



Universidad
Nacional
de Loja

Universidad Nacional de Loja

Facultad Jurídica Social y Administrativa

Maestría en Políticas Públicas

“Impacto de la política pública Estrategia Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil, en la reducción y prevención de la Desnutrición Crónica Infantil en la parroquia Chilibulo, cantón Quito, en el año 2022”

Trabajo de Titulación previo a la obtención del grado de Máster en Políticas Públicas.

Autor:

María Soledad Pachar Vivanco

Director:

Mgs. Rubén Darío Aguirre

LOJA – ECUADOR

2024



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

Sistema de Información Académico
Administrativo y Financiero - SIAAF

CERTIFICADO DE CULMINACIÓN Y APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Yo, **Roman Aguirre Ruben Dario**, director del Trabajo de Titulación denominado **Impacto de la política pública Estrategia Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil, en la reducción y prevención de la Desnutrición Crónica Infantil en la parroquia Chillibulo, cantón Quito, en el año 2022**, perteneciente al estudiante **MARIA SOLEDAD PACHAR VIVANCO**, con cédula de Identidad N° **1103990006**. Certifico que luego de haber dirigido el **Trabajo de Titulación** se encuentra concluido, aprobado y está en condiciones para ser presentado ante las instancias correspondientes.

Es lo que puedo certificar en honor a la verdad, a fin de que, de así considerarlo pertinente, el/la señor/a docente de la asignatura de **Titulación**, proceda al registro del mismo en el Sistema de Gestión Académico como parte de los requisitos de acreditación de la Unidad de Titulación del mencionado estudiante.

Loja, 16 de Diciembre de 2023



El/la autor/autoriza por:
ROMAN AGUIRRE RUBEN DARIO
AUTOR

F)

DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN



Certificado TIC/TT.: UNL-2023-000988

1/1
Educamos para Transformar

Autoría

Yo, **María Soledad Pachar Vivanco**, declaro ser la autora del presente Trabajo de Titulación y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja; la publicación de mi Trabajo de Titulación en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

Firma:

Cédula: 1003990006

Fecha: 23 de enero de 2024

Correo: solepacharvivanco@hotmail.com

Teléfono: 0998672032

Carta de autorización por parte del autor para consulta, reproducción parcial o total y/o publicación electrónica del texto completo, del Trabajo de Titulación.

Yo, **María Soledad Pachar Vivanco**, declaro ser la autora del Trabajo de Titulación denominado: **“Impacto de la política pública Estrategia Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil, en la reducción y prevención de la Desnutrición Crónica Infantil en la parroquia Chilibulo, cantón Quito, en el año 2022”** como requisito para optar por el grado de **Magíster en Políticas Públicas**; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos, muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Institucional, en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del Trabajo de Titulación que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, los veintitrés días del mes de enero de dos mil veinticuatro.

Firma:

Autor: María Soledad Pachar Vivanco

Cédula: 1103990006

Dirección: Quito – Barrio La Quito Norte

Correo electrónico: solepacharvivanco@hotmail.com

Teléfono: 0998672032

Dedicatoria

Con todo mi corazón, profundo respeto y reconocimiento sincero, agradezco:

Primeramente, al eterno y bondadoso Dios por regalarme la vida, cubrirme con sus bendiciones y por darme la oportunidad de alcanzar una meta más propuesta.

A mis queridos hijos, a ustedes, mis amores eternos, que han sido fuente inagotable de inspiración y motivación en cada paso de mi vida. Cada logro que alcanzo es un reflejo de su amor incondicional y apoyo constante. Gracias por ser mi luz en los días oscuros y por celebrar conmigo cada pequeño triunfo. Esta tesis es también su logro, porque cada página escrita lleva impresa la huella de su amor y paciencia.

A mis amados padres, este paso alcanzado es un tributo al impacto profundo que han tenido en mi vida a lo largo de los años; madrecita has sido mi fuente constante de amor, aliento y fortaleza. Tu sacrificio, dedicación e inquebrantable apoyo, han sido la chispa para querer alcanzar nuevas metas.

A mi padre, ahora en el cielo, cada página de esta tesis lleva impresa tu influencia y amor hacia el estudio, tus enseñanzas y tu ejemplo a luchar y querer aprender cada día ha sido la centella que encendió ese mismo deseo de aprender y crecer.

Amados padres, su ejemplo ha sido mi faro en las tormentas y mi inspiración en los días soleados. Cada paso que he dado en este viaje académico ha sido posible gracias a su influencia positiva y a la base sólida que me han proporcionado. Gracias por ser los dos mi guía, mis consejeros y el viento bajo mis alas.

A ti esposo, esta tesis es un modesto reconocimiento de tu papel fundamental en mi vida y un agradecimiento por todo el apoyo para finalizar este estudio. Espero que este logro también sea tuyo, porque cada línea escrita es un testimonio de la educación, el amor y la fuerza que me has brindado.

A mis queridos amigos, a aquellos que han estado a mi lado en las risas y en las lágrimas, en las alegrías y en las tristezas. Su amistad ha sido el bálsamo que ha aliviado los rigores de este viaje académico. Gracias por creer en mí, por motivarme y por ser testigos de mi crecimiento. Esta tesis también es un testimonio de nuestra amistad duradera.

A mi respetado director de tesis, Rubén Darío, a usted, guía sabia y mentor dedicado. Su orientación experta y su paciencia ha sido fundamental en la culminación de este proyecto. Gracias por compartir su conocimiento, por desafiarme a superar mis límites y por ser un faro de sabiduría en este viaje académico. Esta tesis es el resultado de su orientación valiosa.

Agradecimiento

A la gloriosa e histórica Universidad Nacional de Loja por formarme profesionalmente en mis carreras universitarias y ahora en esta maestría y enseñarme la importancia de la conciencia y el trabajo social y político, desde los primeros pasos en este camino del servicio social y público.

A los docentes tutores, un agradecimiento por el conocimiento brindado, el tiempo impartido, paciencia, dedicación y responsabilidad en la formación de este nuevo grupo de maestrante.

Al personal del Centro de Salud e instituciones gubernamentales que, comprometidos con la localidad, permitieron realizar esta investigación científica, y que aportaron con sus valiosas participaciones en búsqueda de una mejor calidad de vida de la población de Chilibulo.

María Soledad Pachar Vivanco

Índice de contenidos

Portada	i
Certificado de culminación y aprobación del trabajo de Titulación	ii
Autoría	iii
Carta de autorización por parte del autor para consulta, reproducción parcial o total y/o publicación electrónica del texto completo, del Trabajo de Titulación.....	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vii
Índice de contenidos.....	viii
Índice de Tablas	ix
Índice de Figuras	ix
Índice de Cuadros	x
1. Título.....	1
2. Resumen	2
2.1. Abstract.....	3
3. Introducción.....	4
4. Marco Teórico.....	6
4.1. La desnutrición crónica infantil en la historia.....	6
4.2. Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil.....	8
4.3. Plan Estratégico Intersectorial	14
4.4. Modelo de Gestión Territorial.....	15
4.5. Estrategia de comunicación para el desarrollo para la prevención de la desnutrición crónica infantil (DCI).....	16
4.6. Proyecto de inversión “Infancia con Futuro”	18
4.7. Intervenciones probadas e implementadas a nivel mundial.....	21
4.8. Programas, Planes, Estrategias y Políticas implementados en otros países para reducir la desnutrición crónica infantil.	24
4.8.1. Programa Nacional De Alimentación Complementaria (PNAC) - Chile.....	24
4.8.2. Programas, Planes, Estrategias y Políticas Implementadas en Perú para reducir y prevenir la desnutrición crónica infantil.	26
4.8.3. Otros programas y Planes implementados desde el 2011 en Perú.	27
5. Metodología.....	30
5.1. Métodos.....	30
5.1.1. Método Deductivo	30
5.1.2. Método Analítico.....	31
5.2. Población y muestra.....	31

5.3.	Metodología por objetivos.....	33
5.3.1.	Objetivo específico 1.....	33
5.3.2.	Objetivo específico 2.....	34
6.	Resultados.....	34
6.1.	Análisis e interpretación de las encuestas.....	34
	Información demográfica.....	34
6.2.	Análisis de los resultados de los indicadores del SUUSEN.....	45
6.2.1.	NOMBRE DEL INDICADOR: Porcentaje de Desnutrición Infantil en menores de 24 meses captados en atenciones en el MSP.....	45
6.2.2.	NOMBRE DEL INDICADOR: Porcentaje de menores de 24 meses que reciben el paquete básico de atenciones.....	47
6.2.3.	NOMBRE DEL INDICADOR: Porcentaje de menores de 24 meses atendidos en establecimientos de salud con controles de niño sano al día para su edad.....	48
6.2.4.	NOMBRE DEL INDICADOR: Porcentaje de gestantes captadas antes de cumplir s 12 semanas de gestación en los establecimientos de salud.....	50
6.2.5.	NOMBRE DEL INDICADOR: Porcentaje de gestantes atendidas en los establecimientos de salud con controles prenatales completos y oportunos para su edad gestacional.....	51
6.3.	Análisis de las entrevistas.....	52
6.3.1.	Interpretación de los resultados de las entrevistas.....	53
6.4.	Matrices de estrategias de evaluación de factores externos e internos. MEFI y MEFE.....	56
7.	Discusión.....	60
8.	Conclusiones:.....	72
9.	Recomendaciones:.....	73
10.	Bibliografía.....	74
11.	Anexos.....	78

Índice de Tablas

Tabla. Nro 1.....	9
<i>Paquete Priorizado</i>	9
Tabla. Nro 2.....	23
<i>Intervenciones para prevenir la DCI</i>	23

Índice de Figuras

Figura No. 1.....	8
<i>Causas de la desnutrición Infantil</i>	8
Figura Nro. 2.....	32

<i>Mapa de ubicación de la parroquia Chilibulo</i>	32
Figura Nro. 3.....	32
Plano de la parroquia Chilibulo.....	32

Índice de Cuadros

Cuadro 1. Edad de las madres, padres y cuidadores	34
Cuadro 2. Grupo de la población objetivo.....	36
Cuadro 3. Nivel de educación de los padres o cuidadores.....	37
Cuadro 4 Servicios y Bienes del Paquete Priorizado.....	38
Cuadro 5 Temas recibidos en consejerías	41
Cuadro 6 Motivos de inasistencias.....	43
Cuadro 7 Servicios o bienes que necesitan mejorar	44
Cuadro 8. Desnutrición en la parroquia	45
Cuadro 9. Niños con paquete priorizado de atenciones	47
Cuadro 10. Controles al día de menores de 24 meses	48
Cuadro 11. Gestantes captadas hasta las 12 semanas de embarazo	50
Cuadro 12 Gestantes con controles al día y oportunos para su edad gestacional	51
Cuadro 13 Matriz de evaluación de factores internos	57
Cuadro 14. Matriz de evaluación de factores externos.....	59
Cuadro 15. Matriz MAFE.	68

1. Título

“Impacto de la política pública Estrategia Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil, en la reducción y prevención de la desnutrición crónica infantil en la parroquia Chilibulo, cantón Quito, en el año 2022”

2. Resumen

Para prevenir la Desnutrición Crónica Infantil requiere de crear y aplicar estrategias y políticas públicas para asegurar que los niños tengan una correcta y saludable alimentación y oportuna atención médica durante sus primeros mil días de vida. En Ecuador, se estableció en 2021, a nivel nacional la Estrategia Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil, considerando los cantones y parroquias priorizadas por su tasa de desnutrición, población y quintiles de pobreza. Para el análisis de una efectiva marcha de la misma, se escogió a la Parroquia Chilibulo, un lugar de implementación priorizada. Se han realizado estudios de diferente índole, a fin de obtener resultados claros: encuestas a la población objetivo, entrevistas a profundidad a profesionales de las instituciones ejecutoras, miembros del GAD y de la Academia; y, análisis de cada uno de los cuadros de tasas mensuales y anuales de los indicadores del Sistema de Seguimiento Nominal.

Los resultados del análisis brindan información importante sobre la efectividad de las medidas preventivas, identifican áreas de éxito y las que requieren mejoras, además, ayudan a informar ajustes en las políticas y programas para abarcar las necesidades básicas de la población infantil.

Ante lo mencionado, se puede observar que la Estrategia, dentro de la Parroquia Chilibulo ha dado resultados medios y evalúa que no han sido exitosas totalmente las intervenciones en términos de reducción de la prevalencia de la desnutrición crónica infantil y mejora de la salud y el desarrollo infantil debido a factores como presupuesto menor al requerido, cierre del centro de salud lo que obligó a unirse a otra parroquia para atenciones y que algunos usuarios por condiciones logísticas dejen de concurrir; adicional, se presenta falta de micronutrientes y personal médico para cubrir a toda la población. Como positivo, debo rescatar la disminución de la Desnutrición global (desnutrición de primer grado) de 10,14% en enero a 9,9% en diciembre.

2.1. Abstract

To prevent chronic child malnutrition, it is necessary to develop and implement strategies and public policies ensuring that children receive proper and healthy nutrition, along with timely medical attention during their first one thousand days of life. In Ecuador, the national strategy "Ecuador Grows Without Child Malnutrition" was established in 2021, prioritizing cantons and parishes based on their malnutrition rates, population, and poverty quintiles. For the analysis of policy implementation, the parish of Chilibulo was chosen as a prioritized implementation site. Various studies have been conducted to obtain clear results, including surveys of the target population, in-depth interviews with professionals from executing institutions, members of the local government (GAD), and academia, as well as an analysis of monthly and annual rates in the Nominal Monitoring System indicators.

The analysis results provide valuable information on the effectiveness of preventive measures, identify areas of success and those needing improvement, and help determine adjustments required in policies and programs to meet the basic needs of the child population. It is observed that the implementation of the strategy in the Chilibulo Parish has yielded moderately acceptable results, indicating that interventions to reduce the prevalence of chronic child malnutrition and improve child health and development have not been entirely successful due to factors such as a budget shortfall, the closure of the health center, leading to its merger with another parish's center, and logistical constraints causing some users to discontinue attendance. Additionally, a shortage of medical personnel to cover the entire population is identified. On a

positive note, there is a reduction in global malnutrition (first-degree malnutrition) from 10.14% in January to 9.9% in December of the year 2022.

3. Introducción

La malnutrición, así como la desnutrición crónica infantil (DCI), es un problema a nivel mundial y resalta varios aspectos fundamentales. La presencia de 52 millones de niños y niñas menores de 5 años que padecen esta condición, subrayan la gravedad de la malnutrición en el mundo. La malnutrición no solo tiene un impacto en el desarrollo físico y mental de los niños, sino que también aumenta significativamente el riesgo de mortalidad en esta población vulnerable, es así que 8 millones de niños menores de 5 años se encuentran en riesgo de morir debido a emaciación grave, los datos indican que la mayoría de las muertes relacionadas con la desnutrición ocurren en países de ingresos medios y bajos. Esto refleja las desigualdades económicas y de acceso a servicios de salud y seguridad alimentaria en diferentes partes del mundo (Organización Mundial de la Salud, 2021).

El porcentaje de muertes de niños a nivel mundial con DCI como causa, corresponde al 45% de las muertes en niños menores de 5 años, esto destaca la importancia de abordar el problema de manera urgente; para abordar eficazmente la malnutrición y la DCI, se requiere esfuerzos tanto a nivel nacional como internacional (Organización Mundial de la Salud, 2021).

En Ecuador, el análisis de las cifras de evolución a lo largo del tiempo de la DCI, revela varias tendencias importantes, se evidencia una tendencia de aumento constante en la tasa de DCI a lo largo de los años, pasando de 21,2% en el 2004 a 27, 17% en el 2018, este aumento es una señal preocupante que un número significativo de niños y niñas en Ecuador están experimentando desnutrición crónica infantil, lo que puede tener impactos a largo plazo en su salud y desarrollo.

En este sentido, el gobierno actual realizó la Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil – ENDI con datos del 2022, según la cual la tasa actual de DCI es de 20,1%, reflejando una reducción de 3.5 puntos porcentuales en menores de 2 años de edad; esta cifra coloca al país en el cuarto lugar en la región después de Guatemala. A pesar de que las cifras demuestran haber bajado, la tasa sigue siendo alta y por tanto representa una problemática latente en nuestro país, requiriendo de la intervención del Estado en políticas de salud y nutrición, así como la cooperación entre países, organizaciones internacionales y ONG, fundamentales para abordar este problema global con el objetivo de incidir en la prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil (INEC, 2023).

Es importante señalar que según los datos para el Distrito Metropolitano de Quito (DMQ), en la población quiteña la situación de pobreza fue del 8,2%, la situación de pobreza extrema fue 2,8% y de pobreza multidimensional el 7,1% (ENEMDU, 2019). Así también el DMQ en su página oficial, según el informe de calidad de vida, en el sector del noroccidente y suroccidente de Quito se encuentran los dos focos más grandes de desnutrición crónica infantil, la cual supera el 38% del total de la ciudad (Distrito Metropolitano de Quito [DMQ], 2021), la parroquia Chilibulo del cantón Quito, se encuentra localizada en el suroccidente de Quito.

Según los datos del Sistema Universal Unificado de Seguimiento Nominal, en el año 2022, la tasa de desnutrición crónica infantil en la parroquia Chilibulo alcanzó el 31.68%. Esto significa que aproximadamente 4 de cada 10 niños y niñas menores de 2 años padecen esta condición. La desnutrición crónica infantil no solo afecta la estatura en términos físicos, sino que también tiene un impacto significativo en el desarrollo cognitivo de los niños, lo que tendrá repercusiones en el futuro tanto a nivel local, en la población quiteña, como a nivel nacional; ya que 4 de cada 10 personas no podrán tener una calidad de vida, salud y empleo digno y adecuado.

En este sentido el gobierno implementó la Estrategia Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil (EECSDI), con el objetivo “*Prevenir la desnutrición crónica infantil y reducir su prevalencia en niños y niñas menores de 24 meses de edad*”, la cual ha sido implementada en 221 cantones del país, en el Distrito Metropolitano de Quito en 22 parroquias priorizadas, siendo Chilibulo una de estas.

En este contexto se plantean la importancia de la investigación y la pregunta general:

¿Cuál es el impacto de la política pública Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil en la reducción y prevención de la desnutrición crónica infantil en la parroquia Chilibulo del cantón Quito?

Así también se definen las preguntas específicas:

- ¿Cuál es la efectividad de los programas implementados para prevenir y reducir la desnutrición crónica infantil en la parroquia Chilibulo del cantón Quito en el año 2022?
- ¿Qué factores deben modificarse para que sea efectiva la política pública Estrategia Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil en la parroquia Chilibulo del cantón Quito en el año 2022?

4. Marco Teórico

4.1. La desnutrición crónica infantil en la historia

A través de las distintas etapas de la historia, se han empleado diversas expresiones para describir el "estado nutricional" de los niños, haciendo hincapié en el peso y la altura considerados apropiados para su edad. Estos indicadores reflejan un desarrollo y salud nutricional adecuados. A medida que el tiempo ha avanzado, algunas definiciones de estos términos se han perfeccionado, mientras que otros han surgido y algunos están siendo reemplazados. La evolución de los términos

relacionados con la medición y comparación de la altura de los niños con respecto a su edad se conoce como Desnutrición Crónica Infantil (DCI) (Banco de Desarrollo de América Latina CAF, 2022b)

La desnutrición es un obstáculo para el desarrollo humano y reduce las posibilidades de desarrollo económico de los países. Entre las consecuencias están: Incrementa el riesgo de mortalidad en niños, riesgo de sufrir diversos tipos de enfermedades y discapacidad en niño o en la edad adulta; reduce la capacidad física y la productividad económica de un país; Reduce la capacidad intelectual y de aprendizaje en los niños y niñas que la padecen; retraso el crecimiento físico de los niños y niñas y puede causar enfermedades crónicas, cardiovasculares o metabólicas en edades adultas (Banco de Desarrollo de América Latina CAF, 2022b)

Según el informe “Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe 2018”, la prevalencia de desnutrición crónica entre niños menores de 5 años fue de alrededor del 10% en 2017 y muestra una tendencia a la baja. Al comparar la situación entre diferentes países, se pueden encontrar diferencias sorprendentes. Por ejemplo, la prevalencia en Guatemala superó el 40% en 2015, mientras que Paraguay, Costa Rica y Santa Lucía registraron tasas inferiores al 10%. Chile no está representado en las cifras, es el país que ha superado significativamente este problema desnutrición crónica entre los niños, la prevalencia actual es inferior al 2% (Banco de Desarrollo de América Latina CAF, 2022b)

En Ecuador, la serie histórica según datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC, la tasa de DCI en menores de 2 años fue: 2004 de 21,3%; en 2006 de 21,6%, en 2012 de 24,0%; en 2014 de 24,8%; en 2018 de 23,6% y en 2022 de 20,1% (INEC, 2023)

Según la UNICEF (2018), establece como causas de la DCI a las causas inmediatas, subyacentes y fundamentales y se describen en el siguiente gráfico:

Figura No. 1

Causas de la desnutrición Infantil



Fuente: UNICEF. 2018

4.2. Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil

En el año 2018 fue implementada la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC; los resultados a nivel nacional fueron una tasa de DCI en menores de dos años del 27,17%, en Pichincha la tasa fue de 25,48%; estas cifras colocaron a nuestro país Ecuador en la segunda tasa más alta de Latinoamérica, después de Guatemala (INEC, 2018)

Con este contexto, el Gobierno del Presidente Lenin Moreno, mediante Decreto Ejecutivo Nro. 1211 de fecha 15 de diciembre de 2020, aprueba la implementación de la “Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición”, cuyo objetivo es prevenir la desnutrición crónica infantil y reducir su prevalencia en niños y niñas menores de 24 meses, a través de la implementación del

nominado “*Paquete Priorizado*”, el cual comprende bienes y servicios y está destinado a atender a niños y niñas de 0 a 24 meses y mujeres gestantes, con el propósito que la población objetivo antes mencionada sea monitoreada nominalmente y cuya asignación presupuestaria aplique la metodología de Presupuesto por Resultados (Presidencia de la República del Ecuador, 2020)

El Decreto Ejecutivo Nro. 1211 define en su artículo 2, el “Paquete Priorizado” como conjunto de bienes y servicios destinado a atender a gestantes, niños y niñas menores de 24 meses de edad, mismo que deberá permitir el monitoreo oportuno y de calidad del desarrollo infantil integral de la población objetivo, y su incidencia en la disminución de la desnutrición crónica infantil (Presidencia de la República del Ecuador, 2020)

Es importante recalcar que mediante Decreto Ejecutivo 404 de fecha 21 de abril de 2022, se cambia el nombre de la estrategia a Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil, con sus siglas ENECSDI y se reforma el Artículo 2 del Decreto Ejecutivo 1211 (Presidencia del Ecuador, 2022)

Conforme cita el Decreto Ejecutivo 1211 y su reforma incluida en el Decreto Ejecutivo 404, se describe a continuación el “*Paquete Priorizado*”:

Tabla. Nro. 1

Paquete Priorizado

PAQUETE PRIORIZADO	DESCRIPCIÓN DEL PAQUETE PRIORIZADO
Esquema de vacunación oportuno y completo.	Se aplicarán las siguientes vacunas de acuerdo con el esquema de vacunación vigente en el Ecuador: Vacunación contra rotavirus y neumococo Vacuna BCG

	<p>Vacuna Hepatitis B</p> <p>Vacuna Pentavalente</p> <p>Vacuna DPT (Difteria, Tétanos, Tos ferina)</p> <p>Vacuna SRP (Sarampión, Rubeola, Perotiditis)</p> <p>Vacuna Fiebre Amarilla</p> <p>Vacuna Influenza Estacional Pediátrica, de 6 a 12 meses de edad</p> <p>Vacuna Influenza Estacional Pediátrica, de 12 a 23 meses de edad</p> <p>Vacuna dT, según historial vacunal a gestantes</p> <p>Vacuna Influenza Estacional Adulto a gestantes</p>
Control pre natal	<p>Un control prenatal mensual (o al menos 5 controles durante el embarazo=</p> <p>Prescripción de hierro más ácido fólico de acuerdo a la Norma (al menos en 5 controles)</p> <p>Planificación del parto y transporte</p> <p>Valoración de hemoglobina</p> <p>Diagnóstico y tratamiento de anemia</p> <p>Exámenes de laboratorio de VIH, VDRL, y EMO (Emo al primer control y según necesidad) antes de la semana 20 a segunda ronda de exámenes).</p> <p>Pruebas rápidas de STORCH (sífilis, toxoplasmosis, rubéola citomegalovirus, herpes simple y VIH)</p>

	<p>Examen de tamizaje de VIH: Primer trimestre, Segundo trimestre, Tercer trimestre, Parto, Posparto.</p> <p>Proteinuria después de la semana 20</p> <p>Ecos Obstétricos (al menos 3)</p> <p>Sesiones de educación prenatal</p> <p>Sesiones consejería en educación Prenatal en planificación familiar, lavado de manos, higiene alimentaria, alimentación saludable y agua segura.</p> <p>Control post parto incluye la entrega de hierro, educación en alimentación saludable, lactancia materna, planificación familiar, cuidado del Recién Nacido (al menos 3 controles)</p>
Control Niño Sano	<p>Apego Precoz, pinzamiento y corte oportuno del cordón umbilical y lactancia materna dentro de la primera hora de vida</p> <p>Tamizaje metabólico de 4 – 28 días del recién nacido</p> <p>Control de crecimiento: De 0 a 8 meses (1 control mensual), de 8 a 12 meses (1 control bimestral) y de 12 a 23 meses (1 control trimestral)</p> <p>3 valoraciones de hemoglobina de 6 a 23 meses 29 días de edad (semestralmente).</p> <p>Sesiones de educación en lactancia materna continua y alimentación complementaria de 6 a 23 meses 29 días</p>

	<p>de edad, de acuerdo a la Norma del MSP.</p> <p>Grupos de apoyo a la lactancia materna en establecimientos de primer y segundo nivel de atención</p> <p>Suplementación con mega dosis de vitamina A de 6 a 24 meses de edad.</p>
--	--

Fuente: Decreto Ejecutivo 1211 y Decreto Ejecutivo 404

Así también, en el Artículo 2 del Decreto 1211 (2020) se establece las responsabilidades a otras entidades:

- Registro Civil, Identificación y Cedulación: Número Único de Identificación.
- Ente rector de Inclusión Económica y Social y Salud garantizarán que se implemente la Estrategia con todos sus servicios que ofrecen a la población objetivo (protección social y desarrollo integral)
- El Sistema Nacional de Educación: Garantizará el acceso y permanencia dentro del Sistema de Educación, articular los servicios de salud y provisión del “*Paquete Priorizado*” para la gestante y para los hijos o hijas que se encuentren en edades de 0 a 24 meses.
- Ente Rector de Salud: Fortalecimiento de Bancos de Leche Humana e implementación de centros de recolección de leche materna en establecimiento de primer nivel de atención cercanos a los Bancos de Leche Humana.

En conclusión, el paquete priorizado está conformado por: Esquema de vacunación oportuna y completo, control prenatal, control del niño sano, educación, protección social y agua y saneamiento(Presidencia de la República del Ecuador, 2020)

El documento en mención, cita además a las entidades responsables de la provisión de los bienes y servicios del “*Paquete Priorizado*”, entre los cuales tenemos el Ente rector de Salud, Ente rector de Inclusión Económica y Social, Autoridad Educativa Nacional y Entidad responsable del Registro Civil, Identificación y Cedulación (Presidencia de la República del Ecuador, 2020)

El Decreto Ejecutivo establece el Seguimiento Nominal para realizar el control de la prestación del “*Paquete Priorizado*”, para ello se creará una plataforma intersectorial de corte longitudinal con interoperabilidad de datos. La plataforma permite identificar oportunamente las alertas relacionadas con el monitoreo de las gestantes, al crecimiento y desarrollo de los niños y niñas de hasta 24 meses y sus enfermedades prevalentes, incorporando variables e información de otras instituciones públicas que tengan a su cargo la ejecución de políticas vinculadas a la población objetivo; a la vez, insta a las instituciones responsables del “*Paquete Priorizado*” participar activamente en la implementación del modelo de gestión de dicha Plataforma (Presidencia de la República del Ecuador, 2020)

Es importante mencionar que en el Artículo 6 se establece la metodología de Prepuesto por Resultados para la asignación presupuestaria, la misma relaciona directamente la asignación de presupuesto con los bienes y servicios que integran la Estrategia Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil, a la vez faculta las acciones de seguimiento del desempeño al Sistema de Administración Financiera, al igual que insta al Ente rector de la Planificación Nacional y a las entidades ejecutoras de la Estrategia, velar por la priorización de la política pública (Presidencia de la República del Ecuador, 2020)

Por otro lado, en el Artículo 8, se responsabiliza a la entidad de Estadística y Censos a nivel nacional para la medición de la prevalencia de desnutrición crónica infantil en el país, con el fin de monitorear la Estrategia, esto se realizará implementando una operación estadística con

periodicidad anual, en la cual genere indicadores de seguimiento y de evaluación de impacto con base en el Decreto y tomando en cuenta las algunas prestaciones de servicios descritas en el “*Paquete Priorizado*” (Presidencia de la República del Ecuador, 2020)

4.3. Plan Estratégico Intersectorial

El Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil (DCI) en Ecuador fue implementado en el año 2021 y se proyecta hasta el 2025, plantea la ruta a seguir, estableciendo las prioridades y la voluntad gubernamental para diseñar Y y ejecutar una política social sostenida. El objetivo principal es brindar a todas las niñas y niños, desde la gestación, la oportunidad de tener un buen comienzo en la vida sin desnutrición crónica (Secretaría Técnica del Ecuador, 2021)

Este plan contempla 28 proyectos agrupados en 6 ejes estratégicos que son: Entorno habilitador, Movilización de recursos, Articulación territorial, Gestión de la información, Talento Humano y mejora de la gestión institucional en el punto de atención; y, Corresponsabilidad y transparencia. Así también, este plan resultó de un proceso de construcción colectivo, multidisciplinario que involucró a instituciones públicas, sociedad civil, cooperación nacional e internacional, con el fin de plantear soluciones coyunturales y establecer una política de Estado permanente para prevenir y reducir la desnutrición crónica infantil en el país (Secretaría Técnica del Ecuador, 2021).

Se utilizó el método de pensamiento sistémico (Thinking Process, TP) de la teoría de las restricciones para desarrollar el plan. Este método implica el uso de pensamientos lógicos basados

en conocimientos, experiencia e intuición para identificar causas y efectos, comprender la situación actual y proponer soluciones inmediatas (Secretaría Técnica del Ecuador, 2021)

El documento contextualiza la situación de la DCI en Ecuador, describe la metodología utilizada, identifica metas a mediano y largo plazo, así como indicadores de desempeño. Se analizan los factores que impiden alcanzar las metas y se proponen condiciones mínimas y acciones estratégicas. El plan incluye la implementación de proyectos, prioridades, secuencia lógica y análisis presupuestario. Se establece una estructura de gobernanza y un marco de seguimiento, monitoreo y evaluación. El liderazgo recae en la Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil. El documento invita al escrutinio, discusión y validación por parte de diversos sectores de la sociedad, siendo un instrumento técnico, social y político para el diálogo y la colaboración en la prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil en Ecuador (Secretaría Técnica del Ecuador, 2021).

4.4. Modelo de Gestión Territorial

Se construye con el objetivo de: “Promover la planificación, gestión, articulación, participación activa y solución de nudos críticos por parte de las instituciones prestadoras del Paquete Priorizado, actores públicos, privados y la comunidad, a través del seguimiento de indicadores de bienes y servicios, y la implementación de estrategias de educomunicación direccionadas al cambio social y de comportamiento, en acciones orientadas a la prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil” (Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil, 2023)

El Modelo de Gestión Territorial integra estrategias y acciones coordinadas que facilitan la movilización y coordinación de voluntades, habilidades y recursos a nivel territorial. Su finalidad es llevar a cabo iniciativas locales destinadas a prevenir y disminuir la desnutrición crónica infantil durante los primeros 1,000 días, alineado con la Estrategia Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil. El modelo propone:

- a. La articulación intersectorial e interinstitucional para la prestación efectiva del paquete priorizado de bienes y servicios, definiendo lineamientos de gestión territorial con relación a la ejecución de las Mesas Intersectoriales Cantonales (MIC), gestión de alertas y seguimiento a la prestación de bienes y servicios a través de la construcción e implementación del Plan de Acción Cantonal, construido con la participación de las entidades encargadas de la provisión y articulación del paquete priorizado; y,
- b. La implementación de planes locales de educomunicación para el cambio de comportamiento de actores de territorio y de la comunidad, a través de la Comisión de Educomunicación Local (CEL) (Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil, 2023)

4.5. Estrategia de comunicación para el desarrollo para la prevención de la desnutrición crónica infantil (DCI).

Se construye en base al Plan Estratégico Intersectorial, el cual contempla una estrategia de comunicación que promueva el cambio de comportamiento dirigido a la prevención y reducción de la DCI, la estrategia tiene como objetivo: *“Definir estrategias y líneas de acción para la implementación de procesos de Comunicación para el Desarrollo, que coadyuven a prevenir y disminuir la DCI, en el marco del Plan Estratégico Nacional para la Prevención de la*

Desnutrición Crónica Infantil, considerando las distintas realidades a nivel nacional y local, los ámbitos de intervención del modelo socioecológico y los temas clave identificados” (Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil, 2021)

La estrategia se basa en la metodología de la Comunicación para el Desarrollo (Communication for Development – C4D), incluye una serie de lineamientos para la construcción de planes locales de educomunicación, que faciliten la consolidación de acciones y mensajes que respondan a diversas realidades locales. La estrategia tiene como personaje principal a Máximo, que protagonizó campañas de promoción de vacunación y temas de salud en 1990, personaje que corresponde a UNICEF, y cumple el fin de comunicar las principales recomendaciones en el marco de un enfoque socioecológico que reconoce la necesidad de abordar todos los niveles que rodean a la persona para garantizar que los cambios se den y sean sostenibles en el tiempo. Este enfoque considera el ámbito: individual, familiar, comunitario e institucional (Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil, 2022)

Presenta 11 temáticas que agrupan los principales problemas de la DCI:

- Controles oportunos de salud (control prenatal y control de niña y niño sano)
- Esquema de vacunación completo y oportuno
- Lactancia materna exclusiva
- Lactancia continua, alimentación complementaria y suplementación
- Agua segura/apta para el consumo humano
- Buenos hábitos de higiene y lavado de manos
- Corresponsabilidad en el cuidado
- Entornos protectores
- Planificación familiar

- Registro e inscripción de niñas y niños de forma oportuna
- Prácticas integrales de parto

Así también, la estrategia define objetivos específicos, entornos mínimos, estrategias de comunicación, líneas estratégicas de acción e indicadores de seguimiento. Propone como eje central la construcción de un Plan Local de Educomunicación, mismo que se levanta a partir de la problemática local y con la participación de actores directos, indirectos, cooperantes y estratégicos (Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil, 2022).

4.6. Proyecto de inversión “Infancia con Futuro”

Mediante Acuerdo Nro. STECSDI-STECSDI-2021-0025-A; de fecha 8 de diciembre de 2021 se creó el *Proyecto de Inversión Infancia con Futuro*, cuyo objetivo es “*Realizar la articulación de la EECSDI a través de la captación y caracterización de la población objetivo, coordinación y vinculación con los actores de territorio y la promoción de cambio social y comportamiento adecuado para incidir en la disminución de la prevalencia de la DCI*” (Proyecto de Inversión Infancia con Futuro, 2023)

El presidente de la república en el Acuerdo mencionado, lo declara Proyecto Emblemático, el cual fue solicitado con Dictamen de Prioridad bajo la Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil como entidad ejecutora, pertenece al Gabinete Sectorial de lo Social, al sector de protección social y familiar y al subsector de Atención Primera Infancia, el código es A0703 y su tipología corresponde a Servicios (*STECSDI, 2021*).

Según la planificación de la ejecución el proyecto se puso en marcha desde noviembre de 2021 y su culminación es en diciembre de 2025. El monto total del proyecto es de USD. 30.681.062,62; y tiene cuatro componentes que son:

- *“Realizar la captación de la población objetivo mediante el despliegue territorial para la caracterización de los usuarios, generación de línea base y articulación de atenciones en el marco del paquete priorizado de la Estrategia Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil.*
- *Ejecutar la conformación, implementación, monitoreo y seguimiento de Mesas Intersectoriales Cantonales, para contribuir a la ejecución eficiente de las políticas públicas relacionadas a la reducción de la prevalencia de la Desnutrición Crónica Infantil (DCI) a nivel territorial.*
- *Sensibilizar a la población acerca de la problemática, difundir y posicionar de manera permanente a través de la estrategia educomunicacional el cambio social y de comportamiento relacionado con la prevención, cuidado, salud y desarrollo infantil en niños menores de 2 años y mujeres gestantes en el marco de la EECSDI.*
- *Gestionar operativamente el proyecto” (STECSDI, 2021) ”(Proyecto de Inversión Infancia con Futuro, 2023)*

En lo que respecta al componente 1, según la información de la STECSDI se ejecutó en el mes de diciembre de 2021 hasta diciembre de 2022, a través del despliegue de personal en territorio para la captación de mujeres gestantes y niños y niñas de 0 a 2 años de edad; a partir de ello se generó la línea base y la articulación de atenciones en el marco del paquete priorizado de la Estrategia Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil.

El Componente 2 del proyecto, en territorio trabaja bajo el Modelo de Gestión Territorial en Mesas Intersectoriales Cantonales MIC, las cuales constituyen un espacio de vinculación y articulación con los actores permanentes (instituciones ejecutoras del paquete priorizado) y actores

no permanentes (ONG, academia, sociedad civil, etc.); el proyecto interviene a través del Plan de Acción Cantonal PAC, compone una herramienta metodológica alineada a las políticas públicas nacionales y se aterriza en la realidad de cada territorio en las 9 zonas del país (SETESCSDI, 2023).

Para la ejecución de las MIC, se enmarca en la *“Metodología para la Conformación de Mesas Intersectoriales Cantonales (MIC) para la Prevención y Disminución de la Prevalencia de la Desnutrición Crónica Infantil”*, la cual fue aprobada por el Comité Intersectorial Para la Prevención y Reducción de la DCI, que está conformado por delegados de cada una de las carteras de estado que proporcionan los bienes y servicios del Paquete Priorizado (Proyecto de Inversión Infancia con Futuro, 2023)

El Plan de Acción Cantonal, es construido de forma anual, en el cual se determinan componentes, actividades y subactividades con sustento técnico legal; el cual está enmarcado a los componentes de cobertura del paquete priorizado, agua apta para el consumo humano, articulación intersectorial, y componente educacional. Esta herramienta es validada por los miembros de la mesa y se ejecuta a través de una Microplanificación con la participación en base a las competencias de cada institución ejecutora que conforma la MIC (Proyecto de Inversión Infancia con Futuro, 2023)

Para el soporte de las mesas territoriales; y en cumplimiento del Decreto Ejecutivo 1211 y 404, la STECSDI implementó una plataforma intersectorial de corte longitudinal con interoperabilidad de datos para el monitoreo, seguimiento del estado nutricional de la población objetivo, alertas que se generen en territorio y la gestión de las mismas con la finalidad de contribuir a la ejecución eficiente de las políticas públicas relacionadas a la reducción de la prevalencia de componente del proyecto se encarga de administrar las operaciones necesarias

para alcanzar los objetivos, metas e indicadores del proyecto. Los encargados de la gestión operativa diseñan, implementan y supervisan los procesos y herramientas del proyecto, asegurándose de que estén alineados con la Estrategia de Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y el Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil. Estas actividades se llevan a cabo en estrecha colaboración con los otros componentes del proyecto, garantizando que las herramientas se desarrollen de manera eficiente y coordinada (Proyecto de Inversión Infancia con Futuro, 2023)

La meta del proyecto contribuye a la Meta del Plan Nacional de Desarrollo, que se denomina Plan de Creación de Oportunidades 2021-2025, y es “Reducir 6 puntos porcentuales la Desnutrición Crónica Infantil en menores de 2 años”, en este sentido, según las cifras de la Encuesta Nacional de Desnutrición Infantil ENDI (2023), hasta diciembre de 2022 se había bajado la tasa en 3,5 puntos porcentuales a nivel nacional (Proyecto de Inversión Infancia con Futuro, 2023)

4.7. Intervenciones probadas e implementadas a nivel mundial.

CAF (2022), sugiere que varios estudios basados en evidencia, para disminuir la desnutrición crónica en la infancia, se debe intervenir en los factores que causan esta condición:

- ✓ Reducir la incidencia de enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas, así como minimizar la gravedad y duración de cada episodio, especialmente entre los niños menores de 18 meses.
- ✓ Mejorar las prácticas de cuidado durante los primeros 24 meses de vida:
 - a) Aumentar la frecuencia de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses.

- b) Fomentar una alimentación complementaria adecuada, comenzando a los 6 meses y gradualmente diversificando la dieta.
- c) Asegurar la ingesta de micronutrientes a partir de los 6 meses.
- d) Reducir el número de bebés con bajo peso al nacer y la incidencia de nacimientos prematuros.
- ✓ Disminuir la prevalencia de anemia entre mujeres embarazadas
- ✓ Priorizar las intervenciones durante los primeros 1000 días de vida.
- ✓ Suplemento con micronutrientes a gestantes
- ✓ Clampaje tardío de cordón umbilical
- ✓ Suplemento con hierro antes de los 6 meses
- ✓ Suplemento con micronutrientes a niños de 6 a 36 meses
- ✓ Inmunizaciones de acuerdo al paquete de vacunas que maneje cada país, priorizando las vacunas contra el rotavirus para evitar la gastroenteritis y la vacuna del neumococo para prevenir la neumonía.
- ✓ Consejería sobre alimentación complementaria a las madres, padres y cuidadores de los niños y niñas.
- ✓ Consejería sobre lavado de manos con jabón.
- ✓ Intervenciones de transferencia monetaria a hogares pobres.
- ✓ Programas alimentarios

El número y gama de intervenciones que han sido probadas para reducir la desnutrición crónica y la anemia es amplio, lo cual se debe a la diversidad de factores causales que deben considerarse al abordar la prevención de la desnutrición infantil o el retraso en el crecimiento. Estas intervenciones pueden llevarse a cabo en diferentes momentos de la vida, pero resultan más

efectivas cuando se implementan durante los primeros 1000 días de vida, desde el embarazo hasta los 24 meses de edad (Banco de Desarrollo de América Latina CAF, 2022a)

La CAF (2022) resumen en aproximadamente 26 intervenciones probadas con evidencia científica que contribuyen al crecimiento adecuado de los niños, sin embargo, la CAF sugiere que, aunque se ofrecen sugerencias sobre cuáles podrían ser las primeras intervenciones a implementarse, la decisión final dependerá de la problemática específica de cada comunidad o país, así como de sus capacidades y recursos económicos disponibles, a continuación, se muestran en la figura Nro. 2. (Banco de Desarrollo de América Latina CAF, 2022a)

Tabla. Nro. 2

Intervenciones para prevenir la DCI

<i>Nro.</i>	<i>Público objetivo/etapa</i>	<i>Intervención</i>
1	<i>Jóvenes y adultos</i>	<i>Control prenatal</i>
2		<i>Suplementación con micronutrientes</i>
3		<i>Vacunación antitetánica</i>
4		<i>Uso de sulfato de Magnesio e preeclampsia</i>
5		<i>Hogares maternos pobres/ embarazos de riesgo</i>
6		<i>Prevención consumo alcohol y tabaco</i>
7	<i>Gestante</i>	<i>Prevención de embarazo adolescente</i>
8		<i>Suplementación de hierro y ácido fólico</i>
9	<i>Parto y recién nacidos</i>	<i>Corticosteroides en prematuros</i>
10		<i>Parto institucionalizado</i>
11		<i>Ligadura oportuna del cordón</i>
12		<i>Oxitocina postparto</i>
13		<i>AIEPI Neonatal</i>
14		<i>“Madre canguro”</i>

15		<i>Visitas domiciliarias a RN de riesgo</i>
16	<i>Niños de 0 a 6 meses</i>	<i>Consejería en Lactancia Materna Exclusiva</i>
17	<i>Consejería en Lactancia Materna y alimentación complementaria</i>	<i>Vacunación</i>
18		<i>Control de crecimiento y desarrollo</i>
19		<i>AIEPI</i>
20		<i>Consejería en crianza</i>
21	<i>Niños de 6 a 24 meses</i>	<i>Consejería en Lactancia Materna y alimentación complementaria</i>
22		<i>Control de crecimiento y desarrollo</i>
23		<i>Vacunación</i>
24		<i>Suplementación y micronutrientes</i>
25		<i>AIEPI</i>
26		<i>Papilla fortificada</i>
27		<i>Consejería en crianza</i>

Fuente: CAF, 2022

4.8. Programas, Planes, Estrategias y Políticas implementados en otros países para reducir la desnutrición crónica infantil.

4.8.1. Programa Nacional De Alimentación Complementaria (PNAC) - Chile

Chile puso en marcha una serie de iniciativas y estrategias con el propósito de abordar la desnutrición crónica infantil (DCI) y mejorar la nutrición de los niños. Estos programas se centraron en diversas áreas, como la promoción de una alimentación saludable, el acceso a servicios de atención médica de alta calidad y la educación sobre prácticas nutricionales adecuadas. Uno de estos programas es el Programa Nacional de alimentación complementaria (PNAC) implementado en 1954 hasta la fecha, esta intervención temprana ha llevado a Chile a tener una tasa de 1,6% de DCI, siendo la tasa más baja de la región (Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, 2021)

El principal objetivo del Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) de Chile es proporcionar alimentos complementarios nutritivos a niños y niñas de entre 6 meses y 2 años de edad que provienen de familias en situación de vulnerabilidad económica. El programa busca mejorar la calidad de la alimentación de los niños en esta etapa crucial de su desarrollo, promoviendo una nutrición adecuada y reduciendo el riesgo de desnutrición crónica infantil (Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, 2021)

El PNAC es un programa de alcance universal que tiene como objetivo proporcionar apoyo nutricional de carácter preventivo y de recuperación. La distribución de productos a los beneficiarios se lleva a cabo principalmente a través de establecimientos de la red de Atención Primaria de Salud (APS) y establecimientos fuera del sistema de salud que cuenten con un acuerdo en vigor con el Ministerio de Salud (Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, 2021)

Los objetivos del programa son los siguientes: Promover la lactancia materna, Fomentar el crecimiento y desarrollo óptimos de niños y niñas desde la gestación, Salvaguardar la salud de las mujeres durante el embarazo y la lactancia. Contribuir a la prevención de enfermedades no transmisibles desde las primeras etapas de la vida. Reducir la incidencia de bajo peso al nacer. - Prevenir y corregir la malnutrición en niños/as y gestantes; y finalmente estimular la adhesión a las intervenciones de salud promovidas en los centros de atención primaria de salud (Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, 2021)

Los beneficiarios del PNAC incluyen a la población infantil desde el nacimiento hasta los 5 años y 11 meses y 29 días, sin importar su ubicación geográfica, nacionalidad, situación socioeconómica, situación previsional o estatus migratorio, siempre que cumplan con los requisitos establecidos (Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, 2021)

4.8.2. Programas, Planes, Estrategias y Políticas Implementadas en Perú para reducir y prevenir la desnutrición crónica infantil.

4.8.2.1. Estrategia Nacional CRECER, implementada en Perú, año 2007

En el año 2007, la tasa de DCI del Perú era del 28,8%, con una prevalencia mayor en el área rural, cuya tasa correspondía al 45,9%; frente a esta problemática el gobierno empieza una serie de reformas, de las cuales tiene trascendencia la Estrategia Nacional CRECER, implementada con un enfoque de gestión por resultados; de intervención que involucra a entidades públicas a nivel nacional, regional y local, entidades privadas relacionadas con la prevención de la desnutrición crónica infantil, especialmente en niños menores de cinco años (Presidencia de la República de Perú, 2007)

La Estrategia Nacional CRECER tenía como objetivo reducir en nueve puntos porcentuales la desnutrición en niños menores de cinco años para el año 2011, con énfasis en menores de tres años en situación de vulnerabilidad nutricional y pobreza. Los resultados a lograr eran los siguientes

- Mejorar los hábitos alimentarios y nutricionales utilizando productos locales.
- Garantizar el acceso a la identidad de la población objetivo.
- Fomentar la creación de comunidades y municipios saludables, por ejemplo, mediante cocinas mejoradas y letrinas.
- Aumentar la tasa de alfabetización en las madres.
- Aumentar el número de madres gestantes y niños menores de cinco años que reciben atención integral en salud, alimentación y nutrición.
- Aumentar la cantidad de niños con crecimiento normal.

Para concluir, esta estrategia dio como resultado una tasa de 19,5% para el año 2011, disminuyendo en 9,3 puntos porcentuales (Presidencia de la República de Perú, 2007)

4.8.3. Otros programas y Planes implementados desde el 2011 en Perú.

Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en el país (2014-2016). Fue implementado por el Ministerio de Salud del Perú, con el objetivo de contar con un marco normativo actualizado para el abordaje de los determinantes de la desnutrición crónica infantil y la anemia en niñas y niños menores de 3 años. Para ello realizaron una revisión, evaluación y actualización de normas de atención integral de la niña y niño; elaboraron y aprobaron las normas de atención integral de la niña y el niño, recién nacido y la gestante en prestación, promoción de la salud, alimentación o nutrición y salud ambiental; posteriormente socializaron estas normas de atención integral las Direcciones Regionales de Salud y con las Direcciones de Salud de Lima Metropolitana. (Ministerio de Salud de Perú, 2014)

El objetivo del plan fue contar con establecimientos de salud del primer nivel de atención organizados para mejorar la cobertura y calidad de atención integral de las gestantes, recién nacido, niña, niños menores de 3 años en atenciones intramurales y extramurales, con énfasis en acciones orientadas a la reducción de la DCI y prevención y control de la anemia en niños menores de 3 años. Para ello la organización en los servicios de salud debía ser establecida para que estos cumplan principalmente actividades de promoción de la salud, prevención del riesgo, así como de recuperación y rehabilitación de la salud. La Red de Atención Primaria de Salud, que comprenden las Instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas o mixtas, deben contar con el equipamiento básico para dicha atención: Balanzas, tallímetro e infantómetro, hemoglobímetro, cadena de frío, kit de sesiones demostrativas, kit para estimulación temprana, Insumos médicos

(jeringas, alcohol, algodón, entre otros), Medicamentos y otros productos nutricionales (multimicronutrientes, hierro) (Ministerio de Salud de Perú, 2014)

Dentro de las prestaciones de servicios de salud también menciona el plan:

- Control de crecimiento y desarrollo (CRED) en un marco de atención integral del niño y niña, para ello propone ampliar progresivamente la cobertura en el periodo 2014 -2016
- Certificación de establecimientos de salud amigos de la madre, niña y niño: Con el objetivo que los establecimientos de salud faciliten atención y apoyo a la madre a prepararse, iniciar o continuar con la práctica de la lactancia materna.
- Incremento progresivo de inmunizaciones en menores de 3 años, especialmente en vacunas de rotavirus y neumococo
- Fortalecimiento en atención prenatal, enfocada en atención integral de la gestante, establece como mínimo seis atenciones: Evaluación de factores de riesgo para hemorragia, hipertensión, etc.; prevención de la preclamsia; presión arterial, peso, edemas, detección de proteínas en orina; examen odontológico; prevención de la anemia con suplemento de hierro/ácido fólico, calcio; detección de diabetes; Tamizaje de VIH y sífilis (prevención de la transmisión vertical); descartar de malaria y otras enfermedades endémicas; orientación nutricional, promoción de la lactancia materna exclusiva; tamizaje de depresión y violencia (suicidio, homicidio); plan de parto, promocionando el parto institucional; orientación en salud sexual reproductiva y planificación familiar, para el espaciamiento óptimo entre embarazos; psicoprofilaxis y estimulación prenatal; visita domiciliaria
- Medicamentos e insumos. realizar estimación de necesidades, proceso de adquisiciones, seguimiento al abastecimiento, monitoreo a la disponibilidad de productos,

retroalimentación de resultados de análisis de disponibilidad de productos, fortalecimiento de reporte de reacciones adversas de los productos farmacéuticos (Ministerio de Salud de Perú, 2014)

Relacionado a la educación y comunicación, este plan planteó como objetivo *“promover la adopción de prácticas saludables orientadas al cuidado de la gestante, el recién nacido, las niñas y niños menores de 3 años, para contribuir con la reducción de la DCI y la prevención y control de la anemia”*. Las intervenciones que forman parte de este paquete se constituyeron principalmente por consejerías y sesiones demostrativas de preparación de alimentos. En las acciones de comunicación, información y orientación se llevó a cabo mediante estrategias comunicacionales diferenciadas para zonas rurales y urbanas (Ministerio de Salud de Perú, 2014)

El impulso de la participación comunitaria fue de gran importancia dentro del plan; la vigilancia comunal y creación de centros de promoción del cuidado integral de la madre y el niño, espacios destinados a orientar y educar a las madres, padres y los cuidadores en temas de lactancia materna, alimentación complementaria, lavado de manos, suplementación con micronutrientes, atención prenatal, control CRED, vacunación, es decir, conformar con la comunidad espacios de información y toma de decisiones concretas en salud, nutrición materno infantil y consumo de agua segura (Ministerio de Salud de Perú, 2014)

Política Nacional de Desarrollo e Inclusión Social: Fue aprobada como Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social “Incluir para Crecer” en el 2013; en el 2016 se eleva a rango de Política Nacional mediante Decreto Supremo Nro. 003 – 2016-MIDIS, la política tiene 6 ejes que intervienen en población vulnerable de 0 a 65 años de edad o más;

están establecida en 5 ejes: Eje 1. Nutrición Infantil (0 a 3 años) cuyo objetivo es reducir la DCI a través de intervenciones orientadas a la madre gestante y a los niños entre 0 y 3 años. Eje 2. Desarrollo Infantil Temprano (0 a 5 años) con el propósito de impulsar el desarrollo físico, cognitivo, motor, emocional y social en niños y niñas. Eje 3. Desarrollo Integral de la Niñez y Adolescencia (6 a 17 años) Cuyo enfoque es incrementar las competencias en el desarrollo personal, educativo y ocupacional de cada niño, niña o adolescente de acuerdo a su edad. Eje 4. Inclusión económica (18 a 64 años). Cuyo propósito es aumentar las oportunidades y capacidades de los hogares para incrementar sus propios ingresos; y, finalmente el Eje 6. Protección del adulto mayor (65 años o más) se enfoca en proteger y mejorar el bienestar del adulto mayor, asegurándole el acceso a una pensión y diversos servicios de calidad

obtener una visión más completa de la desnutrición crónica infantil y el impacto de la estrategia Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil en la población objetivo del barrio Chilibulo de la parroquia Chilibulo.

5. Metodología

5.1. Métodos

5.1.1. Método Deductivo

Se empleó este método para examinar la información mundial de datos y estadísticas de investigaciones de la problemática, provenientes de fuentes secundarias organismos como OMS, OPS, UNICEF, CAF; así también información proveniente de fuentes obtenidas del INEC y STECSDI a nivel nacional y local a través de la encuesta ENSANUT y ENDI y reportes territoriales locales del Sistema Universal Unificado de Seguimiento Nominal. Finalmente, se

utilizó este método en la investigación para establecer las conclusiones generales resultadas de la investigación.

5.1.2. Método Analítico

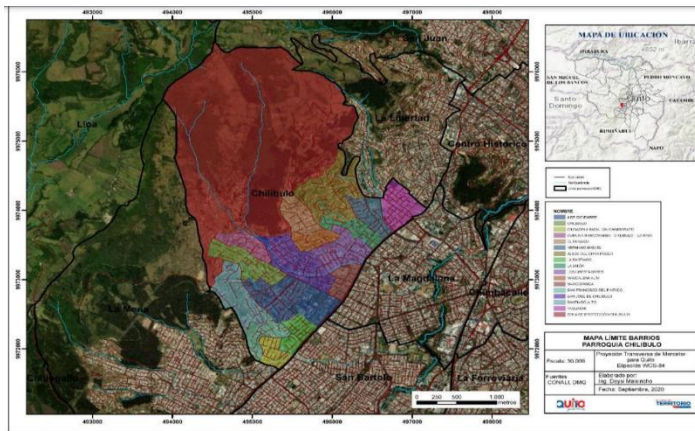
Con este método se analizó detalladamente la información recolectada como reportería de los indicadores de resultados de las fuentes oficiales de la página de la Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil, en el marco de las prestaciones de bienes y servicios por parte del Estado en la parroquia Chilibulo y de esta forma se determinó la efectividad de la política pública implementada para el cumplimiento de la estrategia. Finalmente, a partir de este análisis, proponer estrategias para efectivizar la política pública “Estrategia Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil”.

5.2. Población y muestra

La parroquia Chilibulo del cantón Quito, está localizada en el Suroccidente de la ciudad a una altura de 2.450 msnm, se ubica en el sector este de la Administración Zonal Eloy Alfaro y colinda con la Administración Zonal Manuela Sáenz, cuenta con un área protegida (Zona de Protección Chilibulo), una Comuna (Marcopamba-Chilibulo-La Raya) y 32 unidades barriales: La Unión, La León, Bermeo, Hermano Miguel, Sector Flores, La Dolorosa, Cdla. 4 de Diciembre, Marcopamba, Jesús del Gran Poder, El Paraíso, Batallón Chimborazo, Comuna Chilibulo-Marcopamba-La Raya, Yaguachi, Imaco 1 y 2, San José de Chilibulo, La Santiago Alto, Héroes del Cenepa, San Francisco del Pintado, Chilibulo, Urbanización La Santiago, Los Libertadores, El Magisterio, Jardín del Oeste, Calimbulo, Guanojucho, Magdalena Alta, La Lorena, María Augusta Urrutia, Bermeo, La Delicia, Virgen Pata, La Viudita, 25 de Julio, La Alcantarilla, La Unión y Acción; y, Cuartel. Tiene una población de 48.729 habitantes de los cuales 23.863 son hombres y 24.866 son mujeres.

Figura Nro. 2

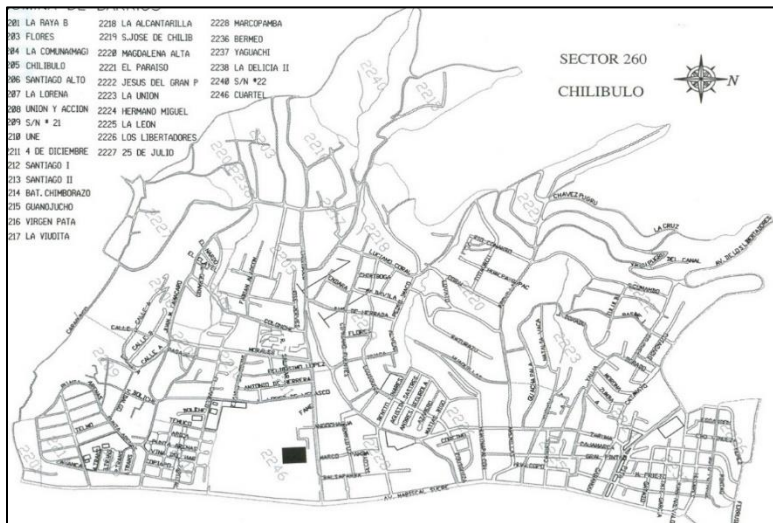
Mapa de ubicación de la parroquia Chilibulo



Fuente: Distrito Metropolitano de Quito, 2022

Figura Nro. 3

Plano de la parroquia Chilibulo



Fuente: Distrito Metropolitano de Quito, 2022

En el año 2022, Chilibulo tuvo una población de 48.729 habitantes; de los cuales 638 son niños y niñas de 0 a 24 meses y 56 son mujeres gestantes según los datos obtenidos del SUUSEN, de los datos administrativos reportados por las atenciones realizadas por el Ministerio de Salud Pública.

Así para el tamaño de la muestra se aplicó la fórmula:

$$\text{Tamaño de la muestra} = \frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2} \div \left(1 + \frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N} \right)$$

N= Tamaño de la población = 694

E = Margen de error = 5%

Z= Nivel de confianza deseado = Puntuación 95%

Tamaño de la muestra = 248

Por tanto, las encuestas serán realizadas a 248 personas de la población objetivo que comprenden: madres gestantes, madres, padres o cuidadores de niños y niñas de 0 a 24 meses.

5.3. Metodología por objetivos

5.3.1. *Objetivo específico 1.*

“Determinar la efectividad de los programas implementados de política pública en la reducción de la desnutrición crónica infantil en la parroquia Chilibulo, cantón Quito, en el año 2022”, para el cumplimiento de este objetivo, se utilizó la técnica de encuesta dirigida a 248 personas de la población objetivo que comprenden gestantes, madres, padres y cuidadores de niñas y niños de 0 a 24 meses, con la finalidad de identificar los factores externos que inciden en los resultados de la efectividad de la política pública; así también esta información permitió identificar cuáles son los conocimientos, aptitudes y prácticas de la población objetivo frente a la temática de la Desnutrición Crónica Infantil.

Par este objetivo, también se utilizó la técnica de análisis de datos y análisis comparativo entre los 5 indicadores de resultados planteados para la ENECSDI del SUUSEN de la Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil; esto con la finalidad de analizar los crecimientos,

decrecimientos y/o brechas en la cobertura de los servicios del paquete priorizado y en la reducción del porcentaje de la DCI, para que de esta manera se evidencie la efectividad de la política pública en investigación.

5.3.2. *Objetivo específico 2*

“Plantear estrategias para efectivizar la política pública Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil, en la parroquia Chilibulo del cantón Quito”, para el cumplimiento de este objetivo se utilizó la técnica de entrevista semiestructurada dirigida a profesionales de las instituciones que forman parte de las carteras de estado que brindan los servicios y bienes del paquete priorizado y a un delegado del DMQ de la Mesa Intersectorial Parroquial, a fin de identificar los Factores internos que incidan en los resultados en referencia a las metas establecidas de la política pública; con estos resultados se realizó un análisis FODA; y, a partir de ello se construyó una *Matriz de Estrategias* para el planteamiento de estrategias que permitan una mayor efectividad de la política pública en mención.

6. Resultados

6.1. Análisis e interpretación de las encuestas.

Información demográfica.

Pregunta 1. Su edad se encuentra entre:

Cuadro 1. Edad de las madres, padres y cuidadores

Edad	Número de personas	Porcentaje
Menos de 18 años	2	0,81
18- 25 años	82	33,06
25-34 años	64	25,81

35-44 años	54	21,77
45-54 años	35	14,11
55 años o más	11	4,44
Total	248	100,00

Fuente: Investigación directa 2023
 Elaboración: María Soledad Pachar

Análisis e interpretación

La muestra está dividida en seis grupos de edad, que van desde "Menos de 18 años" hasta "55 años o más". Cada grupo tiene un porcentaje asociado, representando la proporción de la muestra que cae dentro de ese rango de edad. La mayor proporción de la muestra se encuentra en los grupos de edad más jóvenes. El grupo "18-25 años" es el más numeroso, representando el 33,06% de la muestra, seguido por el grupo "25-34 años" con el 25,81%. Esto indica una concentración significativa de madres gestantes, madres, padres o cuidadores en la categoría de adultos jóvenes al cuidado de las y los niños de 0 a 24 meses de edad.

A medida que aumenta la edad, la proporción de la muestra tiende a disminuir. Los grupos de edad "45-54 años" y "55 años o más" representan conjuntamente el 18,55%, indicando una menor representación en comparación con los grupos más jóvenes.

La suma total de la muestra es de 248 individuos, lo que indica que estos datos representan la totalidad de la muestra analizada. En resumen, la distribución de la muestra sugiere una mayor presencia de individuos en las edades más jóvenes, con una disminución gradual a medida que aumenta la edad. Este tipo de análisis puede ser útil para comprender la estructura demográfica de

la muestra y puede tener implicaciones importantes para la toma de decisiones en diversos contextos, como planificación de educomunicación, educativa, salud o laboral.

Pregunta 2. ¿A qué grupo de los siguientes pertenece usted?

Cuadro 2. Grupo de la población objetivo

Grupo	Número de personas	Porcentaje
Mujer gestante	24	9,68 %
Madre o padre de niños o niñas de 0 a 24 meses	163	65,73 %
Cuidador (abuelos, tíos, hermanos, etc.) mayores de edad.	61	24,60 %
Total	248	100,00 %

Fuente: Investigación directa 2023

Elaboración: María Soledad Pachar

Análisis e interpretación

La muestra se dividió en tres grupos: “Mujeres embarazadas”, “Madres o padres de niños o niñas de 0 a 24 meses” y “Cuidadores (abuelos, tíos, hermanos, etc.) mayores de edad”. El grupo más numeroso es el de “Madres o padres de niños o niñas de 0 a 24 meses”, con el 65,73% de la muestra. Esto demuestra que existe una presencia significativa de padres con hijos pequeños en la muestra. Así también, el grupo “Cuidadores (abuelos, tíos, hermanos, etc.) mayores de edad” constituyó el 24.60% de la muestra, indicando la presencia de cuidadores adicionales que no eran padres biológicos, pero cumplen un papel importante en el cuidado para los niños y niñas.

La estructura de la muestra resalta la importancia de la primera infancia, ya que todos los encuestados se relacionan directamente con el cuidado de niños menores de 24 meses,

especialmente los dos primeros grupos.

Pregunta 3. ¿Cuál es su nivel de educación?

Cuadro 3. Nivel de educación de los padres o cuidadores

Nivel de estudio	Número de personas	Porcentaje
Primaria incompleta	11	4,44
Primaria completa	72	29,03
Secundaria incompleta	29	11,69
Secundaria completa	85	34,27
Universidad incompleta	29	11,69
Universidad terminada	22	8,87
Total	248	100,00

Fuente: Investigación directa 2023

Elaboración: María Soledad Pachar

Análisis e interpretación

En la parroquia Chilibulo, la mayor proporción de la muestra se encuentra en los niveles de educación secundaria, ya sea incompleta (11,69%) o completa (34,27%). Esto sugiere que la mayoría de las personas en la muestra tienen al menos un nivel educativo de secundaria.

Por otro lado, aunque los niveles universitarios son menos predominantes, la combinación de "Universidad incompleta" (11,69%) y "Universidad terminada" (8,87%) representa una proporción significativa de la muestra (20,56%). Esto indica que hay una presencia sustancial de individuos con educación universitaria.

El nivel de "Primaria incompleta" tiene la menor representación en la muestra, con un 4,44%. Esto sugiere que la mayoría de las personas en la muestra han completado al menos la educación primaria.

En resumen, la muestra exhibe una distribución educativa diversa, con una presencia significativa de personas con educación primaria finalizada y educación secundaria principalmente. Es importante añadir que, una de las causas de la DCI, está asociada al nivel de educación de la madre.

Pregunta 4. De los siguientes bienes o servicios recibidos por parte del Ministerio de Salud Pública (MSP) a través de Centros de Salud, mencione cuáles ha recibido usted en su embarazo, su niño o niña actualmente.?

Cuadro 4 Servicios y Bienes del Paquete Priorizado

SERVICIO O BIEN RECIBIDO EN MINISTERIO DE SALUD O MIES	SI	NO	PORCENTAJE QUE RECIBIÓ EL BENEFICIO EN EL MSP	PORCENTAJE QUE NO RECIBIÓ EL BENEFICIO EN EL MSP
MUJER GESTANTE				
Control prenatal mensual	5	6	45,45	54,55
Hierro	6	5	54,55	45,45
Ácido fólico	7	4	63,64	36,36
Examen de hemoglobina	8	3	72,73	27,27
Examen de laboratorio de VDRL y EMO, en el primer control de embarazo.	8	3	72,73	27,27
Segunda ronda de exámenes de laboratorio de VDRL y EMO, en la semana 20 de embarazo (aproximadamente).	3	8	27,27	72,73

Examen de VIH en el Primer trimestre, Segundo trimestre, Tercer trimestre, Parto, Posparto.	11	0	100,00	-
Ecos Obstétricos (al menos 3)	3	8	27,27	72,73
NIÑO DE 0 A 2 AÑOS				
Esquemas de vacunación oportuno y completo a la fecha	234	3	98,73	1,27
Apego Precoz, pinzamiento y corte oportuno del cordón umbilical y lactancia materna dentro de la primera hora de vida	236	1	99,58	0,42
Tamizaje metabólico de 4 – 28 días del recién nacido	236	1	99,58	0,42
Control de crecimiento de acuerdo a la correspondencia de la edad: De 0 a 8 meses (1 control mensual)	39	33	54,17	45,83
Control de crecimiento: de 8 a 12 meses (1 control bimestral) de 12 a 23 meses (1 control trimestral) de 6 a 23 meses 29 días de edad (semestralmente)	142	95	59,92	40,08
Exámenes de hemoglobina	64	173	27,00	73,00
Suplementación de vitamina A de 6 a 24 meses de edad.	58	179	24,47	75,53
Micronutrientes (Hierro, zinc)	64	173	27,00	73,00

Fuente: Investigación directa 2023

Elaboración: María Soledad Pachar Vivanco

Análisis e interpretación

El 45,45% de las mujeres gestantes encuestadas afirmaron recibir control prenatal mensual, mientras que el 54,55% no lo recibe, así también el hierro y el ácido fólico muestran porcentajes más bajos de beneficio recibido (54.55% y 63.64%, respectivamente). Esto podría indicar una falta de abastecimiento de suplementación de estos nutrientes; en referencia los exámenes médicos en general la población menciona haber recibido las pruebas relacionadas con el embarazo, los porcentajes varían entre 72,73 y 100%.

Los padres y cuidadores de los niños y niñas informaron que en los primeros 8 meses han recibido el 54,17% controles de crecimiento, en un porcentaje de 59,92 el grupo de niños y niñas 8 a 23 meses recibe atención a 59, 92%; es importante destacar que estas cifras representarían que 6 de cada 10 niños y niñas reciben atenciones, lo que estaría bordeando al 60 % de atenciones, sin embargo, existe un 40% aproximadamente que se queda sin atenciones oportunas y de acuerdo a la edad. Los controles de niño sano durante los primeros 1000 días de vida deben ser una rutina periódica con la finalidad de evaluar de forma cercana el crecimiento y desarrollo del niño o niña y se previene enfermedades; este control de niño sano ha demostrado tener un impacto positivo aplicado dentro de los controles planificados por grupo etario en la prevención y reducción de la malnutrición o desnutrición,

En los exámenes de hemoglobina, suplementación, existe una baja tasa, al igual que en la recepción de la vitamina A, hierro y zinc, siendo la primera la que tiene un porcentaje menor (24, 47%). La falta de insumos y micronutrientes es una deficiencia en el sistema de salud público a nivel de país, y se evidencia en este caso a nivel parroquial.

Pregunta 5. De las consejerías recibidas por parte del Ministerio de Salud Pública (MSP), Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), u otro organismo o institución; especifique en qué temas ha recibido los conocimientos:

Cuadro 5 Temas recibidos en consejerías

TEMA	RECIBIÓ	NO RECIBIÓ	PORCENTAJE QUE RECIBIÓ CONSEJERÍAS
Desnutrición crónica infantil	194	54	78,23
Controles oportunos de salud (control prenatal y control de niño y niña sana)	224	14	90,32
Prácticas integrales del parto	201	47	81,05
Esquema de vacunación oportuna y completa	237	11	95,56
Lactancia continua, alimentación complementaria y suplementación	221	27	89,11
Lactancia Materna exclusiva	237	11	95,56
Agua apta para consumo humano	166	82	66,94
Prácticas de higiene y lavado de manos	218	30	87,90
Entornos protectores (prevención de violencia intrafamiliar, crianza segura y positiva, otros).	133	115	53,63
Corresponsabilidad en el cuidado	75	173	30,24
Registro e inscripción de niños y niñas de forma oportuna	94	154	37,90
Planificación familiar	228	20	91,94

*Fuente: Investigación directa 2023
Elaboración: María Soledad Pachar*

Análisis e interpretación

De las encuestas realizadas, se obtuvo que un alto porcentaje indica haber recibido consejerías acerca de cobertura de vacunas, tema fundamental para prevenir enfermedades

infecciosas como son las EDAS e IRAS y prevenir la DCI. La sociedad parece tener un buen acceso y cumplimiento en este aspecto de la salud pública.

En el tema de Lactancia Materna Exclusiva, Planificación Familiar, el 95,56% ha recibido consejerías en este tema siendo también un porcentaje bastante alto y positivo, esto permite garantizar que la mayoría de las madres tienen esta práctica, y esto contribuye al desarrollo saludable de los bebés.

El porcentaje que recibió consejerías acerca de Planificación Familiar, Controles Oportunos, Lactancia Continua, Alimentación Complementaria y Suplementación, Prácticas de Higiene y Lavados de Manos, reflejan una buena acogida por parte de la población encuestada, los porcentajes van desde 91,94%, hasta 87,90 %, siendo porcentajes elevados de consejerías por parte de las instituciones tanto de MSP como de MIES como parte de la implementación de la ENECSDI.

El porcentaje de consejerías recibidas de Prácticas Integrales del Parto es de 81,05%, aunque es positivo, hay margen para mejorar estas consejerías para sensibilizar y educar a la población en prácticas integrales del parto para garantizar un inicio saludable tanto para la madre como para el recién nacido.

Los temas que reflejan necesidad de mejorar la sensibilización y mejorar las consejerías o implementar estrategias son: Desnutrición Crónica Infantil, Agua Apta para Consumo Humano, Entornos Protectores, Registro e Inscripción de Niños y Niñas de Forma Oportuna y Corresponsabilidad en el Cuidado que van desde el 78,23% hasta 30,24% la última temática, siendo esta de suma importancia en el cuidado del niño.

Pregunta 6. ¿Por qué cree usted que los padres, madres o cuidadores no asisten a las citas de controles médicos oportunos, vacunas, consejerías; y otros servicios que brindan las instituciones del estado para prevenir y reducir la DCI?

Cuadro 6 Motivos de inasistencias

MOTIVO DE NO ASISTENCIA A CONTROLES, VACUNAS, CONSEJERÍAS, CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL, DEMÁS SERVICIOS	NÚMERO DE PERSONAS	PORCENTAJE
Lejanía al Centro de Salud	181	73%
Trabajo de padres	159	64%
Problemas económicos y de transporte	119	48%
Falta de apoyo de pareja	114	46%
Desconfianza en el sistema de salud	107	43%
Problemas familiares o psicosociales	104	42%
Barreras culturales o lingüísticas	40	16%
Miedo o ansiedad	27	11%
Desconocimiento de Servicios disponibles	22	9%
Discriminación o malos tratos	22	9%

Fuente: Investigación directa 2023

Elaboración: María Soledad Pachar

Análisis e interpretación

Esta pregunta es de suma importancia ya que destaca la complejidad de los factores que afectan la asistencia a los servicios de salud y de protección sugeridos por los padres, frente a ello

se podrá plantear diferentes estrategias de soluciones para abordar múltiples dimensiones, desde la accesibilidad física hasta las consideraciones emocionales y sociales.

Los principales problemas que reportan los padres son: Lejanía al Centro de Salud, el Trabajo de los padres, Problemas económicos y de transporte para llegar al Centro de Salud, Falta de apoyo por parte de la pareja (corresponsabilidad), desconfianza en el sistema de salud, con porcentajes que van desde el 73% al 43%.

Pregunta 7. ¿Qué servicios o bienes del estado considera que necesitan mejora?

Cuadro 7 Servicios o bienes que necesitan mejorar

SERVICIO O BIEN	SI	DETALLE
Reapertura del Centro de salud parroquial	248	100%
Atenciones de acuerdo a la correspondencia de edad	241	97%
Abastecimiento de vacunas en Centro de Salud	236	95%
Abastecimiento de micronutrientes en Centro de Salud	221	89%
Ecos obstétricos en el Centro de Salud	221	89%
Laboratorio para exámenes en el Centro de Salud	223	90%
Servicios de protección integral (CDI, CNH)	10	4%
Consejerías en temas de prevención de desnutrición infantil en el Centro de Salud	40	16%
Calidad de agua apta para consumo humano	112	45%
Entornos protectores sin violencia en familias	243	98%
Seguridad ciudadana	248	100%
Corresponsabilidad en las familias	248	100%
Corresponsabilidad en las instituciones	248	100%

Registro e inscripción de niños y niñas	17	7%
---	----	----

Fuente: Investigación directa 2023

Elaboración: María Soledad Pachar

Análisis e interpretación

Aunque según los resultados los bienes y servicios del paquete priorizado están bien implementados desde la percepción de la comunidad, hay varios que requieren mejoras, como la atención personalizada, la variedad de servicios de salud y la concienciación sobre la prevención de la desnutrición infantil, las atenciones de acuerdo a la edad del niño oportunamente, las consejerías en los diversos temas, la seguridad ciudadana y los entornos protectores sin violencia. Sin embargo, algo que la comunidad destaca en primer lugar es la reapertura del Centro de Salud con una mejora en su infraestructura, abastecimiento en insumos, equipos médicos y personal de salud que permita cubrir las necesidades de la población.

6.2. Análisis de los resultados de los indicadores del SUUSEN.

6.2.1. NOMBRE DEL INDICADOR: Porcentaje de Desnutrición Infantil en menores de 24 meses captados en atenciones en el MSP.

Cuadro 8. Desnutrición en la parroquia

FECHA	DESNUTRICIÓN GLOBAL	DESNUTRICIÓN AGUDA	DESNUTRICIÓN CRÓNICA
ene-22	10.14%	2,90%	21,74%
feb-22	9.8%	3,92%	19,61%
mar-22	8.82%	1,47%	27,94%
abr-22	12.82%	5,13%	24,36%
may-22	11.63%	3,49%	25,58%
jun-22	14.44%	5,56%	27,78%
jul-22	16.85%	4,49%	25,84%

ago-22	18.39%	5,75%	28,74%
sep-22	14.77%	3,41%	30,68%
oct-22	14.42%	1,92%	31,73%
nov-22	13.08%	3,74%	33,64%
dic-22	9.9%	2,97%	31,68%
Promedio anual	12,92%	3,73%	27,44%

Fuente: Investigación directa 2023

Elaboración: María Soledad Pachar

Análisis e interpretación

La tabla que antecede nos indica los porcentajes de Desnutrición Infantil, dividida en Desnutrición Global, Aguda y Crónica, durante el año 2022, con un promedio anual al final. A continuación, se presentan los resultados:

La tasa de desnutrición global nos indica la alteración del peso para la edad, es el primer grado de desnutrición, mide el volumen corporal y revela en mediano plazo los cambios atribuibles a la inadecuada ingesta, asimilación y utilización de alimentos; en este sentido los datos demuestran una variabilidad a lo largo del año, con un pico más alto en el mes de agosto de 18,39% y en el último mes de diciembre con 9,9%; un promedio de 12,92% anual lo que reflejaría que 13 de cada 100 niños de la parroquia padecieron de desnutrición global o desnutrición de primer grado.

La desnutrición aguda nos indica también la existencia de variaciones durante el 2022, con el porcentaje más alto en agosto 5,75% y el 1,47% el más bajo en marzo, el promedio anual de desnutrición aguda es del 3,73%, lo que indica que aproximadamente 4 de cada 100 menores de 24 meses tienen una desnutrición aguda o de segundo grado.

La desnutrición crónica infantil alcanza su punto más alto en noviembre de 2022, siendo 33,64% y el más bajo en marzo con 27,94%. El promedio anual de desnutrición crónica es del

27,44%, lo que indica que, en promedio, alrededor de 27 menores de 2 años de cada 100 padecen DCI, o su equivalente 3 de cada 10 niños y niñas sufrieron de DCI durante el 2022.

Es importante obtener estos resultados, ya que nos permitirán establecer estrategias de prevención en atenciones médicas oportunas de manera que en los grados 1 y 2 que corresponden a desnutrición global y aguda, se pueda focalizar los servicios para prevención.

6.2.2. NOMBRE DEL INDICADOR: Porcentaje de menores de 24 meses que reciben el paquete básico de atenciones

Cuadro 9. Niños con paquete priorizado de atenciones

FECHA	PORCENTAJE DE NIÑOS CON PAQUETE BÁSICO DE ATENCIONES
ene-22	5.1%
feb-22	5.15%
mar-22	5%
abr-22	6.86%
may-22	6.06%
jun-22	7.14%
jul-22	9.28%
ago-22	9.28%
sep-22	8.42%
oct-22	7.53%
nov-22	5.32%
dic-22	5.43%
Promedio anual	6.71%

Fuente: Investigación directa 2023

Elaboración: María Soledad Pachar

Los datos del cuadro indican el porcentaje de niños que reciben el conjunto de prestaciones que el Estado debe brindar a las mujeres gestantes, niños y niñas menores de dos años, estas atenciones son principalmente controles de niño sano o controles prenatales, registro oportuno de

nacimiento, registro social vigente, servicios de desarrollo infantil integral; en el transcurso del año 2022, en este sentido el promedio anual es del 6,71%.

Se puede ver alguna variación en el porcentaje de niños con paquete básico de atenciones a lo largo del año 2022, con un mínimo del 5% en marzo y 5,32 en noviembre, un máximo igualitario en julio y agosto del 9,28%. Esto significaría que en julio y agosto tuvieron una mayor atención y acceso a servicios básicos de salud para los niños durante esos meses. Sin embargo, el promedio anual corresponde al 6,71%, esto indica que, aproximadamente 7 niños o niñas de cada 100 pudieron beneficiarse del paquete básico de atenciones a lo largo del año, reflejando una cifra muy baja de cobertura del paquete priorizado de atenciones, esta cifra señala una preocupante falta de cobertura del paquete priorizado básico, sugiriendo que la estrategia enfrenta desafíos significativos en términos de alcance y eficacia.

Estos resultados, reflejan la necesidad de fortalecer y mejorar la prestación de servicios incluidos en el paquete priorizado. La baja proporción de niños atendidos subraya la importancia de replantear y ajustar estratégicamente los enfoques implementados hasta el momento, la estrategia requiere potenciar y mejorar la cobertura de servicios del paquete priorizado a la población objetivo para cumplir con su objetivo.

6.2.3. NOMBRE DEL INDICADOR: Porcentaje de menores de 24 meses atendidos en establecimientos de salud con controles de niño sano al día para su edad.

Cuadro 10. Controles al día de menores de 24 meses

FECHA	PORCENTAJE DE MENORES CON CONTROLES AL DÍA PARA SU EDAD
ene-22	56.2%
feb-22	50.42%
mar-22	56.82%
abr-22	59.23%

may-22	60.45%
jun-22	65.44%
jul-22	66.91%
ago-22	62.96%
sep-22	64.58%
oct-22	69.48%
nov-22	66.88%
dic-22	64.38%
Promedio anual	61.98%

Fuente: Investigación directa 2023

Elaboración: María Soledad Pachar

Estos datos nos indican el porcentaje de controles médicos al día de menores de 24 meses a lo largo del año 2022, observándose una tendencia general positiva, con un aumento progresivo desde enero con 56,2% hasta octubre con el 69.48%, lo que indica una atención a los niños de acuerdo a la correspondencia de su edad. Este indicador es el resultado de dividir la población de niños y niñas menores de 24 meses de edad que tienen sus controles al día según su edad con los niños y niñas menores de 24 meses de edad atendidos en un establecimiento de salud, en un tiempo determinado, en este caso de forma mensualizada.

El promedio anual refleja que 62 niños y niñas de cada 100 recibieron controles médicos en establecimientos de salud de acuerdo a su edad, lo que es un número alto. En el mes de octubre es el pico más alto, siendo también un mes que se aplica el acuerdo interministerial de atenciones entre Ministerio de Salud Pública y Ministerio de Inclusión Económica y Social, por tanto, podría ser un factor que contribuyó para que en este mes el porcentaje aumente y sea el mayor del año. Por el contrario, en el mes febrero es el porcentaje más bajo del año correspondiendo al 50,42%, y es en este mes en el que se empieza la implementación de la estrategia en esta parroquia, sería este otro motivo de análisis ya que a partir de ello, a lo largo del año se refleja un crecimiento paulatino en este indicador, y puede ser el resultado de la articulación de bienes y servicios de las

instituciones ejecutoras en el marco de la mesa técnica intersectorial para la prevención y reducción de la DCI.

El análisis sugiere una mejora general en el año del cumplimiento de los controles al día para menores de 24 meses e invita a reconocer las prácticas exitosas y abordar los desafíos observados en meses específicos para contribuir a un éxito mayor y total en la asistencia y seguimiento de la salud de los menores.

6.2.4. NOMBRE DEL INDICADOR: Porcentaje de gestantes captadas antes de cumplir s 12 semanas de gestación en los establecimientos de salud.

Cuadro 11. Gestantes captadas hasta las 12 semanas de embarazo

FECHA	PORCENTAJE DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LAS 12 SEMANAS DE EMBARAZO
ene-22	65%
feb-22	64.52%
mar-22	63.77%
abr-22	62.12%
may-22	63.89%
jun-22	64.18%
jul-22	63.16%
ago-22	64%
sep-22	61.11%
oct-22	59.26%
nov-22	55.56%
dic-22	50%
Promedio anual	61.38%

Fuente: Investigación directa 2023

Elaboración: María Soledad Pachar

En el cuadro de porcentajes dados respecto a la captación de gestantes antes de las 12 semanas de embarazo, indica una tendencia general descendente en el año 2022.

Ha existido una reducción gradual, con variaciones mensuales que oscilan entre aproximadamente el 1 y 3% menos, pero experimenta una caída más pronunciada hacia el final del año. El promedio anual es de 61,38% lo que muestra que 61 gestantes antes de cumplir las 12 semanas de gestación fueron captadas para recibir atenciones.

Noviembre y diciembre, indican porcentajes más bajos, especialmente diciembre con un 50%, esto abre una brecha en la asistencia a controles prenatales que valdría la pena indagar los motivos, puede que sea porque hubo menos acceso a atenciones durante esos períodos, puede deberse a que en estos meses se produjo el cierre del centro de salud o quizá el cambio de período de estado gestacional.

6.2.5. ***NOMBRE DEL INDICADOR: Porcentaje de gestantes atendidas en los establecimientos de salud con controles prenatales completos y oportunos para su edad gestacional.***

Cuadro 12 Gestantes con controles al día y oportunos para su edad gestacional

FECHA	PORCENTAJE DE GESTANTES ATENDIDAS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON CONTROLES PRENATALES COMPLETOS Y OPORTUNOS PARA SU EDAD GESTACIONAL
ene-22	58.46%
feb-22	58.06%
mar-22	51.47%
abr-22	39.68%
may-22	43.24%
jun-22	34.85%
jul-22	38.6%
ago-22	37.25%
sep-22	40%
oct-22	39.62%
nov-22	44.23%

dic-22	40%
Promedio anual	43.79%

Fuente: Investigación directa 2023

Elaboración: María Soledad Pachar

El análisis del indicador de porcentaje de gestantes atendidas en los establecimientos de salud con controles prenatales completos y oportunos para su edad gestacional durante el año 2022 revela una tendencia fluctuante a lo largo de los meses. La variación en los porcentajes mensuales indica factores influyentes en la consistencia de la atención prenatal. En enero y febrero, el porcentaje se mantiene en torno al 58%, reflejando una atención relativamente constante. Sin embargo, a partir de marzo, se observa una disminución progresiva, alcanzando su punto más bajo en junio con un 34.85%. Este descenso podría indicar obstáculos temporales en la prestación de servicios o posibles factores externos que afectan la participación de las gestantes en los controles prenatales.

Aunque se registran algunas mejoras en los meses siguientes, la tasa promedio anual de 43.79% refleja una situación general que podría beneficiarse de intervenciones estratégicas. La identificación de factores específicos que impactan la asistencia a los controles prenatales podría orientar la implementación de medidas correctivas y mejoras en la calidad de los servicios proporcionados. Este enfoque proactivo es crucial para optimizar el cuidado prenatal y garantizar un apoyo adecuado a las gestantes a lo largo de todas las etapas de su embarazo.

6.3. Análisis de las entrevistas

Para la entrevista a profundidad se entrevistó a profesionales de diferentes instituciones que además son actores principales de las Mesas Intersectoriales Parroquiales, quienes son el eje fundamental para la articulación de los bienes y servicios del paquete priorizado en territorio.

Para la ejecución de la investigación el tipo de muestreo fue intencional, el tamaño de la muestra fue de 5 participantes, compuesto por un delegado de Ministerio de Salud Pública, un delegado de Ministerio de Inclusión Económica y Social, un delegado del Municipio de Quito, un delegado de Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil y un miembro de la Academia. La duración aproximada de cada entrevista fue de 45 minutos por persona y el registro de datos se realizó mediante la grabación de la entrevista y mediante notas de campo, la técnica de la entrevista a profundidad fue semiestructurada, la cual permitió crear el espacio de intimidad y confianza para que las personas puedan sentirse en total libertad de expresar su criterio técnico y científico, por mi parte como entrevistadora la escucha activa estuvo presente para poder analizar las diferentes realidades, interpretaciones y recomendaciones estratégicas de los participantes.

La entrevista fue enfocada en preguntas abiertas para evaluar la efectividad e impacto de la política pública de desnutrición crónica infantil, así como las debilidades, fortalezas, oportunidades y amenazas encontradas desde las instituciones al momento de implementarse la política en territorio, específicamente en la parroquia Chilibulo; así también las preguntas se realizaron para identificar oportunidades y mejoras que se puedan recomendar e implementar en las diferentes instituciones.

6.3.1. Interpretación de los resultados de las entrevistas

Según la información obtenida en la investigación, se detectó que la Estrategia está impactando positivamente en las familias, se detecta un mayor impacto en la prevención de la desnutrición crónica infantil, esto porque en consenso se concluye la importancia de la articulación intersectorial de bienes y servicios en el marco de las Mesas Intersectoriales Parroquiales y Cantonales, es así que las instituciones y Gobiernos Autónomos Descentralizados, aunaron esfuerzos para combatir este mal.

De esta manera según el análisis de los técnicos especialistas, se identificó como principales fortalezas a la hora de implementar la Estrategia las siguientes:

- La articulación intersectorial e interinstitucional, que en un inicio fue un desafío hoy se ha convertido en una fortaleza ya que cada institución aporta con sus servicios y bienes y busca de la mejor forma comprometerse en territorio para que los niños, niñas y mujeres gestantes puedan recibir el Paquete Priorizado.
- Compromiso Político del GAD. Se destaca un fuerte compromiso por parte de las autoridades del Municipio en la parroquia y de las instituciones gubernamentales y no gubernamentales, para respaldar la estrategia y la sostenibilidad de la política pública en el territorio.
- Educación y Concientización. La presencia de programas educativos en los servicios de atención de MIES, Patronato y MSP, permiten que se trabaje con las familias para trabajar la educomunicación y mejorar la comprensión de las comunidades sobre la importancia de la nutrición adecuada y las prácticas de cuidado infantil.
- Acceso al Sistema Unificado Universal de Seguimiento Nominal. En el cual se encuentra los indicadores de resultados y los datos administrativos de las diferentes instituciones, lo cual permite tener información actualizada en la prestación de bienes y servicios de la población y de las Unidades de Atención.
- Alianzas Internacionales. Las colaboraciones y alianzas internacionales han permitido y proporcionado recursos adicionales como el SUUSEN, conocimientos y apoyo técnico para mejorar la capacidad de implementación de la Estrategia.

- Legislación y Políticas Claras. La existencia de decretos, leyes y políticas claras en relación con la nutrición infantil, proporcionan un marco sólido para la implementación efectiva de los programas.
- Programas de Transferencia de Efectivo. El Bono de los 1.000 días fue implementado con el objetivo de mejorar el acceso a alimentos saludables de las familias, abordando las causas subyacentes de la desnutrición.

En cuanto a las oportunidades identificadas por los entrevistados, se describen a continuación:

- Las alianzas con las Organizaciones No Gubernamentales, fortaleciendo de esta forma el sistema público con servicios y asistencia técnica al personal profesional.
- Cada ministerio u organismo puede implementar otro programa a la vez internamente, para reforzar la puesta en marcha de la Estrategia, como ejemplo se puede nombrar el Proyecto Ecuador Libre de Desnutrición Infantil (PELDI – MSP) y Proyecto Infancia con Futuro (PIF) de la Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Crónica Infantil

Entre las debilidades encontradas se destaca:

- Falta de preparación técnica a profesionales. Herramientas para brindar consejerías y talleres en prevención de desnutrición crónica infantil, sensibilizaciones a la población objetivo.
- Falta de un sistema de software unificado para la ENECSDI, en la red pública y privada de salud, que permita interoperabilidad, acceso centralizado a la información del paciente, mayor eficiencia operativa, coordinación de atenciones, reducción de errores, seguridad de información y la no duplicidad en servicios.

Entre las amenazas encontradas se destaca:

- Dificultades políticas. Las olas políticas, los cambios de gobierno, los cambios de administraciones de municipios, la falta de voluntad política, inestabilidad política, son los principales puntos observados por los participantes como amenazas para interrumpir la continuidad y la implementación de las políticas a largo plazo.
- Recursos Insuficientes. La falta de asignación adecuada de recursos financieros, humanos y logísticos obstaculiza la implementación efectiva de política ya que falta personal y se produjo un cierre de un Centro de Salud en la parroquia, así también los insumos y equipos no son los necesarios y suficientes para la población.
- Desigualdades Socioeconómicas. La situación socioeconómica de la población objetivo afecta la capacidad de acceso a alimentación de calidad, exacerbando la desnutrición en la parroquia.
- Problemas de Infraestructura. La infraestructura inadecuada, como la falta de un Centro de Salud perjudican la eficacia de la política pública.
- Resistencia Cultural y Tradicional. Resistencias culturales y tradicionales pueden influir en las prácticas alimenticias y de cuidado infantil, dificultando la aceptación de nuevas intervenciones.
- Barreras Lingüísticas y Culturales. La diversidad lingüística y cultural puede plantear desafíos en la comunicación efectiva y la adaptación de las políticas para satisfacer las necesidades específicas de cada comunidad.

6.4. Matrices de estrategias de evaluación de factores externos e internos. MEFI y

MEFE

Para el cumplimiento del objetivo 2, se plantea las Matrices de Factores Internos y Externos, MEFI y MEFE, para evaluar, ponderar e identificar las principales fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas para la ENECSDI.

Las matrices de evaluación MEFI presentan las fortalezas y debilidades, a su vez la MEFE presenta la evaluación de las oportunidades y amenazas para la política pública. El peso asignado a cada una, corresponden valores asignados de 0,0 (no importante) a 1,0 (muy importante); así también se estableció una calificación entre 1 y 4, en orden de importancia, donde 1 es irrelevante y 4 se evalúa como muy importante. En la tercera columna se obtiene la calificación ponderada, que corresponde a la multiplicación del valor del peso y de la calificación.

En el cuadro 13, se presenta la Matriz de Factores Internos, que permitió evaluar y ponderar las fortalezas y debilidades principales, de ello se obtuvo que la principal fortaleza es la articulación intersectorial e interinstitucional con una ponderación de 0,72; en segundo lugar se encuentra el compromiso político del GAD con una ponderación de 0,60; y en tercer lugar están el incentivo monetario creado a través del Bono de los 1.000 Días que tiene la finalidad de mejorar el acceso a alimentos saludables de las familias; y, las alianzas internacionales que permiten el fortalecimiento de la política pública en capacitación técnica y recursos para la ENECSDI. Las fortalezas subsiguientes se muestran en el cuadro 13, con su correspondiente ponderación.

Las principales debilidades identificadas en la política pública son: La falta de un sistema de software unificado para la ENECSDI, en la red pública y privada de salud, que obtuvo una ponderación de 0,48; y, la falta de preparación técnica a profesionales con una ponderación de 0,36. A continuación se presenta la matriz con el peso, calificación y ponderación correspondiente:

Cuadro 13 Matriz de evaluación de factores internos

MATRIZ MEFI

FACTOR A ANALIZAR	PESO	CALIFICACIÓN	PESO PONDERADO
FORTALEZAS			
Articulación intersectorial e interinstitucional	0,18	4	0,72
Compromiso Político del GAD.	0,15	4	0,6
Programas educativos a través de consejerías.	0,09	3	0,27
Seguimiento nominal a través del Sistema Unificado Universal de Seguimiento Nominal (SUUSEN).	0,09	3	0,27
Alianzas Internacionales.	0,1	3	0,30
Legislación y políticas claras.	0,08	3	0,24
Programas de transferencia monetarias	0,1	3	0,3
Sumatoria de ponderación:			2,7
DEBILIDADES			
Falta de preparación técnica a profesionales de las instituciones ejecutoras del paquete priorizado	0,09	4	0,36
Falta de un sistema de software unificado para la información de salud de la ENECSDI, en la red pública y privada de salud..	0,12	4	0,48
Sumatoria de ponderaciones	1		0,84

Elaboración: María Soledad Pachar

En el cuadro 14 se presenta la Matriz de Factores Externos, con la evaluación de las oportunidades y amenazas para la política pública. Se identificó a las principales oportunidades que son: Alianzas con las Organizaciones no Gubernamentales con una ponderación de 0,80; y, La independencia en Ministerios y GAD para implementar proyectos o programas enmarcados en la política pública con una ponderación de 0,80.

A su vez, se evaluó las principales amenazas para que se cumpla la política pública, se obtuvo que la principal es recursos insuficientes, falta de asignación adecuada de recursos financieros, humanos y logísticos, con una ponderación de 0,56; en segundo lugar se ubica el problema de infraestructura, que corresponde al cierre del Centro de Salud con una ponderación de 0,45; en tercer lugar se ubica las desigualdades socioeconómicas de la población, que afecta a la capacidad de acceso a alimentación adecuada o a la seguridad alimentaria de las familias.

Cuadro 14. Matriz de evaluación de factores externos.

MATRIZ MEFE			
FACTOR A ANALIZAR	PESO	CALIFICACIÓN	PESO PONDERADO
OPORTUNIDADES			
Las alianzas con las Organizaciones No Gubernamentales.	0,20	4	0,8
La independencia en Ministerios y GAD para implementar proyectos o programas enmarcados en la política pública con una ponderación	0,20	4	0,8
Sumatoria de ponderación			1,6
AMENAZAS			
Dificultades políticas. Olas políticas, cambios de gobierno o de administraciones de municipios, falta de voluntad política, entre otros.	0,07	2	0,14
Recursos Insuficientes. Falta de asignación adecuada de recursos financieros, humanos y logísticos.	0,14	4	0,56
Desigualdades socioeconómicas de la población objetivo afecta la capacidad de acceso a alimentación adecuada.	0,14	3	0,42

Problemas de Infraestructura. La infraestructura inadecuada, como la falta de un Centro de Salud perjudican la eficacia de la política pública.	0,15	3	0,45
Resistencia cultural, tradicional o lingüística.	0,10	2	0,2
Sumatoria de peso y ponderación	1		1,77
Sumatoria total de ponderación			3,54

Elaboración: *María Soledad Pachar*

7. Discusión

Para determinar la efectividad de los programas implementados de política pública en la reducción de la DCI en la parroquia Chilibulo, se analizará en la presente sección los resultados obtenidos de las encuestas efectuadas a la población objetivo y de los indicadores de resultado del SUUSEN en la parroquia, versus la teoría científica que sustenta la temática de la DCI y Decretos Ejecutivos que la sustentan.

- a. En referencia a los resultados de la pregunta para identificar el nivel de instrucción o educación que corresponde a las madres, padres o cuidadores, el nivel de educación que prevalece es la Secundaria y Primaria, siendo 34% y 29%, respectivamente. Según Unicef (2018), establece las causas inmediatas, subyacentes y básicas de la desnutrición crónica infantil, en esta última se encuentra la falta de acceso en el hogar a recursos como la tierra, la educación, el empleo, los ingresos y la tecnología; capital financiero, humano, físico y social inadecuado; Contexto sociocultural, económico y político. Por tanto, la falta de educación en las madres, padres y cuidadores, repercute directamente en la DCI, esto se afianza en los resultados obtenidos por el INEC en la encuesta Nacional de Desnutrición Infantil (ENDI, 2023) en la que establece una relación directa

en el perfil socio demográfico, entre DCI y nivel de instrucción de la madre, obteniendo un nivel de instrucción básica de un 23,4% y bachillerato 16,2%.

- b. En la pregunta 4 en dónde se describe los bienes y servicios recibidos del paquete priorizado por parte de la población objetivo, el porcentaje de mujeres que han recibido el control prenatal mensual es del 45,54%; hierro 54,55; ácido fólico 63,64%, el porcentaje de mujeres que recibieron examen de hemoglobina, VDRL, EMO en el primer trimestre de embarazo es 72,73%; así también una segunda ronda de exámenes en la semana 20, fue del 27,27%, prueba de VIH recibieron todas, ecos obstétricos el 27,27%. En lo que respecta a los bienes y servicios que deben recibir los niños y niñas en el paquete priorizado, se obtuvo que el 98,73 tienen su esquema de vacunación oportuno y completo, el apego precoz, pinzamiento y corte oportuno del cordón umbilical, lactancia materna en la primera hora de vida y tamizaje metabólico es del 99,58 %. Los controles oportunos de acuerdo a la correspondencia de la edad, es del 54,17 y 59,92%. La CAF (2022), a partir de experiencias basadas en evidencia, plantea la idea de abordar los factores que contribuyen a la Desnutrición Crónica Infantil (DCI) como estrategia para reducirla; esto implica la mejora de servicios y prácticas durante los primeros 1.000 días de vida, entre estos factores tenemos el fomento de la lactancia materna exclusiva y complementaria, la garantía de la ingesta de micronutrientes a partir de los 6 meses, la reducción de la proporción de niños con bajo peso al nacer y la priorización de la atención durante los primeros 1.000 días de vida. Además, se destaca la importancia de proporcionar suplementos de micronutrientes a mujeres gestantes, niños y niñas de hasta 24 meses. En consecuencia, este enfoque resalta la necesidad de que las políticas públicas sean efectivas y se traduzcan en una disminución significativa

de la Desnutrición Crónica Infantil, con el objetivo de reducir el porcentaje de niños y niñas afectados en la parroquia.

- c. En la pregunta 5, la cual está enfocada a identificar las temáticas recibidas en las consejerías y la institución responsable, los porcentajes asociados a cada tema varían significativamente, oscilando desde un 78,23% hasta un 30,24%, siendo esta última temática de Corresponsabilidad en el Cuidado la que presenta el menor porcentaje. La Estrategia de comunicación C4D (2022), plantea el abordaje de 11 temáticas educomunicacionales para reducir la DCI, las cuales engloban las principales problemáticas detectadas en el país. A su vez, el "Eje estratégico 6: corresponsabilidad y transparencia" del Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Infantil; destaca la importancia de involucrar a la ciudadanía en los procesos de participación para influir en la gestión pública. En base a los resultados obtenidos y la evidencia teórica presentada, es crucial destacar que la temática de Corresponsabilidad en el cuidado, la cual adquiere una importancia significativa en el cuidado infantil, es la temática que requiere ser fortalecida con la educomunicación para fortalecer la concientización y mejora en las prácticas comunitarias y el cambio de comportamiento que se pretende alcanzar con la estrategia de comunicación.
- d. La pregunta 6, la cual identifica los motivos de la población objetivo para no asistir a las citas de controles médicos oportunos, consejerías, vacunación y otros servicios del paquete priorizado; se obtuvo que la principal dificultad es la lejanía al Centro de Salud, la falta de apoyo por parte de la pareja, desconfianza en el sistema de salud, estos porcentajes van desde el 73% al 43%. El Decreto Ejecutivo 1211 y su reforma establecida en el Decreto 404, establece los bienes y servicios a los que debe acceder la

población objetivo, para esto se requiere de una Unidad de Atención de cada una de las carteras de estado aproximadas a la población, en este caso las respuestas de la población reflejan las consecuencias del cierre del establecimiento de salud en la parroquia. Este es un punto crítico ya que la provisión de bienes y servicios por parte del MSP, se ve afectada y necesita de una solución efectiva como es la reapertura del Centro de Salud en la parroquia.

- e. En la pregunta 7, se identifica los servicios y bienes del estado que necesitan mejora, los resultados arrojados en las encuestas es la reapertura del Centro de Salud, a continuación, están: Atención de acuerdo a la correspondencia de edad, mejora en abastecimiento de insumos, micronutrientes, equipos médicos y laboratorio para exámenes que correspondería al Ministerio de Salud, un porcentaje mínimo refiere la mejora en servicios de protección integral y desarrollo infantil. Por otro lado, se identifica como servicios que requieren mejoras, las consejerías en los temas de entornos protectores, corresponsabilidad en familia e instituciones, agua apta para el consumo humano, registro e inscripción de niños y niñas. La CAF (2022), sugiere los factores a ser intervenidos para reducir la DCI, este estudio permite identificar claramente, cuales instituciones prestadoras de servicios necesitan mejora para que la política pública se cumpla y se alcancen los objetivos propuestos.

Consecuentemente, para complementar la evaluación de la efectividad de política pública se presenta la discusión de los resultados de los indicadores de resultado del SUUSEN en el año 2022:

- a. Porcentaje de Desnutrición Infantil en menores de 24 meses captados en atenciones en el MSP: El 12,92% de la población padeció de desnutrición global, el 3,73% padeció desnutrición aguda y el 27,44% de la población padeció desnutrición crónica infantil. La CAF (2022), sugiere que para reducir la DCI, se debe intervenir en los factores que causan esta condición, enfocándose en reducir la incidencia de enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias, mejorar los servicios y prácticas durante los primeros 1.000 días de vida, aumentar la lactancia materna exclusiva y complementaria, asegurar la ingesta de micronutrientes a partir de los 6 meses, reducir el número de niños y niñas con bajo peso al nacer, priorizar atenciones durante los 1000 días de vida, suplementos de micronutrientes a mujeres gestantes, niños y niñas de hasta 24 meses. Por tanto, este resultado evidencia la necesidad de la efectividad de la política pública para que se refleje en la disminución de este principal indicador y que disminuya el porcentaje de niños y niñas con DCI en la parroquia.
- b. Porcentaje de menores de 24 meses que reciben el paquete básico de atenciones: Corresponde al 6,71% de la población. Entendiéndose que el paquete básico de atenciones está descrito en el Decreto 1211 y comprende las atenciones y servicios del paquete básico del Ministerio de Salud, que es: Esquema de vacunación oportuno y completo, control prenatal, control de niño sano, educación (consejerías), protección social; y, agua y saneamiento. Los resultados obtenidos en este indicador son muy bajos y evidencia una falta de cumplimiento del paquete básico priorizado.
- c. Porcentaje de menores de 24 meses atendidos en establecimientos de salud con controles de niño sano al día para su edad, corresponde al 61,98%. Según el Decreto 1211 y su reforma en el Decreto 404, todos los niños y niñas deben recibir los

controles de niños sano de acuerdo a su edad, el resultado no refleja una cifra negativa, sin embargo, un 39% de la población no recibe los controles de niños sano oportunamente de acuerdo a su edad.

- d. Porcentaje de gestantes captadas antes de cumplir 12 semanas de gestación en los establecimientos de salud: El 61,38% de las mujeres gestantes son captadas tempranamente, de acuerdo al cumplimiento al paquete priorizado refleja una adecuada captación para prevenir la DCI, ya que según la CAF (2022), una forma de prevenirla es asegurando los servicios de salud desde la gestación; por otro lado tenemos que según los resultados basados en evidencias científicas, según el Ministerio de Salud del Gobierno de Chile (2021), la aplicación de esta estrategia en el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) ha permitido que este país descienda su tasa a un 1,6% de DCI, lo que demuestra que una intervención temprana desde la gestación permite disminuir el número de niños y niñas nacidos con DCI.
- e. Porcentaje de gestantes atendidas en los establecimientos de salud con controles prenatales completos y oportunos para su edad gestacional”: corresponde al 43,79. Según los estudios de la CAF (2022), basados en evidencia científica se debe intervenir en los factores que causan esta condición, enfocándose en mejorar los servicios y prácticas durante los primeros 1.000 días de vida, priorizar atenciones durante los 1000 días de vida, suplementación de micronutrientes a mujeres gestantes, niños y niñas de hasta 24 meses. En este contexto, las cifras revelan que existe una falta de mejora en la cobertura de servicios del paquete priorizado en los controles prenatales de acuerdo a la edad gestacional, esta falta de cobertura incide en los

porcentajes altos de DCI en la parroquia; ya que aumenta el riesgo de nacimiento de niños con DCI por falta de detección oportuna de esta enfermedad y la no recepción de micronutrientes para la madre en esta etapa.

Finalmente, para plantear estrategias para efectivizar la política pública Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil, en la parroquia Chilibulo del cantón Quito, se realizó entrevistas a diferentes profesionales de las instituciones que forman parte de la entrega del paquete priorizado y que conforman la Mesa Intersectorial de Chilibulo, con el fin de establecer un análisis FODA; y a partir de ello construir la Matriz de Evaluación de Factores Internos (MEFI), la Matriz de Evaluación de Factores Externos (MEFE); y plantear la Matriz FODA o MAFE, en la que se plantean Estrategias que buscan abordar de manera integral las oportunidades, debilidades, amenazas y fortalezas de la ENECSDI. Los resultados de las entrevistas se presentan a continuación:

a. Según el análisis de los profesionales, la implementación de la Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil, dirigida en la prevención y reducción de la DCI, ha tenido un impacto positivo en las familias, especialmente en la prevención de la desnutrición crónica infantil. La articulación intersectorial se destaca como una fortaleza clave, donde instituciones y Gobiernos Autónomos Descentralizados colaboran para combatir la desnutrición. Las principales fortalezas identificadas incluyen la colaboración intersectorial, el compromiso político del Gobierno Autónomo Descentralizado (GAD), programas educativos, acceso a sistemas de seguimiento, alianzas internacionales, legislación clara y programas de

transferencia de efectivo como el Bono de los 1.000 días para mejorar la calidad de vida de la población objetivo.

b. Entre las oportunidades identificadas se destacan las alianzas con Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y la posibilidad de que cada ministerio implemente programas adicionales para reforzar la Estrategia. Sin embargo, se señalan debilidades, como la falta de preparación técnica de profesionales y la ausencia de un sistema único de software entre diversas entidades. Se identifican amenazas, como dificultades políticas, recursos insuficientes, desigualdades socioeconómicas, problemas de infraestructura, resistencia cultural y tradicional, barreras lingüísticas y culturales.

c. La falta de preparación técnica de profesionales y la carencia de un sistema de software único en el sistema de salud, son debilidades significativas detectadas.

d. Las amenazas principales son: las dificultades políticas en el Distrito Metropolitano por banderas políticas, la insuficiencia de recursos en las Unidades de Atención para el cumplimiento del paquete priorizado; y, las barreras socioeconómicas, culturales y lingüísticas que representan amenazas importantes para la continuidad y efectividad de la política pública a largo plazo.

Ponce, H. (2016), sostiene que la Matriz FODA es una herramienta importante en el ámbito de las políticas públicas porque proporciona un marco estructurado para comprender el contexto, identificar áreas críticas y desarrollar estrategias efectivas que permitan alcanzar los objetivos propuestos, considera una herramienta efectiva para obtener una perspectiva general de la situación estratégica de la organización.

A partir de los resultados obtenidos en las entrevistas, se plantea la Matriz de Evaluación de los Factores Internos (MEFI), destacando el peso ponderado de las Fortalezas que equivale a 2,60 y a debilidades 0,80; determinando que las fuerzas internas de la Estrategia son favorables.

Así también, se plantea la Matriz de Evaluación de Factores Externos (MEFE), en la cual el valor ponderado de Amenazas es de 1,77 y de Oportunidades 1,60, la clave de la Matriz de Evaluación de los Factores Externos radica en que el valor total ponderado de las oportunidades debe superar al valor total ponderado de las amenazas, estos resultados indican que existe un alto riesgo de permanencia en el tiempo de la política pública, lo cual es un factor de riesgo para la salud y mejora de oportunidades de la población objetivo y del país.

Ponce, H. (2016), sugiere que las estrategias FO: Que aplican las fuerzas internas de la política pública para aprovechar la preeminencia o ventaja de las oportunidades; estrategias DO: Que se enfocan en superar las debilidades internas aprovechando las oportunidades externas; estrategias FA: Utilizan las fuerzas o fortalezas de la empresa para disminuir las repercusiones de las amenazas externa; y finalmente, se plantean estrategias DA: Que corresponden a las tácticas defensivas para disminuir las debilidades internas y evitar las amenazas del entorno Ponce, H. (2016). A continuación, para el cumplimiento del objetivo 2, a partir de las Matrices de Factores Internos y Externos, se plantean estrategias de mejora para la política pública ENECSDI, a través de la Matriz de Amenazas, Oportunidades, Debilidades y Fortalezas (MAFE).

Cuadro 15. Matriz MAFE.

MATRIZ DE AMENAZAS, OPORTUNIDADES, DEBILIDADES Y FORTALEZAS (MAFE)		
MEFE	FORTALEZAS	DEBILIDADES

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Articulación intersectorial e interinstitucional 2. Compromiso Político del GAD. 3. Programas educativos a través de consejerías. 4. Seguimiento nominal a través del Sistema Unificado Universal de Seguimiento Nominal (SUUSEN). 5. Alianzas Internacionales. 6. Legislación y políticas claras. 7. Programas de transferencia monetarias 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de preparación técnica a profesionales de las instituciones ejecutoras del paquete priorizado. 2. Falta de un sistema de software unificado para la información de salud de la ENECSDI, en la red pública y privada de salud.
OPORTUNIDADES	ESTRATÉGIAS FO	ESTRATEGIAS DO
<ol style="list-style-type: none"> 1. Las alianzas con las Organizaciones No Gubernamentales. 2. La independencia en Ministerios y GAD para implementar proyectos o programas enmarcados en la política pública con una ponderación 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer y establecer alianzas estratégicas formales con ONG, que trabajen con la misión de reducir y prevenir la DCI o afines que tengan enfoque de mejorar la calidad de vida de niños, niñas y mujeres gestantes. 2. Crear planes de trabajo conjunto que capitalice la experiencia del sistema público y la especialización de las ONG para maximizar, fomentando una transferencia bidireccional de conocimientos, buscando el beneficio de ambas partes y la eficacia de los servicios que ofrecen. 3. Implementar mecanismos de comunicación y coordinación efectivos entre el personal profesional del sistema público y las ONG para garantizar una colaboración sinérgica. 4. Diseñar estrategias específicas de sensibilización para comprometer a las instituciones en el territorio, asegurando una cobertura equitativa y efectiva de los servicios en comunidades vulnerables. 5. Implementar programas piloto en colaboración con 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementar programas de capacitación continua para el personal profesional de las unidades de atención, enfocados en la mejora de las habilidades técnicas y metodológicas del personal. 2. Establecer alianzas con la Academia y expertos en nutrición para ofrecer capacitaciones especializadas en el tema. 3. Aprovechar la capacidad de cada ministerio u organismo para implementar programas adicionales internamente en la parroquia. 4. Realizar alianzas con la Academia y sector privado, que manejen experticia en tecnología de la información para desarrollar e implementar un sistema de software unificado para la ENECSDI. 5. Asegurar que exista un flujo de información entre organismos que ofrecen el paquete priorizado, garantizando un acceso centralizado a la información del paciente,

	<p>ONG en sectores específicos de la parroquia para evaluar la eficacia de la estrategia y realizar ajustes según sea necesario.</p> <p>6. Realizar evaluaciones periódicas y recopilar retroalimentación para ajustar la estrategia según sea necesario y maximizar los beneficios para la población objetivo.</p>	<p>eficiencia operativa, coordinación de atenciones, reducción de errores y duplicidad en servicios.</p> <p>6. Promover buenas prácticas: Fomentar y robustecer la colaboración interministerial, organismos y actores sociales para compartir experiencias y mejores prácticas que permitan fortalecer la ejecución de la ENECSDI.</p> <p>7. Realizar programa con GAD para fomentar los incentivos y reconocimientos a ministerios, organismos y profesionales que fortalezcan la Estrategia a nivel parroquial.</p> <p>8. Crear incentivos y programas de reconocimiento para el personal que demuestre un desempeño destacado en la implementación de la Estrategia y en la mejora de sus capacidades técnicas.</p>
AMENAZAS	ESTRATEGIAS FA	ESTRATEGIAS DA
<p>1. Dificultades políticas. Olas políticas, cambios de gobierno o de administraciones de municipios, falta de voluntad política, entre otros.</p> <p>2. Recursos Insuficientes. Falta de asignación adecuada de recursos financieros, humanos y logísticos.</p> <p>3. Desigualdades socioeconómicas de la población objetivo afecta la capacidad de acceso a alimentación adecuada.</p>	<p>1. Implementar un análisis detallado de la asignación actual de recursos financieros, humanos y logísticos al interior de las instituciones. Buscar eficiencias y reorganizar recursos existentes para compensar la falta de asignación adecuada, priorizando áreas críticas como personal, insumos y equipos esenciales.</p> <p>2. Utilizar las alianzas existentes con Organizaciones No Gubernamentales (ONG) para abordar la falta de un Centro de Salud en la parroquia.</p>	<p>1. Desarrollar alianzas estratégicas para superar la falta de recursos insuficientes, a través de la articulación con organizaciones internacionales, ONG, Academia y entidades privadas que tengan la capacidad de brindar apoyo financiero y de recursos humanos que compense la falta de asignación adecuada de recursos y falta recurso humano.</p> <p>1. Establecer iniciativas para mejorar la infraestructura: Buscar financiamiento y</p>

<p>4. Problemas de Infraestructura. La infraestructura inadecuada, como la falta de un Centro de Salud perjudican la eficacia de la política pública.</p> <p>5. Resistencia cultural, tradicional o lingüística.</p>	<p>3. Articular con GAD y ONG para la reapertura y equipamiento del Centro de Salud de la parroquia.</p> <p>4. Enlazar los programas o proyectos enfocados en DCI, con el objetivo de abordar conjuntamente sin duplicidad de servicios del paquete priorizado y la situación socioeconómica de la población.</p> <p>5. Buscar actores para la MIP con experticia en antropología y comunicación intercultural, para realizar el diseño e implementación de estrategias de intervenciones, considerando las resistencias culturales y lingüísticas.</p> <p>6. Mejorar la estrategia de educomunicación para abordar las diversidades culturales y lingüísticas, para lograr un cambio de comportamiento en las familias.</p> <p>7. Ampliar el <i>Bono de los 1.000 Días</i>, adaptándolo para abordar específicamente la situación socioeconómica que afecta el acceso a alimentos saludables.</p>	<p>apoyo técnico de organismos gubernamentales y ONG especializadas en salud y desarrollo comunitario para reaperturar y equipar el nuevo Centro de Salud.</p> <p>2. Desarrollar campañas de concientización para sensibilizar a la comunidad sobre la importancia de contar con una infraestructura adecuada para el bienestar de todos.</p> <p>3. Integrar estrategias de desarrollo socioeconómico a través de creación de huertos familiares y comunitarios, en articulación y apoyo de organizaciones gubernamentales, GAD, actores sociales y sector privado, con el objetivo de abordar las limitaciones económicas de la población objetivo y mejorar la calidad de alimentación.</p> <p>4. Colaborar con programas de seguridad alimentaria y microemprendimientos para mejorar la capacidad de acceso a alimentos de calidad.</p> <p>5. Implementar un enfoque Bottom- up que permita que la sociedad civil sea un actor principal en las Mesas Intersectoriales, para que, a través de la participación y empoderamiento ciudadano, permita establecer mecanismos de contingencia que aseguren la continuidad de la política a largo plazo, incluso en situaciones de cambios políticos o administrativos.</p>
--	--	---

		6. Fomentar alianzas con actores políticos clave y trabajar en la sensibilización de la DCI y construcción de consensos para garantizar la voluntad política sostenible.
--	--	--

Elaboración: María Soledad Pachar

8. Conclusiones:

El presente trabajo de titulación, se orientó en evaluar la efectividad de la Estrategia Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil, implementada como política pública para prevenir y reducir la desnutrición crónica infantil. A continuación, se menciona las principales conclusiones:

- El impulso de la Estrategia "Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil" demuestra un esfuerzo significativo para prevenir la desnutrición crónica infantil, destacando la importancia de la creación y aplicación de estrategias y políticas públicas.
- La elección de la Parroquia Chilibulo para el análisis proporciona una visión detallada de la efectividad de la estrategia a nivel local, permitiendo la identificación de áreas de consecución y aquellas que necesitan mejoras.
- A pesar de los esfuerzos, se observan resultados moderados en la Parroquia Chilibulo, señalando desafíos específicos, como un presupuesto inferior al requerido, el cierre del centro de salud, y condiciones logísticas que afectan la participación de algunos usuarios.
- La falta de micronutrientes, la insuficiencia de personal médico para cubrir toda la población y la necesidad de colaboración con otra parroquia para atenciones son factores críticos que afectan negativamente la efectividad de las intervenciones.

- Los resultados del análisis subrayan la necesidad de ajustes en la política, estrategias y programas para abordar las deficiencias identificadas, especialmente en términos de presupuesto, infraestructura de salud, logística de atención, personal y calidad de atención en salud en MSP y en los servicios integrales de niñez a través de MIES
- La política pública está incidiendo en las familias que son beneficiarias de esta política pública, sin embargo, las amenazas y debilidades encontradas ponen en riesgo la permanencia de la política pública a lo largo del tiempo.
- La evaluación brinda una base sólida para la mejora continua de la estrategia, subrayando la importancia de abordar desafíos específicos para lograr un impacto más significativo en la salud y desarrollo infantil, es por ello la importancia de medir a través de los indicadores de resultado y de gestión la efectividad de la ENECSDI.

9. Recomendaciones:

- Considerar la Matriz FODA o MAFE con las estrategias planteadas con el fin de garantizar la permanencia en el tiempo de la ENECSDI con una mayor efectividad.
- Mejorar la implementación de la estrategia de educomunicación para lograr un cambio de comportamiento en la población, a través de la comunicación y la educación de los contenidos educomunicacionales para prevenir y reducir la DCI.
- Fortalecer los conocimientos técnicos en temas de salud materno infantil, a través de capacitación técnica al personal territorial de MIES y personal de atenciones de MSP que brindan el paquete priorizado a través de alianzas, articulación y vinculación con ONG o Academia.

- Fortalecer las alianzas estratégicas formales con ONG que compartan la misión de mejorar la atención a niños, niñas y mujeres gestantes, así como sector privado, para implementar acciones de mejora en la calidad de vida de la población objetivo.

10. Bibliografía.

Ecuador, P. d. (2020). Decreto 1211. Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición. Quito.

Ecuador, P. d. (2022). Decreto 404. Reforma a la Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición. Quito.

Organización Mundial de la Salud (OMS), 2021. Malnutrición. Datos y Cifras. Obtenido en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>

UNICEF. (2017b). Mil primeros días. Obtenido de <https://blogs.unicef.org/es/blog/1000-primeros-dias-oportunidades/>

UNICEF. (2021). Entornos Protectores. Obtenido de <https://www.unicef.es/educa/ideas/entornos-protectores-infancia>

Banco de Desarrollo de América Latina, CAF. (2022). ¿Cómo implementar programas para reducir la desnutrición crónica infantil? Un enfoque multisectorial para América Latina. Guía de Contenido Módulo I. Obtenido de: <https://cursos.miriadax.net/course/view.php?id=550>

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2015). Objetivos de desarrollo sostenible. Objetivo 1: Poner fin al hambre. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/hunger/>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. INEC. (2018). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. ENSANUT. Obtenido en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/ENSANUT_2018/Principales%20resultados%20ENSANUT_2018.pdf

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. INEC. (2023). Encuesta Nacional Sobre Desnutrición Infantil. Obtenido en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/ENDI/Presentacion_de_Resultados_ENDI_R1.pdf

Distrito Metropolitano de Quito. DMQ (2020). Informe de calidad de vida 2020. Obtenido en: https://quitocomovamos.org/wp-content/uploads/2020/12/INFORME-DE-CALIDAD-DE-VIDA-QUITO-COMO-VAMOS_compressed-3.pdf

Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil. STECSDI. (2021). Estatuto orgánico institucional de la Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil. Disponible en: https://www.infancia.gob.ec/wp-content/uploads/2023/06/STECSDI-STECSDI-2021-0025-A_ESTATUTO-ORGANICO-STECSDI.pdf

Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil. STECSDI. (2021). Plan estratégico intersectorial. Disponible en: <https://www.infancia.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Plan-Intersectorial.pdf>

Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil. STECSDI. (2023). Proyecto de Inversión Infancia Con Futuro. Disponible en: https://www.infancia.gob.ec/wp-content/uploads/2023/06/4.1-Proyecto-Infancia-con-Futuro_compressed.pdf

Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil. STECSDI. (2023). Estrategia de comunicación para el desarrollo para la prevención de la desnutrición crónica infantil (DCI). Disponible en:

<https://www.unicef.org/ecuador/media/10971/file/Estrategia%20Comunicaci%C3%B3n%20para%20el%20Desarrollo%20DCI%20Digital.pdf>

Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil. STECSDI. (2023). Proyecto de Inversión Infancia Con Futuro. Disponible en: https://www.infancia.gob.ec/wp-content/uploads/2023/06/4.1-Proyecto-Infancia-con-Futuro_compressed.pdf

Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil. STECSDI. (2023). Modelo de Gestión Territorial.

Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil, Cooperación Alemana para el Desarrollo - GIZ (2023). Sistema Unificado y Universal de Seguimiento Nominal. Disponible en: <https://informacion.infancia.gob.ec/dashboard/general>

Organización de las Naciones Unidas para la Administración y la Agricultura. FAO, Corporación Andina de Fomento (2022). La FAO y la Corporación Andina de Fomento inician formalmente una colaboración para combatir la desnutrición crónica infantil. Disponible en: <https://www.fao.org/ecuador/noticias/detail-events/es/c/1505268/>

Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Norma Técnica de los Programas Alimentarios. Programa Nacional De Alimentación Complementaria (PNAC). Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2016.04.20-Norma-T%C3%A9cnica-Prog.-Alimentarios-aprobada-por-Jur%C3%ADdica.pdf>

Ponce Talancón, H. (2006). La matriz FODA: una alternativa para realizar diagnósticos y determinar estrategias de intervención en las organización productivas y sociales.

11. Anexos

ENCUESTA SOBRE LA EFECTIVIDAD DE LA POLÍTICA PÚBLICA PARA REDUCIR Y PREVENIR LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL

Estimado Padre o Tutor:

Agradezco su participación en esta encuesta, la presente tiene fin investigativo cuyo objetivo es evaluar la efectividad de los programas implementados de política pública en la reducción y prevención de la desnutrición crónica infantil en la parroquia Chilibulo. Sus respuestas son fundamentales para comprender y analizar la realidad local en este tema y plantear estrategias de mejora para efectivizar la política pública. Por favor, responda con honestidad y de la manera más completa posible.

Información Demográfica:

1. Su edad se encuentra entre:

Menos de 18 años ()

18- 25 años ()

25-34 años ()

35-44 años ()

45-54 años ()

55 años o más ()

2. A qué grupo de los siguientes pertenece usted:

Mujer gestante()

Madre o padre de niños de 0 a 2 años(). Especifique la edad de su niño o niña: _____

Cuidador o tutor – mayor de edad (abuelos, tíos, hermanos, etc) ()

3. ¿Cuál es su nivel de Educación?:

Primaria incompleta ()

Primaria completa ()

Secundaria incompleta ()

Secundaria completa ()

Universidad incompleta ()

Universidad completa ()

Sobre la Política Pública, programas o proyectos implementados en territorio:

4.

SERVICIO O BIEN RECIBIDO EN MINISTERIO DE SALUD O MIES	SI	NO	INSTITUCIÓN QUE LO PROVEE
Control prenatal mensual			
Hierro			
Ácido fólico			
Examen de hemoglobina			
Examen de laboratorio de VDRL y EMO, en el primer control de embarazo.			
Segunda ronda de exámenes de laboratorio de VDRL y EMO, en la semana 20 de embarazo (aproximadamente).			
Examen de VIH en el Primer trimestre, Segundo trimestre, Tercer trimestre, Parto, Posparto.			
Ecos Obstétricos (al menos 3)			
<i>NIÑO DE 0 A 2 AÑOS</i>			
Esquemas de vacunación oportuno y completo a la fecha			
Apego Precoz, pinzamiento y corte oportuno del cordón umbilical y lactancia			

materna dentro de la primera hora de vida			
Tamizaje metabólico de 4 – 28 días del recién nacido			
Control de crecimiento de acuerdo a la correspondencia de la edad: De 0 a 8 meses (1 control mensual)			
Control de crecimiento: de 8 a - 12 meses (1 control bimestral) - de 12 a 23 meses (1 control trimestral) - de 6 a 23 meses 29 días de edad (semestralmente)			
Exámenes de hemoglobina			
Suplementación de vitamina A de 6 a 24 meses de edad.			
Micronutrientes (Hierro, zinc)			
Control prenatal mensual			

5. De las consejerías recibidas por parte del Ministerio de Salud Pública (MSP), Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), u otro; especifique en qué temas ha recibido estos conocimientos:

	SI	NO	INSTITUCIÓN O INSTITUCIONES
Desnutrición crónica infantil			MSP - Centro de Salud: () MIES – CDI/CNH: () Otro: ()_____
Controles oportunos de salud (control prenatal y control de niño y niña sana)			MSP - Centro de Salud: () MIES – CDI/CNH: () Otro: ()_____

Prácticas integrales del parto			MSP - Centro de Salud: () MIES – CDI/CNH: () Otro: ()_____
Esquema de vacunación oportuna y completa			MSP - Centro de Salud: () MIES – CDI/CNH: () Otro: ()_____
Lactancia continua, alimentación complementaria y suplementación			MSP - Centro de Salud: () MIES – CDI/CNH: () Otro: ()_____
Lactancia Materna exclusiva			MSP - Centro de Salud: () MIES – CDI/CNH: () Otro: ()_____
Agua apta para consumo humano			MSP - Centro de Salud: () MIES – CDI/CNH: () Otro: ()_____
Prácticas de higiene y lavado de manos			MSP - Centro de Salud: () MIES – CDI/CNH: () Otro: ()_____
Entornos protectores (prevención de violencia intrafamiliar, crianza segura y positiva, otros).			MSP - Centro de Salud: () MIES – CDI/CNH: () Otro: ()_____
Corresponsabilidad en el cuidado			MSP - Centro de Salud: () MIES – CDI/CNH: () Otro: ()_____
Registro e inscripción de niños y niñas de forma oportuna			MSP - Centro de Salud: () MIES – CDI/CNH: () Otro: ()_____
Planificación familiar			MSP - Centro de Salud: () MIES – CDI/CNH: () Otro: ()_____

6. Por qué cree usted que los padres, madres o cuidadores no asisten a recibir los controles médicos oportunos, vacunas, consejerías; y otros servicios que brindan las instituciones del estado para prevenir y reducir la DCI?

MOTIVO DE NO ASISTENCIA A CONTROLES, VACUNAS, CONSEJERÍAS, CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL, DEMÁS SERVICIOS	Maque una (x)
Lejanía al Centro de Salud	
Trabajo de padres	
Problemas económicos y de transporte	
Falta de apoyo de pareja	
Desconfianza en el sistema de salud	
Problemas familiares o psicosociales	
Barreras culturales o lingüísticas	
Miedo o ansiedad	
Desconocimiento de Servicios disponibles	
Discriminación o malos tratos	

7. ¿Su hijo(a) o usted (madre gestante), es beneficiario del Bono de los 1.000 días?
 Si () No ()

En caso de ser afirmativa la respuesta: ¿En qué utiliza el bono?

8. ¿Qué servicios o bienes del estado para prevenir y reducir la desnutrición crónica infantil considera que necesitan mejora?

SERVICIO O BIEN	SI	NO	DETALLE
Centro de salud parroquial			
Atenciones de acuerdo a la correspondencia de edad			

Abastecimiento de vacunas			
Abastecimiento de micronutrientes			
Ecos obstétricos en el Centro de Salud			
Laboratorio para exámenes en el Centro de Salud			
Servicios de protección integral (CDI, CNH)			
Consejerías en temas de prevención de desnutrición infantil en el Centro de Salud			
Consejerías en temas de prevención de desnutrición infantil en el CDI			
Consejerías en temas de prevención de desnutrición infantil en el CNH			
Calidad de agua apta para consumo humano			
Entornos protectores sin violencia en familias			
Seguridad ciudadana (entornos protectores)			
Corresponsabilidad en las familias			
Corresponsabilidad en las instituciones			
Registro e inscripción de niños y niñas			

9. ¿Cómo describiría la situación nutricional de sus hijos?

Muy saludable

Saludable

Neutral

Preocupante

Muy preocupante

10. ¿Qué cambios sugiere para mejorar la efectividad de las políticas públicas contra la desnutrición crónica infantil? Por favor, siéntase libre de compartir cualquier comentario adicional que considere relevante para comprender mejor este tema.

Muchas gracias por su colaboración. Sus respuestas son valiosas para mejorar las condiciones de nutrición infantil en nuestra comunidad.