

APUNTANDO ALTO 2025

De la desnutrición a una infancia con futuro: los pasos de Ecuador y lo que aún falta por hacer



GRUPO BANCO MUNDIAL

Este volumen es un producto del personal del Banco Mundial, con contribuciones externas. Los hallazgos, interpretaciones y conclusiones expresadas en este documento no necesariamente reflejan las opiniones del Banco Mundial, sus juntas de directores ejecutivos, ni de los gobiernos que representan.

El Banco Mundial no garantiza la precisión, exhaustividad ni vigencia de los datos incluidos en este trabajo y no asume responsabilidad alguna por errores, omisiones o discrepancias en la información, ni obligación alguna con respecto al uso o falta de uso de los datos, métodos, procesos o conclusiones expuestos.

Los límites, colores, denominaciones y demás información presentada en cualquier mapa de este documento no implican juicio alguno de parte del Banco Mundial sobre la condición jurídica de cualquier territorio, ni constituyen aval o aceptación de dichos límites.

Nada de lo aquí dispuesto constituirá, será interpretado o considerado como una limitación o renuncia a los privilegios e inmunidades del Banco Mundial, todos los cuales están específicamente reservados.

Derechos y permisos

El contenido en este volumen está sujeto a derechos de autor. Dado que el Banco Mundial fomenta la difusión de su conocimiento, este documento puede ser reproducido, total o parcialmente, sin fines comerciales siempre que se cite adecuadamente.

Cualquier consulta sobre derechos y licencias, incluyendo derechos subsidiarios, deberá dirigirse a Publicaciones del Banco Mundial, Grupo Banco Mundial, 1818 H Street NW, Washington, DC 20433, EE. UU.; fax: 202-522-2625; e-mail: pubrights@worldbank.org.

Autores:

Nelson Gutiérrez, Luis Cordero, David Puebla.

RESUMEN EJECUTIVO

La desnutrición crónica infantil (DCI) limita el crecimiento y el desarrollo cerebral en los primeros años y condiciona el aprendizaje, la salud y los ingresos a lo largo de la vida.

En Ecuador, la prevención en la ventana de los primeros 1.000 días se ha convertido en una prioridad de Estado y, en los últimos años, el país ha sentado bases institucionales para acelerar su reducción de manera sostenida.

Un punto de inflexión fue el **Decreto Ejecutivo 1211 (diciembre de 2020)**, que dio origen a la *Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil*. La estrategia consolidó un enfoque multisectorial con un **paquete priorizado de servicios** e introdujo dos pilares fundamentales para la gestión: un **sistema de información nominal intersectorial** para dar seguimiento a la entrega oportuna e integral de los servicios a cada niño, y la **aplicación anual de una encuesta** para monitorear coberturas y resultados y ajustar la implementación.

Los avances son visibles en los indicadores de resultado. Entre 2023–2024, la DCI cayó a **19,3%** en niños menores de dos años y a **17,5%** en menores de cinco años, reducciones de **4,3** y **4,2** puntos porcentuales respecto de 2018. Si bien los resultados mejoraron de manera importante, Ecuador **aún se ubica dentro del grupo de países con prevalencias más altas en la región**, lo que subraya la necesidad de sostener y profundizar las acciones.

El fortalecimiento de la **integración entre oferta y demanda** ha sido clave. La articulación entre la STECSDI, MIES, Registro Social y MSP permitió la **captación temprana** de gestantes y recién nacidos para el acceso inmediato al **Bono 1.000 Días** y al servicio **Creciendo con Nuestros Hijos (CNH)**. Como resultado, entre 2024 y 2025 aumentó de forma sostenida el número de niños menores de dos años que acceden tempranamente a transferencias monetarias y a CNH; en paralelo, el programa de transferencias impulso el cumplimiento de controles de salud antes y después del nacimiento.

La evidencia del documento sugiere que **mayor oportunidad y continuidad en los controles de niño sano** durante el primer año de vida, junto con incentivos bien diseñados como el Bono 1.000 Días, se asocian con **trayectorias de crecimiento más estables**. A su vez, CNH ha mejorado su focalización y la **captación temprana**, apoyándose en el Registro Social y en circuitos interinstitucionales que reducen demoras de acceso en la ventana crítica.

A pesar de estos avances, **persisten brechas importantes** por territorio, etnicidad, educación materna, nivel socioeconómico y ruralidad. En menores de dos años, la DCI alcanza **32,6%** en población indígena y supera el 20% en hogares más pobres; a nivel geográfico, la diferencia entre provincias puede superar los **30 puntos porcentuales** (por ejemplo, Chimborazo 40,1% frente a El Oro 9,8%). Estas disparidades obligan a mantener un enfoque territorial y culturalmente pertinente, con especial énfasis en la **ventana 0–18 meses**, cuando se abren con mayor rapidez las diferencias de crecimiento.

Para consolidar y escalar resultados, el documento propone un **marco de acción** con cuatro ejes operativos. Primero, **expectativas del usuario**: mensajes claros y culturalmente pertinentes, consejería en lengua local y próxima cita agendada en cada visita, con recordatorios unificados. Segundo, experiencia del usuario: atención oportuna, comprensible y conveniente; cuando existan barreras de acceso, modalidades de contacto que acerquen los servicios, y un CNH que refuerce prácticas de cuidado en el hogar (cuidado afectivo, apego seguro, lactancia materna). Tercero, **capacidades en el punto de atención**: asegurar insumos críticos, **antropometría de calidad**, programación por **demanda nominal** con apoyo del sistema intersectorial y **supervisión formativa**. Cuarto, **gestión institucional**: roles claros y coordinación efectiva entre MDH, MSP, URS, INEC, MEF y GADs; **reglas presupuestarias** que protejan el paquete priorizado de servicios, y uso sistemático de la **encuesta anual** para retroalimentar la implementación.

APUNTANDO ALTO 2025

De la desnutrición a una infancia con futuro: los pasos de Ecuador y lo que aún falta por hacer

1. INTRODUCCIÓN

Este reporte presenta los avances de Ecuador en la reducción de la desnutrición crónica infantil (DCI), identifica los factores que han contribuido a dichos resultados y expone las lecciones aprendidas y los desafíos pendientes para acelerar su disminución y avanzar hacia una estrategia integral de primera infancia.

El reporte busca servir como herramienta estratégica para apoyar la toma de decisiones en el gobierno, la sociedad civil y la academia. Además, presenta las contribuciones del Banco Mundial a través de la asistencia técnica y financiera de los resultados obtenidos en el marco del Proyecto de Redes de Protección Social, alineados con la estrategia nacional para enfrentar la DCI.

Este reporte da continuidad a la edición *Apuntando Alto: Retos de la Lucha contra la Desnutrición Crónica en Ecuador* (Gutiérrez et al., 2018) y se organiza en cuatro secciones: (i) marco conceptual de la DCI y sus efectos; (ii) análisis de la situación nutricional infantil en Ecuador y comparaciones internacionales; (iii) logros alcanzados y el papel de la gobernanza; y (iv) lecciones aprendidas y los desafíos pendientes para avanzar hacia una estrategia integral de primera infancia.

2. Desnutrición y consecuencias en la infancia y adultez

Durante los primeros meses de vida, el cerebro tiene una capacidad de desarrollo ex-

cepcional, alcanzando una velocidad que no se repite en ninguna otra etapa. Por ello, las intervenciones tempranas para prevenir la desnutrición crónica infantil (DCI) son fundamentales ya que permiten aprovechar esta ventana de oportunidad para favorecer la plasticidad cerebral y el desarrollo fisiológico adecuado (Nelson, 2000; Thompson y Nelson, 2001).

La DCI, por su parte, es consecuencia de un proceso acumulativo de factores que obstaculizan el crecimiento normal de los niños afectando su potencial de desarrollo desde las primeras etapas de la vida.

El Marco Conceptual de los Determinantes de la Nutrición Materna e Infantil de UNICEF (2020) distingue la multidimensionalidad de estos factores, lo que refleja la complejidad de abordar la DCI. Este marco identifica tres niveles de determinantes: propicios, subyacentes e inmediatos.

- Los determinantes propicios comprenden condiciones políticas, financieras, sociales, culturales y ambientales que posibilitan una nutrición adecuada.
- Los subyacentes se refieren a la disponibilidad de alimentos nutritivos, la adopción de buenas prácticas de alimentación y el acceso a servicios esenciales de salud, saneamiento, educación y protección social.
- Finalmente, los determinantes inmediatos están vinculados con la alimentación y el cuidado directo de la madre y del niño, resaltando la importancia del estado nutricional y de salud materna durante la gestación y en los primeros 24 meses de vida.

Un niño no entra en estado de desnutrición de manera inmediata sino luego de haber estado expuesto a factores adversos que desviaron su patrón de crecimiento por un periodo extendido de tiempo hasta llegar a esta condición.

Técnicamente, un niño tiene desnutrición crónica si su talla para la edad está más de dos desviaciones estándar por debajo del estándar definido por la OMS (WHO Multicentre Growth Reference Study Group, 2006).

Sin embargo, un niño que en sus primeros meses de vida aún no llega a cumplir esta condición puede acercarse gradualmente hasta alcanzar el umbral más adelante por lo cual las alertas tempranas sobre el desvío de crecimiento son clave para evitarlo.

La etapa prenatal constituye una ventana crítica para el desarrollo infantil ya que durante la gestación se forman los cimientos biológicos que determinan la salud y el potencial de desarrollo a lo largo del ciclo de vida.



La evidencia internacional muestra que una atención adecuada durante el embarazo — incluyendo controles prenatales regulares, nutrición materna adecuada y prevención de factores de riesgo— está directamente asociada con una reducción en la incidencia de bajo peso al nacer (Kramer, 1987). El Bajo Peso al Nacer (BPN), además de ser un factor que se asocia con un mayor riesgo de infecciones y mortalidad neonatales, incrementa el riesgo de desnutrición crónica entre 1,69 (Medhin et al., 2010) y 5,68 veces (Hien & Kam, 2008). El BPN es uno de los principales predictores de desnutrición crónica antes de los 12 meses (Adair & Guilkey, 1997).

Adicionalmente, un crecimiento más rápido desde el período prenatal hasta la edad de 5 años influye positivamente en la capacidad cognitiva a los 6 años. Mayor peso al nacer predice mayor puntaje en el desarrollo cognitivo; un incremento de una desviación estándar en el peso al nacer aumenta en 0,82 puntos el coeficiente intelectual. Para las trayectorias de ganancia de peso postnatal, una desviación estándar de ganancia de peso se asoció con un aumento de 0,77 puntos de coeficiente intelectual para la primera infancia. Para las trayectorias de talla las magnitudes de aumento en la capacidad cognitiva fueron similares entre sí (0,6 puntos) hasta los 5 años de edad (Yang et al., 2011).

Son varias las investigaciones que demuestran de manera consistente los efectos de la desnutrición crónica en el mediano y largo plazo. Durante la niñez y adolescencia los impactos de la desnutrición se reflejan en el desarrollo cognitivo de los niños, el desempeño educativo, la deserción escolar y problemas de conducta y psicológicos (Grantham-McGregor et al., 2007; Walker et al., 2007; Alderman et al., 2006; Dewey y Begum, 2011; Chang et al., 2002; Mendez y Adair, 1999; Sokolovic et al., 2014; Ramakrishnan, 2012; Woldehanna et al., 2017; Casale et al., 2014).

La evidencia empírica muestra impactos específicos y cuantificables de la desnutrición crónica en el desarrollo infantil. Entre ellos se destacan: (i) una pérdida equivalente a un año de escolaridad (Alderman et al., 2006); (ii) un aumento de 16% en el riesgo de repetir curso (Alderman et al., 2006; Dewey y Begum, 2011); (iii) reducciones de 16% en pruebas de vocabulario y lenguaje y de hasta 49% en pruebas cuantitativas (Woldehanna et al., 2017); y (iv) asociaciones negativas con habilidades sociales de una magnitud cercana a la mitad de una desviación estándar según los instrumentos aplicados (Casale et al., 2014).

Las desventajas en términos cognitivos y educativos que se acumulan durante los años de niñez y adolescencia hacen que el capital humano alcanzado en la adultez no sea suficiente para competir por las mejores oportunidades que ofrece el mercado laboral, lo cual termina impactando en su capacidad de generación de ingresos. (Grantham-McGregor et al., 2007; Galasso y Wagstaff, 2019; Hoddinott et al., 2008; Horton y Steckel, 2013; Dewey y Begum, 2011).

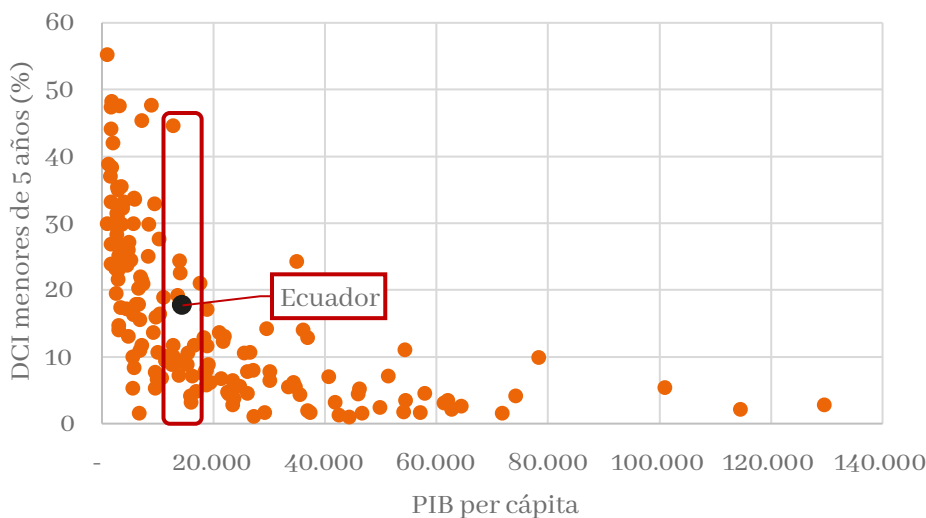
La evidencia cuantifica estos efectos: los niños que crecieron en condiciones de pobreza y desnutrición perciben en la adultez entre 5% y 7% menos ingresos en promedio (Galasso y Wagstaff, 2019) y en otros casos hasta un 20%

menos (Grantham-McGregor et al., 2007).

Finalmente, el riesgo de sufrir desnutrición en la primera infancia también tiene consecuencias a largo plazo en aspectos relacionados con la salud y la esperanza de vida. Una nutrición e higiene adecuadas en los primeros años reducen en 2,6% la probabilidad de fallecer a los 75 años, principalmente por una menor incidencia de cáncer y enfermedades cardiovasculares (Bhalotra et al., 2015). La desnutrición temprana también puede alterar la programación epigenética, generando perfiles metabólicos que incrementan el riesgo de sobrepeso, obesidad y enfermedades cardiometabólicas en la vida adulta (Freer et al., 2025; De Lucia Rolfe et al., 2018). Asimismo, la exposición a intervenciones oportunas en la infancia aumenta entre 0,2% y 0,6% la probabilidad de alcanzar los 60 años (Hjort et al., 2017).

A nivel mundial, la desnutrición crónica infantil (DCI) se ha reducido en 9,9 puntos porcentuales en las últimas dos décadas pasando de 33,1% en 2000 a 23,2% en 2024 (World Health Organization, 2025)¹. Sin embargo, Ecuador aún mantiene una alta prevalencia de DCI en niños menores de cinco años con niveles superiores a los de otras naciones de ingreso similar que rondan el 10% (Figura 1).

Figura 1. Relación entre DCI en menores de 5 años y PIB per cápita en el mundo



Fuente: Elaboración propia con base en los datos de World Health Organization y World Economic Outlook.

¹ La prioridad global de reducir la DCI se refleja en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que establecen como meta disminuir en 50% el número de niños y niñas menores de cinco años con retraso en el crecimiento entre 2012 y 2030. Sin embargo, el avance ha sido limitado: en los últimos 12 años, entre 2012 y 2024, la prevalencia se redujo apenas en 5,1 puntos porcentuales (de 28,3% a 23,2%), lo que deja una brecha de 9,1 puntos porcentuales para alcanzar la meta al 2030.

3. Desnutrición crónica infantil en Ecuador

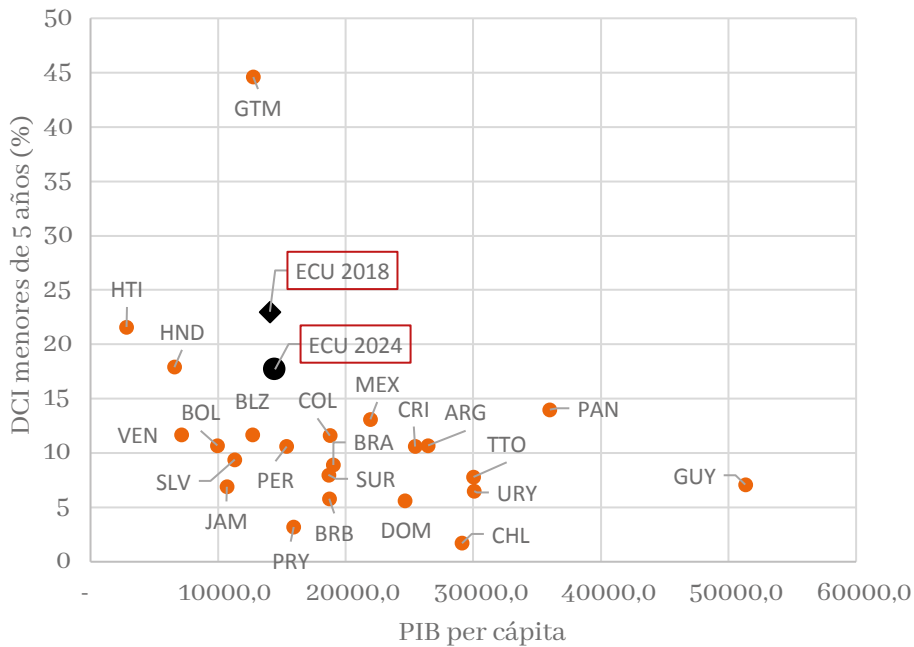
3.1. La DCI en Ecuador: un panorama desalentador por décadas.

La desnutrición crónica infantil (DCI) ha representado históricamente un desafío en Ecuador (Gutiérrez et al., 2018). En 2018, el 21,7% de los niños menores de cinco años sufrían DCI, una reducción de 7,2 puntos porcentuales en comparación con 2004 (28,9%).

Estos niveles situaban a Ecuador entre los países con mayores tasas de DCI en América Latina y lo diferenciaban negativamente de otras economías comparables de la región (figura 2). Entre 2018 y 2023-2024, es decir, en un lapso de 6 años, se registraron avances más significativos: la prevalencia cayó al 19,3% en niños menores de dos años y al 17,5% en menores de cinco años, es decir, dis-

minuciones de 4,3 y 4,2 puntos porcentuales, respectivamente. Con ello, Ecuador (17,5%) pasó a ubicarse por debajo de países como Guatemala (44,6%), Haití (21,6%) y Honduras (17,9%).

Figura 2. Relación entre DCI en menores de 5 años y PIB per cápita en América Latina y el Caribe



Fuente: Elaboración propia con base en los datos de World Health Organization y World Economic Outlook. Los datos de DCI corresponden a estimaciones realizadas al 2024.

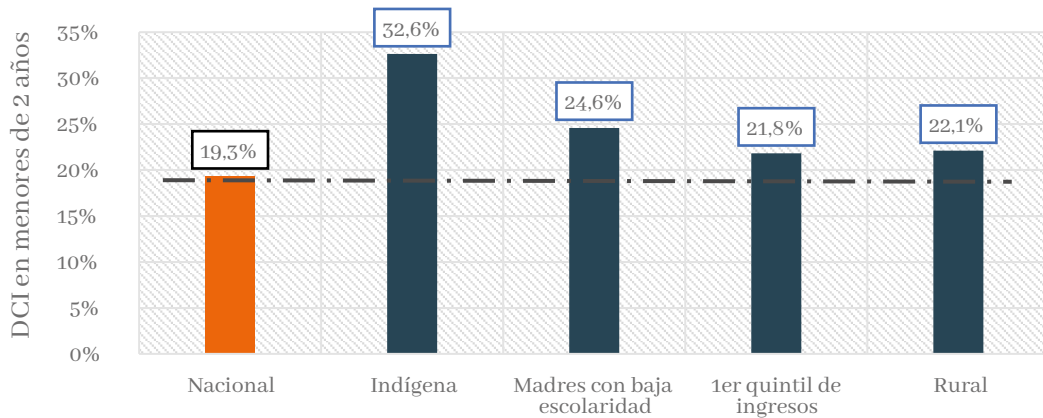
3.2. ¿Dónde persisten los desafíos?

Ecuador ha dado pasos importantes en la lucha contra la desnutrición crónica infantil. Sin embargo, los avances aún no alcanzan a todos por igual.

Las brechas siguen siendo profundas, especialmente entre los grupos más vulnerables. El lugar donde nace un niño, el nivel de educación de su madre o los ingresos familiares siguen marcando su futuro desde el primer día. La figura 3 evidencia fuertes disparidades en la desnutrición crónica infantil: entre

los niños menores de dos años de la población indígena la prevalencia alcanza el 32,6%; entre aquellos con madres de bajo nivel educativo, llega al 24,6%; en los hogares del primer quintil de ingresos, se sitúa en 21,8%; y en las zonas rurales, alcanza el 22,1%.

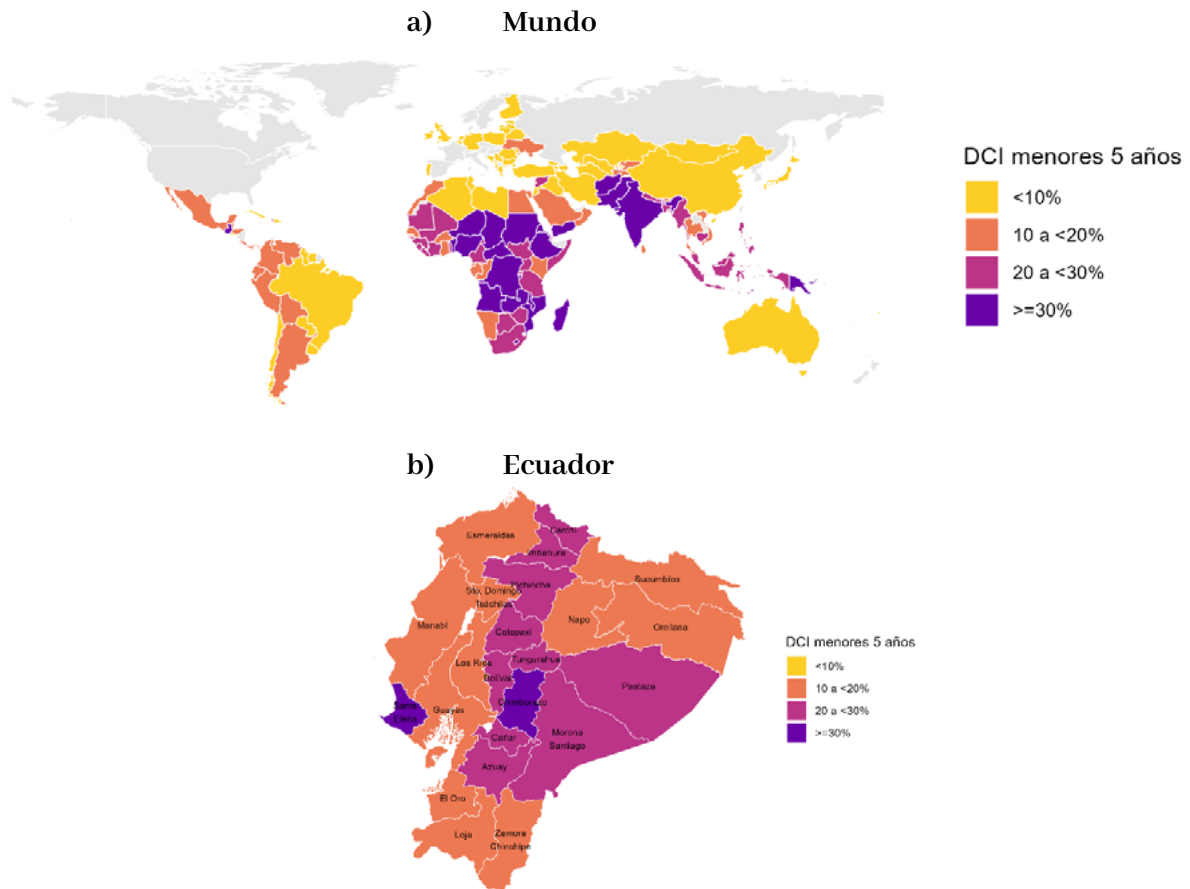
Figura 3. Porcentaje de niños menores de 2 años con Desnutrición Crónica Infantil



Fuente: Elaboración propia con base en los datos de la ENDI 2023-2024.

Geográficamente las disparidades también son notorias, con una brecha de más de 30 puntos porcentuales entre las provincias con mayores y menores niveles de desnutrición crónica infantil en niños menores de 2 años, como son los casos de **Chimborazo (40,1%)** y **El Oro (9,8%)**. En este mismo sentido, mientras provincias como El Oro y Los Ríos registran niveles inferiores al 10%, **muchas provincias de la Sierra, así como Santa Elena y Pastaza, presentan niveles superiores al 20%**, comparables a los observados en otras regiones del mundo con índices crónicos de DCI, como en algunas subregiones de África (figura 4).

Figura 4. Desnutrición Crónica Infantil (DCI) en Ecuador y su comparación con el mundo



Fuente: Elaboración propia con base en estimaciones de DCI para 2024 de la World Health Organization (datos por países) y en la ENDI 2023-2024 (datos de Ecuador).

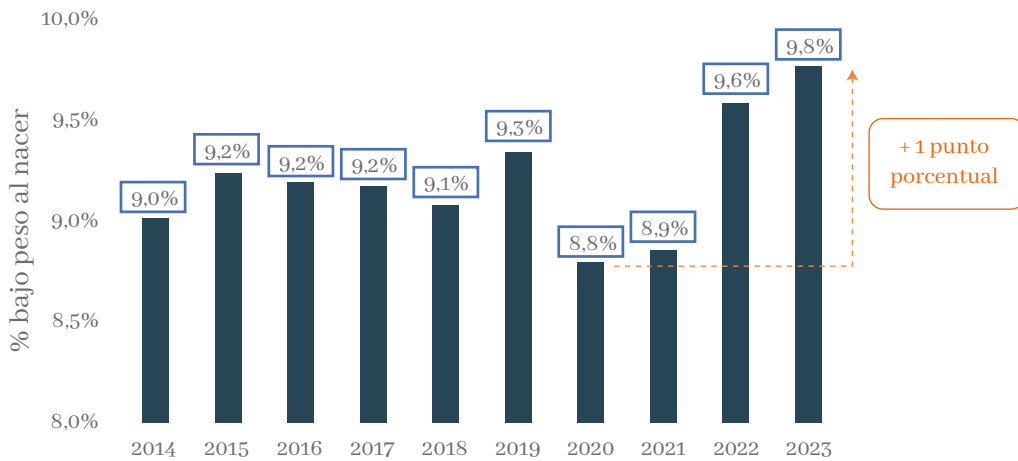
Los datos son contundentes: reducir la desnutrición no solo implica avanzar en promedio, sino cerrar las brechas que aún condenan a miles de niños a un futuro con menos oportunidades. Esto requiere intervenciones más focalizadas, integrales y sostenidas en los territorios y comunidades que más lo necesitan.

3.3. Entendiendo el origen de la DCI desde antes del nacimiento

Entre 2014 y 2023, un promedio de 275.078 niños y niñas nacieron cada año en Ecuador. De ellos, aproximadamente uno de cada diez presentó bajo peso al nacer.

De acuerdo con datos de UNICEF y la OMS2, el país ocupa el segundo lugar en prevalencia de bajo peso al nacer entre los países de América del Sur. En los años más recientes (2020-2023), la tasa aumentó en un punto porcentual, lo que resalta la necesidad de mantener este indicador bajo monitoreo constante en los próximos años (figura 5).

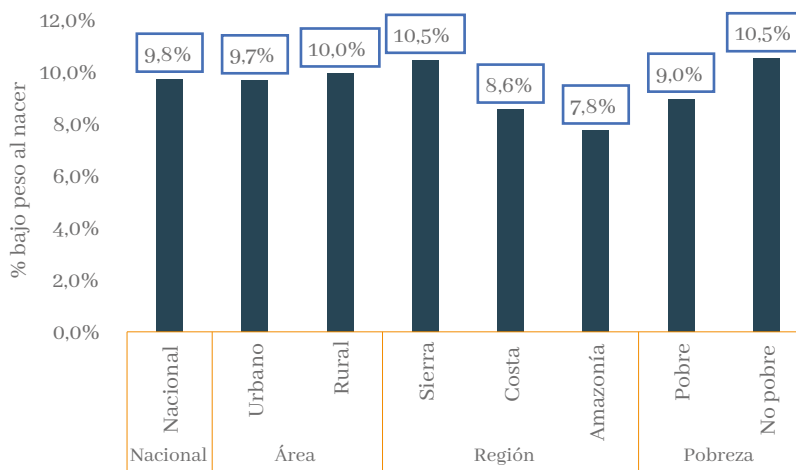
Figura 5. Evolución del porcentaje de niños con bajo peso al nacer



Fuente: Elaboración propia con base en los datos de REVIT 2014 a 2023

Mientras en zonas urbanas y rurales las tasas de bajo peso al nacer son similares, en la Sierra alcanzan el 10,5% y en la Amazonía descienden al 7,8%. Además, los niños nacidos en parroquias con alta incidencia de pobreza muestran una menor incidencia de bajo peso al nacer (9,0%) frente a los no pobres (10,0%) (figura 6). Este hallazgo sugiere que las brechas nutricionales entre niños pobres y no pobres se manifiestan en etapas posteriores al nacimiento.

Figura 6. Porcentaje de niños con bajo peso al nacer, 2023



Fuente: Elaboración propia con base en los datos de REVIT 2014 a 2023

2 Información de estimaciones de bajo peso al nacer recolectada de <https://data.unicef.org/topic/nutrition/low-birthweight/>

Las brechas nutricionales que afectan a la población más vulnerable surgen después del nacimiento, como resultado de una mayor exposición a factores de riesgo durante los primeros años de vida. El análisis de curvas de crecimiento (0 a 5 años) con datos de la ENDI 2023-2024 muestra un deterioro significativo del estado nutricional tras el nacimiento, con el punto más crítico alrededor de los 18 meses.

Por ejemplo, aunque al nacer no existen diferencias entre áreas urbanas y rurales, estas emergen a partir de los seis meses y se amplían con el tiempo (anexo 1). Esto confirma que la ventana crítica de intervención se concentra entre los 0 y 18 meses, lo que implica que las políticas deben priorizar esta etapa, especialmente en poblaciones vulnerables, para prevenir el deterioro nutricional temprano y reducir desigualdades futuras.

Además, se observan desigualdades significativas en los patrones de crecimiento según región, etnicidad, educación materna y nivel socioeconómico, como se presenta en el anexo 1.

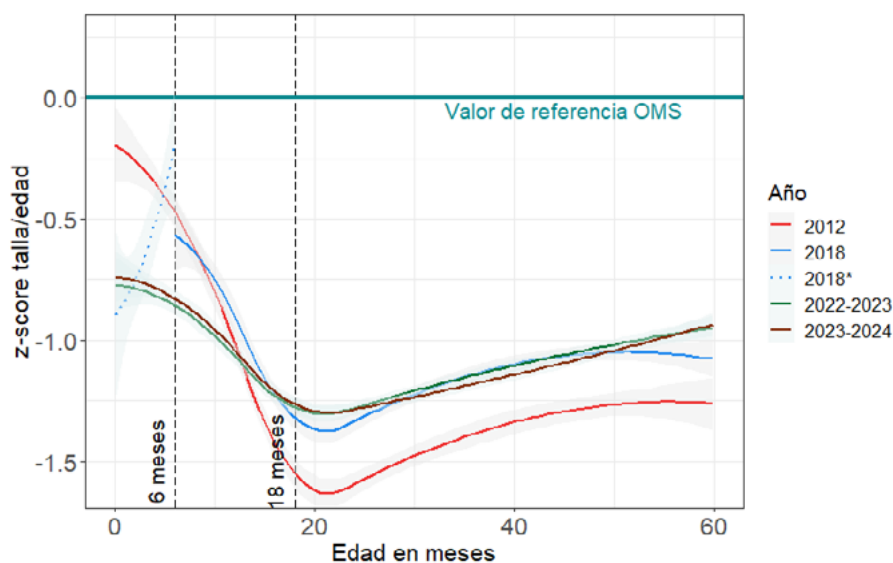
3.4. Cambios en el contexto nutricional: avances y nuevas oportunidades para la política pública

Si bien las brechas nutricionales persistentes siguen representando un reto prioritario de política, el contexto actual difiere del observado en años anteriores: en 2012, los niños nacían con mejores condiciones nutricionales que aquellos nacidos entre 2022 y 2023 (figura 7).

No obstante, el análisis también revela avances importantes. **Los niños nacidos en la última década están expuestos a un entorno de factores de riesgo y protección diferente al de generaciones anteriores, lo cual ha contribuido a mitigar el deterioro nutricional en los primeros meses de vida.**

Esta mejora relativa se observa incluso en los grupos poblacionales más vulnerables, lo que representa una oportunidad clave para consolidar y escalar las políticas que han generado estos resultados positivos. Los gráficos presentados en el anexo 2 ilustran estos cambios a lo largo del tiempo, mostrando patrones consistentes de mejora entre los distintos grupos poblacionales.

Figura 7. Curvas de crecimiento: comparación en la última década



Fuente: Elaboración propia con base en los datos de ENSANUT, 2012, 2018; ENDI 2022-2023, 2023-2024.

3.5. ¿Qué cambió en los últimos años? El inicio de una nueva gobernanza.

En diciembre de 2020, el Gobierno ecuatoriano promulgó el Decreto Ejecutivo 1211³, que dio origen a la Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil. Esta estrategia marcó un punto de inflexión al promover un **enfoque multisectorial** y fortalecer la **articulación entre ministerios**, con el objetivo central de ofrecer un **paquete priorizado de servicios y prestaciones** para reducir los niveles de desnutrición crónica infantil (DCI).

Desde su implementación, **las instituciones involucradas han intensificado sus esfuerzos para abordar esta problemática de forma coordinada**, lo que ha dado lugar a avances concretos y significativos. Entre 2023 y 2024, la prevalencia de DCI se redujo a 19,3% en niños menores de dos años y 17,5% en menores de cinco años, representando disminuciones de 4,3 y 4,2 puntos porcentuales, respectivamente, en comparación con los niveles registrados en 2018.

4. Avances en Ecuador: rol de la gobernanza e institucionalidad

4.1. El inicio de una adecuada gobernanza basada en evidencia marcó el pulso de una política de Estado

Ecuador mediante el Decreto Ejecutivo 1211 aprobó la “Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición”, la cual establece la entrega de un paquete priorizado de intervenciones a la población menor de 24 meses a través de la metodología de presupuesto por resultados (PpR), con la finalidad de asegurar una eficiente asignación y ejecución de los recursos públicos.

Asimismo, el **seguimiento y monitoreo han sido definidos como elementos sustanciales** de la implementación de la estrategia.

Para ello, se dispuso el desarrollo de una **plataforma intersectorial con interoperabilidad de datos**, que permita evaluar, niño por niño, la entrega oportuna y completa de las interven-

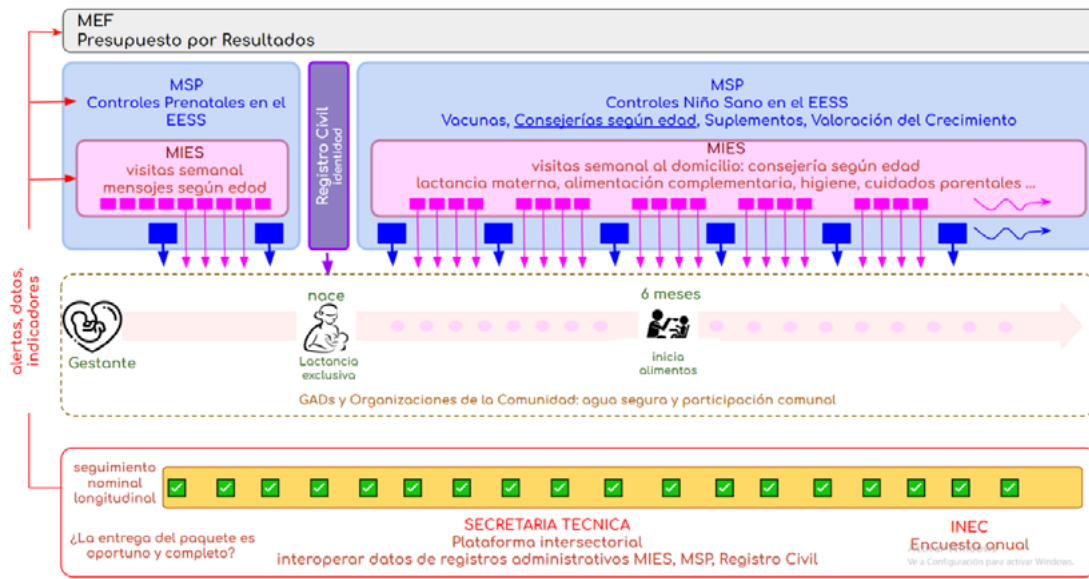
ciones del paquete priorizado durante los primeros 1.000 días. De forma complementaria, el decreto ordenó la **aplicación anual de una encuesta** a una muestra de hogares para monitorear la evolución de los indicadores de resultado y de cobertura, y, con base en esta información, ajustar continuamente la implementación de la estrategia.

La puesta en marcha de lo dispuesto en el Decreto Ejecutivo 1211 ha exigido una articulación armónica entre sectores y entidades públicas, para **garantizar que cada niño reciba de manera oportuna las intervenciones contempladas en el paquete priorizado**. La figura 8 presenta el esquema general de articulación.



³ Véase el decreto 1211 en el siguiente [link](#).

Figura 8. Esquema general de articulación de las intervenciones del paquete priorizado del Decreto Ejecutivo 1211



Fuente: Elaboración propia

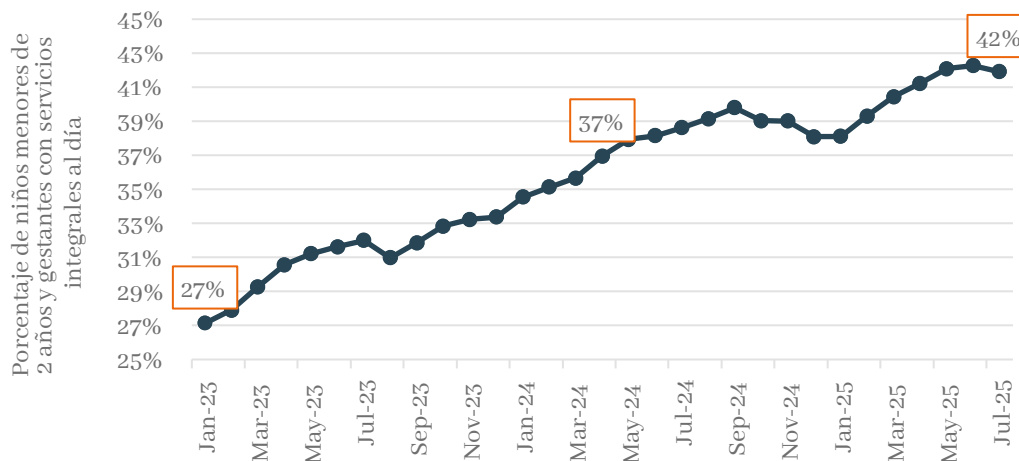
Nota: El esquema del MSP establece que los controles de niño sano se realizan mensualmente hasta los 8 meses de edad, cada dos meses entre los 9 y 12 meses, y cada tres meses durante el segundo año de vida. Para las gestantes, la norma establece la realización de al menos cinco controles prenatales a lo largo del embarazo.

El objetivo central de esta articulación es configurar de manera eficiente una plataforma integral de entrega de servicios, asegurando que cada intervención llegue en el momento adecuado y con la calidad necesaria. En este proceso, uno de los mayores desafíos es garantizar que las intervenciones educativas dirigidas a los cuidadores se implementen bajo criterios de oportunidad, intensidad, pertinencia cultural y adaptabilidad, utilizando mensajes adecuados para cada etapa y contexto familiar, y transmitidos por personal capacitado con habilidades comunicacionales.

4.2. El rol del SUUSEN en el seguimiento nominal de las prestaciones del paquete priorizado

Los datos del SUUSEN muestran que la cobertura de los servicios del paquete priorizado para la reducción de la DCI ha experimentado un incremento sostenido en los últimos años. Entre 2023 y 2025, la proporción de niños menores de dos años y gestantes con sus servicios integrales al día—incluyendo controles de salud prenatales y de niño sano, servicios de desarrollo infantil, registro oportuno en el padrón nominal y alguna transferencia monetaria para niños en pobreza— pasó de 27% a más del 40% a nivel nacional.

Figura 9. Cobertura de gestantes y niños con servicios integrales al día



Fuente: Elaboración propia con base en los datos del SUUSEN (2025).

4.3. La efectividad de la provisión del paquete priorizado en la mejora de los patrones de crecimiento de los niños en Ecuador

A partir de los datos de la ENDI 2023-2024 se evaluó la relación entre la provisión de distintos servicios del paquete priorizado y la velocidad de crecimiento de los niños antes de los 2 años de edad⁴.

Los puntos que se destacan del análisis son los siguientes:

- **Controles de niño sano:** Tener al menos 10 controles (uno por mes, en las edades indicadas) está correlacionado con un menor deterioro del crecimiento.
- **Bono 1.000 días:** La entrega del Bono 1.000 Días⁵ se relaciona positivamente con mantener un patrón de crecimiento más estable, a diferencia de otras transferencias monetarias en las que no se observa un efecto significativo. Esta diferencia permite destacar dos aspectos:
 - (i) el diseño e implementación del Bono 1.000 Días generan incentivos efectivos que pueden traducirse en mejoras nutricionales; y
 - (ii) la fragmentación del sistema de transferencias monetarias podría estar produciendo impactos diferenciados en niños que enfrentan riesgos sociales similares.
- **Servicio Creciendo con Nuestros Hijos (CNH):** Para la cohorte de niños más reciente aparece una correlación estadísticamente significativa del CNH, consistente con la aceleración de la captación temprana de gestantes y recién nacidos evidenciada en la sección 3.3⁶.

4.4. Los logros palpables que sitúan a Ecuador en la posibilidad de ser más ambicioso con la reducción de la DCI

(i) Los avances en el sector social a través del MIES

(a) Focalización e integración de los programas de transferencias monetarias y servicio de desarrollo infantil (CNH)

En los últimos cinco años, se ha fortalecido la priorización del servicio Creciendo con Nuestros Hijos (CNH), utilizando el Registro Social como herramienta principal para la admisión al programa.

Entre 2022 y 2025, el número de usuarios que no eran pobres o que carecían de ficha en el Registro Social ha caído sostenidamente, pasando de 92.524 a 26.718 (Figura 10). En contraste, se ha observado un incremento importante en la co-

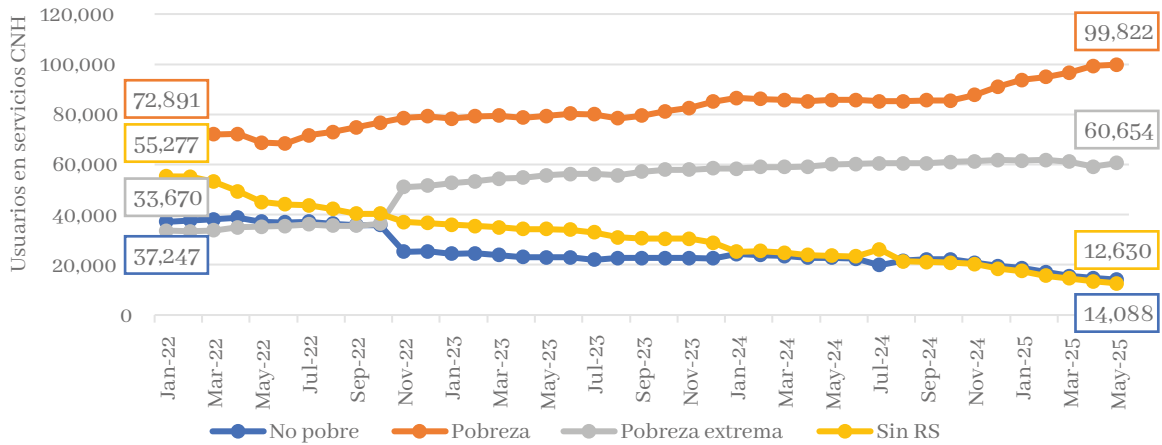
bertura de mujeres gestantes y niños en pobreza y extrema pobreza, que alcanzó 160.476 usuarios en 2025 frente a 106.561 en 2022.

4 Para el análisis se utilizó el indicador Δ HAZ, que resume la velocidad de crecimiento. En el Anexo 3 se presentan detalles de la metodología empleada y los resultados encontrados.

5 Es importante considerar que la información sobre transferencias monetarias proviene de autodeclaración en la encuesta, lo que implica que los hogares que reportan recibir el Bono 1.000 Días probablemente son aquellos que conocen el programa y sus condiciones, por lo que los resultados aplican a este subconjunto. En una evaluación de impacto del programa del Bono 1.000 días se encontró evidencia causal sugestiva del programa en indicadores nutricionales (Véase: Nota de política: Impacto y recomendaciones estratégicas para el Bono 1.000 días).

6 El término de interacción en los resultados de las regresiones resulta estadísticamente significativo en el modelo en escala de log-odds, lo que sugiere efectos diferenciales de CNH-MIES entre cohortes. Sin embargo, cuando se expresan como cambios en la probabilidad predicha, los efectos promedio por año no resultan estadísticamente significativos a niveles convencionales.

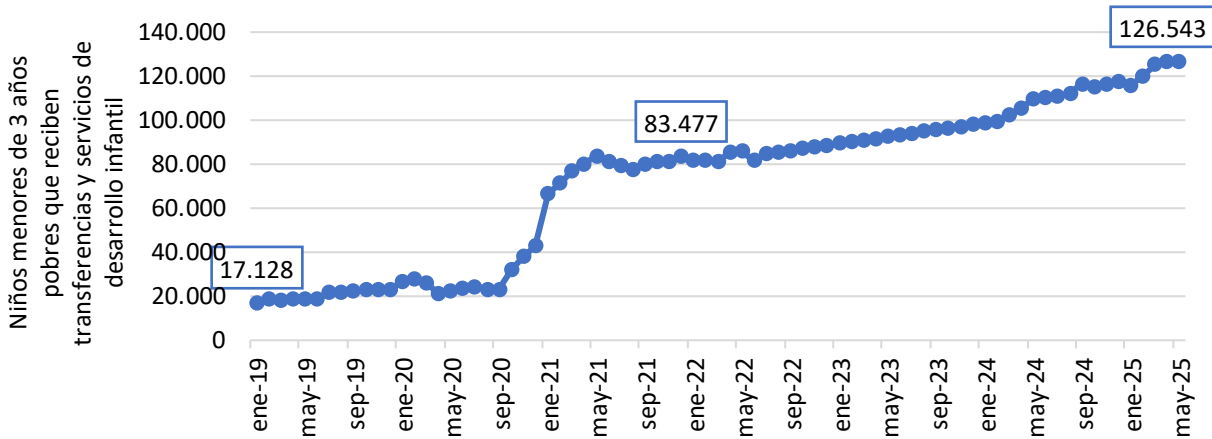
Figura 10. Usuarios en el servicio CNH por condición socioeconómica



Fuente: Elaboración propia con base en los datos de MIES

Sin embargo, la mejora de la integración de los servicios y transferencias monetarias para niños empezó ya desde el 2021, cuando la integración de los programas impulsada por el proyecto de desembolsos basado en resultados con el Banco Mundial fue adoptada aceleradamente por el gobierno. **Solo entre 2019 y 2021, el número de niños menores de 3 años en pobreza que recibían ambos beneficios se multiplicó por cinco** (Figura 11). Con la puesta en marcha de la Estrategia Nacional contra la DCI, esta integración se ha consolidado como un componente central. En 2025, 126.543 niños menores de 3 años en pobreza han recibido transferencias monetarias y servicios de desarrollo infantil, lo que equivale al 33% de los niños en pobreza en ese rango de edad.

Figura 11. Niños menores de 3 años pobres que reciben transferencias y servicios de desarrollo infantil



Fuente: Elaboración propia con base en los datos de MIES

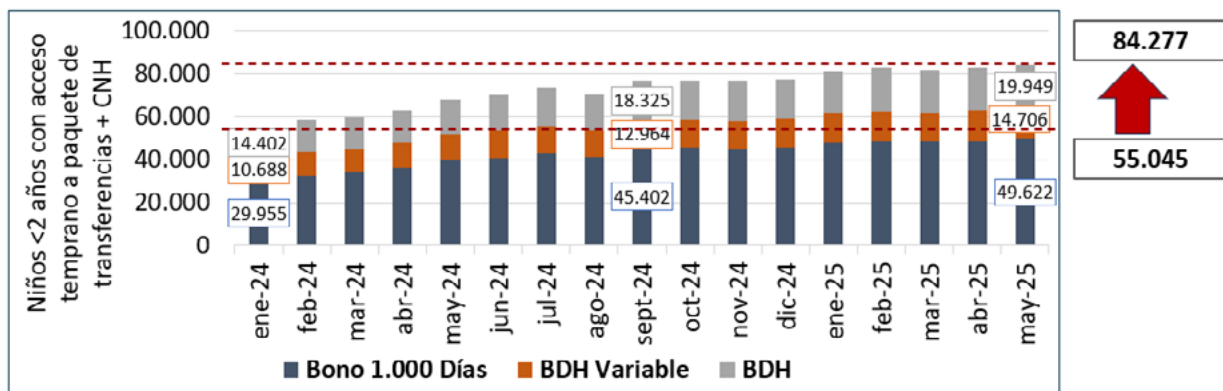
(b) Captación temprana en transferencias monetarias y servicio de desarrollo infantil (CNH)

Uno de los principales retos del servicio CNH era que muchos niños ingresaban al programa fuera de la ventana crítica de los primeros 1.000 días, lo que reducía la efectividad de la intervención. De igual forma, las transferencias monetarias como el BDH o BDH Variable carecían

de un marco que garantizara acceso inmediato de mujeres gestantes y recién nacidos en situación de pobreza. Este escenario cambió a partir del Decreto Ejecutivo 1211, que promovió un enfoque orientado a la entrega oportuna de beneficios. De manera paralela, a través de compromisos establecidos con el Banco Mundial, se definieron desembolsos por resultados que permitieron acelerar aún más la implementación del enfoque de captación temprana.

Para lograrlo, el MIES, la Unidad del Registro Social, el MSP y la Secretaria Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil (STECSDI)⁷ articularon un circuito interinstitucional basado en la plataforma intersectorial de información de la STECSDI. Este sistema permite identificar tempranamente a mujeres gestantes y recién nacidos, verificar su condición socioeconómica y asegurar el acceso inmediato al Bono 1.000 Días, además de priorizarlos como usuarios del servicio CNH. Entre 2024 y 2025, esta estrategia ha mostrado resultados consistentes: el número de niños menores de 2 años que accedieron tempranamente al CNH y a una transferencia monetaria ha aumentado en 53% (Figura 12).

Figura 12. Niños menores de 2 años con acceso temprano a transferencias monetarias y servicios CNH



Fuente: Elaboración propia con base en los datos de MIES

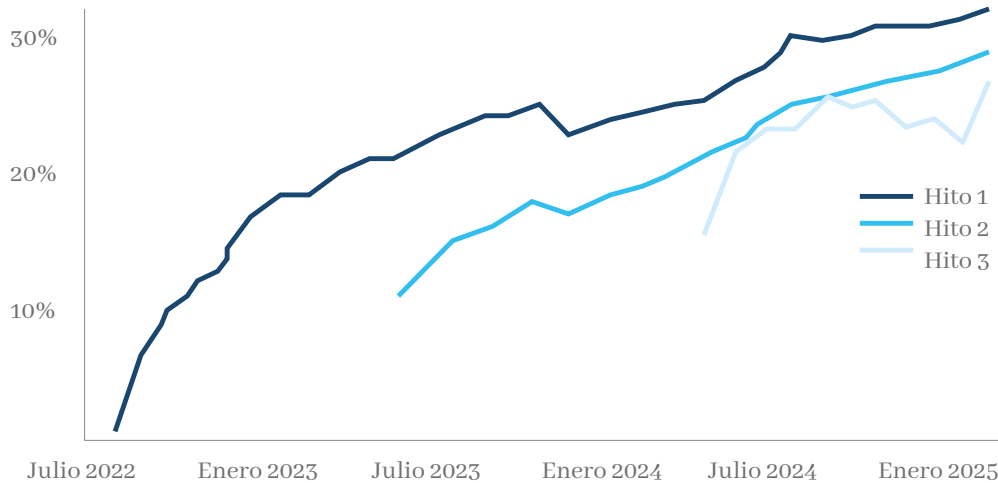
(c) El Bono 1.000 días como un incentivo a la demanda del paquete priorizado

La provisión exclusiva de servicios no garantiza, por sí sola, que las mujeres gestantes y los niños accedan a ellos, especialmente porque la demanda de servicios preventivos suele ser baja. Por ello, complementar esta estrategia con un incentivo condicionado al cumplimiento de hitos clave dentro de la ventana de oportunidad resulta fundamental para mejorar la utilización de los servicios. En este sentido, el Bono 1.000 Días, implementado desde julio de 2022, es un programa de transferencias monetarias dirigido a mujeres embarazadas y niños hasta los dos años de edad. El programa combina un componente mensual fijo y un componente condicionado al cumplimiento de controles de salud durante el embarazo y después del nacimiento, así como a la inscripción temprana del niño en el Registro Civil. Desde su implementación hasta mediados de 2025, el programa ejecutó un total de US\$ 145 millones.

Desde su lanzamiento, la proporción de beneficiarios que ha cumplido con los hitos del programa creció de forma sostenida, gracias a mejoras operativas, en particular en los mecanismos de comunicación que fortalecieron la comprensión del programa y sus beneficios. La figura 13 muestra que la tasa de cumplimiento del primer hito (inscripción temprana en el Registro Civil y controles prenatales) aumentó hasta alcanzar el 30% en 2025, mientras que el segundo y tercer hito (controles de niño sano) llegaron a más del 25%.

⁷ Al cierre de este informe, la STECSDI y el MIES se encuentran en proceso de fusión por absorción. Conforme al Decreto Ejecutivo N.º 96 (14 de agosto de 2025), la STECSDI se integra al MIES con su estructura, competencias y funciones. El nuevo ministerio se llama Ministerio de Desarrollo Humano (MDH).

Figura 13. Porcentaje de usuarios que cobraron los hitos relacionados al componente condicional



Fuente: Elaboración propia con base en los datos del SUUSEN

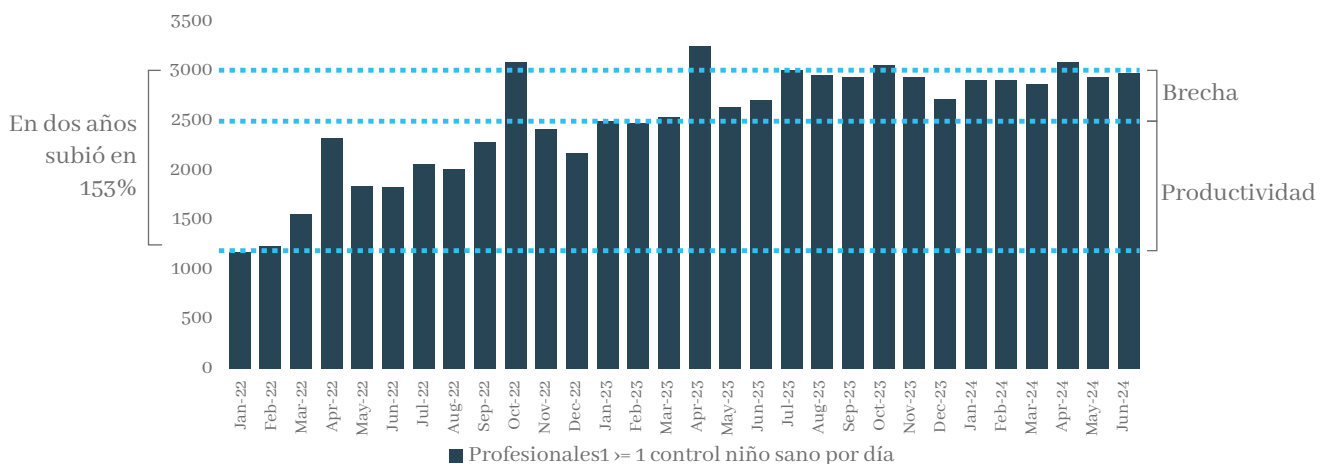
(ii) Los avances en el sector de salud a través del MSP

(a) Mejoras en la productividad del personal de salud

Otro componente fundamental del paquete priorizado recae en la gestión del Ministerio de Salud Pública (MSP), responsable de proveer servicios preventivos como **controles prenatales y de niño sano**. Estos controles son esenciales para identificar alertas tempranas de crecimiento y prevenir la desnutrición infantil. Para ello, garantizar una oferta de servicios suficiente es central, siendo el personal de salud un recurso crítico para llevarlo a cabo.

El MSP ha incrementado la oferta de controles preventivos a través de dos estrategias: (i) el aumento en la productividad de los profesionales de salud, medida por el número de controles realizados mensualmente; y (ii) la contratación de nuevos profesionales de salud. La figura 14 muestra que, en 2022, incluso sin nuevas contrataciones, el número de profesionales que realizaban, en promedio al menos un control de niño sano por mes aumentó de 1.175 a cerca de 2.500. Posteriormente, cuando se realizaron contrataciones de personal financiadas mediante el proyecto de préstamo del Banco Mundial a través de desembolsos por resultados, 3.012 profesionales alcanzaron este umbral mínimo. Como resultado combinado de estas acciones, el **número de profesionales que cumplen con el estándar mínimo de controles aumentó en 153% durante el período analizado**.

Figura 14. Número de profesionales con promedio mensual de 1 o más controles de niño sano por día (2022-2024)

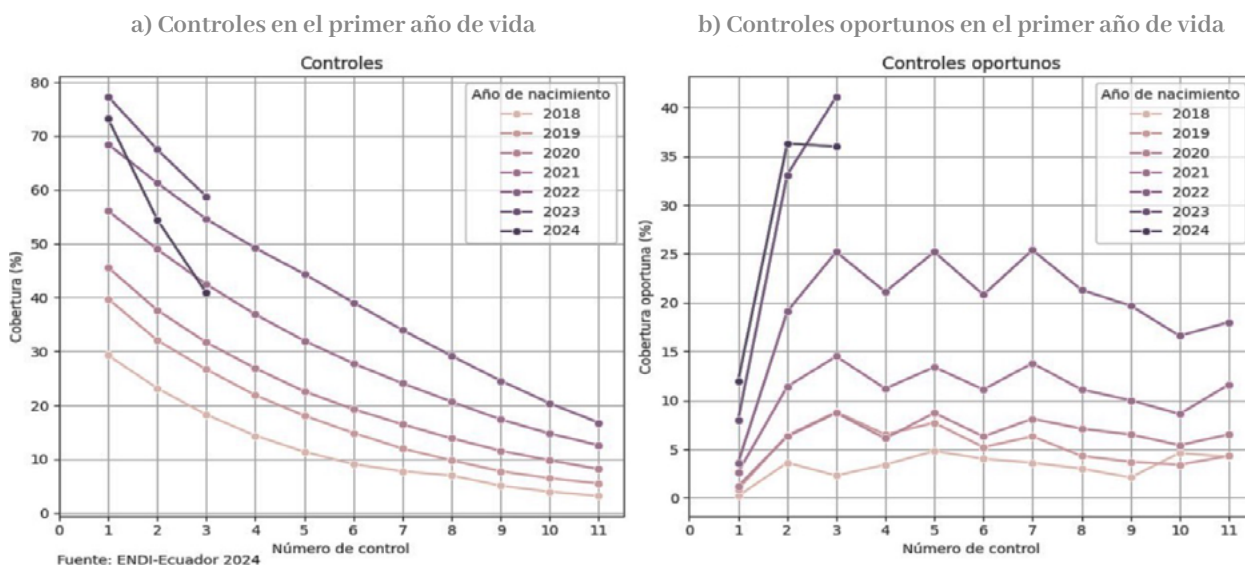


Fuente: Elaboración propia con base en los datos de MSP

(b) Mejora en la oportunidad de los controles de salud según la edad

Desde la implementación de la Estrategia Nacional contra la Desnutrición Crónica Infantil la cobertura de controles de salud ha aumentado, no solo en términos generales, sino también en la proporción de controles realizados en las edades adecuadas. Un análisis por cohortes, utilizando la información de la ENDI, muestra que **las cohortes más recientes presentan mejores coberturas, aunque persisten desafíos en la asistencia regular y sostenida durante todo el primer año de vida**. Aun así, se observa un porcentaje relevante y estable de niños que han recibido controles oportunos, especialmente entre aquellos nacidos a partir de 2022 (Figura 15).

Figura 15. Controles de salud en el primer año de vida

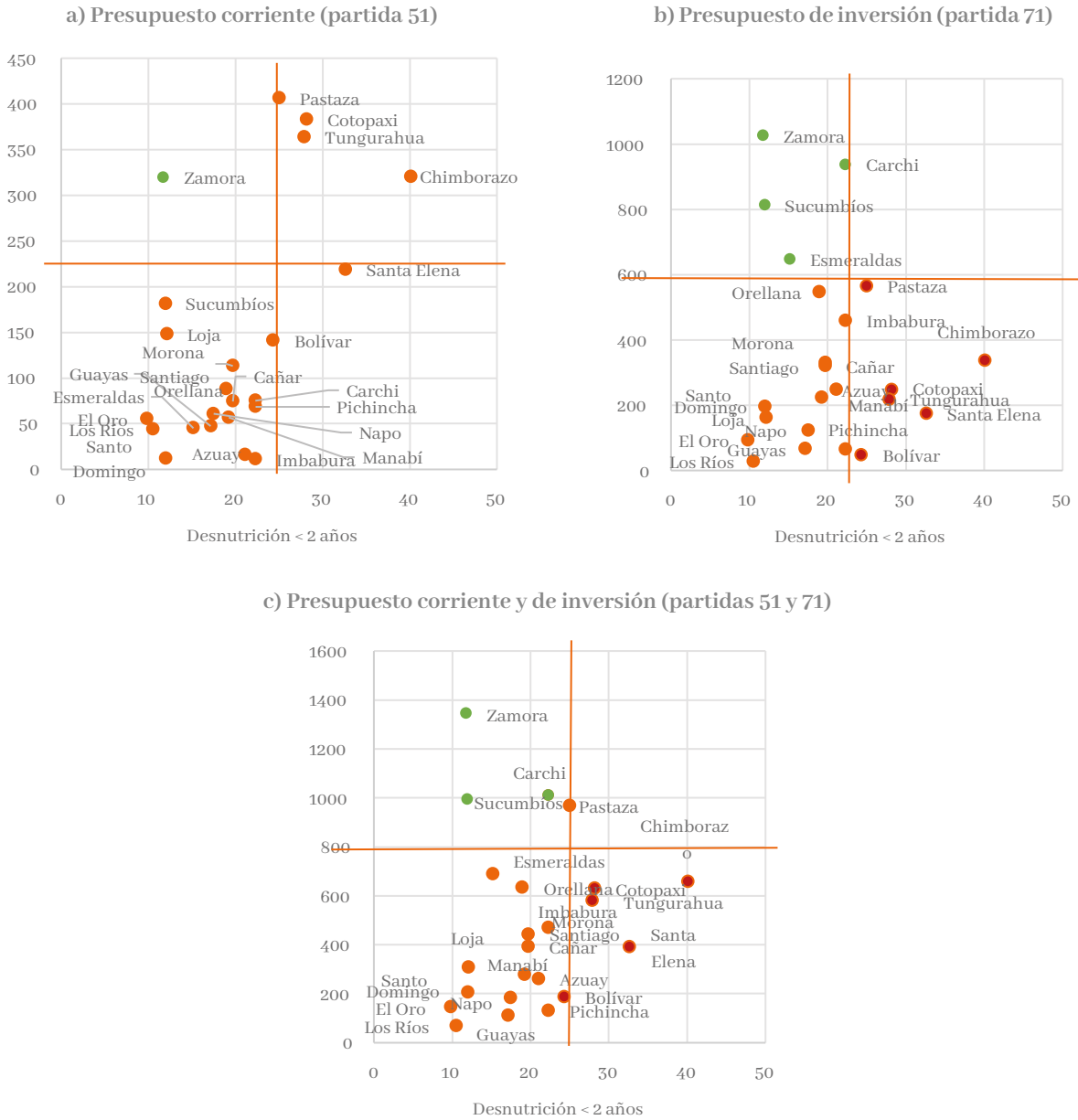


Fuente: Elaboración propia con base en los datos de la ENDI, 2023-2024

(c) Alineamiento del presupuesto público con los niveles de DCI

En 2024, Ecuador destinó USD 307 millones al programa de desnutrición infantil, de los cuales el 19% correspondió al Ministerio de Salud Pública (MSP). El análisis de las asignaciones de gasto de personal del MSP a nivel provincial, en relación con los niveles de desnutrición crónica infantil (DCI), muestra resultados mixtos. Por un lado, el **presupuesto corriente (partida 51) evidencia un adecuado alineamiento**, ya que las provincias con mayores asignaciones son en general, aquellas que presentan los niveles más altos de DCI (Figura 16a). Sin embargo, el **panorama cambia al observar el presupuesto de inversión (partida 71): algunas provincias con elevada prevalencia de DCI reciben menores recursos en comparación con otras que enfrentan una menor incidencia (Figura 16b). Al considerar en conjunto los recursos asignados a personal de salud (partidas 51 y 71), se revela un desalineamiento agregado entre el presupuesto del MSP y los niveles de DCI (Figura 16c). Este hallazgo muestra un espacio de mejora importante en cuanto a los criterios de asignación, para garantizar que los recursos lleguen a las provincias con mayor prevalencia del problema.**

Figura 16. Presupuesto por niño asignado a personal de salud según niveles de DCI



Fuente: Elaboración propia con base en los datos del presupuesto de 2024 del MEF

Ecuador ha demostrado que cuando la reducción de la DCI se convierte en prioridad de Estado, con dirección política, datos nominales y gestión por resultados, los avances son posibles y sostenibles.

El reto de la siguiente etapa es consolidar lo alcanzado cerrando brechas territoriales y culturales, y ampliar el foco hacia un marco integral de primera infancia que continúe la provisión de servicios clave hasta los 5 años de edad, complementado con la prevención y tratamiento de la anemia, la garantía de seguridad alimentaria, la mejora en la calidad de las interacciones de cuidado, la estimulación temprana, el acceso a agua segura y saneamiento, y la sostenibilidad fiscal mediante una asignación presupuestaria eficiente y orientada a resultados.

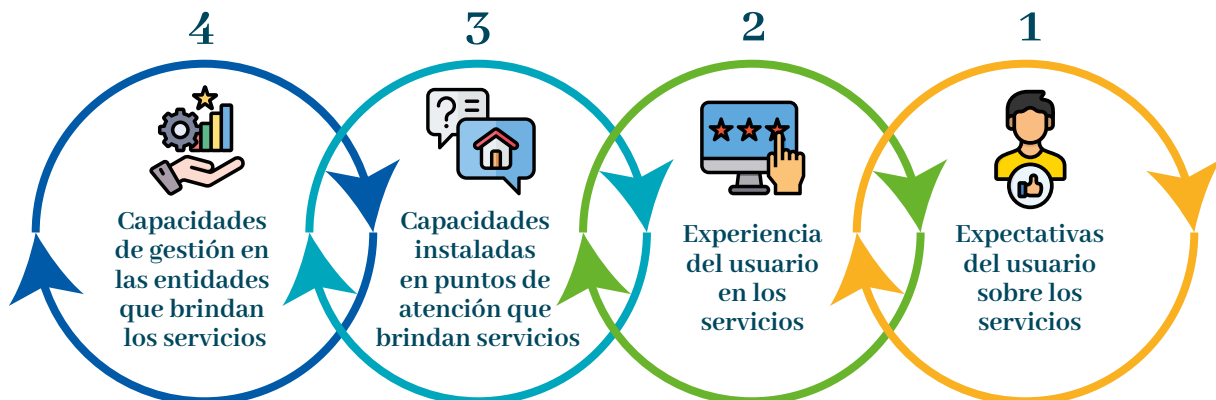
5. Retos pendientes para acelerar la reducción de la DCI y transicionar a la primera infancia

Para continuar con la reducción sostenida de la DCI y aprovechar la base construida por esta estrategia en la transición hacia una política de primera infancia, es importante tomar en cuenta las lecciones aprendidas, las experiencias positivas y los desafíos que aún están pendientes.

La estrategia nacional contra la DCI ya cuenta con una base clara: define los resultados esperados y establece un paquete de servicios priorizados para mujeres gestantes y niños menores de dos años. El **desafío actual** no está en redefinir qué se debe hacer, sino en **mejorar cómo se implementa**, especialmente en los **territorios donde persisten brechas importantes**. Para avanzar en esta etapa, se propone un **marco de**

acción práctico y enfocado, que organiza los esfuerzos en **cuatro ejes complementarios desde la experiencia de las familias hasta la capacidad de gestión institucional** (Figura 17). Este enfoque busca identificar cuellos de botella y orientar las acciones hacia donde **pueden generar mayor impacto**. De este modo se trata de: **alinear los mensajes con las prácticas familiares; asegurar contactos oportunos y comprensibles; garantizar que los puntos de atención entreguen el paquete completo con calidad; y respaldar todo esto con reglas presupuestarias, logística y sistemas de información que funcionen en tiempo real.**

Figura 17. Marco de acción para la puesta en práctica de recomendaciones estratégicas



Nota: El gráfico muestra cómo se encadenan las expectativas de los usuarios, su experiencia al recibir los servicios, las capacidades y recursos necesarios para operarlos y la capacidad de gestión de la entidad que los coordina.

El primer eje son las expectativas de los usuarios. La reducción de la desnutrición crónica infantil (DCI) requiere que las familias reconozcan el valor del paquete priorizado de servicios, que incluye controles prenatales y del niño hasta los dos años, vacunación oportuna y consejerías en salud y en el servicio CNH. El Bono 1.000 Días ha contribuido a aumentar la demanda de estos servicios, pero es igualmente importante que la oferta responda a las expectativas de los usuarios. Para lograrlo, se necesitan mensajes culturalmente pertinentes, materiales y consejerías en lengua local, y la promoción de prácticas alimentarias basadas en productos del territorio. Además, para facilitar el acceso y mejorar la continuidad, es clave simplificar los trámites, estandarizar los recordatorios entre instituciones y asegurar que cada contacto con el centro de salud finalice con la próxima cita ya agendada.

El segundo eje es la experiencia del usuario en cada contacto. En el caso de los servicios preventivos, la calidad de la atención médica depende de que sea oportuna, comprensible y conveniente para las familias. Cuando la experiencia del usuario es positiva, se fortalece la confianza en el sistema, se mantiene la demanda y se genera un ciclo continuo entre la asignación

de citas y la atención efectiva. El servicio CNH puede enfocarse en fortalecer la **relación entre cuidadores y niños** promoviendo prácticas como el **cuidado afectivo, el apego seguro y la lactancia materna**, asegurando además que los mensajes transmitidos sean comprendidos y aplicados en la vida cotidiana de los hogares. Para lograrlo, es clave **adaptar los servicios a las realidades locales**. Cuando el acceso presencial se ve limitado, se deben impulsar **modalidades semivirtuales** costo efectivas que mantengan la continuidad del acompañamiento y el vínculo con las familias.

El tercer eje son las **capacidades instaladas en el punto de atención**. Para que el **presupuesto se traduzca en servicios efectivos**, es necesario contar con una buena **gestión de insumos**, una **programación de turnos basada en la demanda real de la población**, y estándares técnicos sólidos. Esto incluye asegurar **mediciones antropométricas de calidad** —con buen equipamiento, calibración adecuada y práctica constante—, así como implementar **supervisión formativa** que ayude a mejorar la calidad de la consejería. Con los **recursos ya disponibles**, existe margen para **aumentar la productividad**, aprovechar mejor las oportunidades críticas del primer año de vida, y estabilizar la frecuencia de las visitas, asegurando **continuidad en la atención**.

El cuarto eje se refiere a las **capacidades de gestión de las instituciones responsables**. Esto incluye gobernanza, presupuesto, logística y sistemas de información. Tras la fusión de la STECSDI con el MIES para conformar el nuevo Ministerio de Desarrollo Humano (MDH), es clave **definir con claridad los roles institucionales del MDH y otras entidades clave de la estructura institucional**. Esto permitirá mantener un **liderazgo amplio y ordenado en la coordinación territorial, facilitar espacios para resolver cuellos de botella y establecer una rendición de cuentas mensual** entre el MDH y entidades como el MSP, Registro Civil y MINEDUC. Esta **articulación debe incluir también a los GADs**, especialmente en tres frentes prioritarios: el uso complementario por ley del **10% del presupuesto para intervenciones sociales**, la **provisión progresiva de agua segura**, y el **fortalecimiento de comités locales de salud**. En

materia presupuestaria, es urgente **proteger las partidas del paquete de atención y generar incentivos para mejorar la productividad y calidad de los servicios**, con resultados verificables. En logística, el uso de tableros por establecimiento que monitorean la mezcla crítica de insumos permite anticipar y evitar quiebres en la atención. Finalmente, en el ámbito de información de seguimiento, es fundamental **mantener la ENDI** —incorporando indicadores clave para toda la ventana de la primera infancia— de forma anual, **expandir el sistema SUUSEN** para el seguimiento nominal desde la gestación hasta la educación inicial, y contar con un **marco de evaluación de desarrollo infantil único** y acordado entre instituciones que permita plantear metas de desarrollo infantil a nivel nacional.

Este marco evidencia la necesidad de **intervenciones integradas** y de una **coordinación efectiva tanto dentro de cada institución como entre ellas**, con el fin de garantizar que los usuarios reciban un **paquete de servicios oportuno, completo y de calidad**. La articulación institucional es clave para que estos servicios sean valorados por las familias y generen resultados concretos en su bienestar. **El Anexo 4 presenta, de forma detallada, las áreas de trabajo específicas que corresponden a cada entidad involucrada en la implementación.**

La transición hacia una política integral de primera infancia debe construirse sobre las **lecciones aprendidas en la implementación de la estrategia de reducción de la DCI**. Esto implica consolidar lo que ha funcionado, corregir lo que aún limita el impacto, y avanzar hacia un **paquete de servicios priorizados que amplíe el actual de manera específica**, incorporando **intervenciones con mayor evidencia de costo-efectividad**. Este nuevo paquete debe diseñarse e implementarse considerando los cuatro ejes presentados: las expectativas de los usuarios, la experiencia en cada contacto, las capacidades instaladas en los puntos de atención y la gestión institucional. De este modo, **los resultados esperados en toda la primera infancia podrán ser suficientemente ambiciosos**, con metas claras y alcanzables que reflejen una mejora sostenida en el desarrollo de las niñas y niños.

REFERENCIAS

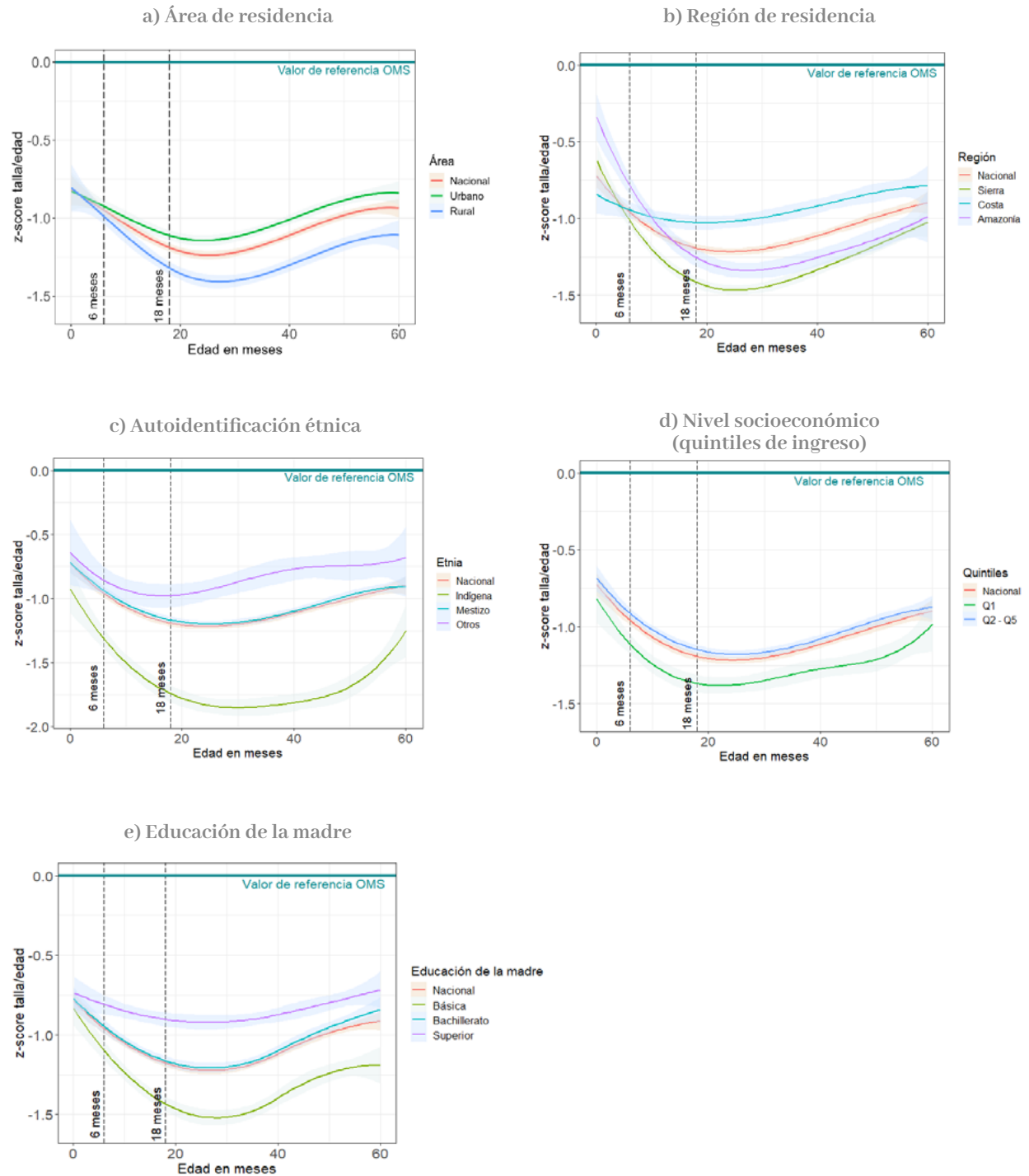
- Adair, L.S. and Guilkey, D. (1997). Age-specific determinants of stunting in Filipino children. *The Journal of Nutrition*, 127(2): 314-320.
- Agostoni, C., Braegger, C., Decsi, T., Kolacek, S., Koletzko, B., Michaelsen, K. F., Mihatsch, W., Moreno, L. A., Puntis, J., Shamir, R., Szajewska, H., Turck, D., & van Goudoever, J. (2009). Breast-feeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition*, 49(1), 112-125. <https://doi.org/10.1097/MPG.0b013e31819f1e05>
- Agrasada, G. V., Gustafsson, J., Kylberg, E., & Ewald, U. (2007). Postnatal peer counselling on exclusive breastfeeding of low-birthweight infants: A randomized, controlled trial: Peer counselling to exclusively breastfed LBW infants. *Acta Paediatrica*, 94(8), 1109-1115. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2005.tb02053.x>
- Alderman, H. (2006). Long term consequences of early childhood malnutrition. *Oxford Economic Papers*, 58(3), 450-474. <https://doi.org/10.1093/oeq/gpl008>
- Bhalotra, S., Karlsson, M., & Nilsson, T. (2017). Infant Health and Longevity: Evidence from A Historical Intervention in Sweden. *Journal of the European Economic Association*, 15(5), 1101-1157. <https://doi.org/10.1093/jeea/jvw028>
- Casale, D., Desmond, C., & Richter, L. (2014). The association between stunting and psychosocial development among preschool children: A study using the South African Birth to Twenty cohort data. *Child: Care, Health and Development*, 40(6), 900-910. <https://doi.org/10.1111/cch.12143>
- Chang, S. M., Walker, S. P., Grantham-McGregor, S., & Powell, C. A. (2002). Early childhood stunting and later behaviour and school achievement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(6), 775-783. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00088>
- Chapman, D.J., Morel, K., Anderson, A. K., Damio, G., & Pérez-Escamilla, R. (2010). Review: Breastfeeding Peer Counseling: From Efficacy Through Scale-Up. *Journal of Human Lactation*, 26(3), 314-326. <https://doi.org/10.1177/0890334410369481>
- Checkley, W., Buckley, G., Gilman, R. H., Assis, A. M., Guerrant, R. L., Morris, S. S., Mølbak, K., Valentin-Branth, P., Lanata, C. F., Black, R. E., & and The Childhood Malnutrition and Infection Network. (2008). Multi-country analysis of the effects of diarrhoea on childhood stunting. *International Journal of Epidemiology*, 37(4), 816-830. <https://doi.org/10.1093/ije/dyn099>
- Coles, C. L., Rahmathullah, L., Kanungo, R., Katz, J., Sandiford, D., Devi, S., Thulasiraj, R. D., & Tielsch, J. M. (2012). Pneumococcal Carriage at Age 2 Months Is Associated with Growth Deficits at Age 6 Months among Infants in South India. *The Journal of Nutrition*, 142(6), 1088-1094. <https://doi.org/10.3945/jn.111.156844>
- Curtis, V., & Cairncross, S. (2003). Effect of washing hands with soap on diarrhoea risk in the community: A systematic review. *The Lancet Infectious Diseases*, 3(5), 275-281. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(03\)00606-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(03)00606-6)
- De Lucia Rolfe, E., de França, G. V. A., Vianna, C. A., Gigante, D. P., Miranda, J. J., Yudkin, J. S., Horta, B. L., & Ong, K. K. (2018). Associations of stunting in early childhood with cardiometabolic risk factors in adulthood. *PLoS ONE*, 13(4), e0192196. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192196>
- de Onís, M., Monteiro, C., Akre, J., & Glugston, G. (1993). The worldwide magnitude of protein-energy malnutrition: An overview from the WHO Global Database on Child Growth. *Bulletin of the World Health Organization*, 71(6), 703-712.

- Dewey, K. G., & Adu-Afarwuah, S. (2008). Systematic review of the efficacy and effectiveness of complementary feeding interventions in developing countries. *Maternal & Child Nutrition*, 4(s1), 24-85. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2007.00124.x>
- Dewey, K. G., & Begum, K. (2011). Long-term consequences of stunting in early life: Long-term consequences of stunting. *Maternal & Child Nutrition*, 7, 5-18. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2011.00349.x>
- EFSA Panel on Dietetic Products Nutrition and Allergies (EFSA-NDA). (s. f.). Scientific Opinion on the appropriate age for introduction of complementary feeding of infants. *EFSA Journal*, 2009; 7(12):1423. <https://doi.org/10.2903/j.efsa.2009.1423>
- Europe, W. H. O. R. O. for. (2020). The best start in life: Breastfeeding for the prevention of noncommunicable diseases and the achievement of the Sustainable Development Goals in the WHO European Region (pp. viii, 57 p.) [Technical documents]. World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Freer, J., Orr, J., Wells, J. C. K., & Prendergast, A. J. (2025). The impact of early-life growth on long-term cardiometabolic and neurocognitive outcomes in high-income countries: A neglected public health problem. *Nutrition Reviews*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuaf098>
- Galasso, E., & Wagstaff, A. (2019). The aggregate income losses from childhood stunting and the returns to a nutrition intervention aimed at reducing stunting. *Economics & Human Biology*, 34, 225-238. <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2019.01.010>
- Grantham-McGregor, S., Cheung, Y. B., Cueto, S., Glewwe, P., Richter, L., & Strupp, B. (2007). Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *The Lancet*, 369(9555), 60-70. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60032-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60032-4)
- Gutiérrez, N., Ciuffardi, T., Rokx, C., Brousset, H., & Gachet, N. (2018). Apuntando Alto: Retos en la Lucha contra la Desnutrición Crónica. <https://policycommons.net/artifacts/1459623/apuntando-alto/2099609/>
- Hien, N. N., & Kam, S. (2008). Nutritional Status and the Characteristics Related to Malnutrition in Children Under Five Years of Age in Nghean, Vietnam. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 41(4), 232. <https://doi.org/10.3961/jpmph.2008.41.4.232>
- Hjort, J., Sølvesten, M., & Wüst, M. (2017). Universal Investment in Infants and Long-Run Health: Evidence from Denmark's 1937 Home Visiting Program. *American Economic Journal: Applied Economics*, 9(4), 78-104. <https://doi.org/10.1257/app.20150087>
- Hoddinott, J., Maluccio, J. A., Behrman, J. R., Flores, R., & Martorell, R. (2008). Effect of a nutrition intervention during early childhood on economic productivity in Guatemalan adults. *The Lancet*, 371(9610), 411-416. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60205-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60205-6)
- Horton, S., & Steckel, R. H. (2013). Malnutrition: Global Economic Losses Attributable to Malnutrition 1900–2000 and Projections to 2050. En B. Lomborg (Ed.), *How Much have Global Problems Cost the World?* (1.^a ed., pp. 247-272). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139225793.010>
- Kramer MS (1987). Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis. *Bull World Health Organ*. 65(5):663-737.
- Medhin, G., Hanlon, C., Dewey, M., Alem, A., Tesfaye, F., Worku, B., Tomlinson, M., & Prince, M. (2010). Prevalence and predictors of undernutrition among infants aged six and twelve months in Butajira, Ethiopia: The P-MaMiE Birth Cohort. *BMC Public Health*, 10(1), 27. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-27>

- Mendez, M. A., & Adair, L. S. (1999). Severity and Timing of Stunting in the First Two Years of Life Affect Performance on Cognitive Tests in Late Childhood. *The Journal of Nutrition*, 129(8), 1555-1562. <https://doi.org/10.1093/jn/129.8.1555>
- Nelson, C. A. (2000). The Neurobiological Bases of Early Intervention. En J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention* (2.^a ed., pp. 204-228). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511529320.012>
- Ramakrishnan, U. (2012). Influence of Prenatal and Postnatal Growth on Intellectual Functioning in School-aged Children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 166(5), 411. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2011.1413>
- Sokolovic, N., Selvam, S., Srinivasan, K., Thankachan, P., Kurpad, A. V., & Thomas, T. (2014). Catch-up growth does not associate with cognitive development in Indian school-age children. *European Journal of Clinical Nutrition*, 68(1), 14-18. <https://doi.org/10.1038/ejcn.2013.208>
- Thompson, R. A., & Nelson, C. A. (2001). Developmental science and the media: Early brain development. *American Psychologist*, 56(1), 5-15. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.1.5>
- Walker, S. P., Chang, S. M., Powell, C. A., Simonoff, E., & Grantham-McGregor, S. M. (2007). Early Childhood Stunting Is Associated with Poor Psychological Functioning in Late Adolescence and Effects Are Reduced by Psychosocial Stimulation. *The Journal of Nutrition*, 137(11), 2464-2469. <https://doi.org/10.1093/jn/137.11.2464>
- WHO MULTICENTRE GROWTH REFERENCE STUDY GROUP, & Onis, M. (2007). Assessment of differences in linear growth among populations in the WHO Multicentre Growth Reference Study: Assessment of differences in linear growth. *Acta Paediatrica*, 95, 56-65. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2006.tb02376.x>
- Woldehanna, T., Behrman, J. R., & Araya, M. W. (2017). The effect of early childhood stunting on children's cognitive achievements: Evidence from young lives Ethiopia. *The Ethiopian Journal of Health Development = Ya'Ityopya Tena Lemat Mashet*, 31(2), 75-84.
- Yang S, Tilling K, Martin R, Davies N, Ben-Shlomo Y, Kramer MS (2011). Pre-natal and post-natal growth trajectories and childhood cognitive ability and mental health. *Int J Epidemiol*. 40(5):1215-26. doi: 10.1093/ije/dyr094.
- Zhang, J., Shi, L., Chen, D., Wang, J., & Wang, Y. (2013). Effectiveness of an educational intervention to improve child feeding practices and growth in rural China: Updated results at 18 months of age: Child feeding intervention in rural China. *Maternal & Child Nutrition*, 9(1), 118-129. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2012.00447.x>
- World Health Organization (2025). *World health statistics 2025: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. Geneva:

6. ANEXOS

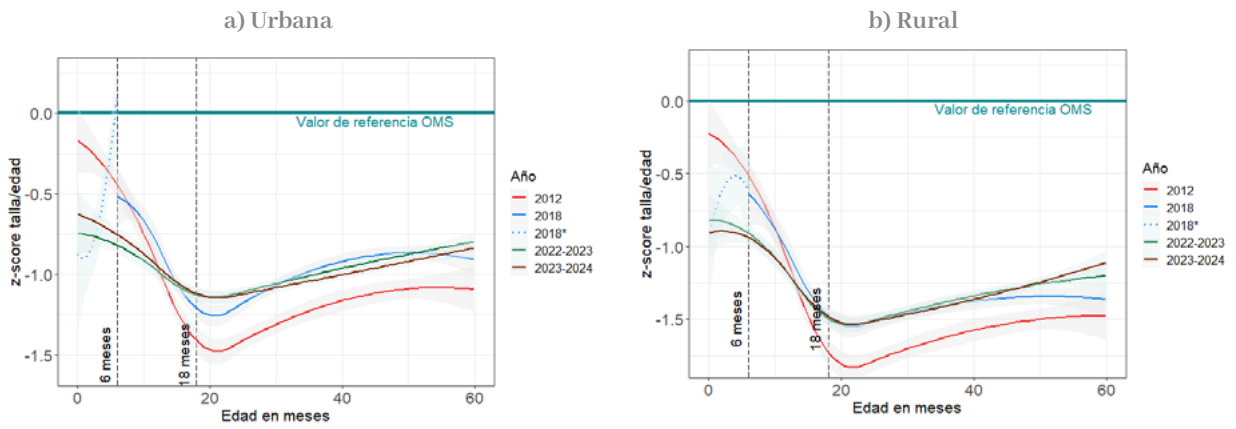
ANEXO 1. Curvas de crecimiento según características de la población (2023-2024)



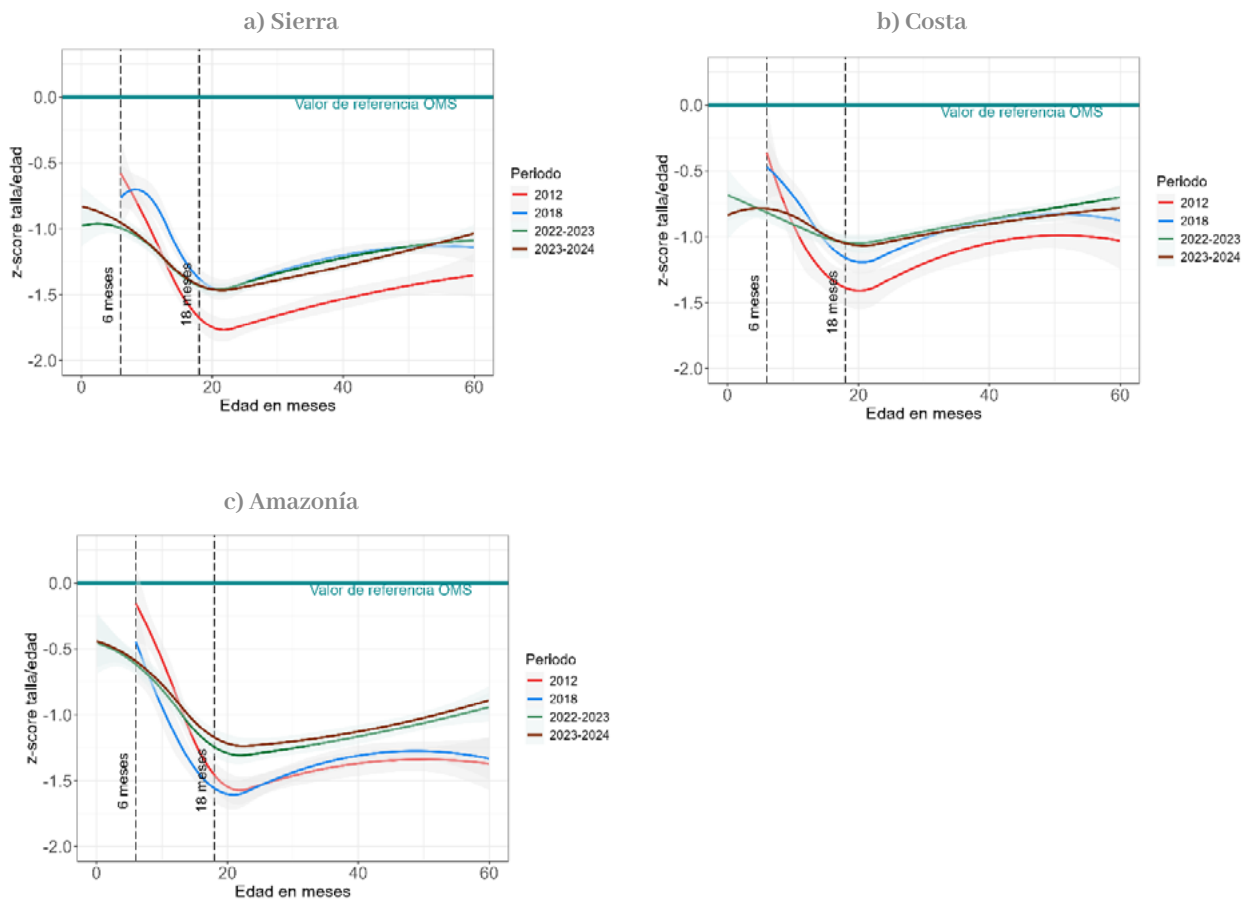
Fuente: Elaboración propia con base en los datos de la ENDI, 2023-2024

ANEXO 2. Curvas de crecimiento por subgrupos de la población en la última década

ÁREA DE RESIDENCIA



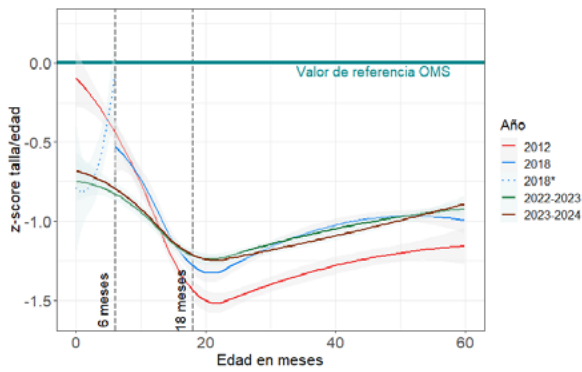
REGIÓN DE RESIDENCIA



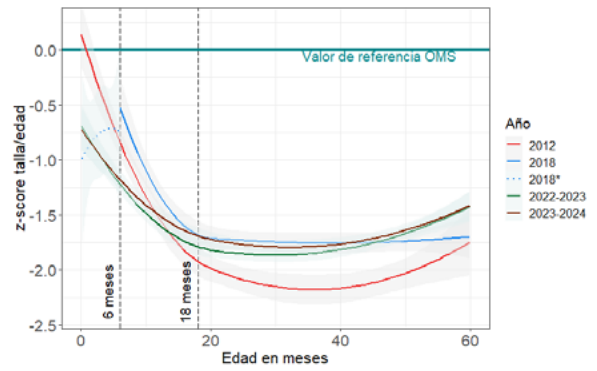
Fuente: Elaboración propia con base en los datos de la ENDI, 2023-2024

ETNICIDAD

a) Mestizo

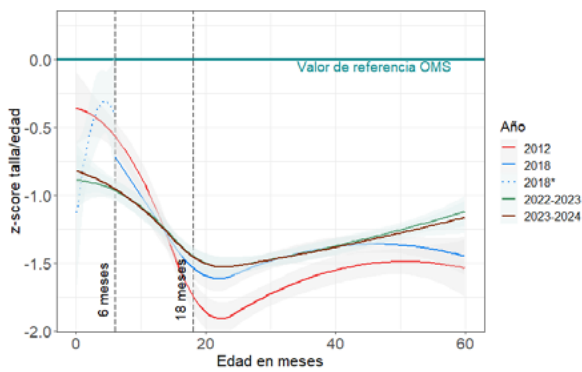


b) Indígena

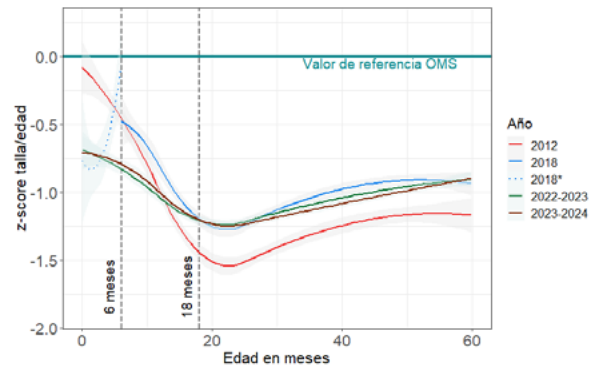


QUINTILES

a) Quintil 1

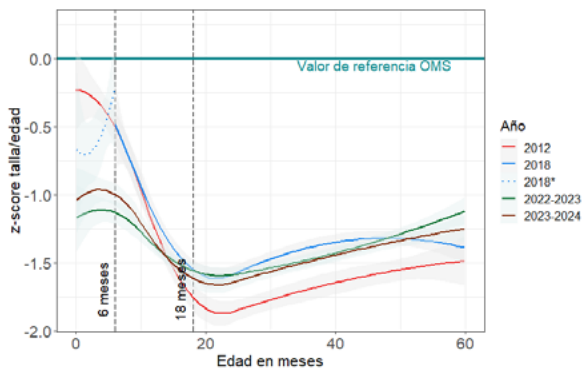


b) Quintiles 2 a 5

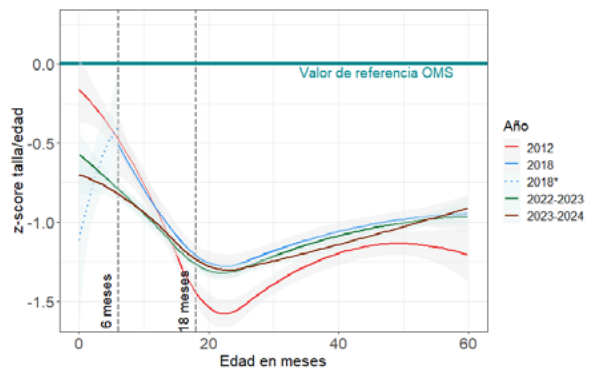


EDUCACIÓN DE LA MADRE

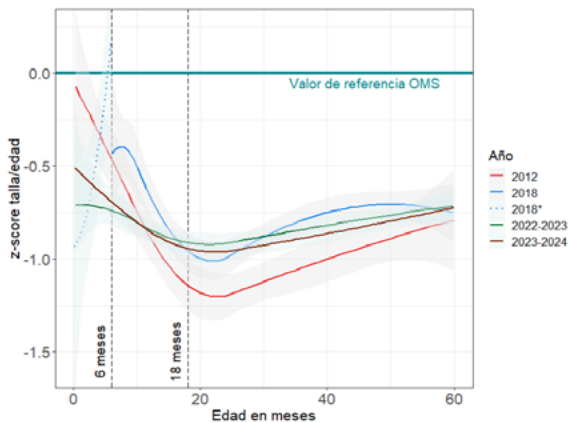
a) Primaria / Básica



b) Secundaria



c) Amazonía



Fuente: Elaboración propia con base en los de ENSANUT, 2012, 2018; ENDI 2022-2023, 2023-2024.

ANEXO 3. Análisis de la relación de los servicios del paquete priorizado con el crecimiento de los niños.

En este Anexo se presenta los resultados de un análisis estadístico que busca medir cómo distintos servicios del paquete priorizado se relacionan con la evolución del crecimiento infantil.

Para ello, se utilizó como variable dependiente la variación en el z-score de talla para la edad de cada niño, comparando el valor observado en los trimestres cuarto, quinto y sexto de vida con el que ese mismo niño tenía en su primer semestre de edad,

según los datos de la LIS que se recabaron en la ENDI 2023-2024. En términos formales, se utilizó el indicador ΔHAZ , que resume la velocidad de crecimiento del niño en las dos ventanas de tiempo consideradas. Un valor cercano a 0 indica que el niño se mantiene en su “carril” de crecimiento, mientras que valores negativos señalan una desaceleración del crecimiento.

Se estimaron dos tipos de modelos para analizar la asociación entre los servicios del paquete priorizado y la evolución del crecimiento infantil.

1. Modelo de regresión lineal (OLS): La variable dependiente corresponde a la variación en ΔHAZ de cada niño entre los trimestres cuarto, quinto y sexto, y el primer trimestre de vida:

$$\Delta HAZ_i = \alpha + \beta X_i + \gamma Z_i + \epsilon_i$$

Donde:

X_i representa las variables de acceso a servicios del paquete priorizado: controles oportunos, vacunación oportuna, bono 1.000 días, otras transferencias monetarias, servicio CNH por cohorte de nacimiento del niño

Z_i incluye los controles (cohorte de nacimiento, provincia, nivel educativo materno, autoidentificación étnica, condición de pobreza y área de residencia)

ϵ_i es el término de error

2. Modelos logit: Se definieron variables dicotómicas que indican si el niño alcanzó distintos puntos de corte en la variable ΔHAZ :

$$Y_i^c \begin{cases} 1, & \text{si } \Delta HAZ_i \geq c \\ 0, & \text{si } \Delta HAZ_i < c \end{cases}$$

Con $c \in \{-1, -0.5, -0.25, 0, 0.25, 0.5, 1\}$

La especificación en este caso es:

$$\Pr(Y_i^c = 1) = \frac{1}{1 + e^{-(\alpha + \beta X_i + \gamma Z_i)}}$$

La Tabla A3.1 muestra los resultados estimados:

Tabla A3.1: Regresiones de cambios en el z score de talla para la edad frente a servicios del paquete priorizado

a) Resultados de Modelo de Regresión Lineal y Modelo Logit (Log-Odds)

Variable	OLS	Logit						
	ΔHAZ	$\Delta\text{HAZ}_{\geq -1}$	$\Delta\text{HAZ}_{\geq -0,5}$	$\Delta\text{HAZ}_{\geq -0,25}$	$\Delta\text{HAZ}_{\geq 0}$	$\Delta\text{HAZ}_{\geq 0,25}$	$\Delta\text{HAZ}_{\geq 0,5}$	$\Delta\text{HAZ}_{\geq 1}$
Controles oportunos (al menos 10)	0,079* (0,041)	0,258** (0,112)	0,236*** (0,087)	0,232*** (0,084)	0,144* (0,086)	0,092 (0,093)	0,015 (0,105)	-0,031 (0,148)
Vacunación oportuna	-0,044 (0,036)	-0,053 (0,094)	-0,037 (0,076)	-0,096 (0,074)	-0,073 (0,077)	-0,062 (0,083)	-0,114 (0,094)	-0,215 (0,134)
Bono 1.000 días	0,103* (0,058)	0,335** (0,164)	0,378*** (0,126)	0,199* (0,120)	0,064 (0,124)	0,016 (0,138)	0,080 (0,156)	0,014 (0,230)
Otras transferencias monetarias	-0,058 (0,038)	-0,198** (0,096)	-0,051 (0,080)	-0,088 (0,079)	-0,075 (0,082)	-0,104 (0,090)	-0,119 (0,101)	-0,156 (0,144)
Servicio CNH	-0,042 (0,126)	-0,392 (0,351)	-0,372 (0,277)	-0,108 (0,262)	-0,180 (0,261)	0,313 (0,271)	0,053 (0,295)	-0,093 (0,396)
Cohorte 2020 x Servicio CNH	0,054 (0,147)	0,342 (0,401)	0,385 (0,319)	0,268 (0,304)	0,384 (0,304)	0,017 (0,319)	0,245 (0,349)	0,213 (0,469)
Cohorte 2021 x Servicio CNH	-0,036 (0,140)	0,288 (0,382)	0,183 (0,304)	-0,007 (0,291)	-0,002 (0,293)	-0,414 (0,306)	-0,141 (0,333)	-0,199 (0,447)
Cohorte 2022 x Servicio CNH	0,015 (0,134)	0,314 (0,372)	0,210 (0,293)	0,020 (0,278)	0,167 (0,279)	-0,312 (0,291)	-0,055 (0,319)	-0,025 (0,432)
Cohorte 2023 x Servicio CNH	0,027 (0,152)	0,245 (0,422)	0,595* (0,331)	0,202 (0,316)	0,184 (0,319)	-0,526 (0,339)	-0,228 (0,378)	0,074 (0,523)
N	4,275	4,275	4,275	4,275	4,275	4,275	4,275	4,275
R cuadrado	0,030							
R cuadrado ajustado	0,020							
RMSE	0,98	0,39	0,48	0,49	0,48	0,44	0,39	0,29

Nota: En la primera fila se presentan los coeficientes y en la segunda fila los errores estándar. *** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$. Todas las regresiones se controlan por cohorte de nacimiento, provincia, educación materna, autoidentificación étnica, condición de pobreza y área de residencia.

b) Resultados de Modelo de Regresión Lineal y Modelo Logit (Efectos marginales)

Variable	OLS	Logit						
	ΔHAZ	$\Delta\text{HAZ}_{\geq -1}$	$\Delta\text{HAZ}_{\geq -0,5}$	$\Delta\text{HAZ}_{\geq -0,25}$	$\Delta\text{HAZ}_{\geq 0}$	$\Delta\text{HAZ}_{\geq 0,25}$	$\Delta\text{HAZ}_{\geq 0,5}$	$\Delta\text{HAZ}_{\geq 1}$
Controles oportunos (al menos 10)	0,079* (0,041)	0,0374** (0,0154)	0,0539*** (0,0195)	0,0564*** (0,0203)	0,0332* (0,0199)	0,018 (0,0185)	0,0024 (0,0165)	-0,0025 (0,0119)
Vacunación oportuna	-0,044 (0,036)	-0,0081 (0,5771)	-0,0086 (0,0177)	-0,0234 (0,018)	-0,0165 (0,0173)	-0,0119 (0,0159)	-0,0175 (0,0141)	-0,0169* (0,01)
Bono 1.000 días	0,103* (0,058)	0,0469** (0,021)	0,0847*** (0,0269)	0,0484* (0,0291)	0,0148 (0,0287)	0,0032 (0,019)	0,0127 (0,0253)	0,0011 (0,019)
Otras transferencias monetarias	-0,058 (0,038)	-0,0308 (0,0152)	-0,0118 (0,0186)	-0,0213 (0,0191)	-0,0169 (0,0186)	-0,02 (0,0172)	-0,0182 (0,0153)	-0,0124 (0,0111)
Servicio CNH	-0,042 (0,126)	-0,016 (0,0132)	-0,0239 (0,0165)	-0,0078 (0,0169)	-0,0053 (0,0164)	0,0056 (0,0152)	0,0019 (0,0137)	-0,0088 (0,0099)
Cohorte 2020 x Servicio CNH	0,054 (0,147)	-0,0078 (0,0308)	0,0031 (0,0378)	0,039 (0,0389)	0,0477 (0,0384)	0,0676 (0,0362)	0,0494 (0,0328)	0,011 (0,0247)
Cohorte 2021 x Servicio CNH	-0,036 (0,140)	-0,0182 (0,0273)	-0,0457 (0,0322)	-0,0278 (0,0321)	-0,0403 (0,0307)	-0,0192 (0,0286)	-0,0145 (0,0265)	-0,0266 (0,0198)
Cohorte 2022 x Servicio CNH	0,015 (0,134)	-0,0115 (0,019)	-0,0374 (0,0241)	-0,0215 (0,0248)	-0,0029 (0,0241)	0,0003 (0,022)	-0,0004 (0,0195)	-0,0087 (0,0137)
Cohorte 2023 x Servicio CNH	0,027 (0,152)	-0,0203 (0,0329)	0,0519 (0,0428)	0,0229 (0,0438)	0,001 (0,0424)	-0,0394 (0,0382)	-0,0243 (0,033)	-0,0013 (0,0228)
N	4,275	4,275	4,275	4,275	4,275	4,275	4,275	4,275
R cuadrado	0,030							
R cuadrado ajustado	0,020							
RMSE	0,98	0,39	0,48	0,49	0,48	0,44	0,39	0,29

Nota: En la primera fila se presentan los coeficientes y en la segunda fila los errores estándar. *** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,1$. Todas las regresiones se controlan por cohorte de nacimiento, provincia, educación materna, autoidentificación étnica, condición de pobreza y área de residencia. Los resultados de las interacciones permiten observar cómo se relaciona la participación en el servicio CNH con la variación en el estado nutricional para cada cohorte de nacimiento.

ANEXO 4. Descripción detallada de las recomendaciones y retos pendientes para acelerar la reducción de la DCI y transicionar a la primera infancia

Este Anexo presenta las principales recomendaciones técnicas y los retos pendientes por entidad para acelerar la reducción de la DCI y avanzar hacia un enfoque integral de primera infancia. Incluye acciones prioritarias, ajustes normativos, mejoras operativas y mecanismos de coordinación que cada institución debe abordar.

Tabla 1. Matriz de retos y recomendaciones por entidad

Institución	Corto plazo	Mediano/Largo plazo
<p>GOBERNANZA Y COORDINACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participan el MDH, MSP, Registro Civil, MINEDUC, MEF, INEC y los GADs. • La Vicepresidencia de la República desempeña un rol clave conforme a las competencias que le han sido asignadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer con precisión los roles de cada institución dentro de un marco amplio de gobernanza, que asegure procesos de rendición de cuentas, y toma de decisiones ágiles y oportunas tanto a nivel central como territorial. • Consolidar el SUUSEN como padrón nominal interinstitucional y expandir al seguimiento en la primera infancia. • Planificar la oferta de los servicios tomando en cuenta la demanda nominalizada (padrón nominal). • Diseñar e implementar una estrategia de comunicación integral para comunicar mensajes únicos desde todas las instituciones. 	
MSP	<ul style="list-style-type: none"> • Consejerías y promoción de prácticas alimentarias adaptadas localmente en controles de salud. • Incrementar productividad del personal de salud. • Aumentar cobertura de controles oportunos. • Monitorear calidad de prestaciones. • Fortalecer capacidades en puntos de atención (listas de verificación, antropometría, supervisión). 	<ul style="list-style-type: none"> • Automatizar procesos logísticos.
MDH	<ul style="list-style-type: none"> • Ajustar y promover consejerías familiares de prácticas alimentarias locales y sesiones demostrativas en el servicio CNH. • Mejorar regularidad y calidad de visitas CNH. • Promover cuidado afectivo, apego seguro y lactancia materna en visitas. • Fortalecer operatividad del Bono 1.000 días para incentivar la demanda de servicios del paquete priorizado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar capacitación continua y aprendizaje entre pares. • Fortalecer los CDI en aspectos clave que impactan el desarrollo infantil, y evaluar modalidades alternativas costo efectivas para ampliar la oferta de servicios, especialmente en zonas con baja cobertura.

<p>MINEDUC</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuaciones culturales en programas de educación inicial. • Incorporar pertinencia cultural en currículos y formación docente. • Plantear un ingreso priorizado de niños vulnerables que egresan de los servicios de otras instituciones (visión nominal). • Armonizar instrumentos de medición de desarrollo infantil en ENDI y readecuar los instrumentos usados en la actualidad (IDIIs en MDH). 	<ul style="list-style-type: none"> • Adoptar mensajes integrados de comunicación.
<p>Registro Civil</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inscripción temprana de nacimientos. 	
<p>INEC</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sostener la ENDI como instrumento de monitoreo anual y de guía para las asignaciones presupuestarias de cada ejercicio fiscal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Complementar la ENDI con módulos sobre desarrollo infantil y apego seguro. • Uso de la ENDI para medición de indicadores clave con metas claras que informen a la política de primera infancia.
<p>MEF</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar que el presupuesto esté alineado con el paquete priorizado de prestaciones para la DCI y aquellas que se definan para la primera infancia. • Definir reglas para proteger recursos estratégicos, principalmente en escenarios con restricciones fiscales. • Monitorear la eficiencia en el gasto de personal de MSP, MDH y MINEDUC. 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorear las intervenciones con información de SUUSEN y la ENDI.
<p>GADs</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar el 10% del presupuesto municipal a programas sociales complementarios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar soluciones costo-efectivas para proveer agua segura a los hogares. • Fortalecer comités locales de salud con capilaridad territorial.



GRUPO BANCO MUNDIAL

Con el apoyo de:

