



Vulnerabilidades por quintiles y su efecto en la DCI

Ecuador

La Desnutrición Crónica Infantil (DCI) se define como talla para la edad menor a -2 desviaciones estándar (DE) de acuerdo con los Estándares de Crecimiento de la OMS.¹⁰ Este indicador representa un déficit sostenido en el crecimiento lineal durante los primeros 1.000 días de vida, periodo crítico para el desarrollo integral de los menores de dos años.

▶▶▶ 1. Los datos más recientes (ENDI R2, 2023–2024)

Nivel nacional. La DCI en <2 años es 19,3% ($\downarrow 0,8$ p.p. vs R1 2022–23: 20,1%).⁶⁹

Brecha por quintiles (<2). Q1: 21,8%, Q2: 20,4%, Q3: 20,6%, Q4: 18,7%, Q5: 13,9%. La distancia Q1–Q5 es ~ 8 p.p. y persiste entre rondas.⁶

Perfil territorial (<2). La DCI es más alta en el área rural (22,1%) que en la urbana (17,6%); por región natural: Sierra 22,9%, Amazonía 17,6%, Costa 17,0%. En Sierra-rural alcanza 26,8%.⁷

▶▶▶ 2. Vulnerabilidades estructurales por quintil (menores de 2 años)

Ingreso y exposición territorial (Q1–Q2). Los hogares más pobres concentran ruralidad y residencia en Sierra-rural, el dominio con DCI 26,8%; esto sobrerrepresenta a Q1–Q2 en entornos de mayor riesgo.⁷

Calidad de agua (WASH). El 30,5% de hogares consume agua con E. coli en el punto de consumo; la exposición es mayor en áreas rurales (48,9%) que en urbano (20,7%). Dado que Q1–Q2 son más rurales, el riesgo de diarreas recurrentes y enteropatía ambiental recae desproporcionadamente sobre estos quintiles.⁸

Educación materna. Con instrucción ninguno/básica, la DCI en <2 es 24,6%; con media/bachillerato 18,3%; con superior 13,6%. Como la baja escolaridad es más frecuente en Q1–Q2, amplifica su riesgo.⁶

Etnicidad y desigualdad interseccional. En <2 , la DCI en pueblos indígenas es 32,3% (vs Mestiza/o 18,5%; Blanca/o u otra/o 13,1%). Dado que una mayor proporción de población indígena pertenece a quintiles bajos y reside en Sierra-rural, la desventaja étnica se suma a la pobreza (Q1–Q2).⁶

Edad del lactante. Dentro de <2 , la DCI se intensifica a los 12–23 meses (R2: 22,5%), precisamente cuando la alimentación complementaria depende de ingresos, tiempo de cuidado y servicios—condiciones peor resueltas en Q1–Q2.⁶

Cuidados y prácticas de alimentación. La menor diversidad mínima y la baja densidad de hierro/proteína animal en 6–23 meses se vinculan a restricciones de ingreso y tiempo de cuidado en Q1–Q2; en Q4–Q5 prevalecen riesgos residuales (p. ej., abandono de lactancia, introducción temprana de ultraprocesados), pero con menor efecto poblacional por mejor entorno de agua y mayor educación.⁶⁸

Acceso/uso de servicios. Las diferencias urbano–rural en cobertura de controles y seguimiento de crecimiento siguen el patrón territorial (urbano>rural), por lo que Q1–Q2—más rurales—acumulan menor oportunidad de prevención temprana.⁷

Resultado neto (gradiente Q1→Q5). La combinación de WASH deficiente, baja educación materna, ruralidad/etnicidad y prácticas de alimentación explica que Q1 y Q2 superen el 20% de DCI, mientras Q5 se mantiene en torno a 14%, a pesar de riesgos de cuidado no materiales.⁶⁷⁸

▶▶▶ 3. Caracterización por quintil (menores de 2 años)

Q1 – Más pobre (21,8%). Alta ruralidad/Sierra-rural, mayor E. coli (por entorno), baja escolaridad materna, población indígena; múltiples vulnerabilidades acumuladas.⁶⁷⁸

Q2 – Vulnerable (20,4%). Perfil similar a Q1, pero con mejores coberturas urbanas parciales; persisten cuellos de botella en dieta 6–23 m y saneamiento.⁶⁸

Q3 – Intermedio (20,6%). Muy heterogéneo: mezcla de urbano popular y rural cercano a cabeceras; focos de infección por E. coli y educación materna media mantienen la DCI elevada.⁶⁸

Q4 – Transición (18,7%). Servicios casi universales; la DCI remanente se asocia más a prácticas de cuidado que a carencias estructurales.⁶

Q5 – Más rico (13,9%). Entorno protector (WASH, vivienda, servicios, educación materna alta); la DCI persiste por riesgos residuales de prácticas, no por privaciones.⁶

Implicación programática. El gradiente por quintil se explica por determinantes estructurales (WASH, educación materna, territorio/etnicidad) que convergen en Q1–Q2; en Q4–Q5 el margen de mejora está en prácticas de alimentación y cuidados.⁶⁷⁸

▶▶▶ 4. DCI en Q4–Q5: Paradoja del bienestar

Una vez analizados los quintiles bajos, el enfoque se traslada hacia los sectores con mayor ingreso, donde el fenómeno de la DCI se mantiene a pesar de mejoras materiales, revelando una nueva capa del problema.

En los quintiles altos, la DCI en < 2 se mantiene relevante en Q4 (18,7%) y Q5 (13,9%) (ENDI R2 2023–2024).⁶ Esta paradoja sugiere que, en contextos de mayor bienestar, los determinantes no materiales (prácticas de alimentación, medicalización del nacimiento y atención pediátrica, organización del cuidado) explican buena parte del riesgo residual.

Brechas en servicios básicos y progreso desigual. En el quintil más bajo no mejora el acceso a agua por tubería (persiste la dependencia de fuentes alternativas); en el quintil más alto se consolida (97,9% → 98,9%). El progreso favorece más a quintiles altos (p. ej., eliminación de basura por contenedor municipal).⁴

Desigualdad de ingresos. En 2022, para el caso de Quito, el ingreso promedio del Q5 fue ≈USD 658 y el de Q1 ≈USD 49 (≈13,5×). Q5 supera ≈2,7× a Q4, ≈4,3× a Q3 y ≈6,6× a Q2, reflejando brechas económicas marcadas que coexisten con DCI por prácticas de cuidado subóptimas.¹⁴

Aun cuando Q4–Q5 muestran infraestructura casi universal y mayores ingresos, la DCI persiste; por el contrario, Q1 enfrenta doble carga (déficits materiales + riesgo biológico). Por lo que se requieren estrategias diferenciadas por quintil.

Este contraste entre suficiencia económica y persistencia de DCI obliga a mirar más allá de la pobreza y a revisar críticamente las prácticas de cuidado, incluso en entornos supuestamente “seguros”.

Prácticas de alimentación subóptimas

El retorno laboral y la percepción de “poca leche” contribuyen a una menor lactancia materna exclusiva, mientras que el uso de fórmula, biberón y alimentos ultraprocesados desplaza nutrientes esenciales como hierro y proteína. A ello se suma una introducción tardía o limitada de alimentos ricos en hierro, zinc y proteína animal entre los 6 y 23 meses de edad.

La evidencia de la ronda 2 de la ENDI muestra diferencias según nivel socioeconómico:

- **Lactancia materna exclusiva <6 meses:** Q1 58,3% vs. Q4 42,5% vs. Q5 56,7%
- **Lactancia entre 12 y 15 meses:** Q1 77,3% vs. Q4 76,2% vs. Q5 68,1%.⁶

Cesárea y medicalización. La cesárea es más frecuente en los quintiles altos (Q5 60,84%; Q4 50,25%; Q1 33,91%). Este patrón se asocia con menor piel-con-piel, inicio tardío de lactancia, posible alteración de microbiota y más infecciones tempranas, factores que reducen la eficiencia de absorción y agravan déficits de talla. El bajo peso al nacer acompaña la tendencia (Q1 7,05%; Q4 8,92%; Q5 9,16%).⁶

Tiempo de cuidado y delegación. El retorno laboral temprano y la delegación del cuidado en personas sin formación reducen la alimentación responsiva, dificultan cumplir con diversidad mínima y generan rutinas de alimentación guiadas por conveniencia (p. ej., biberón/UPF), con efectos acumulativos sobre el HAZ.¹³

“Dietas de prestigio” mal planificadas. En contextos de mayor ingreso, la adopción de patrones clean/veg/vegan sin soporte profesional puede generar déficits de hierro, zinc, B12 y vitamina D en lactantes y niños pequeños, afectando el crecimiento lineal.¹³

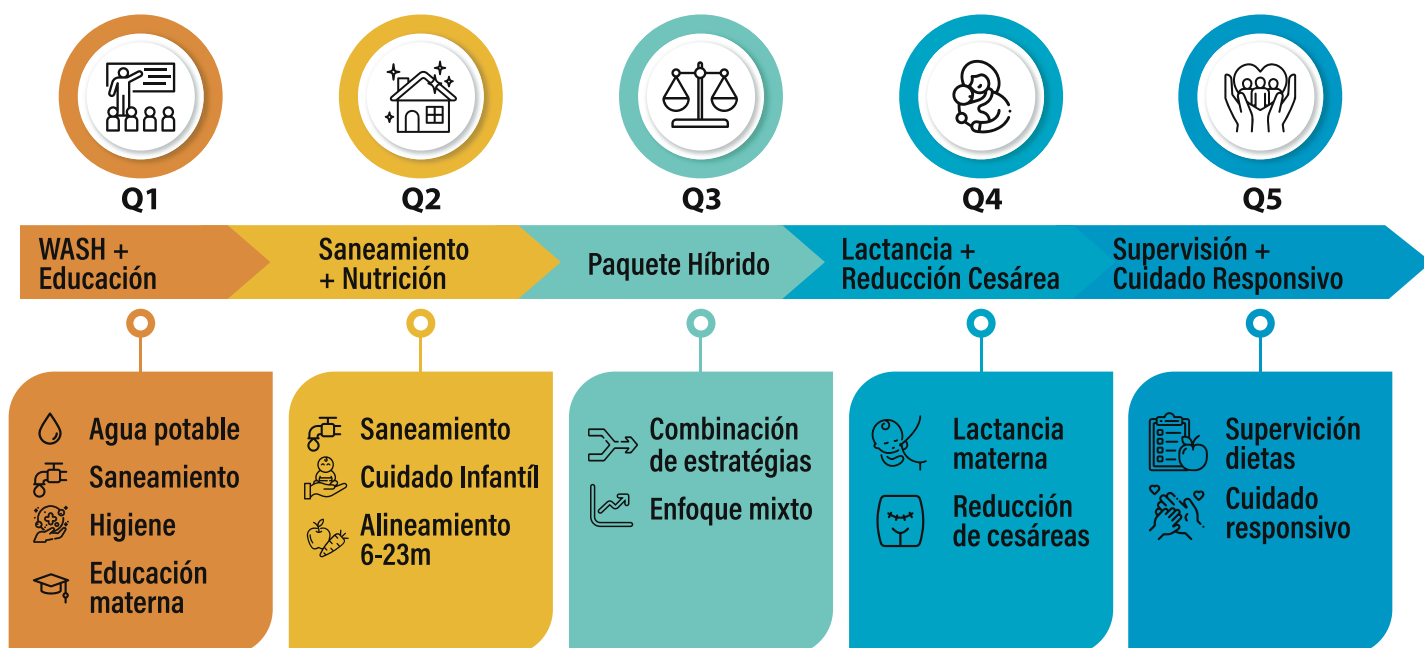
Sesgo en atención privada. Se monitorea más el peso que la talla/edad, lo que retrasa detectar caídas del z-score HAZ y favorece prescripciones de fórmula por “falsa hipogalactia[1]”; debe usarse el estándar OMS 0–24 m.¹¹

Entornos de cuidado colectivo. La entrada temprana a entornos colectivos como guarderías aumenta la exposición a IRA/EDA y mala absorción de nutrientes, afectando la talla-para-edad. ENDI confirma mayor asistencia en quintiles altos: CDI <5 a: Q1 25,54%, Q4 33,60%, Q5 40,85%.⁶

En conclusión, la DCI en Ecuador resulta de inequidades múltiples con expresiones distintas por quintil. En Q1–Q2 predomina la privación estructural (WASH, educación materna, ruralidad/indigenidad), mientras en Q4–Q5 el riesgo es residual y no material (prácticas de cuidado, cesárea, sesgos de monitoreo, dietas, etc). Por lo tanto, estrategias únicas son ineficaces: se requieren paquetes diferenciados — estructurales para Q1–Q2 y conductuales-clínicos para Q4–Q5.

DCI en Ecuador: Inequidades múltiples y estrategias diferenciadas

Cada quintil requiere su propio paquete



1. **AAP (2014).** Infectious Diseases in Early Education and Child Care Programs (Pediatrics in Review). <https://publications.aap.org/pediatricsinreview/article/35/5/182/32445>
2. **CDC/FDA (2024).** Preparación segura de fórmula e higiene de biberones. <https://www.cdc.gov/infant-toddler-nutrition/formula-feeding/>
3. **Collins, J. P. et al. (2017).** Infections Associated With Group Childcare. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7152033/>
4. **Cuvero Calero, Y. D. (2025, julio 23).** Análisis de la ENDI: Ronda 1 y Ronda 2 [Informe técnico no publicado].
5. **Gedefaw, G. et al. (2020).** Effect of cesarean section on initiation of breastfeeding (systematic review). <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7748140/>
6. **INEC (2024a).** ENDI R2 – Presentación (DCI por quintil; etnia; educación materna; edades 0–5/6–11/12–23 m). ecuadorencifras.gob.ec
7. **INEC (2024b).** ENDI R2 – Perfil territorial (<2: urbano/rural; regiones; Sierra-rural 26,8%). ecuadorencifras.gob.ec
6. **INEC (2024a).** ENDI R2 – Presentación (DCI por quintil; etnia; educación materna; edades 0–5/6–11/12–23 m). ecuadorencifras.gob.ec
7. **INEC (2024b).** ENDI R2 – Perfil territorial (<2: urbano/rural; regiones; Sierra-rural 26,8%). ecuadorencifras.gob.ec
8. **INEC (2024c).** ENDI R2 – Calidad de agua (E. coli en punto de consumo: rural 48,9%; urbano 20,7%; total 30,5%). ecuadorencifras.gob.ec
9. **INEC (2024d).** ENDI R2 – Serie histórica DCI (<2), 2004–2023. ecuadorencifras.gob.ec
10. **OMS (2006).** Estándares de crecimiento infantil (talla/edad). Organización Mundial de la Salud.
11. **OMS (Child Growth Standards).** Length/height-for-age, 0–2 años (tablas/z-scores). <https://www.who.int/tools/child-growth-standards/standards/length-height-for-age>
12. **OMS (eLENA).** Early initiation of breastfeeding (inicio en la 1.ª hora). <https://www.who.int/tools/elena/commentary/early-breastfeeding>
13. **OMS (2023).** Guideline for complementary feeding of infants and young children 6–23 months. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081864>
14. **Quito Cómo Vamos (2024).** Factsheet de pobreza e ingresos por quintil (ENEMDU/INEC, DMQ 2022). https://quitocomovamos.org/wp-content/uploads/2024/02/02Factsheet_Pobreza.pdf
15. **UNICEF/OMS (2018).** Capture the Moment: Early initiation of breastfeeding. https://www.unicef.org/media/48491/file/UNICEF_WHO_Capture_the_moment_EIBF_2018-ENG.pdf

[1] La falsa hipogalactia se refiere a la percepción de tener poca leche materna cuando, en realidad, la madre sí está produciendo suficiente leche, pero existen otras causas que llevan a esta creencia, como la ansiedad de la madre, el estrés, la fatiga o una técnica de lactancia inadecuada.

