando en relación a estas condiciones, en particular porque constituyen un factor de riesgo para la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes, la hipertensión, las enfermedades del corazón y las enfermedades cerebrovasculares. Al momento tanto la diabetes como la hipertensión constituyen las dos primeras causas de muerte a nivel nacional (49).

7.3.7 Horas frente a la televisión y práctica de actividad física

De acuerdo a la Ensanut 2012, uno de cada cinco niños de 5 a 9 años, y uno de cada cinco adolescentes, de 10 a 19 años, están expuestos de dos a cuatro horas de televisión o videojuegos



por día (7); de igual forma cerca del 4% de los niños y más del 5% de los adolescentes están expuestos a cuatro horas o más por día a una de estas manifestaciones de vida sedentaria (7).

La prevalencia global de actividad física en adultos de 18 a menores de 60 años a escala nacional, reveló que el 55.2% de este grupo poblacional reportan niveles medianos o altos de actividad física, el 30% tienen niveles bajos y el 15% son inactivos (7). Al comparar los niveles de actividad física por sexo la proporción de hombres con niveles medianos de actividad física es significativamente más alta que la de las mujeres (7).

Por otro lado, de acuerdo a la Encuesta de Condiciones de Vida 2014, la práctica de deporte en la población de 15 años y más ha incrementado de 28.6% en 2006 a 37.3% en 2014. Esta misma encuesta reporta que en la Región Costa (31.2%) se realiza menos actividades deportivas que en la Región Sierra (43.4%) y Amazonía (43.2%) (14).

8. Articulación al Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021

El Plan Intersectorial Nacional de Alimentación y Nutrición está alineado a los Objetivos Nacionales de Desarrollo, de manera general, a aquellos que fortalecen la garantía de una vida digna y buenas condiciones de vida, el desarrollo de capacidades productivas, la soberanía alimentaria y la participación de la ciudadanía (50):



Objetivo 1:

“Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas.”

Política 1.1: “Promover la inclusión, la equidad y la erradicación de la pobreza en todas sus formas y en todo el territorio nacional, a fin de garantizar la justicia económica, social y territorial.”

Política 1.2: “Generar capacidades y promover oportunidades en condiciones de equidad, para todas las personas a lo largo del ciclo de vida.”

Política 1.3: “Combatir la malnutrición y promover hábitos y prácticas de vida saludable, generando mecanismos de corresponsabilidad entre todos los niveles de gobierno, la ciudadanía, el sector privado y los actores de la economía popular y solidaria.”

Política 1.4: “Fortalecer los sistemas de atención integral a la infancia, con el fin de estimular las capacidades de las niñas y niños, considerando los contextos territoriales, la interculturalidad y el género.”

Política 1.5: “Fortalecer la protección social, protección especial, atención integral y el sistema de cuidados durante el ciclo de vida de las personas, con énfasis en los grupos de atención prioritaria.”

Política 1.7: “Garantizar el acceso a una vivienda adecuada y a un entorno seguro que incluya la provisión y calidad de los bienes y servicios públicos vinculados al hábitat: suelo, energía, movilidad, transporte, agua y saneamiento, calidad ambiental y recreación.”



Objetivo 6:

“Desarrollar las Capacidades Productivas y del Entorno para Lograr la Soberanía Alimentaria y el Desarrollo Rural Integral”

Política 6.1: “Promover la redistribución de tierras, y el acceso equitativo a los medios de producción para incrementar la productividad, competitividad y calidad de la producción rural, considerando las ventajas competitivas y comparativas territoriales.”

Política 6.3: “Fomentar en zonas rurales el acceso a servicios de salud, educación, agua segura y saneamiento básico, pertinentes y de calidad.”

Política 6.5: “Impulsar la producción de alimentos suficientes y saludables, así como la existencia de mercados alternativos, que permitan satisfacer la demanda nacional con respeto a las formas de producción local y con pertinencia cultural.”

Política 6.6: “Fortalecer la participación de las agriculturas familiares y campesinas en los mercados de provisión de alimentos.”



Objetivo 7:

“Incentivar una Sociedad Participativa, con un estado cercano al servicio de la Ciudadanía.”

Política 7.1: “Consolidar la participación ciudadana en el ciclo de las políticas públicas y en los mecanismos de control social.”



Política 7.3: “Fomentar la auto-organización social, la vida asociativa y la construcción de una ciudadanía activa que valore el bien común.”

Política 7.4: “Institucionalizar una administración pública democrática, incluyente y orientada hacia la ciudadanía basada en un servicio público meritocrático profesionalizado que se desempeñe en condiciones dignas.”

Política 7.5: “Consolidar una gestión estatal y gubernamental eficiente y democrática que operen sociedad, impulsando las capacidades ciudadanas e integrando las acciones sociales.”

Política 7.7: “Democratizar la prestación de servicios públicos territorializados, sostenibles y efectivos, de manera equitativa e incluyente, con énfasis en los grupos de atención prioritaria y poblaciones en situación de vulnerabilidad, en corresponsabilidad entre el Estado y la sociedad.”

Política 7.8: “Fortalecer las capacidades de los gobiernos autónomos descentralizados para el cumplimiento de los objetivos nacionales, la gestión de sus competencias, la sostenibilidad financiera y la prestación de servicios públicos a su cargo, con énfasis en agua y saneamiento.”

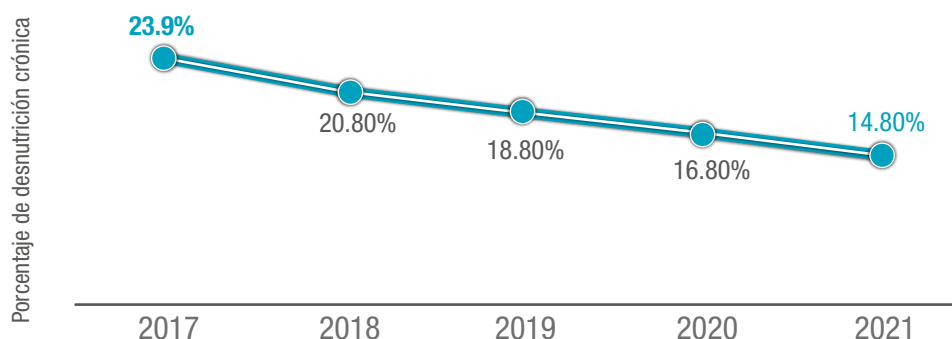
9. Metas

Las metas del Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador se alinean con las metas del Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021, así se tiene:

9.1 Reducir de 24,8% al 14,8% la prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 2 años, a 2021



Gráfico 13. Meta 1

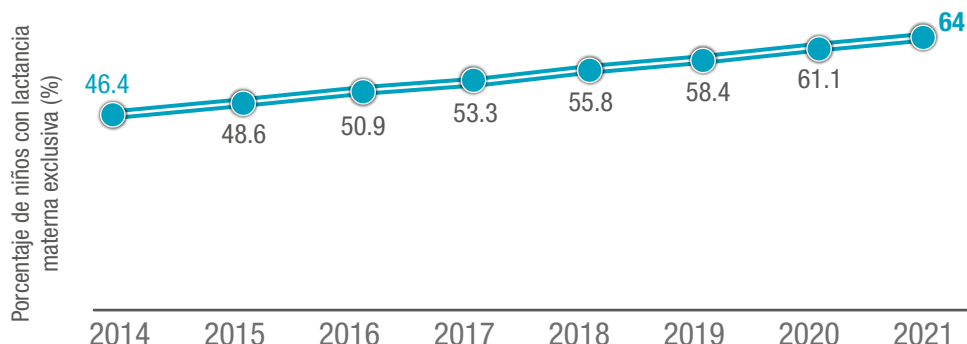


Elaboración: Equipo de redacción

9.2 Aumentar del 46,4% al 64%, la prevalencia de lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida, a 2021



Gráfico 14. Meta 2

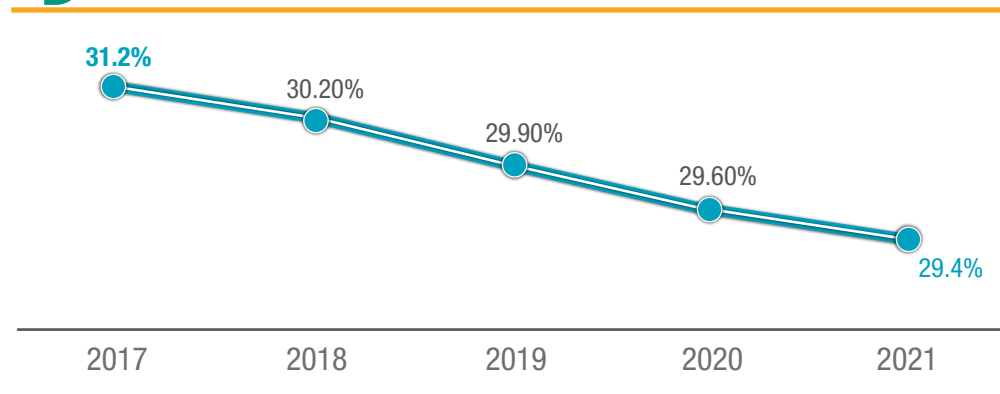


Elaboración: Equipo de redacción

9.3 Reducir del 31,2% al 29,4% la prevalencia de obesidad y sobrepeso en niños de 5 a 11 años a 2021



Gráfico 15. Meta 3

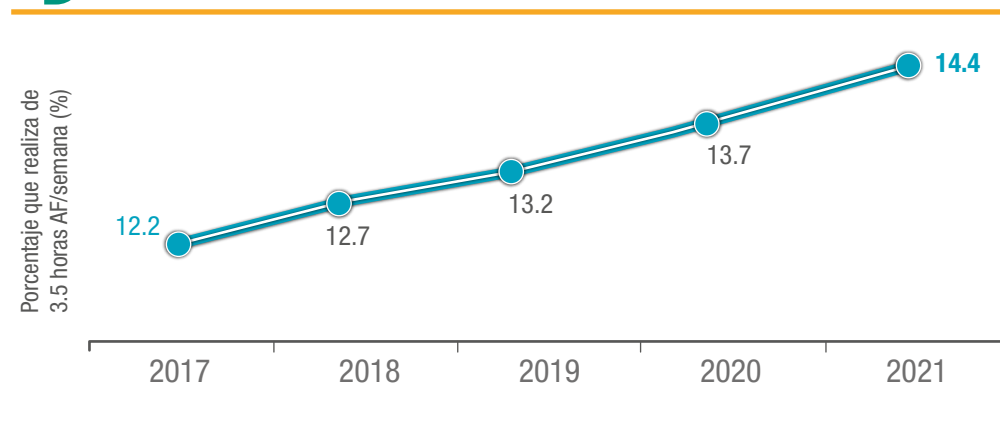


Elaboración: Equipo de redacción

9.4 Incrementar de 12,2% a 14,4% la población mayor a 12 años que realiza más de 3,5 horas a la semana de actividad física a 2021



Gráfico 16. Meta 4



Elaboración: Equipo de redacción

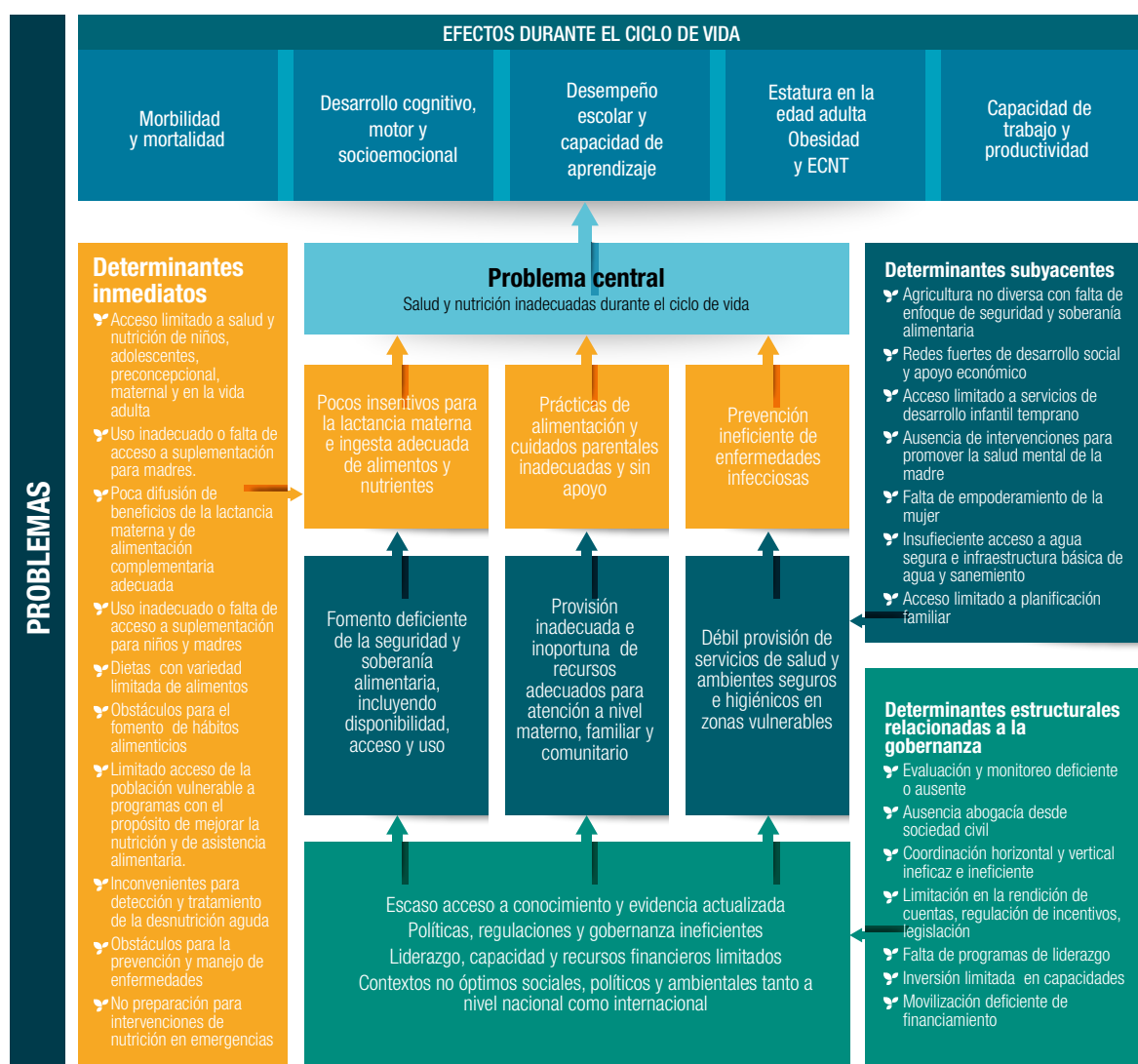
Cabe indicar que para el año 2021 se contempla una evaluación intermedia de impacto del Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador, de tal forma que, las nuevas metas al 2025 serán estimadas post evaluación.

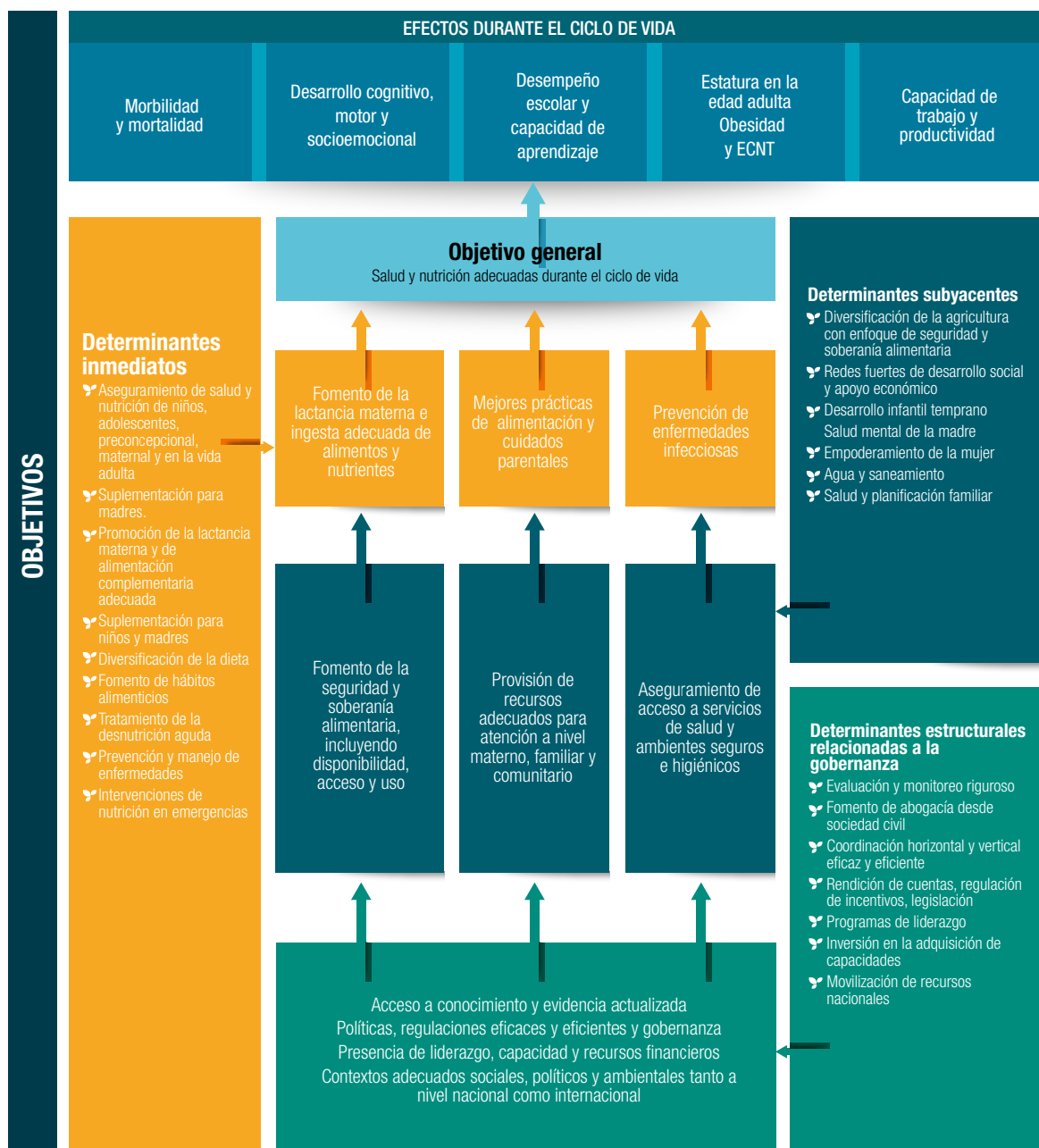
10. Planteamiento de los principales problemas de alimentación y nutrición

El Ministerio de Salud Pública realizó un proceso de identificación de problemas prioritarios en alimentación y nutrición, sus causas y sus efectos. Una vez realizado este análisis, se convirtió los estados negativos del árbol de problemas en soluciones Gráfico 17.



Gráfico 17. Árbol de problemas y árbol de objetivos





Adaptado de: Black R. E et al 2013. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 382(9890), 427-451.

Elaboración: Equipo de redacción

11. Objetivos

Objetivo general

Alcanzar una adecuada nutrición y desarrollo de la población ecuatoriana durante todo el curso de vida, brindando atención integral y, generando mecanismos de corresponsabilidad entre todos los niveles de gobierno, ciudadanía y sector privado; en el marco de intervenciones intersectoriales que incidan sobre los determinantes sociales de la salud.

Objetivos específicos

1. Fortalecer el rol del Estado, la coordinación intersectorial y la participación ciudadana en la aplicación de este plan.
2. Brindar atención integral de salud durante todo el ciclo de vida, con énfasis en los 1000 primeros días, la etapa escolar, así como, el fomento y protección de la lactancia materna.
3. Fortalecer y generar intervenciones que incidan sobre los determinantes de la salud, enfocados en la promoción de la salud, la protección social, la seguridad y soberanía alimentaria y agua-saneamiento.

12. Lineamientos estratégicos y líneas de acción

En esta sección se presenta ocho lineamientos estratégicos junto con sus respectivas líneas de acción. Este producto es reflejo de un esfuerzo intersectorial, de varios meses, obtenido a partir de una serie de talleres sectoriales, reuniones bilaterales entre el Ministerio de Salud Pública y las instancias corresponsables del Plan, cuya participación se enlista a continuación:

- Secretaría Técnica Plan Toda una Vida
- Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación
- Secretaría de Planificación y Desarrollo
- Ministerio de Inclusión Económica y Social
- Ministerio de Educación
- Ministerio de Trabajo
- Ministerio de Deporte
- Ministerio de Agricultura y Ganadería



- Ministerio de Acuacultura y Pesca
- Ministerio de Economía y Finanzas
- Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
- Secretaría Nacional del Agua

Los lineamientos estratégicos, líneas de acción e indicadores impulsan la acción intersectorial en todo el curso de vida de la población en los siguientes aspectos: 1) dinamizar la coordinación intersectorial, generando mecanismos de corresponsabilidad; 2) garantizar el monitoreo continuo y evaluación periódica; 3) asegurar la atención integral en salud y nutrición en todos el curso de vida; 4) fomentar y proteger la lactancia materna y alimentación complementaria; 5) generar y fortalecer las políticas de promoción de la salud que fomentan estilos de vida saludables; 6) incrementar el acceso a agua segura y servicios de saneamiento adecuados; 7) contribuir a la seguridad y soberanía alimentaria; y, 8) fortalecer la protección e inclusión social, a través de estrategias que garanticen los derechos ciudadanos. Un mayor detalle de los indicadores y actividades conexas, se presentan en la Matriz Estratégica (Anexo 1).

Lineamiento estratégico 1. Dinamizar la coordinación intersectorial entre todos los actores públicos y privados con el fin de generar mecanismos de corresponsabilidad

Este lineamiento estratégico apunta a fortalecer la coordinación y corresponsabilidad intersectorial entre todos los sectores que directa o indirectamente influyen sobre los entornos alimentarios. Esto implica que se rompa con la acostumbrada forma de hacer política alimentaria, solo desde el sector salud, y en cambio se abarque otros espacios, igualmente importantes, como los sectores de la educación, la agricultura, la protección social, la economía y finanzas, los organismos internacionales, las organizaciones sin fines de lucro, la sociedad civil, la industria, la academia, por mencionar algunos. Los mecanismos de corresponsabilidad pueden abarcar plataformas establecidas como gobiernos por resultados e inclusive la asignación de presupuesto anclado al cumplimiento de responsabilidades en el marco del presente Plan.

Líneas de acción

- 1.1** Aplicación de la metodología de Gestión por Resultados para la asignación de recursos a las instituciones del Estado de acuerdo al cumplimiento de las metas establecidas en el Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador.

- 1.2** Cambio de la metodología de asignación y distribución de recursos a los GADs mediante el establecimiento de incentivos frente al cumplimiento de indicadores de salud y nutrición y sus determinantes.

Lineamiento estratégico 2. Asegurar el monitoreo continuo y evaluación periódica de las políticas de alimentación y nutrición

En el marco de la implementación del Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición es evidente la necesidad de fortalecer el monitoreo de las acciones propuestas, así como la evaluación del Plan en sí mismo. Para esto, el mejoramiento continuo de los sistemas de información, así como los registros administrativos, y la implementación periódica de encuestas, es indispensable para la generación de insumos a nivel intersectorial, para la toma de decisiones.

Líneas de acción

- 2.1** Articulación y mejoramiento continuo de los sistemas de información.
- 2.2** Levantamiento y generación de información periódica de alimentación y nutrición.
- 2.3** Monitoreo y evaluación permanente de los planes, programas, proyectos, iniciativas e intervenciones de nutrición y alimentación saludable.

Lineamiento estratégico 3. Asegurar la atención integral en salud y nutrición de los grupos prioritarios en todo el curso de vida en todos los niveles de atención

Si bien en Ecuador ya existe y se implementa el Modelo de Atención Integral de Salud MAIS, este lineamiento estratégico pretende fortalecer su implementación con un enfoque de curso de vida alineado a las intervenciones específicas en nutrición -siempre manteniendo la lógica de atención centrada en el usuario, su familia y su comunidad-, y atendiendo con mayor énfasis a la población en estado de vulnerabilidad. Es importante resaltar que el MAIS está dirigido al personal de salud de los establecimientos de la Red Pública de Salud (RPIS) y la Red Complementaria en todos los niveles de atención, abarcando a la promoción, prevención, curación, rehabilitación y la corresponsabilidad ciudadana en la salud. Por ende, este lineamiento estratégico apunala también a esta red integrada de servicios de salud.



Líneas de acción

- 3.1** Garantizar la captación oportuna de mujeres embarazadas en el primer trimestre de gestación y de niños recién nacidos hasta el primer año.
- 3.2** Asegurar la entrega y simultaneidad de prestaciones para el desarrollo infantil de acuerdo a la edad para el binomio Madre – Niño.
- 3.3** Asegurar la entrega y simultaneidad de prestaciones para niños en edad escolar.
- 3.4** Asegurar la consejería en alimentación y nutrición para adolescentes, adultos y adultos mayores con sobrepeso y obesidad
- 3.5** Asegurar la capacitación continua del talento humano para fortalecer las competencias en alimentación y nutrición
- 3.6** Garantizar la atención integral, con énfasis en nutrición, a poblaciones en situación de vulnerabilidad, en contextos de emergencia.

Lineamiento estratégico 4. Fomentar y proteger la práctica de la lactancia materna y la alimentación complementaria adecuada

El fomento y protección de la lactancia materna y la alimentación complementaria son acciones vinculadas a la atención integral en salud, sin embargo, por su importancia e impacto en el estado nutricional de las poblaciones se ha considerado la determinación de un lineamiento estratégico específico. Garantizar la implementación de estas prácticas implica un esfuerzo coordinado entre varias instancias, sobre todo aquellas en el ámbito laboral y comercial. En lo laboral, la práctica de lactancia materna conlleva el aseguramiento del cumplimiento de los derechos laborales como la garantía del permiso a los controles prenatales en donde se recibe consejos sobre esta práctica, el cumplimiento efectivo de la licencia de maternidad y el posterior permiso a los controles del niño, uso de salas de apoyo a la lactancia materna, así como el otorgamiento de 2 horas para lactancia materna. En lo comercial, es esencial el cumplimiento del Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna tanto por el personal de salud, como por la empresa privada en el ámbito promocional. Por su parte la práctica adecuada de alimentación complementaria requiere la creación de capacidades en el personal en contacto con las madres, sea del sector salud, de centros de atención infantil, educadoras, agentes de promoción de la salud, entre otros, con la finalidad de una adecuada transmisión de conocimientos, mediante sesiones demostrativas, por ejemplo.

Líneas de acción

- 4.1** Generar capacidades para fortalecer las acciones para el fomento y protección de la lactancia materna y alimentación complementaria adecuada
- 4.2** Garantizar la generación de espacios para el fomento y práctica de la lactancia materna, tanto en el Sistema Nacional de Salud como en otras instituciones públicas y privadas.
- 4.3** Asegurar el cumplimiento del “Código internacional de comercialización de sucedáneos de leche materna” por parte del Sistema Nacional de Salud.

Lineamiento estratégico 5. Fomentar espacios y prácticas saludables durante todo el ciclo de vida

Los hábitos y estilos de vida constituyen determinantes intermedios de salud que repercuten directamente en la salud y bienestar de los individuos, particularmente en su estado nutricional. De igual forma los entornos constituyen facilitadores o barreras para la práctica de hábitos de vida saludable. Por ende, este lineamiento estratégico establece el marco político para la generación de dichas prácticas y espacios en todos los sitios de confluencia individual y poblacional, particularmente en materia de alimentación y nutrición, utilizando para esto la normativa ya establecidas, así como el diseño y rediseño de nuevas propuestas que faciliten la puesta en marcha en todos los sectores, incluyendo el privado.

Resta indicar en este marco que Ecuador ya presenta un contexto favorable en favor de las estrategias de salud enfocadas hacia el fomento de espacios y prácticas saludables, entre éstas la emisión de reglamentos, lineamientos y guías dedicadas a favorecer los entornos alimentarios saludables. De aquí que a través de este lineamiento estratégico se busque dar impulso, continuidad, y sostenibilidad a estrategias como el etiquetado de alimentos procesados, el reconocimiento de responsabilidad nutricional, el reglamento del control de funcionamiento de bares escolares, la práctica diaria de actividad física en escuelas y las medidas fiscales. Así mismo se busca implementar nuevas estrategias como la regulación de la publicidad de alimentos dirigida a niños y el desarrollo de las guías alimentarias para la población ecuatoriana.

Líneas de acción

- 5.1** Fortalecimiento de las regulaciones de promoción de una alimentación saludable
- 5.2** Mejoramiento del entorno respecto a la alimentación, nutrición y actividad física



5.3 Fortalecer las estrategias de cambio de comportamiento respecto a alimentación, nutrición y actividad física.

Lineamiento estratégico 6. Incrementar el acceso a agua segura y servicios de saneamiento adecuados

La evidencia acerca de la asociación entre las intervenciones en materia de agua y saneamiento y el estado nutricional de la población infantil ya ha sido documentada. Los mecanismos de esta asociación se relacionan principalmente con la prevención de enfermedades diarreicas a través de la reducción de la transmisión de microorganismos patógenos. De esta manera, las intervenciones en este ámbito tienen que ver con el abastecimiento de agua mejorado, la mejora de las instalaciones de saneamiento, así como el fomento de prácticas en materia de higiene. Por ende, la condicionalidad de existencia a agua segura y saneamiento es un determinante subyacente esencial para generar el óptimo estado nutricional de la población.

Líneas de acción

- 6.1** Incrementar el acceso a agua segura a toda la población a nivel nacional.
- 6.2** Incrementar el acceso de la población a servicios de saneamiento manejados de forma segura.
- 6.3** Incrementar el acceso de la población a instalaciones para lavarse las manos con agua y jabón

Lineamiento estratégico 7. Contribuir a la autosuficiencia y diversidad de alimentos sanos, nutritivos y culturalmente apropiados de forma permanente

La alimentación involucra el proceso mediante el cual los alimentos se producen, tratan y consumen. La nutrición, por otro lado, corresponde al efecto biológico y fisiológico producto de la alimentación y sus condiciones. La buena nutrición depende ineludiblemente de una alimentación adecuada. Así, en atención a la Constitución de la República del Ecuador, la soberanía alimentaria aborda estos enfoques más integrales, a favor de contribuir tanto a la autosuficiencia de alimentos, así como a la diversidad alimentaria, procurando la sostenibilidad del planeta. Por ende, a través de este lineamiento estratégico se evidencia la prioridad del Estado Ecuatoriano por potenciarla soberanía alimentaria, vinculada a la promoción de la alimentación y nutrición adecuadas y generando mecanismos de corresponsabilidad individual, familiar, de los grupos sociales y del gobierno.

Líneas de acción

- 7.1** Garantizar la disponibilidad y acceso a alimentos diversos, seguros y culturalmente apropiados
- 7.2** Mejorar la provisión de programas de alimentación y cuidado estatales con alimentos provenientes de la agricultura familiar y/o la pesca artesanal.

Lineamiento estratégico 8. Fortalecer la protección e inclusión social a través de estrategias de fomento del ejercicio de derechos de los ciudadanos en todo su ciclo de vida

Este lineamiento estratégico plantea la voluntad del Estado por potenciar las intervenciones en materia de inclusión, que estén vinculadas a los determinantes de una buena alimentación y nutrición, con énfasis en los grupos de atención prioritaria y la población que se encuentra en pobreza o vulnerabilidad. Esto con la finalidad de reducir las brechas existentes, y motivar la protección social para la población susceptible al quebrantamiento del derecho a una alimentación saludable.

Líneas de acción

- 8.1** Garantizar una vivienda digna para familias en condición de vulnerabilidad, con énfasis en aquellas con mujeres gestantes, niños menores de 5 años y niños en edad escolar.
- 8.2** Asegurar que, las mujeres embarazadas, y los niños menores de 5 años, en condición de vulnerabilidad, captados para recibir atención integral, accedan a servicios de cuidado en CDI-CNH y reciban el BDH variable.
- 8.3** Condicionamiento del BDH variable de acuerdo al cumplimiento de prestaciones en salud y nutrición.





13. Plan de implementación

La implementación intersectorial del Plan está constituida para su ejecución en varios niveles; a nivel nacional, para la definición de políticas, y a nivel local, para la ejecución de la cartera de servicios y paquete de prestaciones intersectoriales por curso de vida. Todos los niveles requieren de una articulación y compromiso periódico de actores al más alto nivel, así como un plan de acción concreto y la construcción de redes de apoyo, como respuesta a los objetivos, lineamientos estratégicos y líneas de acción del Plan.

De esta manera, se han determinado tres niveles de ejecución, mismos que se describen a continuación:

- Nivel de articulación nacional, encargado del liderazgo del plan y coordinación intersectorial del Plan al más alto nivel.
- Nivel de planificación cantonal, encargado de la planificación local, así como el seguimiento político y monitoreo de la operación en territorio.
- Nivel de gestión local (distrito), encargado de la implementación de los servicios en territorio para garantizar la operatividad y simultaneidad de prestaciones.

En el nivel nacional participarán de manera amplia y permanente todas las instancias responsables de la implementación del plan, y en los niveles cantonales o de gestión territorial, las instancias cuyas prestaciones deriven directamente en servicios enfocados a la ciudadanía.

Nivel Nacional	Nivel cantonal	Nivel local-distrital
<u>Definen la política pública</u> Secretaría Técnica del Plan Toda una Vida Ministerio del Deporte Ministerio de Educación Ministerio de Inclusión Económica y Social Ministerio de Salud Pública Ministerio de Trabajo Ministerio de Agricultura y Ganadería y Ministerio de Acuacultura y Pesca Instituto Nacional de Estadísticas y Censos Secretaría Nacional del Agua	<u>Planifican servicios en el ámbito operativo:</u> Ministerio de Educación Consejo Sectorial de lo Social Ministerio de Salud Pública Ministerio de Inclusión Económica y Social Ministerio de Agricultura y Ganadería y Ministerio de Acuacultura y Pesca Gobiernos Autónomos Descentralizados Consejo Cantonal para la Protección de Derechos Ministerio del Deporte	<u>Proveen los servicios</u> Ministerio de Salud Pública Ministerio de Educación Ministerio de Inclusión Económica y Social Gobiernos Autónomos Descentralizados

13.1 Gestión a nivel nacional

a. Descripción y funciones

La Comisión Técnica Nacional de Alimentación y Nutrición –derivada de la Secretaría Técnica del Plan Toda una Vida o su institución símil vigente- es el órgano destinado a la revisión, articulación, coordinación, armonización y aprobación de la política social, ministerial e interministerial con sujeción al Plan Nacional de Desarrollo.

Esta Comisión constituye la instancia de carácter técnico que articula las acciones gubernamentales de las instituciones del sector social -corresponsables del Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición- para el cumplimiento de las metas del Plan Nacional de Desarrollo relativas a alimentación y nutrición.

Se convierte en el órgano que congrega la voluntad política de los representantes de las instituciones del Gobierno Central, Sociedad Civil, Organismos no gubernamentales, Academia y demás actores, en coordinación con los niveles políticos descentralizados, para la implementación técnica del Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición 2018-2025.

Funciones:

- Articula a las instancias responsables de la ejecución del PIANE.
- Coordina la implementación transversal del PIANE en estrategias prioritarias por curso de vida.
- Formula, aprueba y adopta programas, estrategias y medidas a nivel de la Secretaría Técnica del Plan Toda una Vida y el Consejo Sectorial de lo Social o sus instituciones símil vigentes, en función de garantizar el cumplimiento de las metas del PIANE.
- Consolida los resultados de seguimiento y monitoreo del PIANE.
- Evalúa los resultados a la implementación del PIANE.
- Emite lineamientos para el monitoreo a nivel cantonal
- Participa en reuniones de la Secretaría Técnica del Plan Toda una Vida, el Consejo Sectorial de lo Social o sus instituciones símil vigentes, para dar cuentas del avance de la implementación del PIANE, trimestralmente.
- Siempre que sea necesario, rinde cuentas a la Presidencia de la República sobre los avances en la implementación del PIANE.



- Fomenta la participación ciudadana, a través del establecimiento de mecanismos de veeduría del PIANE a nivel nacional.



Gráfico 18. Esquema gráfico del Modelo de gestión del Plan, a nivel nacional



Fuente: Equipo de Redacción PIANE

b. Funciones del Ministerio de Salud Pública

Asesoría Técnica

La asesoría técnica del PIANE recaerá en la institución rectora del tema de alimentación y nutrición. Esta institución será quien genere lineamientos técnicos específicos para otras Carteras de Estado en materia de alimentación y nutrición, en caso de ser requeridos o que su necesidad haya sido identificada. Estos aportarán al cumplimiento de actividades y tareas en el marco de los lineamientos estratégicos y resultados del plan. En este contexto, sus funciones son las siguientes:

- Recopilar y analizar la evidencia científica en materia de alimentación, nutrición y hábitos saludables, con el fin de generar insumos para la política pública y divulgar los mismos.

- Generar lineamientos técnicos, recomendaciones basadas en evidencia, regulaciones, entre otros insumos en materia de alimentación, nutrición, y hábitos de vida saludable.
- Asesorar a la Comisión Técnica de Alimentación y Nutrición a las instancias co-ejecutoras del PIANE, en cuanto a intervenciones que incidan sobre los determinantes de la nutrición y la alimentación y aporten al cumplimiento de las metas del PIANE.
- Generar lineamientos para la capacitación y sensibilización del talento humano responsable de la ejecución del PIANE, a todo nivel.

Co-ejecutor

El MSP, como ente ejecutor del PIANE, entre los principales roles frente a la gestión de esta política debe:

- Socializar la política y posicionar su importancia en el Sistema Nacional de Salud a nivel nacional.
- Vincular actores aliados (sociedad civil, ONG, academia, etc.) identificados como claves para el cumplimiento de la política.
- Cumplimiento de los lineamientos estratégicos, líneas de acción y resultados propuesto por el PIANE de directa responsabilidad.
- Generar directrices claras para las instancias desconcentradas del MSP frente a la ejecución de acciones vinculadas al cumplimiento del PIANE.
- Formular estrategias que permitan alcanzar los resultados propuestos.
- Generar un mecanismo de seguimiento y monitoreo interno del cumplimiento del plan a nivel territorial, con particular atención en la provisión de servicios en cumplimiento al paquete de atención en salud priorizado, que permita la entrega periódica de información a Senplades.
- Articulación intersectorial con los demás actores del PIANE a nivel nacional y territorial para el cumplimiento de acciones intersectoriales de acuerdo a las competencias establecidas para el PIANE.

13.2 Gestión a nivel cantonal

a. Descripción y funciones

En este nivel, el alcalde o su delegado, como autoridad territorial convocará quincenalmente a la mesa cantonal para realizar la planificación anual, la articulación de servicios, la emisión de directrices al territorio y el reporte periódico a la Comisión Técnica Nacional del PIANE.



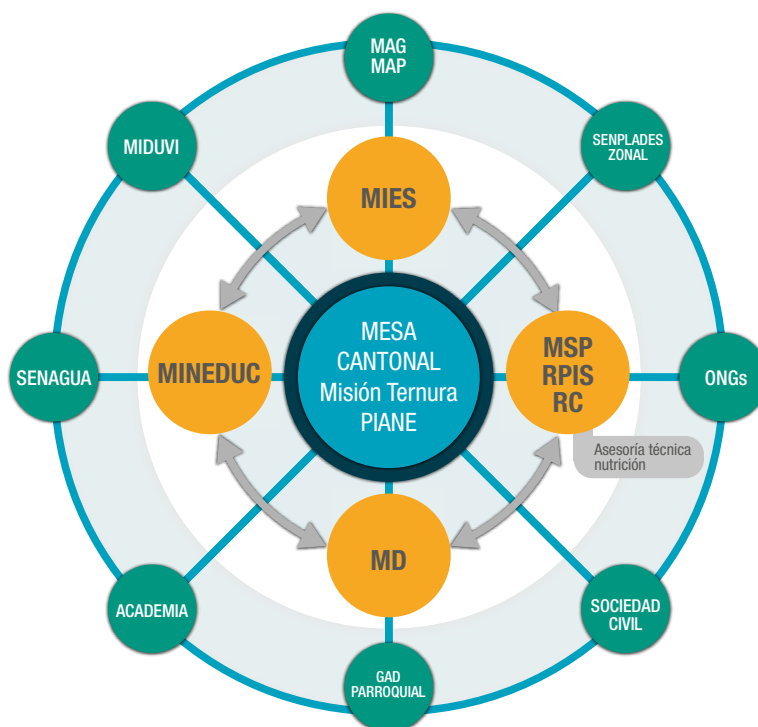
El Gobernador de cada provincia, como representante directo del Presidente de la República, hará un seguimiento político de la implementación del PIANE en los cantones priorizados en las provincias bajo su jurisdicción. Para esto podrá convocar a una mesa provincial con los representantes de los distintos cantones, o bien podrá, utilizar otros mecanismos de seguimiento político.

Funciones

- Planificación operativa anual
- Articulación de servicios en el cantón
- Emisión de directrices a los distritos
- Seguimiento de la implementación en el cantón y reporte a la Comisión Nacional



Gráfico 19. Esquema gráfico del Modelo de gestión del Plan, a nivel cantonal



*Para el caso de la provincia de Pichincha, en lugar del Gobernador, la Presidencia designará a un responsable de la articulación a este nivel de gestión

Fuente: Equipo de Redacción PIANE

b. Funciones del Ministerio de Salud Pública

El MSP, como ente co-ejecutor del PIANE, entre los principales roles frente a la gestión de esta política debe:

- Participar de manera obligatoria en la mesa cantonal con una persona delegada de provisión de servicios y una de promoción de la salud, del nivel zonal o distrital, según convenga.
- Levantar el diagnóstico de salud del Cantón.
- Contribuir en el desarrollo de la Planificación Operativa Anual para incluir intervenciones, de acuerdo a los componentes del PIANE de captación, seguimiento, atención integral, entorno saludable y corresponsabilidad ciudadana, por curso de vida.
- Asesorar técnicamente a la Mesa Cantonal en lo relativo a nutrición y alimentación.
- Ejecutar y dar seguimiento del cumplimiento del Plan a nivel de los cantones priorizados.
- Capacitar a los distritos de salud en los temas relevantes necesarios para el cumplimiento del PIANE.
- Planificar los recursos necesarios (humanos, insumos, financieros, entre otros) a nivel cantonal/distrital para el cumplimiento del PIANE.
- Garantizar el abastecimiento de medicamentos – micronutrientes (ácido fólico, hierro, zinc), vacunas, métodos anticonceptivos y otros – en cumplimiento de los paquetes priorizados, esquema de suplementación e inmunizaciones.
- Seguimiento y monitoreo interno del cumplimiento del plan a nivel cantonal/distrital, en estrecha coordinación con el accionar de Senplades; con particular atención en la provisión de servicios, en cumplimiento a los paquetes de atención en salud priorizados.

13.3 Gestión a nivel distrital

a. Descripción y funciones

En el nivel distrital el Ministerio de Salud Pública cuenta con las Mesas Distritales Intersectoriales e Interinstitucionales cuyas funciones se describen a continuación:

- Realizar y analizar un diagnóstico de salud a nivel distrital
- Identificar las parroquias dentro de su jurisdicción con mayores problemas de desnutrición crónica.



- Priorizar los problemas en materia de nutrición y alimentación en los que se enfocará la acción de la mesa, en base a los lineamientos emitidos desde el nivel nacional y cantonal.
- Elaborar el plan de acción anual de la mesa a nivel distrital, enfocándose en la captación, adscripción, atención a través de paquetes priorizados y seguimiento nominal, desde la competencia de cada uno de los actores.
- Ejecutar el plan desde la competencia de cada uno de los actores.
- Monitorear la implementación de la planificación establecida.

En el marco de estas funciones, un delegado o representante de los distritos de salud será el responsable de convocar a los distintos actores a la mesa distrital, de manera periódica, con la finalidad de poner en marcha las actividades antes descritas. La mesa distrital deberá designar roles a cada uno de los asistentes en su primera sesión, roles que serán asumidos de forma rotativa por los diferentes convocados.

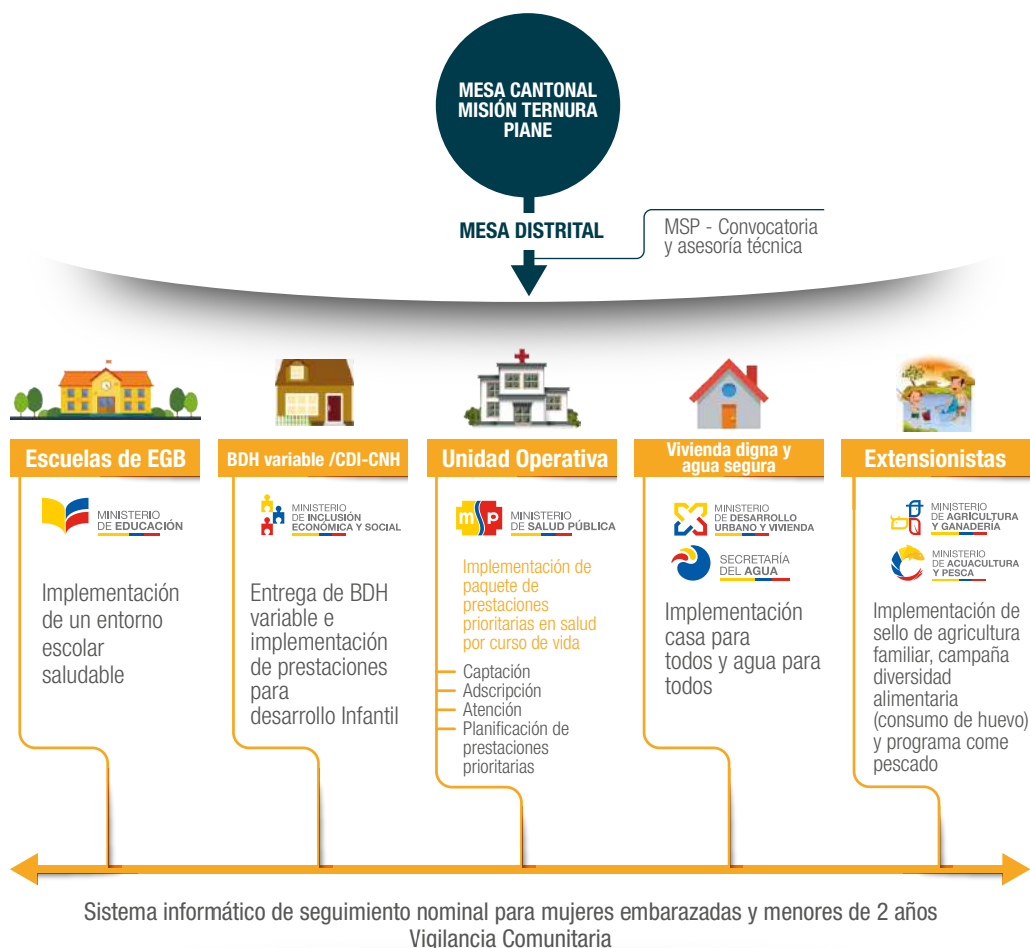
b. Funciones del Ministerio de Salud Pública

El MSP, como ente ejecutor del PIANE, entre los principales roles frente a la gestión de esta política debe:

- Identificación de grupos prioritarios para el seguimiento nominal.
- Planificación de visitas extramurales, tamizaje y atenciones.
- Formulación y utilización del padrón nominal de niños menores de 2 años, dentro de su jurisdicción, para el seguimiento nominal
- Utilización de tarjeteros para la identificación de mujeres embarazadas o en período de post parto
- Generar fortalecimiento de capacidades en el personal de las unidades operativas seleccionadas para la toma de peso, talla/longitud (antropometría) y consejería.
- Coordinación y garantía del agendamiento de grupos prioritarios
- Coordinación y garantía de la aplicación de los paquetes priorizados de atención.
- Garantizar la participación de los comités locales en la vigilancia comunitaria



Gráfico 20. Esquema gráfico del Modelo de gestión del Plan, a nivel distrital



ARTICULACIÓN DE PLANES OPERATIVOS ANUALES DISTRITALES

Fuente: Equipo de Redacción PIANE

13.4 Metodología de priorización

a. Cantones

La metodología para la selección de cantones en donde se implementará el Plan se fundamenta principalmente en los criterios de significancia de la salud pública para determinar las prevalencias medias y altas de desnutrición crónica (Tabla 2).





Tabla 2. Puntos de corte de significancia en salud pública

INDICADOR	PUNTO DE CORTE E INTERPRETACIÓN
Bajo peso	<10% Prevalencia baja 10-19% Prevalencia media 20-29% Prevalencia alta ≥ 30% Prevalencia muy alta
Desnutrición crónica	< 20% Prevalencia baja 20-29% Prevalencia media 30-39% Prevalencia alta ≥ 40% Prevalencia muy alta
Desnutrición aguda	<5% Prevalencia aceptable 5-9% Prevalencia pobre 10-14% Prevalencia seria ≥ 15% Prevalencia crítica

Fuente: OMS. Nutrition Landscape Information System country profile indicators. Interpretation guide. 2010

De esta manera se seleccionaron los cantones en los que las prevalencias de desnutrición crónica en menores de 5 años se encuentran en una clasificación alta y muy alta (>20%), de acuerdo a las cifras proyectadas de desnutrición crónica a nivel cantonal –estimadas en base a la Ensanut 2012, según lo reportado por Misión Ternura. Una vez seleccionados los cantones con mayor desnutrición crónica, se selecciona los cantones a ser intervenidos en base a dos criterios:

- Cantón con implementación Médico del Barrio
- Tener al menos dos programas funcionando en su cantón, sean estos, Municipio Saludable, Misión Ternura o algún proyecto importante relacionado al ámbito alimentario nutricional.

De esta manera se deriva la selección de 92 cantones (18 provincias) para la implementación del PIANE 2018-2025 (Tabla 3).

Si bien la selección se basó en las tasas de desnutrición crónica en menores de 5 años, se debe considerar la posible vinculación metabólica entre la desnutrición crónica en la niñez y el desarrollo futuro de sobre peso y obesidad en el curso de la vida; de aquí que, según la Ensanut 2012, las provincias con altas tasas de desnutrición crónica en el país, también reportan altas tasas de sobrepeso y obesidad en todos los grupos de edad. Es de esperarse que lo mismo suceda a nivel cantonal.



Tabla 3. Cantones seleccionados para énfasis en la implementación del PIANE 2018-2025

Primera fase (371 704 niños < 5 años) Abril 2018 a Marzo 2019	NRO.	PROVINCIA	NOMBRE DEL CANTÓN	DESNUTRICIÓN CRÓNICA 0-5 (EXTRAPOLACIÓN MISIÓN TERNURA 2018)	PROYECCIÓN 2018 DE LA POBLACIÓN DE 0 A 5 (DENEAIS-MSP 2018)	PROYECCIÓN 2018 DE LA POBLACIÓN CON DESNUTRICIÓN DE 0 A 5 (EXTRAPOLACIÓN MISIÓN TERNURA 2018)
	1	AZUAY	PUCARA	0.36	1,142	416
	2	AZUAY	OÑA	0.35	390	137
	3	AZUAY	NABÓN	0.42	1,685	699
	4	BOLÍVAR	GUARANDA	0.46	12,902	5,908
	5	CARCHI	ESPEJO	0.36	1,179	422
	6	CARCHI	MIRA	0.35	949	331
	7	CHIMBORAZO	GUAMOTE	0.60	7,260	4,344
	8	CHIMBORAZO	COLTA	0.57	3,855	2,183
	9	CHIMBORAZO	ALAUSI	0.55	5,425	2,990
	10	COTOPAXI	PUJILI	0.42	9,294	3,884
	11	COTOPAXI	SALCEDO	0.36	6,413	2,324
	12	GUAYAS	COLIMES	0.29	2,838	816
	13	GUAYAS	BALZAR	0.28	6,506	1,821
	14	IMBABURA	PIMAMPIRO	0.36	1,181	425
	15	IMBABURA	ANTONIO ANTE	0.35	5,083	1,799
	16	LOJA	PALTAS	0.31	2,324	727
	17	NAPO	ARCHIDONA	0.35	4,270	1,498
	18	NAPO	TENA	0.32	9,796	3,128
	19	ORELLANA	AGUARICO	0.32	541	171
	20	PICHINCHA	QUITO	0.25	237,136	58,359
	21	SANTA ELENA	SANTA ELENA	0.40	20,828	8,227
	22	SANTA ELENA	LA LIBERTAD	0.39	12,722	5,001
	23	SANTA ELENA	SALINAS	0.39	9,986	3,876
	24	TUNGURAHUA	QUERO	0.40	1,957	782
	25	TUNGURAHUA	SAN PEDRO DE PELILEO	0.39	6,041	2,381





Segunda fase (468 659 niños < 5 años)
Abril 2019 a Marzo 2020

26	AZUAY	CHORDELEG	0.34	1,437	490
27	AZUAY	GUALACEO	0.34	4,852	1,651
28	AZUAY	SAN FERNANDO	0.31	330	104
29	AZUAY	GIRÓN	0.34	1,247	425
30	AZUAY	SANTA ISABEL	0.33	2,005	664
31	AZUAY	PAUTE	0.33	2,803	923
32	AZUAY	GUACHAPALA	0.33	358	116
33	AZUAY	SEVILLA DE ORO	0.32	651	211
34	AZUAY	EL PAN	0.31	225	70
35	BOLÍVAR	LAS NAVES	0.36	760	275
36	BOLÍVAR	CALUMA	0.36	1,706	611
37	BOLÍVAR	ECHEANDÍA	0.38	1,323	501
38	CHIMBORAZO	GUANO	0.47	4,723	2,224
39	CHIMBORAZO	CHUNCHI	0.46	1,302	601
40	CHIMBORAZO	PENIPE	0.43	599	258
41	COTOPAXI	SAQUISILÍ	0.41	3,660	1,499
42	COTOPAXI	LATACUNGA	0.32	20,506	6,623
43	GUAYAS	MILAGRO	0.24	18,232	4,399
44	GUAYAS	DURÁN	0.23	28,076	6,421
45	GUAYAS	GUAYAQUIL	0.22	238,033	51,915
46	IMBABURA	OTAVALO	0.43	12,745	5,447
47	IMBABURA	COTACACHI	0.41	4,794	1,984
48	IMBABURA	SAN MIGUEL DE URCUQUÍ	0.36	1,738	622
49	LOJA	CATAMAYO	0.29	3,275	947
50	MANABÍ	EL CARMEN	0.26	11,289	2,906
51	MANABÍ	CHONE	0.25	12,490	3,135
52	MANABÍ	PORTOVIEJO	0.23	27,282	6,368
53	PASTAZA	SANTA CLARA	0.34	440	149
54	PASTAZA	MERA	0.30	1,736	514
55	PICHINCHA	CAYAMBE	0.33	11,497	3,772
56	SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS	SANTO DOMINGO	0.21	45,886	9,723
57	TUNGURAHUA	TISALEO	0.39	1,202	470
58	TUNGURAHUA	MOCHA	0.37	610	224
59	TUNGURAHUA	CEVALLOS	0.36	846	304

Tercera fase (198 608 niños < 5 años) Abril 2020 a Marzo 2021	60	AZUAY	SIGSIG	0.35	3,051	1,074
	61	AZUAY	CUENCA	0.30	55,752	16,804
	62	BOLÍVAR	CHILLANES	0.39	1,876	724
	63	BOLÍVAR	SAN MIGUEL	0.37	2,921	1,087
	64	CARCHI	IBARRA	0.32	19,338	6,175
	65	CHIMBORAZO	RIOBAMBA	0.43	22,639	9,803
	66	COTOPAXI	SIGCHOS	0.41	3,094	1,256
	67	COTOPAXI	PANGUA	0.36	2,876	1,022
	68	GUAYAS	ISIDRO AYORA	0.29	1,590	454
	69	GUAYAS	PEDRO CARBO	0.28	5,688	1,600
	70	LOJA	SOZORANGA	0.34	810	274
	71	LOJA	ZAPOTILLO	0.34	1,577	531
	72	LOJA	PINDAL	0.33	1,090	358
	73	LOJA	QUILANGA	0.32	352	113
	74	LOJA	ESPÍNDOLA	0.32	1,429	452
	75	LOJA	GONZANAMÁ	0.32	989	312
	76	LOJA	CHAGUARPAMBA	0.31	612	189
	77	LOJA	OLMEDO	0.33	385	128
	78	MANABÍ	OLMEDO	0.30	1,014	300
	79	MANABÍ	PAJÁN	0.29	3,910	1,139
	80	MANABÍ	24 DE MAYO	0.29	2,746	794
	81	MORONA SANTIAGO	TIWINTZA	0.41	1,528	619
	82	MORONA SANTIAGO	SUCUA	0.33	2,646	876
	83	LOJA	SARAGURO	0.38	3,705	1,397
	84	MORONA SANTIAGO	TAISHA	0.40	4,534	1,821
	85	PASTAZA	PASTAZA	0.32	9,401	3,016
	86	TUNGURAHUA	PATATE	0.39	1,469	579
	87	TUNGURAHUA	AMBATO	0.38	33,422	12,730
	88	ZAMORA CHINCHIPE	YANTZAZA (YANZATZA)	0.30	3,242	973
	89	ZAMORA CHINCHIPE	YACUAMBI	0.39	1,032	403
	90	ZAMORA CHINCHIPE	NANGARITZA	0.35	1,127	390
	91	ZAMORA CHINCHIPE	PALANDA	0.29	1,275	371
	92	ZAMORA CHINCHIPE	EL PANGUI	0.32	1,489	477
TOTAL					1,038,971	296,959

Fuente: Misión Ternura 2018; MSP 2018



b. Parroquias

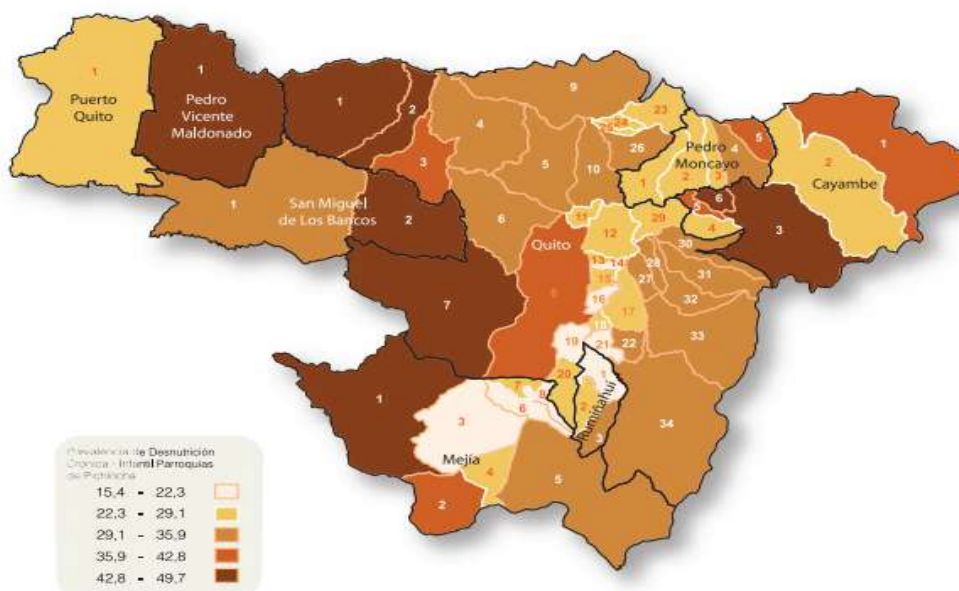
Una vez seleccionados los cantones de intervención, se requiere establecer, dentro del cantón, las parroquias con mayores prevalencias de desnutrición crónica. Esta selección se puede realizar a partir del mapa de la desnutrición crónica de la ECV-2006, por ser la única fuente disponible que reporta prevalencias de desnutrición crónica con representatividad parroquial que muestra la tendencia de desnutrición crónica a escala territorial. Ya seleccionadas las parroquias, los establecimientos de salud correspondientes a dichas parroquias deberán iniciar la implementación del PIANE.

Así, por ejemplo, en el caso de Pichincha, los cantones priorizados son Quito y Cayambe. De acuerdo al Gráfico 21, las parroquias con mayor desnutrición crónica (>35.9%) en dichos cantones son:

Quito	Cayambe
Pacto	Olmedo
Gualea	Cangahua
Nanegalito	Santa Rosa de Cuzumba
Lloa	Otón
Quito (parroquias urbanas)	



Gráfico 21. Prevalencia de Desnutrición Crónica en Pichincha, por parroquias



Cayambe

1. Olmedo (Pesillo)
2. Cayambe
3. Cangahua
4. Ascázubi
5. Santa Rosa de Cuzubamba
6. Otón

Mejía

1. Manuel Cornejo Astorja (Tandapi)
2. El Chaupi
3. Aloag
4. Aloasi
5. Machachi
6. Tambillo
7. Cutuglahua
8. Uyumbicho

Pedro Moncayo

1. Matchingui
2. Tocachi
3. La Esperanza
4. Tabacundo
5. Tupigachi

Quito

1. Pacto
2. Guala
3. Nanegalillo
4. Nanegal
5. Calacali
6. Nono
7. Lloa
8. Quito
9. San José de Minas
10. San Antonio
11. Pomasqui
12. Calderón (Carapungo)
13. Llano Chico
14. Zumbiza
15. Nayón
16. Cumbayá
17. Tumbaco
18. Guano polo
19. Conocoto
20. Amaguará
21. Alangasí

22. La Merced
 23. Atahualpa (Habaspamba)
 24. Chavezpamba
 25. Perucho
 26. Puéllaro
 27. Puembo
 28. Tababela
 29. Guayllabamba
 30. El Quinche
 31. Checa (Chilpa)
 32. Yaruqui
 33. Pilo
 34. Pintag
- Rumiñahui**
1. Sangolquí
 2. Cotogchoa
 3. Rumipamba
- San Miguel de los Bancos**
1. San Miguel de los Bancos
 2. Mindo
- Pedro Vicente Maldonado**
1. Pedro Vicente Maldonado
- Puerto Quito**
1. Puerto Quito

Fuente: ECV 2006





13.5 Conjunto intersectorial de acciones por curso de vida

Lo lógica de la gestión del Plan en el territorio responde a la entrega de un conjunto intersectorial de acciones por curso de vida, gestionando redes de apoyo en el territorio para garantizar la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la acción sobre los determinantes de la malnutrición y la corresponsabilidad ciudadana, desde todos los actores involucrados. En el Anexo 2 se presenta un esquema general del conjunto intersectorial de acciones por curso de vida que inciden sobre los determinantes de la nutrición.

a. Acciones del Ministerio de Salud Pública

En esta sección se describen las acciones necesarias que el Ministerio de Salud Pública debe implementar para garantizar la salud alimentario-nutricional, del individuo y su familia, por curso de vida. Las acciones se dividen en cinco componentes esenciales que reflejan las dimensiones de acción para prevenir los problemas de malnutrición paso a paso: i) captación ii) seguimiento, iii) atención integral en salud, iv) entorno saludable y v) corresponsabilidad ciudadana.

En el componente de ***captación*** se describen las maneras en que el grupo de población será captado para recibir el paquete de prestaciones intersectoriales a nivel individual.

En el componente de ***seguimiento*** se presenta las acciones para garantizar el seguimiento nominal de mujeres embarazadas desde el primer trimestre de gestación y niños desde su nacimiento.

En el componente de ***atención integral en salud*** se presenta el paquete de prestaciones priorizadas que recibirá el grupo poblacional a nivel del territorio, considerando los servicios prestados por el establecimiento de salud.

El componente de ***entorno saludable*** exhibe las acciones intersectoriales que se deben realizar para mejorar los entornos en los que vive el individuo y su familia.

Finalmente, el componente de ***corresponsabilidad ciudadana*** muestra las acciones a nivel individual, familiar y comunitario que contemplan el rol de la sociedad civil y su responsabilidad en la implementación del Plan.



a. Mujer embarazada

Una buena nutrición en los 1000 días, entre el embarazo de una mujer y el segundo año de vida de su hijo, sientan los cimientos de una salud, crecimiento y desarrollo óptimos durante el curso de la vida. Por ello, la mujer embarazada se ha priorizado dentro del Plan, a través, del siguiente paquete de prestaciones:

PAQUETE DE PRESTACIONES PARA MUJER EMBARAZADA	
COMPONENTES	DESCRIPCIÓN OPERATIVA
Captación	▪ Captación extramural por medio de Médico del Barrio. ▪ Captación por medio de familias con niños inscritos en Centros de Desarrollo Infantil -CDI y Programa Creciendo con Nuestros Hijos-CNH. ▪ Captación extramural por medio de vigilancia comunitaria de los Comités Locales de Salud-CLS y Técnicos de Atención Primaria en Salud-TAPS ▪ Captación a través de parteras comunitarias reconocidas por el MSP. ▪ Demanda espontánea de usuarias. ▪ Captación por agendamiento a través del contact center (línea 171).
Seguimiento	▪ Seguimiento de casos por Médico del Barrio ▪ Sistema integral de seguimiento PRAS ▪ Tarjetero de seguimiento de mujeres embarazadas ▪ Diagnóstico y seguimiento de pacientes y familias captadas con riesgos por parte del Médico del Barrio ▪ Visita domiciliaria a embarazadas identificadas con riesgos por parte de EAIS ▪ Apoyo al seguimiento de embarazadas por parte de CLS. ▪ Educación prenatal a las mujeres embarazadas, articulado con agentes de la medicina ancestral (hombres y mujeres de sabiduría)
Atención integral en salud	Conjunto de prestaciones mínimas en salud definido en base a la relación con la prevención de la malnutrición: ▪ Un control en el primer trimestre de embarazo: ganancia de peso adecuado, con exámenes de laboratorio: VIH, VDRL, EMO y hemoglobina. ▪ Cuatro controles prenatales (mínimo), subsecuentes al primer control ▪ Inmunizaciones (tétanos) ▪ Suplementación con hierro + ácido fólico (60mg + 400mcg 1 tableta/día) para prevención de anemia y espina bífida. ▪ Diagnóstico y tratamiento de anemia ▪ Planificación familiar pre y post concepcional ▪ Prevención, detección y manejo de violencia, maltrato, drogodependencia y riesgos en general.

Educación y consejería en salud	▪ Sesiones de educación prenatal que incluyan temas de alimentación, ganancia adecuada de peso y lactancia materna ▪ Visita de mujeres embarazadas a unidades de trabajo de parto y posparto (UTPR) para familiarización y fomento del parto respetado y libre posición ▪ Entrega de información sobre cuidados durante el embarazo (alimentación, ganancia adecuada de peso y lactancia materna) en salas de espera de los establecimientos de salud ▪ Ferias de salud con metodologías de educación sobre cuidados durante el embarazo (alimentación, suplementación, ganancia adecuada de peso y lactancia materna). ▪ Campañas de salud: salud oral de la embarazada, jornadas de Detección Oportuna del Cáncer (DOC) cérvico uterino para embarazadas, tamizaje de VIH a embarazadas
Corresponsabilidad ciudadana	▪ Club de madres por establecimiento de salud ▪ Activación de red local de mujeres embarazadas ▪ Grupos de apoyo ▪ Fortalecimiento de capacidades de los comités locales de salud en temas relacionados a cuidados durante el embarazo (controles, alimentación, suplementación, ganancia adecuada de peso y lactancia materna). ▪ Identificación, legitimación, reconocimiento, articulación e inclusión de parteras en la comunidad ▪ Plan de acción frente a potenciales riesgos ambientales de las embarazadas (gobiernos locales y EAIS)



b. Mujer en postparto y neonato

El periodo de la mujer en postparto y el niño neonato es corto, sin embargo, suponen un momento crucial que puede condicionar el desarrollo futuro de ambos. Por ende, es de vital importancia el cumplimiento de algunas prácticas de atención y la seguridad de los derechos fundamentales que corresponden a estas etapas vitales.



PAQUETE DE PRESTACIONES PARA MUJER EN POSPARTO Y NEONATO	
COMPONENTES	DESCRIPCIÓN OPERATIVA
Captación	• Captación extramural por medio de médico del barrio hasta 42 días después del puerperio • Captación extramural por medio de vigilancia comunitaria CLS y TAPs hasta 42 días después del puerperio • Demanda espontánea • Captación por el Sistema de mensajería CNT de reporte de casos por diferentes actores (extensionistas MAG, docentes MINEDUC, educadoras y técnicas de acompañamiento familiar MIES) • Captación por agendamiento Call Center (solo posparto)
Seguimiento	• Seguimiento de casos por Médico del Barrio • Sistema integral de seguimiento PRAS • Registro en el REVIT y cedulación del recién nacido • Visita domiciliaria a RN nacidos y madre posparto (captación dentro de las primeras 48h, hasta 42 días después del puerperio y monitoreo telefónico) • Visita domiciliaria a RN, hijos de familias que estuvieron en seguimiento como familia de riesgo, madres con sífilis, VIH, TB, con discapacidad, RN y madres con problemas en la lactancia, malnutrición (sobrepeso, obesidad, desnutrición y/o anemia), padres en situación violencia familiar, consumo de sustancias psicoactivas, tabaquismo u otros determinados por el equipo de salud. • Visita de promotoras comunitarias de lactancia materna y alimentación saludable.



Atención integral en salud	Mujer posparto • Atención integral de la mujer postparto (aplicación MATEP, SCORE MAMA). • Prescripción de suplementación de micronutrientes (Hierro). • Aseguramiento de cita médica programada para control posterior al parto, enfocado en la pesquisa de infección puerperal, hemorragias, planificación familiar, salud mental, alimentación saludable, lactancia materna exclusiva, hasta 42 días después del puerperio. • Detección, tratamiento y referencia de conflictos de pareja, consumo de sustancias psicoactivas, tabaquismo, depresión posparto. Neonato • Prácticas integrales del parto: apego inmediato, clampeo oportuno del cordón umbilical e inicio de lactancia materna en la primera hora de vida, alojamiento conjunto, antropometría, profilaxis ocular y hemorrágica. • Identificación del neonato. • Lactancia materna exclusiva a libre demanda. • Método canguro, cuando aplique. • Atención de R.N. según normas AIEPI en menores de dos meses • Atención Integral del Niño Sano por consulta y emergencia médica (estado nutricional, desarrollo neuromuscular y psicomotriz, lactancia materna, crecimiento y desarrollo); así como enfocados en diagnóstico y tratamiento de Infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas, enfermedades infecciosas y transmisibles. • Inmunización: Vacunación BCG y Hepatitis B. • Detección de la agudeza visual, auditiva y tamizaje metabólico neonatal. • Diagnóstico, tratamiento, manejo y referencia de malformaciones congénitas. • Diagnóstico, tratamiento, estabilización y referencia de luxaciones y fracturas de extremidades. • Tamizaje neonatal obligatorio en los establecimientos de salud, como prevención para problemas en el metabolismo y posibles casos de riesgo genético en los recién nacidos.
Educación y consejería en salud	• Asesoría en planificación familiar, lactancia materna, alimentación saludable en salas de posparto. • Aseguramiento de la adopción de métodos anticonceptivos antes del egreso hospitalario.
Entorno saludable	• Cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, al no promocionar estos sucedáneos por parte del personal médico, los puntos de expendio (farmacias y tiendas) y la industria alimentaria. • Implementación de salas de apoyo a la lactancia materna en espacios laborales, públicos y privados. • Conformación de grupos de apoyo a la lactancia y maternidad. • Bancos de leche humana para entrega de leche materna a niños prematuros y en bajo peso y donación de leche por parte de madres sanas. • Campañas y ferias de salud materno infantil.

**Corresponsabilidad
ciudadana**

- Vigilancia comunitaria a través de comités locales de salud hasta 42 días después del puerperio
- Capacitación y fortalecimiento de los comités locales de salud para apoyo en la captación de mujeres posparto sin control en coordinación con los EAIS
- Grupos de apoyo a la lactancia y maternidad.
- Fortalecimiento de capacidades de parteras comunitarias en temas de alimentación saludable, lactancia materna en mujeres en el posparto.

c. Niño menor de 5 años

Los niños menores de 5 años y sobre todo los menores de dos años son un grupo priorizado de intervención, ya que en esta etapa de la vida se ven implicados numerosos cambios fisiológicos y de desarrollo que condicionarán el alcance de una vida adulta saludable. Por ende, se trabaja con el enfoque de los “1000 primeros días”, considerados como la “ventana de oportunidad” para prevenir la desnutrición. Todo esto, sumado a la coordinación intersectorial para el abordaje de los determinantes de la salud, que incidirán en el adecuado crecimiento y desarrollo de los infantes ecuatorianos.

PAQUETE DE PRESTACIONES PARA NIÑO MENOR DE 5 AÑOS	
COMPONENTES	DESCRIPCIÓN OPERATIVA
Captación (Énfasis en menores de 2 años)	• Captación extramural por medio de médico del barrio • Captación por medio de población cautiva de CDI y CNH (0 a <3 años) y Educación Inicial del MINEDUC (3 a 5 años). • Captación extramural por medio de vigilancia comunitaria CLS y personal TAPS • Demanda espontánea • Captación por agendamiento a través de contact center (línea 171)
Seguimiento	• Seguimiento de casos por Médico del Barrio • Sistema integral de seguimiento PRAS
Atención integral en salud	Conjunto de prestaciones mínimas en salud definido en base a la relación con la prevención de la malnutrición: 0 a <1 • Doce controles de crecimiento y desarrollo en el primer año de vida • Vacunas de Neumococo y rotavirus • Suplementación con Vitamina A • Suplementación con micronutrientes (hierro principalmente) desde los 6 meses de edad • Valoración de hemoglobina. • Diagnóstico y tratamiento oportuno de la desnutrición aguda.



Atención integral en salud	1 a <2 • 6 controles de crecimiento y desarrollo • Suplementación con vitamina A • Diagnóstico y tratamiento oportuno de la desnutrición aguda. • Valoración de hemoglobina.
	2 a <5 • 2 controles anuales de crecimiento y desarrollo • Visita anual del personal de salud a instituciones educativas • Diagnóstico y tratamiento oportuno de la desnutrición aguda. • Suplementación con Vit A • Valoración de hemoglobina.
Educación y consejería en salud	0 a <1 • Consejería en lactancia materna exclusiva (sacado de leche, almacenamiento de leche (en casos oportunos), derecho laboral de licencia de lactancia materna y reducción de jornada laboral) • Consejería en uso y toma de micronutrientes • Consejería en alimentación complementaria • Sesión demostrativa de alimentación complementaria a los 5 y 9 meses de edad • Consejería en salud sexual y reproductiva durante la lactancia materna (planificación familiar) • Consejería en lavado de manos, higiene alimentaria y agua segura
	1 a <2 • Consejería en lactancia materna continua • Consejería en alimentación infantil saludable • Consejería en actividad física infantil • Consejería en agua segura, lavado de manos e higiene de los alimentos
	2 a <5 • Consejería en alimentación infantil saludable escolar • Consejería en actividad física infantil • Consejería en agua segura, lavado de manos e higiene de los alimentos
Entorno saludable	• Acceso a agua segura y saneamiento (SENAGUA) • Acceso a vivienda digna (MIDUVI)
Corresponsabilidad ciudadana	• Vigilancia comunitaria a través de comités locales de salud



d. Niño de 5 a 11 años

Considerando que el 98% de los niños de 5 a 11 años se encuentran en los centros educativos, el entorno escolar se convierte en el espacio clave para la implementación de estrategias y acciones enfocadas a combatir la malnutrición y generar hábitos y prácticas de vida saludable, tanto a nivel individual como colectivo.

PAQUETE DE PRESTACIONES PARA NIÑOS EN EDAD ESCOLAR (5 a 11 años)	
COMPONENTES	DESCRIPCIÓN
Captación	• Captación, remisión de niños en riesgo de sobrepeso a través de los Departamentos de Consejería Estudiantil de las unidades educativas (DECE) para la atención integral en salud. • Captación en los establecimientos de salud de los niños en riesgo.
Seguimiento	• Seguimiento de niños en riesgo de sobrepeso a través de los Departamentos de Consejería Estudiantil de las unidades educativas (DECE). • Apoyo a niños y niñas víctimas de acoso escolar por su condición de sobrepeso y/u obesidad. • Monitoreo aleatorio bienal del entorno escolar (enfocado en alimentación, actividad física y antropometría).
Atención integral en salud	• Control de salud y consulta nutricional (visita anual del personal de salud a instituciones educativas y visitas domiciliarias a niños en riesgo). • Seguimiento a niños en riesgo (Quimestral) • Prescripción de actividad física (60 minutos al día)

Educación y consejería en salud	• Consejería en hábitos saludables de alimentación y nutrición (anual) • Sesiones demostrativas de alimentación saludable y actividad física (anual en las escuelas). • Consejería en lavado de manos, higiene alimentaria y agua segura (anual).
Entorno saludable	• Programa de Alimentación Escolar que provee alimentos saludables y locales. • Vigilancia del cumplimiento del Reglamento de Bares Escolares • Cumplimiento de las 5 horas pedagógicas de Educación Física en las instituciones de Educación General Básica • Disponibilidad de agua segura en todas las instituciones educativas • Campañas de educación y comunicación en hábitos saludables, Lonchera Saludable y Guías Alimentarias. • Mallas curriculares actualizadas que incorporen el abordaje de hábitos saludables en todos los niveles. • Existencia y aplicación de ordenanza regulatoria de ventas en la vía pública en instituciones educativas. • Promoción de actividades de recreación y deportivas permanentes fuera del entorno educativo, con otras instituciones corresponsables.
Corresponsabilidad ciudadana	• Módulo de hábitos saludables en el Programa Escuela para Padres y Madres. • Inclusión en el Proyecto Educativo Institucional de objetivos estratégicos vinculados con hábitos saludables. • Veeduría por los comités de padres de familia en instituciones educativas, organizaciones de maestros y comités locales de salud.



e. Adolescente de 10 a 19 años

Los adolescentes generalmente gozan de buena salud en comparación con otros grupos de edad, pero se enfrentan a riesgos de salud particulares, que pueden ser perjudiciales no solo para su futuro inmediato, sino para el resto de sus vidas. Por esto es necesario emprender actividades que satisfagan sus necesidades educativas y de salud de manera oportuna (55).

El objetivo supremo del trabajo con adolescentes es impulsar la construcción del proyecto de vida, de la autonomía, como la capacidad de toma de decisiones y, la autoestima, todos factores protectores (56). Por lo tanto, se buscan crear capacidades en el ámbito de la alimentación, nutrición y actividad física que generen hábitos sostenibles durante el curso de vida.



PAQUETE DE PRESTACIONES PARA ADOLESCENTES	
COMPONENTES	DESCRIPCIÓN OPERATIVA
Captación	• Visitas del personal de salud a instituciones educativas • Tamizaje del estado nutricional IMC (Peso/talla) a adolescentes, efectuado durante las prácticas preprofesionales de las áreas de salud. • Demanda espontánea en cualquier establecimiento de salud del Primer Nivel de Atención. • Captación por agendamiento a través de contact center (línea 171) • Captación, remisión de adolescentes en riesgo de sobrepeso a través de los Departamentos de Consejería Estudiantil de las unidades educativas (DECE) para la atención integral en salud.



Seguimiento	• Agendamiento de cita semestral en establecimientos de salud o de no ser factible, visita domiciliaria por parte del equipo de salud, a adolescentes con problemas o riesgo de malnutrición. • Seguimiento de problemas de salud (malnutrición) o discapacidad. • Seguimiento de adolescentes en riesgo de sobrepeso a través de los Departamentos de Consejería Estudiantil de las unidades educativas.
Atención integral en salud	• Un control anual obligatorio a adolescentes de 10 a 14 años y, a los adolescentes de 15 a 19 años, 1 control en este rango de edad a través de visita del personal de salud a establecimientos educativos. • Prescripción de actividad física (60 minutos al día)
Educación y consejería en salud	• Consejería Nutricional • Educación en alimentación saludable y práctica de actividad física. • Educación en salud sexual y reproductiva • Consejería en lavado de manos, higiene alimentaria y agua segura.
Entorno saludable	• Programa de Alimentación Escolar que provee alimentos saludables y locales. • Vigilancia del cumplimiento del Reglamento de Bares Escolares • Cumplimiento de las 5 horas pedagógicas de Educación Física en las instituciones de Educación General Básica • Disponibilidad de agua segura en todas las instituciones educativas • Campañas de educación y comunicación en hábitos saludables, Lonchera Saludable, Guías Alimentarias y Etiquetado. • Mallas curriculares actualizadas que incorporen el abordaje de hábitos saludables en todos los niveles. • Existencia y aplicación de ordenanza regulatoria de ventas en la vía pública en instituciones educativas. • Promoción de actividades de recreación y deportivas permanentes fuera del entorno educativo con otras instituciones corresponsables.
Corresponsabilidad ciudadana	• Adolescentes promotores de la salud. • Club de adolescentes • Veedurías por los comités de padres de familia de los establecimientos educativos y de los comités locales de salud

f. Adultos de 20 a 59 años

La estrategia de promoción de la salud en adultos se enfocan en la creación de sociedades con actitudes y valores positivos hacia la cultura del movimiento y la alimentación saludable, creando entornos que promuevan y salvaguarden los derechos de las personas para tener un acceso equitativo a lugares y espacios seguros en sus ciudades y comunidades. Lo que se busca esencialmente es que los adultos accedan a una alimentación saludable y puedan ser físicamente activos a través de la caminata, el uso de bicicleta, la recreación activa, los deportes, la danza y el juego.

PAQUETE DE PRESTACIONES PARA ADULTOS	
COMPONENTE	DESCRIPCIÓN OPERATIVA
Captación y seguimiento	• Consulta a libre demanda • Tamizaje en sobrepeso y obesidad
Seguimiento	• Visita domiciliaria por parte del equipo de salud a adultos en riesgo. • Agendamiento para controles.
Atención integral en salud	• Entrega de conjunto de prestaciones a adultos de 20 a 64 años en establecimientos de salud del sistema nacional de salud. (MAIS) • Atención integral para adultos con sobrepeso y obesidad: consulta nutricional y prescripción de actividad física (30 minutos al día)
Educación y consejería en salud	• Consejería y educación en hábitos de vida saludable, higiene y agua segura. • Ferias de hábitos de vida saludable • Grupos de apoyo
Entorno saludable	• Espacios para la realización de actividad física en establecimientos de salud. • Reconocimiento de Responsabilidad Nutricional a restaurantes y cafeterías • Etiquetado de productos procesados • Impuesto a bebidas azucaradas • Estrategia Agita tu mundo en todas las instituciones públicas (Ejes: alimentación saludable: fomentando el consumo de frutas y verduras, actividad física: uso de bici y caminata para el trabajo, nuestro espacio saludable: evitar o reducir el consumo de productos de tabaco o alcohol, semilla sembrada, canasta institucional, autoevaluación de estado nutricional) • Programa de Municipios saludables • Ciclo vías recreativas
Corresponsabilidad ciudadana	• Participación en comités locales de salud • Campañas educomunicacionales en alimentación, nutrición y actividad física. • Estrategias educomunicacionales en ligas barriales para fomento de hábitos saludables



g. Adultos mayores

El Ministerio de Salud Pública ha implementado un conjunto de programas, guías, normas y protocolos direccionados a garantizar la atención integral en salud de los adultos mayores (57). Asimismo, el Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS, considerando los ciclos de vida, incluye a los adultos mayores en las prestaciones integrales de salud, partiendo de su definición y reforzando los derechos para esta población, en concordancia con su condición de grupo de atención prioritaria. En este ámbito el derecho a la alimentación saludable en este grupo de edad también se vuelve una prioridad.

PAQUETE DE PRESTACIONES PARA ADULTOS MAYORES	
COMPONENTE	DESCRIPCIÓN
Captación	• Visitas domiciliarias programadas por el EAIS. • Visita de Médico del Barrio en los cantones que se encuentre implementada la estrategia. • Consulta Externa – Ambulatoria. • Estrategias de captación comunitaria mediante temas de interés (GADs, Ligas barriales, IEES, otros).
Seguimiento	Seguimiento a adultos mayores según factores de riesgo

Atención integral en salud	• Valoración Geriátrica Integral 1 vez al año. • Provisión de medicamentos. • Inmunizaciones • Atención de morbilidad • Cuidados paliativos • Cuidados de salud mental con enfoque intergeneracional. • En el segundo nivel se brinda atención especializada de mediana estancia y el tercer nivel ofrece atención especializada de corta estancia. Una vez concluida la atención en estos niveles se realiza la contra referencia al primer nivel de atención para seguimiento, en el caso de pacientes sin referente familiar al momento del alta, se gestiona su referencia a los centros gerontológicos.
Educación y consejería en salud	• Acciones de promoción de la salud con individuos y grupos en temas de alimentación saludable, actividad física, fortalecimiento de factores protectores. • Actividades extramurales como: ferias, clubes. • Grupos de apoyo
Entorno saludable	• Promover estrategias y espacios de participación plena en la vida familiar y comunitaria. • Fomentar la formación de organizaciones de adultos mayores de tipo formal y no formal. • Facilitar el acceso a espacios donde se promueva hábitos saludables (recreación, actividad física, actividades artísticas, rescate de saberes).
Corresponsabilidad ciudadana	• Generar mecanismos de información y comunicación sobre acciones desarrolladas por adultos mayores. • Creación de espacios de control y veeduría social sobre el cumplimiento de políticas. • Difusión amplia de la normativa legal que ampara a adultos mayores. • Generar redes de autocuidado y cuidado mutuo. • Generar redes de apoyo social para los adultos mayores. • Participación en CLS.





14. Glosario

Alimentación complementaria: La etapa en la cual se suministran otros alimentos o líquidos junto con la leche materna se denomina *periodo de alimentación complementaria*. Cualquier alimento diferente de la leche materna ofrecido durante este periodo se define como alimentación complementaria. Esta es una etapa crítica en el crecimiento, en la cual la lactancia materna insuficiente y/o la ingesta de alimentos con bajo contenido de nutrientes generan aumento en la prevalencia de desnutrición, deficiencias de micronutrientes y enfermedades infecciosas (52) (53).

Anemia: Es el trastorno que se presenta cuando la concentración de hemoglobina es baja y, por consiguiente, la capacidad de transporte de oxígeno de la sangre a los tejidos es insuficiente para satisfacer las demandas metabólicas del proceso de crecimiento. Estas demandas fisiológicas varían en función de la edad, el sexo, la altitud sobre el nivel del mar y durante la gestación. Según la OMS, se determina anemia cuando la hemoglobina es menor de 11g/dl, en niños entre 6-59 meses y mujeres gestantes. La deficiencia de hierro es una de las causas más frecuentes de anemia (52).

Anemia nutricional: Condición originada por una dieta pobre en hierro, ácido fólico, vitamina B12 y otros nutrientes. Produce debilidad, cansancio, reduce la resistencia a las enfermedades y puede disminuir la capacidad de aprendizaje de los niños y niñas (52).

Desnutrición: Resultado de la ingesta continua e insuficiente de alimentos que no satisfacen las necesidades de energía alimentaria y de nutrientes, provocando una pérdida significativa de peso corporal (52).

Desnutrición aguda: Deficiencia de peso para la talla (P/T) o delgadez extrema de un individuo, también conocido como emaciación. Es el resultado de una pérdida de peso reciente o la incapacidad de ganar peso, asociada con periodos recientes de hambruna o la presencia de enfermedades infecciosas (52).

Desnutrición aguda moderada: Se determina cuando el puntaje Z del indicador P/T se encuentra entre -2 y -3 Desviaciones Estándar (DE). Al mismo tiempo, puede venir acompañada de algún grado de emaciación o delgadez por pérdida reciente de peso (52).

Puntaje Z: Son transformaciones que se pueden hacer a los datos de una distribución normal, para analizar la distancia en términos de desviaciones estándar, en que se encuentra un individuo o un grupo poblacional, respecto a la media de referencia. El puntaje Z indica el grado en que un valor individual obtenido se aleja de la media, en una escala de unidades de desviación estándar (52).

Desnutrición aguda severa: Se determina cuando el puntaje Z del indicador P/T se encuentra por debajo de -3 Desviaciones Estándar (DE), y puede presentarse acompañada de edema bilateral hasta anasarca, grados de emaciación hasta el marasmo y otros signos clínicos (52).

Desnutrición crónica: Es el retardo de talla para la edad (T/E) o retraso del crecimiento, asociada directamente a condiciones deficientes en la madre, tales como socioeconómicas, nutricionales y de salud. También se puede atribuir a la recurrencia de enfermedades, la alimentación inadecuada o los cuidados inapropiados para el lactante y el niño pequeño, impidiendo su desarrollo físico y cognitivo.

Malnutrición: Afecciones relacionadas a las carencias, los excesos y desequilibrios de la ingesta calórica y de nutrientes de una persona. La malnutrición es consecuencia de los dos extremos opuestos; déficit o exceso de ingesta de nutrientes y energía en relación con los requerimientos diarios necesarios de cada individuo (54).

Saneamiento: se entiende el suministro de instalaciones y servicios que permiten eliminar sin riesgo la orina y las heces; el término saneamiento también hace referencia al mantenimiento de buenas condiciones de higiene gracias a servicios como la recogida de basura y la evacuación de aguas residuales (7).





15. Referencias bibliográficas

1. Asamblea Nacional del Ecuador (2008). Constitución del Ecuador. Registro Oficial 2008 p. 173.
2. Organización Mundial de la Salud (2015). Obesidad y sobrepeso. WHO [Internet]. 2015; Available from: <https://doi.org/http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
3. Organización de las Naciones Unidas (2017). Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2017; Available from: https://unstats.un.org/sdgs/files/report/2017/TheSustainableDevelopmentGoalsReport2017_Spanish.pdf
4. Organización Mundial de la Salud (2017). Metas Mundiales de Nutrición 2025. Serie de Documentos Normativos. p. 2–3.
5. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Organización Mundial de la Salud (2014). Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición Roma , Documento final de la Conferencia : Declaración de Roma sobre la Nutrición. Organización Mundial de la Salud; 19–21.
6. Organización Mundial de la Salud (2016). Decenio de las Naciones Unidas de acción sobre la nutrición (2016-2025); 259:3.
7. Freire, W., Ramirez, M., Belmont, P., Mendieta, M., Silva, K., Romero, N., Saénz, K., Piñeiros, P., Gómez, L., Monge R (2014). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT-ECU-2012 TOMO I [Internet]. Primera ed. Quito: UNICEF, OPS/OMS, UNFPA; 2014. 718 p.
8. Ministerio de Salud Pública del Ecuador (1995). Programa integrado para el control de las principales deficiencias de micronutrientes en el Ecuador [Internet]. Micronutrientes CN de, editor. Quito; p 36.
9. Hermida J, Romero P, Durán XA, Vaca L, Robalino ME, Viera L (2005). La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI) en el Ecuador. Informe LACHSR No. 62, Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y El Caribe.
10. Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (2017). Ficha Informativa de Proyecto 2017/ Subsecretaría de Gestión y Eficiencia Institucional Coordinación Estratégica de Salud Pública; 20.
11. Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2016). Subsecretaría Nacional de Vigilancia de la Salud Pública. Ficha Informativa de Proyecto 2016/ Subsecretaría Nacional de Vigilancia de la Salud Pública Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control.
12. Sandra Naranjo (2014). Trabajo de tesis: Towards a New Way of Acting.
13. Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2016). Ficha Informativa de Proyecto 2016/ Subsecretaría Nacional de Vigilancia de la Salud Pública Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control.
14. Instituto Nacional de Estadística y Censos (2014). Compendio de Resultados Encuesta de Vida ECV, sexta ronda 2015. Inec [Internet]. 2014;197.
15. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo – Senplades (2017). Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021.
16. Fernández A, Martínez R, Carrasco I, Palma A (2017). Impacto social y económico de la malnutrición: modelo de análisis y estudio piloto en Chile, el Ecuador y México. Cepal.
17. Congreso Nacional (2006). Ley Orgánica De Salud. Quito-Ecuador; 55.
18. Asamblea Nacional del Ecuador (2009). Ley Orgánica del Régimen de Soberanía Alimentaria. p. 1–23.
19. Congreso Nacional (2008). Código de la Niñez y Adolescencia: 1–45.
20. Kline L, Jones-Smith J, Jaime Miranda J, Pratt M, Reis RS, Rivera J (2017). A research agenda to guide progress on childhood obesity prevention in Latin America. *Obes Rev*;18(July):19–27.

21. Freire WB, Silva-jaramillo KM, Ramirez-Luzuriaga J, Belmont P, Waters WF (2014). The double burden of undernutrition and excess body weight in Ecuador;(C):1–8.
22. Organización Mundial de la Salud (2013). Malnutrición Hoja Informativa.
23. Bern C, Zucker JR, Perkins BA, Otieno J, Oloo AJ, Yip R (1997). Assessment of potential indicators for protein-energy malnutrition in the algorithm for integrated management of childhood illness. Bull World Health Organ;75 Suppl 1:87–96.
24. Unicef (2014). Glosario de Términos sobre desnutrición. UnicefOrg;1.
25. FAO, FIDA, OMS (2017). El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo. Roma.
26. Organización Mundial de la Salud (2017). Sobrepeso afecta a casi la mitad de la población de todos los países de América Latina y el Caribe salvo por Haití [Sitio Web]. OMS.p. 1–4.
27. Organización Mundial de la Salud (2015). Obesidad y sobrepeso [Internet]. 311.p. 1–4.
28. The Lancet (2013). Executive Summary of The Lancet Maternal and Child Nutrition Series. Lancet [Internet] ;5(1):1–11.
29. Scaling Up Nutrition (2011): a Framework for Action. Imp Coll London;1:7–10.
30. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (2017). Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y El Caribe.
31. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2016). Empleo (Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo-ENEMDU). Inst Nac Estadísticas [Internet] ;47–63.
32. Ummarino M, Albano F, De Marco G, Mangani S, Aceto B, Correria A, Giannetti E, De Visia E GA (2003). Short duration of breastfeeding and early introduction of cow's milk as a result of mothers' low level of education. Acta Paediatr.
33. Ministerio de Salud Pública. (2014). Reglamento Sanitario Sustitutivo de Etiquetado de Alimentos Procesados para el Consumo Humano 5103. Registro Oficial N 318 (Segundo Suplemento).
34. Díaz AA, Veliz PM, Rivas-Mariño G, Vance Mafía C, Martínez Altamirano LM, Vance C (2017) . Etiquetado de alimentos en Ecuador: implementación, resultados y acciones pendientes. Rev Panam Salud Publica.
35. Ministerio de Salud Pública/ Ministerio de Educación (2014). Reglamento Para El Control Del Funcionamiento De Bares Escolares Del Sistema Nacional De Educación. 2014;1–12.
36. Ministerio de Educación (2017). Malla Curricular para Educación General Básica.
37. Ministerio de Salud Pública (2017). Reconocimiento de Responsabilidad Nutricional. 2017. Acuerdo 0026-2017.
38. Asamblea Nacional del Ecuador (2016). Ley Orgánica para el Equilibrio de las Finanzas Públicas. 2016.
39. CEPAL (2017). América Latina y el Caribe hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible en agua y saneamiento. Reformas recientes de las políticas sectoriales.
40. Unicef (2006). Desnutrición infantil en América Latina y el Caribe. Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio; Número 2.
41. Instituto Nacional de Estadística y Censos (2017). Medición de los indicadores ODS de Agua, Saneamiento e Higiene (ASH) en el Ecuador; 27.
42. Instituto Nacional de Estadística y Censos (2016). Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo. ENEMDU.
43. FAO (2013). Enfrentando el Cambio Climático a través de la Ganadería. Roma; 2013.
44. Organización Mundial de la Salud (2003). Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Serie de Informes Técnicos. Ginebra.



45. Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2013). Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS.
46. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (2015). Consumo de alimentos y bebidas ultra-procesados en América Latina: Tendencias, impacto en obesidad e implicaciones de política pública; (4):5.
47. Ministerio de Salud Pública (2017) "Estrategia de Abordaje Médico del Barrio y su Equipo de Atención Integral en Salud". Primera edición. Quito, Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud.
48. Freire WB et al (2010). Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento Ecuador 2009-2010.
49. Instituto Nacional de Estadística y Censos (2015). Anuario de nacimientos y defunciones.
50. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (2017). Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021.
51. Presidencia de la República del Ecuador (2017). Decreto N.º 34.
52. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia/ Unicef (2013). Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad.
53. Benbouzid D, Benoist B De, Verster A, Delpeuch F (1999). Complementary Feeding of Young Children in Africa and the Middle East. p.435
54. Organización Mundial de la Salud (2017). ¿Qué es la malnutrición?; Available from: <http://www.who.int/features/qa/malnutrition/es/>
55. Ministerio de Salud Pública (2014). Salud de los Adolescentes. Guía de Supervisión. Primera Edición. Quito: Dirección de Normatización.
56. MINSAL Gobierno de Chile (2012). Orientaciones Técnicas para el Control de Salud Integral de Adolescentes "Control Joven Sano".
57. Ministerio de Salud Pública (2008). Guías Clínicas Geronto Geriátricas de Atención Primaria de Salud, para el Adulto Mayor. 2008
58. Calero, C. Vera, A (2010). Mapa de la desnutrición crónica en Ecuador. Ministerio Coordinador de Desarrollo Social.
59. Freire WB, Belmont, P, Rivas-Mariño G, Larrea A, Ramírez Luzuriaga MJ., Silva-Jaramillo KM., Valdivia C (2015). Tomo II. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Salud Sexual y Reproductiva. ENSANU-ECU-2012. Ministerio de Salud Pública/Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Quito-Ecuador.



16. Anexos

ANEXO 1

Matriz estratégica:

Lineamientos estratégicos, líneas de acción, indicadores, responsable y actividades

LINEAMIENTO ESTRATÉGICO 1			
Dinamizar la coordinación intersectorial entre todos los actores públicos y privados con el fin de generar mecanismos de corresponsabilidad			
LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES*	RESPONSABLE	ACTIVIDADES
1.1 Aplicación de metodología de Gestión por Resultados para la asignación de recursos a las instituciones del estado de acuerdo con el cumplimiento de las metas establecidas en el Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador	1. Porcentaje de ejecución financiera del Programa Presupuestal articulado al Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición por tipo de actor	Ministerio de Economía y Finanzas	1.1.1 Incorporación del Sector Salud a la Agenda de Coordinación Intersectorial (ACI)
1.2 Cambio de la metodología de asignación y distribución de recursos a los GADs mediante el establecimiento de incentivos frente al cumplimiento de indicadores de salud y nutrición y sus determinantes.			1.1.2 Articulación del PIANE a las matrices de ACI y plan sectorial
			1.1.3 Categorización de indicadores a partir de la vinculación a la agenda sectorial
			1.1.4. Asociación de prestaciones a indicadores
			1.1.5 Identificación de actividades para las prestaciones de cada institución responsable
			1.1.6 Identificación de presupuesto 2018 por entidad y por actividad
			1.1.7 Programación presupuestal 2019 y periodos siguientes
			1.1.8 Evaluación de las metodologías.
			1.1.9 Identificación de la relación del Plan con otros niveles de gobierno y posibles acciones vinculadas.

- * Los 36 indicadores del Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador 2018-2028 que se presentan en este apartado son susceptibles de modificaciones durante su implementación y monitoreo, debido a que requieren una revalidación operativa durante el proceso de aplicación por parte del Ministerio de Salud Pública y de los demás responsables de la implementación del Plan.



LINEAMIENTO ESTRATÉGICO 2

Asegurar el monitoreo continuo y evaluación periódica de las políticas de alimentación y nutrición

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES	RESPONSABLE	ACTIVIDADES
2.1 Articulación y mejoramiento continuo de los sistemas de información.	2. Sistemas de información articulados y mejorados según priorización para alimentación y nutrición 3. Instituciones responsables de la implementación del Plan que cumplen con las metas establecidas para sus indicadores	INEC-Actores responsables del PIANE	2.1.1 Priorización de sistemas a ser mejorados. 2.1.2 Articulación y consolidación de sistemas mejorados. 2.1.3 Seguimiento nominal durante los primeros 1000 días de vida.
2.2 Levantamiento y generación de información periódica de alimentación y nutrición.		INEC	2.2.1 Encuestas bienales para indicadores antropométricos. 2.2.2 Encuestas anuales para hábitos, prácticas y determinantes sociales.
2.3 Monitoreo y evaluación permanente de las políticas y las intervenciones de nutrición y alimentación saludable.		Senplades	2.3.1 Articulación con metodologías de asignación de recursos. 2.3.2 Reporte periódico de indicadores y visualización de resultados. 2.3.3 Evaluación bienal de la aplicación del plan para revisión de planes de implementación.



LINEAMIENTO ESTRATÉGICO 3

Asegurar atención integral en salud y nutrición de los grupos prioritarios en todo el curso de vida y en todos los niveles de atención

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES ¹	RESPONSABLE	ACTIVIDADES
3.1 Garantizar la captación oportuna de mujeres embarazadas en el primer trimestre de gestación y de niños recién nacidos hasta el primer año.	4. Porcentaje de niños nacidos por parto institucional, atendidos en el Sistema Nacional de Salud, que cumplieron con las prácticas integrales del parto	MSP- RPIS- Red Complementaria	3.1.1 Captación de mujeres embarazadas mediante búsqueda activa de todos los actores responsables a nivel territorial.
	5. Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben el paquete priorizado completo de prestaciones		3.1.2 Captación de niños menores de dos años mediante búsqueda activa y mediante el registro en el REVIT.
	6. Porcentaje de niños menores de 5 años que reciben el paquete priorizado completo de prestaciones		3.1.3 Aplicación de las prácticas integrales del parto a través de la ESAMYN.



3.2 Asegurar la entrega y simultaneidad de prestaciones para el desarrollo infantil de acuerdo con la edad para el binomio Madre – Niño.	7. Prevalencia de anemia en niños menores de 5 años. 8. Porcentaje de niños de 5-11 años en riesgo de sobrepeso y obesidad que reciben el paquete priorizado de prestaciones para su edad	MSP- RPIS- Red Complementaria	3.2.1 Entrega de paquete priorizado de atenciones para madre gestante, el mismo que consiste en: * 1 Control en el Primer Trimestre de Embarazo: ganancia de peso adecuado, con exámenes de laboratorio: VIH, VRDL, EMO y hemoglobina. * 4 Controles prenatales (mínimo) * Suplementación con hierro + ácido fólico (60mg + 400mcg 1 tableta/día) *Consejería prenatal * Tratamiento de anemia
3.3 Asegurar la entrega y simultaneidad de prestaciones para niños en edad escolar.	9. Cobertura de la prestación de consejería en alimentación y nutrición para adolescentes, adultos y adultos mayores con sobrepeso y obesidad.	MSP- RPIS- Red Complementaria	3.2.2 Entrega del paquete priorizado de control del niño sano: 12 controles (1 por mes) en el primer año; 5 en el 2do año; y 2 a partir de los 3 años; determinación de Hemoglobina 2 veces/año; vacunación - rotavirus, neumococo. 3.3.1 Entrega de paquete de prestaciones para niños en riesgo y con sobrepeso y obesidad: Consejería Nutricional; seguimiento a niños en riesgo; promoción de actividad física; control de crecimiento; sesiones demostrativas.
3.4 Asegurar la consejería en alimentación y nutrición para adolescentes, adultos y adultos mayores con sobrepeso y obesidad			3.4.1 Tamizaje nutricional en todos los niveles de atención 3.4.2 Entrega de consejería nutricional periódica y seguimiento a adolescentes, adultos y adultos mayores con sobrepeso y obesidad

3.5 Asegurar la capacitación continua del talento humano para fortalecer las competencias en alimentación y nutrición		MSP- RPIS- Red Complementaria	3.5.1 Planificación del talento humano requerido para el cumplimiento del plan. 3.5.2 Capacitación periódica del talento humano en alimentación y nutrición.
3.6 Garantizar la atención integral, con énfasis en nutrición, a poblaciones en situación de vulnerabilidad, en contextos de emergencia.	10. Proporción de cobertura de tratamiento de la desnutrición aguda severa en niños	MSP- RPIS- Red Complementaria	3.6.1 En situación de emergencias implementar los lineamientos de alimentación y nutrición dispuestos por la Secretaría de Gestión de Riesgos y el Ministerio de Salud Pública

- Los 36 indicadores del Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador 2018-2028 que se presentan en este apartado son susceptibles de modificaciones durante su implementación y monitoreo, debido a que requieren una revalidación operativa durante el proceso de aplicación por parte del Ministerio de Salud Pública y de los demás responsables de la implementación del Plan.

LINEAMIENTO ESTRATÉGICO 4

Fomentar y proteger la práctica de la lactancia materna y la alimentación complementaria adecuada

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES	RESPONSABLE	ACTIVIDADES
4.1 Generar capacidades para el fomento y protección de la lactancia materna y alimentación complementaria adecuada.	11. Porcentaje de niños de 0 a 6 meses cuyas madres recibieron paquete de lactancia materna 12. Porcentaje de madres de niños menores de 24 meses que han recibido el paquete de atención en alimentación complementaria	MSP-RPIS-Red Complementaria MIES MSP MDT ARCSA Tribuna del Consumidor Sociedad Civil	4.1.1 Establecimientos de salud certificados como ESAMYN 4.1.2 Sesiones prenatales sobre lactancia materna 4.1.3 Lactancia materna en la primera hora de vida 4.1.4 Dos sesiones de consejería y práctica en lactancia materna antes del alta 4.1.5 Grupos de apoyo a la lactancia materna.

4.2 Garantizar la generación de espacios para el fomento y práctica de la lactancia materna, tanto en el Sistema Nacional de Salud como en otras instituciones públicas y privadas.	13. Porcentaje de instituciones públicas y privadas que cumplen con la licencia de maternidad		4.2.1 Vigilancia del cumplimiento de la licencia de maternidad y horas de lactancia. 4.2.2 Abogacía por la extensión de la licencia de maternidad a 6 meses.
4.3 Asegurar el cumplimiento del “Código internacional de comercialización de sucedáneos de leche materna” por parte del Sistema Nacional de Salud.	14. Porcentaje de Instituciones públicas y privadas que cuentan con lactarios institucionales 15. Porcentaje de empresas que cumplen con el Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna	MSP-RPIS-Red Complementaria MIES MSP MDT ARCSA Tribuna del Consumidor Sociedad Civil	4.3.1 Vigilancia del cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna



LINEAMIENTO ESTRATÉGICO 5

Fomentar espacios y prácticas saludables durante todo el ciclo de vida.

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES	RESPONSABLE	ACTIVIDADES
5.1 Fortalecimiento de las regulaciones de promoción de alimentación saludable	16. Porcentaje de instituciones educativas que cumplen con las condiciones higiénico-sanitarias y lineamientos alimentarios y nutricionales establecidos en la normativa	MSP - Mineduc – ARCSA	5.1.1 Aplicación de reglamento de control del funcionamiento de bares escolares
			5.1.2 Actividades de educación y promoción para aplicación del reglamento de bares escolares
			5.1.3 Vigilancia periódica de la implementación del reglamento de bares escolares
	17. Porcentaje de productos alimenticios que cumplen con el etiquetado tipo semáforo	ARCSA - MSP	5.1.4 Aplicación del reglamento de etiquetado por parte de las empresas grandes, medianas y pequeñas
			5.1.5 Actividades de educación para la aplicación del reglamento de etiquetado de alimentos procesados
			5.1.6 Vigilancia de la aplicación del reglamento por parte de la ARCSA
			5.1.7 Reporte periódico del reglamento de etiquetado
	18. Porcentaje de empresas que cumplen con la restricción de promoción, publicidad y patrocinio de productos alimenticios para niños	ARCSA-MSP	5.1.8 Actualización y emisión de reglamento de promoción, publicidad y patrocinio de productos para consumo humano, sección productos alimenticios procesados
			5.1.9 Actividades de educación y comunicación para aplicación del reglamento
			5.1.10 Vigilancia de la implementación del reglamento
	19. Ventas de bebidas endulzadas	SRI	5.1.11 Reporte periódico
			5.1.12 Recaudación y fortalecimiento del impuesto a bebidas azucaradas
			5.1.13 Reporte periódico de ventas



5.2 Mejoramiento del entorno respecto a la alimentación, nutrición y actividad física	20. Porcentaje de instituciones públicas y privadas que han implementado programas de hábitos saludables 21. Porcentaje de servicios de alimentación reconocidos como responsables con la nutrición 22. Existencia y aplicación de ordenanza regulatoria de ventas en la vía pública en instituciones educativas 23. Hectáreas de espacios de recreación al aire libre y de acceso público por cada 100000 habitantes (parques, equipamiento deportivo)	MDT-MSP	5.2.1 Acuerdo interministerial para la implementación de programas de hábitos saludables en instituciones públicas y privadas 5.2.2 Reclutamiento de ciudadanos promotores de la alimentación y nutrición saludable
		MSP-Mintur-GADs	5.2.3 Actividades de adhesión al reconocimiento de responsabilidad nutricional. 5.2.4 Diagnóstico de los servicios de alimentación adheridos 5.2.5 Reconocimiento de acuerdo con las categorías establecidas. 5.2.6 Seguimiento, monitoreo y apoyo para subir de categoría y/o mantenerla. 5.2.7 Promoción del Reconocimiento de Responsabilidad Nutricional 5.2.8 Incentivos para expendio de alimentos saludables 5.2.9 Reconocimiento de espacios laborales y universidades responsables con la nutrición
		GADs-MSP	5.2.10 Estrategia de Municipios Saludables y otras relacionadas.

5.3 Fortalecer las estrategias de cambio de comportamiento respecto a alimentación, nutrición y actividad física.	24. Prevalencia de actividad física moderada en mayores de 12 años	Mineduc-MD MSP	5.3.1 Monitoreo del cumplimiento de la realización de 5 horas pedagógicas de Educación Física semanales en unidades educativas de Educación General Básica. 5.3.2 Incremento de la cobertura del programa Ecuador Ejercítate a través del incremento de puntos activos. 5.3.3 Actividades recreo-deportivas en los puntos activos cubiertos por el programa Ecuador Ejercítate. 5.3.4 Fomento de Escuelas de Iniciación Deportiva. Fortalecimiento de espacios de recreación y actividad física con las Ligas barriales.
	25. Porcentaje de hogares que compran productos alimenticios procesados y ultraprocesados	INEC	5.3.5 Reclasificación de las categorías de gastos del hogar de acuerdo con la clasificación NOVA de alimentos 5.3.6 Reporte de indicadores de hábitos y prácticas periódicamente
	26. Porcentaje de la población de 10 a 59 años que reconoce, entiende y usa el sistema de etiquetado nutricional	INEC	5.3.7 Inclusión de los indicadores relacionados con hábitos y prácticas en encuestas de propósito múltiple para la comunicación permanente a la población.
	27. Porcentaje de instituciones que utilizan en sus programas las Guías Alimentarias	MSP	5.3.8 Realización de actividades educacionales respecto al uso del etiquetado nutricional 5.3.9 Diseño e implementación de las Guías Alimentarias 5.3.10 Capacitación en el uso de Guías Alimentarias para todos los actores del Plan. 5.3.11 Campañas publicitarias y educacionales de los mensajes contenidos en las Guías Alimentarias. 5.3.12 Fortalecimiento de escenarios comunitarios para implementación de estrategias de cambios de comportamiento.



LINEAMIENTO ESTRATÉGICO 6

Incrementar el acceso a agua segura y servicios de saneamiento adecuados

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES	RESPONSABLE	ACTIVIDADES
6.1. Incrementar el acceso de la población a agua segura a nivel nacional.	28. Porcentaje de la población que utiliza suministros seguros de agua para beber	INEC-Senagua	6.1.1 Asignación de recursos para la implementación a través de Agua Para Todos y otras estrategias relacionadas 6.1.2 Levantamiento de línea base de disponibilidad de equipos de medición de la calidad del agua para consumo humano por GAD y a nivel de Gobiernos Parroquiales 6.1.3 Adquisición de equipos de medición de la calidad del agua para consumo humano por los GADs municipales y parroquiales que no cuentan con suficiente equipamiento; equipos para análisis físico, químico y microbiológico 6.1.4 Suscripción de convenios de cooperación entre GADs municipales y parroquiales para medición de la calidad del agua de consumo humano 6.1.5 Capacitación y certificación al personal de GADs municipales y parroquiales en medición y monitoreo de la calidad del agua para consumo humano 6.1.6 Implementación de normativa en control y vigilancia de la calidad del agua de consumo a través de la mesa técnica intersectorial para generación de proyectos de política pública de control y vigilancia de la calidad del agua para consumo humano

6.2. Incrementar el acceso de la población a servicios de saneamiento manejados de forma segura.	29. Porcentaje de la población que usa servicios de saneamiento manejados de forma segura	INEC-Senagua	6.2.1 Asignación de recursos para la implementación a través de Agua Para Todos y otras estrategias relacionadas 6.2.1 Implementar, mejorar y repotenciar infraestructura de agua potable y saneamiento en zonas rurales 6.2.2 Levantamiento de catastro de viviendas rurales que no disponen del servicio de agua y saneamiento a nivel de Gobiernos Parroquiales 6.2.3 Planificación territorial priorizada para la formulación de proyectos de provisión del servicio de agua para consumo humano 6.2.4 Implementar medidas de protección de fuentes de agua y abastecimientos adecuado en asentamientos humanos dispersos
6.3 Incrementar el acceso de la población a instalaciones para lavarse las manos con agua y jabón	30. Porcentaje de la población que dispone de una instalación para lavarse las manos con agua y jabón	INEC-Senagua	6.3.1 Implementación del programa Agua Segura y/o estrategias relacionadas. 6.3.2 Política educativa de cuidado sanitario y manejo del agua para consumo humano en escolares de nivel primario y secundario



LINEAMIENTO ESTRATÉGICO 7

Contribuir a la autosuficiencia y diversidad de alimentos sanos, nutritivos y culturalmente apropiados de forma permanente.

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES	RESPONSABLE	ACTIVIDADES
7.1 Garantizar la disponibilidad y acceso a alimentos diversos, seguros, y culturalmente apropiados	31. Prevalencia de inseguridad alimentaria en los hogares	INEC - MAG	7.1.1 Direccionamiento a los servicios de atención integral a través de los extensionistas del MAG de niños menores de 5 años y mujeres embarazadas. 7.1.2 Provisión de alimentos diversos, seguros y frescos a través de estrategias
7.2 Mejorar la provisión de programas de alimentación y cuidado estatales con alimentos provenientes de la agricultura familiar y/o la pesca artesanal.	32. Porcentaje de contratos generados a través de compra pública de alimentos desde la agricultura familiar campesina o pesca artesanal	SERCOP-MAG	7.2.1 Sello de Agricultura Familiar Campesina 7.2.2 Programa Come Sano, Come Pescado 7.2.3 Generación de capacidades para la provisión de huevos para los programas de alimentación.



LINEAMIENTO ESTRATÉGICO 8

Fortalecer la protección e inclusión social a través de estrategias de fomento del ejercicio de derechos de los ciudadanos en todo su ciclo de vida

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES	RESPONSABLE	ACTIVIDADES
8.1 Garantizar una vivienda digna para familias en condición de vulnerabilidad, con énfasis en aquellas con mujeres gestantes, niños menores de 5 años y niños en edad escolar.	33. Déficit cuantitativo de hogares sin vivienda adecuada 34. Porcentaje de hogares con tierra como material predominante del piso de la vivienda	Casa para Todos, MIDUVI, gobiernos municipales y provinciales, gremios de la construcción. INEC	8.1.1 Planificación, diseño y construcción de viviendas 8.1.2 Recopilación, sistematización y análisis los resultados obtenidos de la ejecución de la política, planes, programas y proyectos dentro de la zona. 8.1.3 Asesoramiento y asistencia técnica a los actores del sector de la construcción
8.2 Asegurar que las mujeres embarazadas, y los niños menores de 5 años, en condición de vulnerabilidad, captados para recibir atención integral, accedan a servicios de cuidado en CIBV-CNH y reciban el BDH variable.	35. Porcentaje de niños que participan en programas de primera infancia	MIES	8.2.1 Niños vulnerables captados acceden a servicios de cuidado en CIBV-CNH 8.2.2 Fortalecimiento y articulación de sistemas de información de MSP y MIES para referencia y contra-referencia. 8.2.3 Consejería oportuna sobre prácticas de alimentación y cuidado. 8.2.4 Educación sobre estimulación temprana a padres. 8.2.5 Alimentación adecuada en CIBV. 8.2.6 Acompañamiento familiar prioritario (detección de riesgos)
8.3 Condicionamiento del BDH variable de acuerdo con el cumplimiento de prestaciones en salud y nutrición.	36. Porcentaje de madres o responsables de niños menores de 5 años en condición de vulnerabilidad que acceden al paquete priorizado de prestaciones para el binomio madre-niño, y reciben el BDH variable.	MIES-MSP	8.3.1 Diseño de los parámetros y mecanismos para la condicionalidad del BDH variable 8.3.2 Fortalecimiento y articulación de sistemas de información de MSP y MIES para referencia y contra-referencia. 8.3.3 Seguimiento a las familias con niños menores de 5 años que reciben BDH variable



Conjunto intersectorial de acciones por curso de vida

ACCIONES INTERSECTORIALES POR CURSO DE VIDA															
INSTANCIA	MSP/ RPIS/ RC	MIES	MINEDUC	MAG	MAP	MDT	REGISTRO CIVIL	MD	STPTV	MSP MIES MINEDUC MAG- MAP STPTV	MIDUVI	SENAGUA	INEC	IMEF	
GRUPO POBLACIONAL	BUSQUEDA ACTIVA Y REGISTRO														
MUJER EMBARAZADA	Consejería en alimentación saludable y lactancia materna	Seguimiento nominal	Planificación familiar Paquete priorizado de atenciones (controles prenatales, parto planificado, suplementación y tratamiento)	Bono de desarrollo variable	Continuidad escolar para adolescentes embarazadas Seguimiento a controles prenatales	Seguridad laboral	Seguimiento a controles prenatales								
	Prácticas integrales del parto (Esamyn)	Bono de desarrollo variable				Seguridad laboral	Licencia de maternidad universal		Registro del niño						
	Control del recién nacido														
NEONATO	Control del niño sano	Bono de desarrollo variable													
NIÑO MENOR DE 2 AÑOS	Seguimiento nominal Paquete de control del niño sano (inmunización, suplementación, control de crecimiento y desarrollo, consejería) Lactancia materna Alimentación complementaria diversificada	Niños vulnerables captados acceden a servicios de cuidado en CIBV-CNH Alimentación diversificada en CIBV (nuevo diario) Consejería oportuna sobre prácticas de alimentación y cuidado/estimulación temprana, desarrollo cognitivo y psicomotriz, BDH variable	Educación inicial para niños de 4 y 5 años Entornos escolares saludables con acceso a alimentación nutritiva, agua segura y práctica regular de actividad física												
NIÑO DE 2 A MENOR DE 5 AÑOS															





BUENA NUTRICIÓN TODA UNA VIDA