

Cohorte 2023

Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud (ENDIS)

Principales resultados

AUTORIDADES

CONVENIO ENDIS

Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) – Dirección Uruguay Crece Contigo (UCC)

Ministro

Dr. Alejandro Sciarra

Subsecretaria

Sra. Andrea Brugman

Directora Nacional de Desarrollo Social

Mag. Cecilia Sena

Área Uruguay Crece Contigo

Lic. Victoria Estévez

Secretario Nacional de Cuidados y Discapacidad

Dr. Nicolás Scarela

Director Nacional de Transferencias y Análisis de Datos

Mag. Antonio Manzi

Ministerio de Salud Pública

Ministra

Dra. Karina Rando

Subsecretario

Lic. José Luis Sadjian

Responsable del Programa Nacional de Salud de la Niñez

Dra. Victoria Lafluf

Responsable del Programa Nacional de Nutrición

Mag. Virginia Natero

Instituto Nacional de Estadística

Director Técnico

Dr. Diego Aboal

Sub Director

Sr. Federico Segui

División Estadísticas Sociodemográficas

Mag. Andrea Macari

AUTORES

La selección de los capítulos, la discusión de indicadores y las interpretaciones del presente documento son producto de un trabajo colectivo y están basados en las recomendaciones de los organismos internacionales y nacionales especializados en cada una de las temáticas que abordamos en la encuesta y en el conocimiento acumulado de las ediciones anteriores de la misma. El procesamiento y análisis de indicadores y la redacción de los capítulos fueron realizados por:

Compilación General - Uruguay Crece Contigo

Christian Berón

Natalia De Souza

Giorgina Garibotto

Santiago Núñez

Área Uruguay Crece Contigo

División de Gestión del Conocimiento e Innovación para la Primera Infancia –
Directora Giorgina Garibotto.

Autores/as: Christian Berón, Nathalia Martínez, Natalia De Souza, Santiago Nuñez.
Coordinación de Campo: Lic. Valeria Chittadini

Dirección Nacional de Transferencias y Análisis de Datos

División de Análisis de Datos.

Autores/as: Mariana Tenenbaum, Gonzalo Vázquez, Richard Detomasi

Secretaría Nacional de Cuidados y Discapacidad

Autores/as: Mauricio Russi, Ignacio Linn, Manuel Píriz.

Facultad de Psicología de Udelar

Equipo Evaluación del Desarrollo y Temporalidad.

Autores/as: Alejandro Vásquez Echeverría, Meliza Gonzalez

Ministerio de Salud Pública

Programa de Salud de la Niñez.

Autores/as: Victoria Lafluf y Adriana Sosa

UNICEF

Oficial de Monitoreo y Evaluación

Darío Fuletti

Autor: Agustín Greif

Instituto Nacional de Estadística

Coordinación general de la Encuesta: Juan Meyer y Valeria Chittadini

Jefe de crítica: Pablo Irigoin/ Silvina Gómez

Asistente de Coordinación de Campo: Lucia Maglia

Estadístico: Juan Pablo Ferreira

Departamento de Análisis y Desarrollo y Departamento de Tecnología de la División Sistema de Información.

Diseño y Edición

Lic. Agustina Larrosa

Infocom - Mides

AGRADECIMIENTOS

En especial queremos expresar nuestro agradecimiento a las familias y niños/as que, con amabilidad, dedicaron su tiempo para responder.

El proceso de cada relevamiento de la ENDIS es extenso y abarca múltiples etapas, en las que participan diversas instituciones y técnicos/as. Es necesario reconocer que sin sus aportes no sería posible la realización y gestión de la ENDIS.

Agradecemos también a los encuestadores y al equipo de coordinación del INE, cuyo compromiso fue fundamental.

Nuestro reconocimiento se extiende a los socios, como el MSP e INE, por su confianza y apoyo constante al trabajo realizado desde UCC-MIDES, y a los compañeros/as de MIDES, especialmente de SNC y DINTAD, por su respaldo continuo.

Prólogo

El Ministerio de Desarrollo Social, en coordinación con el Ministerio de Salud Pública y el Instituto Nacional de Estadística llevó adelante una nueva Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Nutrición, cohorte 2023. Esta encuesta fue la primera recolección de datos dirigidos especialmente a visualizar la realidad de la primera infancia en Uruguay luego de la pandemia covid 19.

La primera infancia es la etapa de la vida de los individuos fundamental para el desarrollo de nuestra sociedad; en este contexto, la Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud (ENDIS) se ha consolidado como una herramienta clave para generar datos confiables y representativos que permiten comprender en profundidad la realidad de esta franja etárea en Uruguay.

Desde su creación en 2013, la ENDIS ha sido pionera en ofrecer un enfoque integral sobre nutrición, salud, desarrollo infantil y el acceso a servicios esenciales. Esta nueva cohorte, realizada en el contexto posterior a la pandemia de COVID-19, ofrece una oportunidad única para analizar el impacto que dicha crisis sanitaria tuvo sobre el bienestar y desarrollo infantil en el país. Además, habilita la comparación con las cohortes anteriores de 2013 y 2018, lo que permite identificar tendencias y evaluar la evolución en diferentes dimensiones claves en la materia.

Asimismo, esta nueva edición es complementada con la ENDIS Rural que nos permitirá identificar la realidad de los niños y niñas uruguayas que viven en localidades de menos de 5000 habitantes, y zonas dispersas, siendo la primera vez que una encuesta nacional brindará datos concretos sobre esta población.

Esta herramienta permite identificar, cuantificar, evaluar y diseñar las políticas públicas de forma efectiva y eficaz en base a la evidencia. La primera infancia ha sido una prioridad de Gobierno en todas sus dimensiones, desde el Ministerio de Desarrollo Social, hemos desarrollado e implementado políticas públicas innovadoras enfocadas en la primera infancia y sus familias como lo son la captación temprana de embarazadas en centro de Salud, el diseño de la transferencia monetaria Bono Crianza, el diseño e implementación del Programa de Acompañamiento Familiar de Uruguay Crece Contigo, así como la evaluación de la demanda para la expansión de los centros CAIF de todo país, acciones concretas elaboradas en base a datos de la ENDIS para mejorar la calidad de vida de la infancia y las familias uruguayas.

La ENDIS cohorte 2023, brinda nuevos resultados que analizamos con una mirada crítica, profesional y comprometida, con el objetivo de seguir avanzando hacia un Uruguay más equitativo y justo para todos sus niños y niñas

Mag. Cecilia Sena
Directora Nacional de Desarrollo Social
Ministerio de Desarrollo Social

Aspectos éticos y licencias de uso de pruebas psicométricas

Esta investigación cuenta con la aprobación del Comité de Ética de Facultad de Medicina de la Universidad de la República - Expediente Nº 070153-000010-23.

Cómo citar un capítulo

Institución o Apellido e inicial de los autores. (2024). Título del capítulo. En: Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud Cohorte 2023. Páginas utilizadas. Montevideo. MIDES, MSP, INE.

Contenido

PRÓLOGO.....	7
RESUMEN EJECUTIVO	18
INTRODUCCIÓN	24
Objetivo de la ENDIS	26
Acciones desarrolladas tomando información de la ENDIS.....	26
Marco sociodemográfico y de salud.....	27
Nacimientos	27
ENTORNO Y CARACTERIZACIÓN GENERAL DE LOS HOGARES Y REFERENTES	29
Caracterización general de los hogares	29
Tamaño de los hogares	29
Composición de los hogares.....	30
Habitabilidad de la vivienda	32
Presencia del referente masculino	37
Acceso a programas sociales	41
SET DE BIENVENIDA DE URUGUAY CRECE CONTIGO	44
ASPECTOS RELACIONADOS AL BIENESTAR EMOCIONAL DE LAS Y LOS REFERENTES	47
CUIDADOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS.....	49
Asistencia a centros de cuidado y educación infantil.....	49
Cobertura pública.....	52
Edad de inicio de la asistencia a centros de cuidado y educación infantil	54
Traslado y distancia	56
Compatibilidad con horarios.....	60
Cuidados cuando el niño o niña enferma o no hay clases.....	61
Motivo de no asistencia.....	62
Beneficios laborales.....	63
DISCIPLINAMIENTO: EL MALTRATO INFANTIL EN LA PRIMERA INFANCIA EN URUGUAY	66
Reporte de uso de métodos violentos de disciplina en Uruguay	67
Diferencias en el uso de métodos violentos de disciplina según características demográficas y contexto del hogar.....	70
Evolución del maltrato infantil entre 2013, 2018 y 2023	73
ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SALUD INFANTIL.....	75

Uso de los servicios de salud ante consultas por patología	75
Instancias de educación para el parto y la crianza.	78
Morbilidad por lesiones no intencionales.....	79
Cumplimiento de las recomendaciones de suplementación con hierro y vitamina D	80
Asistencia a controles preventivos de salud bucal y visual, recomendados y obligatorios en mayores de 36 meses.....	84
Consultas con especialistas y Diagnósticos	86
LACTANCIA Y PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN	87
Lactancia materna	87
Alimentación de los niños y niñas	94
ESTADO NUTRICIONAL	112
Estado Nutricional del niño o niña.....	112
Estado nutricional materno	116
Seguridad alimentaria de los hogares	118
SUEÑO, ACTIVIDAD FÍSICA Y HORAS DE PANTALLA	121
Sueño	121
Cómo y dónde duermen los niños según la ENIDS 2023.....	122
Actividad Física.....	126
Exposición a pantallas	128
ACCESO Y USO DE ESPACIOS PÚBLICO	131
MÓDULO COVID.....	133
Sobre Restricciones de niños.....	133
Situación laboral y financiera de los referentes	134
Teletrabajo y Cuidados	135
Apoyos estatales y alimentarios.....	136
DESARROLLO INFANTIL Y PERSONALIDAD DEL CUIDADOR PRINCIPAL.....	138
Child Behavior Check List 1½-5 (CBCL 1½-5)	138
Ages & Stages Questionnaires tercera versión (ASQ- 3)	146
Cuestionario de Personalidad de los Cinco Grandes (BIG FIVE) y su relación con el riesgo desarrollo socioemocional.....	156
Índice de Desarrollo en la Primera Infancia 2030 (ECDI 2030)	163
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	167

Índice de gráficos

Gráfico 1. Nacimientos totales. Año 2013 a 2023.....	28
Gráfico 2. Incidencia de pobreza en población general comparativo con incidencia en población infantil.	¡Error! Marcador no definido.
Gráfico 3. Tamaño promedio de los hogares de los niños y niñas según edad, nivel de ingresos y región.....	30
Gráfico 4. Distribución porcentual de niños y niñas según tenencia de la vivienda en el hogar en que residen, nivel de ingresos y región	35
Gráfico 5. Porcentaje de niños y niñas que residen en viviendas con carencias en saneamiento y en acceso al agua según el total y tercil 1 de ingresos.....	37
Gráfico 6. Proporción de niños y niñas que no convive con su padre según edad, nivel de ingresos y región.....	39
Gráfico 7. Proporción de niños y niñas con acuerdos legales o de palabra entre sus padres sobre pensiones o transferencias de dinero y régimen de visita.	41
Gráfico 8. Cobro de AFAM y distribución según nivel de ingreso	42
Gráfico 9. Uso de la Guía para el buen comienzo en una escala de 1 (poco uso) a 5 (mucho uso), según nivel de ingresos y región	45
Gráfico 10. Calificación en una escala de 1 (poco) a 5 (mucho) el uso que se le dio a los materiales contenidos en el set de bienvenida.	46
Gráfico 11. Adulto referente con probabilidad de depresión.....	47
Gráfico 12. Comparativa de bienestar emocional de la referente con probabilidad de depresión 2018 vs 2023.	48
Gráfico 13. Porcentaje de asistencia a centros de cuidado/educación según edad.....	49
Gráfico 14. Porcentaje de niños y niñas de 1 a 3 años que asisten a un centro de cuidados/educación 20 horas semanales o más, según edad. Años 2013, 2018 y 2023	50
Gráfico 15. Porcentaje de niños y niñas que asisten a un centro de cuidados/educación 20 horas semanales o más, según actividad laboral de la madre, región de residencia y nivel de ingresos. 2013, 2018 y 2023	52
Gráfico 16. Proporción de niños y niñas de 1 a 3 años que asisten 20 horas semanales o más a un centro público de cuidado/educación sobre el global de asistencia. Años 2013, 2018 y 2023	53
Gráfico 17. Proporción de niños y niñas de 1 a 3 años que asisten 20 horas semanales o más a un centro público de cuidado/educación, según actividad laboral de la madre, región de residencia y nivel de ingresos. Años 2013, 2018 y 2023	54
Gráfico 18. Edad de inicio de asistencia en niños de 3 años. Años 2013, 2018 y 2023.....	55
Gráfico 19. Edad de inicio de asistencia a un centro de cuidados o educación inicial según actividad laboral de la madre, región y nivel de ingresos, para niños y niñas de 3 años de edad. Año 2023	56
Gráfico 20. Distancia al jardín o centro educativo, para niños y niñas de 1 a 3 años que asisten 20 horas o más	57
Gráfico 21. Distancia al jardín o centro educativo, para niños y niñas de 1 a 3 años que asisten 20 horas o más, según situación ocupacional de la madre, región y nivel de ingresos	58

Gráfico 22. Traslado al jardín o centro educativo, para niños y niñas de 1 a 3 años que asisten 20 horas o más	59
Gráfico 23. Compatibilidad del horario del jardín o centro educativo con horario de trabajo de la madre, para niños y niñas de 1 a 3 años que asisten 20 horas o más, según región y nivel de ingresos.	60
Gráfico 24. Razones por las que no envía o envió a su hijo o hija a un centro de educación y cuidados (% que menciona).....	63
Gráfico 25. Proporción de niños y niñas de 2 a 4 años según tipo de violencia utilizada - 2023.	70
Gráfico 26. Porcentaje de niños y niñas de 2 a 4 años que fueron sometidos a métodos de disciplina violentos en el último mes, según sexo y tipo de violencia - 2023	71
Gráfico 27. Porcentaje de niños y niñas de 2 a 4 años que fueron sometidos a métodos de disciplina violentos en el último mes, según edad y tipo de violencia - 2023	71
Gráfico 28. Porcentaje de niños y niñas de 2 a 4 años que fueron sometidos a métodos de disciplina violentos en el último mes, según nivel de ingreso per cápita del hogar, región y tipo de violencia – 2023	72
Gráfico 29. Porcentaje de niños y niñas de 2 a 4 años que fueron sometidos a métodos de disciplina violentos en el último mes, según nivel educativo de la madre y tipo de violencia - 2023.....	73
Gráfico 30. Evolución del porcentaje de niños y niñas de 2 a 4 años que fueron sometidos a métodos de disciplina violentos en el último mes, según tipo de violencia – 2013, 2018 y 2023	74
Gráfico 31. Lugar de tratamiento según nivel de ingreso y región.....	77
Gráfico 32. Instancias de educación para el parto y la crianza según lugar de residencia y nivel de ingresos.	79
Gráfico 33. Consumo de Hierro y Vitamina D en menores de 24 meses el día previo a la entrevista.	84
Gráfico 34. Porcentaje en control odontológico y oftalmológico en niños de 3 y más años por nivel de ingreso y región.	85
Gráfico 35. Porcentaje en control odontológico y oftalmológico en niños de 3 y más años según cohorte 2018 y 2023.	85
Gráfico 36. Inicio temprano de la lactancia materna según tercil y región	89
Gráfico 37. Tipo de alimentación al alta en niños y niñas menores de 24 meses	90
Gráfico 38. Lactancia materna exclusiva en niños y niñas menores de 6 meses según tercil de ingresos y región.....	91
Gráfico 39. Comparación entre cohorte 2018 y cohorte 2023 de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses, según tercil de ingresos y región	92
Gráfico 40. Diversidad alimentaria en niños y niñas de 6 a 23 meses según tercil de ingresos y región.	95
Gráfico 41. Frecuencia mínima de comidas en niños y niñas de 6 a 23 meses según edades y si son amamantados.....	98
Gráfico 42. Comparación entre cohorte 2018 y cohorte 2023 de la frecuencia mínima de comidas en niños y niñas de 6 a 23 meses, según edades y si son amamantados	99
Gráfico 43. Porcentaje de niños de 6 a 23 meses expuestos a pantallas mientras comen según edad y tercil de ingresos	103

Gráfico 44. Porcentaje de niños y niñas de 6 a 23 meses a los que a su comida se les agrega sal, según edad y tercil de ingresos.	104
Gráfico 45. Consumo de grupos de alimentos recomendados en niños/as de 2 a 4 años el día anterior a la encuesta, según tercil y región	106
Gráfico 46. Comparación entre cohorte 2018 y cohorte 2023 del consumo de grupos de alimentos recomendados en niños/as de 2 a 4 años el día anterior a la encuesta, según nivel de ingresos	107
Gráfico 47. Consumo de grupos de alimentos recomendados en la Guía Alimentaria para la Población Uruguaya en niños/as de 2 a 4 años el día anterior a la encuesta.....	108
Gráfico 48. Consumo de grupos de alimentos NO recomendados en la Guía Alimentaria para la Población Uruguaya en niños/as de 2 a 4 años el día anterior a la encuesta.....	109
Gráfico 49. Porcentaje de niños/as de 2 a 4 años que usan pantallas mientras comen según tercil de ingresos y región.	110
Gráfico 50. Problemas nutricionales para el total de los niños y niñas (0 a 4 años)	114
Gráfico 51. Problemas nutricionales según tercil, edad y región	115
Gráfico 52. Comparación entre cohorte 2013, 2018 y 2023 de los problemas nutricionales en niños y niñas de 12 a 47 meses*	116
Gráfico 53. Estado nutricional de los niños en relación con el estado nutricional de las madres	117
Gráfico 54. Percepción de seguridad alimentaria en los hogares.....	119
Gráfico 55 .Proporción de los niños y niñas que durmieron la noche anterior acompañados por otros niños o adultos por edad de los niños, tercil de ingresos y región	124
Gráfico 56. Promedio de minutos de actividad física que los niños y niñas de 1 año y más realizaron el día anterior en distintos ambientes según edad, nivel de ingresos, sexo y región.	127
Gráfico 57. Porcentaje de niños y niñas que cumplen con las recomendaciones de minutos de educación física realizadas por día según OMS según edades simples	128
Gráfico 58. Porcentaje de niños y niñas que cumplen con las recomendaciones de minutos de exposición a pantallas realizadas por día según OMS según edad, tercil de ingresos y región	130
Gráfico 59. Distancia al espacio público más cercano según región donde viven los niños y niñas.....	132
Gráfico 60. Cuidados de niños y niñas al momento de teletrabajar en el período entre marzo 2020 junio 2021.	136
Gráfico 61. Proporción de personas que tuvieron apoyo estatal en el período entre marzo 2020 junio 2021 según ingresos del hogar y máximo nivel educativo de la madre.....	137
Gráfico 62. Porcentaje de niños y niñas de 24 a 59 meses cuyo desarrollo es adecuado en cuanto a la salud, el aprendizaje y el bienestar psicosocial, según características demográficas	165
Gráfico 63. Porcentaje de niños y niñas de 24 a 59 meses cuyo desarrollo es adecuado en cuanto a la salud, el aprendizaje y el bienestar psicosocial, según características educativas y socioeconómicas	166

Índice de Tablas

Tabla 1. Distribución de niños y niñas según tamaño del hogar.....	29
Tabla 2. Distribución de niños y niñas según tipo de hogar.....	30
Tabla 3. Distribución de tipo de hogar de los niños y niñas según edad, nivel de ingresos y región.....	32
Tabla 4. Porcentaje de niños y niñas que residen en situación de hacinamiento.....	33
Tabla 5. Porcentaje de niños y niñas que reside en situación de hacinamiento según edad, nivel de ingresos per cápita y región.....	33
Tabla 6. Distribución porcentual de niños y niñas según tenencia de la vivienda.....	34
Tabla 7. Distribución porcentual de niños y niñas según material predominante en paredes, techos y pisos de la vivienda donde habitan.	36
Tabla 8. Distribución de niños y niñas según convivencia con el padre.....	38
Tabla 9. Distribución de niños y niñas según motivo de no convivencia con el padre.	40
Tabla 10. Distribución de niños y niñas según cobertura de las AFAM	42
Tabla 11. Distribución de niños y niñas según cobertura de la TUS.....	43
Tabla 12. Traslado al jardín o centro educativo, para niños y niñas de 1 a 3 años que asisten 20 horas o más, según región, nivel de ingresos y ocupación de la madre.....	60
Tabla 13. Cuidados del niño o niña cuando enferma o no hay clase. Año 2023	61
Tabla 14. Cuidados del niño o niña cuando enferma o no hay clase, según región, nivel de ingresos y ocupación de la madre.....	62
Tabla 15. Porcentaje de madres (ocupadas) con beneficios laborales vinculados a cuidados.....	64
Tabla 16. Lugar de tratamiento en las cohortes 2018 y 2023.....	78
Tabla 17. Niños con al menos una lesión en los últimos 12 meses por región y tercil.	80
Tabla 18. Niños/as de 0 a 3 años con al menos una lesión en los últimos 12 meses según cohorte 2013,2018 y 2023	80
Tabla 19. Resultados del screening de anemia según por de ingresos y región.....	82
Tabla 20. Porcentaje de Niños/as de 0 a 3 años con Anemia según cohorte 2013,2018 y 2023.....	83
Tabla 21. Porcentaje de niños y niñas de 12 a 23 meses con lactancia materna continúa	93
Tabla 22. Consumo de huevos y/o carnes el día anterior a la encuesta en niños y niñas de 6 a 23 meses, según tercil y región.	99
Tabla 23. Consumo de bebidas azucaradas el día anterior a la encuesta en niños y niñas de 6 a 23 meses, según tercil y región.	100
Tabla 24. Consumo de alimentos no saludables el día anterior a la encuesta en niños y niñas de 6 a 23 meses, según tercil y región.	102

Tabla 25. Consumo de refrescos, jugos artificiales y aguas saborizadas el día anterior a la encuesta en niños/as de 2 a 4 años, según nivel de ingresos y región.....	111
Tabla 26. Criterios para el diagnóstico nutricional por edad.....	113
Tabla 27. Comparativa de seguridad alimentaria en los hogares en 2018 y 2023....	120
Tabla 28. Distribución porcentual de los niños y niñas menores de 12 meses según su posición al dormir por edad, nivel de ingresos del hogar y región.	123
Tabla 29. Promedio de horas de sueño del día anterior (incluyendo siestas e intervalos de sueño nocturno según edad de los niños y niñas)	124
Tabla 30. Proporción de los niños y niñas que cumplen las recomendaciones de OMS de horas de sueño por tramo de edad.	126
Tabla 31. Promedio de minutos de exposición a pantallas según edad de los niños y niñas, tercil de ingresos y región	129
Tabla 32. Porcentaje de niños y niñas que utilizan espacios públicos y distancia al mismo según edad, nivel de ingresos y región.....	131
Tabla 33. Niños y niñas que dejaron de usar espacios públicos según niveles de ingresos del hogar, región, sexo y nivel educativo de la madres.....	134
Tabla 34. Situación laboral de las personas entrevistadas entre marzo 2020 y junio 2021 según nivel de ingresos de los hogares, región y nivel educativo de las madres	135
Tabla 35. Comportamiento, síndrome y ejemplo de ítem del CBCL 1½-5.....	140
Tabla 36. Distribución según clasificación en Normal, Borderline y Clínico en el CBCL 1½-5 años	142
Tabla 37. Porcentaje de niños y niñas categorizados en el grupo Clínico y Borderline del CBCL según sexo, región y tercil de ingreso del hogar	144
Tabla 38. Dimensión y ejemplo del ítem del ASQ-3	147
Tabla 39. Porcentaje de niños categorizados en riesgo y zona de monitoreo en el ASQ-3	149
Tabla 40. Porcentaje de niños y niñas categorizados en riesgo en ASQ-3 según sexo.....	150
Tabla 41. Porcentaje de niños y niñas categorizados con alerta (monitoreo o riesgo) en ASQ-3 según región	152
Tabla 42. Porcentajes de niños y niñas categorizados en riesgo en ASQ-3 según tercil de ingreso.....	154
Tabla 43. Dimensiones y Ejemplos de ítems del inventario de Personalidad de los Cinco Grandes - 2S	156
Tabla 44. Puntuaciones de las dimensiones del BFI reportadas por los cuidadores principales según sexo del niño o niña, nivel socioeconómico (tercil de ingreso) y región	157
Tabla 45. Puntajes en las dimensiones de la personalidad según nivel de riesgo socioemocional para los perfiles de banda ancha del CBCL	160

Índice de Ilustraciones

Ilustración 1 Evolución	25
Ilustración 2. Resumen de los datos de disciplina violenta y no violenta en la ENDIS 2023	68

RESUMEN EJECUTIVO

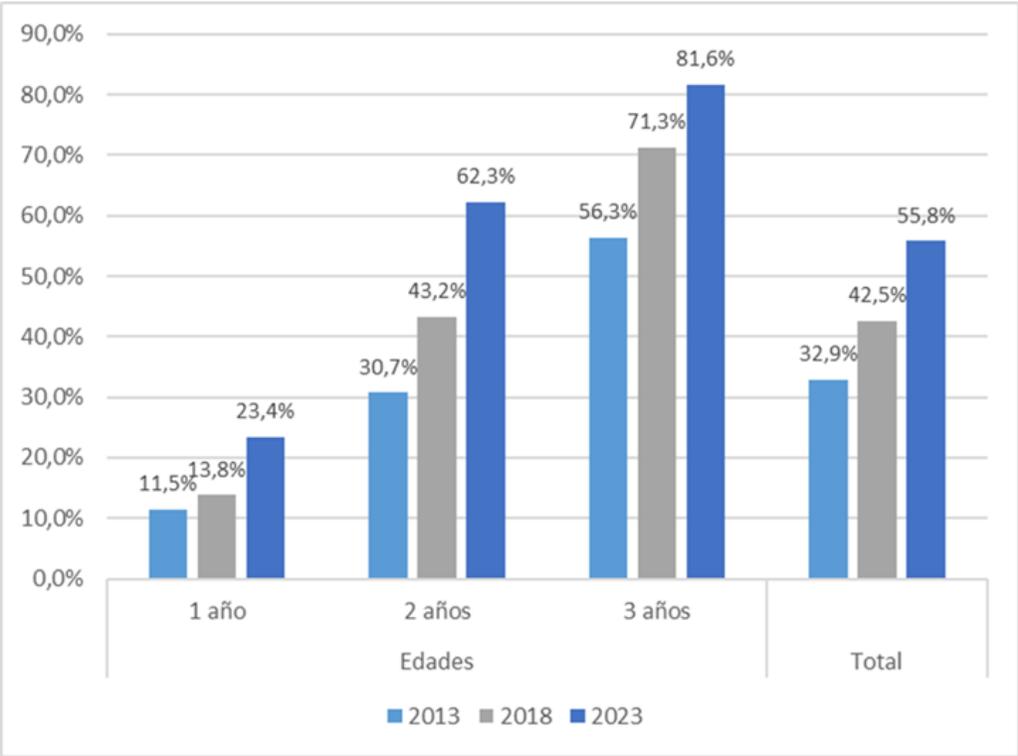
A continuación, se presenta un resumen de los resultados más destacados de la situación de la primera infancia relevada en la ENDIS 2023.

Asistencia a Centros Educativos y cuidado de niños y niñas

En los últimos 5 años, el porcentaje de niños y niñas de 1 a 3 años que asisten al menos 20 horas semanales a un centro de educación y cuidados ha aumentado en 13 puntos porcentuales, pasando del 42,5% en la cohorte 2018 al 55,8% en esta cohorte 2023.

Asimismo, se destaca la cobertura de la asistencia a centros educativos públicos, pasando significativamente de un 52,2% en 2018 al 67,3% en 2023.

Porcentaje de niños y niñas de 1 a 3 años que asisten a un centro de cuidados/educación 20 horas semanales o más, según edad. Años 2013, 2018 y 2023



Fuente: elaboración propia en base a ENDIS 2013, 2018 y 2023

Los niños y niñas y sus hogares

En la cohorte de 2023, se observa que la mayoría de los niños y niñas vive en hogares nucleares (70%), seguidos por aquellos que residen en hogares monoparentales (17%). Se nota un cambio en la composición de los hogares ya que en 2018 solamente un 9% de los niños vivían en hogares monoparentales

Distribución de niños y niñas según tipo de hogar

	2013	2018	2023
Nuclear	64%	72%	70%
Monoparental	6%	9%	17%
Extendido o compuesto	30%	19%	13%
Total	100%	100%	100%

Fuente: DINTAD con base en ENDIS 2013, 2018 y 2023

Exposición a pantallas

La ENDIS 2023 como se expuso anteriormente, es la primera encuesta que visualiza la realidad de los niños pos pandemia, por tanto, la exposición a pantallas es una nueva variable de la vida cotidiana de los niños.

Actualmente, el 64% de los niños y niñas está más horas expuesto a pantallas de lo que recomienda la Organización Mundial de la Salud (0 horas de 0 y 1 año y 1 hora de 2 años a 4 años). Cabe destacar que en el 2018 la exposición a pantallas era de un 48%.

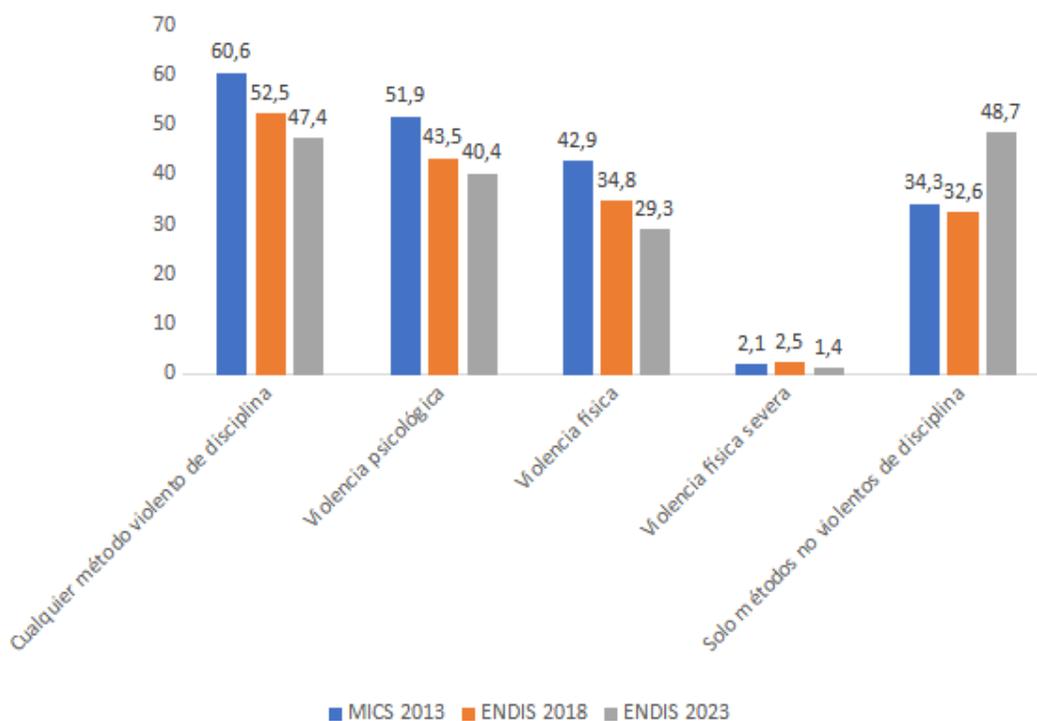
El promedio de uso de pantallas es 94 minutos diarios, lo que excede la recomendación para ciertas edades, aumentando en promedio 22 minutos más que en el 2018.

Disciplinamiento

En cuanto a prácticas de disciplinamiento, la ENDIS tiene como resultado una baja en la cohorte de 2023, si bien el 47,4% de los niños y niñas de 2 a 4 años fue sometido a algún método de disciplina violenta en el mes previo a la encuesta, incluyendo tanto violencia psicológica como física. En la ENDIS 2018 este valor era de 52,5%.

Asimismo, se destaca un abaja en los diversos tipos de violencia (física, psicológica y física severa) y un aumento significativo en métodos no violentos de disciplina pasando de un 32.6 en 2018 a un 48.7 en la ENDIS 2023.

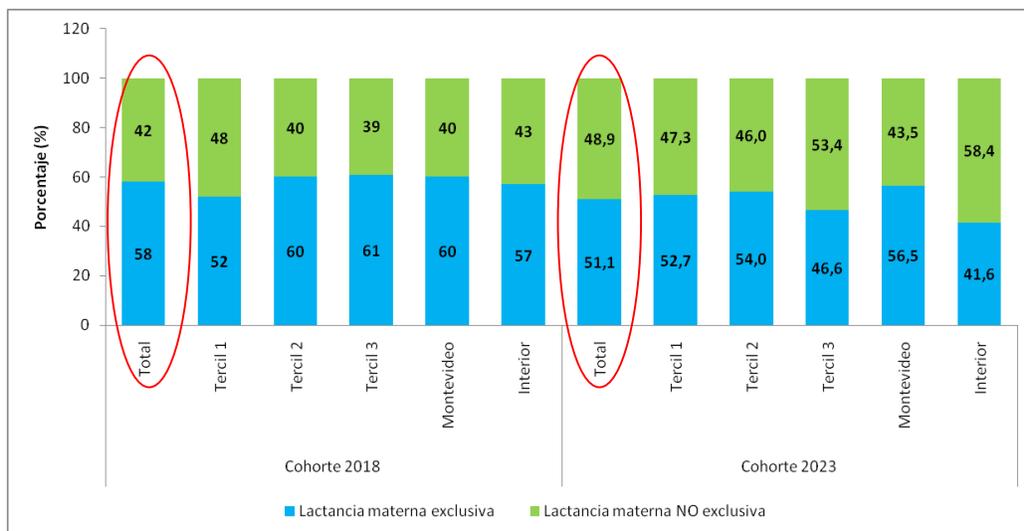
Evolución del porcentaje de niños y niñas de 2 a 4 años que fueron sometidos a métodos de disciplina violentos en el último mes, según tipo de violencia – 2013, 2018 y 2023



Nutrición, Lactancia y Alimentación

El estudio destaca una disminución en la tasa de lactancia materna exclusiva en menores de seis meses, pasando del 58% en 2018 al 51% en 2023. Cabe destacar que las principales razones declaradas para abandonar la lactancia exclusiva incluyen la indicación médica y la percepción de insuficiencia de leche.

Comparación entre cohorte 2018 y cohorte 2023 de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses, según tercil de ingresos y región



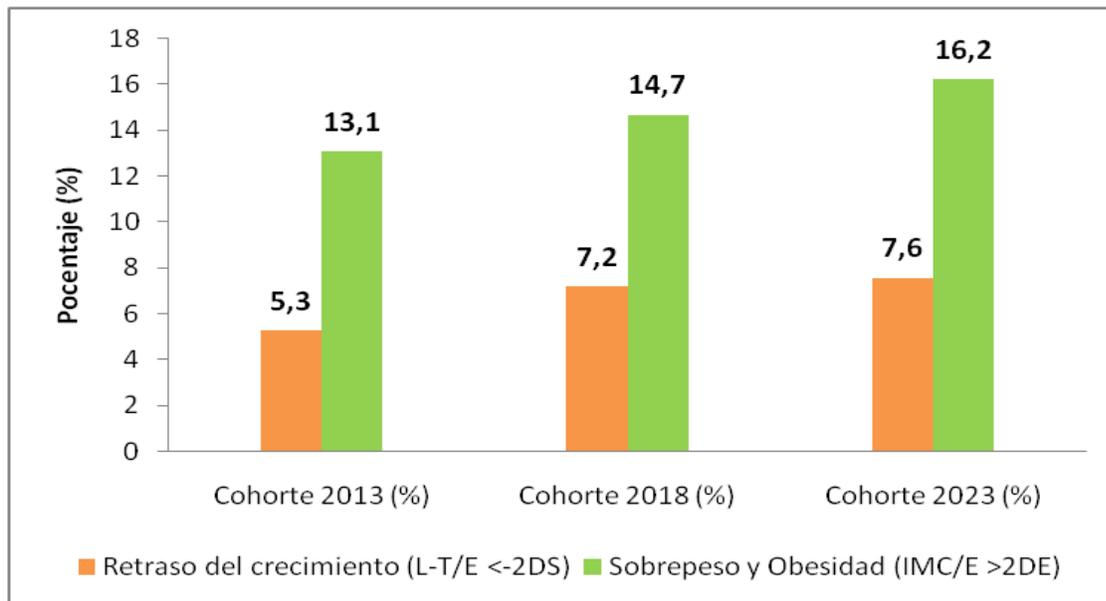
Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2023

Estado Nutricional

El 41,6% de los niños presenta un índice de masa corporal superior al esperado para su edad, y un 14,1% presenta sobrepeso y obesidad, un problema que prevalece y va en aumento en la sociedad.

Asimismo, un aspecto crítico de los datos que surgen de la encuesta es el consumo insuficiente de frutas y verduras. Un porcentaje significativo de niños y niñas no incluye estos alimentos en su dieta diaria

Comparación entre cohorte 2013, 2018 y 2023 de los problemas nutricionales en niños y niñas de 12 a 47 meses*



*Se tomó el grupo de niños de 12 a 47 meses ya que es el grupo metodológicamente comparable en las tres instancias.

Seguridad alimentaria

En la ENDIS 2023, el 56.1% de los hogares con niños y niñas de 0 a 59 meses presentan seguridad alimentaria, una cifra superior al 54,9% en 2018.

La inseguridad alimentaria severa en 2023 para los niños de 1 a 4 años ha disminuido, pasando de un total de 5.4% en 2018 a 4.2% en el 2023.

Comparativa de seguridad alimentaria en los hogares en 2018 y 2023

	2023	2018	2013
	12 a 47 meses	12 a 47 meses	12 a 47 meses
Seguridad	56,1	54,9	56,8
Inseguridad leve	26,6	28,3	29,2
Inseguridad moderada	13,1	11,5	9,5
Inseguridad severa	4,2	5,4	4,6

INTRODUCCIÓN

La Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud (ENDIS) es una investigación pionera en el país a través de la cual, y por primera vez, se accede sistemáticamente a datos representativos acerca de la situación de la primera infancia y de su evolución durante las diferentes etapas del ciclo de vida.

La ENDIS combina un estudio socio-demográfico longitudinal (seguimiento de panel) y descriptivo que permite conocer la trayectoria de los niños y niñas y sus familias. En este sentido se han realizado relevamientos quinquenales que permite tener fotos periódicas de la situación de la primera infancia.

La encuesta se orienta a profundizar en el conocimiento acerca del desarrollo infantil, nutrición y alimentación, derecho a la salud, cuidados, acceso a la educación y la relación existente entre estas dimensiones, generando conocimiento para orientar las políticas públicas.

En el presente documento se incluyen los resultados de la ENDIS 2023, representativa de la población de niños y niñas de 0 a 59 meses que residen en localidades de más de 5000 habitantes.

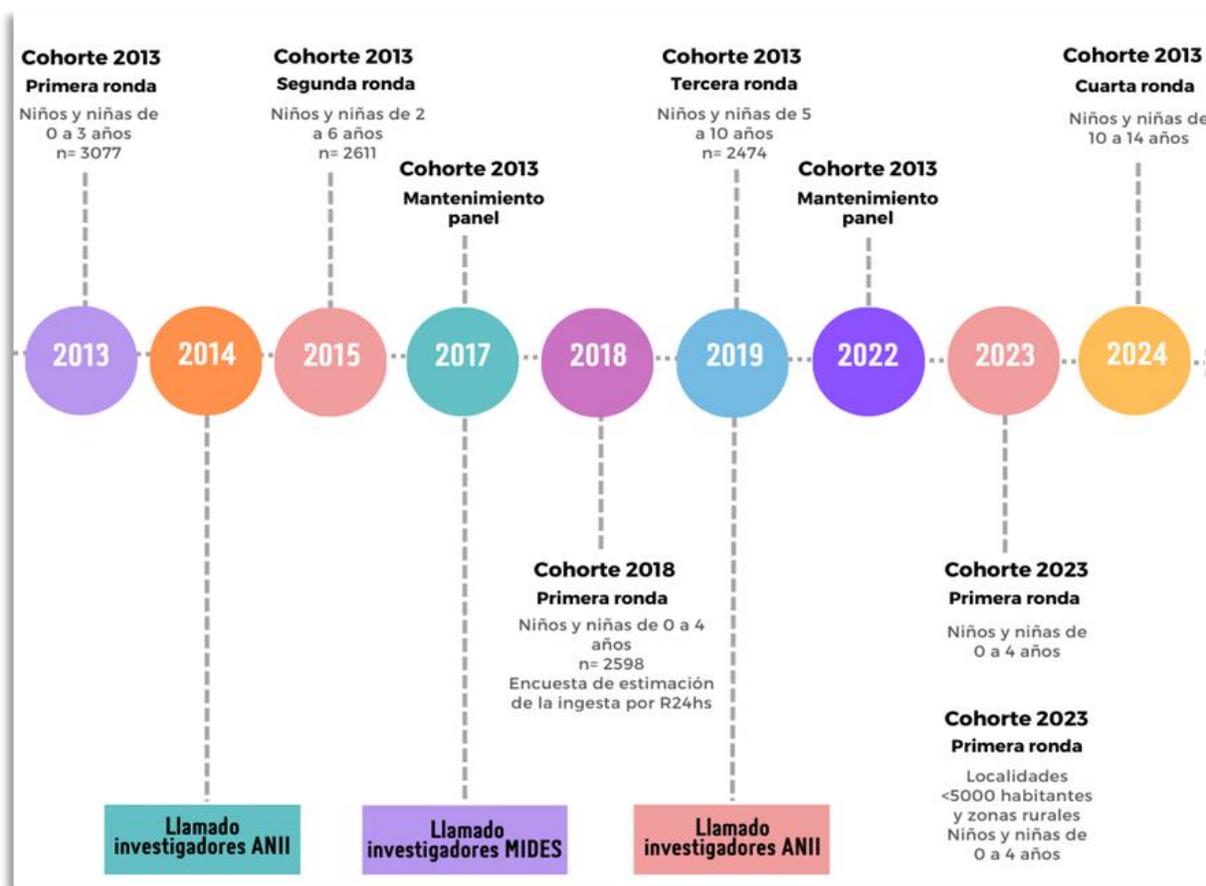
Esta información será complementada con el informe del relevamiento para localidades con menos de 5000 habitantes y áreas rurales realizado por primera vez en el país durante 2024. Esto genera un hito sobre la primera infancia en el Uruguay dado que no se disponía de información a nivel de pequeñas localidades y áreas rurales, permitiendo ampliar el conocimiento de las infancias en el país.

Con la ENDIS se propone también aumentar la masa crítica de investigadores en la primera infancia. No solo produce la información, también promueve su uso publicando las bases de datos para su uso libre y a través de concursos de investigadores para apoyar y propagar la investigación en infancia. Esta iniciativa se realiza en convenio con la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII). En esta línea, en los últimos años se han generado 3 fondos de investigación desde donde se financiaron más de 20 proyectos de investigadores locales y de la región.

Es importante destacar que la ENDIS ha promovido de manera innovadora el uso de registros administrativos como fuente primaria de información y punto de partida para generar datos complementarios. Un ejemplo relevante es la utilización del Certificado de Nacido Vivo (CNV), que contiene datos clave sobre el embarazo y el nacimiento, y que se emplea como base para el muestreo de la encuesta. Esta estrategia no solo optimiza el aprovechamiento de la información existente, sino que también permite reducir la duración del cuestionario, mejorando así la eficiencia y la calidad de los datos relevados.

El siguiente gráfico ilustra la evolución desde 2013 para mantener activo un panel longitudinal, que permite seguir los cursos de vida de los niños. A su vez, los relevamientos transversales periódicos ofrecen una visión actualizada de los cambios en la situación de la primera infancia, proporcionando información clave para la orientación y ajuste de las políticas públicas.

Ilustración 1 Evolución



Objetivo de la ENDIS

El objetivo de la ENDIS es generar conocimiento para orientar las políticas de primera infancia, basado en evidencias sólidas sobre el estado nutricional, el desarrollo y salud de la población infantil y su evolución durante el proceso de crecimiento.

Acciones desarrolladas tomando información de la ENDIS

La ENDIS genera datos e información relevante al tiempo que fomenta la investigación en el ámbito de la primera infancia. Además, busca promover el uso de esta información tanto por parte de los responsables de la formulación de políticas públicas como de la sociedad en general, facilitando la toma de decisiones informadas y el desarrollo de acciones basadas en evidencia.

En este sentido, durante más de diez años, la ENDIS ha proporcionado información fundamental para el diseño y reorientación de políticas de primera infancia en diversas instituciones. Se ha consolidado como una referencia nacional en la generación de datos de alta calidad y en la elaboración de indicadores internacionales, los cuales son utilizados para reportar a múltiples organismos como Naciones Unidas (ODS), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la FAO y UNICEF.

A continuación, se presentan algunos ejemplos de políticas públicas de primera infancia que han utilizado información generada a partir de la ENDIS para su diseño e implementación:

- Diseño de la transferencia monetaria Bono Crianza.
- Estimación de la demanda potencial del Programa de Acompañamiento Familiar de Uruguay Crece Contigo.
- Evaluación de la demanda para la expansión de los centros CAIF.
- Elaboración de guías alimentarias y establecimiento de metas nutricionales.
- Desarrollo del marco de orientaciones nutricionales para centros educativos que atienden a niños de 0 a 6 años.
- Insumo para la ley de rotulado frontal de alimentos.
- Adaptación de materiales del Set de Bienvenida y otros recursos socioeducativos para las familias uruguayas proporcionados por UCC.

Marco sociodemográfico y de salud

Para una mejor comprensión de la información presentada en este informe, es fundamental considerar los cambios sociodemográficos y las principales situaciones de salud que ha atravesado el país en los últimos 10 años, período del cual disponemos de datos de la ENDIS.

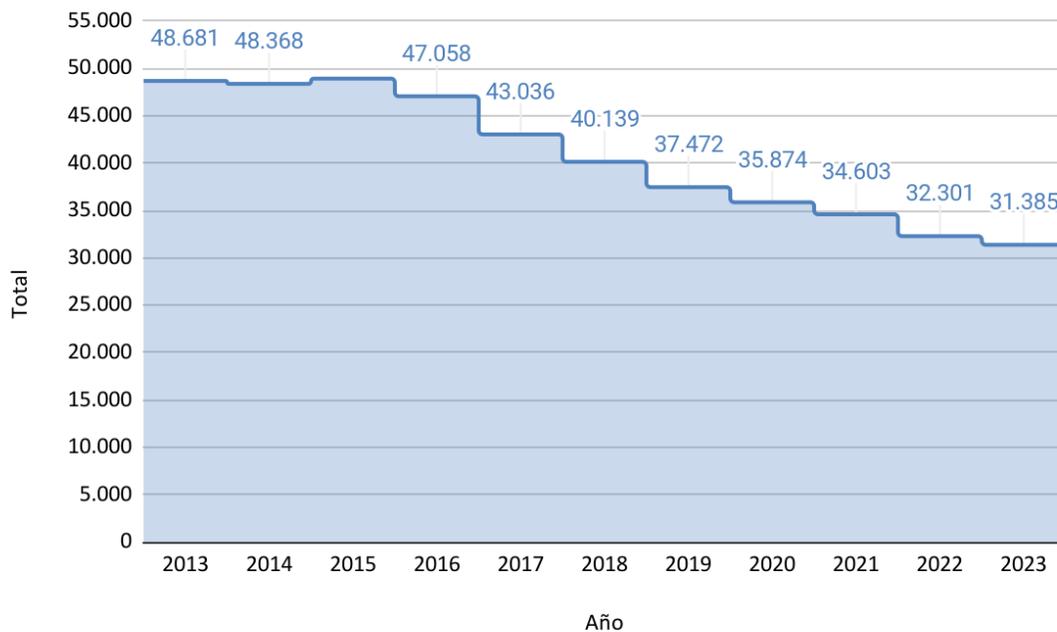
Nacimientos

Un aspecto relevante es que, desde 2017, Uruguay ha experimentado una disminución continua en la cantidad de nacimientos. A partir de 2017, se inició un descenso sostenido en la natalidad, que culminó en 2023 (último año disponible) con un total de 31.385 nacimientos.

Al analizar el período 2013-2023, se observa una reducción del 35% en los nacimientos, lo que significa que en 2023 se registraron dos tercios de los nacimientos que hubo en 2013. Además, ya para 2018, el número de nacimientos había disminuido un 20% en comparación con 2013.

El Gráfico 1 ilustra claramente el patrón escalonado de esta caída interanual en los nacimientos, lo que indica que se trata de un fenómeno persistente que aún no ha alcanzado una fase de estabilización.

Gráfico 1. Nacimientos totales. Año 2013 a 2023.



Fuente: UCC con base en Estadísticas vitales MSP¹

¹ <https://uins.msp.gub.uy/>

ENTORNO Y CARACTERIZACIÓN GENERAL DE LOS HOGARES Y REFERENTES

Por DINTAD

Caracterización general de los hogares

En esta sección se realiza una descripción de los hogares que habitan los niños y niñas encuestados en esta edición de la ENDIS (cohorte 2023). De este modo, se presenta la situación de los hogares en términos de tamaño y composición. Asimismo, se analiza el vínculo de los niños y niñas con sus padres no corresidentes.

Tamaño de los hogares

Tal como se observa en el Tabla 1, no se encontraron grandes diferencias respecto al tamaño de los hogares observado en la ENDIS 2013 y 2018. En esta edición de la encuesta, los niños y niñas viven en hogares con un promedio de 3,9 integrantes, menor al de 2018 (4,2).

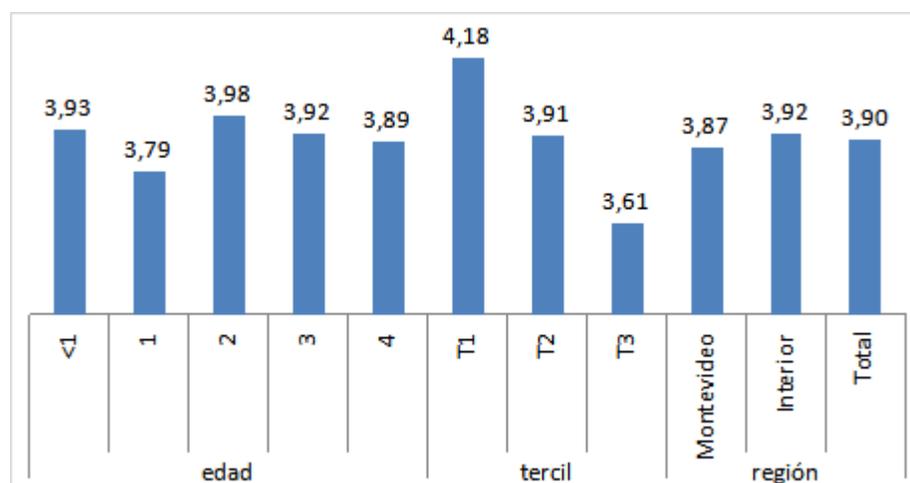
Tabla 1. Distribución de niños y niñas según tamaño del hogar

	2013	2018	2023
2 personas	4	3	7
3 personas	30	31	34
4 personas	34	34	34
5 personas	19	19	15
6 o + personas	13	13	10
Total	100	100	100

Fuente: DINTAD con base en ENDIS 2013, 2018 y 2023

Al analizar el tamaño de los hogares por nivel de ingresos, las diferencias son claras, siendo el tamaño promedio del tercil 1 de menores ingresos de 4,2 integrantes, mientras que en el tercil 3 de mayores ingresos el tamaño promedio del hogar ronda en 3,6.

Gráfico 2. Tamaño promedio de los hogares de los niños y niñas según edad, nivel de ingresos y región



Fuente: DINTAD con base en ENDIS 2023

Composición de los hogares

Al analizar la estructura de los hogares de los niños menores de 5 años, la mayoría vive en hogares nucleares (70%), seguidos de hogares monoparentales (17%) Estos valores presentan una diferencia respecto a 2013 donde el 64% de los niños vivía en hogares nucleares y un 30% en hogares extendidos o compuestos.

Tabla 2. Distribución de niños y niñas según tipo de hogar

	2013	2018	2023
Nuclear	64%	72%	70%
Monoparental	6%	9%	17%
Extendido o compuesto	30%	19%	13%
Total	100%	100%	100%

Fuente: DINTAD con base en ENDIS 2013, 2018 y 2023

Al realizar una apertura por región, el peso de cada tipo de hogar varía levemente. En Montevideo es mayor el número de hogares nucleares respecto a los hogares del interior (72% y 68% respectivamente), en detrimento de los hogares monoparentales y extendidos o compuestos.

Por otro lado, cuando se realiza la apertura por tercil de ingresos, las diferencias entre los tipos de hogares que habitan estos niños y niñas son mayores. De este modo, si bien en los tres grupos analizados prevalecen los hogares nucleares, se observa una mayor presencia de hogares monoparentales en el tercil 1 de menores ingresos (28%), frente a los hogares del tercil 2 y 3 (16% y 10% respectivamente). Lo mismo sucede con los hogares extendidos o compuestos, los cuales presentan una clara diferencia entre el tercil 1 y 2 (18% y 13%) respecto al tercil 3 (6%).

Cuando se analizan los cambios en la tipología de los hogares según la edad del niño, se observa que los hogares monoparentales aumentan en la medida que aumenta la edad. De este modo, un 14% de niños menores de un año vive en hogares monoparentales, frente a los niños de 4 años, donde un 19% vive en este tipo de hogar.

Tabla 3. Distribución de tipo de hogar de los niños y niñas según edad, nivel de ingresos y región

	<i>Nuclear</i>	<i>Monoparental</i>	<i>Extendido o compuesto</i>	<i>Total</i>
<i><1</i>	<i>74%</i>	<i>14%</i>	<i>12%</i>	<i>100%</i>
<i>1</i>	<i>71%</i>	<i>16%</i>	<i>13%</i>	<i>100%</i>
<i>2</i>	<i>66%</i>	<i>19%</i>	<i>15%</i>	<i>100%</i>
<i>3</i>	<i>67%</i>	<i>19%</i>	<i>14%</i>	<i>100%</i>
<i>4</i>	<i>70%</i>	<i>19%</i>	<i>11%</i>	<i>100%</i>
<i>T1</i>	<i>54%</i>	<i>28%</i>	<i>18%</i>	<i>100%</i>
<i>T2</i>	<i>71%</i>	<i>16%</i>	<i>13%</i>	<i>100%</i>
<i>T3</i>	<i>84%</i>	<i>10%</i>	<i>6%</i>	<i>100%</i>
<i>Montevideo</i>	<i>72%</i>	<i>16%</i>	<i>12%</i>	<i>100%</i>
<i>Interior</i>	<i>68%</i>	<i>19%</i>	<i>13%</i>	<i>100%</i>
<i>Total</i>	<i>70%</i>	<i>17%</i>	<i>13%</i>	<i>100%</i>

Fuente: DINTAD con base en ENDIS 2023

Habitabilidad de la vivienda

El espacio que habitan las niñas y niños afecta su desarrollo (Landers, Mercer, Molina, & Eming Young, 2006). En esta sección se analizan indicadores referentes a la habitabilidad de la vivienda. En primer lugar, un indicador relevante con impactos potenciales sobre diversos desempeños de salud, nutrición y desarrollo es el hacinamiento, definido como la proporción de hogares en viviendas en las que habitan más de dos personas por cada habitación excluyendo baño y cocina. De acuerdo a la información de la encuesta para 2023 el 16% de niños y niñas de entre 0 y 5 años viven en condiciones de hacinamiento

Tabla 4. Porcentaje de niños y niñas que residen en situación de hacinamiento

	2013	2018	2023
Sin hacinamiento	84%	83%	84%
Con hacinamiento	16%	17%	16%

Fuente: DINTAD con base en ENDIS 2013, 2018 y 2023

Los niveles de hacinamiento presentan diferencias sustantivas según niveles de ingresos y región, siendo mayor la proporción de niños y niñas viviendo en condiciones de hacinamiento entre los hogares de menores ingresos (es 29% en el tercil 1, 16% en tercil 2 y 3% en tercil 1) y en la región del interior de Uruguay (17%).

Tabla 5. Porcentaje de niños y niñas que reside en situación de hacinamiento según edad, nivel de ingresos per cápita y región

	Con hacinamiento	Sin hacinamiento	Total
<1	18%	82%	100%
1	17%	83%	100%
2	17%	83%	100%
3	14%	86%	100%
4	13%	87%	100%
T1	29%	71%	100%
T2	16%	84%	100%
T3	3%	97%	100%
Montevideo	13%	87%	100%
Interior	17%	83%	100%

Fuente: DINTAD con base en ENDIS 2023

Otro indicador que repercute en la habitabilidad de la vivienda es la tenencia, con consecuencias en la seguridad del hogar respecto a su situación habitacional. En la Tabla 6 se observa que la situación de tenencia de la vivienda es similar para las distintas ediciones de la encuesta. La diferencia principal se encuentra en los propietarios: los propietarios de vivienda y terreno caen respecto a 2018, mientras que la frecuencia de las personas propietarias solamente de la vivienda es mayor en la edición de 2013 respecto a las posteriores ediciones (11% y 6% respectivamente). Asimismo, aumenta el peso de los ocupantes con permiso en 2023 respecto a las ediciones anteriores (32% en 2023, 27% en 2018).

Los niños y niñas de 0 a 5 años se encuentran principalmente en viviendas con propietarios, seguido en segundo lugar por ocupantes con permiso e inquilinos.

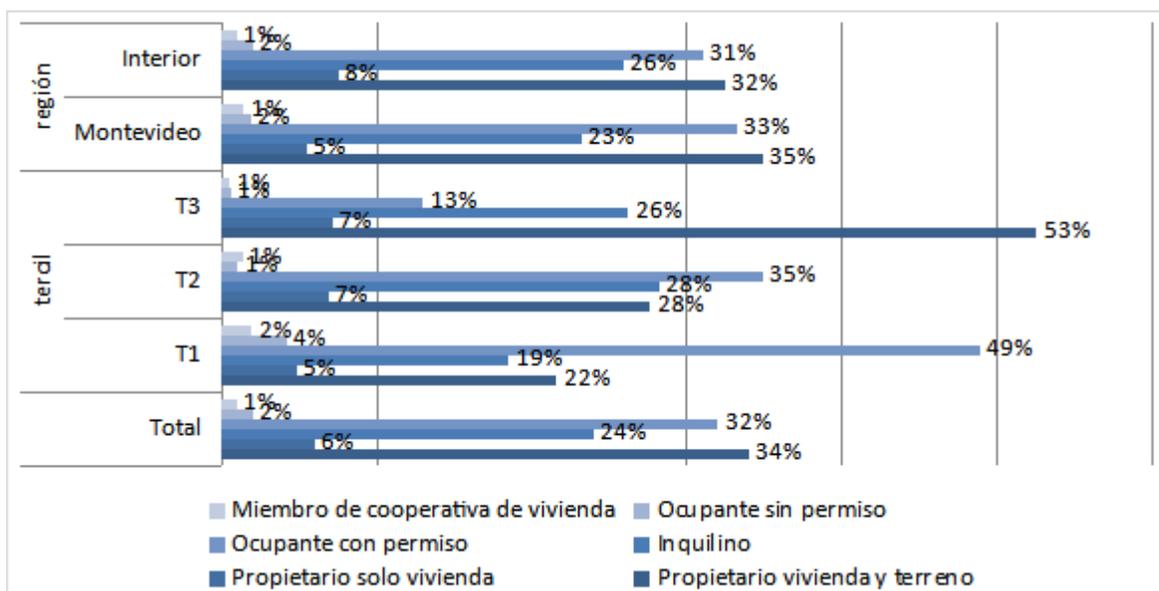
Tabla 6. Distribución porcentual de niños y niñas según tenencia de la vivienda

	2013	2018	2023
Propietario vivienda y terreno	39%	42%	35%
Propietario solo vivienda	11%	6%	6%
Inquilino	22%	21%	24%
Ocupante con permiso	26%	27%	32%
Ocupante sin permiso	2%	3%	2%
Miembro de cooperativa de vivienda	0%	1%	1%

Fuente: DINTAD con base en ENDIS 2013, 2018 y 2023

La tenencia de la vivienda presenta grandes diferencias según niveles de ingresos per cápita y menores por región. La propiedad sobre la vivienda presenta mayor incidencia entre los niños y niñas pertenecientes a hogares del tercil 3, de mayores ingresos (53%), y a residentes en Montevideo (35% frente a 32% en el interior). Mientras que la ocupación de la vivienda con permiso es predominante en el tercil 1, de menores ingresos, alcanzando el 49% en 2023.

Gráfico 3. Distribución porcentual de niños y niñas según tenencia de la vivienda en el hogar en que residen, nivel de ingresos y región



Fuente: DINTAD con base en ENDIS 2023

Por otra parte, se analizan los materiales utilizados en la construcción de la vivienda en la que habitan niños y niñas pequeños. Se observa que la mayoría (95%) residen en viviendas con paredes de ladrillo, bloque o ticholo. Una proporción menor (51%) en viviendas con techos hechos de planchada de hormigón, seguido por techos livianos (48%). La mayoría de los niños y niñas (84%) residen en viviendas con pisos de cerámica, parqué o baldosas, cabe considerar que el 7% reside en viviendas solo con contrapiso y sin piso.

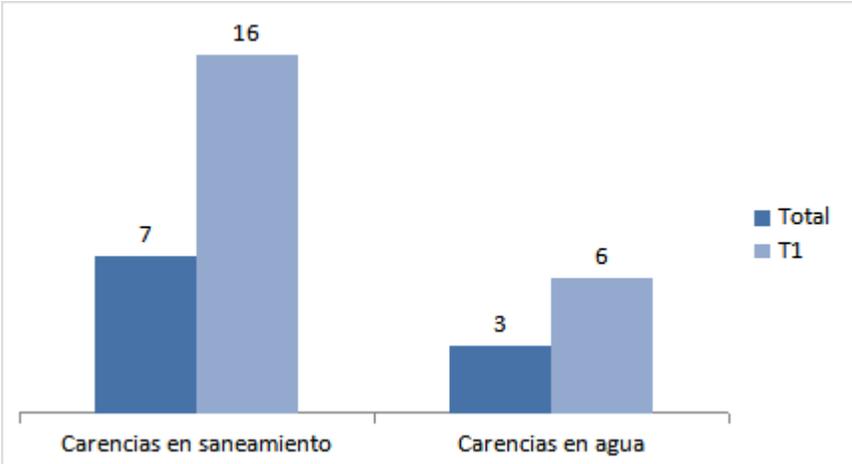
Tabla 7. Distribución porcentual de niños y niñas según material predominante en paredes, techos y pisos de la vivienda donde habitan.

		2013	2018	2023
Paredes	Ladrillo, bloque o ticholo	96%	94%	95%
	Materiales livianos	4%	6%	5%
	Materiales de desecho	0%	0%	0%
Techos	Planchada de hormigón	49%	54%	51%
	Techos livianos	51%	45%	48%
	Materiales de desecho	0%	1%	0%
Pisos	Cerámica, parquet, baldosas o moqueta	74%	81%	84%
	Alisado de hormigón	10%	10%	10%
	Solo contrapiso sin piso	16%	9%	7%

Fuente: DINTAD con base en ENDIS 2013, 2018 y 2023

En cuanto al acceso a servicios dentro de la vivienda, no tener un sistema de saneamiento adecuado, aparece como el principal problema, afectando la vivienda del 7% de niños y niñas. En segundo lugar, las carencias en materia de acceso al agua dentro de la vivienda afectan al 3% de niños y niñas. A su vez, se observa que la presencia de este tipo de carencias es más frecuente entre los niños y niñas del tercil más bajo de ingresos, donde los porcentajes de carencias son 16% en saneamiento y 6% en agua.

Gráfico 4. Porcentaje de niños y niñas que residen en viviendas con carencias en saneamiento y en acceso al agua según el total y tercil 1 de ingresos.



Fuente: DINTAD con base en ENDIS 2023

Presencia del referente masculino

La ausencia de la figura paterna en el hogar puede asociarse con la reducción de dos tipos de recursos relevantes para el bienestar de los hijos: dinero y tiempo de crianza y cuidado.

La proporción de niños y niñas de entre 0 a 3 años que no residen con el padre fue 24% en 2013, 22% en 2018 y 26% en 2023. Si se toma en cuenta el total de niños y niñas de la encuesta (de 0 a 4 años), el 27% de los mismos no vive con su padre en el hogar.

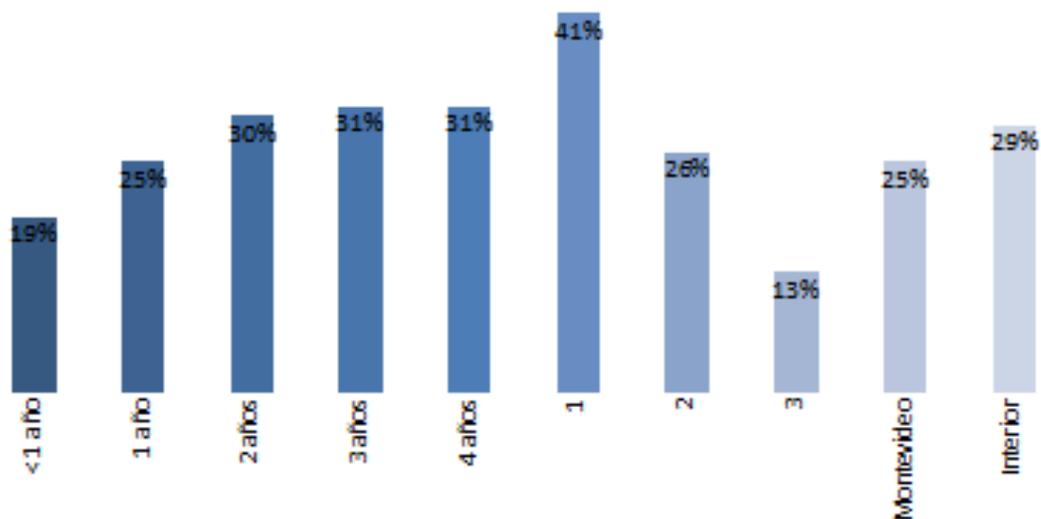
Tabla 8. Distribución de niños y niñas según convivencia con el padre

Distribución de niños/as según convivencia con el padre	Edición 2013 0 a 47 meses	Edición 2018 0 a 47 meses	Edición 2018 total	Edición 2023 0 a 47 meses	Edición 2023 total
No	24%	22%	23%	26%	27%
Si	76%	78%	77%	74%	73%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: DINTAD con base en ENDIS 2013, 2018 y 2023

Al realizar la apertura por edad, se observa que el porcentaje de niños y niñas que no viven con el padre es mayor en los más grandes. Además, en concordancia con lo observado en tipología de los hogares, la proporción de niños y niñas que no convive con su padre es de 41% en el tercil 1 (de menores ingresos) mientras que en el tercil 3 (de mayores ingresos) es de un 13%. También es mayor la proporción de niños y niñas que no reside con su padre en el Interior respecto a Montevideo (29 y 25% respectivamente).

Gráfico 5. Proporción de niños y niñas que no convive con su padre según edad, nivel de ingresos y región



Fuente: DINTAD con base en ENDIS 2023

De los niños y niñas que no viven con sus padres, más de la mitad no habita con ellos por separación o divorcio de sus padres, mientras que cerca un 29% nunca convivió con ellos.

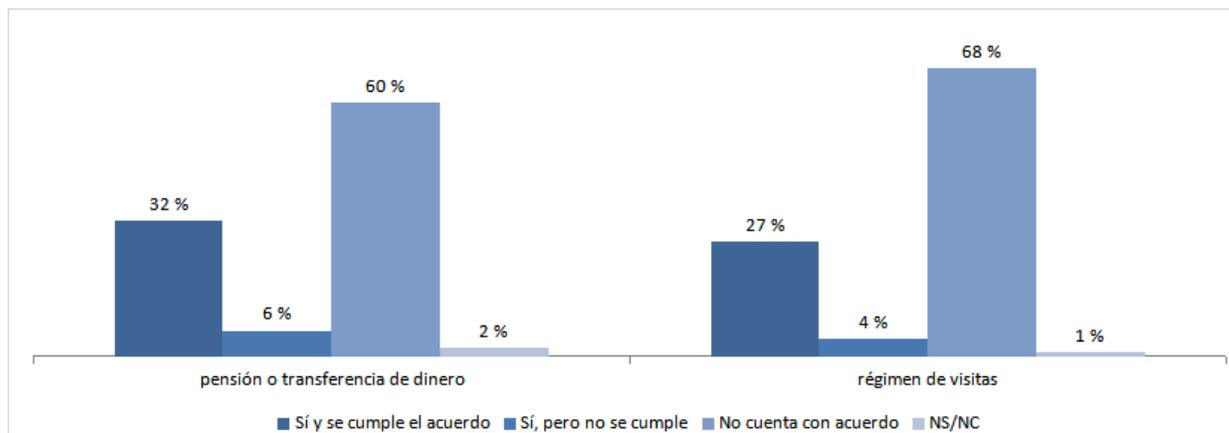
Tabla 9. Distribución de niños y niñas según motivo de no convivencia con el padre.

	Proporción
Se separaron o divorciaron y dejó de convivir	58%
Nunca vivió con el padre	29%
Está privado de libertad	4%
Murió	2%
Vive con el padre en régimen de tenencia compartida	2%
Emigró	1%
Otra	4%

Fuente: DINTAD con base en ENDIS 2023

En la ENDIS se consultó sobre la existencia de acuerdos legales o de palabra entre los padres de los niños y niñas en el caso de que se encontraran separados. De los datos se desprende que un 32% de los niños y niñas que no conviven con su padre cuentan con un acuerdo para recibir pensiones y dinero de éste, y un 27% cuenta con algún acuerdo sobre el régimen de visitas. Sin embargo, cabe destacar que en el primer caso un 6% de los padres no cumple con lo acordado, y en lo que refiere al régimen de visitas, un 4% no cumple con lo convenido. Asimismo, la mayoría de los niños y niñas con padres separados no cuenta con acuerdo por pensión con su padre (60%) y no tienen un acuerdo de régimen de visitas (68%).

Gráfico 6. Proporción de niños y niñas con acuerdos legales o de palabra entre sus padres sobre pensiones o transferencias de dinero y régimen de visita.



Fuente: DINTAD con base en ENDIS 2023

Acceso a programas sociales

En esta sección se analiza la información correspondiente al acceso a programas de protección social comparativamente para la primera ronda de la ENDIS realizada en 2013, para la edición 2018 y para la presente edición 2023. En particular, se estudia la cobertura y el acceso a los programas de transferencias monetarias Asignaciones Familiares y Tarjeta Uruguay Social. Las Asignaciones Familiares (AFAM) son un programa de transferencias monetarias condicionadas dirigidas a menores de 18 años que tiene por objetivo mejorar la situación de ingresos de los hogares, así como incentivar la permanencia de niños, niñas y adolescentes en el sistema educativo y promover los controles de salud de niños, niñas y mujeres embarazadas. Se crearon en el año 1943 y desde entonces el programa ha sido reformado en diversas ocasiones, destacándose la incorporación de los hogares en situación de vulnerabilidad socioeconómica con la puesta en marcha del Plan de Equidad en 2008. A la fecha existen dos tipos de Asignaciones Familiares, las AFAM contributivas otorgadas en el marco de la Ley N° 15.084 que son gestionadas por el BPS, y las AFAM del Plan de Equidad correspondientes a la Ley N° 18.227 y gestionadas conjuntamente entre el BPS y el MIDES. Dada la disponibilidad de información, en este informe se analiza el acceso al programa sin distinguir según tipo de AFAM. La proporción de niños y niñas en hogares beneficiarios de AFAM es levemente inferior en la segunda edición de la ENDIS respecto a la edición de 2018 y vuelve a aumentar en 2023.

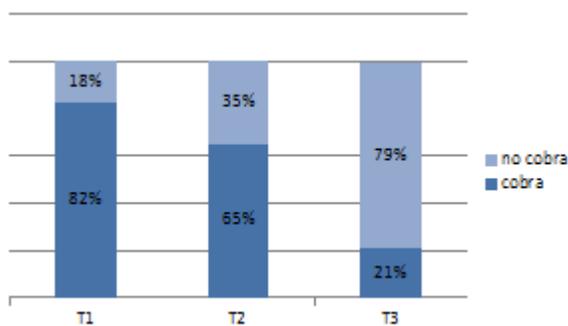
Tabla 10. Distribución de niños y niñas según cobertura de las AFAM

	2013	2018	2023
No	42%	47%	44%
Si	58%	53%	56%
Total	100%	100%	100%

Fuente: DINTAD con base en ENDIS 2013, 2018 y 2023

En el Gráfico 8 se presenta la distribución de niños y niñas según cobertura de las AFAM para los distintos niveles de ingreso del hogar. La situación de cobro difiere sustancialmente según ingresos: la proporción de beneficiarios de AFAM es mayor entre los niños y niñas pertenecientes al tercil de menores ingresos y decrece sustancialmente para los terciles de mayores ingresos. Cabe recordar que no se distingue entre los distintos regímenes de AFAM (contributiva y no contributiva), por ello es posible encontrar hogares beneficiarios de AFAM en los quintiles de mayores ingresos.

Gráfico 7. Cobro de AFAM y distribución según nivel de ingreso



Fuente: DINTAD con base en ENDIS 2023

Tabla 11. Distribución de niños y niñas según cobertura de la TUS

	2013	2018	2023
No	87%	82%	85%
Si	13%	18%	15%
Total	100%	100%	100%

Fuente: DINTAD con base en ENDIS 2013, 2018 y 2023

SET DE BIENVENIDA DE URUGUAY CRECE CONTIGO

Por Uruguay Crece Contigo.

Set de bienvenida Uruguay Crece Contigo

Este capítulo analiza la información correspondiente al acceso a las prestaciones Guía de buen comienzo y Set de bienvenida. Estas prestaciones están dirigidas a todas las familias con embarazadas y recién nacidos en el país. El Set de Bienvenida es desarrollado por el Área Uruguay Crece Contigo del Ministerio de Desarrollo Social. Se entrega a las familias a través de los servicios de salud tanto del sector público como del privado durante los controles prenatales o en las primeras semanas del recién nacido.

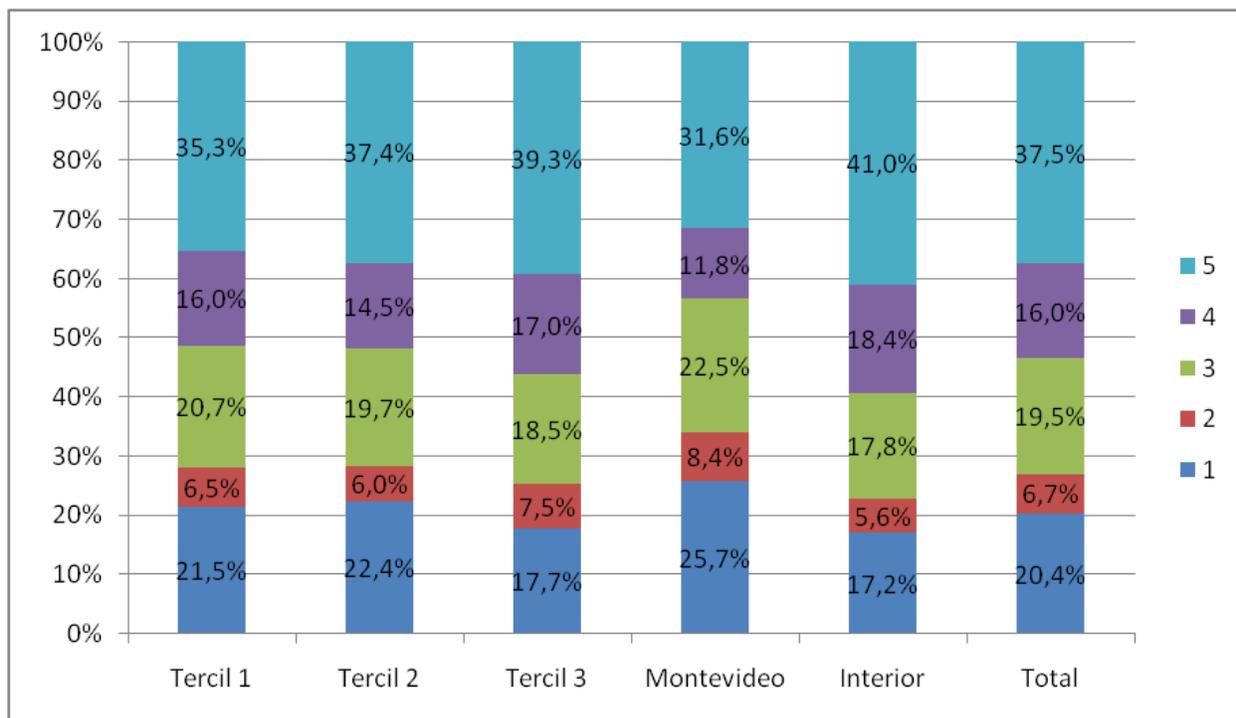
La Guía para el buen comienzo: "Consejos para una paternidad y maternidad saludable" es una publicación que se entrega durante los controles pre-natales y brinda información útil para la gestante y su familia; con el objetivo de proveer a las familias materiales para fortalecer las capacidades para la crianza y cuidados de los niños y niñas.

En particular en la encuesta se consultó sobre la cobertura, el uso que le dió a cada uno de los materiales entregados y la valoración que la familia hace del mismo.

La Guía para el buen comienzo fue recibida por el 50,8% de las embarazadas, en los hogares del tercil 3, de mayores ingresos, la recibieron con más frecuencia (56,6%) y se entregó con menor frecuencia en el tercil 1 de menores ingresos (44,5%). La entrega fue mayor en el interior (53,6%), respecto de Montevideo (46,6%).

Para conocer que uso se le dió a la Guía para el Buen Comienzo, se estableció una escala de 1 a 5, donde 1 significó poco uso y 5 mucho uso. Más de la mitad respondieron que le dieron un alto o muy alto uso (4 y 5), siendo levemente mayor en el tercil 3 de mayores ingresos, respecto del 2 y el 1 (56,3%, 51,9 % y 51,3% respectivamente). El análisis por región arroja que en el interior el uso alto o muy alto alcanzó al 59,4%, mientras que en Montevideo fue de 43,4%.

Gráfico 8. Uso de la Guía para el buen comienzo en una escala de 1 (poco uso) a 5 (mucho uso), según nivel de ingresos y región



Fuente: Elaboración UCC en base a datos ENDIS 2023

El 56% de los niños y las niñas encuestados recibieron el set de bienvenida de UCC, con una distribución según región geográfica que oscila entre 48,1% en Montevideo y 61,4% en el resto del País. La distribución según nivel de ingresos muestra que el tercil 3 de mayores ingresos recibió más frecuentemente dicho material (59%), respecto del tercil 1 (50,9%).

El análisis de uso de materiales contenidos en el set de bienvenida muestra en términos generales que a los materiales se le da un uso intenso (respuestas 4 y 5) en los hogares.

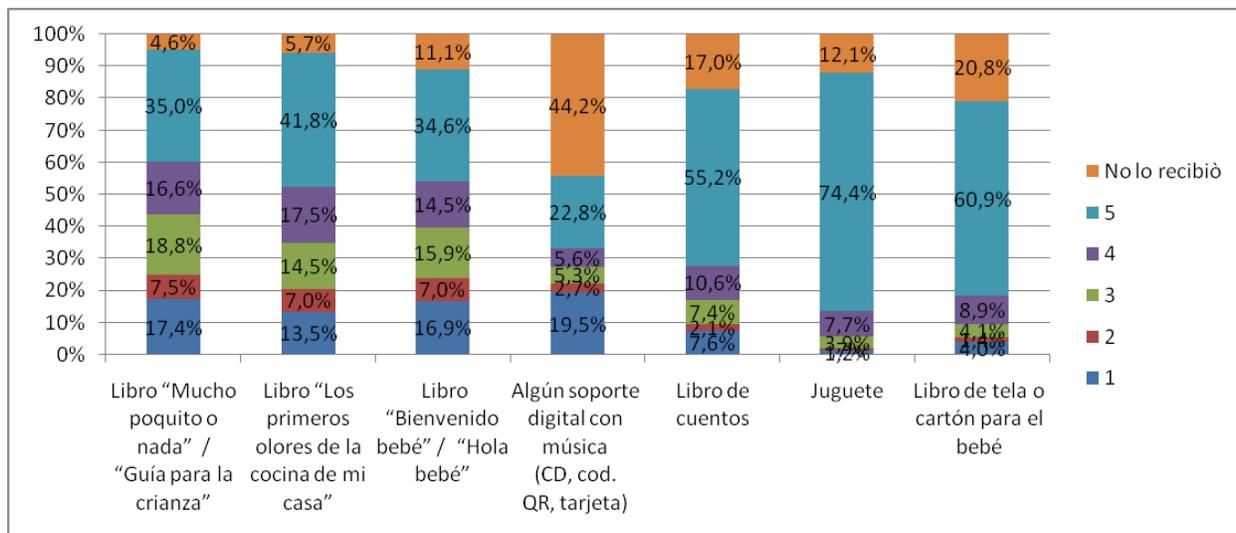
El juguete fue el más usado donde el 82,1% le dio bastante o mucho uso, seguido por el libro de tela o cartón donde el 69,8% le dio bastante o mucho uso. En tercer lugar, dentro de los más usados se encuentra el libro de cuentos con 65,8%.

Con menos uso se encuentra el soporte digital con música, hecho que coincide con que fue el elemento que ha estado menos disponible para la entrega, ya que estuvo contenido solo en el 58,6% de los casos que recibieron el set.

De las publicaciones dirigidas a los referentes de cuidado de los niños y niñas el libro sobre la alimentación fue el más valorado (59,3%) seguido por la publicación con

información sobre la crianza (51,6%) y por último la publicación sobre los cuidados del recién nacido (49,1%).

Gráfico 9. Calificación en una escala de 1 (poco) a 5 (mucho) el uso que se le dio a los materiales contenidos en el set de bienvenida.



Fuente: Elaboración UCC en base a datos ENDIS 2023

Ante la consulta de cómo valora que el Estado entregue a cada niño y niña que nace en el país material de apoyo a la crianza, el 87,7% de las familias entiende que es pertinente o muy pertinente. No se encuentran diferencias importantes por nivel de ingresos, donde en el tercil 1 de menores ingresos el 85,2% lo encuentra pertinente o muy pertinente, y en el tercil 3 ese valor alcanza al 90,1%. Al poner la lupa sobre las regiones se constata que en Montevideo el 84,7% lo consideran de esa forma, mientras que en el resto del país asciende a 89,7%.

ASPECTOS RELACIONADOS AL BIENESTAR EMOCIONAL DE LAS Y LOS REFERENTES

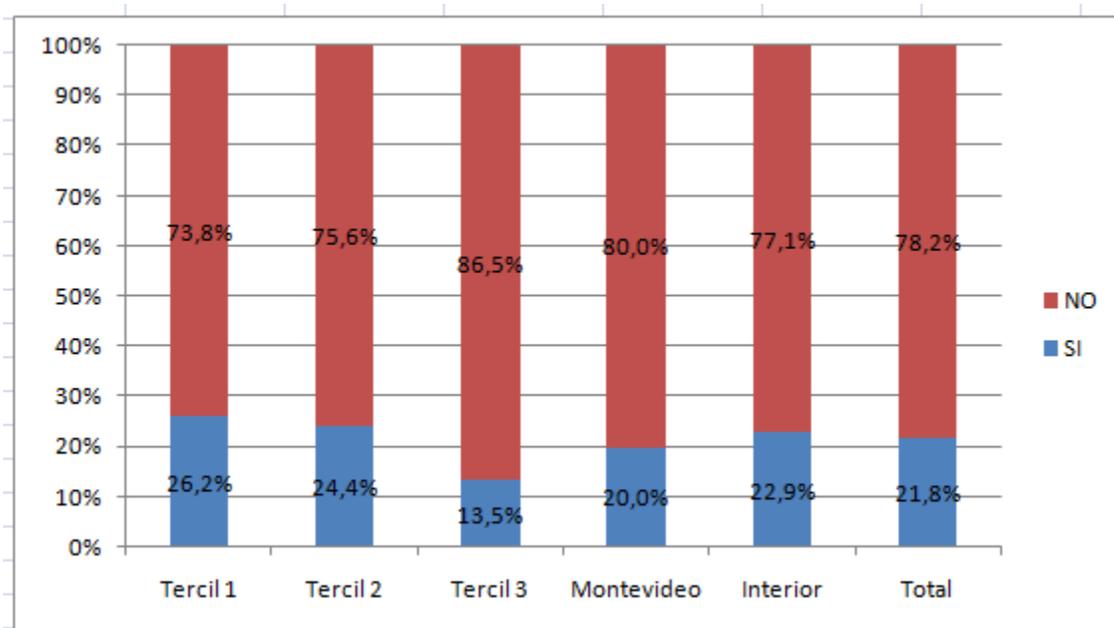
Por Uruguay Crece Contigo

En esta cohorte se presentan resultados vinculados al bienestar emocional de los referentes de crianza de niños y niñas. Se presentan aspectos relacionados a la personalidad valorados por medio de Self- Reporting Questionnaire (SRQ). Este es un instrumento que aproxima a desórdenes mentales. Cada ítem se construye en base a una serie de 20 preguntas que pueden ser respondidas como sí o no; con lo que puede alcanzar el valor de 20 si todas las respuestas son afirmativas.

Es de destacar, que en esta ronda los referentes a los que se hace alusión son madres en el 95,3% de los casos y padres u otros integrantes en el resto.

El análisis muestra que en promedio el 21,8% de las personas referentes tienen probabilidad de depresión, no se encuentran diferencias por región, pero si por nivel de ingresos, donde entre las personas referentes del tercil 1 de menores ingresos se encuentra el pico más alto con 26,2% con probabilidad de depresión, mientras que en el tercil 3 desciende a 13,5%.

Gráfico 10. Adulto referente con probabilidad de depresión.



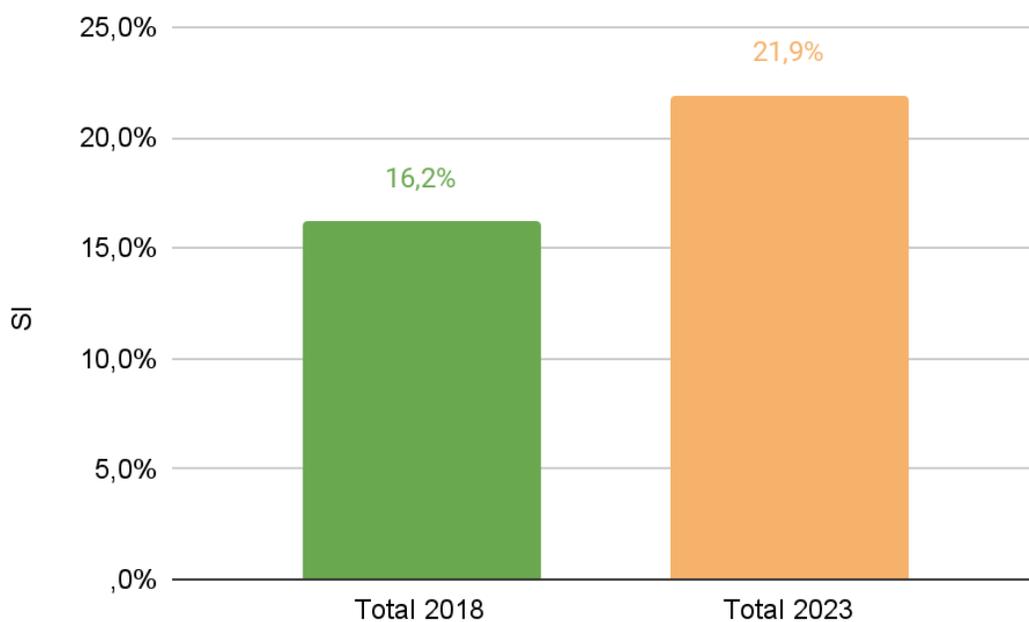
Fuente:

Elaboración UCC en base a datos ENDIS 2023

Con el objetivo de conocer variaciones que puedan darse entre rondas en el bienestar emocional de las referentes se propone una comparación simple entre 2018 y 2023. Es necesario aclarar que se realiza la comparación solo entre madres² porque en 2018 se cuenta solo con ese dato.

Se pudo establecer que en el período de referencia las madres con síntomas compatibles con depresión crecieron 5,7% puntos porcentuales.

Gráfico 11. Comparativa de bienestar emocional de la referente con probabilidad de depresión 2018 vs 2023.



Fuente: Elaboración UCC en base a datos ENDIS 2018 y 2023

² Para mantener la comparabilidad con 2018 se quitaron de la base 2023 los informantes que no eran mujeres, que estaban embarazadas o tenían un hijo menor de 3 meses. N = 1667

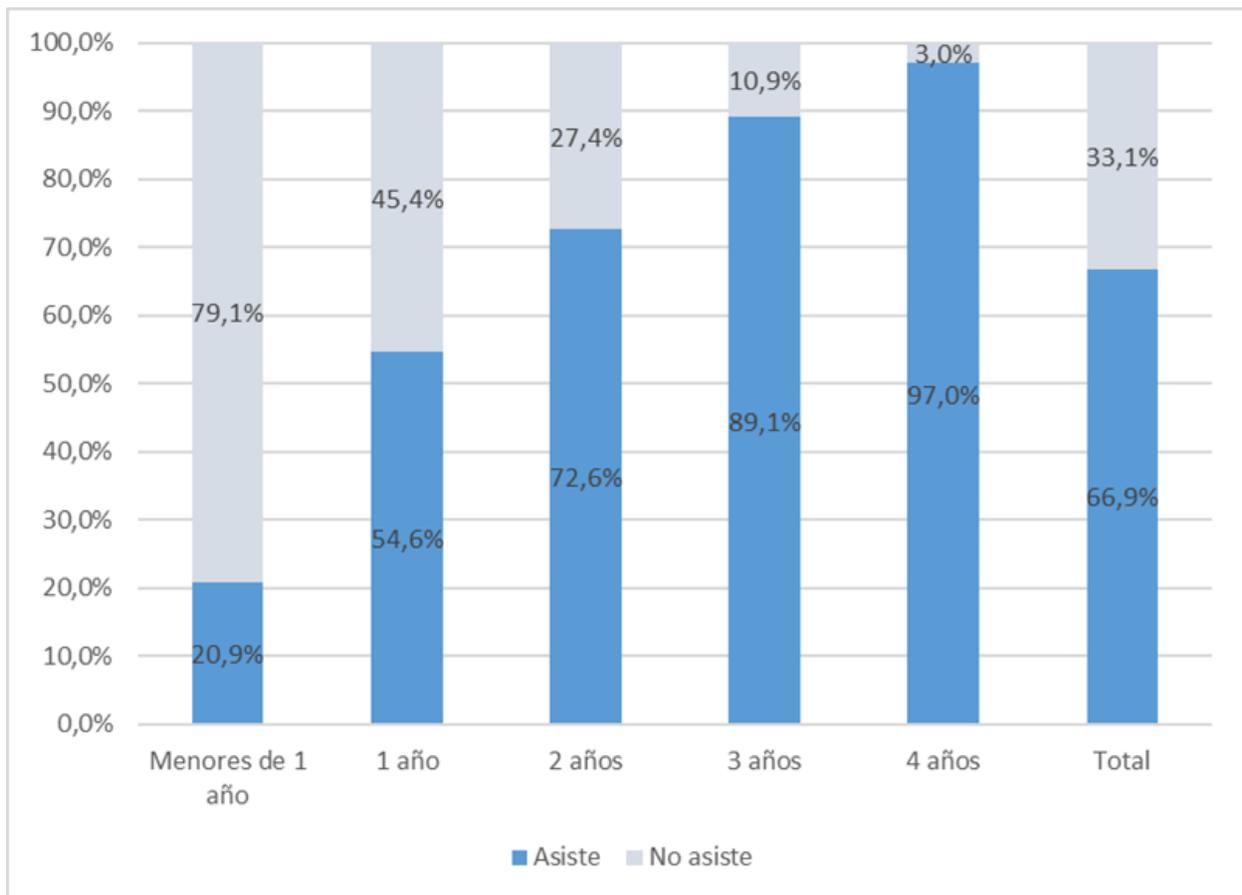
CUIDADOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

Por Secretaría Nacional de Cuidados y Discapacidad

Asistencia a centros de cuidado y educación infantil

Los datos de la ENDIS 2023 indican que un 69% de los niños y niñas de 0 a 4 años asisten o asistieron alguna vez a un centro de cuidado y educación infantil, en tanto el 66,9% asistían en el momento de realizarse la encuesta. Este dato es incremental de acuerdo a la edad del niño o niña, es decir, a mayor edad mayor es el porcentaje de asistencia, tal como se puede observar en el siguiente gráfico.

Gráfico 12. Porcentaje de asistencia a centros de cuidado/educación según edad



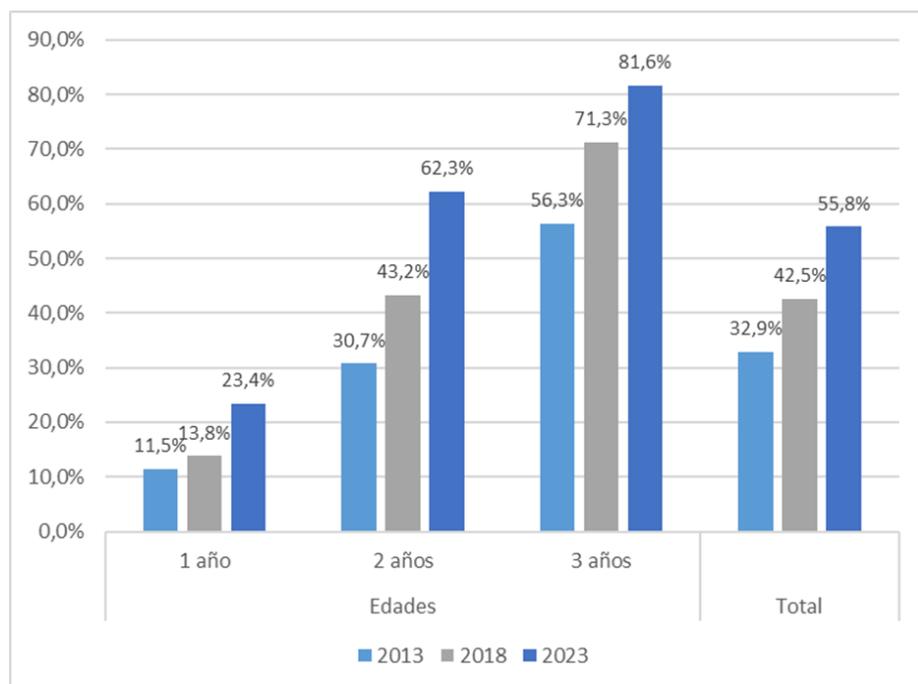
Fuente: elaboración propia en base a ENDIS 2023

Para poder comparar los datos con las ediciones anteriores de la ENDIS (2013 y 2018) se utilizará sólo el tramo de niños y niñas de 1 a 3 años, tal como se hizo en el informe anterior de 2018. Esto se debe a que, por un lado, los niños y niñas de 4 años no formaban parte del universo de la primera edición de 2013, y por otro lado, los menores de 1 año estaban sub-representados en la primera edición, por lo que no es posible la comparación en esas edades.

Además, se analizarán los datos de asistencia solamente para aquellos niños y niñas que asisten 20 horas semanales o más, lo que supone una asistencia diaria de al menos 4 horas. Se toma esta decisión en tanto se busca analizar la atención en educación y cuidados, excluyendo así aquellos casos en que la asistencia se da con una frecuencia semanal, como es el caso de los niños y niñas que asisten al programa Experiencias Oportunas del Plan CAIF.

En este sentido, se observa que el porcentaje de niños y niñas de 1 a 3 años que asisten al menos 20 horas semanales a un centro de educación y cuidados, ha aumentado 13 puntos porcentuales en estos 5 años, pasando de 42,5% en 2018 a 55,8% en 2023. A su vez, cuando se analiza por edad, se observa que en niños y niñas de 3 años este incremento ha sido de 10 puntos porcentuales, mientras que en niños y niñas de 2 años el aumento ha sido de 19 puntos (Gráfico 14).

Gráfico 13. Porcentaje de niños y niñas de 1 a 3 años que asisten a un centro de cuidados/educación 20 horas semanales o más, según edad. Años 2013, 2018 y 2023



Fuente: elaboración propia en base a ENDIS 2013, 2018 y 2023

Este incremento en los niveles de cobertura se explicaría, en parte, por la expansión de la oferta pública, pero también y sobre todo, por la baja sostenida en la cantidad de nacimientos que se producen cada año³.

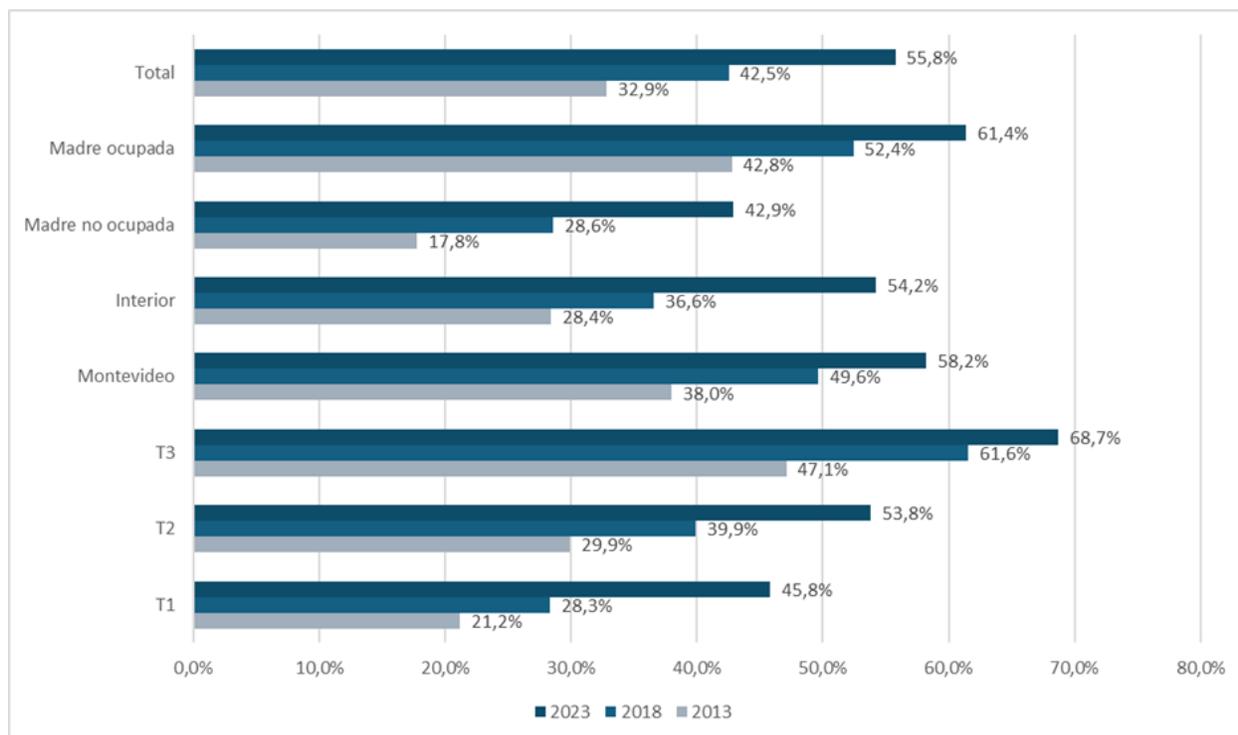
Cuando se analiza la información referente a si la madre del niño/a está ocupada en el mercado laboral o no, se observa que la cobertura aumenta en mayor medida en aquellos casos en que la madre no está ocupada, en donde se da un incremento de 14.3 puntos porcentuales, al pasar de 28.6 en 2018 a 42.9% en 2023, mientras que en madres ocupadas el incremento es de 9 puntos porcentuales, al pasar de 52.4% en 2018 a 61.4% en 2023. Este aumento diferencial contribuye a reducir la brecha existente en 5 puntos porcentuales, en tanto la diferencia entre el porcentaje de asistencia de niños/as con madre ocupada y el de niños/as con madre no ocupada baja de 23.8 puntos porcentuales en 2018 a 18.5 en 2023.

Por su parte, también se observan diferencias al analizar la información según región de residencia e ingresos del hogar. El aumento en cobertura entre 2018 y 2023 se da en mayor medida en el interior (17.6 puntos porcentuales) en comparación con Montevideo (8.6 puntos porcentuales), por lo que también se reduce la brecha, que en 2018 era de 13 puntos y en 2023 pasa a ser de 4 puntos porcentuales.

Otro aspecto a destacar es que el mayor aumento de cobertura se da en el tercil de menores ingresos (T1), que pasa de 28.3% en 2018 a 45,8% en 2023. En este sentido, también se observa una reducción de la brecha existente entre el porcentaje de asistencia del primer tercil en relación al tercer tercil, que baja de 33.3 puntos porcentuales en 2018 a 22.9 en 2023

³ De las estadísticas vitales del MSP se desprende que en 2018 se produjeron 40.139 nacimientos, mientras que en 2023 se dieron 31.385. Datos disponibles en: <https://uins.msp.gub.uy/>

Gráfico 14. Porcentaje de niños y niñas que asisten a un centro de cuidados/educación 20 horas semanales o más, según actividad laboral de la madre, región de residencia y nivel de ingresos. 2013, 2018 y 2023



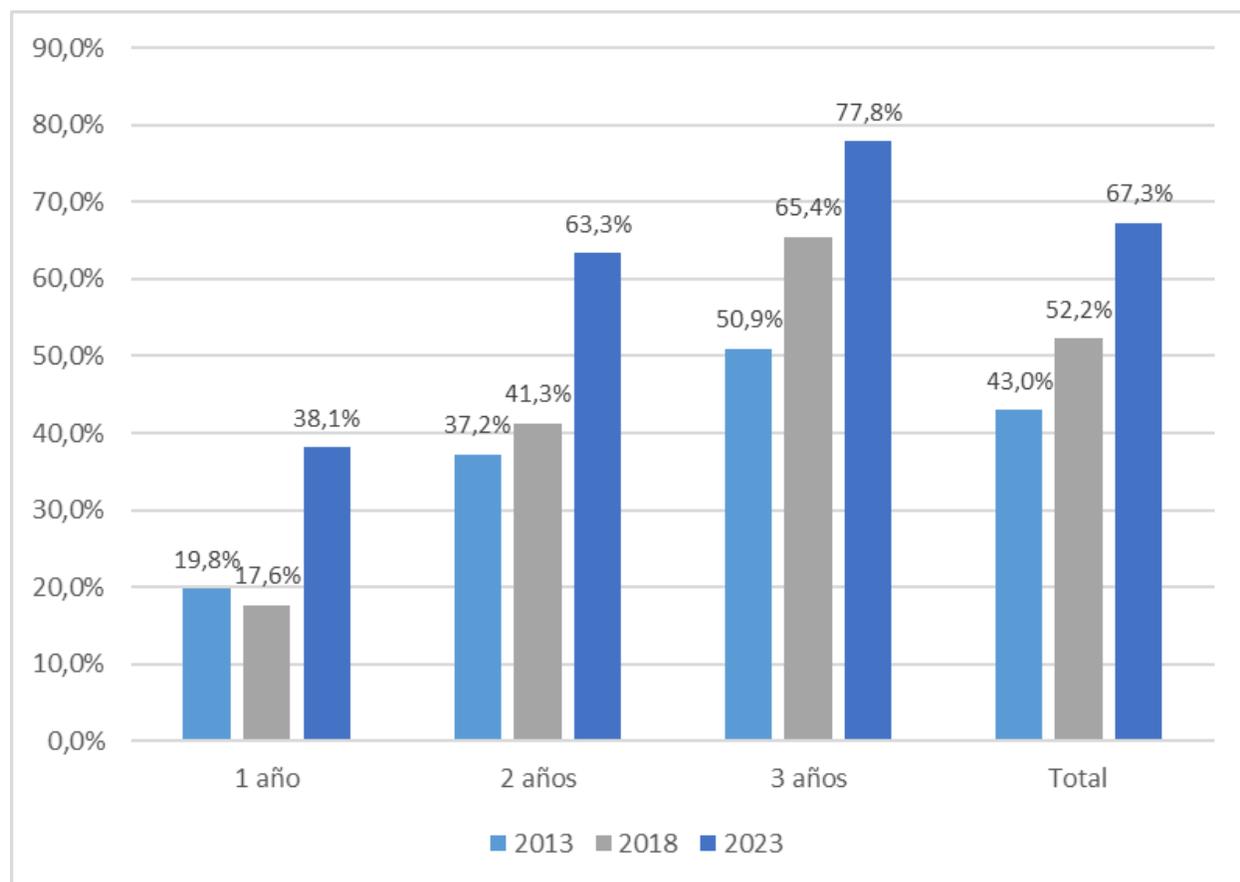
Fuente: elaboración propia en base a ENDIS 2013, 2018 y 2023

Cobertura pública

En los datos de la ENDIS también se puede constatar un aumento en la proporción de la cobertura pública sobre la cobertura global, que pasa de representar el 52,2% en 2018, a representar el 67,3% en el año 2023.

Este aumento de la cobertura pública se produce fundamentalmente en niños y niñas de 2 años, que aumenta en 22 puntos porcentuales, pasando del 41,3% al 63,3% de la cobertura global, pero también en niños y niñas de 1 año, que aumenta en 20,5 puntos porcentuales, pasando de 17,6% a 38,1% (Gráfico 16).

Gráfico 15. Proporción de niños y niñas de 1 a 3 años que asisten 20 horas semanales o más a un centro público de cuidado/educación sobre el global de asistencia. Años 2013, 2018 y 2023

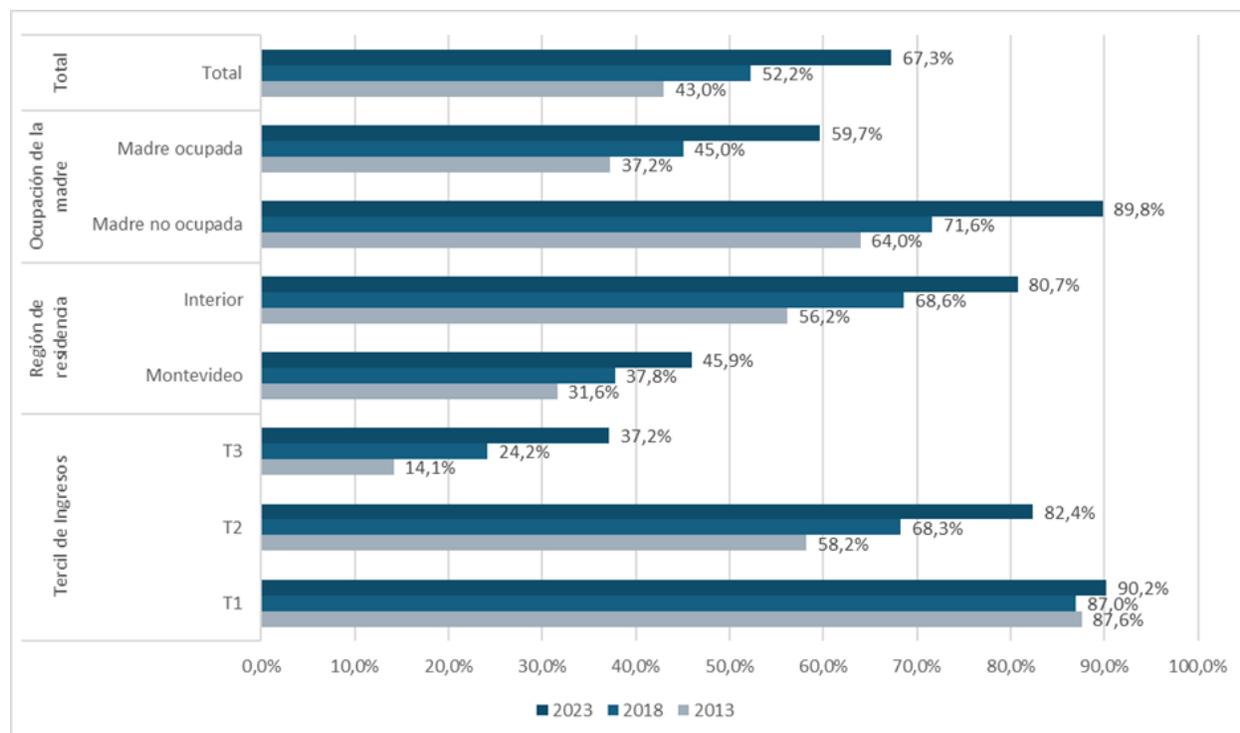


Fuente: elaboración propia en base a ENDIS 2013, 2018 y 2023

La asistencia a centros públicos aumenta entre 2018 y 2023 tanto en los casos en que la madre del niño responde no estar ocupada (18.2 puntos porcentuales, al pasar de 71.6 a 89.8%), como también, aunque en menor medida, en aquellos casos en que la madre manifiesta que sí está ocupada en el mercado de trabajo (14.7 puntos porcentuales, al pasar de 45.0% a 59.7%). Por otra parte, aumenta la diferencia en el peso de la oferta pública según la región de residencia, existiendo mayor aumento en el interior, que pasa de 68.6% a 80.7%, que, en Montevideo, en donde aumenta de 37.8% a 45.9% la proporción de cobertura pública sobre la cobertura global (Gráfico 17).

Por otro lado, al analizar el uso de servicios públicos de primera infancia en función de los ingresos del hogar, se puede observar que el aumento de la participación de la oferta pública entre el 2018 y 2023 se da principalmente en el segundo y tercer tercil de ingresos, es decir, en los hogares de mayores ingresos, pasando de 68,3% a 82,4% y de 24,2% a 37,2% de la cobertura global, respectivamente.

Gráfico 16. Proporción de niños y niñas de 1 a 3 años que asisten 20 horas semanales o más a un centro público de cuidado/educación, según actividad laboral de la madre, región de residencia y nivel de ingresos. Años 2013, 2018 y 2023



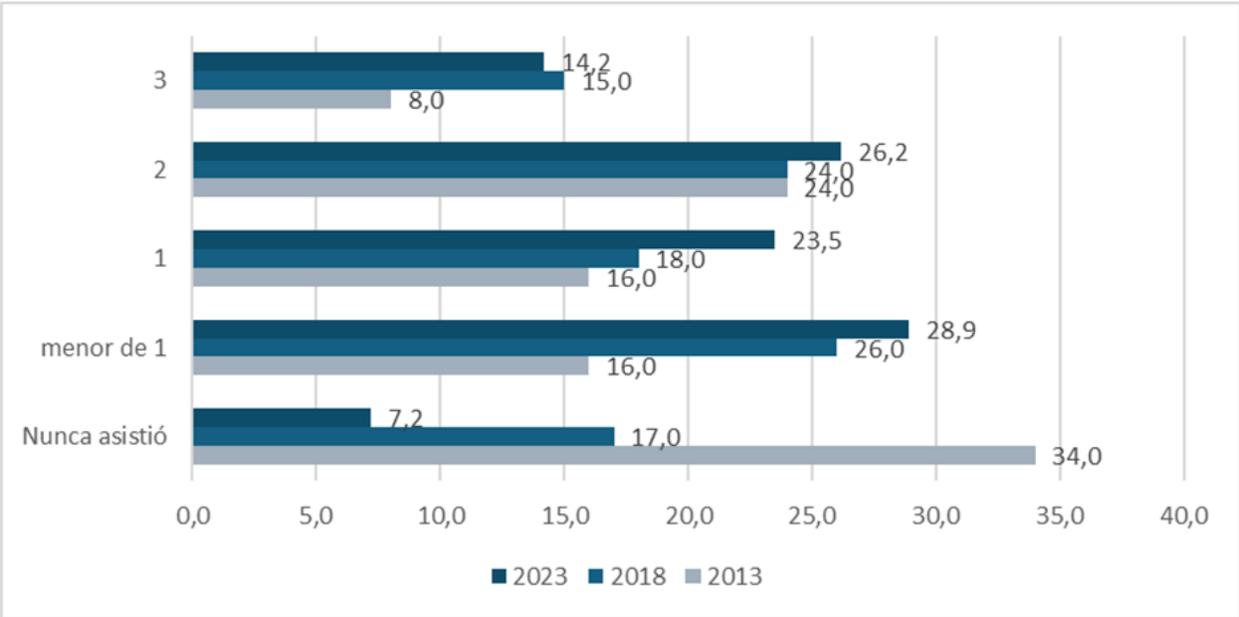
Fuente: elaboración propia en base a ENDIS 2013, 2018 y 2023

Edad de inicio de la asistencia a centros de cuidado y educación infantil

Para analizar la edad de inicio en la asistencia a centros de primera infancia se tomará solamente a los niños y niñas de 3 años, que son quienes ya transitaron las diferentes posibilidades de edad de inicio. En ese sentido, se puede observar que el 28,9% comenzó a asistir antes de cumplir un año, mientras que un 23,5% lo hizo cuando tenía 1 año y 26,2% cuando ya tenía 2 años de edad.

Al comparar los datos de la edad de inicio en la asistencia con los resultados obtenidos en 2013 y 2018, como muestra el gráfico siguiente, se observa que en 2023 se producen aumentos significativos en la proporción de niños y niñas que inician su asistencia antes de cumplir los 2 años (casi 3 puntos porcentuales en menores de 1 año y 5,5 puntos en niños y niñas de 1 año).

Gráfico 17. Edad de inicio de asistencia en niños de 3 años. Años 2013, 2018 y 2023



Fuente: elaboración propia en base a ENDIS 2013, 2018 y 2023

En el gráfico 19 se presenta la distribución de la edad de inicio en la asistencia de los niños y niñas de 3 años, según nivel de ingreso, región y situación ocupacional de la madre.

En cuanto a la distribución por nivel de ingresos, se observa que en el tercil 1 de menores ingresos, el 48,8% de los niños y niñas comenzaron asistir antes de cumplir los 2 años de edad (29,9% antes de cumplir 1 año y 18,9% con 1 año), mientras que en el tercer tercil de ingresos es casi el 60% de los niños y niñas (24,0% y 35,5% respectivamente). Algo similar sucede cuando se analiza la información en función de la situación laboral de la madre, en donde se observa que el comienzo más temprano en la asistencia ocurre en mayor medida cuando la madre declara estar ocupada en el mercado laboral. Finalmente, no se observan grandes diferencias al analizar la información por región de residencia.

Gráfico 18. Edad de inicio de asistencia a un centro de cuidados o educación inicial según actividad laboral de la madre, región y nivel de ingresos, para niños y niñas de 3 años de edad. Año 2023

		Nunca asistió	Menor de 1	1 año	2 años	3 años	Total
Tercil de Ingresos	T1	10,2	29,9	18,9	25,3	15,7	100,0
	T2	8,1	32,3	17,9	24,4	17,3	100,0
	T3	3,1	24,0	35,5	28,5	8,9	100,0
Región de residencia	Montevideo	6,7	26,7	28,5	26,0	12,1	100,0
	Interior	7,5	30,0	21,0	26,3	15,2	100,0
Ocupación de la madre	Madre no ocupada	10,7	26,3	17,8	28,2	17,0	100,0
	Madre ocupada	6,0	30,2	25,9	24,5	13,4	100,0
Total		7,2	28,9	23,5	26,2	14,2	100,0

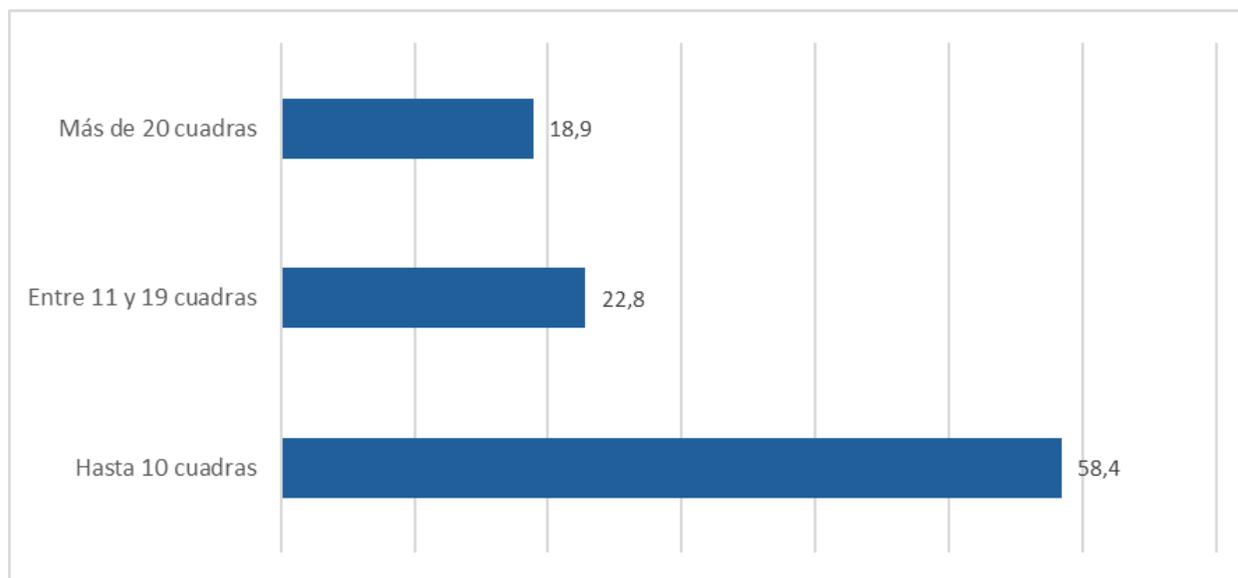
Fuente: elaboración propia en base a ENDIS 2023

Traslado y distancia

En el gráfico 20 se observa que el 58,4% de los niños y niñas de 1 a 3 años que asisten 20 horas o más a un centro educativo tienen su lugar de referencia (casa, trabajo, casa de familiar, etc.) a 10 cuadras o menos del centro. Por su parte, 22,8% vive entre 11 y 19 cuadras de distancia y 18,9% a más de 20 cuadras. Estos datos

reflejan una tendencia que se mantiene prácticamente inalterada respecto a los datos de la ENDIS 2018.

Gráfico 19. Distancia al jardín o centro educativo, para niños y niñas de 1 a 3 años que asisten 20 horas o más



Fuente: elaboración propia en base a ENDIS 2023

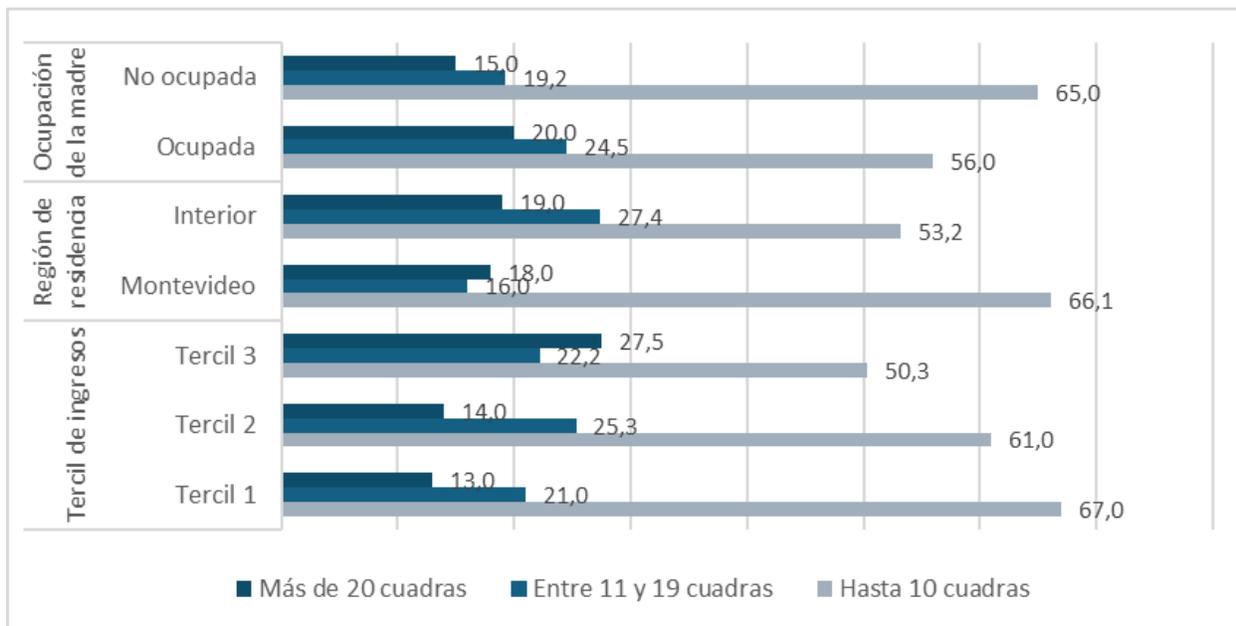
Al analizar los datos según la situación ocupacional de la madre se puede observar que en los casos en que la madre no está ocupada el porcentaje de niños/as que presenta una distancia de 10 cuadras o menos del centro es del 65%, mientras que para las madres ocupadas es de 56%. Por otro lado, se destaca que del total de madres que envían a sus hijos de 1 a 3 años a un centro a 20 cuadras o más, el 78% están ocupadas, frente a un 22% que no.

En segundo lugar, si analizamos los datos según región de residencia, se puede observar que en Montevideo el porcentaje que presenta una distancia al centro de más de 20 cuadras es de un 18%, frente a un 66,1% que plantea una distancia de 10 cuadras o menos. En el interior es mayor la distancia intermedia de 11 a 19 cuadras (27,4%) en relación a Montevideo (16%), si bien la mayor parte presenta una distancia de 10 cuadras o menos (53,2%).

En tercer lugar, la distancia a los centros educativos no difiere significativamente entre los terciles 1 y 2, si bien se observa que la distancia al centro se reduce de manera leve conforme disminuyen los ingresos. Se destaca una diferencia sustantiva

en el tercer tercil de ingresos más altos, duplicándose la cantidad de niños y niñas que asisten a un centro educativo a 20 cuadras o más respecto a los terciles 1 y 2. Por tanto, la distancia al centro aumenta al pertenecer al tercer tercil.

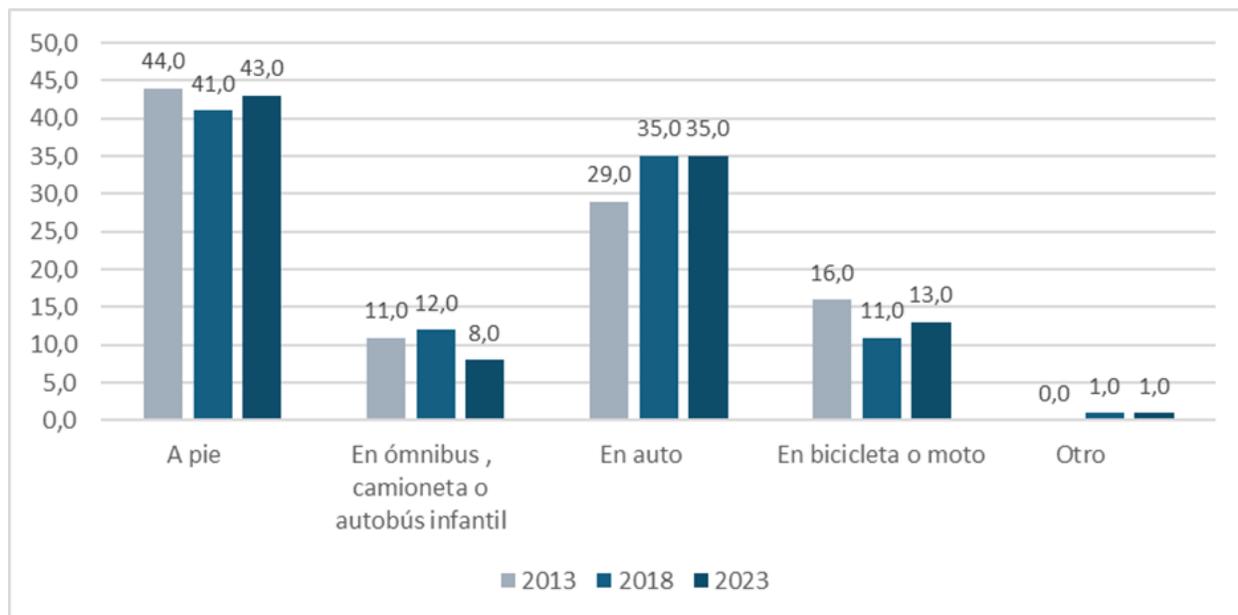
Gráfico 20. Distancia al jardín o centro educativo, para niños y niñas de 1 a 3 años que asisten 20 horas o más, según situación ocupacional de la madre, región y nivel de ingresos



Fuente: elaboración propia en base a ENDIS 2023

En lo que refiere al traslado al centro educativo, no se observan grandes diferencias respecto a los resultados de la edición anterior de 2018, en relación al porcentaje que se traslada a pie, en auto, o en bicicleta o moto. Apenas se observa una leve disminución en el uso de ómnibus, camioneta o autobús escolar, que pasa de 12% en 2018 a 8% en 2023.

Gráfico 21. Traslado al jardín o centro educativo, para niños y niñas de 1 a 3 años que asisten 20 horas o más



Fuente: elaboración propia en base a ENDIS 2023

Si se observan los datos según nivel de ingresos, se puede ver que a medida que aumentan los ingresos el porcentaje que se traslada a pie y en moto o bicicleta disminuye, a la vez que aumenta el porcentaje que se traslada en auto. Mientras que el 56% de los niños y niñas del tercer tercil de ingresos más altos se traslada en auto a su centro educativo, sólo el 12% del primer tercil lo hace por ese medio.

Según región de residencia, vemos que en Montevideo se presenta un mayor porcentaje de traslado a pie (50,6% frente a 38,0%), mientras en el interior hay un mayor porcentaje de niños y niñas que se trasladan en moto o bicicleta (21,2% frente a 3,0%).

Por último, el auto también es el medio de transporte más utilizado en aquellos casos en que la madre está ocupada (41% frente 16%), mientras que, en los casos de madres no ocupadas, el traslado se realiza principalmente a pie (60% frente a 36%).

Tabla 12. Traslado al jardín o centro educativo, para niños y niñas de 1 a 3 años que asisten 20 horas o más, según región, nivel de ingresos y ocupación de la madre

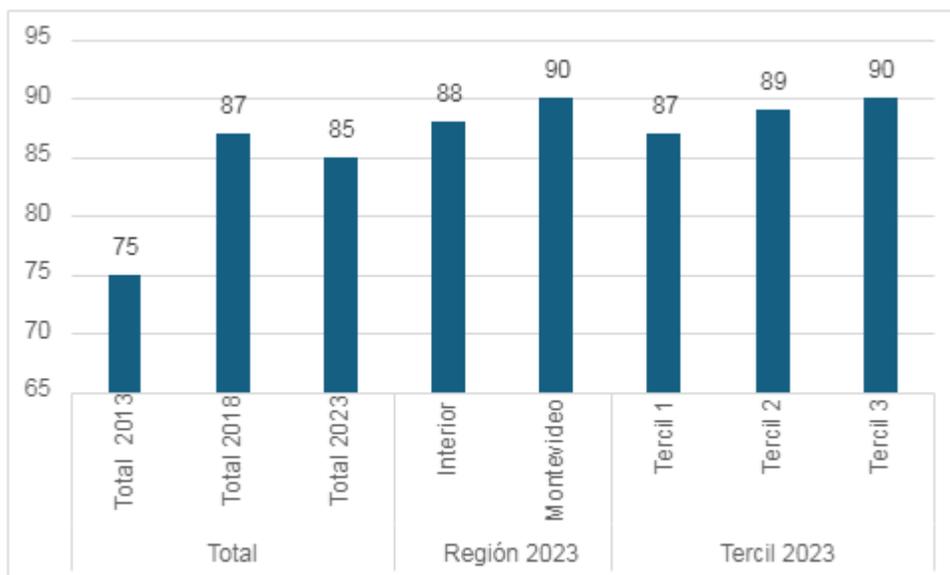
		A pie	En camioneta/autobús infantil		En bicicleta o moto	Otro
				En auto		
Tercil de Ingresos	T1	59,50 %	4,50 %	12,00 %	23,00 %	1,00 %
	T2	48,60 %	9,60 %	26,00 %	15,50 %	0,00 %
	T3	28,00 %	8,00 %	56,00 %	7,00 %	1,00 %
Región de residencia	Montevideo	50,60 %	9,60 %	35,30 %	3,00 %	1,60 %
	Interior	38,00 %	6,60 %	34,20 %	21,20 %	0,00 %
Ocupación de la madre	Madre no ocupada	60,00 %	6,00 %	16,00 %	17,00 %	1,00 %
	Madre ocupada	36,00 %	8,00 %	41,00 %	14,00 %	1,00 %

Fuente: elaboración propia en base a ENDIS 2023

Compatibilidad con horarios

Se observa que, mientras en 2013 el 75% consideraba que los horarios de los centros educativos eran compatibles con el horario de trabajo, este porcentaje aumenta a 87% en 2018, y pasa a 85% en 2023. Al analizar según región de residencia no se encuentran diferencias sustantivas, así como tampoco en función de los terciles de ingreso.

Gráfico 22. Compatibilidad del horario del jardín o centro educativo con horario de trabajo de la madre, para niños y niñas de 1 a 3 años que asisten 20 horas o más, según región y nivel de ingresos.



Fuente: elaboración propia en base a ENDIS 2023

Cuidados cuando el niño o niña enferma o no hay clases

Al consultar sobre los cuidados del bebé, niño o niña cuando enferma o no hay clase, la principal referente de cuidados es la madre (el 93,0% de las personas entrevistadas respondieron que la madre es quien lo cuida en esos casos), seguido del padre (55,5%) y el abuelo o abuela (37,8%). El 8,8% de las personas indican que el bebé, niño o niña es cuidado por una persona remunerada cuando enferma o no hay clase.

Tabla 13. Cuidados del niño o niña cuando enferma o no hay clase. Año 2023

Referente de cuidados	Porcentaje
Madre	93.0
Padre	55.5
Se queda solo	0
pareja de la madre	0.6
Pareja del padre	0.1
Hermano/a mayor de 10 años	4.8
Hermano/a menor de 10 años	0.5
Abuelo/a (s)	37.8
Otro pariente	8.8
Vecino u otro no pariente	1.0
Persona remunerada	8,8

Fuente: elaboración propia en base a ENDIS 2023

En la Tabla 14 se observa la organización del cuidado del niño o niña cuando enferma o no hay clases, comparativamente entre madre y padre, en función del nivel de ingresos, región de residencia y ocupación de la madre. No se observan diferencias respecto a la encuesta realizada en 2018, manteniéndose la tendencia observada. En todos los casos, es la madre la principal encargada de los cuidados en estas situaciones: mientras que en el tercil 1 de menores ingresos el cuidado es realizado en un 97% por la madre y un 41% por el padre, en el tercil dos la relación es de 91% a 56% y en el tercil 3 de mayores ingresos de 88% y 63%. Esto refleja un leve aumento en la participación del cuidado en situaciones de enfermedad o ausencia de clases por parte del padre conforme aumentan los ingresos del hogar.

En cuanto al cuidado en situaciones de enfermedad o falta de clases en función de la ocupación de la madre, se observa un aumento de la participación de los padres cuando la madre está ocupada, siendo 57% en estos casos frente a un 44% cuando la madre no se encuentra ocupada. Independientemente a esto, continúan siendo las madres -ocupadas o no- las principales encargadas del cuidado en estos casos (90% en el caso de las ocupadas y 100% en el caso de las no ocupadas).

Tabla 14. Cuidados del niño o niña cuando enferma o no hay clase, según región, nivel de ingresos y ocupación de la madre

¿Quién cuida cuando enferma o no hay clases?			
		Madre	Padre
Tercil de Ingresos	T1	97,00 %	41,00 %
	T2	91,00 %	56,00 %
	T3	88,00 %	63,00 %
Región de residencia	Montevideo	88,00 %	47,00 %
	Interior	95,00 %	58,00 %
Ocupación de la madre	Madre no ocupada	100,00 %	44,00 %
	Madre ocupada	90,00 %	57,00 %

Fuente: elaboración propia en base a ENDIS 2023

Motivo de no asistencia

Al consultar a las personas que responden que no envían o no enviaron al niño o niña a un centro de educación y cuidados, sobre cuáles son los motivos de esa decisión, la opción más mencionada refiere a que el niño o niña “es muy chiquito” (64% de respuestas afirmativas), seguida de “prefiero que sean cuidados en casa” (63% de respuestas) y “miedo a que se enferme seguido” (26% de respuestas). Tanto en 2013 como en 2018 y 2023, las opciones de respuesta mantienen el mismo orden, por lo que se observa cierta tendencia en las razones expuestas. Sin embargo, se destacan los aumentos en las opciones “Miedo a que se enferme seguido” (que pasa de un 18% en 2018 a 26% en 2023) y “Prefiero que sean cuidados en casa” (que pasa de un 56% en 2018 a 63% en 2023).

Gráfico 23. Razones por las que no envía o envió a su hijo o hija a un centro de educación y cuidados (% que menciona)



Fuente: elaboración propia en base a ENDIS 2023

Beneficios laborales

Por último, en esta sección se presentan los diferentes beneficios laborales que las madres referentes del hogar que se encuentran ocupadas, plantean tener en sus lugares de trabajo.

Como se observa en la tabla 15, el principal beneficio laboral planteado por las madres ocupadas refiere a la posibilidad de flexibilidad horaria en períodos especiales (36,5% de respuestas afirmativas), seguido por licencias especiales para acompañar a familiares a citas médicas o actividades educativas, con un 30,7%. En tercer lugar, surge el reintegro gradual luego del permiso del medio horario, con un 24,0% de respuestas afirmativas.

Beneficios laborales vinculados al cuidado	2023
Flexibilidad horaria en períodos especiales	36,5
Permisos para acompañar a familiares a citas médicas, o actividades educativas	30,7
Reintegro gradual luego del permiso de medio horario	24,0
Contabilización de horas semanales o mensuales	17,0
Priorización de horarios según responsabilidades familiares	22,0
Licencia especial para cuidado familiar	14,4
Salas de lactancia	16,5
Trabajo a distancia	13,0
Centros de cuidados en la empresa	4,3
Actividades especiales para vacaciones escolares, de verano o invierno	4,4
Convenios con servicios de cuidados	3,9
Otro beneficio	1,8

Centros de cuidado infantil en días específicos o de complemento de horario escolar	2,5
Vales o transferencias para compra de servicios de cuidados	2,5

Tabla 15. Porcentaje de madres (ocupadas) con beneficios laborales vinculados a cuidados

Fuente: elaboración propia en base a ENDIS 2023

DISCIPLINAMIENTO: EL MALTRATO INFANTIL EN LA PRIMERA INFANCIA EN URUGUAY

Por UNICEF

El proceso de crianza implica educar a los niños, niñas y adolescentes a manejar sus emociones y a comportarse según las normas sociales y culturales. Para lograrlo, las figuras de cuidado establecen límites y utilizan una variedad de métodos de disciplinamiento.

El daño causado por el maltrato en el desarrollo de niños y niñas varía según la naturaleza, grado, frecuencia y severidad de la exposición. Los efectos pueden ser inmediatos o duraderos, incluso afectando la edad adulta. La vulnerabilidad es mayor en la primera infancia, especialmente cuando la exposición es recurrente desde edades tempranas.

La ENDIS permite relevar los distintos métodos de disciplinamiento utilizados por madres, padres y cuidadores con niños y niñas de 2 a 4 años. Esta medición se basó en la metodología que emplea UNICEF en los estudios de MICS (Multiple Indicator Cluster Surveys⁴), la cual emplea una escala basada en el método CTSPC (Parent-Child Conflict Tactics Scale), que permite medir el uso de métodos de disciplina violentos dentro del hogar.

Para esto, se realiza una serie de preguntas sobre la utilización de distintos métodos de disciplina por parte de las personas adultas en el hogar. Si bien quien responde la encuesta en general es la madre, las preguntas refieren a los métodos de disciplinamiento utilizadas por todas las personas adultas del hogar, incluyendo también a los padres y otras personas cuidadoras. Estos métodos de disciplina se pueden clasificar en tres categorías generales de acuerdo al uso de la violencia.

Solo disciplina no violenta

- No aplica ni agresión psicológica ni violencia física.
- Le quitó algún privilegio, le prohibió algo que al niño o niña le gusta, lo puso en penitencia o no le permitió salir de la casa.
- Le explicó al niño o niña por qué su comportamiento estuvo mal.
- Le dió otra cosa que hacer o lo entretuvo con otra cosa.

⁴ Los detalles pueden consultarse en <http://mics.unicef.org/>

Agresión psicológica

- Le gritó.
- Lo llamó tonto, perezoso, etcétera, o lo insultó.

Castigo físico

- Lo sacudió.
- Le dió una palmada, lo golpeó o lo palmeó en la cola solo con la mano.
- Lo golpeó en la cola o en otra parte del cuerpo con un cinturón, un cepillo de pelo, un palo u otro objeto duro.
- Lo golpeó o le dió una palmada en la mano, en el brazo o en la pierna.
- Lo golpeó o le dió una palmada en la cara, en la cabeza o en las orejas.
- Le dió una paliza, es decir, le pegó una y otra vez lo más fuerte que pudo.

A la hora de interpretar los resultados, es necesario tener en cuenta las limitaciones de los relevamientos basados en la autodeclaración de las personas encuestadas, particularmente en aquellos fenómenos cuya respuesta puede estar influenciada por lo que comúnmente se conoce como el concepto de deseabilidad social. Este efecto refiere a la posibilidad de que los encuestados respondan en base a lo socialmente esperado o aceptado. En este caso, es posible que algunas personas no reporten haber utilizado métodos de disciplina violentos a pesar de haberlos utilizado, lo que podría llevar a una subestimación de su prevalencia.

No obstante, aún con estas advertencias, resulta imprescindible contar con este tipo de mediciones, particularmente cuando se realizan con criterios metodológicos estándares y validados internacionalmente. En ese sentido, la medición realizada en la ENDIS utiliza una metodología validada por UNICEF y es la principal fuente de información en el país sobre la prevalencia del maltrato hacia niñas y niños.

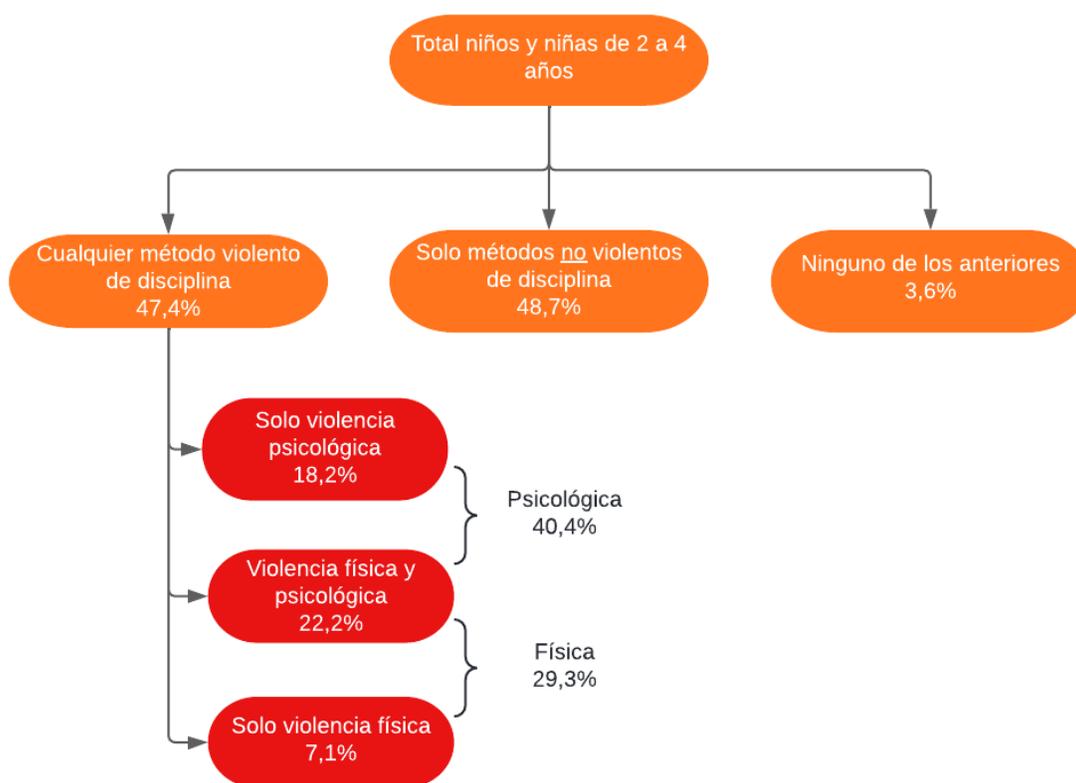
Reporte de uso de métodos violentos de disciplina en Uruguay

En Uruguay el 47,4% de los niños y niñas de 2 a 4 años fue sometido a algún método de disciplina violenta en el mes anterior a la encuesta, incluyendo situaciones de violencia psicológica, y violencia física. El uso de la violencia psicológica por parte de algún integrante del hogar en el mes anterior a la encuesta fue empleado en 40,4% de las niñas y los niños de 2 a 4 años, en tanto la agresión física abarcó al 29,3%. En algunos casos, esto implicó violencia física severa, incluyendo golpes en la cara, en la cabeza o las orejas, o una paliza. Estas formas de violencia física severa fueron aplicadas en 1,4% de los niños y niñas del tramo de edad considerado. A su vez, mientras que en algunos casos solo está presente uno u otro tipo de violencia, en

muchos casos la violencia física y psicológica se superponen: 22,2% de los niños y niñas fueron sometidos a ambos tipos de violencia en el último mes (Ilustración 2).

En contrapartida, los métodos de disciplina exclusivamente no violentos fueron empleados por el 48,7% de los hogares. Esto abarca conductas destinadas a explicarle al niño o niña las razones por las que se portó mal, darle otra cosa para hacer o quitarle algún privilegio debido a su comportamiento. Por su parte, a un 3,6% de los niños y niñas no se le aplicó ninguna de las acciones descritas anteriormente (ni métodos violentos, ni métodos no violentos), lo cual equivale a decir que ante determinado comportamiento errado del niño o niña los integrantes del hogar no hicieron ninguna de las acciones que se les proponían en la encuesta.

Ilustración 2. Resumen de los datos de disciplina violenta y no violenta en la ENDIS 2023

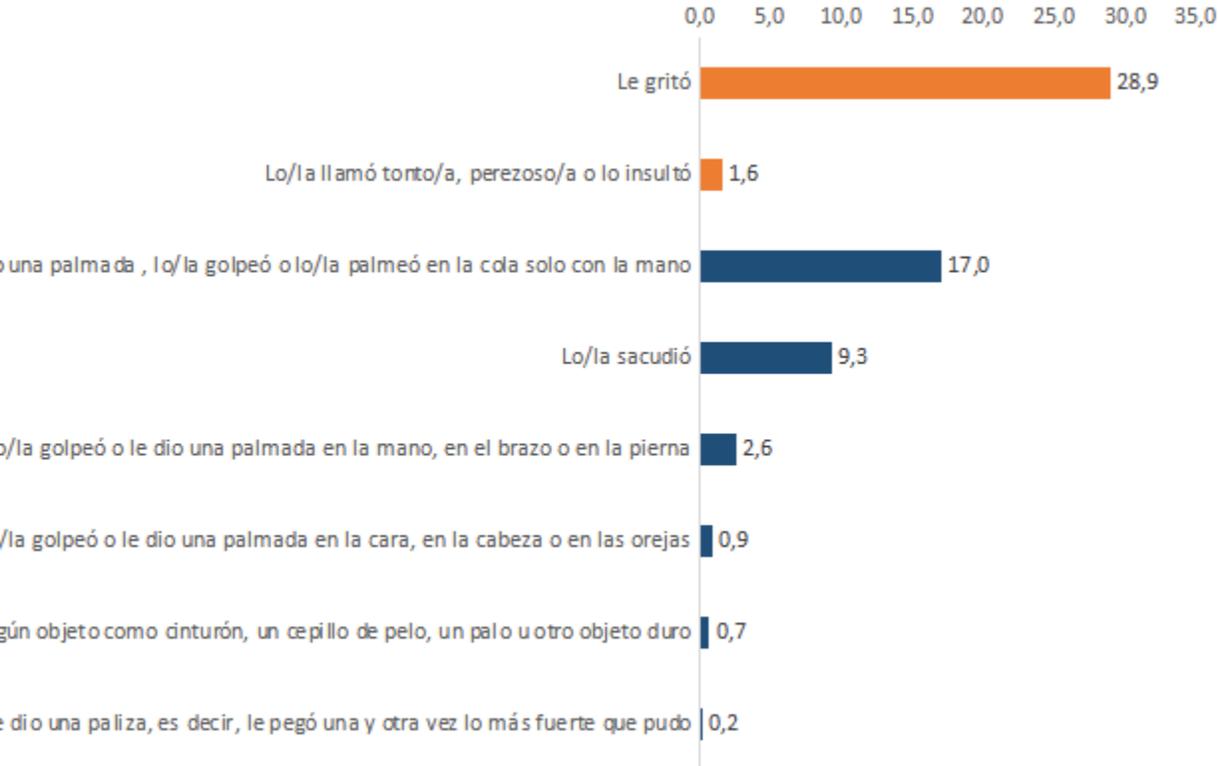


Fuente: elaboración propia en base a ENDIS 2023

En cuanto a los métodos específicos de disciplina violenta utilizados, el más prevalente es el grito, que afectó al 28,9% de los niños y niñas y explica en gran medida la prevalencia de la violencia psicológica. Por otra parte, en cuanto a los métodos de disciplina que involucran violencia física, 17% reportan haberle dado una

palmada (golpe en la cola solo con la mano) y 9,3% que le dieron una sacudida. Por otra parte, si bien la prevalencia es menor, también existieron casos que reportaron el uso de violencia física severa, incluyendo haberlo golpeado en la cara, la cabeza o las orejas, haberlo golpeado con algún objeto, o haberlo golpeado repetidamente lo más fuerte que pudo.

Gráfico 24. Proporción de niños y niñas de 2 a 4 años según tipo de violencia utilizada - 2023

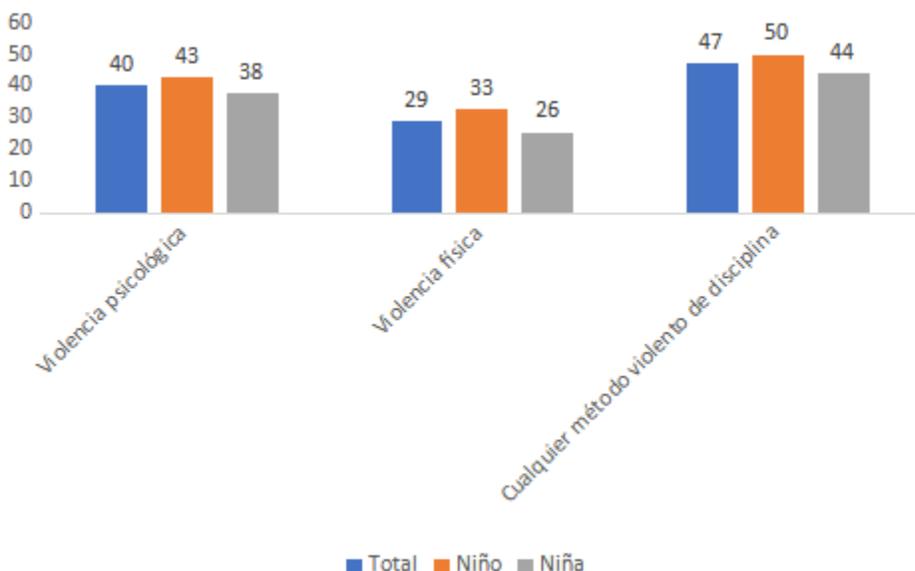


Fuente: elaboración propia en base a ENDIS 2023

Diferencias en el uso de métodos violentos de disciplina según características demográficas y contexto del hogar

Las proporciones presentadas anteriormente esconden algunas diferencias según las características tanto del niño o la niña como de su familia. En primer lugar, en cuanto al sexo, como se puede apreciar en el gráfico 26 un porcentaje más alto de los niños varones de 2 a 4 años fueron sometidos a métodos de disciplina violenta que entre las niñas (50% y 44% respectivamente). Esto se repite tanto en lo que respecta a la violencia psicológica (43% versus 38%) como a la violencia física (33% versus 26%).

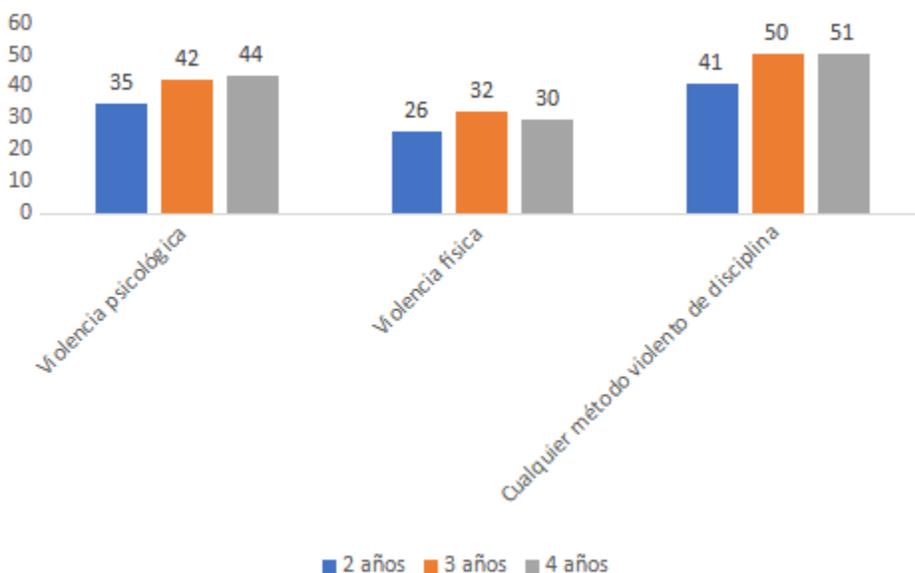
Gráfico 25. Porcentaje de niños y niñas de 2 a 4 años que fueron sometidos a métodos de disciplina violentos en el último mes, según sexo y tipo de violencia - 2023



Fuente: elaboración propia en base a ENDIS 2023

En cuanto a la edad, se observa una mayor aplicación de métodos de disciplina violenta en los niños y niñas de 3 y 4 años (50% y 51% respectivamente), mientras que el porcentaje es algo menor entre aquellos de 2 años de edad (41%), un patrón que también se repite en ambos tipos de violencia (Gráfico 27).

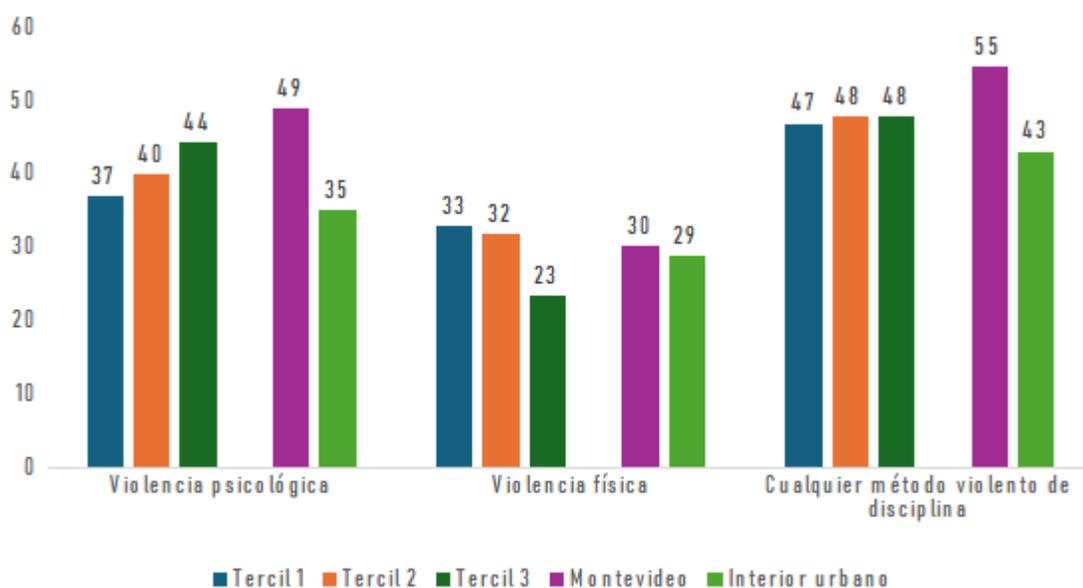
Gráfico 26. Porcentaje de niños y niñas de 2 a 4 años que fueron sometidos a métodos de disciplina violentos en el último mes, según edad y tipo de violencia - 2023



Fuente: elaboración propia en base a ENDIS 2023

Por otra parte, también se observan diferencias en la prevalencia de los métodos de disciplina violenta según las características del hogar del que forma parte el niño o la niña (Gráfico 28). En cuanto al nivel de ingresos del hogar, se observa que una proporción mayor de los niños y niñas en hogares de menores ingresos fueron sometidos a métodos de disciplina que involucraban violencia física (32% en el tercil más bajo frente a 23% en el más alto). Por el contrario, los niños y niñas en el tercil de ingresos más altos fueron sometidos en mayor medida a la violencia psicológica (44% frente a 37% en el más bajo). Por otro lado, en cuanto a la región del país, el porcentaje de niños y niñas que fueron sometidos a la violencia psicológica fue mayor en Montevideo (49%) que en el interior urbano (35%), mientras que no se observaron diferencias importantes en cuanto a la prevalencia de la violencia física.

Gráfico 27. Porcentaje de niños y niñas de 2 a 4 años que fueron sometidos a métodos de disciplina violentos en el último mes, según nivel de ingreso per cápita del hogar, región y tipo de violencia – 2023



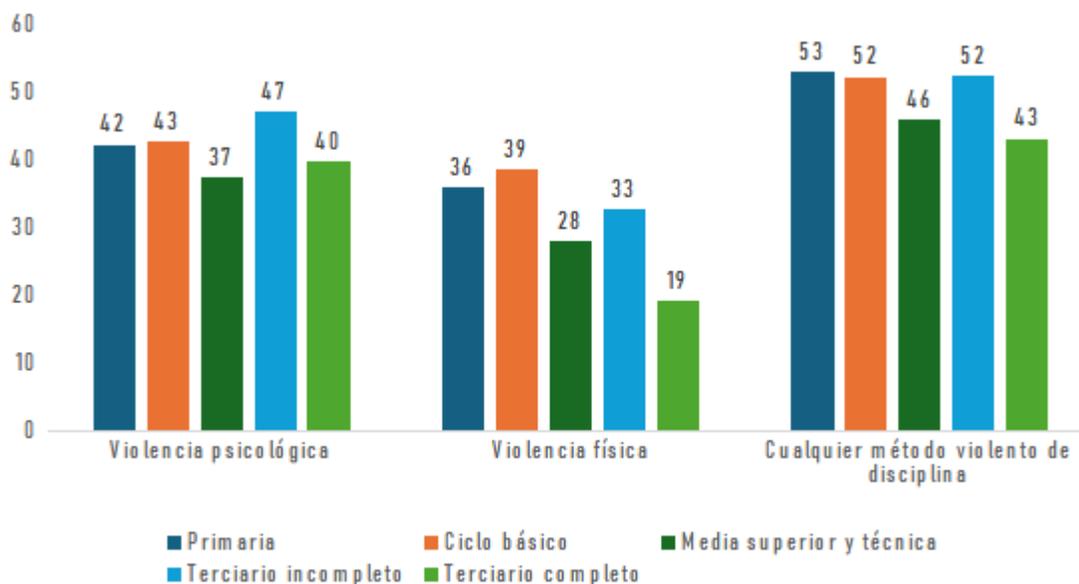
Fuente: elaboración propia en base a ENDIS 2023

Por último, se observa que, en términos generales, a mayor nivel educativo de la madre, menor es la proporción de niños y niñas que fueron sometidos a métodos de disciplina que implicaron violencia física (19% entre aquellos cuya madre tiene educación terciaria completa frente a 39% entre aquellos cuya madre finalizó el ciclo básico, pero no la educación secundaria). Sin embargo, este patrón no se repite en cuanto a la violencia psicológica (Gráfico 29).

Si bien la variable mide el nivel educativo de la madre, es importante tener en cuenta que este se correlaciona fuertemente con el nivel educativo de su pareja y con el

contexto socioeconómico del hogar en general. A su vez, las preguntas de disciplinamiento tampoco refieren solamente a la madre sino a todos los adultos del hogar. Por lo tanto, la correlación observada no implica que las madres con mayor nivel educativo ejerzan menos violencia física, sino que los adultos en hogares con mayor clima educativo ejercen en menor medida la violencia física hacia los niños y niñas en este tramo de edad.

Gráfico 28. Porcentaje de niños y niñas de 2 a 4 años que fueron sometidos a métodos de disciplina violentos en el último mes, según nivel educativo de la madre y tipo de violencia - 2023



Fuente: elaboración propia en base a ENDIS 2023

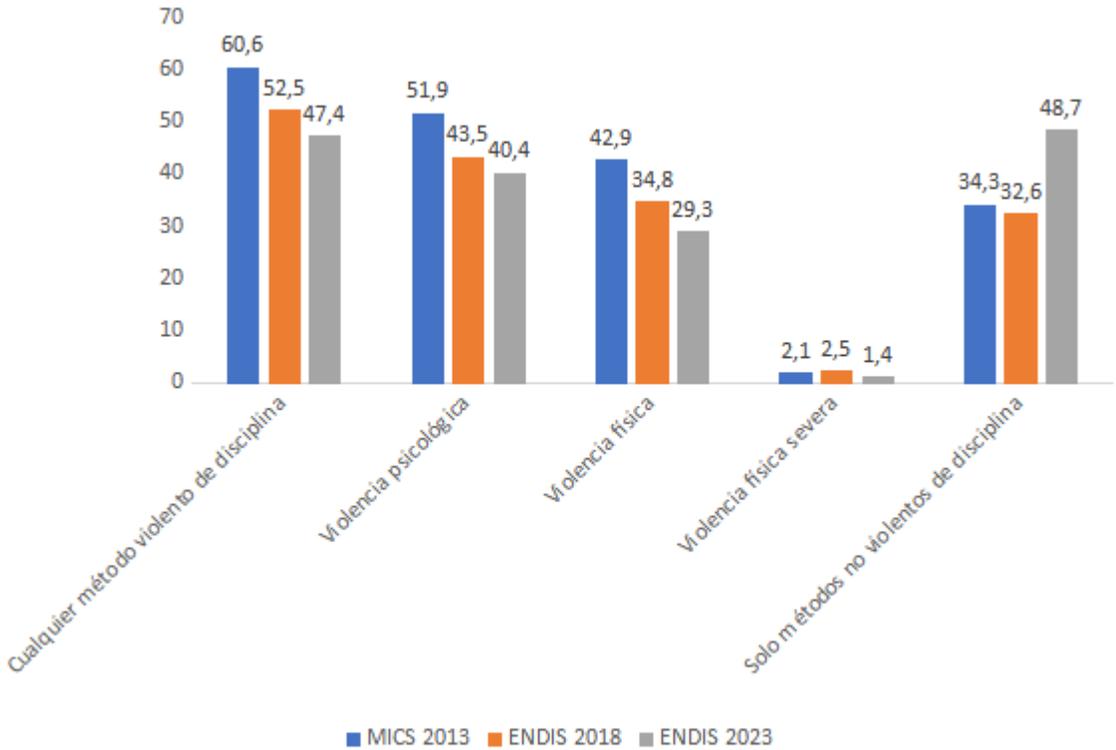
Evolución del maltrato infantil entre 2013, 2018 y 2023

El empleo del módulo de disciplinamiento de la encuesta MICS, permite comparar los resultados de la ENDIS 2023 en este aspecto, con los resultados obtenidos en la ENDIS de 2018 así como la MICS de 2013, que en ambos casos incluyeron este módulo a niños y niñas de entre 2 y 4 años. De esta manera, los datos de estas tres encuestas permiten hacer un seguimiento de la evolución en el uso de métodos de disciplina violentos y no violentos en la última década.

Como se observa en el Gráfico 30, los datos de la ENDIS 2023 indican que continúa la tendencia decreciente en el porcentaje de niños y niñas de 2 a 4 años sometidos a métodos violentos de disciplina, que pasó de 60,6% en 2013 a 52,5% en 2018 y 47,4% en 2023. Esta caída se observa en todos los tipos de violencia: en cuanto a la

agresión psicológica, pasó de 51,9% en 2013 a 40,4% en 2023, mientras que la violencia física pasó de 42,9% a 29,3%. De igual manera, se observa también una disminución en la prevalencia de la violencia física severa, que pasó de 2,1% en 2013 a 1,4% en 2023. Estos datos tienen como contrapartida un incremento en la proporción de hogares que solo aplicaron métodos no violentos de disciplina, que pasó de representar 34,3% en 2013 a 48,7% en 2023.

Gráfico 29. Evolución del porcentaje de niños y niñas de 2 a 4 años que fueron sometidos a métodos de disciplina violentos en el último mes, según tipo de violencia – 2013, 2018 y 2023



Fuente: elaboración propia en base a ENDIS 2023

ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SALUD INFANTIL

Por Uruguay Crece Contigo y Programa de Salud de la Niñez - Ministerio de Salud Pública

La Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud (ENDIS) proporciona valiosa información de los aspectos críticos que afectan a la salud y nutrición de los niños, niñas y adolescentes, permitiendo identificar áreas de progreso y áreas que requieren intervención.

Este capítulo se centra en la evaluación de los datos y hallazgos de la ENDIS, con un enfoque particular en cómo estos se alinean con los objetivos sanitarios nacionales establecidos⁵. Estos objetivos, diseñados para mejorar la calidad de vida y la equidad en salud, incluyen metas específicas en cuanto a la mejora del estado nutricional y el acceso a servicios de salud adecuados.

Fomentar estilos de vida y entornos saludables, buscando la reducción de los factores de riesgo vinculados, es uno de los objetivos establecidos que a través de las distintas líneas de acción buscan generar impacto en el aumento de la actividad física, aumento de la lactancia materna exclusiva, reducir la prevalencia de anemia, reducir retraso de crecimiento y evitar el aumento de la prevalencia de sobrepeso u obesidad.

La integración de estos datos con los objetivos sanitarios nacionales permitirá observar los avances alcanzados y los desafíos persistentes, contribuyendo a la formulación de políticas y planificación de recursos para el futuro.

Uso de los servicios de salud ante consultas por patología

El 37,5 % de los niños y niñas ha estado enfermo en las últimas semanas. Solo se encontraron diferencias entre Montevideo (31%) e Interior (42%).

Dentro del grupo que estuvieron enfermos, el 79,9% buscó consejo o tratamiento. No se observan diferencias por sexo y región y si algunas diferencias por ingresos (76% en tercil 1, 80% en tercil 2 y 78% en tercil 3), en tanto, si se observa por edad, los más chicos recurrieron en mayor proporción al médico (86% para < 1 año) que sus pares mayores (78% niños y niñas de 4 años).

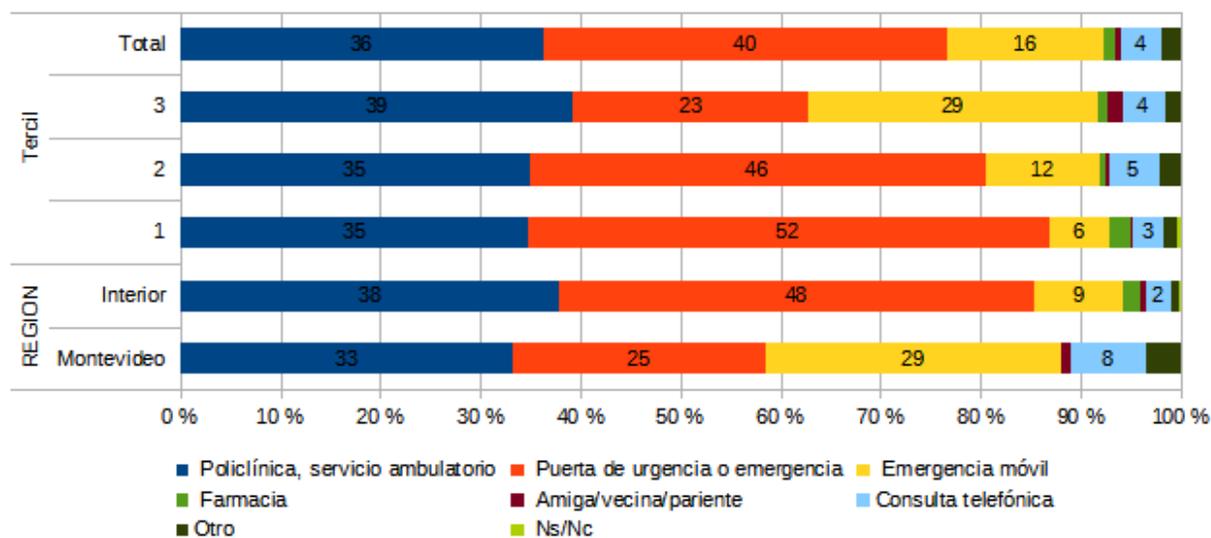
⁵ <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/objetivos-sanitarios-nacionales-2030>

La búsqueda de tratamiento se realizó en Policlínica o servicio ambulatorio en el 36% de los casos, en puerta de urgencia o emergencia en el 40%, en consulta telefónica el 4% de los casos y la emergencia móvil fue consultada en el 16%.

Se observan algunas diferencias según región, en particular en la atención en puerta de urgencia o emergencia (Montevideo 25%, resto del país 48%) en atención vía Emergencia Móvil (Montevideo 29%, resto del país 9%).

Si se analiza el comportamiento por nivel de ingresos, los niños y niñas que viven en hogares con menores ingresos asisten a puerta de urgencia o emergencia en mayor proporción que sus pares pertenecientes a hogares de mayores ingresos (52% y 23% respectivamente); en el caso del uso de emergencia móvil esta tendencia es inversa (6% y 29%).

Gráfico 30. Lugar de tratamiento según nivel de ingreso y región.



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2023

En 2018, el lugar dónde se buscó consejo o tratamiento se concentró en los mismos tres lugares que en la cohorte 2023. El 38% buscó en Policlínica o servicio ambulatorio, en el 34% de los casos, en puerta de urgencia o emergencia y la emergencia móvil fue consultada en el 16% de los casos.

Tabla 16. Lugar de tratamiento en las cohortes 2018 y 2023.

	2018	2023
Policlínica, servicio ambulatorio	38	36
Puerta de urgencia o emergencia	34	40
Emergencia móvil	25	16
otro	3	8
Total	100	100

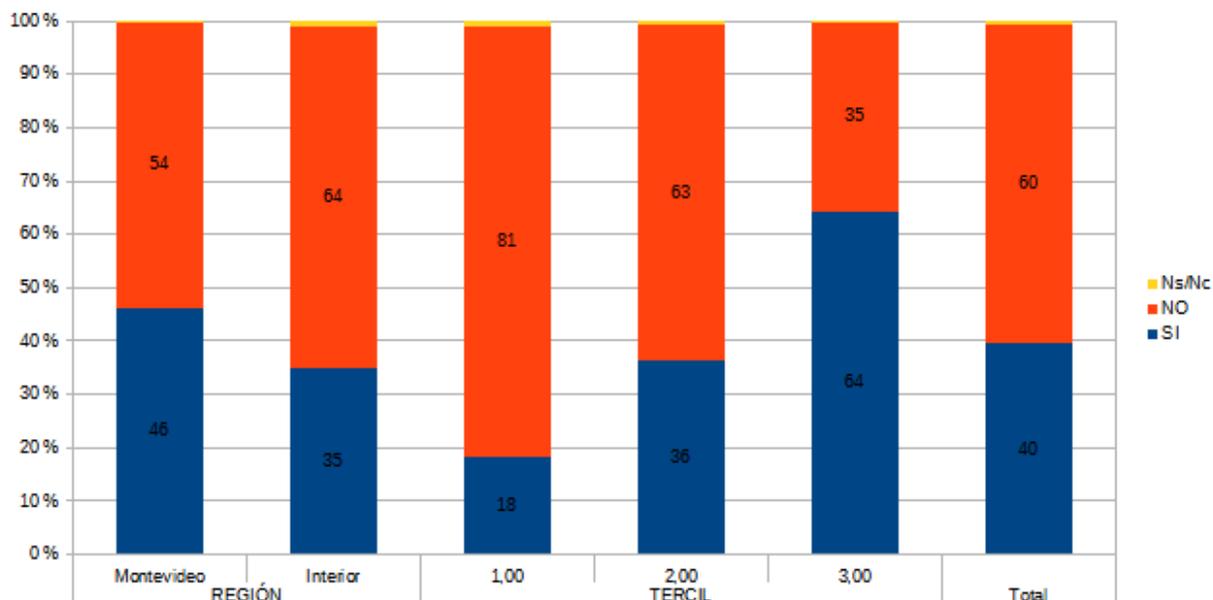
Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2023

Instancias de educación para el parto y la crianza.

Se relevó si las madres durante el embarazo del niño recibieron educación en talleres sobre el parto, lactancia y/o crianza. Se observa que el 40% de ellas recibió capacitación. En Montevideo, aproximadamente el 46% dicen haber tenido capacitación durante el embarazo, en tanto en el interior del país esa cifra es menor (35%).

En tanto, el 64% de las mujeres que pertenecen a hogares de mayores ingresos dicen haber recibido algún tipo de capacitación durante el embarazo, cifra muy superior a la observada en las mujeres pertenecientes a los hogares del tercil de menores ingresos (18%).

Gráfico 31. Instancias de educación para el parto y la crianza según lugar de residencia y nivel de ingresos.



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2023

Morbilidad por lesiones no intencionales

El informe Mundial sobre la prevención de lesiones en niños de la OMS y UNICEF, destaca que las lesiones y la violencia son una de las principales causas de muerte infantil en todo el mundo. Las lesiones no intencionales son una de las principales causas de mortalidad después del primer año de vida, y son la primera por causa externa en determinados grupos de edad, sobre todo en la población pediátrica⁶. En nuestro país las principales causas de muerte por lesiones no intencionales en niños y niñas de 1 a 5 años son los ahogamientos y los siniestros de tránsito⁷

Tipos de lesiones, morbilidad y secuelas

Respecto de los accidentes, se encontró que el más común es la caída dándose en el 9,6% de los casos, seguido de la quemadura en el 1,8%. Ambos accidentes fueron los más frecuentes también en las cohortes 2013 y 2018.

Por otra parte, se observa que el 13,3% de niños y niñas han tenido algún accidente en los últimos 12 meses anteriores a la encuesta. Las lesiones no intencionales fueron

⁶ http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492023000301104

⁷ Las cifras son públicas y se pueden visitar en la página del MSP- estadísticas vitales. También en el informe de mortalidad infantil del MSP.

más frecuentes en los niños del tercil de mayores ingresos y en Montevideo. Estas tendencias son inversas a las detectadas en la cohorte 2018.

Aquellos niños y niñas que requirieron internación como consecuencia del accidente o que recibieron cirugía llegan al 1% del total de niños.

Tabla 17. Niños con al menos una lesión en los últimos 12 meses por región y tercil.

	Región		Tercil			Total
	Montevideo	Interior	1	2	3	
Al menos un accidente	16,5	11,1	12,0	12,2	15,5	13,3

Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2023

Respecto a las cohortes anteriores, la proporción de niños que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses tiene una tendencia decreciente. En 2013, esa cifra fue de 30%, en la cohorte 2018 fue 15,9% y en 2023 12,8%. Se observa que la gran diferencia entre las cohortes 2013 y 2023 la explica la cantidad de personas que declararon que los niños tuvieron como accidente una caída (en 2013 esa proporción fue de 35%, en cambio en 2023 fue de 9%).

Tabla 18. Niños/as de 0 a 3 años con al menos una lesión en los últimos 12 meses según cohorte 2013,2018 y 2023

	2013	2018	2023
Al menos un accidente	30,8	15,9	12,8

Cumplimiento de las recomendaciones de suplementación con hierro y vitamina D

En los Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN) 2030 se encuentra la disminución de los factores de riesgo en salud y entre ellos la disminución de la anemia, para lo que

resulta fundamental la suplementación con hierro en los primeros años de la vida así como la promoción y el mantenimiento de la lactancia materna. Es fundamental la adecuada incorporación de alimentación complementaria con una buena biodisponibilidad de hierro⁸

Pesquisa de anemia mediante hemoglobina capilar

La determinación de hemoglobina en sangre está indicada a los 8 meses de edad. En particular, en los niños con factores de riesgo de anemia, con sospecha de incumplimiento de la suplementación medicamentosa con hierro, con alimentación inadecuada que favorezca el desarrollo de anemia, o con alteraciones en el examen físico (palidez cutáneo-mucosa, palidez palmar) (MSP, 2018).

En la ENDIS 2023 se observa que al 37% de los niños y niñas le realizaron extracción de sangre o punción digital para evaluar si presentaba anemia, en la cohorte 2018 esa cifra fue 47%. Se observan diferencias considerables si se toma en cuenta la región dónde reside; en Montevideo la proporción a los que le realizaron extracción o pincharon fue de 25% en tanto, en sus pares del resto del país dicha cifra fue de 45%.

De estos, el 20% refiere que le diagnosticaron anemia dado que el resultado fue positivo, en la cohorte 2018 ese resultado fue 23%, siendo mayor en el tercil de menores ingresos (23,1%) y en Montevideo (27,7%).

⁸ <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/objetivos-sanitarios-nacionales-2030/objetivos-sanitarios-nacionales-3>

Tabla 19. Resultados del screening de anemia según por de ingresos y región.

	Región		Tercil ingresos			Total
	Montevideo	Interior	1	2	3	
Tenía anemia	27,7	17,3	23,1	19,0	17,8	20,2
No tenía anemia	72,3	82,7	76,9	81,0	82,2	79,8
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2023

A modo comparativo, se puede mencionar los resultados de la Encuesta Nacional de Lactancia, Prácticas de Alimentación y Anemia en menores de 24 meses, usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud (ENLM) en el año 2020. En ella se observó que la prevalencia total de anemia entre los 6 a 24 meses es de 27%. La anemia fue más frecuente en niños entre 18-23 meses de vida que en los demás tramos de edad (29,1%). En esa misma encuesta, se constató que la anemia fue más frecuente en Montevideo que en el interior⁹

La proporción de niños con anemia ha variado entre las tres cohortes. En el 2013 caso la proporción de niño de 0 a 3 años con anemia fue 7,9%, en 2018 fue de 23% en tanto en 2023 descendió a 20,8%.

⁹ https://bibliotecaunicef.uy/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=227

Tabla 20. Porcentaje de Niños/as de 0 a 3 años con Anemia según cohorte 2013, 2018 y 2023

	2013	2018	2023
Tenía Anemia	7,9	23,0	20,8

Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2023

Suplementos de Hierro

El 87,5% del total de los niños ha tomado suplemento de hierro en algún momento de su vida, con un comportamiento similar por sexo, edad, nivel de ingresos y región.

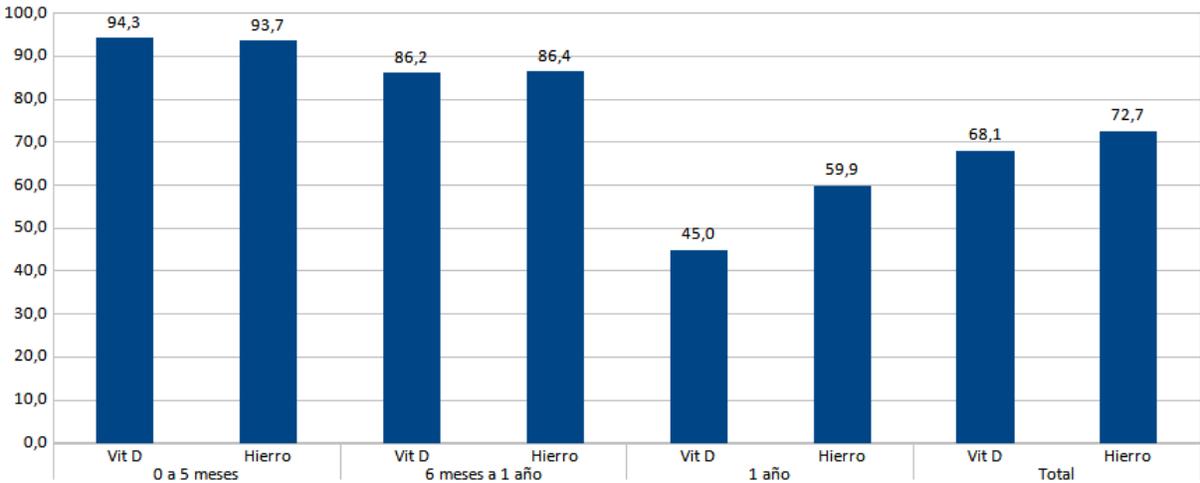
El 92% de los niños han tomado suplemento de vitamina D, este resultado es similar si se observa por sexo y edad, pero siendo más común en el tercil de mayores ingresos (95%) con relación a sus pares de menores ingresos (91%). También se observan diferencias entre Montevideo (96%) y el interior del país (90%)

Niños y niñas menores de 24 meses

En los niños menores de 24 meses se indaga acerca del consumo de Hierro y Vitamina D el día previo a la entrevista. Se encontró que el Hierro fue consumido por el 72,7% de los niños y que este consumo alcanzó al 93,7% en los menores de 6 meses.

Respecto de la Vitamina D fue consumida en el 68% de los niños y niñas, en los menores de 6 meses representó al 94,4%.

Gráfico 32. Consumo de Hierro y Vitamina D en menores de 24 meses el día previo a la entrevista.



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2023

Asistencia a controles preventivos de salud bucal y visual, recomendados y obligatorios en mayores de 36 meses

El MSP estableció controles odontológicos y oftalmológicos obligatorios incluidos en las metas asistenciales a partir de los 3 años de vida⁵.

En esta cohorte de la ENDIS surge que el control odontológico fue realizado por el 76,7% de los niños y niñas de 3 y más años. Entre los niños y niñas que residen en Montevideo dicho control fue realizado en el 83% de los casos, mientras que en el interior se redujo a 73,1%. Asimismo, fue más frecuente dentro del tercil 3 de mayores ingresos, donde superó el 86% de los casos. De los niños y niñas que no realizaron el control odontológico (23%), el 64% de sus referentes expresó que no sabía que debía hacerlo o que el pediatra no se lo recomendó indicó y el aproximadamente 14% dijo que no había número en la agenda de su prestador.

El control con oftalmólogo fue realizado por 46,7% de los niños y niñas mayores de dos años siendo más frecuente en Montevideo (50%) que en el interior (45%) y en los hogares de mayores ingresos (tercil 3 61%). De los niños y niñas que no realizaron el control oftalmológico, el 81% de sus referentes expresó que no sabía que debía hacerlo o que el pediatra no se lo indicó.

Gráfico 33. Porcentaje en control odontológico y oftalmológico en niños de 3 y más años por nivel de ingreso y región.

	Control	
	Odontológico	Oftalmólogo
Montevideo	83,0	49,6
Interior	73,1	45,0
T 1	65,0	30,4
T 2	77,8	47,2
T3	86,2	61,1
Total	76,9	46,6

Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2023

Estos resultados no han tenido variaciones significativas si los comparamos con la cohorte 2018 donde el total de niños de 3 y más años de edad tuvieron control Odontológico fue de 80,3% en tanto el 45,7% tuvieron control Odontológico.

Gráfico 34. Porcentaje en control odontológico y oftalmológico en niños de 3 y más años según cohorte 2018 y 2023.

Control	Total 2018	Total 2023
Odontológico	80,3	76,9
Oftalmólogo	45,7	46,6

Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2023

Consultas con especialistas y Diagnósticos

Aproximadamente el 6% de los niños han sido diagnosticados con una enfermedad crónica. En tanto, el 20% se encuentra en tratamiento con algún especialista¹⁰. Dentro de este grupo de niños que se encuentran en tratamiento, los especialistas mencionados con más frecuencia fueron Fonoaudiólogo (33%) y Psicomotricista, Neuropediatra, Otorrinolaringólogo (cada uno 20% aproximadamente).

Por otra parte, se preguntó a los referentes si el niño fue diagnosticado con alguna dificultad en el desarrollo y 5% de las entrevistadas dijo que el niño ha sido diagnosticado. De estos niños, aproximadamente el 50% fue diagnosticado con dificultades en el área del lenguaje.

¹⁰ SE Consultó si ¿(NOMBRE) se encuentra en tratamiento con algún especialista? Y se pidió que se especifique cuál. La lista de especialistas fue Oftalmólogo, Nutricionista, Fonoaudiólogo, Psicomotricista, Psicólogo, Psiquiatra, Neuropediatra, Otorrinolaringólogo, Alergista, Dermatólogo y otros.

LACTANCIA Y PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN

Por Uruguay Crece Contigo

Lactancia materna

La lactancia materna favorece el desarrollo saludable del cerebro y es crucial para prevenir la triple carga de malnutrición, enfermedades infecciosas y mortalidad. Además, disminuye el riesgo de obesidad y enfermedades crónicas en etapas posteriores de la vida. (The Lancet, 2023)

Uruguay cuenta con la Norma Nacional de Lactancia Materna (2017) la cual promueve la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y su continuación hasta los dos años o más, según el deseo de la madre y el bebé, junto a una alimentación complementaria saludable. (MSP, 2017)

A pesar de la numerosa evidencia científica sobre los beneficios de la lactancia materna, actualmente se alimenta a lactantes y niños pequeños, más que nunca, con preparados para lactantes.

Con el objetivo de evaluar las prácticas de alimentación de lactantes y niños pequeños, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó en 2008 una serie de indicadores que permiten la recopilación de datos y la presentación de informes, estos indicadores fueron revisados y actualizados en el año 2021. (OMS, UNICEF, 2021)

De los 6 indicadores recomendados por la OMS para analizar el estado de situación de la lactancia materna en niños y niñas de 0 a 23 meses, el presente estudio permite el análisis de los siguientes: 1- Alguna vez amamantado; 2- Inicio temprano de la lactancia materna; 3- Lactancia materna exclusiva en menores de seis meses; 4- Alimentación mixta en menores de seis meses y 5- Lactancia materna continuada de 12 a 23 meses. Los mismos se analizan a continuación.

Lactancia materna en niños y niñas de 0 a 2 años

Alguna vez amamantado

La lactancia materna se recomienda para todos los lactantes en todo el mundo, excepto en algunas muy pocas excepciones médicas. Aunque la prevalencia de niños y niñas amamantados alguna vez en su vida es alta en la mayoría de los países, esto no ocurre de manera universal (OMS, UNICEF; 2021). Esta encuesta muestra que en Uruguay el 96,4% de los niños y niñas menores de 2 años fue amamantado alguna vez, cifra levemente menor respecto a rondas anteriores de la ENDIS (100% en 2018 y 97% en 2013).

Inicio temprano de la lactancia materna

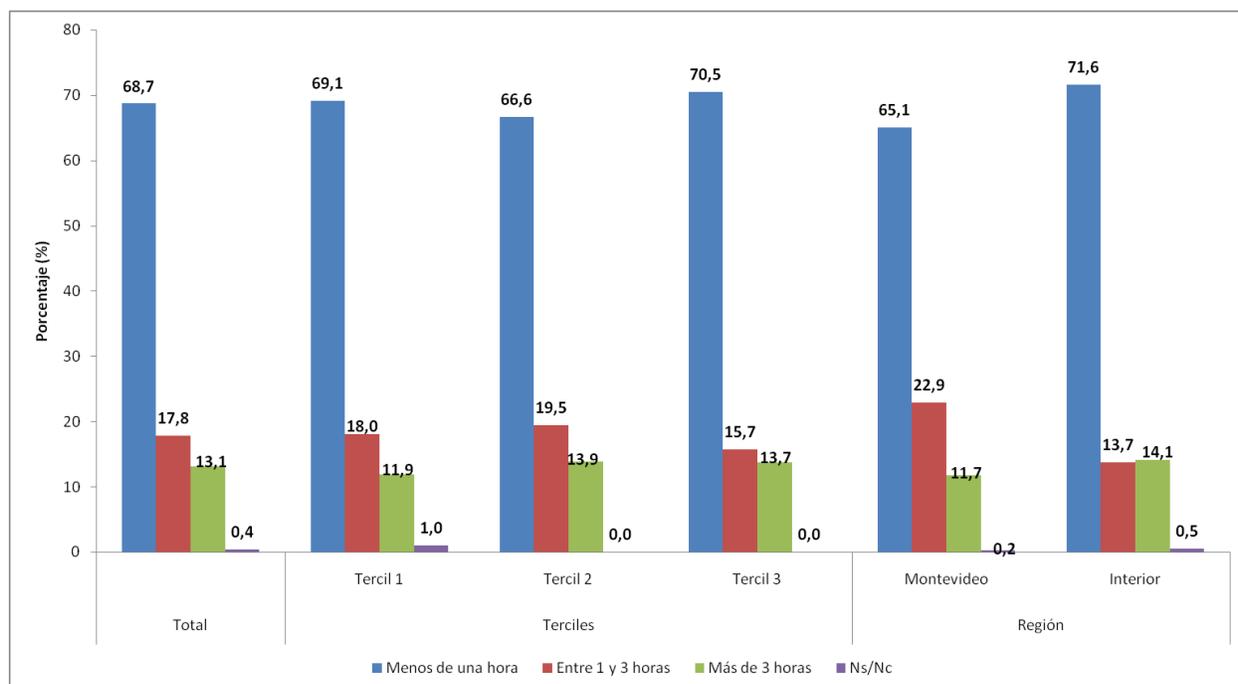
El momento en el cual se inicia la lactancia materna es crucial, la Estrategia Global de la OMS para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño recomienda que los lactantes sean amamantados dentro de la primera hora después del nacimiento. Poner al recién nacido al pecho implica contacto piel con piel, y esta cercanía entre la madre y el bebé proporciona beneficios tanto a corto como a largo plazo.

La Norma Nacional de Lactancia Materna establece que “el equipo de salud presente en la sala de partos deberá apoyar a la madre e iniciar la lactancia en la primera hora post parto, fomentando el contacto piel con piel y favoreciendo de esta manera el inicio temprano de la lactancia”. (MSP, 2017)

La encuesta muestra que el 68,7% de los niños y niñas menores de 2 años comenzó a ser amamantado dentro de la primera hora posterior a su nacimiento, mientras que el 17,8% lo hicieron entre 1 y 3 horas posteriores y el 13,1% lo hizo luego de las 3 horas de nacido. Estas cifras se mantienen similares en todos los niveles de ingresos. (Gráfico 36)

Al comparar el inicio temprano de la lactancia materna entre Montevideo y el Interior del país, se observa que el mismo es 6,5 puntos porcentuales menor en la capital del país (65,1%), respecto al resto del país (71,6%). (Gráfico 36)

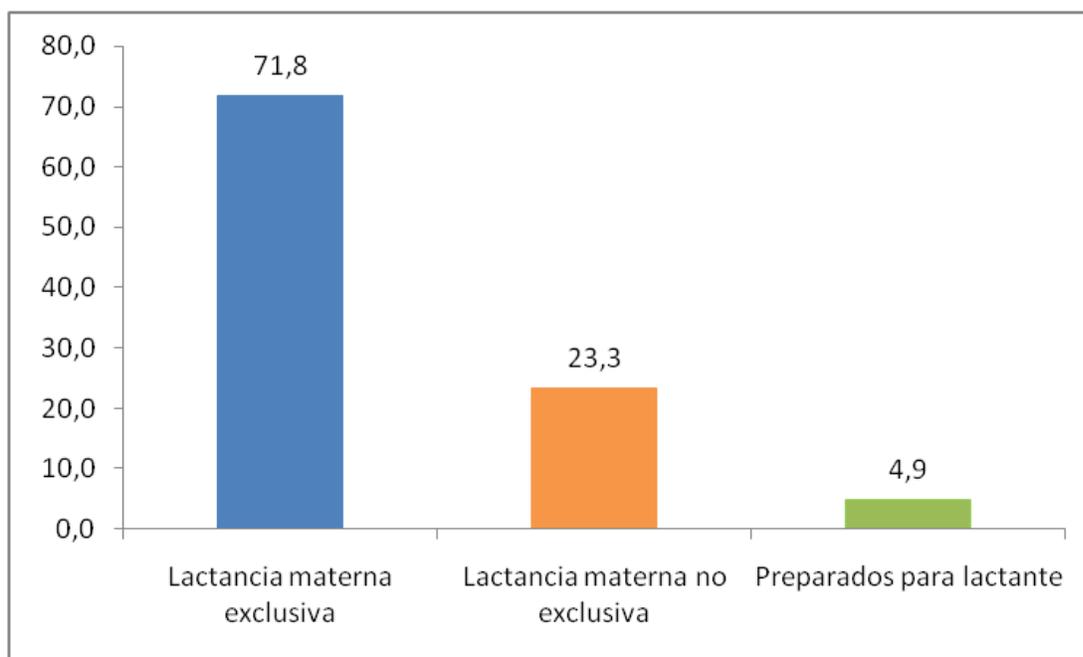
Gráfico 35. Inicio temprano de la lactancia materna según tercil y región



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2023

En esta encuesta se evaluó además el tipo de alimentación que tenía indicado el niño al momento del alta hospitalaria, se encontró que 71,8% de los niños menores de 2 años estaban con lactancia materna exclusiva (directa o en otras formas de administración), el 23,3% con lactancia materna no exclusiva (leche materna y además líquidos o preparados para lactantes) y el 4,9% solo con preparados para lactantes. No se realizan desgloses por nivel de ingresos y región debido al tamaño reducido de la muestra para este indicador. (Gráfico 37)

Gráfico 36. Tipo de alimentación al alta en niños y niñas menores de 24 meses



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2023

Lactancia materna exclusiva en menores de seis meses

La lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida y luego acompañada de una adecuada incorporación de alimentos, es una práctica apoyada y recomendada por organismos internacionales y nacionales, debido a los comprobados beneficios para los niños, las madres, las familias y la sociedad en general, los cuales se mantienen a lo largo de la vida con fuertes beneficios económicos.

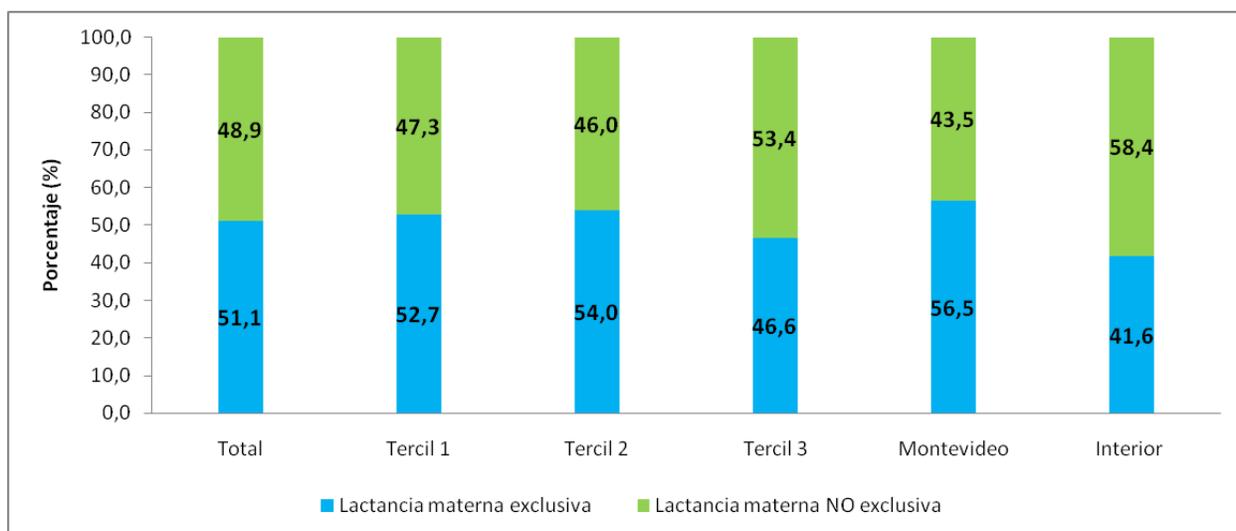
La lactancia materna promueve el desarrollo saludable del cerebro y es esencial para prevenir la triple carga de la malnutrición, las enfermedades infecciosas y la mortalidad, al tiempo que reduce el riesgo de obesidad y enfermedades crónicas en la vida posterior, tanto en países de bajos ingresos como de altos ingresos. La lactancia materna también ayuda a proteger a la madre contra enfermedades crónicas, como el cáncer de mama y ovario, la diabetes tipo 2 y las enfermedades cardiovasculares. (The Lancet, 2023)

La Norma Nacional de Lactancia Materna establece que existen pocas situaciones donde está contraindicada la lactancia materna y el lactante requiere, bajo indicación médica, de preparados para lactantes (MSP, 2017).

La lactancia exclusiva se estimó como el porcentaje de lactantes de 0 a 5 meses de edad que fueron alimentados exclusivamente con leche materna el día anterior a la encuesta. Según este indicador solo la mitad (51%) de los niños y niñas se encontraba alimentado de esta forma. Este porcentaje varía según nivel de ingresos, en el primer tercil aumentó a 52,7%, mientras que en el tercer tercil disminuyó respecto a la media, siendo el 46,6% de los niños y niñas que se encontraban con lactancia materna exclusiva. (Gráfico 38)

Por región se encuentra que la práctica de lactancia materna exclusiva en los niños menores de 6 meses es más frecuente en Montevideo que en el interior del país, 56,5% en Montevideo, descendiendo a 41,6% en el interior del país. (Gráfico 38)

Gráfico 37. Lactancia materna exclusiva en niños y niñas menores de 6 meses según tercil de ingresos y región



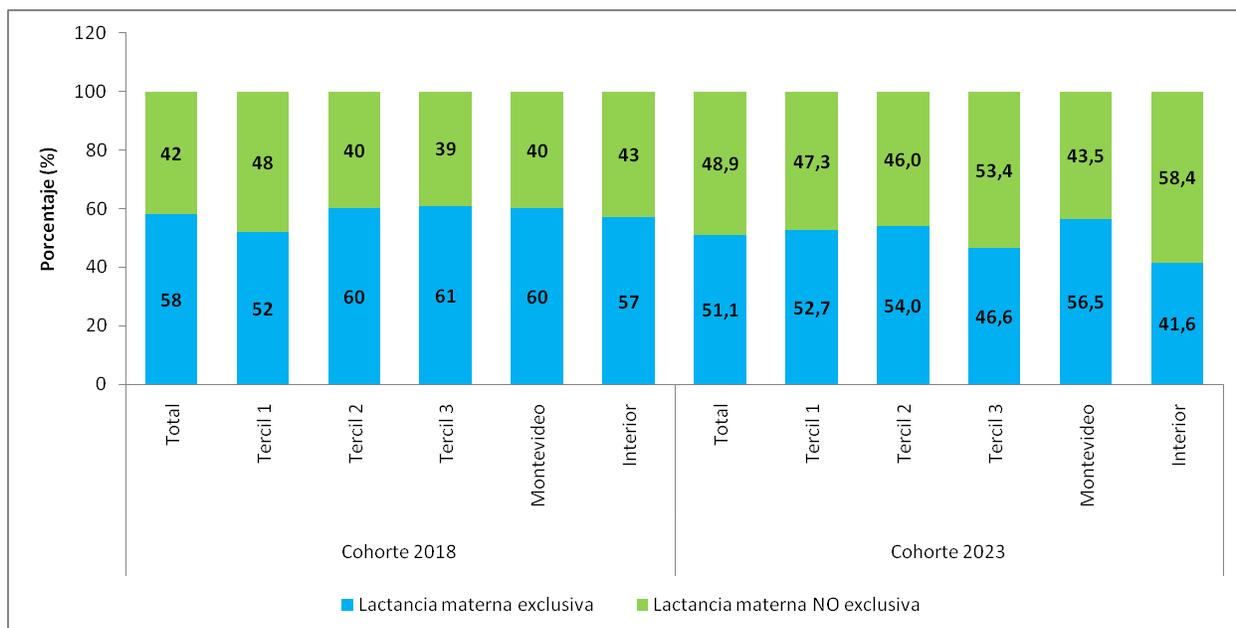
Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2023

Al comparar los datos de la cohorte de 2018 con los de 2023, se observa una disminución de 7 puntos porcentuales en la tasa de lactancia materna exclusiva, que pasó del 58% en 2018 al 51% en 2023. (Gráfico 39)

Además, se identifican variaciones según el nivel de ingresos. En 2018, la lactancia materna exclusiva aumentaba conforme lo hacían los ingresos del hogar, siendo más alta en el tercil 3 (61% en el tercil 3 frente al 52% en el tercil 1). No obstante, en la cohorte de 2023, esta tendencia se invierte, mostrando que los niños y niñas de hogares con menores ingresos tienen mayores tasas de lactancia materna exclusiva (52,7% en el tercil 1 y 46,6% en el tercil 3). (Gráfico 39)

Por región, aunque los porcentajes en 2023 son menores en comparación con 2018, se mantiene la tendencia de que la lactancia materna exclusiva es más frecuente en Montevideo que en el resto del país. (Gráfico 39)

Gráfico 38. Comparación entre cohorte 2018 y cohorte 2023 de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses, según tercil de ingresos y región



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2023

Alimentación mixta menores de seis meses

Con el fin de identificar la práctica de alimentar con preparados para lactantes y/o leche animal además de la leche materna entre niños menores de 6 meses, la OMS define el indicador alimentación mixta en menores de 6 meses. Este tipo de alimentación está asociada con un mayor riesgo de cese temprano de la lactancia, una reducción en la producción de leche materna y una alteración de la microflora intestinal (OMS, UNICEF; 2021).

En esta encuesta se encontró que el 31,6% de niños de 0 a 5 meses fueron alimentados con preparados para lactantes y/o leche animal, además de leche materna, el día anterior a la encuesta.

La encuesta indica, según relato de la madre, que el principal motivo para el abandono de la lactancia materna exclusiva, o no haberla practicado nunca, es la indicación médica en un 29% de los casos, el segundo motivo es la cantidad de leche

insuficiente (19,2%) y el tercer lugar es compartido entre el niño o niña no succionaba y el niño o niña bajó de peso (6,9%).

Otro aspecto que se evalúa son las razones por las cuales el niño o niña menor de 6 meses dejó de recibir lactancia materna (destete completo). Las razones más frecuentes para el destete completo fueron en un 32,6% de los casos la cantidad de leche insuficiente, un 26,4% porque el niño o niña no succionaba y el 18,3% por indicación médica.

Lactancia materna continua de 12 a 23 meses

Siguiendo los indicadores propuestos por la OMS para evaluar las prácticas de alimentación de lactantes y niños pequeños, se define la lactancia materna continua, como la proporción de niños de 12 a 23 meses que estaban siendo amamantados el día anterior a la entrevista. Este indicador tuvo un cambio respecto a los indicadores propuestos por OMS en el año 2008, donde se definía la lactancia materna continua para los niños de 12 a 15 meses (OMS, UNICEF; 2021).

El 58,6% de los niños de 12 a 23 meses estaban siendo amamantados el día anterior a la entrevista. Este porcentaje asciende a 63,8% en los hogares de menores ingresos (tercil 1), respecto a un 55,4% de niños con lactancia continua en los hogares de mayores ingresos. No se observaron grandes diferencias entre Montevideo y el interior del país. (Tabla 21)

Tabla 21. Porcentaje de niños y niñas de 12 a 23 meses con lactancia materna continúa

	Total	Tercil 1	Tercil 2	Tercil 3	Montevideo	Interior
Si	58,6%	63,8%	56,4%	55,4%	56,8%	59,8%
No	41,4%	36,2%	43,6%	44,6%	43,2%	40,2%

Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2023

La Estrategia Global de la OMS para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño recomienda que se introduzcan alimentos sólidos, semisólidos y blandos a los 6 meses de edad, mientras se continúa amamantando.

Se define este indicador como el porcentaje de lactantes de 6 a 8 meses de edad que consumieron alimentos sólidos, semisólidos o blandos durante el día anterior a la entrevista. El 78,8% de los niños de 6 a 8 meses han incorporado alimentos sólidos, semisólidos o blandos, quedando un 21,2% de los niños en este tramo etario que aún no han realizado incorporación de alimentos.

Alimentación de los niños y niñas

Las prácticas de alimentación en lactantes y niños pequeños tienen un impacto directo en la salud, el desarrollo y el estado nutricional. Los primeros años de vida son un período crítico, durante el cual se establecen los hábitos alimentarios de los niños, que contribuirán junto a otros factores, a reducir la tendencia creciente a la obesidad y a las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas. Por lo tanto, es fundamental que los niños y niñas reciban una alimentación adecuada tanto en cantidad (suficiente energía según sus necesidades) como en calidad (variedad de nutrientes esenciales).

Para analizar la alimentación de los niños y niñas se trabajó por separado según grupo etario, por una parte, se analizó la alimentación de los niños y niñas de 6 a 23 meses, según los indicadores recomendados por la OMS para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño (OMS, UNICEF; 2021). Por otro lado, se analizó la alimentación de los niños de 2 a 4 años de acuerdo a las recomendaciones de la Guía Alimentaria para la Población Uruguaya (MPS; 2016).

Alimentación de los niños y niñas de 6 a 23 meses

Para analizar la alimentación de los niños y niñas de 6 a 23 meses se utilizaron los indicadores recomendados por la OMS (2021) para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Estos indicadores reflejan el consumo respecto a la variedad y calidad de alimentos y el número de comidas. Para ello se consideró la alimentación del niño el día anterior a la entrevista, siempre y cuando haya sido un día típico.

De los 9 indicadores recomendados por la OMS para analizar las prácticas de alimentación de los niños de 6 a 23 meses, este estudio permite el análisis de los siguientes: 1 - Introducción de alimentos sólidos, semi-sólidos o blandos de 6 a 8 meses; 2- Diversidad mínima de la dieta de 6 a 23 meses; 3- Frecuencia mínima de comidas de 6 a 23 meses; 4- Consumo de huevos y/o alimentos de origen animal de 6 a 23 meses; 5- Consumo de bebidas azucaradas de 6 a 23 meses; 6- Consumo de alimentos no saludables de 6 a 23 meses y 7- Consumo cero de verduras o frutas de 6 a 23 meses. (OMS, UNICEF; 2021)

También se evaluaron las prácticas alimentarias de los niños a través de otras variables relacionadas a la alimentación como lo son el uso de pantallas durante la comida (alimentación perceptiva), el agregado de sal a las comidas y el consumo de bebidas cuando el niño tiene sed.

Diversidad alimentaria mínima en niños de 6 a 23 meses

La diversidad alimentaria mínima es un indicador creado para conocer el porcentaje de niños de 6 a 23 meses de edad que consumieron alimentos y bebidas de al menos 5 de los 8 grupos de alimentos definidos durante el día anterior a la entrevista.

Una dieta carente de diversidad puede aumentar el riesgo de deficiencias de micronutrientes, lo que puede tener un efecto perjudicial en el desarrollo físico y cognitivo de los niños. (OMS, UNICEF, 2021)

Los ocho grupos de alimentos utilizados para la creación de este indicador son:

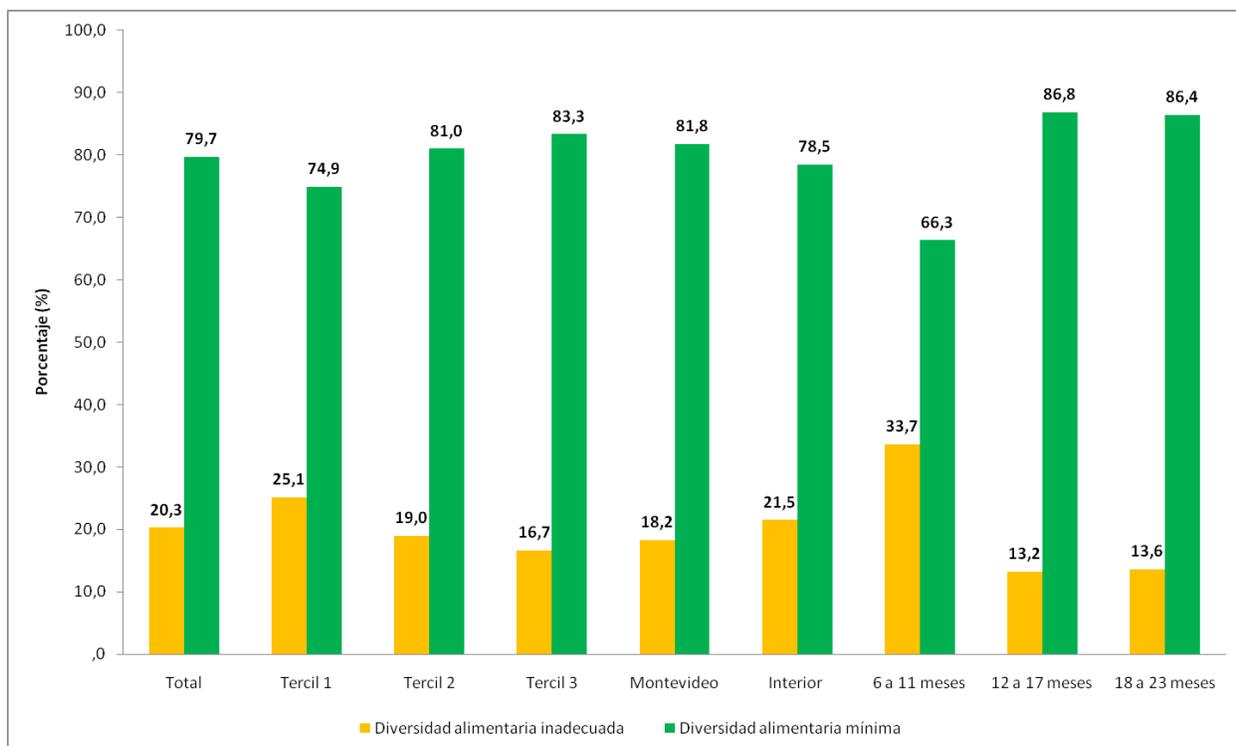
1. leche materna;
2. cereales, raíces, tubérculos y plátanos;
3. legumbres (frijoles, guisantes, lentejas), nueces y semillas;
4. productos lácteos (leche, fórmula infantil, yogur, queso);
5. alimentos de origen animal (carne, pescado, aves, vísceras);
6. huevos;
7. frutas y verduras ricas en vitamina A; y
8. otras frutas y verduras.

El 79,7% de los niños entrevistados alcanza una diversidad alimentaria mínima. Este porcentaje es mayor a medida que los niños crecen, en Montevideo (81,8%) y en los hogares de mayores ingresos (83,3%). (Gráfico 40)

Por otra parte, un 20,3% de los niños de 6 a 23 meses consumieron en el día anterior a la entrevista 4 o menos grupos de alimentos, lo cual refleja una diversidad alimentaria inadecuada. (Gráfico 40).

La mayor proporción de niños que tienen una diversidad alimentaria inadecuada se observó entre los de 6 a 11 meses (33,7%), porcentaje que disminuye con la edad. Asimismo, entre los niños que viven en hogares de menores ingresos es mayor la diversidad alimentaria inadecuada (25,2%), que los niños de hogares de mayores ingresos (16,7%). En el interior del país el consumo de 4 o menos grupos de alimentos fue mayor que en Montevideo, 21,5% y 18,2% respectivamente. (Gráfico 40)

Gráfico 39. Diversidad alimentaria en niños y niñas de 6 a 23 meses según tercil de ingresos y región.



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2023

Frecuencia mínima de comidas de 6 a 23 meses

Este es un indicador que refiere al porcentaje de niños de 6 a 23 meses de edad que consumieron alimentos sólidos, semisólidos o blandos, incluyendo las tomas de leche para los niños no amamantados, al menos el número mínimo de veces recomendado durante el día anterior a la entrevista. (OMS, UNICEF, 2021).

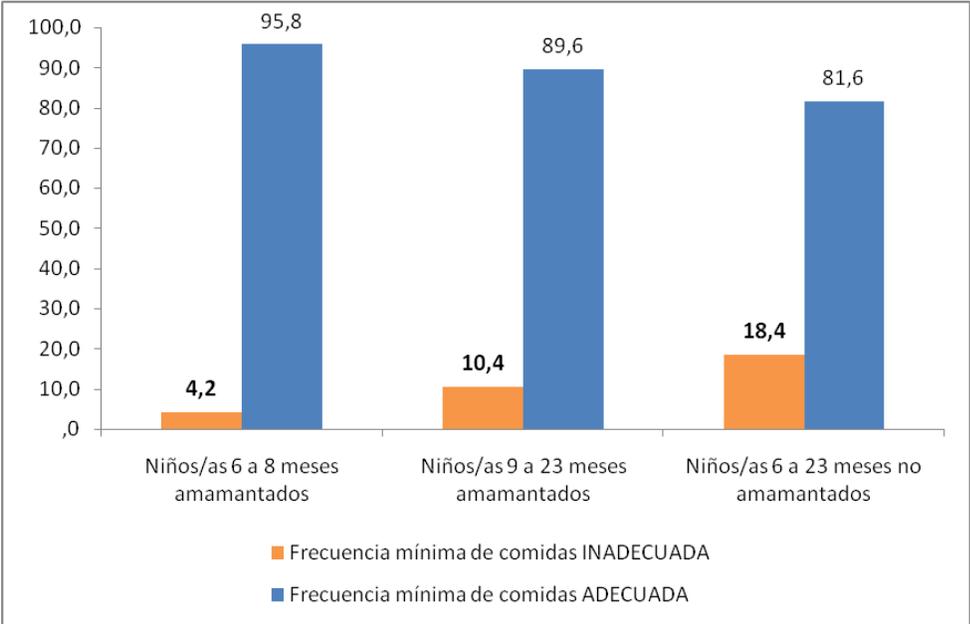
La OMS (2021) define el número mínimo de veces como:

- 2 comidas de alimentos sólidos, semisólidos o blandos para lactantes amamantados de 6 a 8 meses;
- 3 comidas de alimentos sólidos, semisólidos o blandos para niños amamantados de 9 a 23 meses; y
- 4 comidas de alimentos sólidos, semisólidos o blandos, o tomas de leche para niños no amamantados de 6 a 23 meses, de las cuales al menos 1 de las 4 comidas debe ser de alimentos sólidos, semisólidos o blandos.

El 95,8% de los niños de 6 a 8 meses amamantados cumplen con la frecuencia mínima de comidas recomendada. Situación similar sucede con los niños amamantados de 9 a 23 meses, donde el 89,6% cumple con la frecuencia mínima recomendada. (Gráfico 41)

Respecto a los niños de 6 a 23 meses no amamantados, el 81,6% tiene una frecuencia de comidas mínima aceptable.

Gráfico 40. Frecuencia mínima de comidas en niños de 6 a 23 meses según edades y si son amamantados



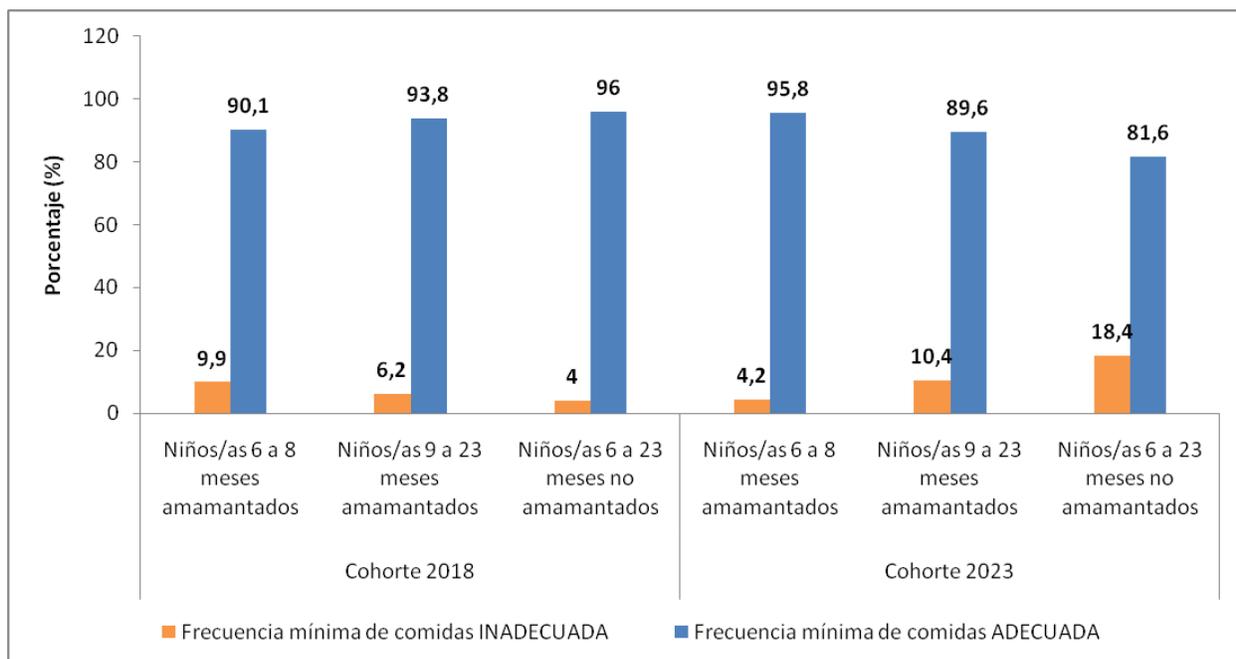
Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2023

Al comparar estos datos con los de la cohorte de 2018, se observa una disminución en el porcentaje de niños y niñas que cumplen con la recomendación de frecuencia mínima de comidas. Entre los que no son amamantados, se registra una caída de casi 15 puntos porcentuales, pasando del 96% de niños de 6 a 23 meses que cumplían con la frecuencia recomendada en 2018 al 81,6% en 2023. (Gráfico 42)

Esta tendencia también se refleja en los niños amamantados de 9 a 23 meses, donde el porcentaje que cumple con la recomendación desciende del 93,8% en 2018 al 89,6% en 2023. (Gráfico 42)

Por el contrario, entre los lactantes amamantados de 6 a 8 meses, el cumplimiento de la frecuencia mínima de comidas aumenta, subiendo del 90,1% en 2018 al 95,8% en 2023. (Gráfico 42)

Gráfico 41. Comparación entre cohorte 2018 y cohorte 2023 de la frecuencia mínima de comidas en niños y niñas de 6 a 23 meses, según edades y si son amamantados



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2023

Consumo de huevos y/o alimentos de origen animal de 6 a 23 meses

La OMS establece para la alimentación de niños y niñas amamantados y no amamantados que la carne, las aves, el pescado o los huevos deben consumirse diariamente o tan a menudo como sea posible. Existe evidencia de que los niños que consumen huevos y alimentos de origen animal tienen mayores ingestas de nutrientes importantes para un crecimiento óptimo. El consumo de huevos está asociado con mayores ingestas de energía, proteínas, ácidos grasos esenciales, vitamina B12, vitamina D, fósforo y selenio. La introducción de carne como alimento complementario temprano se asoció con una mejora en la ingesta de proteínas y zinc. (OMS, UNICEF, 2021)

El 86,5% de los niños consumió huevos y/o carnes el día anterior a la entrevista. Este consumo fue mayor en los niños que viven en hogares de mayores ingresos (91,1%) respecto a los que viven en hogares de menores ingresos (81,7%). Según región, el consumo fue levemente mayor en Montevideo que en el interior del país, 89,6% y 84,6% respectivamente. (Tabla 22)

Tabla 22. Consumo de huevos y/o carnes el día anterior a la encuesta en niños y niñas de 6 a 23 meses, según tercil y región.

	Total	Tercil 1	Tercil 2	Tercil 3	Montevideo	Interior
Consumo de huevos y/o carnes	86,5%	81,7%	86,8%	91,1%	89,6%	84,6%
No consumo de huevos ni carnes	13,5%	18,3%	13,2%	8,9%	10,4%	15,4%

Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2023

Consumo de bebidas azucaradas de 6 a 23 meses

Por otra parte, la OMS desaconseja el consumo de bebidas azucaradas, ya que no aportan nutrientes, solo aportan energía y pueden desplazar el consumo de alimentos más nutritivos. El consumo de bebidas azucaradas se asocia con un mayor riesgo de obesidad infantil. Es por esto que se define el indicador porcentaje de niños de 6 a 23 meses de edad que consumieron una bebida azucarada durante el día anterior a la entrevista. (OMS, UNICEF, 2021)

Se encontró que el 15,8% de los niños de 6 a 23 meses consumieron bebidas azucaradas el día anterior a la entrevista, siendo mayor el consumo en los hogares de menores ingresos (20,4%), respecto a los hogares de mayores ingresos (11,7%). En el interior del país el 17,2% de los niños consumieron bebidas azucaradas, respecto a un 13,7% en Montevideo. (Tabla 23)

Tabla 23. Consumo de bebidas azucaradas el día anterior a la encuesta en niños y niñas de 6 a 23 meses, según tercil y región.

	Total	Tercil 1	Tercil 2	Tercil 3	Montevideo	Interior
Consumo de bebidas dulces	15,8%	20,4%	15,4%	11,7%	13,7%	17,2%
No consumo de bebidas dulces	84,2%	79,6%	84,6%	88,3%	86,3%	82,8%

Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2023

Consumo de alimentos no saludables de 6 a 23 meses

Los patrones dietéticos están cambiando hacia un mayor consumo de alimentos densos en energía, pobres en nutrientes y altos en sal, azúcar, grasas saturadas y ácidos grasos trans. Es por esto que OMS define un nuevo indicador para la alimentación del lactante y el niño pequeño, como es el porcentaje de niños de 6 a 23 meses de edad que consumieron alimentos no saludables seleccionados durante el día anterior a la entrevista. (OMS, UNICEF, 2021)

Se define como alimentos no saludables seleccionados a:

- Dulces, chocolates y otras confituras azucaradas, incluyendo aquellos elaborados con frutas o verduras naturales, como frutas confitadas o rollos de frutas.
- Golosinas congeladas como helados, sorbetes, paletas u otras confituras similares.
- Pasteles, bollos, galletas dulces y otras confituras horneadas o fritas que tengan al menos una base parcial de granos refinados, incluyendo aquellos elaborados con frutas o verduras naturales o nueces, como pastel de manzana o tarta de cereza.
- Papas fritas, papas chips, masa frita, fideos instantáneos y productos similares que contengan principalmente grasa y carbohidratos y tengan al menos una base parcial de granos refinados o tubérculos. Estos alimentos también suelen ser altos en sodio.

El 33,6% de los niños de 6 a 23 meses consumieron alimentos poco saludables el día anterior a la entrevista.

Al realizar el análisis por nivel de ingresos se destaca que los niños del tercil más pobre tienen un mayor consumo de alimentos poco saludables (42,2%) respecto al tercil de mayores ingresos (23,1%). Por región no se observan grandes diferencias. (Tabla 24)

Tabla 24. Consumo de alimentos no saludables el día anterior a la encuesta en niños y niñas de 6 a 23 meses, según tercil y región.

	Total	Tercil 1	Tercil 2	Tercil 3	Montevideo	Interior
Consumo de alimentos poco saludables	33,6%	42,2%	35,1%	23,1%	32,5%	34,2%
No consumo de alimentos poco saludables	66,4%	57,8%	64,9%	76,9%	67,5%	65,8%

Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2023

Consumo cero de verduras o frutas de 6 a 23 meses

Otro de los indicadores nuevos definidos por OMS es el porcentaje de niños de 6 a 23 meses de edad que no consumieron ningún vegetal o fruta durante el día anterior a la entrevista.

Un bajo consumo de vegetales y frutas está asociado con un mayor riesgo de enfermedades no transmisibles, además hay evidencia de que una baja ingesta de frutas y verduras en niños pequeños está relacionada con una baja ingesta en etapas posteriores de la vida. (OMS, UNICEF, 2021)

Aunque no existe una recomendación universal para el número óptimo de porciones de vegetales y frutas por día para niños de más de seis meses de edad, el consumo de cero vegetales o frutas al día anterior representa una práctica no saludable. (OMS, UNICEF, 2021)

Este indicador se basa en el consumo de frutas y verduras ricas en vitamina A y otras frutas y verduras, como se describe en el indicador de Diversidad Alimentaria Mínima. Los plátanos, raíces y tubérculos ricos en almidón no cuentan para este indicador.

Solo un 6% de los niños de 6 a 23 meses tuvieron un consumo cero de frutas o verduras el día anterior a la entrevista, mientras que un 94% consumieron alguna fruta y/o verdura.

Uso de pantallas durante la comida

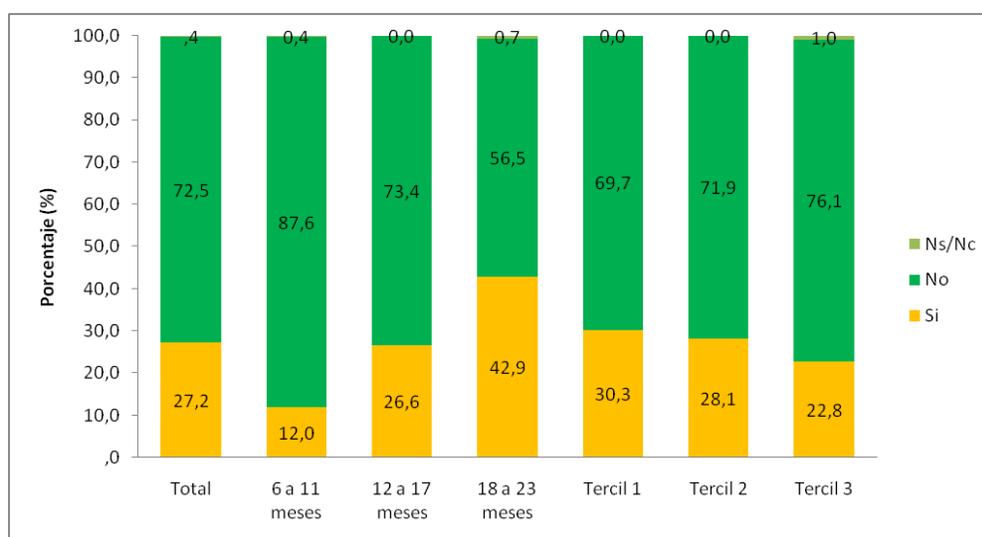
La Organización Mundial de la Salud recomienda que los niños menores de 2 años no pasen tiempo frente a una pantalla (OMS, 2019). Estas recomendaciones están basadas en estudios que sugieren que la exposición temprana a pantallas puede tener efectos negativos en el desarrollo cognitivo, el sueño, y las interacciones sociales.

Es importante que todos los niños, especialmente aquellos que están comenzando a comer, dediquen el tiempo necesario a la comida, explorando sus sabores, texturas y prestando atención a las señales que su cuerpo les envía. Comer frente a una pantalla puede llevar a que los niños coman más de lo necesario, ya que la distracción impide que reconozcan las señales de saciedad y siga comiendo incluso sin hambre.

En este grupo de estudio se encontró que un 27,2% de los niños entre 6 y 23 meses miran televisión, tablet, computadora o celular mientras comen. Esta práctica aumenta con la edad, en el grupo de los más chicos (6 a 11 meses) se observa que un 12% está expuesto a pantallas mientras come, alcanzando el 42,9% en el grupo de 18 a 23 meses. (Gráfico 43)

Por nivel de ingresos se observa que la exposición a pantallas de los niños mientras comen es mayor en los hogares de menores ingresos (30,3%), disminuyendo la exposición a medida que aumentan los ingresos del hogar. (Gráfico 43)

Gráfico 42. Porcentaje de niños de 6 a 23 meses expuestos a pantallas mientras comen según edad y tercil de ingresos



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2023

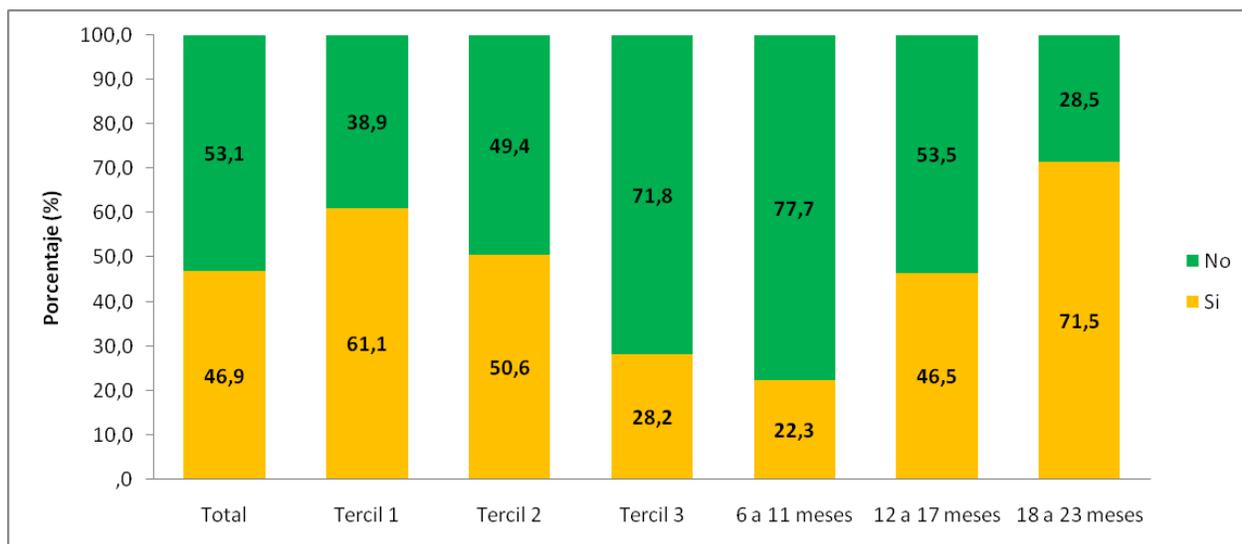
Agregado de sal a las comidas

El consumo excesivo de sal se ha vinculado desde etapas tempranas con el aumento de la presión arterial, por lo cual se recomienda no agregar sal a las comidas de los niños menores de 2 años, ni consumir productos ricos en ella. (MSP, 2016)

A pesar de estas recomendaciones se encontró que el 46,9% de los niños entre 6 y 23 meses consumen sal con las comidas, ya sea porque la misma se agrega durante la preparación, cocción y/o cuando el plato está en la mesa.

Estos porcentajes varían según el nivel de ingresos de los hogares y la edad de los niños. A medida que aumenta el nivel de ingresos disminuye el agregado de sal, pasando de 61,1% en el tercil 1 a 28,2% en el tercil 3. Según rango etario, el 22,3% de los menores de un año consumen alimentos con sal agregada, aumentando a 46,5% entre los niños y niñas de 12 a 17 meses y a 71,5% en los más grandes (18 a 23 meses). (Gráfico 44)

Gráfico 43. Porcentaje de niños y niñas de 6 a 23 meses a los que a su comida se les agrega sal, según edad y tercil de ingresos.



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2023

Bebidas consumidas cuando el niño tiene sed

Mantener una adecuada hidratación en los niños es clave para su salud y desarrollo, el agua potable de la canilla o embotellada es la mejor opción para hidratarse. De acuerdo con las recomendaciones del Ministerio de Salud Pública (2016), con el inicio de la alimentación complementaria el niño necesita recibir agua varias veces al día, principalmente luego de cada comida.

En esta línea, el MSP contraindica la introducción temprana de azúcar y los productos o bebidas azucaradas, por lo que el consumo de refrescos, jugos artificiales y aguas saborizadas está desaconsejado en menores de 2 años. (MSP, 2016)

En este caso se muestran los resultados vinculados al consumo de bebidas mayoritariamente cuando sienten sed en niños de 6 a 23 meses. De estas preguntas resulta que el 95,2% los niños y niñas menores de 2 años consumen agua cuando sienten sed, mientras que el 4,8% restante consume jugos, refrescos, aguas saborizadas, entre otros.

Estos valores representan una mejora en comparación con las cohortes de 2013 y 2018. En 2013, el 18,4% de los niños y niñas de esta edad consumía refrescos, jugos y aguas saborizadas, mientras que en 2018 lo hacía el 13%.

Alimentación de los niños de 2 a 4 años

Para evaluar la alimentación de los niños de 24 meses en adelante no existen indicadores definidos por la OMS, pero Uruguay cuenta con la Guía Alimentaria para la Población Uruguaya del Ministerio de Salud Pública, la cual se recomienda para niños a partir de los 2 años. Este informe utilizará esta guía como referencia para evaluar determinadas prácticas alimentarias. (MSP, 2016)

Se evaluaron además las prácticas alimentarias de los niños a través de otras variables relacionadas a la alimentación como lo son el uso de pantallas durante la comida, el agregado de sal a las comidas y el consumo de bebidas.

Grupos de alimentos consumidos el día anterior a la encuesta

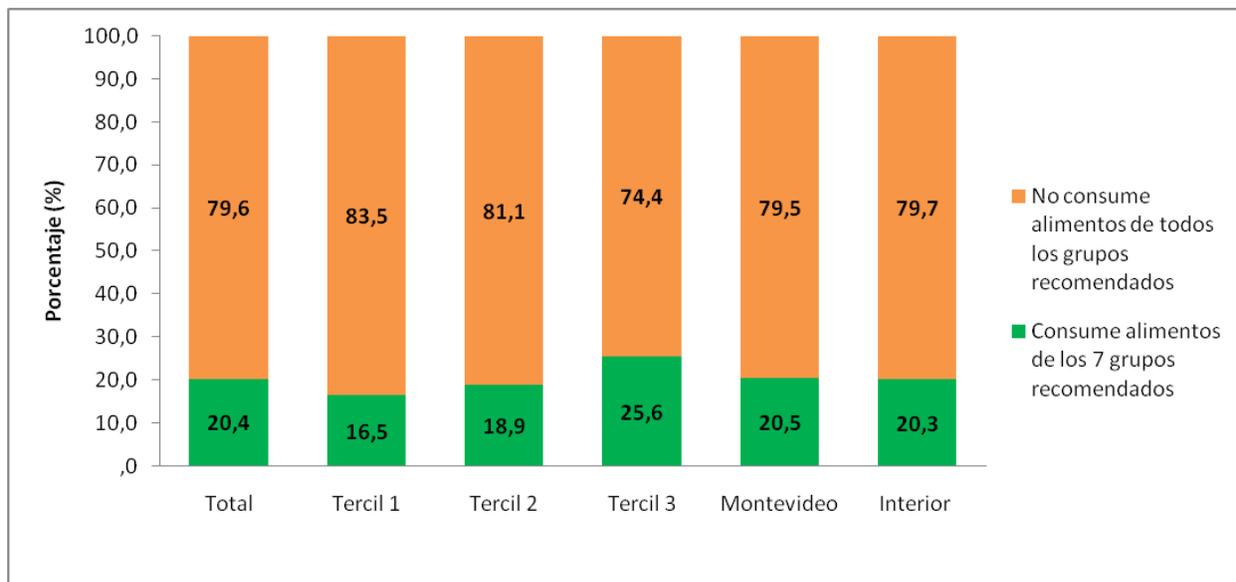
De acuerdo a la Guía Alimentaria para la Población Uruguaya (2016) una alimentación saludable se alcanza combinando alimentos naturales de origen vegetal, junto con alimentos naturales de origen animal y cantidades moderadas de alimentos procesados. Es por esto que propone 7 grupos de alimentos de consumo diario: 1.

Verduras y legumbres, 2. Frutas, 3. Panes, harinas, pastas, arroz y papas, 4. Leches y quesos, 5. Carnes, pescados y huevos, 6. Semillas y aceites, 7. Azúcar y dulces y el agua como elemento central de hidratación. No es necesario incluir alimentos de cada grupo en cada una de las comidas, sino que intentar alcanzar este balance a lo largo del día.

En esta encuesta se indagó sobre el consumo de estos grupos de alimentos el día anterior a la entrevista y del análisis surge que solamente el 20,4% de los niños mayores de 24 meses consumió el día anterior a la encuesta algún alimento de todos los grupos recomendados.

Al estudiar este indicador por nivel de ingresos se encuentra que, en el primer tercil el 16,5% de los niños consumieron alimentos de todos los grupos, mientras que en el tercer tercil este porcentaje aumenta a 26,6%. Por región los porcentajes se mantienen similares. (Gráfico 45)

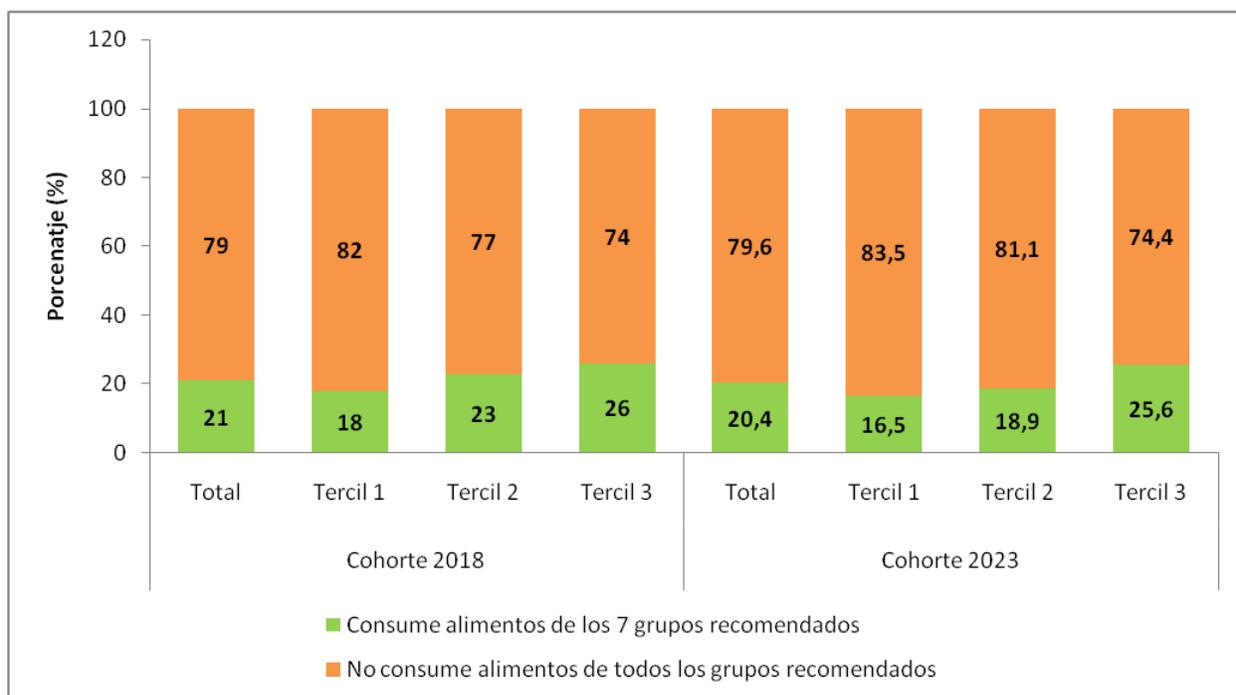
Gráfico 44. Consumo de grupos de alimentos recomendados en niños/as de 2 a 4 años el día anterior a la encuesta, según tercil y región



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2023

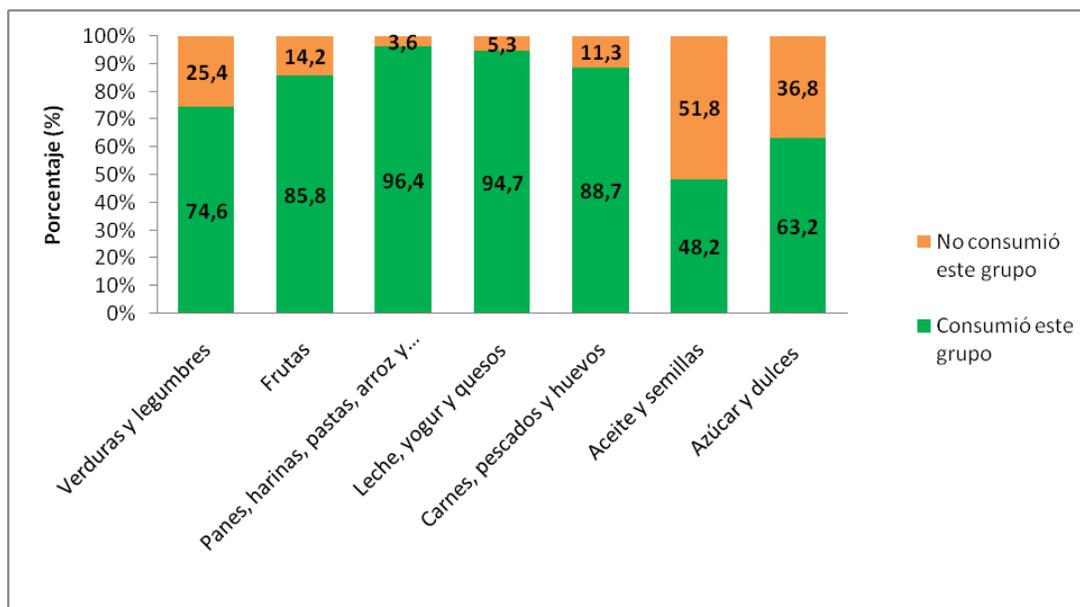
Este indicador se mantiene estable en comparación con los valores de la cohorte de 2018, con aproximadamente el 80% de los niños cumpliendo con la recomendación del Ministerio de Salud Pública de consumir alimentos de los siete grupos recomendados, tanto en 2018 como en 2023. (Gráfico 46)

Gráfico 45. Comparación entre cohorte 2018 y cohorte 2023 del consumo de grupos de alimentos recomendados en niños/as de 2 a 4 años el día anterior a la encuesta, según nivel de ingresos



Al analizar el consumo de cada grupo de alimentos el día anterior, se encuentra que el grupo más consumido es el de panes, harinas, pastas, arroz y papas con un 96,4%, seguido por el grupo de leches, yogures y quesos que alcanza el 94,7%. El grupo de carnes, pescados y huevos fue consumido por el 88,7% de los niños y niñas, el grupo de frutas por el 85,8%, mientras que las verduras y legumbres fueron consumidas por el 74,6% de los niños y niñas. Con menor frecuencia se encuentra el grupo de azúcar y dulces (63,2%) y el de aceite y semillas (48,2%). (Gráfico 47)

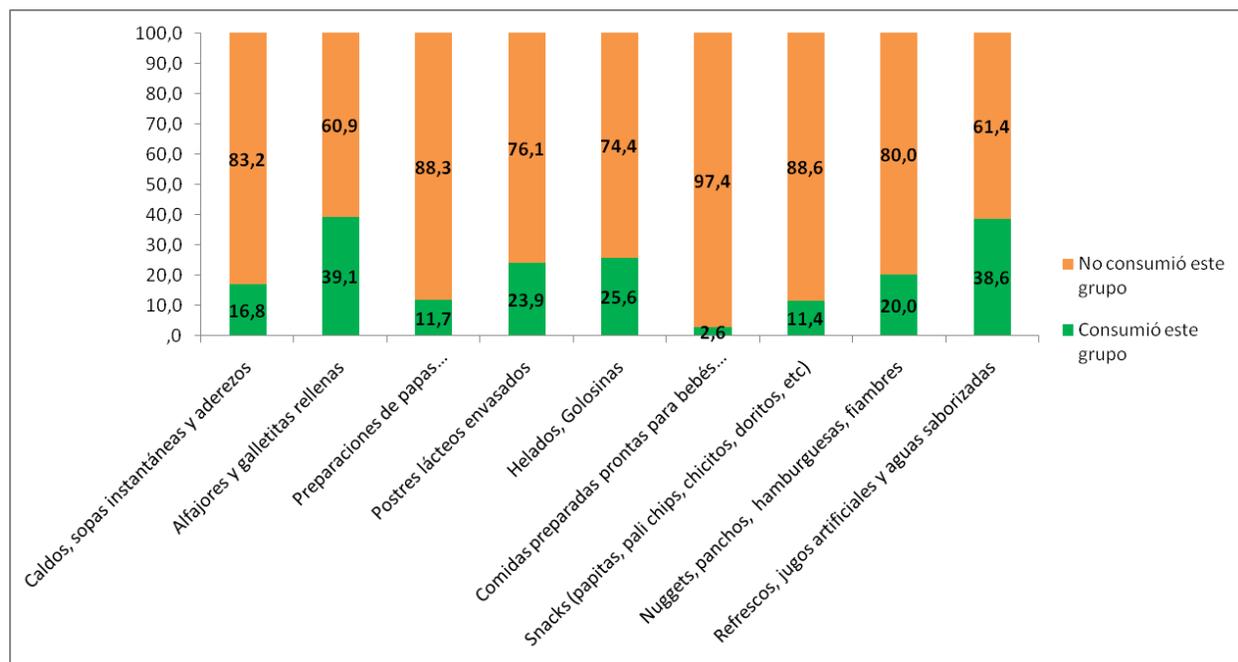
Gráfico 46. Consumo de grupos de alimentos recomendados en la Guía Alimentaria para la Población Uruguaya en niños/as de 2 a 4 años el día anterior a la encuesta



Por otra parte la Guía Alimentaria para la Población Uruguaya (2016) lista una serie de productos que se deben evitar consumir en el día a día por su alto contenido de azúcares, grasas y sal como lo son: papas fritas, nuggets, panchos, hamburguesas, fiambres, snacks, caldos, sopas instantáneas, aderezos, refrescos, jugos artificiales, aguas saborizadas, alfajores, galletitas rellenas, helados y golosinas.

Del análisis de estos alimentos cuyo consumo no se recomienda, ya que son productos ultraprocesados, se destaca que el grupo de alfajores y galletitas rellenas fue consumido por el 39,1% de los niños el día anterior a la entrevista, seguido por el grupo de refrescos, jugos artificiales y aguas saborizadas que fue consumido por el 38,6% de los mismos. El consumo de helados y golosinas, y el de postres lácteos envasados fue consumido por el 25,6% y 23,9% de los casos respectivamente. Mientras que las nuggets, panchos, hamburguesas y fiambres fueron consumidas por el 20% del grupo de estudio. Los ultraprocesados en base a papa (noisettes, prefritas, croquetas, puré envasado, etc), al igual que los snacks (papas, pali chip, chizitos, etc) fueron consumidos por alrededor del 11% de los niños el día anterior a la encuesta. (Gráfico 48)

Gráfico 47. Consumo de grupos de alimentos NO recomendados en la Guía Alimentaria para la Población Uruguaya en niños/as de 2 a 4 años el día anterior a la encuesta



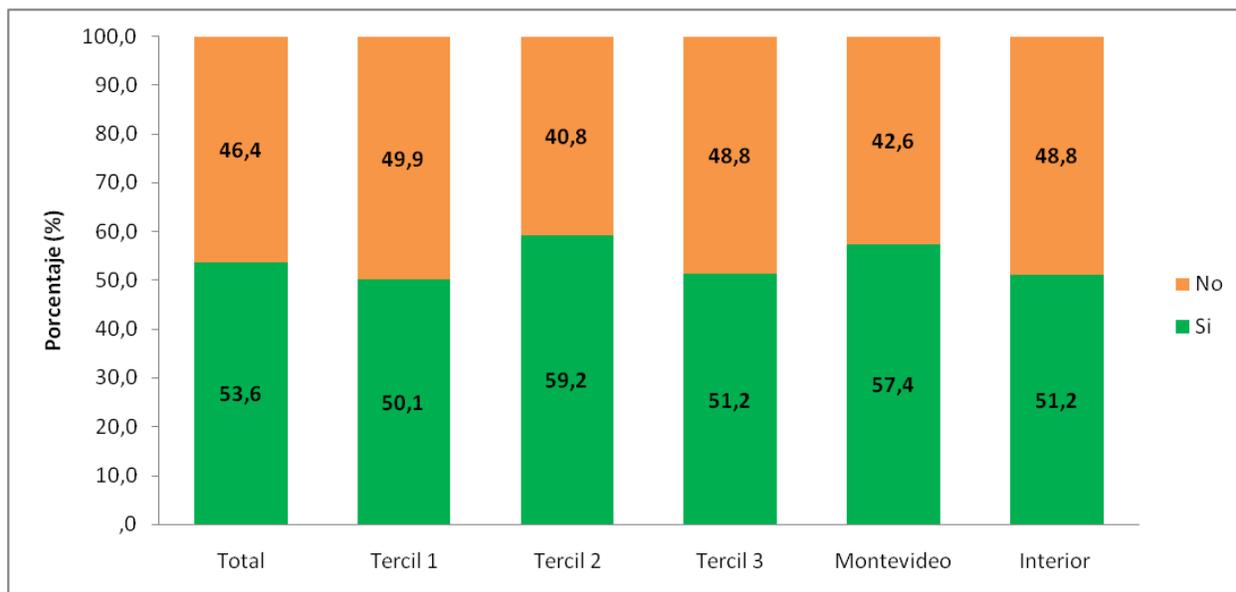
Uso de pantallas durante la comida

La OMS recomienda que entre los 2 y los 5 años los niños deben tener el menor contacto posible con pantallas, o como máximo que el mismo sea de una hora al día, con contenido de alta calidad que sea compartido con un adulto que pueda ayudar al niño a entender lo que está viendo.

El tiempo y la atención que se le dedica a la comida es muy importante, esto favorece la alimentación consciente, reconociendo las señales de saciedad del cuerpo y mejorando el ambiente familiar y el desarrollo de los niños. Por el contrario, comer utilizando un dispositivo lleva a no prestar atención y el cerebro no registra de modo consciente qué y cuánto alimento se come, lo que aumenta el riesgo de sobrepeso y obesidad infantil.

Para este grupo de edad se encontró que el 53,6% de los niños miran la televisión, tablet, computadora o celular durante las comidas, siendo este porcentaje mayor en Montevideo (57,4%) que en resto del país (51,2%). Por nivel de ingresos los porcentajes se mantienen similares, siendo levemente mayor en el tercil 3 de mayores ingresos (51,2%) respecto al tercil 1 (50,1%). (Gráfico 49).

Gráfico 48. Porcentaje de niños/as de 2 a 4 años que usan pantallas mientras comen según tercil de ingresos y región.



Bebidas consumidas

Los refrescos, los jugos artificiales, las aguas saborizadas, los jugos de fruta industrializados y las bebidas energizantes contienen sustancias no adecuadas para los niños y niñas y no generan aportes de valor nutricional. Contienen azúcar y/o jarabe de maíz alto en fructosa, ambos aportan calorías de manera innecesaria que provocan aumento de peso. Incluso los jugos exprimidos en casa, no presentan ventajas nutricionales en comparación con el consumo de la fruta entera.

Al indagar sobre lo que bebe el niño habitualmente cuando tiene sed se encontró que entre los niños mayores de 24 meses el consumo de agua se da en el 91,2% de los casos, mientras casi un 8% de los niños consumen refrescos y jugos con y sin azúcar. El consumo de jugo natural de frutas fue menor al 1% (0,8%).

Al analizar específicamente acerca del consumo de refrescos, jugos artificiales y aguas saborizadas el día anterior a la entrevista se encontró que 38,6% de los niños y niñas de 2 a 4 años habían consumido alguna de estas bebidas azucaradas. Este consumo se mantuvo elevado en los diferentes niveles de ingresos, siendo un poco mayor en el tercil 1 (39,1%), respecto al tercil 3 (34,5%). Por región se encontró un consumo mayor en el interior del país (42,1%), respecto a Montevideo (32,8%). (Tabla 25)

Tabla 25. Consumo de refrescos, jugos artificiales y aguas saborizadas el día anterior a la encuesta en niños/as de 2 a 4 años, según nivel de ingresos y región

	Total	Tercil 1	Tercil 2	Tercil 3	Montevideo	Interior
Si	38,6%	39,1%	42,1%	34,5%	32,8%	42,1%
No	61,4%	60,9%	57,9%	65,5%	67,2%	57,9%

ESTADO NUTRICIONAL

Por Uruguay Crece Contigo

Estado Nutricional del niño o niña

La nutrición es uno de los pilares de la salud y el desarrollo. Una nutrición adecuada en cada una de las etapas del ciclo de vida contribuye a reforzar el sistema inmunitario, disminuyendo así el riesgo de contraer enfermedades y aumentando la longevidad. Por el contrario, la malnutrición en todas sus formas contribuye a aumentar la carga de morbilidad a nivel mundial. (OMS, 2024)

En este capítulo se analiza el estado nutricional de los niños y niñas de la muestra según los indicadores antropométricos propuestos por la OMS para identificar los problemas nutricionales en menores de 5 años. Los datos se procesaron utilizando el programa Anthro de la OMS v.3.2.2, corrigiendo la edad de los niños que nacieron prematuros (<37 semanas de gestación). (Tabla 26)

Tabla 26. Criterios para el diagnóstico nutricional por edad

Índice de Masa Corporal / Edad (IMC/E)	Menores de 5 años
> +3	Obesidad
> +2	Sobrepeso
> +1	Riesgo de sobrepeso
Media	
< -1	Riesgo de Emaciación
< -2	Emaciación
< -3	Emaciación severa
Talla / Edad (T/E)	Menores de 5 años
< -1	Riesgo de retraso de Crecimiento
< -2	Retraso de Crecimiento
< -3	Retraso de Crecimiento Severo
Peso / Talla (P/T)	Menores de 5 años
> +3	Obesidad
> +2	Sobrepeso
> +1	Riesgo de sobrepeso
Media	
< -1	Riesgo de Emaciación
< -2	Emaciación
< -3	Emaciación severa
Peso / Edad (P/T)	Menores de 5 años
< -1	Riesgo de bajo peso
< -2	Bajo peso
< -3	Bajo peso severo

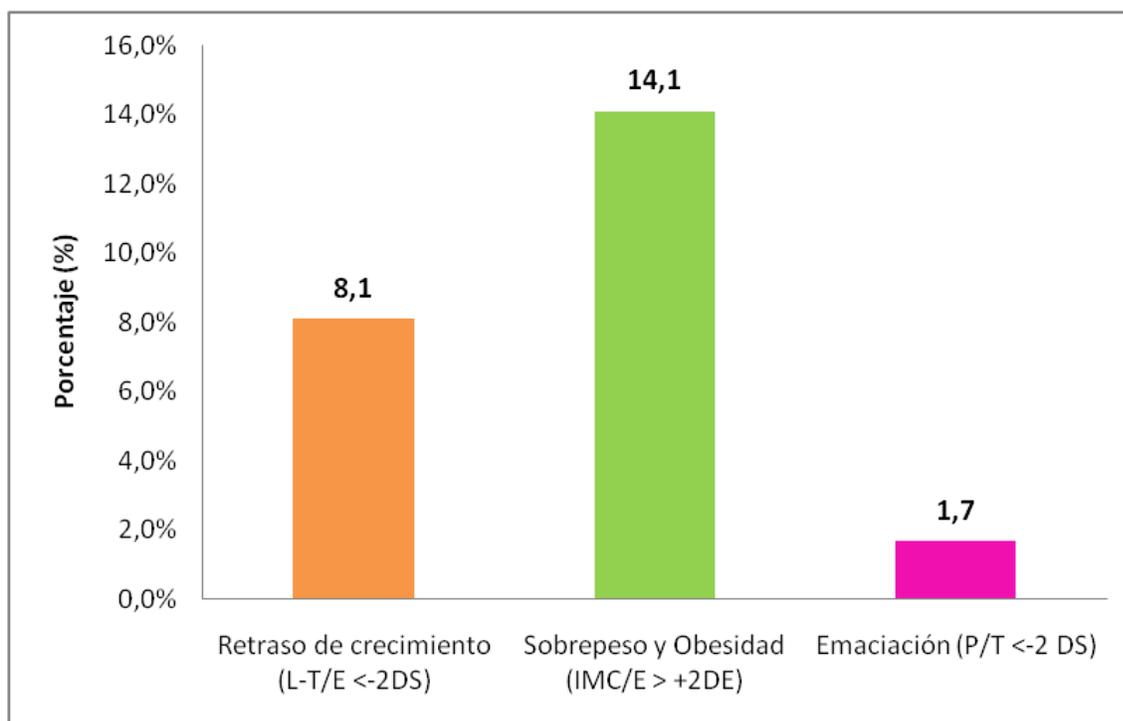
Adaptado de Evaluación Antropométrica desde el nacimiento hasta los 5 años – Uruguay 2015

El exceso de peso continúa siendo el problema de mayor relevancia, en la muestra se observa que el 41,6% de los niños y niñas tienen un índice de masa corporal mayor al esperado para su edad (IMC/E >+1 DE). En tanto el 14,1% presenta sobrepeso y obesidad (IMC/edad >+2DE). (Gráfico 50)

El 8,1% de los niños y niñas menores de 5 años presentan algún grado de afectación de su talla ($L-T/E < -2DS$).

El bajo peso para la edad ($P/E < -2DS$) y la emaciación ($P/T < -2 DS$) representaron el 2,4% y 1,7% de los casos respectivamente.

Gráfico 49. Problemas nutricionales para el total de los niños y niñas (0 a 4 años)



Los problemas nutricionales presentan variaciones según nivel de ingresos, se observa un porcentaje mayor de niños con sobrepeso y obesidad, así como con mayor retraso de crecimiento en los estratos más pobres.

En los hogares del primer tercil de ingresos el 9,6% de los niños presentan retraso de crecimiento, mientras que, en los hogares de mayores ingresos, este porcentaje desciende a 7,3% de niños con retraso de crecimiento.

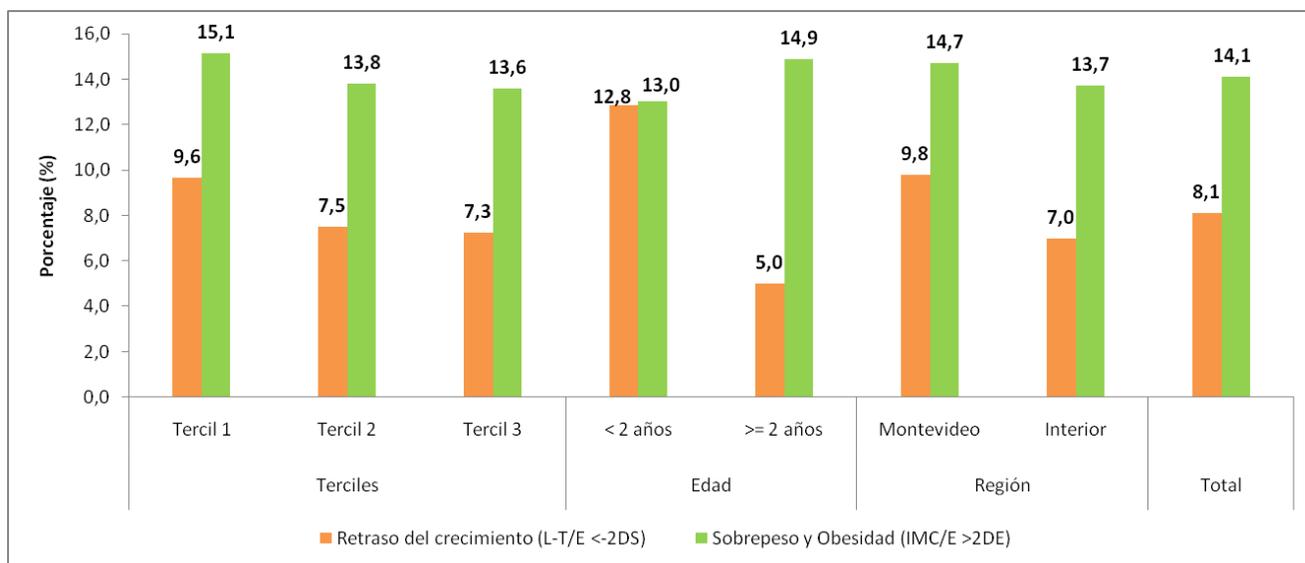
En lo que respecta al sobrepeso y obesidad, en los hogares de menor nivel de ingresos el 15,1% de los niños presentan sobrepeso u obesidad, mientras que en los hogares con mayores ingresos este porcentaje baja a 13,6%. (Gráfico 51)

Al analizar el retraso de crecimiento según edad se observa que el mismo disminuye a medida que el niño crece, pasando de 12,8% de retraso de crecimiento en los menores de 2 años a 5% en los niños de 2 a 4 años.

Respecto al sobrepeso y la obesidad el mismo se mantiene en cifras elevadas independiente de la edad del niño y la niña, siendo 2 puntos porcentuales menor en los menores de 2 años (13%) respecto a los niños y niñas de 2 a 4 años. (Gráfico 51)

Al considerar el lugar de residencia, se observa un mayor retraso de crecimiento en los niños que viven en Montevideo respecto al resto del país (9,8% y 7% respectivamente). Por su parte el porcentaje de niños con sobrepeso y obesidad también es levemente mayor en Montevideo (14,7%) que en el interior del país (13,7%). (Gráfico 51)

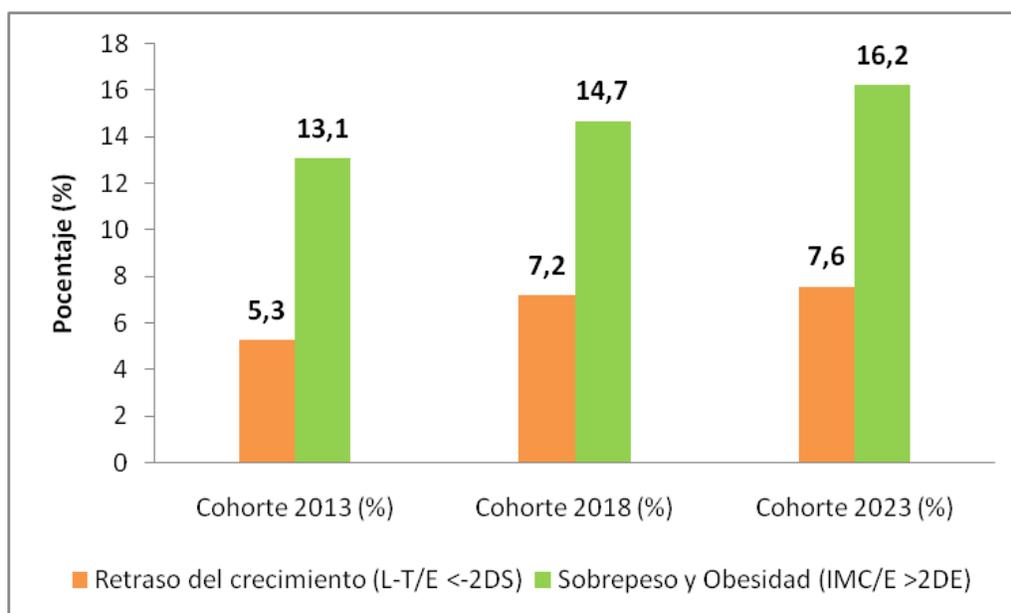
Gráfico 50. Problemas nutricionales según tercil, edad y región



Para analizar las tendencias de los principales problemas nutricionales en las diferentes cohortes de la ENDIS (2013, 2018 y 2023), se seleccionó el grupo de niños de 12 a 47 meses, ya que es el más comparable metodológicamente entre las tres instancias.

El sobrepeso y la obesidad siguen siendo los principales problemas nutricionales, con una tendencia al alza: del 13,1% en 2013, al 14,7% en 2018 y al 16,2% en 2023. (Gráfico 52)

Gráfico 51. Comparación entre cohorte 2013, 2018 y 2023 de los problemas nutricionales en niños y niñas de 12 a 47 meses*



*Se tomó el grupo de niños de 12 a 47 meses ya que es el grupo metodológicamente comparable en las tres instancias.

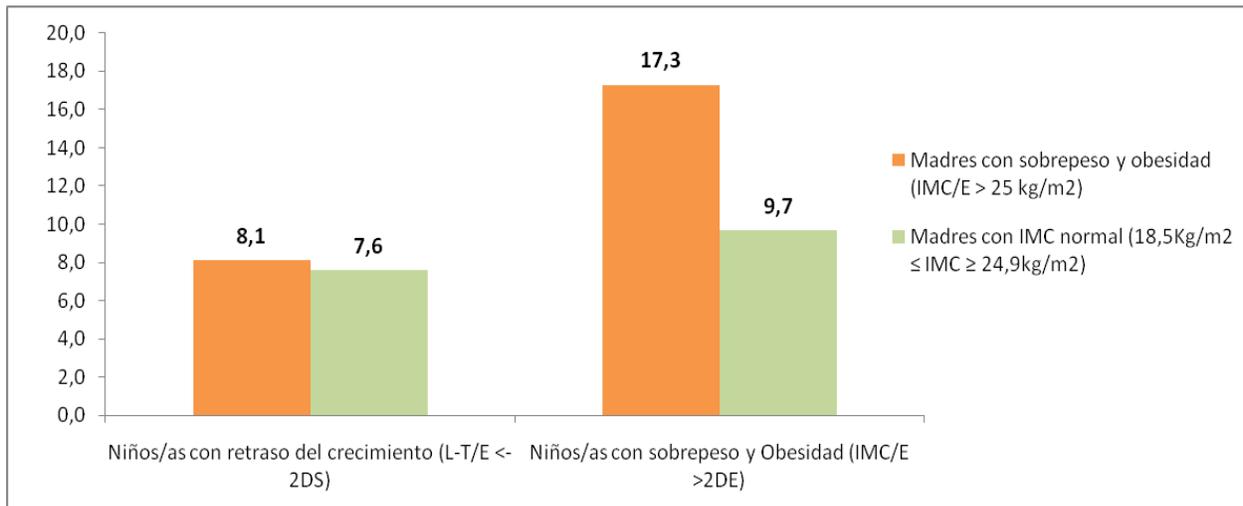
Estado nutricional materno

El estado nutricional de las madres ocupa un rol fundamental en la salud y el bienestar de sus hijos tanto en el corto como en el largo plazo. El estado nutricional materno se evaluó utilizando el Índice de Masa Corporal ($IMC = \text{Peso}/\text{Talla}^2$) y se relacionó el mismo con el estado nutricional de los niños.

Los resultados obtenidos muestran que el 2,1% de las madres se encuentra adelgazada ($IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$) mientras que el 59,7% tienen sobrepeso u obesidad ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$).

Entre las madres con sobrepeso y obesidad, se observa que sus hijos presentan un 7,6% más de sobrepeso y obesidad ($IMC/E > 2DE$) en comparación con los hijos de madres con un IMC normal. Además, los hijos de estas madres también muestran un mayor retraso de crecimiento (8,1%) en comparación con los hijos de madres con un estado nutricional normal, que presentan un 7,6% de retraso del crecimiento (Gráfico 53).

Gráfico 52. Estado nutricional de los niños en relación con el estado nutricional de las madres



Seguridad alimentaria de los hogares

Por Uruguay Crece Contigo

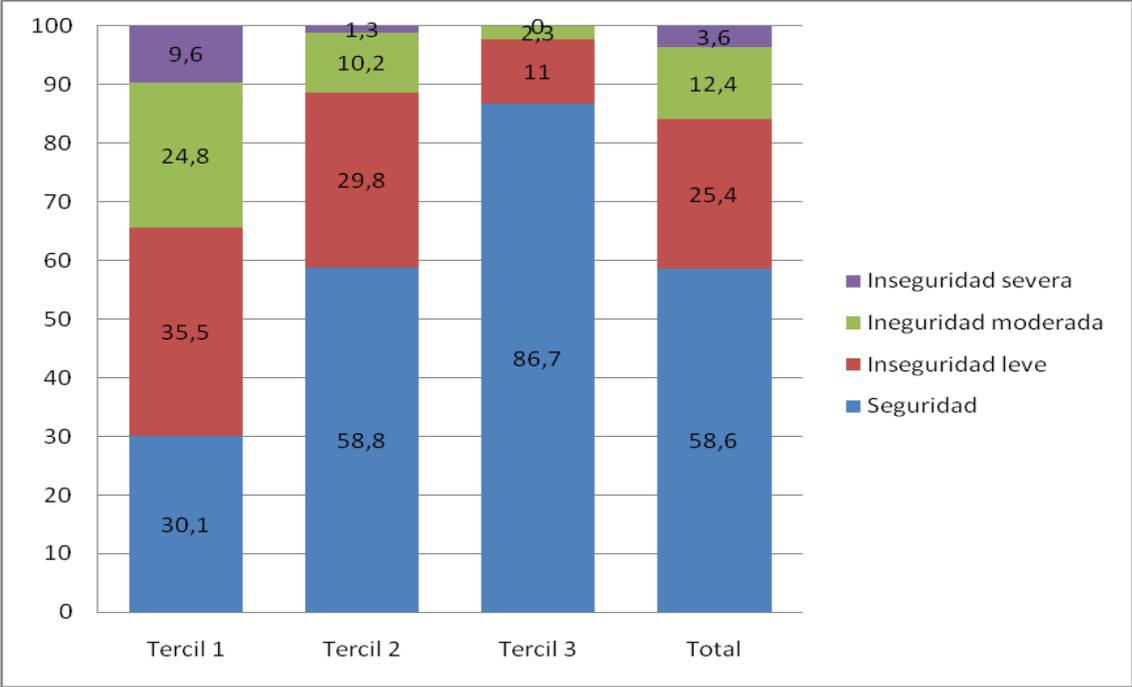
La Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA) es una herramienta utilizada para medir la inseguridad alimentaria en los hogares. A través de un conjunto de preguntas, evalúa el acceso de las familias a alimentos suficientes y adecuados en términos de calidad y cantidad. La escala clasifica la inseguridad alimentaria en niveles que van desde leve, cuando la familia tiene preocupaciones sobre su acceso a alimentos, hasta severa, cuando hay una reducción en la ingesta alimentaria o hambre dentro del hogar.

En esta cohorte de la ENDIS, al igual que en las anteriores desde 2013, se aplicó la ELCSA, permitiendo estimar el nivel de seguridad alimentaria de los hogares.

Del análisis de la información recogida surge que el 58,6% de los hogares con niños menores de 5 años presentan seguridad alimentaria

La seguridad alimentaria aumenta en la medida que los hogares perciben mayores ingresos.

Gráfico 53. Percepción de seguridad alimentaria en los hogares



En el siguiente cuadro se observan los resultados de la seguridad alimentaria en las cohortes 2013, 2018 y 2023. Para realizar esta comparación se trabajó con el rango de edad de 12 a 47 ya que es el que permite la comparación contemplando el diseño muestral de 2013.

El análisis de la seguridad alimentaria muestra que, en la cohorte 2023, el 56,1% de los niños y niñas de entre 12 y 47 meses viven en hogares con seguridad alimentaria.

La inseguridad alimentaria severa ha disminuido pasando de un 5,4% en 2018 a un 4,2% en 2023.

Tabla 27. Comparativa de seguridad alimentaria en los hogares en 2018 y 2023

	2023	2018	2013
	12 a 47 meses	12 a 47 meses	12 a 47 meses
Seguridad	56,1	54,9	56,8
Inseguridad leve	26,6	28,3	29,2
Inseguridad moderada	13,1	11,5	9,5
Inseguridad severa	4,2	5,4	4,6

SUEÑO, ACTIVIDAD FÍSICA Y HORAS DE PANTALLA

Por Uruguay Crece Contigo

Se analizan los resultados en la ENDIS 2023 sobre los módulos de Sueño, Actividad Física y Exposición a Pantallas teniendo en cuenta que, para crecer sanos, los niños menores de 5 años, deben pasar el menor tiempo posible sentados, mirando pantallas, dormir mejor y pasar más tiempo en movimiento (OMS, 2010).

Sueño

Tener una conducta de sueño adecuada es fundamental para el desarrollo en los primeros años de vida. Esto contribuye a la maduración del sistema nervioso y regula el crecimiento armónico de los distintos órganos, tanto así que las horas de sueño profundo constituyen el momento en el que hay una mayor producción de hormonas del crecimiento. Es también cuando los niños asimilan lo que han aprendido, estimulando así el cerebro, que se encarga del aprendizaje y la memoria.

Por otra parte MSP impulsó la campaña de Sueño Seguro, asociado a disminuir la frecuencia del síndrome de muerte súbita, y que implica una serie de recomendaciones sobre prácticas y hábitos saludables a la hora de dormir a los niños. Esta recomienda que los niños duerman boca arriba hasta el primer año de vida, que la cuna esté libre de juguetes, peluches o ropa de cama adicional y que las personas no fumen en la casa.¹¹

¹¹ <https://www.gub.uy/presidencia/comunicacion/noticias/campana-sueno-seguro-difunde-buenas-practicas-habitos-saludables-para-crianza>

Cómo y dónde duermen los niños según la ENIDS 2023

Cómo duermen

Los datos relevados evidencian que el 75% de los niños menores de 12 meses duermen habitualmente boca arriba en concordancia con las recomendaciones para el sueño seguro. Por otro lado, hay aproximadamente un 23% que duerme de costado y un 1,5% boca abajo.

No se observan diferencias entre aquellos niños menores y mayores de 6 meses. Si se evidencian diferencias en los hábitos de sueño respecto al nivel de ingreso y la región dónde reside en niño.

En los hogares de mayores ingresos se cumplen con mayor frecuencia (83,2%) las recomendaciones de sueño seguro en relación a los hogares de menores ingresos (66,6%), en tanto, en los hogares de niños que residen en el Montevideo se cumplen en mayor medida las recomendaciones (80% duermen boca arriba en Montevideo y 70% en lo hace en el interior).

Tabla 28. Distribución porcentual de los niños y niñas menores de 12 meses según su posición al dormir por edad, nivel de ingresos del hogar y región.

	Edad		Región		Tercil			Total
	menor a 6 meses	mayor a 6 meses	Montevideo	Interior	1	2	3	
Boca arriba	75,8%	74,7%	80,4%	70,2%	66,6 %	76,5 %	83,2 %	75,1%
Boca abajo	1,7%	1,2%	1,9%	1,1%	0,8%	1,7%	1,9%	1,5%
De costado	22,4%	24,1%	17,8%	28,7%	32,5 %	21,8 %	14,9 %	23,4%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2023

Recomendación del lugar dónde duerme el niño

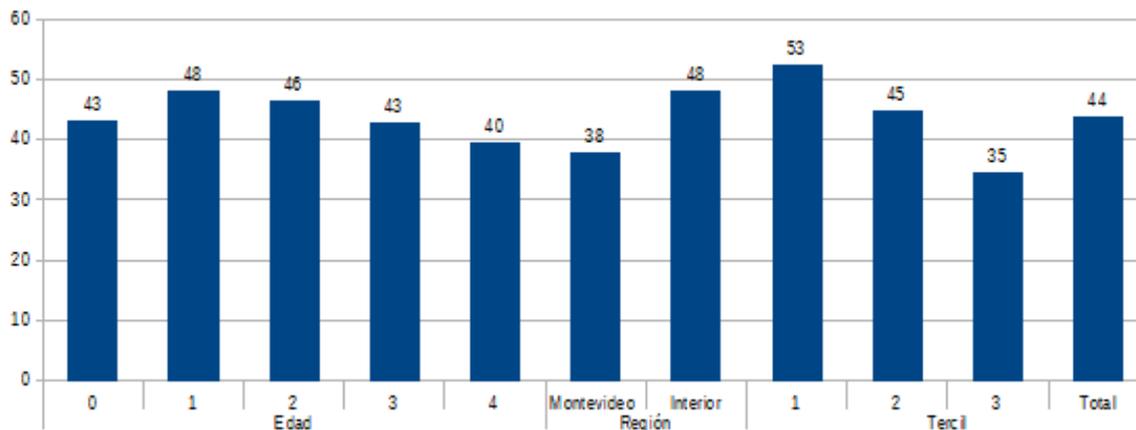
Cómo se comentó líneas arriba, el lugar más seguro para que duerma el bebé es en una cuna, cama o coche, preferentemente al lado de la cama de sus padres. En esta cohorte 2023 se destaca que el 54% de los niños menores de 12 meses durmió el día anterior sólo en su cuna, cama o coche. Entre los niños de 0 a 6 meses ese porcentaje fue de 55% y entre los y las niñas de entre 6 meses y el año 52%.

El porcentaje de niños menores de 12 meses que duerme solo en su cama varía significativamente con el nivel de ingreso, siendo que el 41% de niños duermen solos en los hogares más pobres, porcentaje significativamente menor al de sus pares de mayores ingresos (68%).

Observamos en los niños de 0 a 4 años, vemos que un 44% comparten cama, de estos un 41% lo hace con sus padres, 2% con otros niños y 1% con otros adultos. Los niños que pertenecen a hogares de menores ingresos y los que residen en el

interior son los que durmieron con mayor frecuencia en la noche anterior acompañados por sus padres, niños u otros adultos (Gráfico 55).

Gráfico 54. Proporción de los niños y niñas que durmieron la noche anterior acompañados por otros niños o adultos por edad de los niños, tercil de ingresos y región



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2023

Finalmente, se destaca que el 55% de los niños menores de 12 meses cumplen con ambas recomendaciones para el alcance del sueño seguro: durmiendo boca arriba y solos en su cama, cuna o coche.

Recomendaciones sobre las horas de sueño

Según la OMS (2019) la insuficiencia de sueño para la edad representa serios riesgos para la salud del niño. Estos riesgos se pueden materializar en mayor adiposidad, menor regulación emocional, deterioro del crecimiento, mayor exposición a pantallas y mayor riesgo de lesiones.

En esta cohorte 2023, se relevó las horas que duermen los niños³. Los resultados muestran que las horas que duermen en promedio son 11,2, a medida que crecen, esas horas de sueño promedio disminuyen. El siguiente cuadro detalla esta situación

Tabla 29. Promedio de horas de sueño del día anterior (incluyendo siestas e intervalos de sueño nocturno según edad de los niños y niñas)

Edad	Media
0 a 6 meses	14,14
6 meses al año	11,86
1 año	11,62
2 año	11,05
3 años	10,48
4 años	10,08
Total	11,25

Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2023

No se observan diferencias significativas en las horas promedio de sueño si consideramos los niveles de ingresos de los hogares o el sexo del niño. Si se observa alguna diferencia entre niños que residen en Montevideo (duermen 11,7 horas promedio) y aquellos que viven en el interior del país (10,9 horas promedios).

En la tabla 30 se observan la proporción de niños que cumplen con las recomendaciones de sueño para su edad según las OMS (2019)¹². Hasta el año de edad, el 57.31% de los niños cumplen con las recomendaciones de horas de sueño en un período de 24 horas, a medida que crecen, esa proporción sube.

¹² [Para crecer sanos, los niños tienen que pasar menos tiempo sentados y jugar más - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](https://www.paho.org/es/temas/salud-infancia/para-crecer-sanos-los-ninos-tienen-que-pasar-menos-tiempo-sentados-y-jugar-mas)

Tabla 30. Proporción de los niños y niñas que cumplen las recomendaciones de OMS de horas de sueño por tramo de edad.

Edad	Recomendación de horas de sueño en un período de 24 hs	% de niños que cumplen.
4 a 11 meses	12 a 16 hs sueño	57,31
1 y 2 años	11 a 14 hs sueño	66,38
3 y 4 años	10 a 13 hs sueño	70,62

Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2023

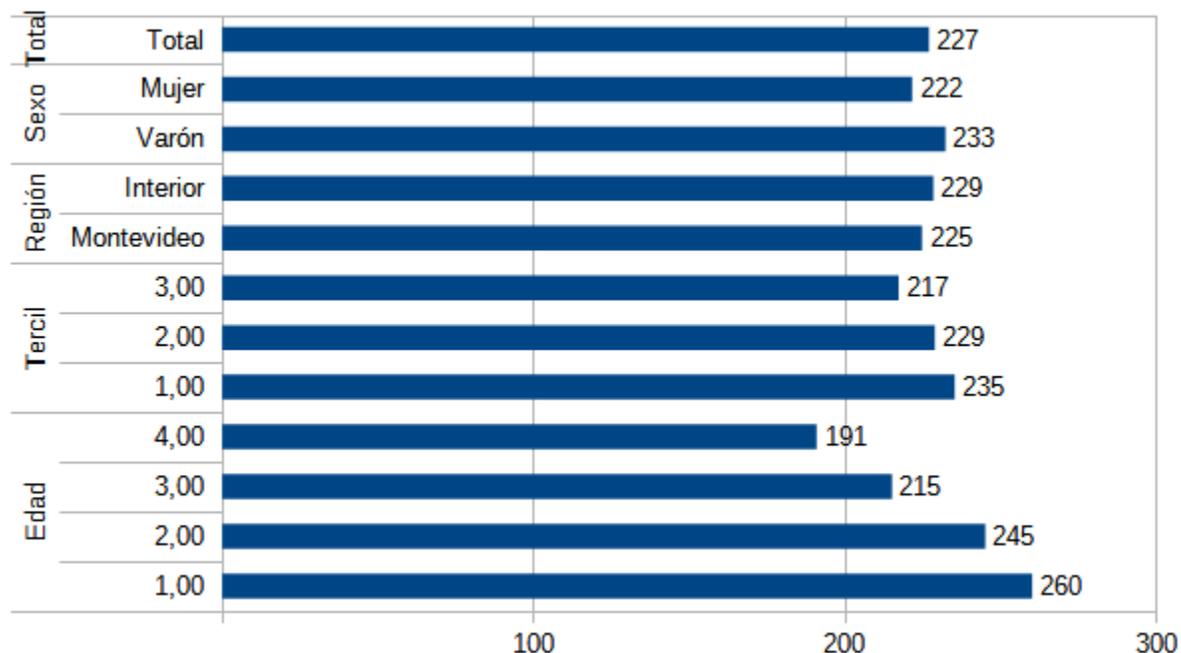
Actividad Física

Como se mencionó, el deporte y la actividad física son un componente fundamental para el desarrollo y bienestar de niños. La evidencia muestra que participaciones regulares en actividad física influyen positivamente en la salud física y mental a los niños, así como a prevenir o limitar la presencia de enfermedades no transmisibles.

En esta edición de la encuesta se consultó sobre el tiempo de actividad física realizado por el niño ayer como correr, saltar, trepar, lanzar o nadar en distintos ambientes (en casa, en el parque, en la piscina, etc.).

En promedio, los niños de un año y más realizaron unos 227 minutos de actividad física el día anterior a la encuesta. Se observan algunas diferencias en estos minutos promedio de actividad física a favor de los niños que residen en el interior del país y en los varones. También hay diferencias marcadas por ingresos, donde los niños de los hogares de menores ingresos tienen un promedio mayor de minutos de actividad física (235) en comparación a sus pares de menores ingresos (217) y diferencias entre los más chicos (260 en un año) y los más grandes (191 minutos promedio en 4 años).

Gráfico 55. Promedio de minutos de actividad física que los niños y niñas de 1 año y más realizaron el día anterior en distintos ambientes según edad, nivel de ingresos, sexo y región.

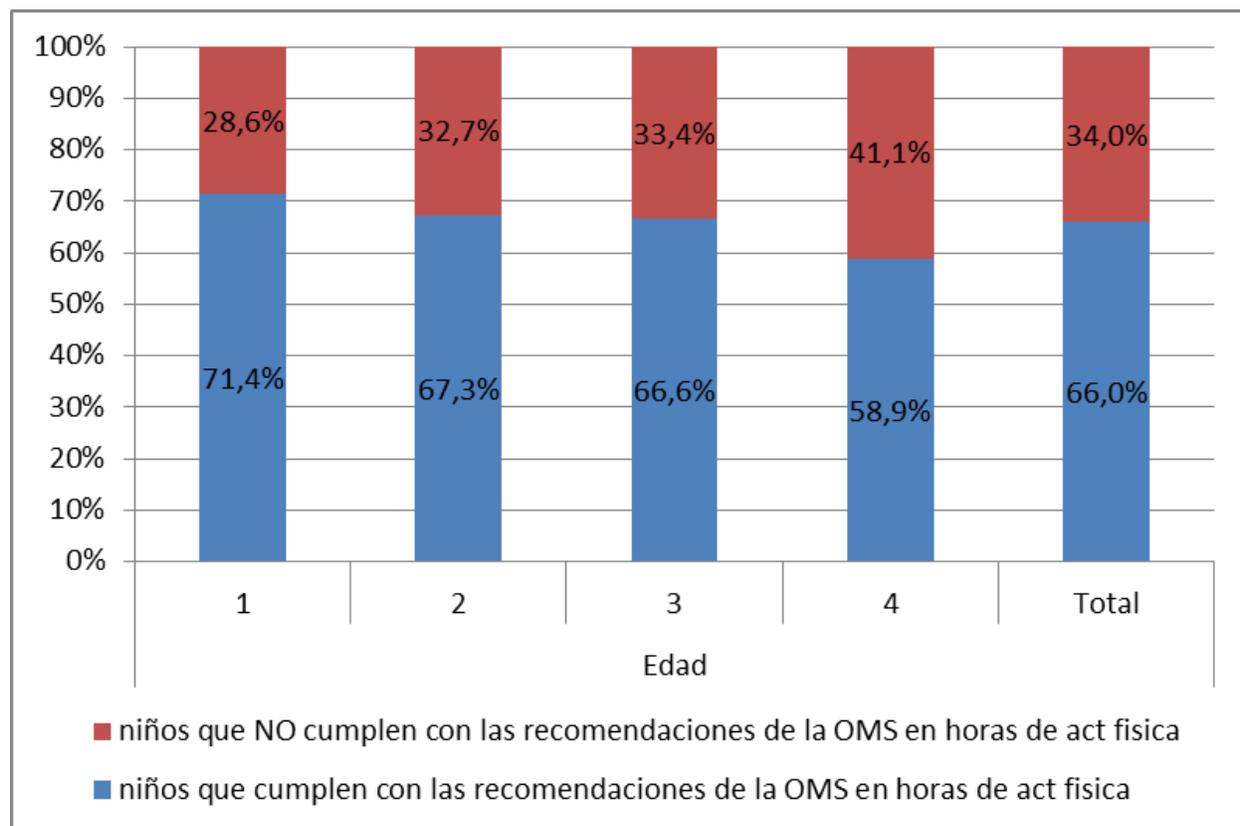


Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2023

Por otro parte, la OMS realiza una serie de recomendaciones para niños de 1 año y más sobre las horas diarias de ejercicio. En concreto, para este tramo etario se recomienda 3 horas (180 minutos) diarias de ejercicio.

Se destaca que el 66% de los niños de 1 año y más realizaron más de 180 minutos diarios de actividad física. Esta cifra es mayor en los niños de 1 año, llegando al 71,4%, en comparación al 58,9% de los niños de 4 años que cumplen con las recomendaciones. Al igual sucede entre los varones (68%) que tiene una leve ventaja en relación a las mujeres (63%). No se observan diferencias significativas entre niños con diferentes niveles de ingresos en sus hogares y por región.

Gráfico 56. Porcentaje de niños y niñas que cumplen con las recomendaciones de minutos de educación física realizadas por día según OMS según edades simples



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2023

Exposición a pantallas

El acceso a diversos tipos de pantallas a registrado un aumento sostenido en los últimos años. La exposición a pantallas que están teniendo los niños en todo el mundo está influyendo cada vez más en su desarrollo.

En esta cohorte 2023 de la ENDIS, los niños y niñas utilizan pantallas en promedio, 94 minutos diarios. Esta exposición varía según nivel de ingresos, edad y sexo (Tabla 31).

Tabla 31. Promedio de minutos de exposición a pantallas según edad de los niños y niñas, tercil de ingresos y región

Edad	0	59,5
	1	78,2
	2	91,3
	3	100,1
	4	115,6
Tercil	1	97,3
	2	96,7
	3	90,1
Región	Montevideo	94,4
	Interior	94,8
Sexo	Varón	97,0
	Mujer	92,2
	Total	94,7

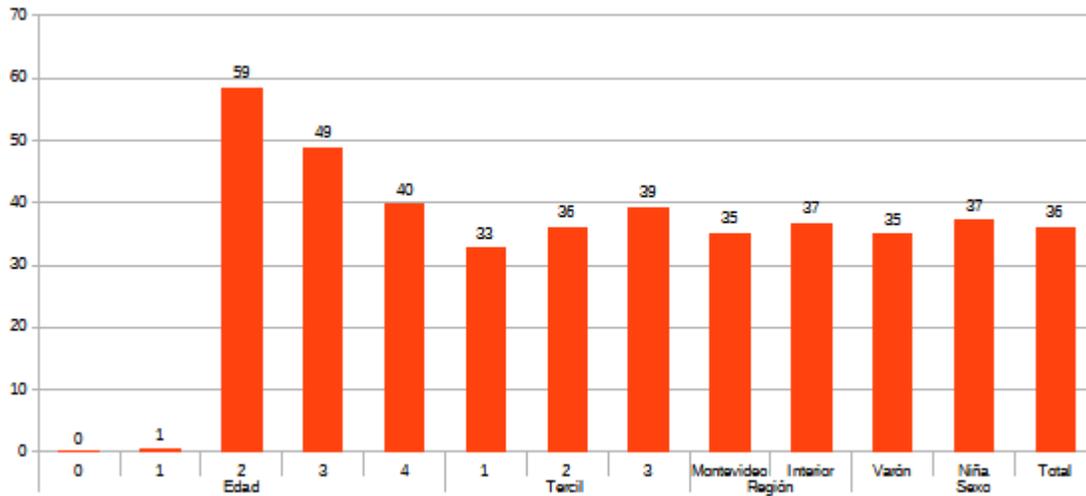
Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2023

Según las recomendaciones de la OMS (2019)¹³, los niños de 0 y 1 año no deben ser expuestos a ningún tipo de pantalla electrónica. Para niños de 2 años a 4 años se recomienda limitarlo a 60 minutos o menos por día dependiendo de la fuente.

Observamos que tan solo el 36% de niños cumplen con las recomendaciones de la OMS. Solo se hallaron diferencias en el cumplimiento por edades. Es de destacar que los niños y niñas menores de 2 años no cumplen con las recomendaciones de cero exposiciones a pantalla.

13 <https://www.who.int/es/news/item/24-04-2019-to-grow-up-healthy-children-need-to-sit-less-and-play-more>

Gráfico 57. Porcentaje de niños y niñas que cumplen con las recomendaciones de minutos de exposición a pantallas realizadas por día según OMS según edad, tercil de ingresos y región



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2023

ACCESO Y USO DE ESPACIOS PÚBLICO

Por Uruguay Crece Contigo

En la encuesta se indagó sobre el acceso y uso de espacios públicos, en particular si se utilizan los espacios públicos, a que distancia queda el más cercano, cuantas veces lo utilizaron en el transcurso del último mes, y en caso de no utilizarlos cual es el principal motivo.

Se destaca que el 79,3% de los niños y niñas utilizan espacios públicos y el 60,9% lo hizo al menos una vez en el último mes. Por nivel de ingresos se observa que los niños que viven en hogares de menores ingresos son quienes menos usan los espacios públicos (75,8% tercil 1 y 82,7% tercil 3). Asimismo, existen diferencias de acuerdo a la edad y región. Quienes menos utilizan los espacios públicos son los niños menores de 1 año aquellos que viven en Montevideo (Tabla 32).

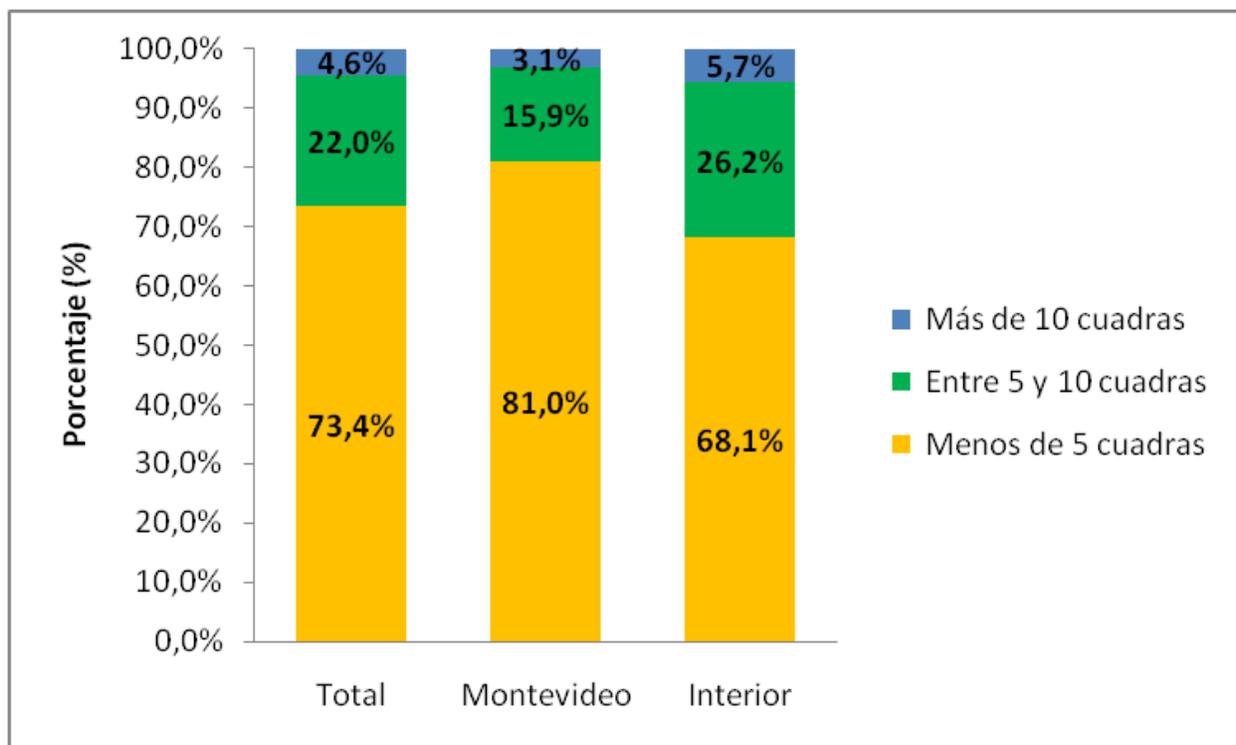
Por otro lado, el 73,4% declara contar con un espacio público a menos de 5 cuadras de donde reside. Este porcentaje varía significativamente según la región. El 81% de los niños/as que viven en Montevideo cuentan con un espacio a menos de cinco cuadras, mientras que para los niños del interior este guarismo es del 68,1% (Tabla 32). Por lo tanto, los niños y niñas que viven en el interior del país usan más los espacios públicos, pero estos quedan más lejos de sus casas. (Tabla 32)

Dentro de los principales motivos declarados para no utilizar los espacios públicos se encuentra que los mismos no están equipados (29%), el mal estado del camino por el cual se accede (24,8%) y el mal estado general de los espacios (23,4%).

Tabla 32. Porcentaje de niños y niñas que utilizan espacios públicos y distancia al mismo según edad, nivel de ingresos y región

Espacios públicos	< 1 año	1 año	2 años	3 años	4 años	T1	T2	T3	Mde o	Interi or	Total
Uso de espacios públicos	67,1%	77,2%	83,0%	84,5%	84,2%	75,8%	79,2%	82,7%	75,6%	81,9%	79,3%
Cuenta con un espacio a menos de 5 cuadras	76,0%	70,4%	74,6%	70,3%	75,6%	71,1%	71,6%	77,1%	81,0%	68,1%	73,4%

Gráfico 58. Distancia al espacio público más cercano según región donde viven los niños y niñas



MÓDULO COVID

Por Uruguay Crece Contigo

Parte de los niños y las niñas que fueron relevados en la ENDIS 2023 han nacido y/o vivido durante el período de pandemia, es de esperar que los resultados generales de esta cohorte estén condicionados a lo sucedido en ese período. El objetivo de las preguntas del módulo Covid es dar pistas sobre los efectos de lo ocurrido entre marzo 2020 y junio 2021 en los hogares dónde se encuentran los niños que hoy tienen 3 y 4 años y sus familias.

Respecto a los niños se indaga sobre posibles restricciones en el uso de espacios públicos, sobre los referentes de los hogares, aspectos vinculados con su situación laboral, generación de ingresos y cuidados en el hogar.

También se indaga sobre apoyos estatales que se recibieron por motivo de la pandemia.

Sobre Restricciones de niños

Se preguntó sobre restricciones en el uso de espacios públicos a los niños que hoy tienen de 3 y 4 años. El resultado muestra que el 86,5% de los niños de esa edad dejaron de usar los espacios públicos durante el período de restricciones. Los niños que viven en los hogares de menores ingresos fueron los que dejaron de usar los espacios públicos en mayor proporción (90,4%) en relación a sus pares que viven en hogares de mayores ingresos (81,2%). En tanto, los niños que sus madres tenían menor nivel educativo fueron los que dejaron de usar los espacios públicos en mayor proporción, 90,7% en los niños y niñas cuyas madres tenían como nivel máximo alcanzado primaria, mientras que los niños con madres con mayor nivel educativo vivieron una restricción sensiblemente menor, 77,9%.

Tabla 33. Niños y niñas que dejaron de usar espacios públicos según niveles de ingresos del hogar, región, sexo y nivel educativo de la madre.

Tuvieron Restricciones		
Total	Total niños/as de 3 y 4 años	86,5%
Edad	3	89,6%
	4	83,4%
Tercil	1	90,4%
	2	88,0%
	3	81,2%
Región	Montevideo	85,9%
	Interior	86,7%
Sexo	Varón	85,9%
	Mujer	87,0%
Nivel Educativo o Madre	Primaria comp/incom.	90,7%
	Ciclo básico comp/incom	91,1%
	Ed. media sup. comp/incom	86,3%
	Ens. técnica (UTU o similar) comp/incom	87,6%
	Estudios terciarios incompletos (Mag, Prof, Universidad, otras)	86,3%
	Estudios terciarios de grado completos (Mag, Prof, Universidad, otras)	77,9%

Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2023

Por otra parte, de las personas que indicaron que debido a las restricciones dejaron de usar espacios públicos, el 61% los dejó de usar totalmente y el 20,7% parcialmente. Al igual que en la pregunta sobre restricciones en el uso, los niños que viven en hogares de menores ingresos y aquellos que el nivel educativo de la madre es menor son los que en mayor proporción dejaron de utilizar los espacios públicos totalmente.

Situación laboral y financiera de los referentes

Sin dudas la pandemia tuvo impacto directo sobre la situación laboral de las personas ya sea en la forma en la que trabajaron, o en los ingresos generados. Según la ENDIS 2023, el 34% de las personas tuvieron cambios en su situación laboral. De estas, el 18% pasó a teletrabajo o una combinación entre teletrabajo y trabajo presencial y el

16,2% redujo sus horas de trabajo, se quedó sin empleo o dejó de trabajar. En tanto, 42% de las personas declaró que su situación no cambió en el período considerado.

Tabla 34. Situación laboral de las personas entrevistadas entre marzo 2020 y junio 2021 según nivel de ingresos de los hogares, región y nivel educativo de las madres .

	Tercil de Ingresos			Región		Max. Nivel Educativo Madre			Total
	1	2	3	Montevideo	Interior	Primaria	Ciclo básico	Estudios terciarios de grado completos	
Si, se modifíco	18%	30%	55%	40%	30%	13%	18%	66%	34%

Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2023

Por otra parte, se preguntó sobre la cantidad de personas que recibían ingresos en el hogar antes de la pandemia y si durante de la pandemia se perdieron algunos de esos ingresos. Antes de la pandemia, en 94% de los hogares recibían al menos un ingreso, el 39,9% recibía ingresos por una persona del hogar y 52% recibían ingresos por dos personas y el 2,2% por tres personas en el hogar. Cuando se indaga lo sucedido desde el inicio de la pandemia, se observa que en el 17,2% de los hogares una o dos o más personas dejaron de percibir ingresos.

Teletrabajo y Cuidados

Entre las entrevistadas que durante el período de pandemia pasaron a teletrabajo totalmente o una combinación entre teletrabajo y presencial, el 35% declaró que cuidaba a los niños mientras teletrabajaba, en tanto, el 20,3% declaró que dicha tarea fue repartida en partes iguales entre la entrevistada y su pareja (Gráfico 60).

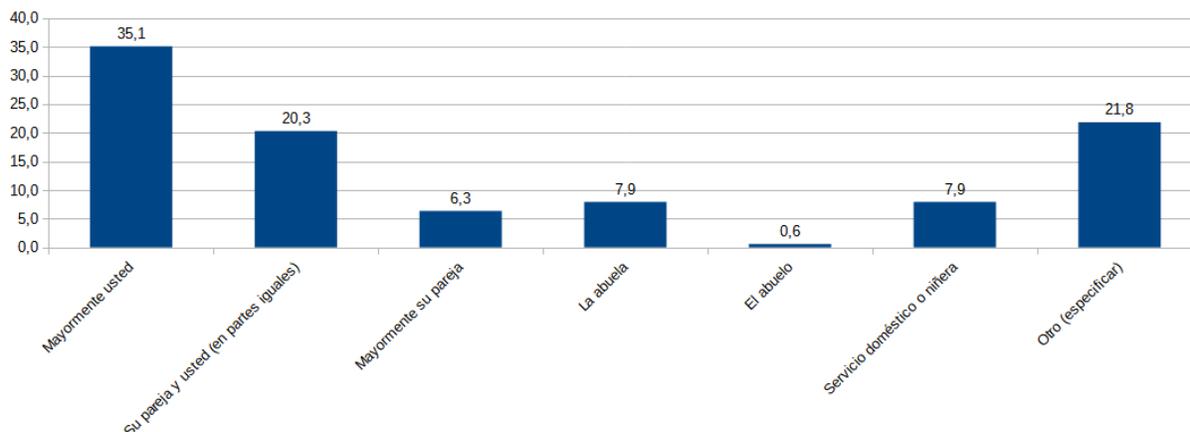
Estas cifras varían si se toma en cuenta la región. En Montevideo la proporción de personas que cuidaron mayoritariamente a los niños mientras trabajaban fue 26,5 mientras que en el interior esa cifra alcanzó el 45,4%.

Asimismo, la proporción de personas con nivel universitario completo que cuidaron mayoritariamente a los niños mientras trabajaban fue 32%, mientras que la

proporción dónde el cuidado era compartido equitativamente entre “yo y mi pareja” fue 21,3%.

Cabe destacar que el 97% de las personas que integran este grupo que teletrabajó durante el período de pandemia son mujeres.

Gráfico 59. Cuidados de niños y niñas al momento de teletrabajar en el período entre marzo 2020 junio 2021.



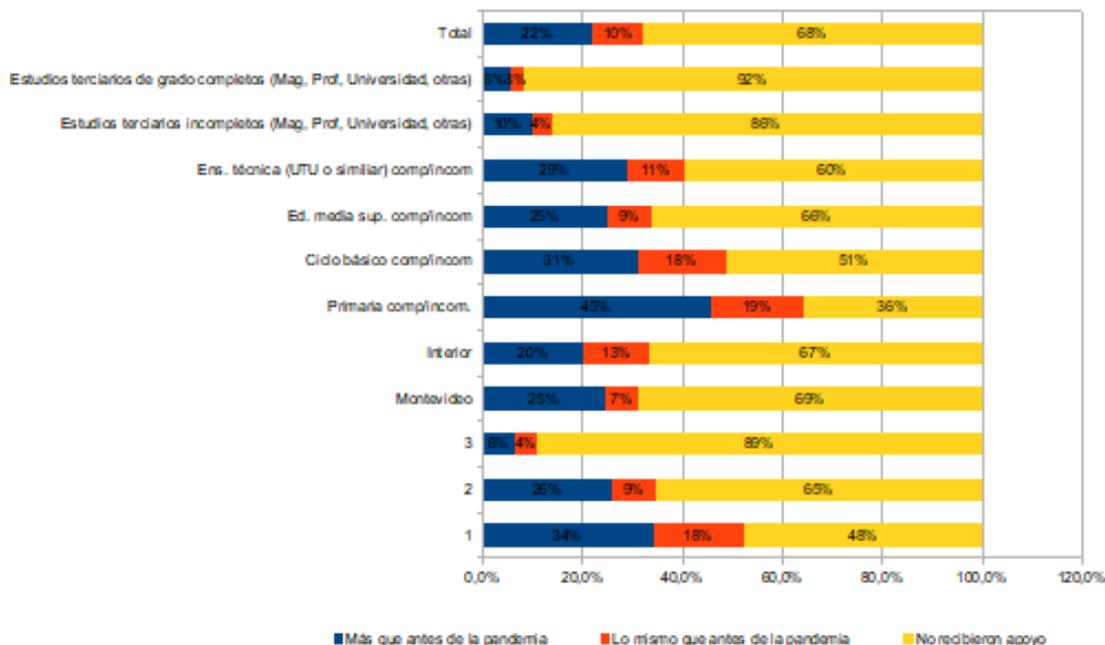
Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2023

Apoyos estatales y alimentarios

En esta cohorte de la ENDIS se consultó si durante el período de la pandemia se recibieron apoyos estatales. El 32% de las entrevistadas dice haber recibido algún tipo de apoyo estatal, el 22% declara haber recibido más apoyo que antes de dicho período y el 10% lo mismo que antes.

Al ser apoyos estatales se espera que se encuentren diferencias según algunas características socioeconómicas de los hogares. En este sentido el 52,3% de las personas que pertenecen a los hogares de menores ingresos (tercil 1) recibieron igual o más apoyo estatal que antes de la pandemia, en tanto, el 10,5% de personas que viven en hogares de mayores ingresos recibieron ese apoyo. Diferencias similares se observan dentro de los hogares dónde la madre del niño tiene menor nivel educativo (64%) en relación a aquellos hogares donde la madre del niño tiene mayor nivel educativo (8%).

Gráfico 60. Proporción de personas que tuvieron apoyo estatal en el período entre marzo 2020 junio 2021 según ingresos del hogar y máximo nivel educativo de la madre.



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2023

Respecto a los apoyos estatales, se preguntó sobre varias prestaciones vigentes en el período analizado. De estas prestaciones, las más mencionadas fueron las Asignaciones Familiares de plan de emergencia (AFAMpe 13,5%), el Cupón Canasta (10%) y las viandas escolares (8,5). En tanto, el 39,4% de las personas encuestadas declaró haber recibido al menos una prestación de los apoyos estatales. Tal como sucede en el caso anterior de los apoyos estatales, hay grandes diferencias teniendo en cuenta los ingresos del hogar y el nivel educativo de la madre; a mayor nivel de ingresos y educativo, menor la proporción de personas que han recibido al menos un apoyo estatal

DESARROLLO INFANTIL Y PERSONALIDAD DEL CUIDADOR PRINCIPAL

Por Meliza González y Alejandro Vásquez-Echeverría

Centro Interdisciplinario en Cognición para la Enseñanza y el Aprendizaje (CICEA-EI) & Facultad de Psicología. Universidad de la República.

En este capítulo se analizan los resultados de desarrollo infantil evaluados a través de dos instrumentos: ChildBehaviorChecklistforages 1 ½ -5 (CBCL 1 ½-5), Ages and StagesQuestionnairesThirdEdition (ASQ-3) y la personalidad del cuidador principal a través del Big FiveInventory - SecondEdition, 30 ítems.

El CBCL 1 ½-5 es un test que evalúa competencias socioemocionales durante la primera infancia a partir de la medición de problemas de conducta externalizados (como por ejemplo la agresividad) e internalizados (como por ejemplo la ansiedad). El ASQ-3 evalúa el desarrollo infantil en las áreas de comunicación, motricidad fina, motricidad gruesa, resolución de problemas y habilidades sociales. Finalmente, el BFI-2-30 evalúa la personalidad adulta y posee cinco dimensiones: extroversión, amabilidad, inestabilidad emocional, conciencia y apertura a la experiencia.

En la ENDIS los cuestionarios sobre desarrollo fueron completados por un encuestador especializado que formulaba las preguntas y registraba las respuestas de los padres. El BFI fue autorespondido en las tablets. En los tres casos se utilizaron versiones adaptadas al castellano autorizadas.

A continuación, se presentan los resultados derivados de los análisis con cada uno de los instrumentos y un apartado de consideraciones finales. Cada sección comienza con una descripción del instrumento y de sus propiedades psicométricas. Luego, se presenta un análisis descriptivo de los resultados del test para toda la muestra y según sexo, edad, región del país y nivel de ingresos del hogar (en terciles).

Child Behavior Check List 1½-5 (CBCL 1½-5)

Descripción del instrumento

El ChildBehaviorCheckList (CBCL 1 ½-5) evalúa los problemas conductuales, emocionales y sociales de los niños de un año y medio a cinco años de edad. Está conformado por 99 ítems con tres escalas de valoración (0= No es cierto -que sepa

usted-; 1=En cierta manera, algunas veces; 2= Muy cierto o cierto a menudo). A su vez, contiene un ítem de respuesta semi-abierta en la cual los participantes pueden anotar otros problemas que presente el niño y no estén contempladas en el cuestionario.

Con los primeros 99 ítems se calculan siete síndromes: (I) Emocionalmente reactivo; (II) Ansioso / deprimido; (III) Quejas somáticas, (IV) Retraído; (V) Problemas para dormir; (VI) Problemas de atención y (VII) Conductas agresivas. Cada síndrome es obtenido mediante la suma de los ítems correspondientes.

A su vez, en el CBCL 1½-5 se calculan dos factores que agrupan los siete síndromes: Comportamiento internalizante y Comportamiento externalizante. El primero, se obtiene mediante la suma de las puntuaciones de: Emocionalmente reactivo, Ansioso/depresivo, Quejas somáticas y Retraído. El segundo, se calcula mediante la suma de Problemas de atención y Conductas agresivas. Por último, se calcula el puntaje de Problemas Totales mediante la suma de las puntuaciones de los 99 ítems (Achenbach&Rescorla, 2000). En la Tabla 35 se presentan ejemplos de ítem del CBCL 1½-5.

Tabla 35. Comportamiento, síndrome y ejemplo de ítem del CBCL 1½-5

Comportamiento	Síndrome	Ejemplo de ítem
Internalizante	Emocionalmente reactivo	Cualquier cambio de rutina lo/la perturba
	Ansioso / deprimido	Es demasiado dependiente o apegado(a) a los adultos
	Quejas somáticas	Dolores o malestares (sin causa médica; o incluye dolor de estómago o dolor de cabeza)
	Retraído	Evita el contacto visual con otras personas
	Problemas para dormir	No quiere dormir solo(a)
Externalizante	Problemas de atención	No puede concentrarse o prestar atención por mucho tiempo
	Conductas agresivas	No puede esperar lo quiere todo de inmediato

Achenbach&Rescorla (2010) categorizan a 23 sociedades en función de los puntajes ómnibus de Problemas Totales. Una sociedad es categorizada en el grupo 1 si la media de los Problemas Totales está por debajo de un desvío estándar de la media omnicultural; en el grupo 2 si la media de Problemas Totales está entre -1 y 1 desvío estándar o en el grupo 3 si la media está por encima de 1 desvío estándar de la media omnicultural. Rescorla et al. (2011) reportan el valor de la media omnicultural (de 24 sociedades) para Problemas Totales igual a 33,3 y un desvío estándar de 7,1.

Los puntajes del CBCL 1½-5 se clasifican en tres grupos: Normal, Borderline y Clínico. Los puntos de corte para los síndromes se corresponden con los percentiles 93 y 97 del puntaje estandarizado en la muestra normativa. Para los agrupamientos (Comportamiento internalizante, Comportamiento externalizante y Problemas Totales) los rangos de puntaje de cada grupo se corresponden con los percentiles 83 y 90 de la distribución del puntaje T en la muestra normativa. Achenbach & Rescorla (2010) ofrecen puntos de cortes para cada uno de los tres grupos de sociedades.

Nota psicométrica

En un estudio anterior utilizando datos de la ENDIS de rondas anteriores (Vásquez Echeverría et al., 2020) se estudiaron las propiedades psicométricas del CBCL 1½-5 y se constató que es un instrumento confiable y válido para evaluar los problemas comportamentales, emocionales y sociales en niños uruguayos de 18 a 71 meses de edad.

Resultados

En esta sección se analizan los resultados del CBCL 1½-5 en la cohorte de la ENDIS 2023. Se presentan las puntuaciones obtenidas y se analizan los porcentajes de riesgo en la población infantil uruguaya. Posteriormente se presentan los porcentajes de niños clasificados como Normal, Borderline y Clínico en función de los síndromes y puntuaciones de segundo orden (de banda ancha). Por último, se estudia la asociación entre problemas comportamentales, emocionales y sociales medidos por el CBCL 1 ½-5 según sexo, región y nivel socioeconómico del hogar.

En lo que respecta a la comparación transcultural, para categorizar las puntuaciones obtenidas con el CBCL 1 ½-5 según las normas establecidas por los autores, se debe determinar a qué grupo de sociedades pertenece Uruguay. Si se compara la media y desvío estándar de Problemas Totales de esta muestra con la presentada para los tres grupos de sociedades en Achenbach & Rescorla (2010), se observa que el valor de la media en esta muestra (20,02) se encuentra muy cercano al valor medio para las sociedades del grupo 1. Mientras que la dispersión (igual a 17,8) es similar a la registrada en el grupo 2. Las medias omniculturales son 20.7 (DT = 14.8) para el grupo 1; 33.3 (DT = 18.7) para el grupo 2; 44.3 (DT = 20.8) para el grupo 3.

Como antecedentes, notamos que los puntajes de la Ronda 2018 de la ENDIS corresponden al Grupo 2 (M = 26.9, DT = 20.8). Las variaciones observadas entre las diferentes rondas de la ENDIS pueden deberse a cambios en la composición de las muestras comparadas, ya sea en edad, sexo u otras características o a tendencias históricas. Cualquiera de estas hipótesis implica análisis más específicos que exceden la envergadura de este capítulo. Señalamos que en la cohorte 2018 la edad en meses

para los niños que se le administró el CBCL fue 38.5 (50,4% varones)¹⁴. En la cohorte 2023 la edad en meses fue 38.6 meses (51% varones). Aquí se analizarán más en detalle los resultados de los perfiles según las normas del Grupo 2 para facilitar la comparación con el informe previo de la ENDIS (Alvarez-Nuñez, González & Vásquez-Echeverría, 2019)¹⁵.

En la Tabla 36 se ofrecen los perfiles de riesgo tanto según los criterios del Grupo 1 y 2. Según el baremo del grupo 2, el porcentaje de niños en el grupo clínico de Problemas totales pasa al 2,8 % y el porcentaje clasificado en Borderline pasa al 3,5%. Mientras que el grupo clínico según Comportamiento externalizante pasa a 3,9% y Comportamiento internalizante a 5,1%. Según las normas del Grupo 1 de sociedades, los porcentajes son algo mayores debido a los puntos de corte corresponden a menor puntaje¹⁶.

Tabla 36. Distribución según clasificación en Normal, Borderline y Clínico en el CBCL 1½-5 años

¹⁴ En la cohorte 2013 solo se aplicó el CBCL 1 ½ - 5 en Montevideo.

¹⁵ Si bien en esta muestra correspondería usar las normas del grupo 1 debido a que la media de Problemas Totales (M = 20) se ubica a más de 7,1 puntos de la media omnicultural (M=33,3); Rescorla et al. (2011).

¹⁶ A modo de síntesis, utilizando los puntos de corte del grupo 1, el 11,4% de los niños pertenece al grupo Clínico y un 8,9% es clasificado como Borderline para problemas totales. Asimismo, un 12,3% y un 12,7% pertenecen al grupo clínico en problemas de comportamiento externalizante e internalizante, respectivamente.

	Grupo 1			Grupo 2			
	Normal	Borderli ne	Clínico	Normal	Borderli ne	Clínico	
Síndrome							
Emocionalmente reactivo	93,7	1,6	4,6	95,3	3,5	1,1	
Ansioso/Deprimido	85,1	8,5	6,4	93,6	4,2	2,2	
Quejas somáticas	90,6	6,1	3,3	94,6	3,4	2,0	
Retraído	91,5	3,8	4,7	95,3	1,4	3,3	
Problemas para dormir	94,4	3,7	1,9	98,1	0,7	1,2	
Problemas de atención	78,7	16,1	5,1	94,9	3,6	1,5	
Conducta agresiva	90,5	5,2	4,4	96,2	1,9	1,8	
Segundo orden							
C. Internalizante	80,2	7,1	12,7	89,4	5,6	5,1	
C. Externalizante	76,5	11,2	12,3	91,8	4,3	3,9	

Problemas totales	79,7	8,9	11,4	93,7	3,5	2,8	
-------------------	------	-----	------	------	-----	-----	--

Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2023

En la Tabla 37 se observa que el porcentaje de Problemas Total es similar según sexo, con una leve tendencia a mayores problemas clínicos en varones. Al discriminar en Comportamientos internalizantes y externalizantes se notan leves diferencias según sexo: los riesgos de problemas de Comportamiento internalizado son pocas décimas porcentuales más frecuentes en el sexo femenino y en Comportamiento externalizado más de 2% más frecuente en el masculino.

Asimismo, se observa que el porcentaje de niños en el grupo Clínico y Borderline es un poco menor en Montevideo en comparación con el resto del país. Dicha característica se observa en los tres agrupamientos: Problemas Totales, Comportamiento internalizante y externalizante con diferencias que valen de 2,3 a 4,3 puntos porcentuales.

Por otra parte, el porcentaje de niños con problemas emocionales y comportamentales aumenta en los niños de contextos más desfavorables - tercil 1-, aunque las puntuaciones no resultan estrictamente escalonadas, salvo en problemas internalizados.

Tabla 37. Porcentaje de niños y niñas categorizados en el grupo Clínico y Borderline del CBCL según sexo, región y tercil de ingreso del hogar

	Varón	Niña	Montevideo	Interior	Tercil 1	Tercil 2	Tercil 3	Total
Problemas totales								
Borderline	3.5	3.5	4.4	2.9	3.5	4.7	2.2	3,5
Clínico	2.9	2.6	2.2	3.1	3.3	3.5	1.7	2,8
Problemas Internalizados								
Borderline	5.6	5.6	5.6	5.6	7.6	6.8	2.4	5,6
Clínico	4.9	5.3	3.7	5.9	7.1	5.8	2.3	5,1
Problemas Externalizados								
Borderline	4.8	3.9	3.9	4.6	3.9	4.4	4.5	4,3
Clínico	4.5	3.3	3.8	4.0	3.8	5.3	2.6	3,9

Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2023

Ages & Stages Questionnaires tercera versión (ASQ- 3)

Descripción del instrumento

La escala Ages&StagesQuestionnaires tercera versión (ASQ-3) evalúa el riesgo de padecer algún retraso en el desarrollo de los niños de entre 1 y 66 meses de edad (Squires, Bricker, & Twombly, 2009). Este instrumento está compuesto por 21 cuestionarios correspondientes a distintos intervalos de edad: 2, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30, 36, 42, 48, 54 y 60 meses, que poseen diferentes ítems. Cada cuestionario está conformado por 30 ítems organizados en cinco dimensiones: (I) Comunicación; (II) Motricidad fina; (III) Motricidad gruesa; (IV) Resolución de problemas y; (V) Habilidad socio-individual.

La puntuación de cada dimensión se obtiene mediante la suma de sus seis ítems. Cada ítem tiene una escala de respuesta de tres valores (No= 0, Todavía no= 5, Si= 10). Puntuaciones más altas en el ASQ-3 indican mayores niveles de desarrollo y, por lo tanto, menor probabilidad de padecer rezago en la habilidad evaluada. En la Tabla 38 se presentan ejemplos de ítems del ASQ-3 para cada dimensión.

Tabla 38. Dimensión y ejemplo del ítem del ASQ-3

Dimensión	Ejemplo de ítem
Comunicación	Cuando su bebé quiere algo, ¿lo señala con el dedo para comunicárselo a Ud.?
Motricidad fina	¿Puede su niño poner tres cubitos o juguetes uno sobre otro sin ayuda?
Motricidad gruesa	¿Su bebé puede ponerse de pie y dar algunos pasitos hacia adelante sin ninguna ayuda o soporte?
<i>Resolución de problemas</i>	¿Puede su niña contar hasta 15 sin errores? Si puede hacerlo, marque "sí". SI su niña cuenta hasta 12 sin errores, marque "a veces"
<i>Habilidad socio-individual</i>	Al vestir a su bebé, ¿levanta el pie cuando Ud. le va a poner el zapato, el calcetín o el pantalón?

En el ASQ-3 se clasifican tres niveles de riesgos calculados mediante la estandarización de las puntuaciones obtenidas respecto a los valores de la población de referencia. Esta referencia a la norma fue realizada con más de 18.000 respuestas de los padres de niños estadounidenses de entre 1 y 66 meses de edad (datos recolectados entre 2000 y 2004). Las puntuaciones de los niños que está por debajo de dos desvíos típicos se clasifican como "Riesgo" y los que se ubican entre -2 y -1 desvío típico en "Zona de monitoreo" (Squires et al., 2009).

En este estudio se empleó la tercera versión del instrumento. En los análisis se realiza la interpretación de los 21 cuestionarios (según edad en meses) de manera agregada.

Nota psicométrica

Existe publicado un análisis psicométrico del ASQ-3 utilizando datos de rondas previas de la ENDIS (Alvarez-Nuñez et al., 2021). Este análisis muestra que el ASQ-3

presenta un fuerte efecto techo (porcentaje de niños con puntaje máximo). La poca variabilidad en las puntuaciones se observa con mayor frecuencia en los ítems que componen el dominio Motricidad gruesa. El dominio Habilidad socio-individual tiene valores sub-óptimos de confiabilidad en casi todas las versiones de edad, por lo que recomendamos interpretar con cautela los resultados derivados de dicha subescala. Por otro lado, las diferentes versiones de edad presentan cierta variabilidad en sus propiedades psicométricas (que pueden ser subóptimas, aceptables o buenas según el parámetro) y en el umbral de detección de riesgo.

Resultados del ASQ-3 en ENDIS 2023

En esta sección se analizan los resultados del ASQ-3 de la cohorte 2023 de la ENDIS. Se presenta el porcentaje de niños en riesgo y zona de monitoreo en las cinco dimensiones del instrumento. A su vez, se reporta el porcentaje de riesgo por dominio según sexo, región de residencia (capital y resto del país) y tercil de ingreso.

En la Tabla 39 se presenta el porcentaje de niños en riesgo y zona de monitoreo para cada dominio del ASQ-3. En esta muestra, el porcentaje de niños con riesgo oscila entre 6,5% y 10,6%, en la población de referencia el mismo es del 2,3% (porcentaje equivalente a 2 o más desvíos estándares en una cola). Por tanto, se identifica mayor cantidad de niños en riesgo que en la población de referencia de Squires et al. (2009). El porcentaje de riesgo por dominio en esta muestra, sin colapsar los cuestionarios de, oscila entre 0% a 20% en Comunicación; 2% a 25% en Motricidad Gruesa; 3% a 28% en Motricidad Fina de; 0% a 20% en Resolución de Problemas y 2% a 23% en Habilidad socio-individual.

Tabla 39. Porcentaje de niños categorizados en riesgo y zona de monitoreo en el ASQ-3

	Normal	Monitoreo	Riesgo
Comunicación	85.6	7.9	6.5
Motricidad Gruesa	84.9	7.2	7.9
Motricidad Fina	75.1	14.3	10.6
Resolución de Problemas	80.7	10.1	9.2
Habilidad Socio Individual	81.3	11.3	7.3

En esta muestra el porcentaje de niños en zona de monitoreo oscila entre 7,2% (motricidad gruesa) y 14.3% (motricidad fina), mientras que en la población de referencia estadounidense la misma equivale al 13,6% (i.e., entre -2 y -1 desvíos estándar). Esto es, en la muestra de la ENDIS se identifica menor cantidad de niños en zona de monitoreo que en Squires et al. (2009), con la excepción de Motricidad fina. En este estudio la suma de los porcentajes de niños en riesgo y zona de monitoreo es mayor que la reportada en Squires et al. (2009), con la excepción de Comunicación y Motricidad Gruesa.

En este estudio el 11,2% de la población fue identificado con riesgo en una habilidad evaluada por el ASQ-3; 4,0% presentan riesgo en dos dominios y 2,6% en tres o más riesgos (el porcentaje restante no fue identificado en la categoría riesgo en ninguna dimensión). En Squires et al. (2009) el 7,4% presenta un riesgo, 19,3% presenta dos riesgos y el 4,3% tres o más riesgos. Al comparar los resultados de ambos estudios se observa que en la población uruguaya se identifican mayor cantidad de niños en riesgo en una habilidad y menor porcentaje en dos o más

habilidades del ASQ-3 que en Squires et al. (2009), fenómeno ya observado en la cohorte 2018.

El porcentaje de niños y niñas en niveles de alerta por dominio y según sexo es presentado en el Tabla 40. Los varones presentan un porcentaje de riesgo y monitoreo mayor que las mujeres en todos los dominios de la escala, con la excepción de Motricidad gruesa en la cual no se identifica un patrón de diferencias sustantivo. Los varones presentan mayor porcentaje de riesgo en el dominio Motricidad fina, seguida de Socio-Individual, mientras que las mujeres presentan mayor porcentaje en Motricidad fina, seguida de Resolución de Problemas. Comunicación es el dominio con menor porcentaje de riesgo en mujeres y Motricidad gruesa en varones.

Tabla 40. Porcentaje de niños y niñas categorizados en riesgo en ASQ-3 según sexo

	Monitoreo		Riesgo	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
Comunicación	8.6	7.1	7.8	5.2
Motricidad Gruesa	7.5	6.8	7.7	8.2
Motricidad Fina	15.8	12.6	12.2	9

Resolución de Problemas	12.2	7.9	9.8	8.6
Habilidad Socio-individual	12.4	9.0	10.1	5.6

En la Tabla 41 se presenta el porcentaje de riesgo clasificado por residencia (capital o interior). Los resultados muestran un patrón mixto donde los responsables de crianza de los niños de Montevideo reportan mayores signos de alerta (suma de porcentajes de categorías riesgo y monitoreo) en las áreas de Comunicación, motricidad fina, motricidad gruesa, habilidad socio-individual, mientras que los responsables de niños del Interior reportan mayor alerta en resolución de problemas.

Tabla 41. Porcentaje de niños y niñas categorizados con alerta (monitoreo o riesgo) en ASQ-3 según región

	Monitoreo		Riesgo	
	Montevideo	Interior	Montevideo	Interior
Comunicación	8.7	7.4	7.5	5.9
Motricidad Gruesa	6.6	7.8	8.9	7.3
Motricidad Fina	14.5	14.1	10.8	10.5
Resolución de Problemas	9.7	10.4	9.1	9.3
Habilidad Socio-individual	13.8	9.6	8.3	6.7

La Tabla 42 muestra la distribución por tercil de las categorías riesgo y monitoreo en cada dominio del ASQ-3. Se observa un patrón escalonado donde el tercil 1 (más desfavorecido) presenta mayores niveles de riesgo, seguido del tercil 2 y del tercil 3. Notablemente, las brechas entre los niños de tercil 1 y 3 en la categoría riesgo son más del doble en Comunicación, Resolución de problemas y habilidad socioindividual.

Tabla 42. Porcentajes de niños y niñas categorizados en riesgo en ASQ-3 según tercil de ingreso

	Tercil 1	Tercil 2	Tercil 3
Comunicación			
Monitoreo	9.6	7.6	6.5
Riesgo	8.4	7.0	4.1
Motricidad Gruesa			
Monitoreo	7.7	6.7	7.3
Riesgo	10.3	7.1	6.5
Motricidad Fina			
Monitoreo	16.4	15.9	11.7
Riesgo	14.4	10.0	7.6
Resolución de Problemas			
Monitoreo	12.1	10.9	7.4
Riesgo	13.4	8.6	5.5

Habilidad Socio-Individual			
Monitoreo	12.8	10.4	10.7
Riesgo	9.4	8.3	4.4

Cuestionario de Personalidad de los Cinco Grandes (BIG FIVE) y su relación con el riesgo desarrollo socioemocional

Descripción del instrumento

El Cuestionario de los Cinco Factores de personalidad, Segunda edición (BFI-2, por sus siglas en inglés) es una versión revisada y mejorada del BFI original. El BFI es un instrumento utilizado en psicología para medir los rasgos de personalidad basados en el modelo de los "Cinco Grandes", que corresponderían a los cinco factores "paraguas" que podrían englobar a los distintos rasgos de la personalidad humana codificados en los diferentes lenguajes. Este modelo es ampliamente aceptado en psicología, cuenta con extensas validaciones y se utiliza para describir la personalidad humana en cinco dimensiones principales, que se presentan en la tabla 43.

Los ítems son afirmaciones breves que se responden en una escala Likert de 5 puntos. Cabe señalar que solo se obtienen puntuaciones por factores y no se brinda una puntuación global. No hay disponibles de momento baremos poblacionales del BFI-2 para Uruguay ni para países comparables, que permitan establecer criterios de riesgo clínico o funcionamiento esperado. En esta edición de la ENDIS se utilizó la versión abreviada del BFI-2 de 30 ítems (Soto & John, 2017).

Tabla 43. Dimensiones y Ejemplos de ítems del inventario de Personalidad de los Cinco Grandes - 2S

Área	Ejemplo de ítem (<i>Soy una persona que...</i>)
Inestabilidad Emocional	Es tranquila, maneja bien el estrés.
Amabilidad	Presupone lo mejor de las personas.
Consciencia	Le cuesta iniciar sus tareas.
Apertura a la Experiencia	Tiene pocos intereses artísticos.
Extroversión	Tiende a ser callada.

En la Tabla 44 se ofrece la puntuación total para las dimensiones del BFI y discriminada por sexo del niño, tercil y región. Se puede apreciar que no se observan diferencias sustanciales en las medias por sexo del niño ni por región. Según nivel socioeconómico, se observan medias escalonadas donde los rasgos que genéricamente pueden considerarse más adaptativos presentan puntuaciones más altas en los terciles más favorecidos y a la inversa con el rasgo más desadaptativo, i.e., Inestabilidad emocional.

Tabla 44. Puntuaciones de las dimensiones del BFI reportadas por los cuidadores principales según sexo del niño o niña, nivel socioeconómico (tercil de ingreso) y región

	I.E.	Amabilidad	Consciencia	1. E.	Extroversión
Total	17,3 (4,2)	20,2 (3,3)	24,4 (4,3)	20,8 (4,2)	21,7 (4,1)
Sexo					
Masc	17,3	20,2	24,3	20,7	21,5
Fem	17,3	20,2	24,4	20,9	21,8
NSE					
Tercil 1	18.1	19.7	23.8	20.2	21,0
Tercil 2	17.5	20.3	24.5	20.9	21,7
Tercil 3	16.3	20.6	24.9	21.3	22,3
Región					
Capital	17.1	20.0	24.4	21.2	22.2
Interior	17.4	20.3	24.4	20.5	21.4

Nota. El máximo posible por dimensión es 30. Para facilitar la lectura solo se ofrece el desvío típico (entre paréntesis) para el total poblacional. I.E= Inestabilidad emocional. A.E. = Apertura a la experiencia.

En la Tabla 45 se ofrecen los puntajes medios en las cinco dimensiones de la personalidad del adulto referente según el perfil de riesgo socioemocional de sus hijos para cada una de las puntuaciones de banda ancha del CBCL (internalizado, externalizado y problemas totales). En una inspección visual se observa que la mayor diferencia en la personalidad entre los referentes adultos de los niños sin riesgo y con riesgo socioemocional ocurre en dominio Inestabilidad Emocional (neuroticismo), donde las diferencias están en el entorno de los 3 puntos. Futuros estudios deberán explorar si estas variables tienen alguna relación causal o este efecto está dado por terceras variables asociadas.

Tabla 45. Puntajes en las dimensiones de la personalidad según nivel de riesgo socioemocional para los perfiles de banda ancha del CBCL

	Problemas Totales			Internalizados			Externalizados		
	N	B	C	N	B	C	N	B	C
Extroversión	21.8	21.4	20.5	21.8	21.5	20.6	21.8	21.7	20.6
A. Experiencia	20.9	21.3	20.6	20.9	21.5	20.5	20.9	20.8	20.5
Amabilidad	20.3	19.5	19.0	20.3	20.0	19.1	20.3	20.1	19.4
Inest. Emocional	17.2	19.3	20.6	17.1	19.4	19.8	17.1	19.9	19.9
Conciencia	24.5	23.5	23.2	24.5	23.5	24	24.5	24.8	23

Nota. Abreviaciones de los perfiles del CBCL: N = Perfil Normal (sin riesgo); B = Perfil Borderline, C = Perfil Clínico.

Conclusiones

Este capítulo tuvo por objetivo exportar los resultados vinculados con el desarrollo infantil temprano, según los instrumentos incorporados en la ENDIS, su relación con variables sociodemográficas y con la personalidad del cuidador principal.

Con respecto a las tendencias observadas en el informe anterior, se aprecia una disminución de problemas de comportamiento respecto a la cohorte 2018. Por otro lado, se observa un leve aumento de problemas cognitivo-motores según el ASQ-3, en las áreas de Comunicación, Motricidad fina y resolución de problemas y una disminución de problemas en motricidad gruesa y una estabilidad en Habilidad socio-emocional. Esto puede estar dado por factores relativos a cuestiones metodológicos (e.g., composición de la muestra, error debido a variaciones en la confiabilidad) o tendencias históricas, por ejemplo, la disminución de natalidad o los cambios en el desarrollo debidos al contexto COVID-19 (González et al., 2022).

Las tendencias por sexo se mantienen estables respecto a los datos de la edición anterior donde se aprecian diferencias más notorias en el desarrollo cognitivo-motor y diferencias más leves, si las hay, en el desarrollo socioemocional. Esto es consistente con un número importante de estudios anteriores, que incluye datos uruguayos usando datos de ENDIS e INDI (Vásquez-Echeverría, Tomás et al., 2022).

Por otro lado, en el desarrollo cognitivo-motor se aprecia un efecto marcado en cuanto al nivel socioeconómico de los hogares, que perjudica a los hogares más desfavorecidos. En cuanto al desarrollo socioemocional, no se observa la tendencia de forma tan clara, aunque se aprecia que las familias del tercil más favorecido resulta estar más protegido respecto a que sus hijos problemas leves o moderados.

En cuanto a la relación de la región con el desarrollo infantil se aprecia un cambio de tendencia respecto al último informe donde en la capital del país se apreciaban menores niveles de riesgo. En esta edición de la encuesta se encuentra un patrón mixto, dónde en algunas dimensiones hay mayores riesgos en Montevideo que en los departamentos del Interior.

Los datos de la personalidad del cuidador principal muestran tendencias esperadas, efectos pequeños del nivel socioeconómico y no se aprecian diferencias en otras variables dónde esto no era esperado. En una primera aproximación a la relación con el desarrollo socioemocional, se observa un patrón dónde la inestabilidad emocional parece ser el factor más asociado.

De todas formas, se puede afirmar que Uruguay presenta, a nivel de media, un desempeño algo mejor que las poblaciones de referencia estadounidenses pero alta

dispersión. En líneas generales, se observa que en desarrollo socioemocional Uruguay se compara con las sociedades del grupo 1 y a nivel de desarrollo cognitivo - motor los porcentajes de alerta son similares a los del baremo norteamericano (a excepción de motricidad fina que resulta algo más elevado).

Índice de Desarrollo en la Primera Infancia 2030 (ECDI 2030)

Por UNICEF

El desarrollo en la primera infancia es un proceso multidimensional que implica una progresión ordenada de las habilidades y capacidades motoras, cognitivas, lingüísticas, socioemocionales y de control a lo largo de los primeros años de vida¹⁷. Aunque estas capacidades se refieren a dominios distintos del desarrollo en la primera infancia, estos están interconectados. Fomentar y apoyar todas estas dimensiones de forma integral es fundamental para garantizar que las niñas y los niños puedan alcanzar su pleno potencial. El crecimiento físico, alfabetización y la adquisición de nociones elementales de aritmética, el desarrollo socioemocional y la preparación para el aprendizaje sientan las bases para la salud, el aprendizaje y el bienestar a lo largo de la vida¹⁸.

Para relevar estos aspectos, la ENDIS 2023 incluyó el módulo del Índice de Desarrollo en la Primera Infancia 2030 (ECDI2030), que capta el logro de los hitos clave en el desarrollo de los niños de entre 24 y 59 meses de edad. Este módulo forma parte de la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS, desarrollada por UNICEF), y los datos generados por el ECDI2030 pueden utilizarse para las labores de seguimiento y presentación de informes sobre el indicador 4.2.1 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), así como para fundamentar los esfuerzos gubernamentales encaminados a mejorar los resultados del desarrollo infantil.

El módulo incluye 20 preguntas sobre el modo en que los niños se comportan en determinadas situaciones cotidianas y las habilidades y conocimientos que han adquirido. Las 20 preguntas están organizadas según los tres dominios generales de salud, aprendizaje y bienestar psicosocial, y reflejan la dificultad creciente de las habilidades que los niños adquieren. Se considera que el desarrollo de una niña o niño es adecuado si ha alcanzado la cantidad mínima de hitos que se esperan para su grupo de edad. Cada uno de los tres dominios generales está compuesto por un conjunto de subdominios básicos:

- Subdominios de salud: motricidad gruesa, motricidad fina y autocuidado.
- Subdominios de aprendizaje: lenguaje expresivo, alfabetización, aritmética, preescritura y funcionamiento ejecutivo.

17 UNICEF *et al.* "Advancing Early Childhood Development: From Science to Scale". Resúmen, *The Lancet*, 2016. https://www.thelancet.com/pb-assets/Lancet/stories/series/ecd/Lancet_ECD_Executive_Summary.pdf.

18 Shonkoff, J., y D. Phillips. *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. Washington, D.C.: National Academy Press, 2000; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Early Moments Matter*, Nueva York: UNICEF, 2017.

- Subdominios de bienestar psicosocial: habilidades emocionales, habilidades sociales, conducta internalizante y conducta externalizante.

El módulo del ECDI2030 no está diseñado para informar sobre cada dominio por separado. En cambio, está pensado para generar una puntuación resumida que plasme los conceptos de desarrollo interrelacionados incluidos en los tres dominios mencionados en el ODS 4.2.1¹⁹. El indicador obtenido a partir del módulo del ECDI2030 es el porcentaje de niños de entre 24 y 59 meses que han alcanzado la cantidad mínima de hitos que se esperan para su grupo de edad²⁰.

El cálculo de este indicador permite conocer las diferencias en el desarrollo en primera infancia en distintos grupos de población del país, y la metodología permite su comparabilidad internacional y a lo largo del tiempo, aunque dado que se trata de una metodología reciente, todavía son pocos los países que lo han implementado.

De acuerdo a los datos relevados en la ENDIS 2023, el 89% de los niños y niñas de entre 24 y 59 meses presentaban un desarrollo adecuado en las dimensiones consideradas por el indicador. Esta es la primera vez que se aplica en Uruguay, por lo cual todavía no es posible conocer la tendencia en su evolución. El antecedente previo más similar de medición del desarrollo en primera infancia fue la encuesta MICS aplicada en 2013 en Uruguay, que relevaba este aspecto utilizando una metodología similar pero aplicada para el tramo de edad entre 36 y 59 meses, encontrando en ese momento que el 87% de las niñas y niños en ese tramo de edad presentaban un desarrollo adecuado.

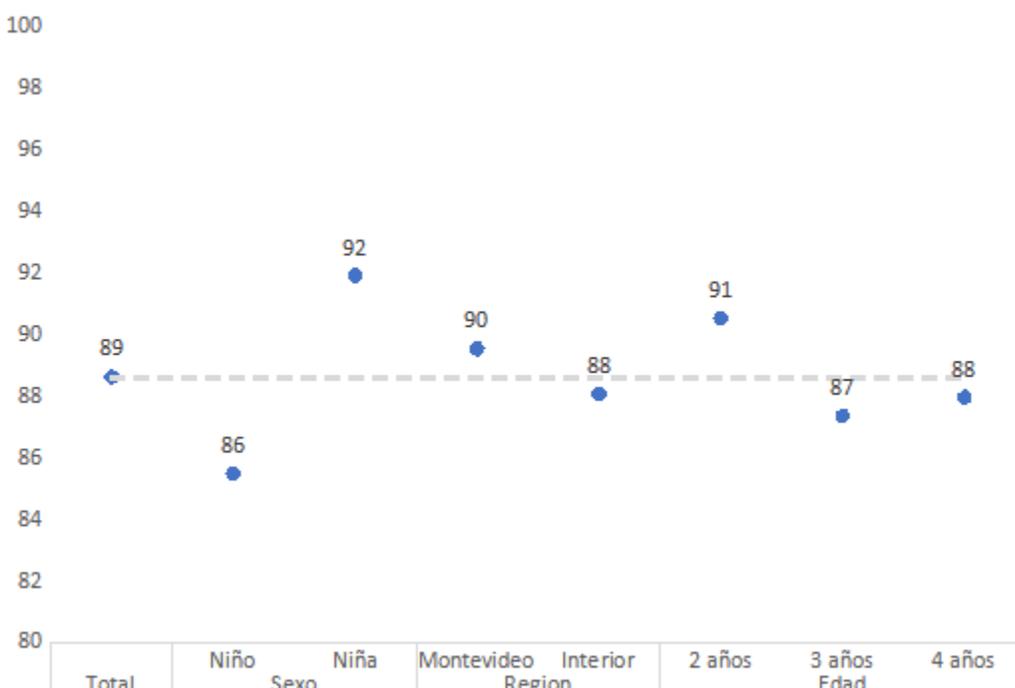
En cuanto a la comparación internacional, en México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición aplicó este módulo en 2021, y encontró que el 81,5% de los niños y niñas de 24 a 59 meses presentaban un desarrollo adecuado, un porcentaje menor al observado en Uruguay. Las encuestas MICS se encuentran en etapa de aplicación o planeación en varios países (incluidos Guatemala, Belice y Paraguay en América Latina), por lo que próximamente se contará con más información comparable sobre el desarrollo en primera infancia a nivel internacional.

¹⁹ Para obtener más información sobre el desarrollo del módulo del ECDI2030 y el indicador relacionado, véase "ECDI2030 Frequently Asked Questions" [Preguntas frecuentes sobre el ECDI2030]: <https://data.unicef.org/resources/early-childhood-development-index-2030-ecdi2030/>

²⁰ El indicador generado por el módulo del ECDI2030 no es totalmente comparable al generado por el módulo del ECDI que se incluyó en las encuestas de indicadores múltiples por conglomerados (MICS) en 2009. Para obtener más información, véase "ECDI2030 Frequently Asked Questions" [Preguntas frecuentes sobre el ECDI2030].

El Gráfico 62 muestra las diferencias en este indicador según algunas características demográficas. En cuanto al sexo, el porcentaje cuyo desarrollo es adecuado es algo mayor entre las niñas (92%) que entre los niños varones (86%), en cuanto a las regiones del país, el porcentaje es similar entre Montevideo e Interior, y en cuanto a las edades, el porcentaje que alcanzó la cantidad mínima de hitos que se esperan para su edad es algo mayor entre los niños y niñas de 2 años (91%), que entre quienes tienen 3 y 4 años.

Gráfico 61. Porcentaje de niños y niñas de 24 a 59 meses cuyo desarrollo es adecuado en cuanto a la salud, el aprendizaje y el bienestar psicosocial, según características demográficas

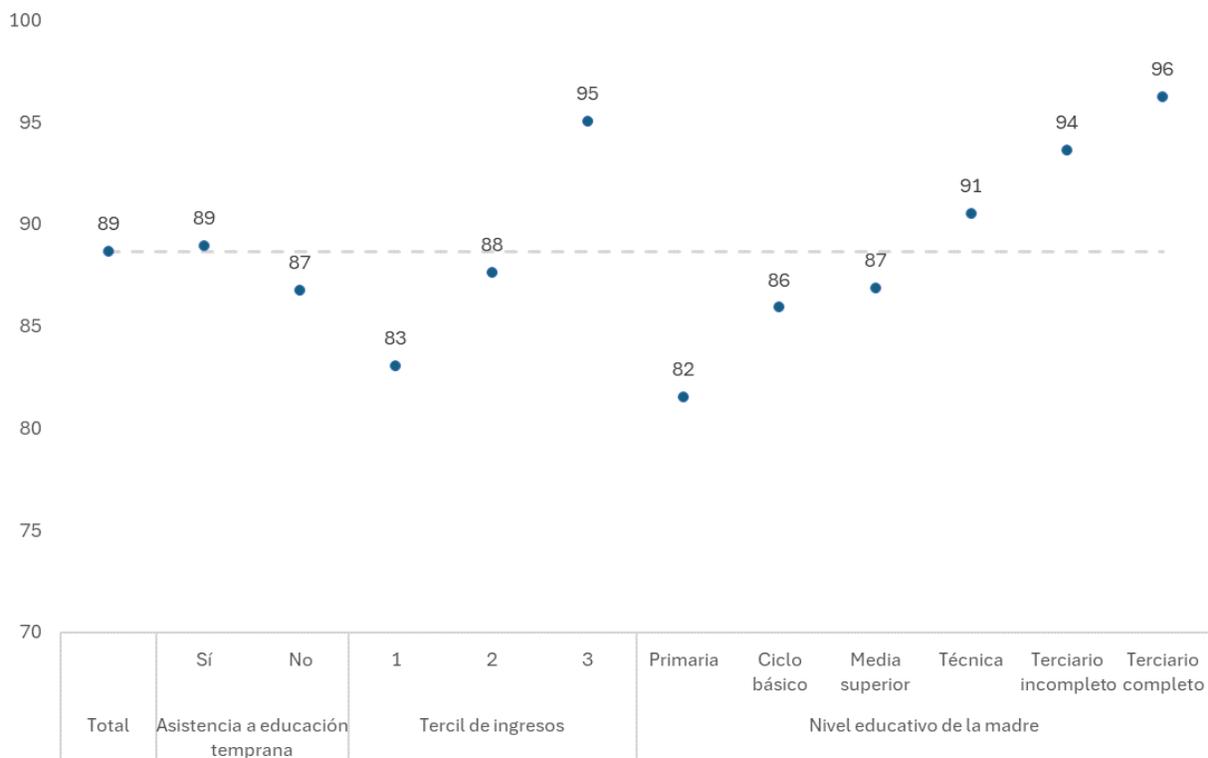


Por otra parte, el Gráfico 63 muestra las diferencias en este indicador según algunas características educativas y socioeconómicas. En cuanto a la asistencia del niño o niña a un centro educativo, la proporción que presenta un desarrollo adecuado es levemente mayor entre quienes asisten a educación inicial (89%) que entre quienes no (87%). Sin embargo, es en las características socioeconómicas en las que se observan mayores diferencias: los niños y niñas que nacen en hogares de mayores ingresos tienen mayor probabilidad de alcanzar los hitos esperados para su edad. En el tercil más alto, el 95% los alcanza, mientras que el porcentaje es 88% en el tercil medio y 83% en el tercil de más bajos ingresos.

Por otro lado, también se observan diferencias importantes según el nivel educativo de la madre. A mayor nivel educativo de la madre, mayor la proporción de niños y

niñas que presentan un desarrollo adecuado para su edad. Más del 95% de las niñas y niños cuya madre cuenta con educación terciaria alcanzaron los hitos considerados, mientras que el porcentaje cae a menos del 82% en aquellos cuya madre no finalizó el ciclo básico.

Gráfico 62. Porcentaje de niños y niñas de 24 a 59 meses cuyo desarrollo es adecuado en cuanto a la salud, el aprendizaje y el bienestar psicosocial, según características educativas y socioeconómicas



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministerio de Salud Pública, Estadísticas vitales <https://uins.msp.gub.uy/>
Instituto Nacional de Estadística. Informes de
pobreza, <https://www.gub.uy/instituto-nacional-estadistica/pobreza>

UNICEF, Multiple Indicator Cluster Surveys , <https://mics.unicef.org/>

Ministerio de Salud Pública, Objetivos sanitarios nacionales 2030,
[https://www.gub.uy/ministerio-salud-
publica/comunicacion/publicaciones/objetivos-sanitarios-nacionales-2030](https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/objetivos-sanitarios-nacionales-2030)

Luces y sombras de la prevención de lesiones no intencionales,
[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-
12492023000301104](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492023000301104)

Encuesta Nacional de Lactancia, Prácticas de Alimentación y Anemia en menores de
24 meses
https://bibliotecaunicef.uy/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=227

Global Nutrition Report, 2022 [https://globalnutritionreport.org/reports/2022-global-
nutrition-report/](https://globalnutritionreport.org/reports/2022-global-nutrition-report/)

Encuesta de Nutrición, Desarrollo infantil y Salud (ENDIS 2018)
[https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-
social/comunicacion/publicaciones/encuesta-nutricion-desarrollo-infantil-salud-0](https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/encuesta-nutricion-desarrollo-infantil-salud-0)

OPS, Para crecer sanos, los niños tienen que pasar menos tiempo sentados y jugar
más [https://www.paho.org/es/noticias/24-4-2019-para-crecer-sanos-ninos-tienen-
que-pasar-menos-tiempo-sentados-jugar-mas](https://www.paho.org/es/noticias/24-4-2019-para-crecer-sanos-ninos-tienen-que-pasar-menos-tiempo-sentados-jugar-mas)

OMS, Directrices sobre actividad física, sedentarismo y sueño.
[https://www.who.int/es/news/item/24-04-2019-to-grow-up-healthy-children-need-
to-sit-less-and-play-more](https://www.who.int/es/news/item/24-04-2019-to-grow-up-healthy-children-need-to-sit-less-and-play-more)

Achenbach, T., & Rescorla, L. (2000). Manual for the ASEBA Preschool Forms &
Profiles. Research Center for Children, Youth, & Families - University of Vermont.

Evans, J., Myers, R., & Ilfeld., E. (2000). Early Childhood Counts. A Programming
Guide on Early Childhood Care for Development. Washington D.C: World Bank
Institute.

FAO. (2024). El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2024. <https://www.fao.org/publications/home/fao-flagship-publications/the-state-of-food-security-and-nutrition-in-the-world/es>

GEF/IECON. (2015). Salud, nutrición y desarrollo en la primera infancia en Uruguay, Primeros resultados de la Encuesta Nacional Desarrollo Infantil, Nutrición y Salud.

Landers, C., Mercer, R., Molina, H., & Eming Young, M. (2006). Desarrollo Integral en la Infancia: una Prioridad para la Salud. Manual de Desarrollo Temprano para Profesionales de la Salud.

MSP – RUANDI – UNICEF. (2019). Encuesta Nacional sobre estado nutricional, prácticas de alimentación y anemia. En niños menores de dos años usuarios de servicios de salud de los subsectores públicos y privados del Uruguay.

MSP. (2016). Guía Alimentaria para la población uruguaya. Obtenido de http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/MS_guia_web_0.pdf

MSP. (2017). Guía de Alimentación Complementaria para niños de 6 a 24 meses. Montevideo.

MSP. (2017). Norma Nacional de Lactancia Materna. Ordenanza Ministerial N° 62. Montevideo, Montevideo, Uruguay.

MSP. (2018). Recomendaciones para la prevención y el tratamiento de la deficiencia de hierro.

OMS, Indicators for assessing infant and young child feeding practices: definitions and measurement methods <https://www.who.int/publications/i/item/9789240018389>

The Lancet 2023, Breastfeeding: crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world, [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)01932-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)01932-8/fulltext)

Sociedad Argentina de Pediatría. (2017). Bebés, niños, adolescentes y pantallas: ¿qué hay. Arch Argent Pediatría, 115(4):404-408.

Sociedad Uruguaya de Pediatría. (2004). Pautas Guías de alimentación del niño preescolar y escolar. ArchPediatrUrug, 159-163.

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2010). *Multicultural Supplement to the Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles: Child Behavior Checklist for Ages 1 1/2-5, Language Development Survey, Caregiver-teacher Report Form; an Integrated System of Multi-informant Assessment*. University of Vermont, research center for children youth & families.

Alvarez-Nuñez, L., Gonzalez, M. & Vásquez-Echeverría, A. (2019). *Desarrollo Infantil EN: Núñez, Martínez, Garibotto (Comps). Primeros resultados de la Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud - Chorte 2018*. ENDIS / MIDES

Alvarez-Nuñez, L., González, M., & Vásquez Echeverría, A. (2018). *Propiedades psicométricas del ChildrenBehaviorCheckList (CBCL) - Versión 1 ½-5 en una muestra representativa uruguaya. Análisis de confiabilidad y validez utilizando datos de la ENDIS*. Montevideo, Uruguay.

Alvarez-Nuñez, L., González, M., Rudnitzky, F., & Vásquez-Echeverría, A. (2021). *Psychometric properties of the ASQ-3 in a nationally representative sample of Uruguay*. *Early Human Development*, 157, 105367.

González, M., Loose, T., Liz, M., Pérez, M., Rodríguez-Vinçon, J. I., Tomás-Llerena, C., & Vásquez-Echeverría, A. (2022). *School readiness losses during the COVID-19 outbreak. A comparison of two cohorts of young children*. *ChildDevelopment*, 93(4), 910-924.

Rescorla, L. A., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Harder, V. S., Otten, L., Bilenberg, N., ... Verhulst, F. C. (2011). *International Comparisons of Behavioral and Emotional Problems in Preschool Children: Parents' Reports from 24 Societies*. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(3), 456-467. <https://doi.org/10.1080/15374416.2011.563472>

Soto, C. J., & John, O. P. (2017). *Short and extra-short forms of the Big Five Inventory-2: The BFI-2-S and BFI-2-XS*. *Journal of Research in Personality*, 68, 69-81.

Squires, J., Bricker, D., & Twombly, E. (2002). *The ASQ:SE User's Guide: for the Ages & Stages Questionnaires: Social-Emotional*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.

Squires, J., Bricker, D., & Twombly, E. (2009). *Ages & stages questionnaires*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.

Vásquez-Echeverría, A., Alvarez-Nuñez, L., González, M., & Rudnitzky, F. (2020). Behavioural problems in a nationally representative sample of Uruguay. Characterisation of latent profiles by socioeconomic status, maternal depression and family violence. *Child Psychiatry & Human Development*, 51(5), 801-812.

Vásquez-Echeverría, A., Alvarez-Nuñez, L., Gonzalez, M., Loose, T., & Rudnitzky, F. (2022). Role of parenting practices, mother's personality and depressive symptoms in early child development. *Infant Behavior and Development*, 67, 101701.

Vásquez-Echeverría, A., Tomás, C., González, M., Rodríguez, J. I., Alvarez-Nuñez, L., Liz, M., ... & Lopez Boo, F. (2022). Developmental disparities based on socioeconomic status and sex: an analysis of two large, population-based early childhood development assessments in Uruguay. *Early Child Development and Care*, 192(12), 1857-1875.

Bryce J et al. (2008) Maternal and Child Under nutrition 4: Effective action at national level. *Lancet* , 371: 510–26.

Durán P. (2007) Anemia por deficiencia de hierro: estrategias disponibles y controversias por resolver. *Arch Argent Pediatr*, 105(6):488-490.

Child Protection Monitoring and Evaluation Reference Group: *Measuring violence against children: inventory and assessment of quantitative studies*, Nueva York: UNICEF, 2014.

Retamoso, Alejandro y Vernazza, Lucía, 2017. *Panorama de la violencia hacia la infancia en Uruguay*. UNICEF, 2017.

UNICEF et al. "Advancing Early Childhood Development: From Science to Scale". Resumen, *The Lancet*, 2016. https://www.thelancet.com/pb-assets/Lancet/stories/series/ecd/Lancet_ECD_Executive_Summary.pdf.

Shonkoff, J., y D. Phillips. *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. Washington, D.C.: National Academy Press, 2000; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Early Moments Matter*, Nueva York: UNICEF, 2017.

ECDI2030 Frequently Asked Questions <https://data.unicef.org/resources/early-childhood-development-index-2030-ecdi2030/>

