

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE ECONOMÍA Y GESTIÓN EMPRESARIAL
CARRERA ECONOMÍA**

**Plan de Trabajo de Integración Curricular previo
a la obtención del título de Economista**

Artículo Académico

***Factores socioeconómicos y demográficos que influyen en la
Desnutrición Crónica Infantil en Ecuador 2024***

Santiak Ismael Toapanta Martínez
sitoapanta@puce.edu.ec

Director/a: Andrea Elizabeth Bedoya Ramos
aebedoya@puce.edu.ec

Quito, julio de 2025

Resumen

El presente estudio analiza los factores socioeconómicos y demográficos que influyen en la desnutrición crónica infantil (DCI) en Ecuador, a partir de la Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil (ENDI 2023-2024), se aplica un modelo logit binario para identificar las variables que aumentan o reducen la probabilidad de que un niño menor de cinco años padezca DCI. La metodología incluye una estimación general para todo el país y una comparación diferenciada entre las regiones Sierra y Costa, con el fin de evidenciar cómo el contexto geográfico puede alterar el efecto de ciertos factores. Los resultados muestran que variables como la educación materna, la etnia, la pobreza por ingresos, el número de hijos y la residencia rural están significativamente asociadas a la DCI. Por ejemplo, los niños con madres que tienen educación superior presentan una reducción aproximada de 81 puntos porcentuales en la probabilidad de DCI en comparación con aquellos cuyas madres no tienen instrucción. De forma similar los niños indígenas mantienen una probabilidad de DCI mucho mayor frente a otros grupos étnicos, mientras que los hogares rurales registran un incremento de 24 puntos porcentuales frente a los urbanos. Al realizar un modelo logit por cada región, se observa que en la Costa la pobreza por ingresos tiene un efecto significativo, incrementando en aproximadamente 43 puntos porcentuales la probabilidad de DCI. En cambio, en la Sierra esta variable no resulta estadísticamente significativa, lo que podría explicarse por el menor número de observaciones en esta región o por el hecho de que las condiciones estructurales de pobreza en la Costa absorben mayor peso en el modelo general.

Palabras clave: Desnutrición crónica infantil, Determinantes socioeconómicos, Pobreza infantil, Desigualdades territoriales, Modelo logit

Abstract

This study analyzes the socioeconomic and demographic factors that influence chronic child undernutrition (stunting) in Ecuador. Using data from the 2023 National Child Undernutrition Survey (ENDI), a binary logit model is applied to identify the variables that increase or reduce the probability of children under five suffering from stunting. The methodology includes a national-level estimation and a regional comparison between the Sierra and Costa, in order to explore how geographic context can alter the effect of certain factors. The results show that variables such as maternal education, ethnicity, income poverty, number of children, and rural residence are significantly associated with stunting. For example, children whose mothers have higher education show a reduction of approximately 81 percentage points in the probability of stunting compared to those whose mothers have no schooling. Similarly, indigenous children have considerably higher probabilities of stunting than other ethnic groups, while rural households show an increase of 24 percentage points compared to urban ones. When running a separate logit model for each region, income poverty shows a significant effect in the Coastal region, increasing the probability of chronic child undernutrition by approximately 43 percentage points. In contrast, in the Highlands, this variable is not statistically significant, which could be due to the smaller number of observations in that region or because structural poverty conditions in the Coast carry more weight in the overall model.

Keywords: Child stunting, Socioeconomic determinants, Child poverty, Territorial inequalities, Logit model

Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud – OMS (2020), la desnutrición infantil es una enfermedad que afecta el crecimiento y desarrollo de los niños/as. Esta se clasifica en tres tipos: la emaciación que ocurre cuando el niño/a tiene un peso demasiado bajo para su estatura; la insuficiencia ponderal que se presenta cuando el peso es inferior al esperado para su edad; y la desnutrición crónica infantil (DCI) que se manifiesta cuando la talla es más baja de lo normal para su edad. La OMS (2020) determina mediante tablas los rangos promedios para establecer desnutrición, un niño/a con desnutrición crónica estará por debajo del promedio con -2 desviaciones estándar.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF (2020) indica que la desnutrición crónica infantil no solo es un problema de crecimiento físico, sino que afecta múltiples dimensiones del desarrollo humano desde los primeros años de vida, esto implica también que puede afectar su capacidad de aprendizaje y su salud a largo plazo. De acuerdo con Organización Panamericana de la Salud - OPS (2023), la desnutrición infantil no se debe únicamente a la falta de alimentos, sino que está relacionada con múltiples factores como infecciones frecuentes, condiciones de vida inadecuadas y acceso limitado a servicios básicos.

Uno de los efectos más evidentes de la desnutrición crónica infantil es el retraso en el crecimiento visible cuando un niño/a presenta una talla menor a la esperada para su edad, este es el resultado de que su organismo ha sido privado durante un tiempo prolongado de los nutrientes necesarios para desarrollarse correctamente, esto no solo limita su crecimiento, sino también la maduración de órganos como el cerebro, sistema inmunológico y sistema nervioso (UNICEF, 2020). Investigaciones médicas han demostrado que la desnutrición prolongada durante la infancia puede generar daños irreversibles en el desarrollo cognitivo, disminuyendo la capacidad de aprendizaje, reduciendo la memoria funcional y afectando el rendimiento escolar (Grantham-McGregor et al., 2007).

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe - CEPAL y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura – FAO (2017) señalan que los niños/as que padecen desnutrición crónica tienen menos oportunidades de alcanzar un nivel educativo alto y es así como en el futuro la inserción laboral se ve afectada; esto los expone a empleos precarios, ingresos bajos que perpetúan y hacen generacional la situación de pobreza en la que crecieron. Además, presentan mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles en la edad adulta como hipertensión, obesidad o diabetes debido a los efectos duraderos que tuvo la falta de nutrientes en su metabolismo (Victoria et al., 2008). El Banco Mundial (2006) menciona que la desnutrición infantil no solo representa un problema de salud pública, sino un obstáculo estructural para el desarrollo económico y social, ya que, afecta la formación de capital humano desde las etapas más tempranas de la vida.

En el año 2022 se registraron 148,1 millones de niños/as menores de cinco años con desnutrición crónica en el mundo, esta cifra representa el 22,3 % del total de niño/as en ese grupo de edad lo que equivale a aproximadamente a que uno de cada cinco niños/as es afectado por retraso en el crecimiento. La distribución de estos casos no es uniforme, ya que la mayor carga se concentra en Asia meridional donde se reportan 83,8 millones de casos y en África subsahariana con 45 millones de niño/as afectados y en regiones como América Latina y el Caribe presentan cifras menores con alrededor de 5,5 millones de casos de desnutrición crónica (UNICEF, OMS y Banco Mundial, 2023).

En América Latina se han llevado a cabo diferentes acciones para reducir la desnutrición crónica infantil como por ejemplo la implementación de programas de transferencias monetarias condicionadas que entregan apoyo económico a las familias más pobres a cambio de que lleven a sus hijos a controles de salud o los mantengan en el sistema educativo. Programas como "Oportunidades" en México, "Bolsa Familia" en Brasil y el "Bono de Desarrollo Humano" en Ecuador han sido reconocidos por su impacto en la mejora de la nutrición infantil (CEPAL y FAO, 2017).

A nivel regional se han impulsado estrategias como el Plan de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la CELAC, que busca garantizar el derecho a una alimentación adecuada con un enfoque integral (FAO, 2015). Además,

organismos como la FAO, UNICEF y la OPS han trabajado con los gobiernos para fortalecer políticas públicas que promuevan la lactancia materna, mejoren el acceso a servicios básicos y refuercen los sistemas de seguimiento nutricional. Estos avances han sido desiguales entre países y dentro de cada territorio debido a que las zonas rurales, indígenas o con alta pobreza siguen enfrentando barreras. Por esto, se insiste en que las políticas deben enfocarse en los primeros mil días de vida del niño y adaptarse a las condiciones específicas de cada región (UNICEF, 2020).

De acuerdo con UNICEF (2020) las causas de la desnutrición infantil se organizan en tres niveles. En primer lugar, se encuentran los factores inmediatos que afectan directamente al niño/a con una alimentación deficiente o la presencia frecuente de enfermedades. En un segundo nivel están los factores subyacentes o intermedios, que comprenden aspectos del entorno familiar como la calidad del cuidado infantil, la disponibilidad de alimentos en el hogar y el acceso a servicios básicos de salud, agua potable y saneamiento, educación de la madre, etnia y total de hijos en el hogar. Finalmente, en la base del problema se ubican los factores básicos o estructurales que incluyen factores como la pobreza por ingresos, pobreza por necesidades básicas insatisfechas, área de residencia, región, exclusión social, estos factores condicionan todo el contexto en el que se desarrolla el niño/a. De acuerdo con Flores Muñoz y Congacha Ortega (2021) este marco conceptual utilizado para analizar los factores asociados a la desnutrición crónica infantil permite clasificarlos en estos tres grupos interdependientes, donde los factores básicos afectan a los subyacentes, y estos a su vez influyen en los inmediatos.

La desnutrición crónica infantil es conceptualizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) como una condición provocada por una privación prolongada de nutrientes esenciales, sin embargo, distintos organismos como UNICEF (2020) y el Banco Mundial (2006) indican que se trata de un fenómeno estructural vinculado a condiciones sociales que afectan el entorno infantil desde los primeros años. La CEPAL (2021) señala que la pobreza, el acceso limitado a servicios básicos, la exclusión territorial y la imposibilidad de ejercer derechos fundamentales configuran un contexto de desventaja acumulada que favorece la reproducción de esta problemática.

En Ecuador la atención al estado alimentario y nutricional de la niñez ha sido una preocupación constante reflejada en una serie de levantamientos estadísticos iniciados en 1986 con el Diagnóstico de la Situación Alimentaria, Nutricional y de Salud de la Población Ecuatoriana (DANS). A lo largo del tiempo el país ha desarrollado encuestas como la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN), las Encuestas de Condiciones de Vida (ECV 2006 y 2014), las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición (ENSANUT 2012 y 2018). Este proceso se consolidó con la implementación de la Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil (ENDI), cuyas rondas 1 y 2 se realizaron en los periodos 2022–2023 y 2023–2024 bajo la responsabilidad del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

A partir del año 2021 el país fortaleció su respuesta institucional con la implementación de la Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil (ENCS-DI) liderada por la Vicepresidencia de la República. Esta política pública tiene como objetivo principal reducir de manera sostenible la prevalencia de la desnutrición crónica infantil en menores de dos años mediante intervenciones articuladas en salud, nutrición, calidad del agua, saneamiento y protección social, con énfasis en los primeros mil días de vida. Las acciones de la estrategia se centran en los grupos históricamente más vulnerables: niños/as en situación de pobreza, de zonas rurales y pertenecientes a pueblos y nacionalidades indígenas (Vicepresidencia del Ecuador, 2022).

En Ecuador la Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil tiene como estrategia buscar y coordinar acciones entre distintas instituciones del Estado y trabajar de forma articulada en áreas como salud, nutrición, protección social, agua y saneamiento. Su enfoque está centrado en los primeros mil días de vida del niño/a, esto es debido a que es el periodo más crítico para prevenir la desnutrición (Vicepresidencia del Ecuador, 2022). Dentro de esta política, se han desarrollado programas como el bono por los mil días primeros días, que entrega un apoyo económico a madres embarazadas en situación de vulnerabilidad. El objetivo de este bono es garantizar que durante el embarazo y los primeros meses de vida del bebé exista acceso a controles de salud y a una alimentación adecuada, lo cual puede marcar una diferencia en el desarrollo físico y cognitivo del niño/a (Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil, 2023).

A pesar de los avances en políticas públicas y de la implementación de estrategias para reducir la desnutrición crónica infantil, el problema persiste en Ecuador. Según la Encuesta Nacional de Desnutrición Infantil (ENDI 2022–2023), el 17,5 % de los niños menores de cinco años presentan retraso en talla, lo cual representa una condición de desnutrición crónica (INEC, 2023). Esta cifra revela que los esfuerzos realizados no han logrado modificar de forma suficiente las condiciones que afectan el desarrollo infantil, sobre todo en zonas rurales, comunidades indígenas y hogares con pobreza y baja escolaridad. Tal como advierte la UNICEF (2020), los factores económicos y sociales siguen siendo una barrera para garantizar una alimentación adecuada, el acceso a controles de salud y un entorno que favorezca el crecimiento en la primera infancia.

Frente a esta realidad se vuelve necesario generar evidencia que permita comprender con mayor claridad qué variables inciden en la desnutrición crónica infantil en el país y qué tanto influyen estos factores en la probabilidad de que un niño tenga DCI. Esta investigación analiza los factores sociales, económicos y territoriales que están relacionados con esta condición en base a los datos de la ENDI. Además, realizará una comparación entre la región Costa y la región Sierra, ya que existen diferencias territoriales que podrían influir en los resultados. Como señalan la FAO y la CEPAL (2022), la pobreza, el acceso desigual a servicios no afectan de la misma forma en todo el territorio, por lo que es clave estudiar estos factores desde una perspectiva regional para orientar mejor las políticas públicas.

El trabajo se organiza de la siguiente manera, primero la introducción explica el problema y los objetivos del estudio; luego la revisión de literatura en la que se analizan los conceptos clave; después se describe la metodología, los resultados y discusión obtenidos a partir de los datos de la ENDI y finalmente, se presentan las conclusiones.

Revisión de Literatura

Economía de la salud

La economía de la salud estudia la asignación de los recursos en el sistema sanitario y cómo estas decisiones influyen en los resultados en la salud, es decir, analiza la relación entre el bienestar económico y las condiciones sanitarias de una población (Zweifel, Breuer y Rotte, 1999). Grossman (1972) propuso un modelo en el que la salud se entiende como capital que se acumula a lo largo del tiempo, dando como resultado que los hogares invierten en salud desde edades tempranas y esta inversión depende del nivel educativo, ingreso familiar, información disponible y el acceso a servicios. Alderman (2011) sostiene que los déficits nutricionales en la niñez reducen el desarrollo cognitivo, productividad e ingresos futuros, por lo que la desnutrición crónica debe entenderse como una barrera estructural al desarrollo individual y social.

Según Gálvez González (2003) el objetivo de la economía de la salud es lograr que las decisiones en políticas públicas tomen en cuenta no solo la eficiencia económica, sino también la equidad en el acceso a servicios y permite articular las prioridades sanitarias con la realidad económica de cada país, esto resulta clave en contextos con recursos limitados. Además, implica no solo mirar el costo de los tratamientos, sino también valorar el impacto social que tiene prevenir enfermedades desde etapas tempranas como en la infancia.

Uno de los aportes más importantes de la economía de la salud es el análisis de los factores sociales y económicos que influyen en el bienestar como nivel educativo, ingresos del hogar, acceso a agua potable y el entorno geográfico son variables que determinan el estado nutricional de los niños/as. Como sostiene Mushkin (1999), la salud debe ser vista como una forma de capital humano, ya que mejora la productividad, reduce desigualdades y tiene efectos positivos en el desarrollo económico a largo plazo. La inversión en salud abarca más que un gasto social, es decir también contiene una estrategia clave para romper el ciclo de pobreza y enfermedad que afecta a las familias.

Como señala Gálvez González (2003) que la economía de la salud proporciona herramientas para evaluar qué programas o intervenciones son más eficaces y sostenibles, por lo que a través de metodologías como el análisis costo-efectividad o el análisis costo-utilidad es posible comparar distintas opciones de política pública y priorizar aquellas que generan mayor impacto con menos recursos. Estas evaluaciones son especialmente

útiles en países como Ecuador, en la que los recursos deben distribuirse con criterios basadas en evidencia para enfrentar problemas complejos como la desnutrición crónica infantil desde un enfoque integral.

Seguridad Alimentaria

La FAO (1996) define la seguridad alimentaria como la situación en la que todas las personas tienen acceso físico, social y económico a alimentos suficientes, seguros y nutritivos para llevar una vida activa y saludable; el acceso a dichos alimentos debe mantenerse de forma constante en el tiempo, ya que existen restricciones en el ingreso, empleo o infraestructura que no pueden garantizar una dieta adecuada. Pinstrop-Andersen (2009) señala que la seguridad alimentaria infantil se sostiene sobre cuatro pilares fundamentales: la disponibilidad que se refiere a la existencia física de alimentos suficientes; el acceso que implica la capacidad económica y social de adquirir esos alimentos; el uso biológico que depende de la salud, conocimiento y condiciones del hogar para preparar y aprovechar los nutrientes; y la estabilidad que se relaciona con la continuidad del acceso en el tiempo.

La FAO (2022) sostiene que la inseguridad alimentaria se refleja en la incapacidad de las familias para mantener una dieta nutritiva de forma constante y esta constituye una causa profunda de la desnutrición infantil; dicha situación se ve agravada por la informalidad laboral, falta de acceso a tierras productivas y la debilidad de los sistemas de protección social lo que evidencia que las raíces del problema no están únicamente vinculadas con la alimentación, sino con factores socioeconómicos que perpetúan la desnutrición crónica Infantil (World Bank, 2023; UNICEF, 2022). En zonas rurales o geográficamente aisladas la situación es más crítica por el acceso limitado a servicios de agua potable, saneamiento, salud y educación aumenta el riesgo de enfermedades que interfieren con la absorción de nutrientes (Goudet et al., 2022). Estos determinantes sociales de la salud como los denomina la OMS (2021), revelan que el entorno donde nacen y crecen los niño/as condiciona profundamente sus oportunidades de desarrollo.

Según Maxwell y Smith (1992) los hogares en situación de inseguridad alimentaria toman decisiones como reducir la cantidad o calidad de la dieta, priorizar a los adultos y posponer la atención médica, dichas estrategias de supervivencia generan consecuencias negativas en la salud infantil. La UNICEF (2020) advierte que los contextos rurales, zonas con baja cobertura estatal y hogares encabezados por mujeres en condiciones de pobreza enfrentan mayores barreras para garantizar la seguridad alimentaria de sus hijos, es por esto que las políticas de nutrición deben considerar no solo la entrega de alimentos, sino también el fortalecimiento de los sistemas de agua potable, saneamiento, educación y cuidado infantil.

La UNICEF (2020) explica que los factores de la desnutrición infantil se dividen en tres niveles. Las inmediatas tienen que ver con la alimentación y la salud del niño. Las subyacentes están relacionadas con el entorno familiar como el cuidado, el acceso a agua o servicios de salud. Y las estructurales son las más profundas porque reflejan condiciones como la pobreza, región o la exclusión social. Estas últimas influyen en todo lo demás y hacen más difícil que los niños crezcan sanos.

Factores determinantes de la desnutrición crónica infantil

Factores inmediatos

Instituciones como UNICEF (2020) y la OMS (2021) revelan que los factores inmediatos de la desnutrición crónica infantil actúan directamente sobre el niño o niña y están relacionadas con una ingesta alimentaria insuficiente o con enfermedades que afectan la absorción de nutrientes, además indica que la calidad de la dieta, prácticas de lactancia y la frecuencia de enfermedades infecciosas son determinantes clave en los primeros años de vida.

En África Subsahariana Goudet et al. (2022) se encontró que factores como el bajo peso al nacer, el sexo masculino y la falta de visitas prenatales aumentan el riesgo de retraso en el crecimiento. Además, las infecciones gastrointestinales comunes en entornos sin acceso a saneamiento básico interfieren en la absorción de nutrientes y agravan el estado nutricional del niño/a.

De acuerdo con el Banco Mundial (2006) una dieta deficiente en los primeros dos años de vida, combinada con infecciones frecuentes puede tener efectos irreversibles en el desarrollo físico y cognitivo, lo que justifica la atención prioritaria en la etapa de los primeros mil días. A esto se suma la necesidad de garantizar prácticas adecuadas de lactancia y alimentación complementaria, elementos que han sido poco visibilizados en algunas estrategias de intervención a pesar de su impacto directo en las tasas de desnutrición.

Según la FAO (2022), la presencia frecuente de enfermedades infecciosas durante los primeros años de vida, como diarreas o infecciones respiratorias dificulta la absorción de nutrientes y aumenta el riesgo de desnutrición crónica. Esto ocurre con mayor frecuencia en contextos donde el acceso a servicios de salud es limitado y las condiciones de saneamiento básico son deficientes. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de México (ENSANUT, 2018) también revela que la exposición continua a estas enfermedades, especialmente durante los primeros 24 meses estaba fuertemente relacionada con el retraso en talla.

Según UNICEF (2020), la falta de una lactancia materna adecuada sería otra causa inmediata que influye en la desnutrición crónica. La organización destaca que la lactancia exclusiva hasta los seis meses de vida puede reducir considerablemente el riesgo de desnutrición, ya que aporta los nutrientes necesarios y fortalece el sistema inmunológico del niño o niña. Sin embargo, en muchos países de América Latina esta práctica no se cumple de forma generalizada, en el caso puntual de Ecuador los datos de la ENDI muestran variaciones en las prácticas de lactancia según el lugar de residencia, el nivel de instrucción de la madre y la situación económica del hogar.

Factores Subyacentes

Los factores subyacentes son condiciones del entorno familiar y comunitario que influyen en el acceso a alimentos, servicios de salud y cuidado infantil que afectan indirectamente el estado nutricional del niño o niña, es por esto que no actúan de forma inmediata como las infecciones o la falta de nutrientes, pero crean el contexto en el que estas situaciones ocurren. Aspectos como el nivel educativo de la madre, el saneamiento del hogar, la economía familiar o el tiempo disponible para el cuidado son parte de este grupo de causas que configuran el entorno cotidiano del niño (UNICEF, 2020).

De acuerdo con la FAO (2022), al momento en que una familia no tiene acceso a condiciones mínimas como vivienda digna, servicios sanitarios adecuados, educación o acceso estable a alimentos, los niños/as enfrentan un entorno que limita su crecimiento desde los primeros años de vida. Estas condiciones afectan el desarrollo físico y cognitivo de los menores, ya que incrementan el riesgo de enfermedades y reducen las oportunidades de recibir atención médica oportuna, en este tipo de hogares incluso si los alimentos están disponibles, los factores del entorno impiden que el niño o niña tenga un desarrollo saludable.

UNICEF (2020) advierte que las condiciones de saneamiento y acceso al agua potable son factores clave que influyen en el crecimiento infantil. Al momento en que una familia no tiene acceso regular a estos servicios, los niños/as estarían más expuestos a infecciones como diarreas o parásitos que afectan directamente la absorción de nutrientes. Es por esto que el organismo del niño no logra aprovechar completamente los nutrientes, lo que contribuye al retraso en talla.

UNICEF (2021) señala que uno de cada dos niños indígenas en Ecuador sufre desnutrición crónica, el doble de la media nacional, esto refleja una situación de exclusión histórica marcada por el acceso desigual a servicios de salud, educación, agua potable y protección social que impide garantizar condiciones mínimas de desarrollo para la infancia en estos territorios.

Domínguez (2022) analizó comunidades indígenas en Panamá y encontró que la combinación de carencias en educación, salud, vivienda y acceso a servicios básicos se relaciona estrechamente con tasas altas de desnutrición crónica. Las condiciones además de dificultar el acceso a una alimentación adecuada también limitan la posibilidad de recibir atención médica oportuna y de mantener hábitos de higiene que prevengan enfermedades.

La educación materna y el contacto con servicios de salud también marcan una diferencia. Kebede et al. (2023) explican que las madres que tienen al menos cuatro controles prenatales durante el embarazo tienden a tener hijos con menor riesgo de desnutrición. En India se demostró que los factores más asociados a la desnutrición crónica infantil incluyen el bajo nivel educativo de la madre, la pobreza del hogar, la falta de acceso a agua potable, saneamiento adecuado y las brechas regionales urbanas rurales. Los niño/as que viven en hogares pobres y cuyas madres no completaron la educación primaria presentan tasas significativamente más altas de retraso en el crecimiento. Por esto, la residencia rural y el acceso limitado a servicios básicos incrementan la probabilidad de desnutrición infantil (Menon 2020).

En este contexto Flores Muñoz y Congacha Ortega (2021) afirman que también debe considerarse el nivel educativo materno, ya que explica que las madres con mayor instrucción aplican mejores prácticas de cuidado y nutrición. Ntoimo y Odimegwu (2014) toman en cuenta la maternidad adolescente, es decir la edad de la madre y especialmente la relación con baja escolaridad asociada con la desnutrición infantil debido a una menor preparación emocional y a la limitada atención médica que pueda recibir. Rodríguez (2015) argumenta que el tiempo disponible y las condiciones en las que se realiza el cuidado infantil impactan directamente en el estado nutricional.

En África Subsahariana, la prevalencia de retraso en el crecimiento infantil alcanza aproximadamente el 41 %. Factores como la edad del niño/a, el género masculino, bajo peso al nacer, bajo nivel educativo de la madre, nivel de riqueza del hogar, falta de visitas prenatales, partos domiciliarios y la residencia rural fueron asociados de manera significativa con mayores tasas de desnutrición crónica infantil (Goudet et al., 2022).

En Colombia, un estudio encontró que el nivel promedio de riqueza de la comunidad tiene un efecto importante sobre la malnutrición crónica infantil, incluso más que el nivel socioeconómico individual del hogar. La probabilidad de desnutrición crónica fue mayor en niño/as cuyas madres presentaban bajos niveles de autonomía, acceso limitado al sistema de salud, antecedentes de maternidad adolescente y en hogares pertenecientes a los quintiles de riqueza más bajos (Camacho et al., 2018).

Adicionalmente, se ha observado que la cantidad de hijos en el hogar influye en la distribución de los recursos en hogares con más de seis hijos, la probabilidad de desnutrición aumenta significativamente, pues tanto el tiempo de cuidado como los alimentos deben distribuirse entre más niño/as, afectando la atención individual (Bronte y Gordon, 2004).

Factores Básicos

Según UNICEF (2020), la desnutrición crónica infantil no se explica únicamente por la escasez de alimentos, sino también por un conjunto de factores que condicionan y limitan el desarrollo infantil desde los primeros años de vida. La situación de pobreza es uno de los factores centrales que permite entender por qué ciertos grupos de la población, especialmente aquellos que viven en zonas rurales o en contextos históricamente excluidos, enfrentan mayores barreras para acceder a salud, educación o vivienda adecuada. En este sentido la CEPAL (2010) señala que la pobreza estructural se refiere más que solo a ingresos bajos, sino a una acumulación de desigualdades que se reproducen de forma intergeneracional, dichas desigualdades no responden a decisiones individuales, responden a patrones sociales y territoriales que reducen las oportunidades reales de bienestar y afectan especialmente a la infancia en condiciones de vulnerabilidad (UNICEF, 2023).

Según CEPAL y FAO (2017), la desnutrición crónica infantil refleja una acumulación de carencias materiales que impiden el ejercicio efectivo del desarrollo del niño/a. El Banco Mundial (2006) advierte que esta situación limita la formación de capital humano y constituye una barrera estructural para el crecimiento económico y la movilidad social. Por ello, organismos como la FAO (2022) y UNICEF (2020) insisten en que la desnutrición debe entenderse como un fenómeno multidimensional en el que intervienen pobreza, educación y geografía.

Según la Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil (ENDI 2023), en el quintil más pobre del país, la desnutrición afecta al 24 % de los niños menores de 2 años, mientras que en el quintil más rico, la cifra baja al 15,2 % (INEC, 2023). Esta diferencia evidencia que los hogares con menores ingresos enfrentan más

obstáculos para acceder a alimentos nutritivos, atención médica y servicios básicos, lo que afecta directamente al crecimiento infantil.

Rivera (2022) indica que, a pesar de la existencia de programas sociales, el país mantiene una de las tasas más altas de desnutrición crónica en América Latina, con un 23 %. El autor destaca que esta situación revela problemas de coordinación entre sectores, baja ejecución presupuestaria y poca sostenibilidad en las intervenciones públicas

De acuerdo con la ENDI, la región Sierra presenta una prevalencia de desnutrición crónica del 27,7 %, mientras que en la región Costa la cifra es de 16,3 % (INEC, 2023). Estas diferencias no solo se deben a factores geográficos, sino también a desigualdades en la infraestructura pública, cobertura de servicios básicos, e inversión institucional diferenciada entre territorios.

La región y el área geográfica también influyen, ya que los infantes que viven en zonas rurales o en la región Sierra del Ecuador presentan tasas más altas de desnutrición, debido a barreras geográficas y económicas que dificultan el acceso a alimentos nutritivos, educación y salud (INEC, 2023).

El Instituto Nacional de Estadística y Censos – INEC (2023) revela que la desnutrición crónica en Ecuador varía según el entorno social y territorial; la información estadística señala que los niños/as que viven en zonas rurales presentan una prevalencia más alta de retraso en talla para la edad en comparación con aquellos que residen en áreas urbanas. De igual forma, la población infantil perteneciente a pueblos y nacionalidades indígenas registra tasas superiores a las del promedio nacional. Si bien la encuesta no evalúa los mecanismos que explican estas diferencias, estudios como los de CEPAL (2010) y FAO (2022) han documentado que estas poblaciones suelen enfrentar condiciones estructurales desfavorables, como acceso limitado a educación, servicios de salud, saneamiento y oportunidades económicas.

En Ecuador en la región Sierra presenta históricamente tasas más altas de desnutrición crónica en comparación con la Costa, a pesar de tener mayor altitud y una dieta tradicional basada en productos andinos. Esta diferencia ha sido asociada con factores como menor acceso a servicios de salud, mayor dispersión poblacional y condiciones de pobreza estructural más marcadas en ciertas provincias serranas (UNICEF y Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2021).

Finalmente, el grupo étnico al que pertenece el niño/a también marca una diferencia. Los infantes indígenas presentan una prevalencia mucho mayor de desnutrición crónica que otros grupos, situación que está relacionada con la exclusión histórica, las condiciones precarias en las zonas rurales donde habitan y la baja cobertura de servicios públicos en esas áreas (Gatica, Victora y Barros, 2019).

Según la Encuesta Nacional de Desnutrición Infantil (ENDI) (2022–2023) el 17,5 % de los niños/as menores de cinco años en Ecuador presenta desnutrición crónica. Este dato revela la magnitud de un problema persistente que afecta el crecimiento físico durante la infancia, sin embargo, la ENDI no explica directamente las causas de esta condición, diversos organismos internacionales como UNICEF (2020) y la OMS (2021) han señalado que su prevalencia suele estar asociada a factores estructurales como pobreza, acceso limitado a servicios básicos, exclusión social y deficiencias en el cuidado infantil. Estos elementos podrían estar incidiendo en la situación observada en el país, y requieren ser analizados en el contexto ecuatoriano.

Metodología

Se aplicó un modelo logit binario para identificar cómo inciden los factores sociales, económicos y demográficos en la probabilidad de que un niño/a presente desnutrición crónica. Este tipo de análisis permitió estimar la relación entre las características observadas y la condición nutricional infantil. Además del modelo general este estudio propuso una comparación entre regiones para ver si los factores que explican la desnutrición crónica infantil cambian según el territorio. Por eso, se estimaron modelos separados para la región Costa y la región Sierra, con el fin de observar si ciertas variables tienen mayor o menor efecto dependiendo del contexto

geográfico. Esta diferencia pudo aportar una visión más específica sobre cómo se debe enfocar la política pública en cada zona.

La presente investigación adoptó un enfoque cuantitativo y un alcance correlacional, dado que su objetivo fue examinar cómo ciertas características socioeconómicas y demográficas se asocian con la probabilidad de que un niño o niña presente desnutrición crónica. Para este análisis se empleó una técnica estadística que permite estimar la relación entre variables y evaluar su intensidad. De acuerdo con Moral Peláez (2016) los modelos econométricos son herramientas que permiten representar fenómenos complejos mediante regresiones que vinculan una variable de interés con otras que podrían influir sobre ella, estos modelos pueden incluir tanto variables numéricas como categóricas y resultan útiles para realizar inferencias estadísticas. En estudios donde la variable dependiente es dicotómica como ocurre con la presencia o ausencia de desnutrición crónica infantil, se recomienda el uso de regresiones logísticas. El modelo de regresión logit emplea una función matemática que estima la probabilidad de ocurrencia del evento analizado y sus resultados se expresan en odds ratios, los cuales permiten interpretar la fuerza de los efectos de cada factor considerado (Moral Peláez, 2016).

Esta decisión metodológica se sustentó en antecedentes como los estudios realizados por Albuja (2022) y Flores Muñoz y Congacha Ortega (2021) quienes destacan que este tipo de modelos es especialmente adecuado para el análisis de problemas sociales donde la variable dependiente adopta dos categorías. Además, el uso de odds ratios facilitará la interpretación de los resultados, permitiendo evaluar la fuerza de asociación entre cada factor considerado y la presencia de desnutrición crónica infantil.

Los datos empleados en este estudio provinieron de la Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil (ENDI) – Ronda 2 (2023–2024), desarrollada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) cuyo propósito es identificar la magnitud de la desnutrición infantil en el país y analizar el impacto de las intervenciones orientadas a mejorar el estado nutricional de la niñez. Su elaboración se enmarca en la Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición (INEC, 2024). La ENDI Ronda 2 fue diseñada conforme a lineamientos técnicos nacionales e internacionales y con los Objetivos de Desarrollo Sostenible al 2030, dicha encuesta recoge datos detallados sobre condiciones individuales, familiares y del entorno.

La ENDI cuenta con varias bases de datos que recogen información relevante para el estudio. En este caso se utilizaron cuatro de las seis disponibles, ya que son las que contienen las variables necesarias para responder al objetivo de investigación. Las bases seleccionadas fueron: Personas, Hogar, Madres en Edad Fértil (MEF) y Salud en la Niñez. La base de *Personas* recoge información individual de todos los miembros del hogar, incluyendo la edad, sexo, etnia y relación con el jefe/a de hogar. La base de *Hogar* contiene datos sobre las condiciones materiales del hogar, acceso a servicios básicos y situación de pobreza. La base de *MEF* incluye variables relacionadas con la edad de la madre, su nivel educativo, estado civil, ocupación y antecedentes reproductivos. Finalmente, la base de *Salud en la Niñez* ofrece información detallada sobre el estado de salud de los niños menores de cinco años como el lugar donde reciben atención médica, si presentan enfermedades recientes y sus medidas antropométricas.

Modelo de regresión logística para desnutrición crónica infantil

$$\ln(\text{Pr}(\text{dcronica_i}=1) / (1 - \text{Pr}(\text{dcronica_i}=1))) = \beta_0 + \beta_1 X_{1i} + \beta_2 X_{2i} + \beta_3 X_{3i} + \beta_4 X_{4i} + \beta_5 X_{5i} + \beta_6 X_{6i} + \beta_7 X_{7i} + \beta_8 X_{8i} + \beta_9 X_{9i} + \beta_{10} X_{10i} + \beta_{11} X_{11i} + \beta_{12} X_{12i} + \beta_{13} X_{13i} + \mu_i$$

VARIABLES EXPLICATIVAS

X_1 = trabajo_madre (dummies: independiente, no remunerada; ref.: asalariada)

X_2 = centro_salud_grupo (Público / Privado / Otro)

X_3 = grupo_edad_niño (6–11, 12–23, 24–35, 36–47, 48–59 meses; ref.: 0–5 meses)

X_4 = sexo_niño (1 = mujer, 0 = varón)

X_5 = etnia (dummies: Afroecuatoriana, Montubia, Mestiza, Blanca/u otra; ref.: Indígena)

X_6 = edad_madre (años cumplidos)

X_7 = educacion_madre (dummies: secundaria o inferior, superior; ref.: primaria o menos)

X_8 = pobreza_ingresos (1 = pobre, 0 = no pobre)

X_9 = total_hijos (número total de hijos en el hogar)

X_{10} = pobreza_NBI (1 = necesidades básicas insatisfechas, 0 = no)

X_{11} = area (1 = rural, 0 = urbana)

X_{12} = cuidado_niño (dummies: madre, abuelos, otro)

X_{13} = region (dummies: Costa, Amazonía; ref.: Sierra)

En cuanto a las limitaciones de la metodología utilizada, Wooldridge (2015) advierte que los modelos econométricos basados en encuestas pueden estar expuestos a ciertos problemas técnicos, estos pueden ser el sesgo por omisión de variables, el sesgo de selección y la multicolinealidad. El primero ocurre cuando se excluyen del modelo variables que tienen un efecto importante sobre la variable dependiente, lo que distorsiona los resultados de la estimación.

En este modelo Logit empleado se ha tenido una limitación respecto a la ejecución debido a una alteración al momento que se ingresó los factores inmediatos, el modelo no podía captar la significancia de todos los factores y es por esto que Flores Muñoz y Congacha Ortega (2021) señalan que la incorporación de factores inmediatos en el análisis puede afectar la relevancia estadística de los factores estructurales, ya que estos últimos no mantienen una conexión directa con la ocurrencia de desnutrición crónica infantil. Wooldridge (2015) advierte que el sesgo de selección surge cuando existe un desequilibrio en la distribución de las categorías de la variable dependiente, lo cual compromete la representatividad de los resultados.

Resultados y discusión

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo para observar cómo se distribuyó la desnutrición crónica infantil en el año 2024 según distintos factores agrupados en tres niveles: inmediatos, subyacentes y básicos de acuerdo con el marco conceptual de UNICEF (2020). Se compararon los porcentajes de niños/as con y sin DCI dentro de cada grupo de clasificación y entre los grupos, lo que permitió identificar patrones relevantes. Esta comparación ayudó a visualizar qué características están más asociadas a la presencia de desnutrición crónica y orientó la interpretación de los resultados en la sección del modelo estadístico

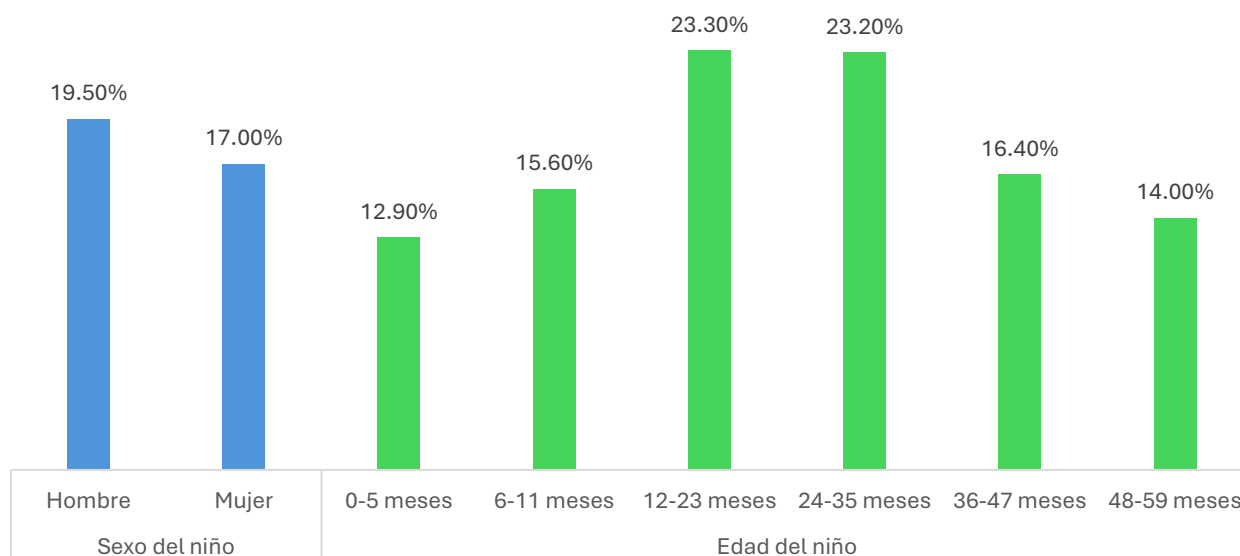
Factores Inmediatos

En los factores inmediatos dentro del grupo con DCI el 54,9 % corresponde a hombres y el 45,1 % a mujeres, si se analiza dentro de cada grupo se identifica que el 19,5 % de los niños tiene DCI frente al 17,0 % de las niñas lo que demuestra prevalencia en el sexo masculino. Goudet et al. (2022) indicó que en las regiones como África Subsahariana los niños tienen una mayor probabilidad de sufrir retraso en talla posiblemente por una mayor vulnerabilidad fisiológica en los primeros años. Alderman y Headey (2017) mencionan que esta diferencia puede estar relacionada con respuestas inmunológicas distintas entre niños y niñas.

La edad del niño influye en la probabilidad de presentar desnutrición crónica con mayor concentración entre los 12 y 35 meses. En el grupo de 12 a 23 meses el 23,3 % de los niños tiene DCI y entre los 24 y 35 meses la

cifra se mantiene similar con un 23,2 %. Estos porcentajes reflejan que el riesgo se intensifica en este periodo justo al momento en el que los niños dejan la lactancia exclusiva y comienzan con la alimentación complementaria, es decir, que requiere una dieta más variada y una adecuada preparación de los alimentos. En el grupo de 36 a 47 meses el porcentaje baja al 16,4 %, y el nivel más bajo se observa en los primeros seis meses con un 12,9 %. Esta etapa crítica identificada se da también por mayor exposición a enfermedades infecciosas, exige intervenciones oportunas y enfocadas que aseguren una buena nutrición desde los primeros años de vida (UNICEF, 2020; FAO, 2021).

Gráfico 1: Factores inmediatos asociados a la DCI en niños menores de 5 años



Fuente: ENDI (2023-2024)

Factores Subyacentes

Dentro de los factores subyacentes, la mayor proporción de desnutrición se observa entre hijos de madres no remuneradas con un 24,8 %, lo que representa una diferencia de 8,9 puntos porcentuales en comparación con hijos de madres asalariadas cuya proporción es de 15,9 %. Este contraste sugiere que las mujeres sin ingresos por su trabajo enfrentan barreras que limitan su capacidad para sostener el cuidado nutricional de sus hijos. Además, se identifica una tendencia creciente de desnutrición conforme se reduce la formalidad del empleo materno. Esta relación no solo evidencia una dimensión económica, sino también de tiempo y autonomía. Rodríguez (2015) explica que muchas madres sin empleo formal deben asumir dobles responsabilidades entre el trabajo doméstico y el cuidado infantil, lo que reduce su acceso a servicios de salud y a recursos adecuados para una alimentación variada. Por su parte, UNICEF (2020) sostiene que la informalidad y la falta de protección social reproducen las desigualdades en salud infantil, especialmente en hogares donde las madres no tienen respaldo económico ni institucional.

Los datos evidencian una diferencia de 7,7 puntos porcentuales entre niños que acceden a centros de salud públicos y privados. El 20,0 % de los niños que acudieron al sistema público presenta desnutrición crónica, mientras que en el sistema privado la proporción es del 12,3 %. Esta diferencia no solo refleja una brecha en acceso, sino también posibles diferencias en calidad de atención, seguimiento nutricional y disponibilidad de recursos preventivos. Además, el tipo de centro de salud podría actuar como un indicador indirecto del nivel socioeconómico de los hogares, ya que las familias que acceden a servicios privados suelen contar con mayores ingresos y mejores condiciones de vida. Esta tendencia coincide con lo señalado por la FAO (2021), que identifica a la atención primaria en salud y la cobertura de servicios preventivos como factores decisivos para reducir el riesgo de desnutrición en la infancia.

La educación de la madre mantiene una relación directa con el estado nutricional de sus hijos, ya que, entre los niños cuyas madres no tienen instrucción formal el 42,2 % presenta desnutrición crónica, lo que representa una diferencia de 31,6 puntos porcentuales en comparación con los hijos de madres con educación superior cuyo porcentaje es del 10,6 %. Entre ambos extremos, se observan caídas progresivas: 29,5 % en madres con

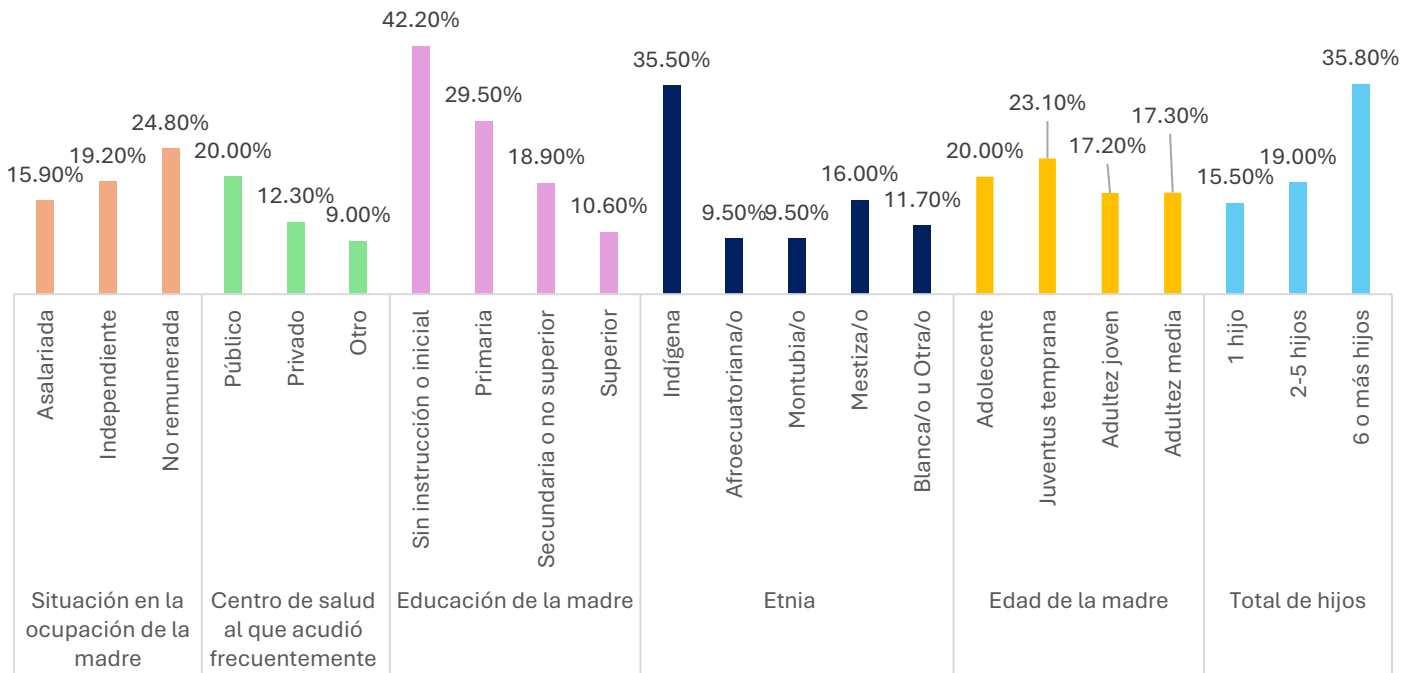
educación primaria y 18,9 % en madres con educación secundaria o no superior. Esta tendencia sugiere que a medida que aumenta el nivel educativo materno, disminuye la probabilidad de desnutrición crónica en los hijos, lo cual puede explicarse por el rol que tiene la educación en la adquisición de conocimientos sobre nutrición, salud y cuidado infantil. La UNICEF (2020) y FAO (2022) señalan que las madres con mayor escolaridad tienden a tomar mejores decisiones en cuanto a la alimentación y el acceso a servicios médicos. Asimismo, Behrman y Rosenzweig (2004) sostienen que una mayor educación favorece prácticas de cuidado más informadas y mayor acceso a redes de apoyo, lo que contribuye a mejorar la salud infantil desde los primeros años.

Los resultados según la pertenencia étnica del niño indican que el grupo indígena registra la mayor proporción de DCI con un 35,5 %, lo que representa una brecha de 26 puntos porcentuales frente a los afroecuatorianos y montubios, que alcanzan un 9,5 %. En el caso de los mestizos la proporción es del 16,0 %, mientras que entre blancos u otros se sitúa en 11,7 %. Esta desigualdad no solo responde a factores culturales, sino también a una exclusión estructural que ha limitado históricamente el acceso a servicios básicos en los territorios donde habitan estos grupos. Las condiciones de vida en comunidades indígenas suelen estar marcadas por falta de acceso a agua segura, saneamiento y atención médica, lo que incrementa la vulnerabilidad nutricional desde los primeros años de vida. Domínguez (2022) señala que en contextos rurales e indígenas de América Latina, la pobreza multidimensional está estrechamente asociada con la desnutrición infantil. A su vez, CEPAL (2021) advierte que los pueblos indígenas enfrentan desventajas acumuladas que no se explican únicamente por el ingreso, sino también por condiciones sociales y territoriales adversas que afectan su bienestar general.

Los hijos de madres entre 20 y 24 años presentan una proporción de DCI del 23,1 %, lo que representa uno de los porcentajes más altos entre los grupos etarios observados. En comparación, los niños de madres en la adultez joven (25 a 34 años) registran un 17,2 % y aquellos cuyas madres están en la adultez media (35 años o más) alcanzan un 17,3 %. Aunque la muestra de madres adolescentes es pequeña, el 20,0 % de sus hijos presenta DCI, lo que sugiere que las edades más tempranas en la maternidad podrían estar relacionadas con mayores riesgos nutricionales. Estas diferencias reflejan que las mujeres más jóvenes enfrentan condiciones que limitan su capacidad para sostener prácticas adecuadas de cuidado y alimentación. Ntoimo y Odimegwu (2014) señalan que la maternidad en edades tempranas está asociada con menor preparación emocional y mayores restricciones económicas y sociales, lo cual incide directamente en el estado nutricional del niño. Este resultado destaca la necesidad de políticas que fortalezcan la educación sexual y reproductiva, así como el acompañamiento integral durante las primeras etapas de la crianza.

En los hogares con un solo hijo, el 15,5 % presenta DCI. Esta proporción aumenta a 19,0 % cuando hay entre dos y cinco hijos y sube de forma considerable hasta 35,8 % en los hogares con seis o más. Esta diferencia de más de 20 puntos porcentuales sugiere que la sobrecarga de cuidado y la distribución limitada de alimentos inciden directamente en el estado nutricional infantil. A mayor número de hijos, los recursos económicos y el tiempo de atención por niño tienden a reducirse, lo que impacta en la calidad del cuidado. Bronte y Gordon (2004) explican que en familias numerosas, la atención individual disminuye de manera significativa, afectando prácticas de salud y alimentación. Por su parte, UNICEF (2020) destaca que en condiciones de pobreza, estos hogares enfrentan mayores barreras para acceder a servicios y mantener una dieta adecuada. Estos hallazgos subrayan la importancia de diseñar intervenciones que consideren el tamaño del hogar como un factor de riesgo en contextos vulnerables.

Gráfico 2: Factores Subyacentes asociados a la DCI en niños menores de 5 años



Fuente: ENDI (2023-204)

Factores Básicos

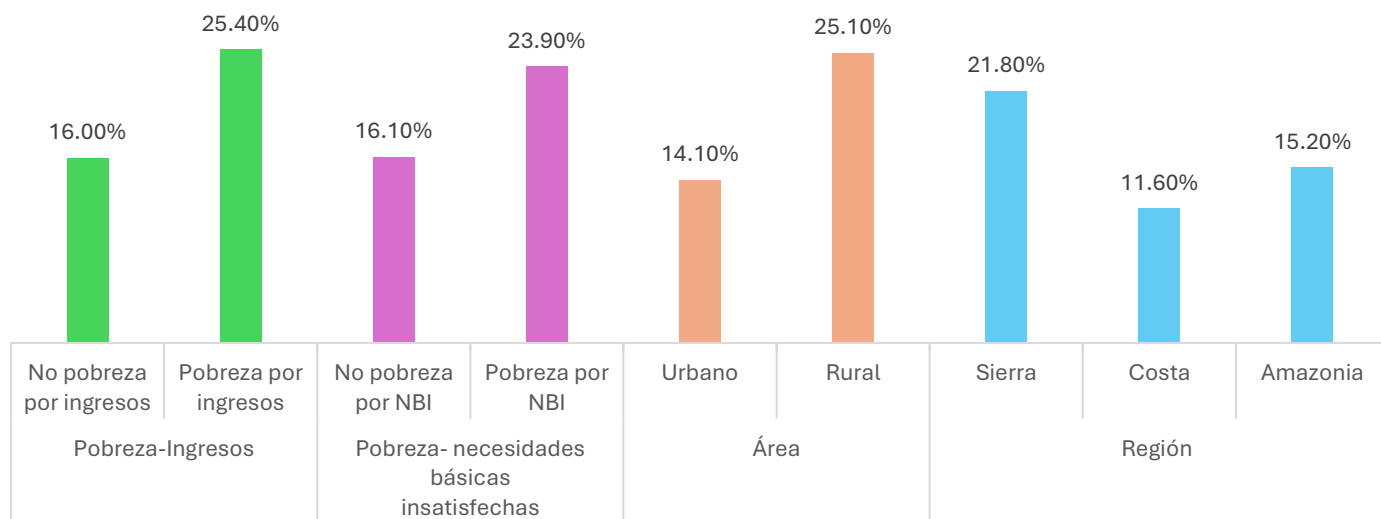
Dentro de los factores básicos, los datos reflejan que la desnutrición crónica infantil es más común entre los hogares con pobreza por ingresos. En este grupo el 25,4 % de los niños presenta DCI, lo que representa una diferencia de 9,4 puntos porcentuales respecto a los hogares que no se encuentran en esta condición, donde la proporción es del 16,0 %. Esta diferencia sugiere que los ingresos del hogar influyen directamente en la posibilidad de acceder a una alimentación adecuada, servicios de salud y otras condiciones esenciales para el desarrollo infantil. El Banco Mundial (2006) sostiene que la pobreza no solo restringe el consumo, sino también el acceso a educación, atención médica y otros recursos clave para la formación del capital humano desde edades tempranas. Además, UNICEF (2023) destaca que las limitaciones económicas impiden mantener una dieta balanceada de forma constante, lo cual incrementa el riesgo de retraso en talla en los primeros años de vida.

La pobreza medida a través de necesidades básicas insatisfechas indica que en los hogares que presentan este tipo de carencias el 23,9 % de los niños tiene DCI, mientras que en los que no las presentan el porcentaje es de 16,1 %. Esta diferencia de 7,8 puntos porcentuales revela que no solo los ingresos importan, sino también el acceso a servicios esenciales como vivienda adecuada, agua potable, saneamiento, educación y empleo. La FAO (2022) explica que estas condiciones estructurales generan un entorno desfavorable que limita el desarrollo infantil desde etapas tempranas. De igual forma, Domínguez (2022) afirman que la pobreza multidimensional representa una de las causas más persistentes de la malnutrición en la región. Por tanto, abordar estas carencias exige intervenciones integrales que vayan más allá de lo económico y que actúen sobre las múltiples dimensiones que afectan el bienestar de los hogares.

La diferencia en desnutrición crónica entre zonas urbanas y rurales refleja las desigualdades que persisten en el acceso a condiciones de vida dignas. En los hogares rurales el 25,1 % de los niños presenta DCI, lo que representa una diferencia de 11 puntos porcentuales frente al 14,1 % registrado en zonas urbanas. Aunque la mayoría de los hogares sin DCI se encuentran en las ciudades, la proporción de niños afectados en áreas rurales sigue siendo mayor. Esta disparidad está asociada a la falta de servicios como agua potable, saneamiento adecuado, atención médica o educación. UNICEF (2020) señala que en zonas rurales la cobertura de servicios públicos es limitada y la distancia entre comunidades dificulta el seguimiento en salud y nutrición. Además, FAO (2021) recomienda que las políticas públicas incluyan un enfoque territorial que permita cerrar estas brechas y responder a las condiciones particulares de cada zona.

La región Sierra muestra la mayor proporción de desnutrición crónica infantil con un 21,8 % de niños afectados, lo que representa una diferencia de más de 10 puntos porcentuales frente a la Costa, donde se registra un 11,6 %. Aunque esta diferencia sugiere una mayor concentración del problema en la Sierra, es importante considerar que la ENDI (2022–2023) levantó una mayor cantidad de datos en esta región, lo que puede dar una sobre representación de esta zona. En cambio, en la Costa, donde también existen altos niveles de pobreza y exclusión, la muestra fue más reducida, lo que podría subestimar el problema. De hecho, estudios como los de Gálvez y Martínez (2020) y UNICEF (2020) han señalado que en varias provincias costeras persisten condiciones críticas de acceso a salud, empleo e infraestructura, por lo que la desnutrición en esta zona puede estar invisibilizada por limitaciones en el muestreo.

Gráfico 3: Factores Básicos asociados a la DCI en niños menores de 5 años



Fuente: ENDI (2023-204)

Modelo Logit de variables de desnutrición crónica Infantil

Luego de analizar las relaciones descriptivas entre los distintos factores y la desnutrición crónica infantil, se estimó un modelo logit. Este permitió evaluar el efecto de cada variable controlando de manera simultánea el conjunto de factores involucrados. De esta forma fue posible identificar cuáles determinantes mantuvieron una asociación significativa con la probabilidad de presentar desnutrición crónica, una vez que se consideraron las múltiples dimensiones que interactúan en el problema.

Factores inmediatos

En el modelo logit, el sexo del niño muestra una relación estadísticamente significativa con la probabilidad de presentar desnutrición crónica. En comparación con los niños, las niñas tienen una menor probabilidad estimada de padecer esta condición con una diferencia aproximada de 17,6 puntos porcentuales. Esto sugiere que al mantener constantes las demás variables los niños enfrentan un mayor riesgo de retraso en talla. Este patrón ha sido documentado en estudios previos, donde se señala que los niños tienden a tener una mayor vulnerabilidad nutricional durante los primeros años de vida debido a factores biológicos como el metabolismo, composición corporal y su respuesta inmune (González de León et al., 2021). Aunque esta diferencia no siempre es visible en las estadísticas descriptivas, el modelo permite identificar que el sexo del niño es un factor que influye de forma independiente en la probabilidad de desnutrición crónica.

En cuanto a la edad del niño, y tomando como referencia a los menores de 0 a 5 meses, los resultados del modelo logit indican que la probabilidad de presentar desnutrición crónica infantil aumenta en 26,81 puntos porcentuales para los niños de 6 a 11 meses. Esta probabilidad sube a 76,85 puntos porcentuales en el grupo de 12 a 23 meses y se mantiene en niveles similares para los de 24 a 35 meses con un incremento de 72,36

puntos. Para los niños de 36 a 47 meses el aumento es de 29,79 puntos, mientras que en el grupo de 48 a 59 meses la diferencia estimada es de 11,34 puntos porcentuales, aunque este último resultado no es estadísticamente significativo. Estos datos confirman que el mayor riesgo de desnutrición se concentra entre los 12 y 35 meses, etapa en la que los niños dejan la lactancia exclusiva y dependen de una alimentación complementaria que, en muchos casos, no cubre sus necesidades nutricionales. Según UNICEF (2020) y FAO (2021), esta fase exige una atención prioritaria desde las políticas públicas, ya que cualquier déficit sostenido durante estos primeros años puede tener efectos duraderos en la salud y el desarrollo infantil.

Tabla 1: Estimaciones logísticas para factores inmediatos de la DCI en menores de cinco años

Variable	Clasificación	Coeficiente	Significancia
Sexo del niño	Hombre		
	Mujer	-0,17652	***
Edad del niño	0-5 meses		
	6-11 meses	0,26809	**
	12-23 meses	0,76847	***
	24-35 meses	0,72362	***
	36-47 meses	0,2979	***
	48-59 meses	0,11336	

Fuente: ENDI (2023-204)

Factores Subyacentes

En el modelo logit, la condición laboral de la madre no muestra efectos estadísticamente significativos sobre la probabilidad de desnutrición crónica, sin embargo, los coeficientes indican una tendencia que vale la pena observar. En comparación con hijos de madres asalariadas, la probabilidad de presentar DCI aumenta en 6,29 puntos porcentuales si la madre es independiente y en 7,39 puntos si no recibe remuneración por su trabajo. Aunque estas diferencias no alcanzan significancia en el modelo, podrían estar señalando desigualdades que no siempre se capturan con precisión en datos cuantitativos. Diversos estudios han indicado que las mujeres con ocupaciones informales o sin ingresos suelen tener menor acceso a licencias de maternidad, controles médicos o servicios de cuidado infantil, lo cual incide indirectamente en la nutrición de los niños. De acuerdo con Esquivel (2011), las condiciones laborales afectan no solo el tiempo disponible para el cuidado, sino también la autonomía de las mujeres para tomar decisiones que favorezcan el bienestar del hogar. Esta dimensión del trabajo no remunerado, aunque no siempre se refleje de forma estadística, sigue siendo un eje relevante para interpretar los determinantes sociales de la desnutrición.

El tipo de establecimiento de salud al que acuden las madres muestra una relación significativa con la probabilidad de desnutrición crónica infantil. En comparación con quienes utilizan servicios públicos como centros del MSP, IESS u otras instituciones estatales, los niños atendidos en centros privados, como clínicas u ONGs, presentan una probabilidad 11 puntos porcentuales menor de padecer DCI. Por otro lado, los niños atendidos fuera del sistema formal, como en el hogar o con parteras, presentan una diferencia aún mayor, con una reducción estimada de 74,3 puntos porcentuales. Este resultado podría no reflejar una protección real, sino más bien una subrepresentación de ciertos perfiles de niños o una baja continuidad del seguimiento médico. Más allá de la categoría institucional, los datos sugieren que la calidad y frecuencia del control infantil son factores clave en la nutrición durante los primeros años. Restrepo et al. (2019) subrayan que la atención primaria no debe medirse solo por cobertura, sino por acceso oportuno, calidad del servicio y continuidad del cuidado, aspectos que pueden variar según el tipo de establecimiento y el contexto territorial donde vive cada familia.

El nivel educativo de la madre se asocia de forma inversa con la probabilidad de que su hijo presente desnutrición crónica. En comparación con madres sin instrucción o con educación inicial, quienes tienen educación primaria muestran una probabilidad estimada de DCI 12,3 puntos porcentuales menor. Esta diferencia se amplía a 40,6 puntos en madres con secundaria o educación no superior, y llega hasta 81,4 puntos porcentuales menos en el caso de madres con educación superior, siendo este último resultado estadísticamente significativo. Este patrón confirma que la educación materna no solo mejora el acceso a

información sobre salud y nutrición, sino que también influye en decisiones diarias relacionadas con el cuidado infantil. Según Victora et al. (2008), las madres con mayor escolaridad tienen más posibilidades de identificar signos de riesgo, seguir pautas alimentarias adecuadas y utilizar los servicios de salud de forma oportuna. Esto refuerza la importancia de invertir en la educación de las mujeres como una vía indirecta pero efectiva para reducir la malnutrición infantil.

La variable etnia del niño muestra una relación significativa con la probabilidad de presentar desnutrición crónica infantil. En comparación con los niños indígenas, que sirven como categoría de referencia, los afroecuatorianos presentan una probabilidad 127,2 puntos porcentuales menor, mientras que para los montubios esta diferencia es de 109,9 puntos. En el caso de los mestizos, la reducción estimada es de 66,0 puntos, y para los blancos u otros grupos, la probabilidad disminuye en 106,7 puntos porcentuales. Estos resultados, todos estadísticamente significativos, confirman que los niños indígenas enfrentan condiciones estructurales que incrementan su vulnerabilidad nutricional, aun controlando por otras variables. Esto sugiere que el entorno geográfico, las barreras lingüísticas, el acceso desigual a servicios de salud y la discriminación histórica inciden de forma directa en el desarrollo infantil. De acuerdo con Gachet et al. (2020), en Ecuador la pertenencia étnica sigue siendo un factor de exclusión multidimensional, que condiciona el acceso a derechos básicos y refuerza ciclos de desventaja intergeneracional. Por lo tanto, la desnutrición no se explica únicamente por condiciones económicas, sino también por estructuras sociales que limitan el bienestar de grupos históricamente excluidos.

La edad de la madre evidencia un patrón creciente en la probabilidad de desnutrición crónica infantil cuando la maternidad ocurre en etapas más tempranas. Comparado con las madres adolescentes, que constituyen la categoría de referencia, los hijos de madres en juventud temprana (20-24 años) presentan una probabilidad 48,4 puntos porcentuales mayor de sufrir DCI. Para las madres en adultez joven (25-34 años), el incremento estimado es de 20,0 puntos porcentuales, mientras que en aquellas que alcanzan la adultez media (35 años o más), la diferencia es de 8,5 puntos. Este resultado sugiere que, si bien la adolescencia representa un riesgo inicial, el grupo de juventud temprana refleja un riesgo adicional posiblemente asociado a factores sociales y económicos no cubiertos al inicio de la vida reproductiva. Estudios como el de Marphatia et al. (2017) explican que la edad materna temprana no solo limita el crecimiento físico y educativo de las mujeres, sino que genera desventajas acumulativas para sus hijos debido a menores ingresos, falta de preparación emocional y mayor dependencia de redes familiares con escasos recursos, todo lo cual repercute en la nutrición infantil.

El número de hijos en el hogar se asocia de manera directa con la probabilidad de desnutrición crónica infantil. En comparación con los hogares que tienen un solo hijo, aquellos con entre dos y cinco hijos muestran un incremento estimado de 27,7 puntos porcentuales en la probabilidad de DCI. Esta diferencia se amplía en los hogares con seis o más hijos, donde el aumento alcanza 76,9 puntos porcentuales. Estos resultados confirman que, al crecer el tamaño del hogar, disminuye la capacidad de garantizar una adecuada distribución de alimentos, atención médica y tiempo de cuidado para cada niño. Como explican Le et al. (2020), los hogares numerosos suelen enfrentar restricciones económicas y logísticas que afectan la alimentación diversificada, el control sanitario regular y el seguimiento del desarrollo infantil, especialmente en contextos de pobreza estructural donde los recursos son limitados. Este hallazgo refuerza la necesidad de políticas de protección social diferenciadas que consideren el tamaño familiar como un factor de riesgo nutricional.

Tabla 2: Estimaciones logísticas para factores subyacentes de la DCI en menores de cinco años

Variable	Clasificación	Coeficiente	Significancia
Situación en la ocupación de la madre	Asalariada		
	Independiente	0,06289	
	No remunerada	0,07389	
Centro de salud al que acudió frecuentemente	Público		
	Privado	-0,11015	**
	Otro	-0,74325	***
Educación de la madre	Sin instrucción o inicial		
	Primaria	-0,12334	
	Secundaria o no superior	-0,40633	
	Superior	-0,81357	***
Etnia	Indígena		
	Afroecuatoriana/o	-1,27157	***
	Montubia/o	-1,09941	***
	Mestiza/o	-0,66035	***
	Blanca/o u Otra/o	-1,06717	***
Edad de la madre	Adolescente		
	Juventus temprana	0,48431	
	Adulthood joven	0,20058	
	Adulthood media	0,08479	
Total de hijos	1 hijo		
	2-5 hijos	0,27747	***
	6 o más hijos	0,7687	***

Fuente: ENDI (2023-204)

Factores básicos

La pobreza por ingresos continúa mostrando un efecto significativo sobre la desnutrición crónica infantil incluso al controlar el resto de los factores. En comparación con los hogares que no son pobres por ingresos, aquellos que sí lo son presentan un aumento de 15,5 puntos porcentuales en la probabilidad de que un niño sufra DCI. Este resultado confirma que las limitaciones económicas directas no solo restringen la compra de alimentos, sino que afectan otras dimensiones vinculadas al bienestar infantil, como el acceso a servicios de salud, educación o infraestructura básica. Según Smith y Haddad (2015), la disponibilidad de ingresos en el hogar actúa como una plataforma que permite sostener prácticas de alimentación adecuadas, cuidados médicos preventivos y entornos más seguros para el desarrollo infantil. De este modo, los ingresos insuficientes generan una acumulación de riesgos que incide directamente en el crecimiento físico y cognitivo durante los primeros años de vida.

La pobreza estructural medida a través de necesidades básicas insatisfechas también presenta un efecto significativo sobre la probabilidad de desnutrición crónica infantil. En comparación con los hogares que no presentan privaciones por NBI, aquellos que sí las tienen muestran un incremento de 13,9 puntos porcentuales en la probabilidad de DCI. Este resultado sugiere que, más allá del ingreso monetario, las condiciones materiales de vida —como el acceso limitado a vivienda adecuada, agua potable, saneamiento, educación y servicios de salud— configuran un entorno que favorece la malnutrición desde los primeros años de vida. De acuerdo con Fotso et al. (2012), las privaciones simultáneas de servicios básicos crean escenarios donde los riesgos para el crecimiento infantil se multiplican, dado que cada dimensión deficitaria contribuye de manera acumulativa al deterioro de la salud y el desarrollo. Por ello, la reducción de la desnutrición exige intervenciones integrales que combinen mejoras en ingresos con inversiones en infraestructura y servicios básicos.

El área muestra una asociación significativa con la probabilidad de desnutrición crónica infantil. En comparación

con los niños que viven en zonas urbanas, aquellos que residen en áreas rurales presentan un incremento de 24,2 puntos porcentuales en la probabilidad de sufrir DCI. Este resultado confirma que la ubicación geográfica sigue actuando como un determinante estructural del acceso a servicios básicos, empleo formal y programas de protección social. Aunque los promedios nacionales pueden sugerir avances en la cobertura de servicios, en zonas rurales persisten barreras logísticas, menores recursos institucionales y mayores distancias para acceder a controles médicos regulares, lo cual impacta directamente en el estado nutricional infantil. Según Black et al. (2013), las desigualdades territoriales no solo reflejan carencias económicas, sino también limitaciones en la infraestructura pública, la oferta de servicios de salud primaria y las oportunidades educativas, factores que juntos perpetúan las brechas nutricionales entre lo urbano y lo rural.

En comparación con los niños de la Sierra, los de la Costa presentan una probabilidad de DCI 56,2 puntos porcentuales menor, mientras que en la Amazonía la reducción es de 70,2 puntos porcentuales. Aunque estos resultados podrían dar la impresión de que la Sierra concentra el problema, es importante considerar los factores subyacentes detrás de estas diferencias regionales. La Sierra ha sido históricamente la región con mayor presencia de población indígena y rural, quienes enfrentan barreras persistentes de acceso a servicios, empleo e infraestructura (Camacho et al., 2018). Por otro lado, como señalan Gachet et al. (2020), en la Costa, aunque existe pobreza monetaria elevada, los sistemas de protección social, la mayor urbanización y los servicios de salud disponibles en zonas periurbanas permiten amortiguar parcialmente el riesgo nutricional. El modelo logit, al controlar las múltiples variables al mismo tiempo, evidencia que estas diferencias regionales no responden únicamente a la ubicación geográfica, sino al peso acumulativo de los determinantes estructurales que caracterizan a cada territorio.

Tabla 3: Estimaciones logísticas para factores básicos de la DCI en menores de cinco años

Variable	Clasificación	Coefficiente	Significancia
Pobreza-Ingresos	No pobreza por ingresos		
	Pobreza por ingresos	0,15495	***
Pobreza- necesidades básicas insatisfechas	No pobreza por NBI		
	Pobreza por NBI	0,13866	***
Área	Urbano		
	Rural	0,24198	***
Región	Sierra		
	Costa	-0,56182	***
	Amazonia	-0,70212	***

Fuente: ENDI (2023-204)

Modelo Por región y su comparación

Se estimó el modelo por separado para las regiones Sierra y Costa con el fin de ver si las relaciones cambian según el contexto y si ciertos factores son más determinantes en una región que en otra. Esta comparación aportó una mirada más específica que oriente las políticas públicas según el territorio. La ENDI se ha centrado en la región sierra por el número de observaciones que se ha observado en el estudio.

Tabla 4: Modelo logit regional: impacto de la pobreza por ingresos en la DCI según región

Modelo Sierra		Significancia
Variable	Coefficiente	
Pobreza por ingresos	0,02301	
Modelo Costa		
Variable	Coefficiente	
Pobreza por ingresos	0,43183	***

Fuente: ENDI (2023-204)

Los resultados del modelo logit aplicado por regiones revelan un hallazgo que refuerza el valor del análisis diferenciado: mientras que en la región Costa la variable pobreza por ingresos presenta un coeficiente positivo de 0,431 y es altamente significativa, en la Sierra este mismo factor no muestra significancia estadística. Esto sugiere que la pobreza por ingresos tiene un mayor peso en la explicación de la desnutrición crónica infantil dentro del modelo aplicado a la Costa, mientras que en la Sierra no aparece como un factor determinante. Esta diferencia no implica que la pobreza no exista en la Sierra, sino que su efecto en el modelo se diluye porque hay otros factores con mayor peso relativo o porque, al tener más observaciones, el modelo capta otras condiciones más específicas del entorno serrano.

Este contraste también pone en evidencia cómo el tamaño muestral y la cobertura de la encuesta influyen en la interpretación de los resultados. La Encuesta Nacional de Desnutrición Infantil (ENDI) tiene una mayor concentración de datos en la Sierra, lo que permite representar con más detalle los factores asociados en esa región, mientras que la Costa, con menor número de observaciones, puede tener un sesgo que magnifica la relación entre pobreza monetaria y desnutrición. Aun así, diversos estudios han demostrado que las condiciones estructurales en la Costa son, en muchos casos, más desfavorables que en la Sierra. Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2020), las provincias costeras presentan mayores índices de pobreza y pobreza extrema en comparación con varias provincias serranas. Asimismo, la FAO (2022) resalta que en la región Costa existe una mayor concentración de hogares con inseguridad alimentaria severa y acceso limitado a servicios básicos como agua potable y saneamiento.

Por tanto, aunque los datos de la ENDI reflejan una mayor prevalencia de desnutrición en la Sierra, los resultados del modelo logit regional indican que en la Costa el problema podría estar aún más vinculado a la pobreza por ingresos. Esto refuerza la necesidad de interpretar los datos con un enfoque territorial, reconociendo que los promedios nacionales pueden ocultar desigualdades importantes entre regiones. Además, como sostiene la CEPAL (2021), la pobreza tiene dimensiones distintas según el territorio, por lo que las estrategias de combate a la desnutrición deben diferenciarse en función de las características socioeconómicas y culturales de cada zona. Este análisis regional permite visibilizar que en la Costa, a pesar de que las cifras brutas no lo reflejan, la pobreza sigue siendo un factor de riesgo clave que requiere atención prioritaria en las políticas públicas de nutrición infantil.

Conclusiones

La desnutrición crónica infantil no es exclusivamente un problema alimentario, ni una consecuencia aislada; es el resultado de factores que interactúan desde los primeros meses de vida del niño/a y que están relacionados tanto con el entorno económico como con la estructura familiar. Las condiciones familiares, el acceso a servicios básicos y el área geográfica en la que se encuentran se agrupan en factores: inmediatos, subyacentes y básicos.

En los factores inmediatos, la edad del niño se mantiene como una etapa crítica porque el paso de la lactancia a la alimentación complementaria entre los 6 y 23 meses representa un momento de alta exposición a riesgos nutricionales, es el momento en que los niños/as son más vulnerables y necesitan una atención priorizada.

En los factores subyacentes las condiciones de la madre desempeñan un papel decisivo en la desnutrición crónica infantil, su nivel educativo, situación laboral, edad al momento de la maternidad y la cantidad de hijos influyen directamente en las capacidades de cuidado y acceso a servicios esenciales. Esta acumulación de desventajas conforma un escenario que condiciona el desarrollo infantil desde los primeros años de vida y que repercute a lo largo de su vida.

Al momento en que una madre tiene poca educación enfrenta más barreras para el cuidado del niño/a, seguir una alimentación adecuada o identificar señales tempranas de problemas de salud. Si además no tiene un trabajo estable o no recibe remuneración por su trabajo limita sus ingresos y el cuidado que ejerce. Y si en ese hogar hay varios niños, el esfuerzo se multiplica, porque todo debe dividirse entre más: el cuidado, los alimentos, el seguimiento en salud. Es en esa combinación donde la desnutrición encuentra espacio para desarrollarse, no como una consecuencia directa de una sola causa, sino como el resultado de una serie de carencias. Para

combatir la desnutrición infantil es necesario empezar por garantizar a las madres condiciones que les permita cuidar, esto implica invertir en salud, educación y en sistemas de apoyo que reconozcan el valor del cuidado.

En los factores básicos se evidencia cómo vivir en condición de pobreza por ingresos es un determinante, al igual que pertenecer a un hogar con necesidades básicas insatisfechas. Ambos indicadores muestran cómo las condiciones materiales limitan el acceso a una nutrición adecuada y a servicios esenciales durante los primeros años de vida.

Además, residir en el área rural incrementa la probabilidad de presentar DCI frente a los hogares urbanos, lo cual refuerza la necesidad de un enfoque territorial en las políticas públicas. El análisis también evidenció que en comparación con la región Sierra, vivir en la Costa o la Amazonía reduce significativamente la probabilidad de desnutrición. Sin embargo, esto no implica que la situación en estas regiones sea menos preocupante, ya que, podrían existir limitaciones en la cobertura de los datos o en la visibilidad del problema. Es necesario que la recolección y el análisis de información se realicen de forma equitativa en todas las regiones para orientar decisiones informadas y con impacto territorial efectivo. La inversión utilizada para el levantamiento de información debe ser igualitaria, ya que se utilizan recursos para la obtención de resultados y estos no demuestran nada más que resultados predecibles.

Para diseñar políticas públicas adaptadas al contexto territorial, es fundamental que futuras rondas de la ENDI aseguren una recolección de datos uniforme entre regiones, con suficiente tamaño muestral en cada una, esto permitiría identificar patrones diferenciados y construir estrategias de intervención más específicas.

Bibliografía

- Ahammed, B., Uddin, M. T., Rahman, M. A., & Roy, A. (2024). Socioeconomic and demographic factors associated with child malnutrition: Evidence from rural Bangladesh. *BMC Public Health*, 24(1), 65.
- Alderman, H. (2011). The economic cost of a poor start to life. *The Journal of Developmental Origins of Health and Disease*, 2(1), 19–25.
- Albuja, S. (2022). Desnutrición crónica infantil en Ecuador: análisis económico y social. *Revista de Ciencias Sociales*, 15(2), 45–60.
- Banco Mundial. (2006). *Repositioning nutrition as central to development: A strategy for large-scale action*. Washington, D.C.: World Bank.
- Behrman, J. R., & Rosenzweig, M. R. (2004). Returns to birthweight. *The Review of Economics and Statistics*, 86(2), 586–601.
- Bloom, D. E., & Canning, D. (2000). The health and wealth of nations. *Science*, 287(5456), 1207–1209.
- Camacho, A., Gaviria, A., & Rodríguez, C. (2018). *Determinantes sociales de la desnutrición infantil crónica en Colombia*. Universidad de los Andes.
- CEPAL. (2010). *La hora de la igualdad: brechas por cerrar, caminos por abrir*. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- CEPAL & FAO. (2017). *La desnutrición crónica infantil: un problema prioritario para la política pública*. Santiago: CEPAL.
- Congacha Ortega, M., & Flores Muñoz, A. (2021). Determinantes estructurales de la desnutrición infantil en Ecuador. *Revista Ecuatoriana de Salud Pública*, 35(1), 15–29.
- FAO. (1996). *Declaración de Roma sobre la seguridad alimentaria mundial*. Roma: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura.
- FAO. (2022). *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2022*. Roma: FAO.
- FAO. (2023). *Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe*. Roma: FAO.
- Gatica, G., Victora, C. G., & Barros, A. J. D. (2019). Inequalities in early childhood development in Latin America. *The Lancet Global Health*, 7(1), e95–e96.
- Goudet, S., Griffiths, P., Bogin, B., & Madise, N. (2022). The burden of malnutrition in sub-Saharan Africa. *Maternal & Child Nutrition*, 18(3), e13325.
- Grossman, M. (1972). On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political Economy*, 80(2), 223–255.
- INEC. (2023). *Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil (ENDI) – Resultados Ronda 1*. Instituto Nacional de Estadística y Censos. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec>
- INEC. (2024). *Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil – Ronda 2*. Instituto Nacional de Estadística y Censos.

- Lawson, D., Mace, R., & Headey, D. (2016). Household structure and child nutrition: Evidence from Ethiopia. *Demography*, 53(3), 645–668.
- Maxwell, S., & Smith, M. (1992). Household food security: A conceptual review. *Institute of Development Studies Working Paper*, 19, 1–72.
- Menon, P., Headey, D., Avula, R., & Nguyen, P. (2020). Understanding the political commitment to reduce child malnutrition in India. *World Development*, 133, 104973.
- Naciones Unidas. (2015). *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. ONU.
- Ntoimo, L. F. C., & Odimegwu, C. O. (2014). Health effects of single motherhood on children in sub-Saharan Africa: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 14(1), 1145.
- OMS. (2020). *Clasificación de la desnutrición en menores de cinco años*. Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2021). *Determinantes sociales de la salud: hechos clave*. Organización Mundial de la Salud.
- Ortiz, I., Jiménez, C., & Roca, E. (2013). El saneamiento básico como factor protector en salud infantil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 34(2), 126–132.
- Rodríguez, E. (2015). El trabajo de cuidado y su impacto en la salud infantil. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13(2), 533–546.
- Strauss, J., & Thomas, D. (1995). Human resources: Empirical modeling of household and family decisions. In J. Behrman & T. N. Srinivasan (Eds.), *Handbook of Development Economics* (Vol. 3A, pp. 1883–2023). Elsevier.
- UNICEF. (2020). *Estado Mundial de la Infancia 2020: Para cada niño, cada derecho*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- UNICEF. (2023). *Infancia y pobreza multidimensional en Ecuador*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- UNICEF, OMS & Banco Mundial. (2023). *Estimaciones conjuntas sobre malnutrición infantil 2023*.
- Vicepresidencia del Ecuador. (2022). *Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil*. Quito: Presidencia de la República del Ecuador.
- Wooldridge, J. M. (2015). *Introductory Econometrics: A Modern Approach* (5th ed.). Cengage Learning.
- Zweifel, P., Breuer, M., & Rotte, R. (1999). *Health Economics*. Oxford University Press.