



Ecuador Crece Contigo

Fundación



Desnutrición crónica infantil y etnia en Ecuador: desigualdades en la primera infancia

REPORTE 7 - Septiembre 2026



Centro de Análisis y
Seguimiento a la DCI

La desnutrición crónica infantil (DCI) no se distribuye de manera uniforme en la población. Las condiciones sociales, económicas y culturales influyen en las oportunidades que tienen las niñas y los niños para crecer y desarrollarse adecuadamente. Este reporte analiza las desigualdades en los determinantes y resultados de la nutrición infantil entre los distintos grupos étnicos del Ecuador.



Resumen ejecutivo



La DCI refleja la acumulación de desigualdades que se inician en las condiciones estructurales, continúan durante la trayectoria de atención en los primeros 1.000 días y se expresan en diferencias persistentes entre grupos étnicos.

La población indígena concentra las mayores desventajas, que se expresan en altos niveles de pobreza, mayor prevalencia de analfabetismo entre las mujeres en edad fértil, limitaciones en el acceso a servicios básicos, menor continuidad de intervenciones esenciales y mayor prevalencia de DCI.

La población montubia presenta un perfil diferenciado de vulnerabilidad, con elevados niveles de pobreza y menores coberturas de servicios básicos, además de brechas en consejería, desarrollo infantil y continuidad del cuidado, en un contexto donde la DCI mostró un incremento reciente.



Uno de los principales desafíos radica en traducir los principios de equidad e interculturalidad de la política en una implementación efectiva y sostenida en los territorios con mayores desventajas.



Marco de análisis

El análisis se fundamenta en el Marco Conceptual de UNICEF sobre Nutrición Materna e Infantil (2020), que reconoce que la nutrición es el resultado de la interacción entre determinantes habilitadores, subyacentes e inmediatos.¹ Este enfoque se complementa con la evidencia disponible para Ecuador, que identifica a la DCI como un problema asociado a determinantes sociales como la pobreza, el acceso a servicios básicos y de salud, así como a barreras geográficas, sociales y culturales que afectan de manera desproporcionada a comunidades indígenas y rurales.²

En este contexto, el reporte examina las desigualdades entre grupos étnicos en cuatro dimensiones: (i) condiciones estructurales y del entorno, (ii) acceso a servicios e intervenciones esenciales, (iii) prácticas y condiciones relacionadas con la nutrición y la salud, y (iv) resultados en salud y nutrición infantil.

Las brechas identificadas se interpretan desde un enfoque de equidad en salud y orientan recomendaciones de política pública sustentadas en la Atención Primaria de Salud (APS), con énfasis en intervenciones intersectoriales, territorializadas e interculturales.^{3,4}



Análisis



Desigualdades étnicas en los determinantes y resultados de la nutrición infantil

La nutrición infantil depende de las oportunidades que tienen las niñas y niños para crecer en entornos saludables, acceder a servicios oportunos y recibir intervenciones de calidad. Cuando esas oportunidades se distribuyen de manera desigual entre grupos poblacionales, también lo hacen los resultados en salud y nutrición.

Determinantes estructurales: ¿Todos los niños crecen en las mismas condiciones?

Las oportunidades para un crecimiento adecuado comienzan mucho antes del nacimiento. Los factores sociales, económicos, educativos y ambientales en los que viven las familias condicionan el acceso a una alimentación adecuada, servicios básicos, atención en salud, desarrollo infantil y protección social. Cuando estos factores se distribuyen de manera desigual entre los grupos étnicos, también generan diferencias en las oportunidades de crecimiento y desarrollo.^{5,6}

Con base en la información del Censo de Población y Vivienda 2022, la Tabla 1 muestra marcadas desigualdades en las condiciones estructurales entre los grupos étnicos del Ecuador. La pobreza por necesidades básicas insatisfechas (NBI) en menores de 5 años alcanza sus mayores niveles en la población montubia (78,6%) e indígena (72,4%). Además, la población montubia presenta las menores coberturas de agua por red pública y recolección de basura, mientras que la población indígena registra el mayor analfabetismo entre mujeres en edad fértil (3,4%).

Tabla 1. Determinantes estructurales de la nutrición infantil: condiciones socioeconómicas según grupo étnico. Ecuador, 2022.

Indicadores	Indígena	Afroecuatoriana/o *	Montubia/o	Mestiza/o	Blanca/o u Otra/o
Población General					
% de viviendas particulares en condición de pobreza por NBI ⁷	68.5%	48.5%	70.0%	33.8%	25.5%
Mujeres en edad fértil					
% de condición de pobreza por NBI ⁷	66.3%	48.3%	69.5%	33.9%	27.3%
% de analfabetismo ⁷	3.4%	1.4%	2.2%	0.7%	0.8%
% de viviendas particulares con presencia de mujeres en edad fértil que cuentan con acceso a agua por red pública ⁷	77.3%	80.1%	53.8%	87.9%	91.2%
% de viviendas particulares con presencia de mujeres en edad fértil que cuentan con recolección de basura ⁷	72.3%	90.8%	67.5%	93.1%	96.0%
Menores de 5 años					
% de condición de pobreza por NBI ⁷	72.4%	57.4%	78.6%	44.9%	40.5%

Fuente: Elaboración propia con base en información del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) en torno a los datos del Censo de Población y Vivienda 2022⁷. **Nota*1.** Nota tomada de la presentación de resultados del Censo de Población y Vivienda 2022: La categoría afroecuatoriana/o agregan a las categorías afroecuatoriana/o, afrodescendiente; negra/o y mulata/o; aplicadas en el operativo censal.

Las diferencias también se reflejan en las condiciones del entorno. Mientras cerca del 90% de las viviendas de la población mestiza y blanca dispone de acceso a agua por red pública y recolección de basura, estas coberturas disminuyen en la población montubia (53,8 % y 67,5 %, respectivamente) y, en menor medida, en la indígena (77,3 % y 90,8 %). Estas brechas evidencian desigualdades persistentes en el acceso a servicios básicos que forman parte de los determinantes estructurales del crecimiento y desarrollo infantil. Asimismo, la evidencia disponible para Ecuador muestra que uno de cada dos niños, niñas y adolescentes no cuenta con servicios adecuados de agua, saneamiento e higiene y, en la población indígena, esta situación afecta a ocho de cada diez. Estas condiciones incrementan el riesgo de enfermedades infecciosas, limitan la absorción de nutrientes y afectan el crecimiento y desarrollo infantil.^{8,9}

En conjunto, estos resultados muestran que las diferencias observadas entre los grupos étnicos deben entenderse en el contexto de desigualdades persistentes en las condiciones de vida y el acceso a oportunidades fundamentales para la primera infancia, y no como un efecto de la pertenencia étnica en sí misma. Estas desventajas aumentan el riesgo de DCI y evidencian la necesidad de fortalecer una respuesta pública con enfoque de equidad e interculturalidad, priorizando a las poblaciones y territorios con mayores desventajas.^{1,6}

Determinantes subyacentes:

¿La respuesta pública y el entorno llegan de manera equitativa?

Las condiciones estructurales analizadas en el apartado anterior condicionan las oportunidades de la primera infancia, pero no determinan por sí solas los resultados en nutrición. Una respuesta pública oportuna y continua puede reducir parte de estas desventajas mediante intervenciones esenciales durante el embarazo, el nacimiento y los primeros años de vida, fortaleciendo el cuidado, la alimentación y el acceso a los servicios de salud.^{5,10,11}

La trayectoria de atención comienza durante el embarazo y continúa en el nacimiento. En esta etapa, la mayoría de las mujeres logra establecer contacto con los servicios de salud; sin embargo, las oportunidades no son las mismas para todos los grupos étnicos (Tabla 2). En 2024, más de 9 de cada 10 mujeres montubias, mestizas y blancas recibieron al menos cinco controles prenatales, mientras que esta proporción disminuyó a cerca de 8 de cada 10 en la población indígena. Una situación similar se observa en la atención del parto por personal de salud calificado, cuya cobertura alcanza el 78,4% en la población indígena frente a una cobertura casi universal en los demás grupos. Estas diferencias son consistentes con la evidencia nacional, que identifica a la ruralidad, la dispersión geográfica y las barreras de acceso como factores que limitan el acceso oportuno a la atención materno-infantil en comunidades indígenas.²

Tabla 2. Determinantes subyacentes de la nutrición infantil: cobertura de intervenciones esenciales según grupo étnico. Ecuador, 2024.

Indicadores		Indígena	Afroecuatoriana/o *	Montubia/o	Mestiza/o	Blanca/o u Otra/o
Gestación	% de niños/as menores de 2 años cuyas madres recibieron al menos 5 controles prenatales durante el embarazo ¹²	77.8%	88.3%	93.9%	91.0%	92.6%
Nacimiento	% de niños/as menores de 5 años que su nacimiento fue atendido por personal de salud calificado ^{12,14}	78.4%	98.0%	99.6%	98.3%	99.8%
Menores de un año	% de niños/as entre 6 y 23 meses de edad que consumieron hierro, multivitaminas y minerales en polvo al menos una vez en los últimos 7 días ¹²	36.9%	35.7%	46.3%	39.6%	44.2%
	% de niños/as de 24 a 59 meses que acudieron al menos a 13 controles de niño sano durante sus primeros 23 meses de vida ¹²	37.3%	37.4%	40.9%	46.7%	47.5%
	% de niños/as de 12 a 59 meses que fueron vacunados con BCG antes de cumplir el primer año ¹²	93.7%	94.2%	93.5%	95.8%	96.7%
	% de niños/as de 12 a 59 meses que fueron vacunados con hepatitis b antes de cumplir el primer año ¹²	76.0%	89.7%	80.5%	80.8%	82.6%
	% de niños/as de 12 a 59 meses que fueron vacunados con las dos dosis de rotavirus antes de cumplir el primer año ¹²	92.5%	95.5%	93.2%	94.0%	89.7%
	% de niños/as de 12 a 59 meses que fueron vacunados con las tres dosis de pentavalente antes de cumplir el primer año ¹²	87.9%	88.1%	87.0%	91.0%	88.6%
	% de niños/as de 12 a 59 meses que fueron vacunados con las tres dosis de antipoliomielítica antes de cumplir el primer año ¹²	86.8%	85.9%	87.3%	90.4%	77.1%
	% de niños/as de 12 a 59 meses que fueron vacunados con las tres dosis de neumococo antes de cumplir el primer año ¹²	88.9%	86.5%	87.4%	90.6%	87.2%
	Promedio de consejerías sobre lactancia materna exclusiva que han recibido las madres de las niñas/os menores de 6 meses, durante el embarazo, después del parto o durante el crecimiento ¹²	1.10	1.00	0.60	1.10	1.00
Protección social	% de niños, niñas y embarazadas elegibles al Bono 1000 días con sus servicios integrales al día ^{13,14}	23.7%	29.5%	41.0%	31.0%	33.4%
	% de beneficiarios habilitados al bono 1000 días ^{13,14}	6.0%	2.8%	2.5%	88.4%	0.3%
Desarrollo infantil	% de niños/as menores de 5 años que asisten o participan al Centro de Desarrollo infantil (CDI) o centro de educación inicial ¹²	30.0%	36.0%	23.7%	31.7%	27.4%
	% de niños/as menores de 3 años que reciben atención por parte de educadoras del programa Creciendo con Nuestros Hijos (CNH) ¹²	29.1%	27.4%	31.8%	25.6%	23.5%

Fuente: Elaboración propia con base en información del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) en torno a la Encuesta Nacional de Desnutrición Infantil (ENDI)¹² 2024 y del Sistema Unificado y Universal de Seguimiento Nominal - SUUSEN¹³ a junio de 2026. **Nota*1.** Nota tomada de los tabulados de la ENDI: Afroecuatoriana/o: Esta categoría está compuesta por afrodescendientes, negras/os, mulatas/os. **Nota** 2.** Nota tomada de los tabulados de la ENDI: Se considera personal de salud calificado cuando atendió un Médico, Obstetrix, o Enfermera. No se considera personal calificado cuando atendió una Comadrona o partera, Familiar, Ella misma, Otro. **Nota***3.** Para este indicador, las categorías “Blanco” (30,1%) y “Otro” (3,3%) fueron agrupadas en una sola categoría denominada “Blanco u Otro”, obteniéndose un valor de 33,4%. **Nota****4.** El indicador corresponde originalmente a número de beneficiarios habilitados para el Bono 1000 días. Para su presentación por grupos étnicos, se expresa como la distribución porcentual del total de beneficiarios con etnia informada (Las categorías “Blanco/a” u “Otro/a” fueron agrupadas como “Blanco u Otro”)

Después del nacimiento se observa una disminución importante en la continuidad de las intervenciones. Menos de la mitad de las niñas y niños recibieron los controles del niño sano recomendados, con coberturas de 37,3% en la población indígena, 37,4% en la afroecuatoriana y 40,9% en la montubia, frente al 46,7% en la mestiza y 47,5% en la blanca. La suplementación con hierro y micronutrientes también permaneció por debajo del 50% en todos los grupos. Estos resultados evidencian el desafío de sostener el seguimiento durante la primera infancia, una vez establecido el contacto con los servicios durante el embarazo y el nacimiento.

En las iniciativas de protección social, la población indígena registra la menor proporción de niñas y niños elegibles para el Bono de los 1.000 Días que mantienen sus servicios integrales al día (23,7%). Por su parte, la distribución de los beneficiarios habilitados según etnia muestra que el 6% corresponde a población indígena, el 2,8% a población afroecuatoriana y el 2,5% a población montubia; estos porcentajes expresan la composición del total de beneficiarios habilitados y no la cobertura alcanzada dentro de cada grupo étnico. Considerando que el Bono de los 1.000 Días constituye la principal intervención de protección social financiada en el marco de la Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil, resulta necesario monitorear tanto su cobertura como el cumplimiento de los servicios integrales según grupo étnico, para determinar si la intervención está llegando proporcionalmente a las poblaciones que concentran mayores desventajas estructurales y brechas en salud y nutrición.



En relación con la vacunación, la mayoría de las coberturas supera el 85%; sin embargo, persisten diferencias entre grupos étnicos y algunas todavía están lejos de ser universales. Por ejemplo, la tercera dosis de la vacuna antipoliomielítica alcanza el 90,4% en la población mestiza, pero desciende al 85,9% en la afroecuatoriana, y al 77,1% en la población blanca. Estas diferencias plantean la necesidad de profundizar en los factores que condicionan la demanda y utilización de los servicios de vacunación, como la oportunidad de acceso, la disponibilidad de los servicios y las percepciones o conocimientos de las familias. También es necesario considerar la exposición a desinformación sobre vacunación, particularmente a través de medios sociales digitales.

Otra brecha importante se observa en la consejería en lactancia materna desde la gestación hasta los primeros meses de vida. En promedio, las madres recibieron apenas una consejería durante el embarazo, el posparto y el seguimiento del crecimiento, e incluso menos en la población montubia (0,6 consejerías por madre). Esta situación representa una oportunidad perdida para fortalecer el inicio oportuno, la exclusividad y la continuidad de la lactancia materna. La consejería es fundamental para reducir la brecha entre el conocimiento y las prácticas de alimentación infantil, abordar mitos y creencias y adaptar las recomendaciones al contexto social y cultural de las familias. Sin embargo, el acceso limitado a los controles de salud reduce las oportunidades para brindar este acompañamiento de forma continua.²

La trayectoria continúa con el acceso a los servicios de desarrollo infantil. Menos de 4 de cada 10 niñas y niños menores de 5 años asisten a un Centro de Desarrollo Infantil (CDI) y apenas entre 2 y 3 de cada 10 reciben atención mediante la modalidad Creciendo con Nuestros Hijos (CNH). La menor cobertura de CDI se registra en la población montubia (23,7%), lo que evidencia que una proporción importante de niñas y niños no accede a servicios que complementan las intervenciones de salud y nutrición durante una etapa crítica del desarrollo.

En conjunto, los resultados muestran que las desigualdades no responden a un único momento del cuidado, sino a una sucesión de oportunidades que pueden perderse desde la gestación y acumularse durante los primeros años de vida. Este patrón afecta de manera desproporcionada a la población indígena, que concentra mayores desventajas tanto en las condiciones estructurales como en el acceso a intervenciones esenciales para la primera infancia.^{2,11}



Determinantes inmediatos: ¿Qué diferencias existen entre la salud y la nutrición infantil?

Las condiciones estructurales y las oportunidades de acceso a los servicios se traducen finalmente en prácticas de alimentación, exposición a enfermedades y condiciones biológicas que influyen de forma directa sobre el crecimiento infantil.

La Tabla 3 muestra que estas diferencias no siguen un único patrón. Por ejemplo, para 2024, la lactancia materna exclusiva alcanza su mayor cobertura en la población indígena (74,9%), mientras que disminuye al 40,3 % en la afroecuatoriana, al 35,2 % en la montubia y al 28,7 % en la población blanca. Este resultado debe interpretarse junto con las brechas observadas en la consejería durante la gestación y los primeros meses de vida, ya que este acompañamiento constituye una oportunidad clave para promover la lactancia materna y una alimentación complementaria adecuada con pertinencia cultural.^{2,11}



Tabla 3. Determinantes inmediatos de la nutrición infantil: prácticas de alimentación y condiciones de salud según grupo étnico. Ecuador, 2024.

Indicadores	Indígena	Afroecuatoriana/o *	Montubia/o	Mestiza/o	Blanca/o u Otra/o
% de niños/as menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva ¹²	74.9%	40.3%	35.2%	54.1%	28.7%
% de niños/as de 6 a 23 meses de edad que recibieron alimentos de cuatro y más grupos alimentarios durante el día anterior ¹²	68.8%	79.2%	79.9%	80.2%	86.5%
% de niños/as menores de 5 años con enfermedad diarreica aguda (EDA) ¹²	21.1%	21.4%	20.9%	17.5%	15.2%
% de niños/as menores de 5 años con infección respiratoria aguda (IRA) ¹²	52.1%	48.2%	57.6%	48.7%	41.4%
% de niños/as menores de 5 años con bajo peso al nacer ¹²	9.0%	6.4%	7.7%	8.5%	8.3%

Fuente: Elaboración propia con base en información del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) en torno a la Encuesta Nacional de Desnutrición Infantil (ENDI)¹² 2024. **Nota*1.** Nota tomada de los tabulados de la ENDI: Afroecuatoriana/o: Esta categoría está compuesta por afrodescendientes, negros/os, mulatas/os.

Las diferencias también se reflejan en las condiciones de salud: aproximadamente 2 de cada 10 niñas y niños de las poblaciones indígena, afroecuatoriana y montubia presentaron enfermedad diarreica aguda, mientras que las infecciones respiratorias agudas afectaron a más de la mitad de la población indígena (52,1%) y montubia (57,6%). Estas condiciones aumentan los requerimientos nutricionales, reducen la absorción de nutrientes y dificultan la recuperación del crecimiento, especialmente cuando coexisten con limitaciones en agua, saneamiento y acceso oportuno a los servicios de salud.^{2,14,15}

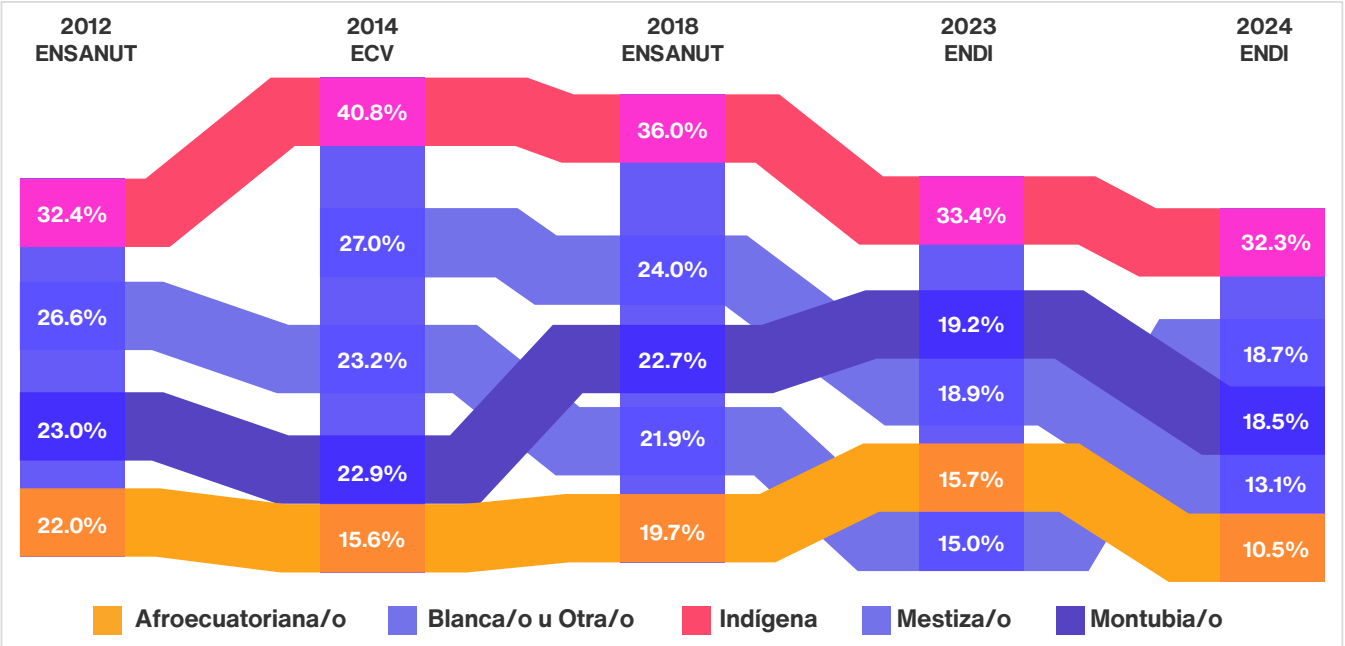
En conjunto, estos resultados muestran que las diferencias observadas en la población indígena son coherentes con la acumulación de desventajas descritas en los apartados anteriores. En la población montubia, aunque la evidencia específica continúa siendo limitada, el patrón observado también sugiere la influencia de las condiciones de vulnerabilidad de las zonas rurales de la Costa, donde se concentra la mayor parte de esta población.²

Resultados en nutrición infantil: ¿Cómo se expresan las desigualdades?

Las diferencias observadas en las condiciones de vida, el acceso a servicios esenciales y las prácticas de alimentación se reflejan finalmente en la prevalencia de DCI. La Tabla 4 muestra que, si bien Ecuador ha reducido este problema durante la última década, los avances no han seguido la misma trayectoria entre los distintos grupos étnicos.

La población indígena mantiene de forma persistente la mayor prevalencia de DCI durante todo el período analizado. Aunque el indicador disminuyó del 40,8% en 2014 al 32,3% en 2024, continúa siendo casi tres veces superior al registrado en la población afroecuatoriana (10,5%) y 14 puntos porcentuales mayor que en la población mestiza (18,5%). Esta persistencia refleja la acumulación de desventajas observadas a lo largo de toda la trayectoria de la primera infancia, desde las condiciones estructurales hasta el acceso a servicios y las condiciones de salud.

Tabla 4. Evolución de la prevalencia de desnutrición crónica infantil en menores de dos años según grupo étnico. Ecuador, 2012–2024.



Fuente: Visualizador: Ruta de los 1000 días, de la FECC¹⁶ a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). **Nota:** En la ENSANUT 2012, la variable de etnia agrupó a la población blanca y de otras etnias con la población mestiza. En la ENSANUT 2018, el INEC realizó un ajuste metodológico al factor de expansión para los niños menores de 5 años y una corrección de la longitud en los menores de 2 años. Las encuestas ECV 2014 y ENSANUT 2012 y 2018 incluyen información de Ecuador continental y Galápagos, mientras que las encuestas ENDI 2022 y 2024 corresponden únicamente a Ecuador continental.

En la población montubia se observa una trayectoria distinta. Después de una reducción entre 2012 y 2023, la prevalencia de DCI aumenta nuevamente en 2024 (18,7%). Este comportamiento resulta relevante porque ocurre en un contexto donde las coberturas de controles prenatales, parto institucional y suplementación son relativamente favorables, pero persisten brechas en la lactancia materna exclusiva, la consejería en alimentación, el acceso a servicios de desarrollo infantil y una alta frecuencia de infecciones respiratorias. Aunque la evidencia disponible para Ecuador no analiza específicamente a la población montubia, sí muestra que las zonas rurales de la Costa, donde se concentra mayoritariamente esta población, presentan prevalencias de DCI superiores al promedio nacional y enfrentan condiciones persistentes de pobreza, inseguridad alimentaria, deficiencias en agua y saneamiento y barreras de acceso a los servicios de salud.^{2,8}



Implicaciones para la política pública: ¿Qué significa esto para la respuesta del Estado?

Diversos instrumentos nacionales, entre ellos el Plan Estratégico Intersectorial para la prevención y reducción de la DCI, la Normativa ESAMyN y el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS-FCI), incorporan de forma explícita principios como la interculturalidad, la territorialidad, la atención integral y la acción intersectorial. No obstante, los resultados muestran que persisten diferencias importantes entre grupos étnicos en el acceso y la continuidad de intervenciones esenciales para la primera infancia, particularmente después del nacimiento.

Nivel de intervención	Recomendaciones de política
1. Actuar sobre los determinantes estructurales para reducir las brechas de equidad	• Posicionar la salud, la nutrición y el desarrollo infantil temprano como prioridades en los instrumentos de planificación y presupuesto de los gobiernos locales, con acompañamiento cercano en los territorios con mayor concentración de población indígena, montubia y afroecuatoriana. • Consolidar las Mesas Intersectoriales Cantonales y Parroquiales (MIC y MIP) como espacios permanentes para coordinar respuestas intersectoriales y contextualizar las intervenciones según las necesidades de cada territorio. • Incorporar indicadores de equidad desagregados por etnia, territorio y condición socioeconómica en los sistemas de monitoreo para orientar la asignación de recursos, evaluar la reducción de brechas e intensificar las intervenciones donde persisten mayores desigualdades.
2. Actuar sobre los determinantes subyacentes e inmediatos mediante servicios continuos, integrados y culturalmente pertinentes	• Consolidar el rol de las educadoras de la modalidad Creciendo con Nuestros Hijos (CNH) como figuras clave para el seguimiento de gestantes y la identificación temprana de recién nacidos, facilitando el primer contacto con los servicios de salud durante los primeros 10 días de vida en comunidades con mayores barreras de acceso. • Establecer rutas de articulación entre salud, desarrollo infantil y protección social, bajo el principio de universalismo proporcional,¹¹ priorizando el acompañamiento a las familias que enfrentan mayores desventajas sociales, económicas, geográficas y culturales para asegurar durante el primer mes de vida el acceso oportuno al control neonatal, Registro Civil y Registro Social. • Fortalecer la interoperabilidad de la Red Integral Pública de Salud y la coordinación entre niveles de atención, asegurando que el alta hospitalaria genere automáticamente la referencia al primer nivel, con cita programada y mecanismos efectivos de referencia y contrarreferencia. • Desarrollar capacidades del personal de salud, educadoras del CNH y otros actores comunitarios para brindar consejerías de calidad, incorporando habilidades blandas como la comunicación efectiva, la escucha activa, la empatía, el diálogo de saberes y la adecuación cultural, con prioridad en los territorios y grupos étnicos que presentan mayores brechas. • Promover la implementación y el uso de las Guías Alimentarias Basadas en Sistemas Alimentarios para los primeros 1.000 días como herramienta para la consejería nutricional, con recomendaciones adaptadas a los contextos territoriales, los sistemas alimentarios locales y las prácticas culturales de los pueblos indígenas, montubios y afroecuatorianos. • Impulsar investigaciones formativas mediante alianzas entre el gobierno, la academia y las comunidades para comprender las normas sociales, conocimientos, actitudes, prácticas y barreras que influyen en la alimentación y el cuidado infantil, generando evidencia para adaptar continuamente las estrategias de consejería y comunicación para el cambio social y de comportamiento.



Referencias:

1. UNICEF. Conceptual Framework on Maternal and Child Nutrition [Homepage on the Internet]. New York: 2021 [cited 2026 Aug 6]; Available from: <https://www.unicef.org/media/113291/file/UNICEF%20Conceptual%20Framework.pdf>
2. Vallejo I, Torres J. Determinantes sociales que inciden en la desnutrición infantil en niños menores de 5 años en Ecuador: una revisión sistemática de la literatura. Revista científico sanitario 2026;10(1).
3. Starfield B. The Future of Primary Care in a Managed Care Era. International Journal of Health Services 1997;27(4):687–696.
4. OPS. Pacto 30-30-30 APS para la Salud Universal [Homepage on the Internet]. Ciudad de México: 2019 [cited 2024 Mar 28]; Available from: <https://www.paho.org/es/documentos/folleto-pacto-303030-aps-para-salud-universal>
5. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Operational framework for primary health care: transforming vision into action [Homepage on the Internet]. Ginebra: 2020 [cited 2026 Aug 6]; Available from: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/7b1dddf5-199f-4167-8667-98c1e6e>
6. Pelcastre B, Meneses S, Sánchez M, Neria C. Equidad en el acceso a los servicios de salud [Homepage on the Internet]. Cuernavaca: 2021 [cited 2026 Aug 6]; Available from: https://insp.mx/assets/documents/webinars/2021/CISS_Equidad_acceso.pdf
7. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Censo de población y vivienda 2022. 2022;
8. Ministerio del Ambiente, Agua y Transición Ecológica, UNICEF. Costos asociados a servicios inadecuados de agua, saneamiento e higiene en el área rural del Ecuador. Quito: 2022;
9. Instituto Nacional de Estadística y Censos, UNICEF. Acceso a agua, saneamiento e higiene: Medición de los ODS en Ecuador. Quito: 2018;
10. Onis M de, Branca F. Childhood stunting: a global perspective. Matern Child Nutr 2016;12(S1):12–26.
11. Russo T, Pereira J. The Role of Socioeconomic Determinants in Children's Health. Portuguese Journal of Public Health 2025;43(2):112–120.
12. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Encuesta Nacional de Desnutrición Infantil. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/encuesta_nacional_desnutricion_infantil/.
13. Ministerio de Desarrollo Humano. Sistema Unificado y Universal de Seguimiento Nominal. <https://suusen.desarrollohumano.gob.ec/>.
14. Vaivada T, Akseer N, Akseer S, Somaskandan A, Stefopoulos M, Bhutta ZA. Stunting in childhood: an overview of global burden, trends, determinants, and drivers of decline. Am J Clin Nutr 2020;112:777S–791S.
15. Victora CG, Christian P, Vdaletti LP, Gatica-Domínguez G, Menon P, Black RE. Revisiting maternal and child undernutrition in low-income and middle-income countries: variable progress towards an unfinished agenda. The Lancet 2021;397(10282):1388–1399.
16. Fundación Ecuador Crece Contigo. Visualizador ruta de los 1000 días. 2026;

Autores:

Renata Arequipa
Mayra Sánchez
Estefani Jarrín

Revisores:

Ximena Garzón
Erwin Ronquillo
José Ruales

Revisión y corrección de estilo:

Verónica Salgado Díaz

Diagramación y diseño:

ENDGROUP

**DECLARACIÓN DE CONFLICTO
DE INTERÉS E INDEPENDENCIA**

Las personas responsables de la elaboración del presente documento declaran no tener conflictos de interés, reales, potenciales o percibidos, que puedan haber influido en su contenido. Este producto ha sido desarrollado con independencia técnica y en cumplimiento de los principios de integridad y ética.





Ecuador Crece Contigo

F u n d a c i ó n



**Centro de Análisis y
Seguimiento a la DCI**



@EcuadorCreceContigo