

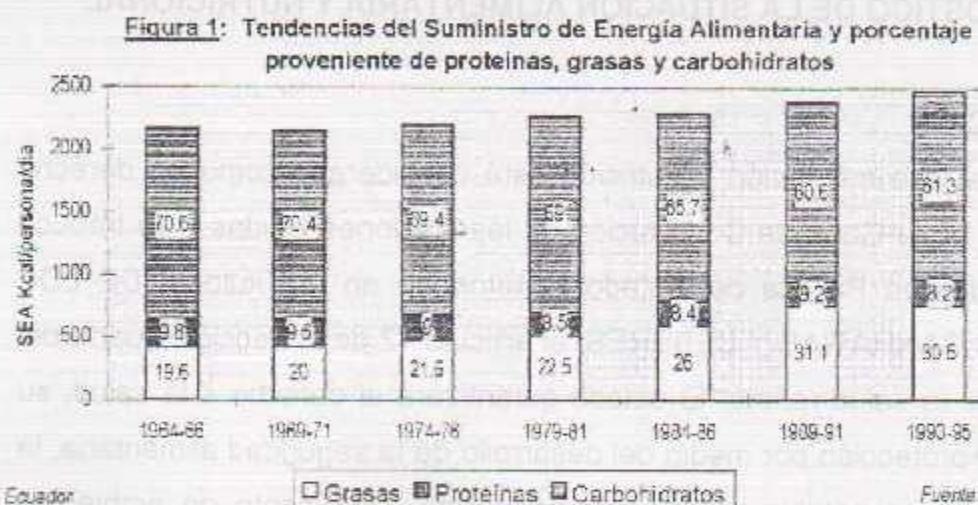
PROYECTO GABA – PRIMERA FASE  
DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

## INTRODUCCIÓN

El derecho a la alimentación y nutrición está considerado como un derecho fundamental en la Carta de Constitución de las Naciones Unidas y se traduce en la Constitución Política del Estado Ecuatoriano en el Título III DE LOS DERECHOS GARANTÍAS Y DEBERES el artículo 42 de la Sección Cuarta del Capítulo 4 de la salud refiere: El estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en los familiar, laboral y comunitario y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud. La consecución de este derecho precisa la participación ciudadana y el cumplimiento de las obligaciones del Estado a través de políticas y programas coherentes con estos principios.

En el Ecuador los problemas de la alimentación y nutrición, percibidos desde el sector salud, se enmarcan en una prevalencia de indigencia de una 20%, en una sistema social inequitativo donde existe una desigualdad marcada en la distribución del ingreso, además estos problemas se hallan matizados por un mosaico de enfermedades infecciosas y crónicas propio de un perfil epidemiológico en transición: En forma general, la enfermedad (salud) y la ingesta dietética representan en muchos análisis las causas inmediatas de los problemas de desnutrición; a su vez, los problemas de obesidad, son la piedra de toque de las enfermedades crónicas degenerativas presentes al momento entre cinco de las diez primeras causas de mortalidad en el país.

Según la Hoja de Balance de Alimentos existe una disponibilidad aparente suficiente para la población en promedio, 1.734 kcal, para 1977. Las tendencias históricas de los últimos 30 años determinan un aumento importante del consumo de grasas, con un descenso de los cereales, raíces y tubérculos y también de proteínas. Se debe enfatizar en que estos promedios nacionales esconden los extremos entre pobreza y abundancia arriba mencionados.



Por lo tanto, la visión mantenida hasta hace algunos años de priorizar las enfermedades por déficit, y los grupos de riesgo materno infantil deberá tomarse en cuenta. Sin embargo, es prioritario reorientar a partir de una visión nutricional de los servicios, la promoción de la salud y prevención de enfermedades crónicas de la población escolar, adolescente, adulta. Desde el punto de vista económico, se percibe que la inversión en la prevención de estas patologías conlleva a disminuir los costos que representa el tratamiento de las mismas y la educación alimentaria y nutricional así como la promoción de hábitos saludables deberían verse como objetivos nacionales prioritarios.

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE  
(LISTA ABREVIADA DE 50 GRUPOS \*)  
1995

CAUSA	TASA **
1. NEUMONIA	17.2
2. ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR	13.1
3. ENFERMEDAD HIPERTENSIVA	10.4
4. ACCIDENTES DE TRÁFICO DE VEHÍCULOS A MOTOR	13.8
5. DIABETES MELLITUS	15.1
6. HOMICIDIO	13.4
7. TUMOR MALIGNO DEL ESTÓMAGO	12.7
8. ENFERMEDAD ISQUÉMICA DEL CORAZÓN	12.6
9. ENFERMEDADES INFECTIOSAS INTRATÍTULAS	12.2
10. TUBERCULOSIS	10.2

\* Basada en la novena revisión de la clasificación estadística internacional de enfermedades OPS/OMS

\*\* Tasa por 100.000 habitantes

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE  
(LISTA ABREVIADA DE 50 GRUPOS \*)  
1985

CAUSA	TASA **
1. ENFERMEDADES INFECTIOSAS INTESTINALES	42.8
2. NEUMONIA	39.1
3. ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR	36.4
4. BRONQUITIS, ENFISEMA Y ASMA	21.6
5. ACCIDENTES DE TRÁFICO DE VEHÍCULOS A MOTOR	18.8
6. ENFERMEDAD ISQUÉMICA DEL CORAZÓN	17.3
7. TUBERCULOSIS	13.4
8. OTRA DESNUTRICIÓN PROTEÍNO CALÓRICA	12.7
9. TUMOR MALIGNO DE ESTÓMAGO	12.5
10. HOMICIDIO	9.6

\* Basada en la novena revisión de la clasificación estadística internacional de enfermedades OPS/OMS

\*\* Tasa por 100.000 habitantes

Fuente: INEC Anuario e Estadísticas Vitales, 1995

Cambios de esta naturaleza radican en una promoción adecuada de modos de vida sana y espacios saludables como factores evidentes de riesgo a modificar, reforzando la perspectiva del mejoramiento real de los servicios de salud frente a estos nuevos retos y objetivos (20). "La salud humana depende en último término de la capacidad de la sociedad de ordenar las actividades humanas y el entorno físico y biológico de tal manera que salvaguarde la salud sin poner en peligro la integridad de los sistemas naturales".

Desde el punto de vista estructural la población ecuatoriana es vulnerable en su seguridad alimentaria. Se han aplicado políticas y estrategias económicas que propician una distribución inéquitativa del ingreso, la indigencia aumentó en prevalencia entre 1994 a 1995 de 17% a 20%, las condiciones naturales del país propician situaciones agudas de inseguridad alimentaria, el deterioro de los recursos naturales es evidente con la consecuencia de pérdida de biodiversidad con datos oficiales de 60-70 mil hectáreas deforestadas al año y se estima serían 200 mil has.

A pesar de la disminución sostenida de la tasa de fecundidad, el Ecuador mantiene una densidad poblacional la más alta de América Latina con 35.5 Hab/Km2, para 1994. La población será para el 2025 de 18'000.000 de habitantes, seis millones más que en la actualidad y la distribución urbana rural tendrá una relación de 70 a 30 por ciento. Es un ejercicio interesante imaginar como se darán las relaciones sociales, económicas e institucionales en aquella época y el impacto que tendrán en la seguridad alimentaria y nutrición. Los datos del Perfil Nutricional del Ecuador elaborado por la FAO ofrecen una perspectiva con relación a los cambios en la urbanización, las necesidades y el suministro de energía alimentaria.

Población total, tasa de urbanización; necesidades energéticas y suministros de energía alimentaria (SEA) por persona y por día en 1965, 1995 y 2025.

Indicador y año	Año	1965	1995	2025
Población total (miles)		5144	11460	17796
Tasa de urbanización (%)		37.2	58.9	74.4
Necesidades energéticas por persona (kcal/día)		2121	2182	2227
SEA por persona (kcal/día)*		2163	2468	—

\* Los datos del SEA provienen de FAOSTAT y corresponden promedios de tres años, i.e. 1964-66 y 1993-95

La dependencia del nivel familiar o microeconómico frente a variables como las prestaciones de servicios de salud y educación, el avance tecnológico y la producción económica sobretodo la agropecuaria y sus relaciones frente a los mercados de trabajo (financieros, laboral y de productos) son elementos cruciales para comprender la inseguridad alimentaria de hoy. El Bono de la Pobreza ha agrupado sobre 1'300.000 familias, casi la mitad de la población del país. Los beneficiarios reciben apenas 15 dólares al mes, en efectivo y es evidente que su situación con relación al consumo, saneamiento, comportamientos y salud sea deprimente. Las subvenciones estatales tienden a orientarse hacia este grupo de riesgo y la propuesta de la presidencia es trabajar el primer año de este mandato sobre los 50 cantones más pobres del país. Poco o casi nada se conoce sobre los patrones de consumo de alimentos y patrones de cuidado diario de las familias ecuatorianas siendo reconocida la diversidad étnica y cultural del país. Éste es un aspecto básico de la investigación nutricional para definir políticas, programas y proyectos.

Los datos del INEC en referentes al consumo de los hogares tipo, de cinco miembros, en las publicaciones mensuales de canastas básicas y de pobreza son un reflejo de las condiciones de acceso a los productos de primera necesidad. No es posible imaginar que una familia subsista con un ingreso de 1'120.000 sueldos al mes y pueda ahorrar un 30% de este valor, según se describe en la recuperación del consumo de la Canasta Familiar de Pobreza

para abril de 1998.

Ecuador vive una de las crisis más profundas de su historia reciente. La misma se refleja en los recursos destinados al sector social, en la calidad y cobertura de los servicios de salud. La prevalencia simultánea de enfermedades infecciosas y crónicas degenerativas refleja la inequidad de una sociedad que económicamente se jacta de ser el primer productor de banano en el ámbito mundial, el cuarto de camarón, de los mejores en calidad de flores de exportación. La variedad de recursos impacta en una infraestructura tecnológica primitiva, sobre todo para mantener espacios de bioseguridad y conservación de la biodiversidad. La agricultura, ha sido generalmente el principal contribuyente a la conformación del PIB, con 17% en 1997, y sumada la contribución de las industrias y sectores asociados contribuirían en más del 30%. Para 1998 debido a la presencia del Fenómeno del Niño, la agricultura bajó a un 12% de su contribución al PIB.

La producción para el consumo interno dinamiza los mercados de trabajo y de productos, ésta es la actividad productiva más ligada a la seguridad alimentaria y se sustenta en un 60% en pequeños y medianos productores. Sin embargo, el financiamiento de la actividad agrícola no corresponde a la importancia del sector, concentrando el sistema grandes capitales en las ciudades principales. Otros constituyentes del PIB que deberán tener especial atención, generadores de empleo y de ingreso familiar, son: el de comercio y hoteles y el de manufactura que incluye el amplio campo de la actividad artesanal y el mundo reciente de las microempresas.

Como lo menciona el análisis del Plan de Desarrollo y Seguridad Nacional, Ecuador 2025 el diseño de políticas no puede separar el desarrollo económico del desarrollo social; sin crecimiento económico sostenido no tendrá el Ecuador la capacidad de invertir en el sector social y sin inversión en el sector social no se formará el capital humano que el país necesita para despegar en un desarrollo a largo plazo. La nutrición es un determinante fundamental para el desarrollo humano, sus secuelas son irreparables.

## DESNUTRICIÓN PROTEICO CALÓRICA

Uno de los problemas más graves de la Salud Pública en el Ecuador es la Desnutrición Proteico Calórica, la que se encuentra ligada a variables que rebasan el ámbito de la salud y que tienen que ver con aspectos sociales, económicos, productivos, culturales y educativos de la sociedad, especialmente ligados a la pobreza.

Varios estudios nacionales realizados en niños reportaron datos de desnutrición en porcentajes que variaron entre el 28 y el 34%. La desnutrición global afecta a un 16.5% de la población ecuatoriana. La prevalencia de desnutrición es más alta en la sierra rural y en los estratos socioeconómicos más débiles. Mientras menor es la edad en la que se presenta la desnutrición, más negativo es su impacto, el 50% de los niños menores de cinco años sufren retardo en talla y el 37% sufren desnutrición global. Estos problemas perjudican irreversiblemente el desarrollo físico, biológico y social de una gran cantidad de niños ecuatorianos, lo que produce una menor productividad y una disminución en las actividades intelectuales en la edad adulta. La desnutrición en el grupo de niños de 1 - 4 años ha incrementado en un 7.7% en los últimos años, así mismo se han demostrado incrementos en relación con la desnutrición global y la crónica al comparar datos entre instituciones.

Además, el 31% de las madres embarazadas tienen bajo peso y el 12.5% de niños nacen con peso bajo.

## DEFICIENCIAS DE MICRONUTRIENTES EN EL ECUADOR

La deficiencia de Micronutrientes es considerada como un devastador problema de salud pública. La deficiencia de hierro afecta al 35% de la población mundial, 655 millones tienen bocio y 11 millones son afectadas por cretinismo, la deficiencia de vitamina A existe en más de 60 países y afecta a 2.8 millones de niños entre 0 y 4 años. Estas deficiencias, denominadas como hambre oculta, tienen que ver con la mortalidad, morbilidad y el deterioro de las capacidades físicas y mentales. Si bien el deterioro biológico es incalculable, el costo económico provocado por estas deficiencias es enorme.

## HIERRO

En los países americanos existen 94 millones de personas afectadas por deficiencia de hierro, 20% de la mortalidad materna se debe a esta deficiencia y se asocia con riesgo de bajo peso al nacer y prematuridad así como en la disminución en la capacidad del trabajo físico del desarrollo cognoscitivo y psicomotor.

Para América Latina y el Caribe promedios regionales ponderados demuestran tasas de anemia para niños de un 55%, los promedios de anemia para los grupos de 6 a 24 meses están alrededor del 58%. Estudios realizados en el Ecuador demuestran prevalencias de anemia de 61.8% para el grupo de 12 a 23 meses de edad y de 40.3% para el grupo de 24 a 35 meses de edad, estas prevalencias son mayores en áreas de alto riesgo, así como en grupos poblacionales críticos.

En lo que se refiere al grupo de madres embarazadas se han reportado datos que fluctúan entre el 46 al 66% en la Maternidad Isidro Ayora, y de un 60% en muestras nacionales, las madres nodrizas presentan niveles del 56.5%. Otros datos de estudios nacionales reportan niveles de anemia para hombres del 46.8% y mujeres del 54.8% Si tomamos en cuenta que la prevalencia de la deficiencia de hierro corresponde generalmente al menos al doble de la tasa de anemia de una población, podemos señalar que este problema es endémico y que afecta a casi toda la población ecuatoriana.

## VITAMINA A

La prevalencia de la deficiencia de Vitamina A en niños menores de 5 años, diagnosticada por niveles de retinol inferiores a 20  $\mu\text{g}/\text{dl}$  fluctúa entre el 40% y el 6% en la región de América Latina y el Caribe. Aproximadamente 18 millones de niños tienen riesgo de sufrir deficiencia de vitamina A. Ecuador ha sido clasificado como un país de deficiencia moderado (10 - 19%). Estudios clínicos realizados en Ecuador demostraron una baja frecuencia de lesiones oculares atribuibles a deficiencia de Vitamina A. La encuesta DANS utilizando un punto de corte de 20  $\mu\text{g}/\text{dl}$  de retinol estableció una prevalencia nacional de 14% para el grupo de 6 a 59 meses y de riesgo moderado en otros grupos poblacionales.

Esta situación se torna más grave en zonas calificadas como críticas donde se encuentran deficiencias de un 20.8% y 21.2% en los grupos de 12 a 23 y 25 a 35 meses respectivamente. Datos nacionales han reportado prevalencias de retinol menor que 20  $\mu\text{g}/\text{dl}$  en 17% de la población estudiada.

## YODO

Los desórdenes por deficiencia de yodo afectan a 110 países y más del 50% de la población mundial se encuentra en riesgo de esta deficiencia. Sin embargo de los diversos avances y logros en el control del bocio y cretinismo endémico, el problema existe en muchos países de América Latina y el Caribe. El programa ecuatoriano Lucha Operacional contra el bocio y cretinismo endémico, se encuentra desde hace algunos años en la fase de vigilancia epidemiológica, el contenido de yodo en sal se ha mantenido sistemáticamente vigilado desde el año de 1984. Actualmente 93.8% de las muestras de sal yodada estudiadas tienen niveles superiores a 20 ppm, y el 97.8% de la población ecuatoriana consume sal yodada. Estos datos demuestran que los desórdenes por deficiencia de yodo se encuentran controlados y en la fase de vigilancia epidemiológica.

## SALUD REPRODUCTIVA

Para 1995 en Ecuador la tasa de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos fue de 86.8 con la particularidad de que en la región Sierra fue de 105.6, en la región Amazónica de 117.4, y en la región Costa de 64.8. Las principales causas de mortalidad materna fueron los desórdenes hipertensivos del embarazo, las hemorragias y las infecciones. En ese año se registraron 170 muertes maternas. La tasa nacional ajustada por inscripciones tardías fue de 62.7 por 100.000 nacidos vivos registrados, dato que refleja un importante subregistro. La ENDEMAIN 94 estimó la mortalidad materna en 159 por 100.000 nacidos vivos para el periodo 1988-1994, y la OPS /OMS la ubicó en 120 por 100.000 nacidos vivos para 1995. El programa de reducción de la mortalidad materna adoptó como dato nacional la tasa de 150 por 100.000. Entre las diez principales causas de morbilidad femenina en egresos hospitalarios en 1995, las afecciones obstétricas directas aparecen en primer lugar representando el 19.5% de la morbilidad y una tasa de 136.1 por 10.000

mujeres. Para este mismo año, el porcentaje de partos con asistencia profesional a nivel nacional fue de apenas el 66.5 %, siendo de 84.3% en la zona urbana y 41.9% en la rural. Es bien conocido que la morbimortalidad materna se asocia con la calidad de la prestación de servicios médicos y con factores nutricionales. La incidencia de preeclampsia-eclampsia, enfermedad que se constituye en la primera causa de mortalidad materna en el país, ha sido asociada con un consumo deficiente de calcio dietético. Varios estudios realizados principalmente en embarazadas que asisten a hospitales en Quito, demostraron que el consumo promedio de calcio de origen alimentario se encuentra en un rango entre 628 mg y 928 mg por día, lo que representa apenas del 52.3% al 77% de las recomendaciones de ingesta diaria para calcio en mujeres embarazadas. Se observó que las mujeres que desarrollaron preeclampsia tienen un consumo significativamente menor del mineral (432 mg/día), que las mujeres que permanecieron normotensas. Tres ensayos clínicos realizados en el Ecuador, y varios realizados en diferentes poblaciones del mundo, demuestran que en mujeres con bajo consumo dietético de calcio, la suplementación con 2 g de calcio elemental en forma de sales de calcio, es una medida de intervención segura, económica y efectiva para reducir significativamente la incidencia de la enfermedad, aumentar el peso del recién nacido y prolongar la duración de la gestación. Otro problema nutricional importante que incide en las altas tasas de morbi-mortalidad materna es la deficiencia de hierro y ácido fólico. Varios estudios realizados en diferentes poblaciones ecuatorianas demuestran que el porcentaje de adecuación de consumo de hierro y ácido fólico durante el embarazo es menor que el 50% de las recomendaciones diarias. Estudios nacionales demuestran que la prevalencia de anemia nutricional en mujeres gestantes es del orden del 46%, cifra dramática no solo por su impacto en la morbi-mortalidad materna, sino por el impacto en la calidad del producto. Por otro lado, a nivel del país existen muy pocos datos sobre el consumo de vitaminas antioxidantes durante el periodo gestacional. Varios estudios internacionales han demostrado que una deficiente ingesta de vitamina A, vitamina C y vitamina E, se asocian con un incrementado riesgo de mortalidad materna. Un reciente ensayo clínico que incluyó a mas de 60.000 mujeres gestantes demostró que la suplementación con vitamina A y beta caroteno en dosis de 23.000 unidades semanales

durante el embarazo se asoció con una importante reducción de la mortalidad materna, siendo más importante el efecto del beta caroteno, lo que destaca la importancia que actualmente se atribuye al estrés oxidativo en la génesis de la morbilidad materna.

## ENFERMEDADES CRÓNICAS

Para 1996, entre las 10 primeras causas de mortalidad en el Ecuador aparecen cuatro vinculadas con la nutrición y los hábitos de vida: enfermedad hipertensiva, enfermedad cerebrovascular, diabetes mellitus y enfermedad isquémica del corazón. Juntas representan el 16.1% de la mortalidad total en el país y sus tasas acumuladas son de 77 por 1000.000 habitantes. El cáncer de estómago, que es la principal causa de muerte por tumores, representa solamente el 2.9 por 100.000.

Está bien establecido qué las enfermedades anteriormente mencionadas se asocian con los denominados factores de riesgo vinculados a hábitos de vida y prácticas alimentarias. Entre los principales factores de riesgo estudiados en el país destacamos los siguientes:

1. Hipertensión arterial. Los resultados de varias investigaciones realizadas en diferentes regiones del país, que incluyeron diferentes poblaciones y utilizaron diferentes criterios diagnósticos permiten concluir que, a pesar de las diferencias metodológicas, la hipertensión arterial en el país alcanza niveles que la convierten en un importante problema de Salud Pública siendo su prevalencia aproximada de 23%. Se asocia con otros factores de riesgo como obesidad, dislipidemias, sedentarismo, diabetes mellitus y tabaquismo. La hipertensión arterial contribuye significativamente en el desarrollo de hipertrofia ventricular izquierda, enfermedad cardiaca coronaria, accidentes cerebrovasculares y muerte súbita.
2. Hipercolesterolemia. La mayoría de estudios realizadas en poblaciones seleccionadas, que incluyeron ambos sexos y diferentes grupos etarios, demuestran que la hipercolesterolemia (colesterol total mayor a 200 mg/dl) es un grave problema en la población ecuatoriana, habiéndose reportado

prevalencias que varian entre el 12.7% hasta el 70%. Es importante destacar que en pacientes que sufrieron un evento cardiovascular o muerte súbita, el principal factor de riesgo presente fue la hipercolesterolemia que se presentó en el 53% y 70% de los pacientes respectivamente.

3. Obesidad. Existen pocos estudios realizados en pequeñas muestras de la población ecuatoriana. La prevalencia en hombres adultos es de 11.6% y en las mujeres llega a valores tan altos como del 67%. En adolescentes la prevalencia es del 11.3% en mujeres y de 6.9% en varones. Dramáticos son los resultados obtenidos en niños en los cuales se reportó una prevalencia del 19%.
4. Diabetes mellitus. Al momento es la cuarta causa de muerte en el país con una tasa de 16.2 por 100.000, el 90% de los casos son de tipo 2 o no insulino dependiente. No existen datos nacionales sobre la prevalencia de la enfermedad pero la tasa de egresos hospitalarios por esta enfermedad se duplicó entre 1980 y 1996. Varios estudios en poblaciones pequeñas en diferentes regiones del país han reportado prevalencias que varian del 0.45% al 6.68% en la población general. Es importante destacar datos publicados recientemente en poblaciones de países desarrollados así como también en Centro América en los que se demuestra una asociación entre bajo peso al nacer y síndrome X metabólico en el adulto, que se caracteriza por hipertensión arterial, obesidad abdominal, resistencia a la insulina y diabetes mellitus. A pesar de la falta de datos en nuestro país de esta relación, es bien conocida la elevada prevalencia de bajo peso al nacer en el país.
5. Factores de riesgo emergentes. En Ecuador no se ha estudiado la relación entre infección, inflamación, hiperhomocisteinemia, ácido fólico, vitaminas antioxidantes y enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, está bien documentado que la población ecuatoriana está expuesta permanentemente a problemas infecciosos-inflamatorios; así, las infecciones respiratorias agudas se presentaron en 598.558 casos en 1996 con una tendencia fuertemente creciente desde 1992. Varios estudios han

demostrado que la deficiencia de vitamina A es un problema moderado, mientras que la adecuación del consumo de ácido fólico es de apenas el 42% de las recomendaciones diarias. Estas observaciones son muy sugestivas de que los factores de riesgo emergentes pueden ser importantes en el comportamiento epidémico de las enfermedades cardiovasculares que se observa actualmente en Ecuador.

La obesidad, las dislipidemias, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus no insulino dependiente son enfermedades crónicas asociadas con la dieta y con hábitos de vida inadecuados que están en ascenso y afectan a la población ecuatoriana independiente de su estatus socioeconómico. Las cifras anteriormente expuesta demuestra la existencia de un traslape epidemiológico en el que coexisten los excesos y las deficiencias nutricionales.

## CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS SOBRE ALIMENTACION

Al hacer una revisión histórica de la alimentación y nutrición de nuestro país, encontramos estudios socio antropológicos que nos indican que la población ecuatoriana tuvo un conocimiento adecuado de los alimentos en diferentes ambientes naturales debido a que había intercambio de los productos animales y vegetales, actitud que aseguraba que la población asentada en las diferentes regiones geográficas tuviera una dieta variada. Esto se fundamenta en las conclusiones a las que han llegado varios estudios históricos y etnológicos sobre las sociedades precolombinas, en las cuales el hombre tenía acceso a una dieta más adecuada que la que tienen los campesinos andinos y los habitantes de las zonas marginales de las grandes ciudades en los momentos actuales. Con la conquista española se introdujeron nuevos cultivos como, el trigo, el arroz, la cebada, el plátano etc. los que fueron adoptados como propios por la cultura aborigen. El consumo de estos alimentos a lo largo de los años se ha convertido en la base de la alimentación particularmente de la población campesina de la región andina y debido a una serie de factores, poco a poco se ha disminuido el consumo de alimentos tradicionales de alto valor nutritivo como la quinua, el amaranto, el choclo, el mote y la cebada. Una propuesta alternativa que se está considerando en los últimos años es el desarrollo de

programas de recuperación de alimentos nativos de rico valor nutricional y la actualización de tecnologías tradicionales de producción y consumo.

Las variaciones en los procesos socioeconómicos están determinando cambios en el patrón agro-alimentario-nutricional caracterizado por ausencia de políticas coherentes de seguridad alimentaria, beneficio a la agro-exportación y agro-industria en detrimento de la producción de alimentos básicos para consumo interno, encarecimiento de los productos, polarización económica de la población, cambios en los estilos de vida, desordenada urbanización, inadecuada alimentación, valores culturales que están marcando junto con los cambios demográficos el patrón de consumo alimentario.

Las encuestas alimentarias nutricionales realizadas en nuestro país no han sido suficientes, debido a que son estudios puntuales en diferentes grupos poblacionales, por lo tanto no podrían generalizarse, tomando en cuenta que la distribución de alimentos es diferente de acuerdo al estrato socio económico, aspecto culturales y rituales de la población, composición familiar, número de miembros, edad, sexo, diferenciación regional e incluso elementos temporales como desastres que provocan en el transcurso de los años cambios sustanciales en las prácticas alimentaria que de ninguna manera se realizan en forma homogénea. En el Ecuador tenemos tres regiones naturales diferentes, por su clima, fauna y flora, por su idiosincrasia, costumbres, todo lo cual incide directamente en el tipo de alimentación de sus habitantes. La rápida urbanización que se ha dado en el país, la migración masiva, la propaganda agresiva que se hace de ciertos productos sintéticos y artificiales (productos industriales que han perdido el valor nutritivo), con el fin de introducirlos en la alimentación diaria, han provocado un cambio en los hábitos y costumbres alimentarias de la población.

La información disponible en el país, sobre el consumo aparente de alimentos se observa en el siguiente cuadro:

**CONSUMO APARENTE DE LOS ALIMENTOS SEGUN GRUPOS Y  
POR GRAMOS PER CAPITA/DIA**

GRUPOS DE ALIMENTOS	g per capita/d	GRUPOS DE ALIMENTOS	g per capita/dia
LECHE Y DERIVADOS		TUBERCULOS Y	
Leche	160	PLATANOS	
Queso	10	Papas	87
CARNES		Plátano verde	61
Pollo	30	Plátano maduro	16
Res con hueso	24	Yuca	14
Res sin hueso	20	LEGUMINOSAS VERDES	
Pescado fresco	18	Fréjol tierno	5
HUEVOS	15	Arveja tierna	5
CEREALES		Habas tiernas	4
→ Arroz	137	LEGUMINOSAS SECAS	
Pan	62	Lenteja	4
Fideo	11	Frijol	4
Avena	4	AZUCAR	51
FRUTAS		GRASAS	
Guineo	36	Aceite vegetal	22
Naranja	53	Manteca vegetal	22
Limón	20	OTROS	
Tomate de árbol	9	Gaseosas	60
Piña	12	Cerveza	14
Papaya	8	Heladbs	12
VERDURAS		Ron	1.15
Tomate riñón	26	Cerveza	14.4
Cebolla paiteña	26	Cigarrillos	0.9 unidades
Zanahoria amarilla	15		
Cebolla blanca	7		

Fuente: INEC Encuesta nacional de ingresos y gastos de hogares urbanos. Resultados anuales Sept. 1994 Agosto 1995. Quito 1996.

Como se observa en el cuadro anterior, los cereales tradicionalmente han sido los de mayor consumo, principalmente el arroz, alimento que ha desplazado al maíz en los últimos años, dentro de este grupo hay un importante consumo de pan, fideos, avena. Proporcionalmente estos alimentos constituyen más de la tercera parte de la alimentación; el plátano verde, maduro y la yuca, son de alto consumo sobre todo en la costa. En la sierra en cambio el consumo es de papas.

Además existe un elevado consumo de azúcares y grasas especialmente en los niveles socio económicos bajos. Dentro del grupo de las verduras, la zanahoria amarilla, el tomate riñón, la cebolla paiteña son los de mayor consumo. Las frutas de mayor consumo son la naranja, el guineo, limón. Dentro del rubro de las carnes solamente un tercio de la población alcanza a comer un pedazo diario debido al incremento de los precios. Los huevos, el

pescado y la carne y el pollo no forman parte de la dieta diaria de la mayoría de los ecuatorianos.

Es importante anotar que el consumo de cigarrillos y alcohol, son artículos de gran consumo a nivel nacional.

En la tabla siguiente, se muestra el consumo de alimentos a nivel nacional según la encuesta de condiciones de vida de 1994 realizada por el Banco Mundial y el SECAP.

Consumo de Alimentos a nivel Nacional		
Alimento	Consumo g/d.	% que no consume
Harina	14.7	38.9
Fideos	18.6	15.5
Pan	38.9	20.2
Galletas	4.1	67.7
Cereales preparados	0.5	96.3
Aceite	22.2	24.9
Margarina	4.9	60.6
Mantequilla vegetal	9.3	51.6
Azúcar	57.5	18.2
Panela	0.6	70.3
Jugos preparados	4.3	93.5
Colas	64.1	46.6

Fuente: Encuesta de condiciones de vida Banco Mundial y SECAP 1994

El mayor consumo de alimentos a nivel nacional son los cereales 76.8 g/día (harina, fideos, pan, galletas, cereales preparados) seguido de colas (64.1g), dulces (58.1 g/día) y grasas (36.4g/día).

Según la encuesta de Mejoramiento de las prácticas alimentarias en adolescentes ecuatorianos (MEPRADE), las preparaciones de mayor consumo son las siguientes:

## PREPARACIONES DE MAYOR CONSUMO

	SIERRA PREPARACIONES	%	COSTA PREPARACIONES	%
1	Jugos	15.8	Café en agua	21.5
2	Café en agua	13.6	Jugos	10.3
3	Café en leche	7.0	Sopa de fideo	4.9
4	Sopa de fideo	5.6	Caldo de carne	4.7
5	Arroz con carne	5.1	Huevo frito	4.5
6	Papas fritas	4.5	Menestra	4.5
7	Sopa de arroz	4.3	Arroz con carne	3.4
8	Arroz con pollo	1.3	Carne frita	2.2
9	Huevo frito	1.3	Arroz con pescado	2.0
10	Locro de papas	1.3	Café en leche	1.8

Fuente: encuesta de mejoramiento de las prácticas alimentarias en adolescentes ecuatorianos, 1994

Según esta encuesta el desayuno más común entre los adolescentes fue el café en agua con pan; en la Sierra uno de cada tres adolescentes tomaba leche con café o chocolate y uno de cada seis desayunaba agua aromática. Otros alimentos consumidos en el desayuno fueron las coladas de avena o maicena. En las comunidades rurales es común el consumo de tortillas de harina de maíz y trigo en lugar de pan. El alto consumo de café en agua y aguas aromáticas obedece a las limitaciones económicas, mientras que en los hogares de recursos económicos altos la falta de consumo de leche se debe a otras circunstancias. En este estrato forma parte de la dieta, café en agua, jugo, arroz con carne, papas fritas, arroz con pollo, sopa de fideo.

En 1998 el Servicio al Consumidor de Nestlé realizó una investigación para determinar los patrones de consumo del desayuno de los ecuatorianos pertenecientes a los niveles socio económicos medio alto y medio típico y sus percepciones sobre el desayuno y la nutrición. Se incluyeron 1130 personas de ambos sexos y grupos de edad comprendidos entre 8 y 40 años residentes en Quito, Guayaquil y área urbana del resto de la sierra y la costa. Se encontró que el alimento de mayor consumo en el desayuno fue el pan. En el nivel socio económico medio típico fue mayor el consumo de café en agua, arroz, mientras

que en el medio alto hubo un consumo superior de jugos hechos en casa, fruta, queso y batidos.

En la siguiente tabla se detallan los resultados obtenidos por el Instituto de Investigaciones para el Desarrollo de la Salud (IIDES), hoy Instituto de Ciencia y Tecnología (ICT) en familias de las tres regiones de las preparaciones más consumidas por la familia, distribuidas en desayuno, almuerzo y merienda.

PREPARACIONES MAS CONSUMIDAS					
Desayuno	%	Almuerzo	%	Merienda	%
<b>Primera preparación</b>		<b>Primera preparación</b>		<b>Primera preparación</b>	
Café en agua	24	Sopa de fideo /pollo/queso/carne	19.8	No toman sopa	55
Agua aromática	17.9	Leguminosa con verde	11.5	Sopa de fideo/papa /queso/pollo	11.5
Café en leche	14.7	Papa col con verduras	8	Sopa Papa /arroz/cereal/col	10
Chocolate en leche	7.7	Sopa de cereal/papa/col	7.3	Sopa de leguminosa /papa/verde/Pollo/carne	4.2
Leche	6	Sopa de carne con fideo/papa/verde/verduras	6		
<b>Segunda preparación</b>		<b>Segunda preparación</b>		<b>Segunda preparación</b>	
Pan	28	Arroz	61	Arroz	55
Arroz con: huevo, pollo, legumbres, pescado	14	Con Leguminosas	7	Verde	5
Empanadas de harina	6	Con Carne	6.6	Yuca	4
Verde en diferentes preparaciones	5	Con Pollo	6.6	No comen segundo	67
Nada	14.7	Con Huevo	7		
		<b>Tercera preparación</b>		<b>Tercera preparación</b>	
		Jugo de frutas	38	Agua aromática	30
		No toman jugo	28	Nada	16
		Jugos artificiales y colas	7.3	Jugo de fruta	12.5
		Agua aromática	6.3	Café en agua	6.3
		Cereal en agua	6.3	Cereal en agua	5
		Cereal en leche	6.3		

Fuente ICT. Encuesta de línea basal de anemia. Componente alimentario. 1996

Las preparaciones más consumidas en el desayuno son el café en agua, agua aromática y café en leche, acompañados de pan (sierra y oriente) o verde en diferentes preparaciones (costa). Algunas familias consumen arroz con huevo, pollo, legumbres o pescado.

En el almuerzo es común la preparación de la sopa de fideo, siguiéndole la sopa de leguminosas con verde y la de verduras. Como segundo plato, el arroz es consumido por un elevado porcentaje de la población; el acompañado es diferente en las tres regiones: en la costa un pequeño porcentaje le acompañan con pescado o carne, en la sierra con huevo o legumbres y en el oriente combinan el verde con leguminosas. Las bebidas más comunes son jugo de frutas y agua aromática.

En la merienda un 55 % no consumen sopa y de las familias que si lo hacen la preparación con un mayor porcentaje es la de fideo, luego la de papa y la de verde con leguminosas. Un 67 % de las familias encuestadas no comen la segunda preparación y de aquellas que lo hacen, esta consiste de arroz con papas, plátano o huevo frito.

En otro estudio realizado por la Coordinación Nacional de Nutrición (CNN) en 180 familias del área urbana y rural del país se obtienen los siguientes resultados:

REGIONES	DESAYUNO	ALMUERZO	MERIENDA
COSTA	Café en agua con verde en diferentes preparaciones	Sopa de legumbres (verduras) Arroz con pescado, pollo o mariscos Jugo	Arroz con leguminosas Café en agua
SIERRA	Café en agua, o agua aromática con pan Café en leche con pan	Sopa de fideo o papa, o legumbres Arroz con verduras o papa Colada o jugo	Sopa de fideo con papa, o arroz con papa o plátano frito o carne Agua aromática o café en agua con pan
ORIENTE	Café en agua, verde en diferentes preparaciones	Sopa de fideo Arroz con pescado o carne Chicha	Sopa de fideo Arroz con yuca o verde Agua aromática

Fuente CNN.

La dieta de la familia ecuatoriana en general es monótona, sobre todo en los grupos rurales y urbano marginales con poco consumo de verduras, frutas y alimentos de origen animal.

Un estudio realizado por el Ministerio de Educación y cultura en las familias de escolares ecuatorianos demostró un ingreso calórico total de 2085 Cal por habitante.

En cuanto a otras prácticas de importancia es necesario anotar que no hierven el agua para el consumo. Es notoria la falta de conocimiento sobre mezclas alimentarias, además a las leguminosas las conocen como legumbres. En la Costa Sierra y Oriente es común el calentado.