



Análisis de la ENDI

Ronda 1 y Ronda 2

►►► 1. Contexto y propósito

Los resultados de la Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil (ENDI), en sus dos rondas de aplicación, ofrecen una radiografía precisa sobre los avances y los estancamientos en la lucha contra la desnutrición crónica infantil (DCI) en el país.

El objetivo de este análisis es comparar los niveles de DCI entre ambas rondas e identificar los factores más relevantes asociados a esta condición, tanto a nivel nacional como en grupos prioritarios por condiciones socioeconómicas, étnicas o geográficas.

►►► 2. Metodología

El estudio se realizó a partir de un diseño muestral probabilístico, estratificado y por conglomerados, que garantiza la representatividad de los resultados a nivel nacional y en grupos prioritarios.

Para el análisis, se aplicaron diversos modelos estadísticos y herramientas de simulación, lo que permitió:

- Identificar los factores más relevantes asociados a la desnutrición crónica infantil (DCI).
- Reconocer diferencias entre provincias, grupos étnicos y contextos socioeconómicos.
- Explorar cómo distintos factores se combinan y potencian entre sí.
- Simular escenarios hipotéticos que muestran el impacto potencial de ampliar ciertas intervenciones clave.

En conjunto, esta metodología robusta ofrece una visión integral y confiable de los determinantes de la DCI y de las posibles rutas de acción para reducirla.

►►► 3. Avances entre rondas

Entre la primera y la segunda ronda de la ENDI se registran mejoras claras en la cobertura de servicios materno-infantiles.

- La proporción de mujeres con al menos cinco controles prenatales aumentó de 87,7% a 89,8%.
- La suplementación con hierro y ácido fólico subió de 91,6% a 93,2%.
- Las ecografías obstétricas alcanzaron casi la universalidad (de 98,5% a 99,2%).
- El registro de nacidos vivos mejoró de 92,6% a 94,8%.

En paralelo, la acción comunitaria se fortaleció: las visitas de educadoras CNH crecieron de 22,2% a 27,8%. Hoy, casi uno de cada tres hogares con niños pequeños cuenta con apoyo extrafamiliar en cuidado, estimulación o crianza.

Estos avances reflejan una mejora sostenida en la oferta y uso de servicios. Sin embargo, el progreso convive con un dato preocupante: el porcentaje de niños/as que no pudieron comer o comieron poca variedad de alimentos por falta de recursos aumentó del 50% al 54%, lo que significa que más hogares con niñas y niños menores de dos años tienen dificultades para garantizar una dieta suficiente y diversa.

▶▶▶ 4. Factores protectores y de riesgo

Entre los principales factores protectores contra la desnutrición crónica infantil se identifican:

- Nacer con mayor edad gestacional (hasta la semana 42) reduce el riesgo en torno al 82% respecto al promedio.
- Ser niña.
- Recibir cinco o más controles prenatales.
- Contar con visitas del CNH.
- Acceder oportunamente a suplementos materno-infantiles.

Se observa además un patrón de “buena condición inicial”: los niños que no requirieron hierro o desparasitantes presentan menor prevalencia de DCI, aunque este hallazgo refleja un fenómeno de selección inversa —los suplementos se destinaron primero a quienes estaban en peor condición— y no un efecto negativo de las intervenciones.

Entre los factores de riesgo, destacan:

- Nacimiento prematuro: nacer en la semana 29 implica un riesgo 7 veces mayor de DCI frente al promedio nacional.
- Vivir en hogares con muchos hijos/as.
- Estar al cuidado de abuelos/as o de otros parientes.
- Iniciar tarde el control prenatal.
- Parto sin controles prenatales.
- No tener carné infantil.
- Baja instrucción materna.
- La falta de micronutrientes (vitaminas, minerales, etc.) durante el embarazo.

La evidencia muestra que estos riesgos tienden a acumularse en los mismos hogares, generando efectos aditivos.

▶▶▶ 5. Desigualdades territoriales y estructurales

La distribución territorial confirma una marcada heterogeneidad. Existen provincias con alto riesgo o que incluso empeoran a pesar de los avances en cobertura.

Imbabura, Chimborazo, Orellana, Santa Elena y Guayas registraron incrementos en la prevalencia de DCI (hasta 6 puntos), a pesar de mejoras en la cobertura de servicios prenatales y del programa CNH. Consecuentemente, requieren respuestas estructurales, debido a persistentes problemas de entorno: agua no segura, baños compartidos, viviendas precarias y menor duración de la lactancia total.

En contraste, Loja, Zamora Chinchipe, Bolívar, El Oro y Los Ríos registran reducciones significativas, que se asocian con mejoras en servicios materno-infantiles, controles prenatales, ecos, suplementación y mayor acceso a cuidados fuera del hogar.

Dentro de los territorios críticos, Chimborazo destaca como caso negativo: aunque mejora en algunas coberturas, la DCI sube de 35,1% a 40,1%, lo que confirma que los servicios por sí solos no compensan las condiciones estructurales adversas. El caso opuesto es Zamora Chinchipe, que reduce su prevalencia de 18,6% a 11,7%, aunque el modelo sigue prediciendo riesgo debido a la persistencia de vulnerabilidades en vivienda y acceso a servicios.

A nivel territorial más amplio, la ruralidad sigue mostrando desventajas: la DCI pasa de 21,9% a 22,1% en zonas rurales frente a la disminución de 18,9% a 17,6% en las urbanas. Este patrón se alinea con mayores niveles de hacinamiento, eliminación inadecuada de excretas y brechas importantes en el acceso a servicios básicos como agua por tubería, consumo de micronutrientes en el embarazo y acceso a internet —un marcador de aislamiento de servicios y oportunidades—. Sin embargo, se observan avances comunes en ambos contextos, como más ecos obstétricos, registro de nacidos vivos oportunos y menos partos sin control.

La desigualdad también se expresa por quintiles de ingreso: los hogares más pobres avanzan poco en acceso a agua por tubería y saneamiento, mientras los quintiles altos consolidan casi el 100% de cobertura y mejoran la gestión de residuos.

Por último, la dimensión étnica suma una capa adicional de vulnerabilidad: la población indígena mantiene una probabilidad 1.5 veces mayor de DCI respecto al promedio nacional. En cambio, la población afroecuatoriana muestra 31% menos de riesgo.

▶▶▶ 6. Resultados de microsimulación: qué políticas rinden más

Las microsimulaciones desarrolladas a partir de los modelos de la ENDI permiten estimar el impacto potencial de diferentes intervenciones.

Incrementar en 10 puntos porcentuales las visitas de educadoras CNH reduciría la DCI en alrededor de 7,6%. Incluso aumentos modestos —por ejemplo, 1 punto porcentual en visitas CNH— ya logran una mejora relativa de 5,5%, lo que sugiere que las intervenciones de contacto directo con los hogares son las más costo-efectivas.

Aumentar en 10 puntos la suplementación materno-infantil generaría una reducción cercana al 5,3%. En cambio, ampliar la cobertura de desparasitantes tendría un efecto mucho menor (< 1,5%).

▶▶▶ 7. Orientaciones de política pública

A partir de los hallazgos de ambas rondas, se propone una ruta de acción organizada en siete ejes, articulados como un árbol de decisión que prioriza la intervención temprana, territorial y diferenciada:

Control prenatal temprano y de calidad, con incentivos para iniciar controles antes de la semana 12 de gestación.

Reducción de la inseguridad alimentaria en hogares con niñas y niños pequeños, integrando apoyo alimentario y educación nutricional.

Ampliación y continuidad de la suplementación materno-infantil, con mecanismos de seguimiento digital y comunitario.

Servicios diferenciados y visitas domiciliarias para familias numerosas o con cuidadores secundarios, donde el riesgo de descuido es mayor.

Monitoreo temprano de la exclusión del sistema de salud, mediante herramientas digitales, alertas territoriales y coordinación con gobiernos locales.

Enfoque intersectorial e intercultural, adaptando los mensajes y servicios a las prácticas culturales y lingüísticas de cada comunidad.

Sostenibilidad financiera y evaluación de impacto, para asegurar continuidad, eficiencia y mejora progresiva de las políticas.

▶▶▶ 8. Consideraciones para la interpretación

- Los resultados deben analizarse junto con los costos de implementación, ya que la efectividad no siempre implica eficiencia en términos de inversión pública.
- No deben interpretarse de forma aislada: muchas acciones actúan como catalizadores que potencian otras prácticas saludables (ej. visitas del CNH mejoras en alimentación, higiene y controles médicos).
- Las intervenciones son interdependientes y funcionan mejor como parte de una estrategia integral.
- Las acciones que combinan educación y atención médica (control prenatal temprano y suplementación nutricional) muestran el mayor potencial para reducir la DCI.
- Es indispensable un abordaje integral y multisectorial, que combine acciones directas con mejoras estructurales en el entorno.

