

NOTA TÉCNICA N° IDB-TN-03129

Primera infancia en Ecuador: avances, brechas y oportunidades

Julieth Parra-Hincapie
Marta Rubio-Codina

Banco Interamericano de Desarrollo
División de Protección Social y Mercados Laborales

Septiembre 2025



Primera infancia en Ecuador: avances, brechas y oportunidades

Julieth Parra-Hincapie
Marta Rubio-Codina

Banco Interamericano de Desarrollo
División de Protección Social y Mercados Laborales

Septiembre 2025

Catalogación en la fuente proporcionada por la
Biblioteca Felipe Herrera del
Banco Interamericano de Desarrollo

Habilidades para impulsar la sostenibilidad: aprendizajes desde América Latina
y el Caribe / María Victoria Anauati, María Fernanda Prada, Graciana Rucci,
Fabiola Saavedra-Caballero.

p. cm. — (Nota técnica del BID ; 3129)

Incluye referencias bibliográficas.

1. Energy transition-Latin America. 2. Energy transition-Caribbean Area. 3. Greenhouse gas mitigation-Latin America. 4. Greenhouse gas mitigation-Caribbean Area. 5. Human capital-Latin America. 6. Human capital-Caribbean Area. 7. Occupational training-Latin America. 8. Occupational training-Caribbean Area. I. Anauati, María Victoria. II. Prada, María Fernanda. III. Rucci, Graciana. IV. Saavedra-Caballero, Fabiola. V. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Mercados. VI. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Educación. VII. Serie.

IDB-TN-3129

Palabras clave: primera infancia, desarrollo infantil temprano, cuidado sensible y cariñoso, brechas socioeconómicas, calidad del ambiente del hogar, nutrición infantil, salud infantil, pobreza infantil, aprendizaje temprano.

Códigos JEL: I14, I24, I3, I32, J13, O15.

<http://www.iadb.org>

Copyright © 2025 Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons CC BY 3.0 IGO (<https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/igo/legalcode>). Se deberá cumplir los términos y condiciones señalados en el enlace URL y otorgar el respectivo reconocimiento al BID.

En alcance a la sección 8 de la licencia indicada, cualquier mediación relacionada con disputas que surjan bajo esta licencia será llevada a cabo de conformidad con el Reglamento de Mediación de la OMPI. Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la Comisión de las Naciones Unidas para el Derecho Mercantil (CNUDMI). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones que forman parte integral de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta obra son exclusivamente de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del BID, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.



Primera infancia en Ecuador: avances, brechas y oportunidades

Julieth Parra-Hincapie, Marta Rubio-Codina ⁱ

Septiembre de 2025

Resumen

Ecuador ha desarrollado en los últimos años un esfuerzo sostenido para medir con representatividad nacional la situación de la primera infancia y los factores que afectan su desarrollo. Este proceso inició con la ENSANUT 2018-19 y continuó con las dos primeras rondas de la ENDI en 2022-23 y 2023-24. Además de la información sobre salud, nutrición y condiciones socioeconómicas de los hogares de niños menores de cinco años, estas encuestas incluyen un módulo de desarrollo infantil que recoge información sobre oportunidades de juego y aprendizaje en el hogar, prácticas de disciplina infantil, sintomatología depresiva del cuidador principal y el nivel de vocabulario del niño, usado como proxy del desarrollo infantil global. Este documento aprovecha esta información para hacer seguimiento integral a la evolución de la primera infancia entre 2018 y 2024, así como a las brechas existentes entre los niños en hogares en distinta situación socioeconómica. Los resultados muestran avances en vacunación, atención prenatal, reducción de la desnutrición crónica y acceso a servicios para la primera infancia; pero también una menor disponibilidad de materiales y oportunidades de juego en el hogar, junto con desigualdades persistentes en el desarrollo del lenguaje. Un análisis de mediación revela que la educación materna y las oportunidades de juego en el hogar tienen un papel central en explicar la brecha en el desarrollo del lenguaje.

Palabras clave: primera infancia, desarrollo infantil temprano, cuidado sensible y cariñoso, brechas socioeconómicas, calidad del ambiente del hogar, nutrición infantil, salud infantil, pobreza infantil, aprendizaje temprano.

Códigos JEL: I14, I24, I3, I32, J13, O15.

ⁱ Parra-Hincapie, Consultora; Rubio-Codina, Especialista Líder en Desarrollo Infantil, División de Protección Social y Mercados Laborales (SCL/SPL), Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Contenido

Primera infancia en Ecuador: avances, brechas y oportunidades.....	1
Resumen.....	1
1. Introducción	3
2. Datos y métodos	4
2.1. Fuentes de información.....	4
2.2. Indicadores	6
3. Contexto de la primera infancia en el país.....	10
4. Resultados.....	11
4.1. Buena salud	11
4.2. Nutrición adecuada	15
4.3. Atención responsiva.....	18
4.4. Oportunidades de aprendizaje	19
4.4.1. Oportunidades de aprendizaje en el hogar	19
4.4.2. Acceso a servicios de cuidado y de educación inicial.....	22
4.5. Protección y seguridad.....	25
4.6. Desarrollo infantil	28
6. Conclusiones	35
Referencias	37
Anexo 1. Indicadores.....	42
Anexo 2. Validación de los datos de desarrollo del lenguaje	46
Anexo 3. Resultados desagregados.....	47
Anexo 4. Resultados adicionales del ejercicio de mediación	55

1. Introducción

Los primeros años de vida son cruciales para el desarrollo de habilidades cognitivas, físicas y emocionales. Las experiencias biológicas y psicosociales en esta etapa crítica juegan un papel decisivo en el desarrollo cerebral; pero pueden verse afectadas por factores adversos como la pobreza, condiciones inadecuadas de la vivienda, desnutrición crónica, anemia o la falta de interacciones de calidad y de oportunidades de juego con los cuidadores (Walker et al., 2011). Estos factores de riesgo afectan desproporcionadamente el desarrollo de los niños más vulnerables, lo que genera rezagos tempranos y persistentes en el tiempo, que profundizan las desigualdades desde el nacimiento.

Numerosos estudios han documentado la existencia de fuertes brechas en el desarrollo infantil en América Latina, las cuales emergen en los primeros años de vida y se amplían durante la infancia (Rubio-Codina et al., 2015; Schady et al., 2015). Por ejemplo, un estudio longitudinal realizado en Bogotá-Colombia evidenció la aparición de brechas en el desarrollo cognitivo y del lenguaje tan pronto como al primer año de vida, las cuales crecieron entre los 31 y 42 meses (Rubio-Codina et al., 2015) y siguieron aumentando entre los 6 y 8 años, edades en las que se midió el coeficiente intelectual de los niños y su desempeño académico (Rubio-Codina & Grantham-McGregor, 2019). Estas desigualdades en el desarrollo infantil en la primera infancia son resultado de los múltiples factores de riesgo asociados a la vulnerabilidad socioeconómica mencionados anteriormente. Sin embargo, los datos muestran que factores protectores como la educación materna y las oportunidades de aprendizaje en el hogar —por ejemplo, la disponibilidad de materiales y actividades de juego— pueden ayudar a mitigar estas brechas (Rubio-Codina et al., 2016; Rubio-Codina & Grantham-McGregor, 2019).

Durante los primeros años de vida es necesario asegurar un cuidado sensible y cariñoso, entendido como un ambiente estable y seguro que satisfaga las necesidades de salud y nutrición del niño, le proteja contra posibles peligros (factores de riesgo), y que ofrezca oportunidades de aprendizaje e interacciones cálidas y receptivas (Britto et al., 2017). Este cuidado sensible y cariñoso abarca múltiples ámbitos: el hogar y la familia, los centros de atención infantil y los prescolares, o la comunidad, y se refuerza con intervenciones de política pública que permitan abordar los múltiples riesgos que amenazan el desarrollo potencial y el bienestar de los niños (Britto et al., 2017). Sobre la base de esta evidencia, en 2018 la OMS y UNICEF desarrollaron el Marco de Cuidado Sensible y Cariñoso, que establece una hoja de ruta multisectorial para promover un entorno estable, sensible y cariñoso que permita a los niños prosperar y desarrollar su potencial (WHO & UNICEF, 2022).

No obstante, diseñar intervenciones ajustadas a las necesidades de la primera infancia requiere también contar con información detallada, periódica y representativa sobre el desarrollo de niñas y niños desde sus primeros años, así como de las características de su entorno y del cuidado que reciben. La falta de mediciones sistemáticas, confiables, con validez predictiva y comparables suele ser una limitación crítica para mejorar la situación de los niños (Rubio-Codina & Grantham-McGregor, 2020).

Ecuador representa una excepción a esta falta de información: desde 2018 mide la situación de la primera infancia, primero, con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2018-19) y, posteriormente, con las dos primeras rondas de la Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil (ENDI 2022-23 y 2023-24). Estas encuestas, representativas a nivel nacional, incorporan módulos de condiciones socioeconómicas del hogar, salud materno-infantil, nutrición y desarrollo infantil temprano, por lo que representan un hito único en la región.

Este documento aprovecha la rica información disponible en estas tres encuestas para ofrecer una visión integral de la situación de la primera infancia en Ecuador en los últimos cinco años. Para ello, se calculan indicadores en las cinco dimensiones del cuidado sensible y cariñoso: salud, nutrición, protección y seguridad, oportunidades de aprendizaje y atención responsiva; así como los resultados en desarrollo infantil, empleando como *proxy* el nivel de desarrollo del lenguaje, reconocido por su alta correlación con pruebas de desarrollo infantil global (Rubio-Codina et al., 2016) y su capacidad predictiva de desempeño académico futuro (Rubio-Codina & Grantham-McGregor, 2020). Se explora la evolución de estos indicadores entre 2018 y 2024 y la de su brecha socioeconómica, entendida como la diferencia en el valor del indicador para la población en el 20% más pobre y el 20% más rico de la distribución de ingresos. Los resultados muestran avances hacia un cuidado sensible y cariñoso para los niños menores de cinco años, pero con disparidades socioeconómicas persistentes.

2. Datos y métodos

2.1. Fuentes de información

La ENSANUT 2018-19 y las dos rondas de la ENDI son representativas a nivel nacional, zona urbana y rural, y nivel provincial. Utilizan un diseño muestral probabilístico, bietápico y estratificado (INEC, 2023), lo que facilita la comparación de indicadores entre las tres mediciones.

Sin embargo, existen diferencias metodológicas relevantes entre el diseño de la ENSANUT y el de la ENDI. La ENSANUT 2018-19 ('ENSANUT', de ahora en adelante) cubre la totalidad de grupos poblacionales, con diferentes poblaciones

objetivo (INEC, 2019);¹ en tanto que la ENDI se concentra exclusivamente en los niños menores de cinco años (INEC, 2024a). La principal implicación de esta diferencia es que la muestra de la ENSANUT incluye viviendas con y sin niños menores de 5 años, mientras que la ENDI solo incluye viviendas con niños de 0 a 59 meses. Así, para asegurar la comparabilidad entre las dos encuestas, el INEC recalculó los factores de expansión de la ENSANUT replicando el mismo procedimiento de selección que en la ENDI —esto es, considerando únicamente las viviendas con niños menores de cinco años (INEC, 2023a).² Otras diferencias relevantes tienen que ver con el período y el método de recolección. La ENSANUT se recogió en papel y en dos períodos de dos meses cada uno, entre noviembre y diciembre de 2018 y entre junio y julio de 2019, mientras que la ENDI se recolectó empleando dispositivos móviles y de forma continua durante 12 meses. La primera ronda de la ENDI se recogió entre julio de 2022 y julio de 2023 (ENDI 2022-23) y la segunda ronda entre julio de 2023 y agosto de 2024 (ENDI 2023-24), con una interrupción en abril que implicó que terminara un mes después de lo planeado. Por otro lado, el período de enlistamiento fue más breve en la ENDI, de 2 meses, que en la ENSANUT, que fue de hasta 8 meses.³ INEC (2023) presenta más detalles acerca de las diferencias entre la ENSANUT y la ENDI.

En cuanto al módulo de desarrollo infantil, en la ENDI se recogió una versión más corta que la aplicada en la ENSANUT, si bien cuenta con suficiente información para estimar indicadores sobre oportunidades de juego y aprendizaje en el hogar, estrategias de disciplina, salud mental materna y desarrollo del lenguaje. Además, en la ENSANUT se aplicó el módulo a un niño menor de 5 años en todos los hogares de la muestra, mientras que en la ENDI se administró únicamente en la mitad de los hogares, específicamente aquellos visitados durante el segundo semestre de recolección de información de cada ronda: entre enero y julio de 2023 para la primera ronda y entre enero y agosto de 2024 para la segunda ronda. En consecuencia, el módulo de desarrollo infantil no permite desagregaciones a nivel provincial.

El análisis en este documento emplea datos en los módulos de: (i) *hogar*, con la información sociodemográfica y antropométrica; (ii) *mujer en edad fértil*, que incluye preguntas sobre salud de la niñez y lactancia materna; y (iii) *desarrollo infantil*. La muestra final para el análisis comprende 19.829 niños en la ENSANUT 2018-19,

¹ Las poblaciones objetivo de la ENSANUT son: (i) mujeres en edad fértil, de 10 a 49 años; (ii) niños menores de 5 años; (iii) niños entre 5 y 11 años; (iv) adolescentes de 5 a 17 años; (v) personas mayores a 10 años; y (vi) hombres mayores a 12 años.

² En el enlace <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/ensanut-ajustada-2018/> se encuentra la versión de la ENSANUT 2018-19 con el factor de expansión ajustado. Más detalles sobre la metodología se encuentran en (INEC, 2023).

³ Períodos más largos de enlistamiento pueden tener implicaciones en la edad de los niños de la muestra al dificultar la inclusión de niños más pequeños. Los niños que nacen después del enlistamiento no son incluidos en la muestra.

22.260 niños en la primera ronda de la ENDI y 23.187 niños en la segunda ronda. Los tamaños de muestra para el módulo de desarrollo infantil fueron, respectivamente, de 16.078, 9.844 y 9.836 niños menores de cinco años.⁴

2.2. Indicadores

Se tomó la lista de indicadores trazadores del Marco de Cuidado Sensible y Cariñoso de UNICEF y la OMS (OMS & UNICEF, 2019, p. 23), con algunas adaptaciones según disponibilidad de información y los estándares, normativas y particularidades del contexto ecuatoriano. El Marco de Cuidado Sensible y Cariñoso de UNICEF y la OMS ofrece una guía basada en evidencia sobre las políticas e intervenciones que permiten ofrecer una atención integral, mitigar los riesgos y favorecer la protección del desarrollo infantil en los primeros años de vida (WHO & UNICEF, 2022). Los indicadores seleccionados se agrupan en las siguientes dimensiones: (i) buena salud, (ii) nutrición adecuada, (iii) oportunidades de aprendizaje, (iv) atención responsiva y (v) protección y seguridad, los cuales se complementan con indicadores específicos de desarrollo del lenguaje. En el Anexo 1 se presenta con detalle la lista de indicadores, su definición y método de cálculo.⁵

Para la dimensión **de buena salud** se emplearon indicadores que miden la cobertura de servicios de salud esenciales desde la gestación y en los primeros años de vida del niño. Estos incluyen el porcentaje de niños cuya madre recibió al menos cinco controles prenatales, que es el mínimo recomendado por el Ministerio de Salud Pública de Ecuador (MSP, 2015), así como la cobertura de atención posparto en los primeros siete días después del parto, según la Norma del MSP (MSP, 2013). La inmunización se midió a través de la cobertura de tres vacunas trazadoras: neumococo, rotavirus y sarampión, calculada como el porcentaje de niños con todas las dosis aplicadas oportunamente según el carné de vacunación y el esquema de inmunización del país. También se estimó la prevalencia de Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs) y Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAs), considerando la presencia de algún síntoma de estas enfermedades en las dos semanas previas a la entrevista (PUCE et al., 2018). Por último, se incluyó el porcentaje de niños con síntomas de IRA que recibieron atención médica, siguiendo el método de cálculo sugerido por la OMS (WHO, n.d.-a), y lo mismo se hizo para los niños que tuvieron síntomas de EDA.⁶

⁴ Estos tamaños muestrales no incluyen la información de la provincia de Galápagos. La recolección de la ENDI requirió un proceso de muestreo diferente porque no se podía efectuar la fase de enlistamiento ni tener los encuestadores durante los 12 meses. Por tanto, la información de esta provincia no es comparable con el resto de la encuesta y requiere un análisis individualizado que omitimos en este documento.

⁵ Los indicadores y sus intervalos de confianza se calcularon empleando el software Stata 18.0.

⁶ Lo ideal sería medir si los niños que tuvieron diarrea en las últimas dos semanas recibieron sales de rehidratación oral, pero esto solo se mide en la ENSANUT 2018-19, por lo que se calculó un indicador de accesibilidad al tratamiento, similar al calculado con las IRAs.

En la dimensión **de nutrición adecuada** se incluyeron indicadores que permitieran monitorear tanto la adopción de prácticas nutricionales adecuadas, como la prevalencia de problemas nutricionales. En primer lugar, se midió la lactancia materna exclusiva en niños menores de seis meses y la diversidad alimentaria mínima en niños de 6 a 23 meses, siguiendo indicadores estándar sobre prácticas de nutrición (WHO & UNICEF, 2021a). También se calculó la prevalencia de desnutrición crónica infantil (DCI), medida por el retraso en talla para la edad para los niños menores de 2 años y para los menores de 5 años; entendida como un puntaje Z de talla para la edad inferior a -2 desviaciones estándar siguiendo los lineamientos de la OMS.⁷ Finalmente, se midió la prevalencia de anemia en niños de 6 a 59 meses, determinada por los niveles de hemoglobina ajustados por la altitud sobre el nivel del mar siguiendo la metodología de cálculo del INEC (2024f).

Para la dimensión **de atención responsiva** se incluyeron dos indicadores que reflejan la negligencia en el cuidado y la sensibilidad del cuidador hacia las necesidades físicas y emocionales del niño. El indicador de negligencia en el cuidado mide el porcentaje de niños que fue dejado solo o al cuidado de otro niño menor de 10 años por más de una hora en los últimos 7 días, siguiendo las preguntas empleadas en las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS, por sus siglas en inglés) de UNICEF. Además, se incluyó un indicador de sintomatología depresiva de la madre o cuidador principal, para el cual se empleó el cuestionario PHQ-8 que cuenta con ocho preguntas sobre la frecuencia de sintomatología depresiva en los últimos 7 días. Este instrumento fue validado por Schantz et al. (2017) frente a la escala CES-D (*Center for Epidemiologic Studies-Depression scale*), en una muestra de pacientes de Bolivia, demostrando alta especificidad y adecuación para su uso en la región andina.

En el componente de **oportunidades de aprendizaje** se midió la disponibilidad de variedades de materiales de juego, la realización de actividades de juego con los cuidadores en el hogar y la asistencia a servicios formales de cuidado y educación inicial. Para las oportunidades de aprendizaje en el hogar se siguieron los *Family Care Indicators* (FCI; Kariger et al., 2012), los cuales se emplean en las MICS y miden: (i) la disponibilidad de libros infantiles; (ii) la variedad de juguetes con los que juegan los niños dentro de cinco categorías: objetos para armar o construir, objetos y juguetes para identificar texturas, formas o colores, muñecos y objetos para juegos de roles, artículos electrónicos, o libros infantiles; y (iii) la realización de

⁷ Los indicadores antropométricos se calcularon con la Sintaxis provista por el INEC, la cual sigue la metodología estándar de cálculo de la OMS y está disponible en el micrositio de la ENDI: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/encuesta-nacional-desnutricion-infantil/>. Cabe notar que las cifras originales de DCI de la ENSANUT 2018-19 no cumplían con las recomendaciones emitidas en 2019 por la OMS por lo que sobreestimaban la DCI para la población menor de dos años (INEC, 2023b). En consecuencia, INEC elaboró una metodología para la imputación de la variable en niños menores de 2 años (INEC, 2024e). En este documento, se emplea la variable imputada.

actividades de juego con algún cuidador mayor de 15 años en el hogar, para lo cual se consideran siete tipos de actividades: leer libros, contar historias, cantar, salir de paseo, jugar, dibujar, o nombrar objetos. También se midió la participación específica del padre o la madre en estas actividades de juego. Adicionalmente, se consideraron indicadores sobre el acceso a servicios para la primera infancia de acuerdo con la oferta institucional del país para cada grupo de edad. Así, se calculó el porcentaje de niños que va a algún servicio formal, la cobertura de los servicios del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES): Centros de Desarrollo Infantil (CDI) en niños de 12 a 35 meses o Creciendo con Nuestros Hijos (CNH) en niños menores de 36 meses, y la cobertura de educación inicial ofrecida por el Ministerio de Educación (MINEDUC) a niños de 36 a 59 meses.

En la dimensión de **protección y seguridad** se midieron aspectos relacionados con la vulnerabilidad infantil, como la falta de saneamiento en el hogar, inscripción en el registro civil o uso de prácticas de disciplina que implican maltrato físico o psicológico. La pobreza se mide como el porcentaje de niños en hogares con ingreso per cápita por debajo de la línea de pobreza nacional, siguiendo la metodología del INEC;⁸ mientras que como saneamiento adecuado se considera el manejo adecuado de los servicios sanitarios, adaptando los lineamientos de la OMS al contexto ecuatoriano (WHO, n.d.-b). Por su parte, el uso de prácticas de disciplina negativa que implican maltrato físico o psicológico se basa en el módulo de disciplina infantil de las MICS, el cual considera 13 preguntas sobre prácticas positivas, violentas y no violentas para responder a o redireccionar cualquier comportamiento problemático de los niños de 12 a 59 meses.⁹

La última sección de resultados presenta la brecha socioeconómica en desarrollo del lenguaje y cómo se relaciona el desarrollo del lenguaje con los factores protectores y de riesgo del desarrollo considerados, en el marco del cuidado sensible y cariñoso. Para la medición del nivel de desarrollo del lenguaje se utilizaron instrumentos validados y que se correlacionan muy bien con la prueba Bayley-III, considerada como el 'gold standard' en la medición del desarrollo infantil global (Rubio-Codina et al., 2016); y que han demostrado ser predictivos del desempeño académico y el coeficiente intelectual a los 6-8 años (Rubio-Codina & Grantham-McGregor, 2020). Así, se emplearon los tres inventarios de 50 palabras de MacArthur-Bates para los grupos de 12 a 18 meses, 19 a 31 meses y 31 a 42 meses, los cuales miden el número de palabras que dice el niño según el reporte del

⁸ La línea de pobreza es el ingreso mínimo disponible que necesita una persona para no ser considerada pobre y se actualiza mensualmente mediante el IPC. Como referencia, este valor fue de USD84,79 en diciembre de 2018, USD88,72 en diciembre de 2022 y de USD90,08 en diciembre de 2023 (INEC, 2025).

⁹ El cuestionario también incluye una sección de disciplina infantil con 9 preguntas para cuidadores de niños menores de 1 año. Los resultados del uso de prácticas de disciplina con este grupo de edad no se incluyeron porque los indicadores estimados presentan coeficientes de variación muy altos y son, por tanto, poco confiables. De cualquier modo, la tendencia indica un bajo uso de prácticas de disciplina que implican maltrato físico o psicológico en niños menores de un año.

cuidador principal, generalmente la madre (Jackson-Maldonado et al., 2003; 2012).^{10,11} Para los niños de 43 a 59 meses se empleó el Test de Vocabulario en Imágenes Peabody (TVIP; Dunn et al., 1986), que mide la comprensión del vocabulario y se administra directamente al niño.¹² En la ENSANUT 2018-19 se aplicaron las primeras 81 palabras del TVIP, en la primera ronda de la ENDI se aplicaron 100 y en la segunda se aplicaron todas las 125 palabras incluidas en la prueba. Para mantener la comparabilidad, se utilizaron las primeras 81 palabras en las tres mediciones.¹³

BID et al. (2022) presentan un análisis detallado de la confiabilidad y validez de la información de desarrollo del lenguaje que se levantó por primera vez con representatividad nacional en Ecuador en 2018-19, así como antecedentes de la aplicación de estas pruebas en encuestas nacionales y en el país. Estos resultados mostraron niveles de confiabilidad altos y correlaciones positivas y esperables con características socioeconómicas y educativas del hogar. Estos análisis se replicaron con la información de la primera y la segunda ronda de la ENDI, confirmando los altos niveles de confiabilidad (Alfa de Cronbach superiores a 0,87) y correlaciones positivas con la edad del niño y con características socioeconómicas como la educación materna y el nivel de ingresos (ver Anexo 2).

Este documento se enfoca en la evolución de los indicadores descritos en tres momentos del tiempo: 2018-19, 2022-23 y 2023-24,¹⁴ así como en las brechas socioeconómicas, definidas como la diferencia entre el 20% más pobre (primer quintil o Q1) y el 20% más rico (quinto quintil o Q5) de la distribución de ingreso per cápita del hogar. Si bien, por simplicidad, solo se presentan gráficamente los valores del quintil más rico y el más pobre para el último período (2023-24), en el Anexo 3 se presentan los valores para cada uno de estos quintiles y la brecha existente en

¹⁰ Tal como se menciona en BID et al. (2022), los inventarios de 50 palabras fueron desarrollados a partir de las versiones de 100 palabras y que originalmente se pilotearon en México para la ENSANUT 2018 de dicho país.

¹¹ Para los niños de 12 a 18 meses se pregunta, para cada palabra, si el niño: (i) la dice y la entiende, (ii) la entiende, pero no la dice, o (iii) ni la entiende ni la dice. Así, para este rango etario se puede calcular tanto el número de palabras que el niño dice como el número de palabras que el niño entiende. En la ENSANUT 2018-19 se descartó emplear el inventario de Entiende porque para el 18,3% de los niños se reportó que entendían todas las palabras (BID et al., 2022). Sin embargo, el porcentaje de niños con respuestas extremas para este inventario —y los demás— es muy bajo en las dos rondas de la ENDI, lo que pudo deberse a mayor capacitación en esta encuesta y a la instrucción de corroborar con la madre o preguntar un ejemplo si esta respondía que entiende varias palabras consecutivas. Por tanto, no se emplea este inventario en las comparaciones con la ENSANUT 2018-19.

¹² El TVIP se había aplicado en Ecuador con anterioridad a la ENSANUT para la evaluación del Bono de Desarrollo Humano (BID et al., 2022).

¹³ La diferencia entre los puntajes con todos los ítems y restringiendo la medición a 81 palabras es muy pequeña. En la primera ronda de la ENDI, el puntaje crudo promedio utilizando 100 ítems es de 30,25 mientras que truncándolo a 81 ítems es de 30,15. En la segunda ronda, el puntaje crudo promedio empleando 125 ítems es de 29,52 y empleando solo 81 es de 29,44.

¹⁴ En el caso de la ENDI, los indicadores de desarrollo del lenguaje, variedades de materiales de juego, actividades de juego, sintomatología depresiva materna y disciplina infantil corresponden a 2023 para la primera ronda y 2024 para la segunda ronda ya que, como indicado, el módulo de desarrollo infantil solo se recogió durante el segundo semestre de recolección de la encuesta.

los tres momentos del tiempo. El cálculo de estas brechas permite evidenciar la existencia o no de desigualdades críticas en los factores de riesgo y protectores del desarrollo infantil temprano. En el Anexo 3 también se presentan desagregaciones en los indicadores de interés según zona de residencia (urbano, rural), región (Sierra, Costa y Amazonia), o etnia indígena o mestiza, las cuales permiten ver otras dimensiones y magnitudes de las desigualdades. Dicho esto, por cuestiones de espacio, en este documento se hace referencia a aquellas desagregaciones para las cuales se ven diferencias grandes y significativas en cuidado y atención de los niños.

3. Contexto de la primera infancia en el país

Según el Censo de Población y Vivienda de 2022, en Ecuador residen 1,29 millones de niños menores de cinco años, los cuales representan el 7,6% de la población nacional.¹⁵ De ellos, 518 mil viven en áreas rurales y 775 mil en zonas urbanas. Notablemente, la proporción de niños viviendo en zonas rurales, del 40,1%, supera la media nacional del 36,9%. Esto puede estar relacionado con los cambios en las dinámicas demográficas en el país que muestran una mayor tasa de natalidad en zonas rurales; por ejemplo, la tasa de natalidad por provincia más alta se da en Orellana, una zona predominantemente rural en la Amazonía, con 21,97 nacidos vivos por cada 1.000 habitantes en 2023, mientras que la más baja se dio en Pichincha, en la Sierra, donde se encuentra la capital Quito, que es más urbana y que tuvo 10,19 nacidos vivos por cada 1.000 habitantes (INEC, 2024d).

La información del censo muestra que, del total de niños menores de cinco años, el 10,7% (138 mil) se identifica como indígena, el 6,7% como afrodescendiente y el 7,3% como montubio. Los niños están expuestos de manera desproporcionada a una mayor vulnerabilidad socioeconómica: el 19,2% de los niños menores de cinco años viven en un hogar en situación de pobreza extrema y el 40,8% en pobreza, comparado con el 7,6% y el 20% de los adultos mayores de 18 años, respectivamente.¹⁶ En números absolutos, esto equivale a 588 mil niños en hogares en situación de pobreza y a 277 mil en situación de pobreza extrema, con las consecuencias que ello puede desencadenar en cuanto a menor acceso a servicios básicos, alimentación adecuada, condiciones precarias de la vivienda, etc. Ahora bien, esta situación no es exclusiva de Ecuador: a nivel global, el 18,2% de los niños

¹⁵ La información del censo de 2022 puede consultarse en: <https://www.censoecuador.gob.ec/>

¹⁶ Las cifras corresponden a junio de 2024 y se calcularon con la Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU). La pobreza en el país venía recuperando los valores de antes de la pandemia, aunque tuvo un revés en diciembre de 2024. En junio de 2019 la incidencia de la pobreza era del 25,5% y la de la pobreza extrema del 9,5%; cifras que aumentaron al 33% y al 15,4%, respectivamente, para diciembre de 2020. Para junio de 2024, la incidencia de la pobreza es del 25,5% y la de la pobreza extrema del 10,6%, muy cercanos a los niveles de antes de la pandemia; aunque para diciembre de 2024 las cifras aumentaron, llegando al 28% y 12,7%, respectivamente.

de 0 a 4 años vive en pobreza, frente al 6,4% de los adultos (Salmerón -Gómez et al., 2023).

4. Resultados

4.1. Buena salud

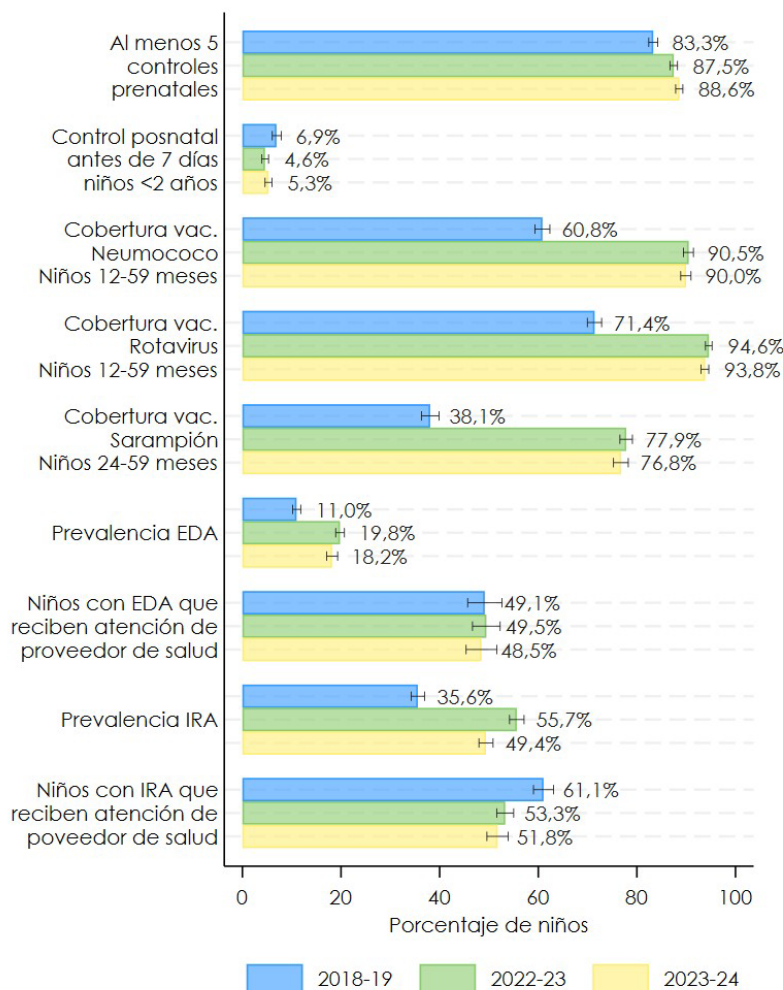
El desarrollo y el bienestar de los niños depende de la salud tanto del niño como de la madre durante la gestación. Ecuador ha tenido avances en la reducción de la mortalidad infantil y en los resultados en salud, si bien ha habido un estancamiento después de la pandemia. La tasa de mortalidad infantil se redujo de 17 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en el 2000 a 9,1 en 2020, con un leve aumento a 9,7 en 2023. En paralelo, la mortalidad neonatal pasó de 8,2 por 1.000 nacidos vivos en 2000 a 5,4 en 2020 y a 5,8 en 2023 (INEC, 2024c). Además, se ha fortalecido la atención prenatal y la cobertura de inmunización, aunque la incidencia de enfermedades como las IRAs y EDAs ha aumentado y se mantienen los hogares más pobres rezagados en la atención en salud.

La atención prenatal mejoró en los últimos cinco años, pero la brecha entre el quintil más pobre y el más rico no ha cambiado. El porcentaje de niños cuya madre recibió al menos cinco controles prenatales aumentó cinco puntos porcentuales entre 2018-19 y 2023-24, pasando del 83,3% al 88,6% en ese período (Figura 1).¹⁷ Sin embargo, la brecha socioeconómica se ha mantenido estadísticamente inalterada y por encima de los 12 puntos porcentuales; es decir, en 2023-24 solo el 83% de los niños en el quintil más pobre tuvieron una madre con atención prenatal completa, en comparación con el 95,2% de los niños en el quintil más rico (Figura 2). Durante el embarazo, una atención prenatal integral debe permitir la detección y prevención temprana de complicaciones, promover la salud materna y fetal, además de brindar educación integral y apoyo psicosocial y, en general, asegurar las mejores condiciones de salud para la madre y el bebé y promover una experiencia positiva durante el embarazo (WHO, 2016).

La cobertura de la atención posnatal oportuna continua en niveles bajos y se redujo entre la ENSANUT y las dos rondas de la ENDI, siendo esta reducción más pronunciada en el quintil más alto. En 2023-24, el 5,3% de los niños menores de dos años y sus madres asistieron a control posnatal en la primera semana después del parto, cifra que se redujo con respecto al 6,9% reportado en 2018-19 (Figura 1). Los cambios en la cobertura de atención posnatal oportuna se han dado sobre todo en el quintil más rico, para el cual se redujo del 8% al 4,3% en el mismo periodo, dando como resultado una brecha de 2,3 puntos porcentuales a

¹⁷ De acuerdo con el MSP, es recomendable que la primera visita de control prenatal se realice antes de la semana 12 de gestación y que se efectúen al menos cinco controles prenatales durante todo el embarazo.

Figura 1. Evolución de los indicadores de buena salud



Nota: Elaboración con información de la ENSANUT 2018-19, ENDI Ronda 1 (2022-23) y Ronda 2 (2023-24)

favor de los niños más pobres en 2023-24. La atención posnatal oportuna es fundamental para monitorear riesgos de morbilidad y mortalidad que son evitables: en 2023, más de la mitad de las muertes infantiles antes del primer año de edad fueron el resultado de afecciones originadas en el período perinatal (INEC, 2024b). El control posnatal permite evaluar la recuperación de la madre, promover la lactancia y otras prácticas saludables, o prevenir y detectar infecciones o complicaciones tanto de la madre como del recién nacido (WHO, 2022).

Las coberturas de vacunación aumentaron considerablemente en los últimos cinco años, pero la brecha socioeconómica se amplió. En 2023-24 el 90% de los niños entre 12 y 59 meses recibieron las tres dosis de la vacuna contra el Neumococo antes de cumplir el primer año, lo que representa una mejora significativa y de casi 30 puntos porcentuales frente a la cobertura del 60,8% en 2018-19 (Figura 1).¹⁸ Sin embargo, la mejora ha sido mayor entre los niños del quintil más rico, dando lugar a una brecha de 8,6 puntos porcentuales en la

¹⁸ De acuerdo con el Esquema Nacional de Vacunación del Ecuador de 2021, el esquema vigente, la tercera dosis de Neumococo Conjugada debería aplicarse al sexto mes de edad (MSP, 2021).

cobertura de esta vacuna.¹⁹ Esta vacuna es muy importante por proteger a los niños de infecciones como la meningitis, la septicemia, neumonía, sinusitis o la otitis media (WHO, 2019).

De manera similar, el porcentaje de niños de 12 a 59 meses que recibieron las dos dosis de vacunación contra el Rotavirus aumentó del 71,4% en 2018-19 al 93,8% en 2023-24 (Figura 1);²⁰ en tanto que la brecha socioeconómica pasó de no ser estadísticamente significativa a dar cuenta de una diferencia de 4,9 puntos porcentuales entre la cobertura para el quintil más bajo y el más rico. Esta vacuna ayuda a prevenir la diarrea grave y la deshidratación que el Rotavirus puede provocar en los niños menores de cinco años (WHO, 2021). Por último, la cobertura de vacunación contra el sarampión para niños de 24 a 59 meses se duplicó entre 2018-19 y 2023-24,²¹ pasando del 38,1% al 76,8% (Figura 1). Al mismo tiempo, la brecha entre el quintil más pobre y el quintil más rico pasó de no ser significativa a evidenciar una diferencia de 11 puntos porcentuales en 2023-24. El sarampión es una de las enfermedades más contagiosas y puede provocar brotes masivos (convirtiéndose en un problema de salud pública), complicaciones serias e incluso mortalidad. De ahí la importancia de la vacunación oportuna para evitar contraerla o contagiarla (OMS, 2024b)

Datos de registros administrativos, basados en el número de dosis aplicadas, parecieran ser consistentes con una mejora generalizada en los indicadores de vacunación entre 2018 y 2023. La cobertura de la tercera dosis de neumococo aumentó del 85% al 96% (WHO & UNICEF, 2024b); la de la segunda dosis de rotavirus pasó del 85% al 96% (WHO & UNICEF, 2024c) y la de la segunda dosis de sarampión creció del 74% al 81% (WHO & UNICEF, 2024a). En contraste, estimaciones de UNICEF y la OMS muestran reducciones en la cobertura de la tercera dosis de neumococo, que pasó del 85% al 71%; en la de la segunda dosis de rotavirus, que bajó del 85% al 73%; y en la de la segunda dosis del sarampión, que descendió del 74% al 60% (WHO & UNICEF, 2024b, 2024c, 2024a).

Las discrepancias entre indicadores, o incluso los fuertes incrementos entre la ENSANUT y la ENDI, pueden deberse a errores de medición o diferencias en la forma de recoger la información entre las encuestas, aunque los cuestionarios sean iguales. También puede deberse a diferencias en la metodología de medición con

¹⁹ La cobertura de vacunación contra el Neumococo en el quintil más pobre pasó del 61,7% al 85,1% entre la ENSANUT 2018-19 y la ENDI 2023-24, mientras que para el quintil más rico aumentó del 57,7% al 93,8% en el mismo período.

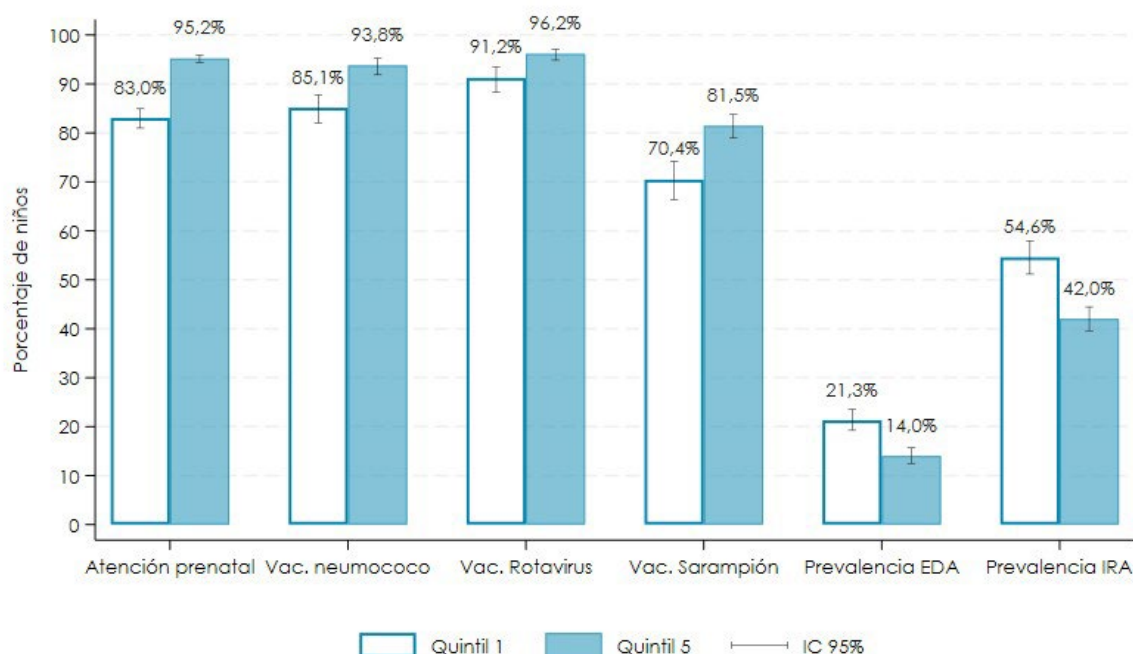
²⁰ La segunda dosis de Rotavirus debe aplicarse al cuarto mes de edad de acuerdo con el esquema de vacunación vigente (MSP, 2021).

²¹ De acuerdo con el esquema vigente, la primera dosis de la vacuna contra el sarampión se debería aplicar a los 12 meses y la segunda a los 18 meses de edad (MSP, 2021).

registros administrativos. Tal como se indica en el Anexo 1, para este reporte se empleó únicamente la información del carné de vacunación, lo que puede no capturar con exactitud todas las dosis administradas y diferir de las coberturas oficiales.

De cualquier forma, en su conjunto, los datos evidencian mejoras en las coberturas de vacunación en Ecuador en los últimos cinco años, aunque con desafíos persistentes para lograr una cobertura más equitativa.

Figura 2. Diferencias en los indicadores de buena salud entre el quintil más rico y el más pobre, segunda ronda de la ENDI



Fuente: ENDI Ronda 2 (2023-24).

La prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) aumentó entre la ENSANUT y las dos rondas de la ENDI, en tanto que la atención por parte de un proveedor de salud por EDAs solo ha aumentado en el quintil más alto. El porcentaje de niños con EDA aumentó del 11% en 2018-19 al 19,8% en 2022-23 y se redujo ligeramente a 18,2% en 2023-24, si bien esta reducción no fue significativa (Figura 1). El aumento en la prevalencia de EDAs ha sido generalizado, si bien fue mucho más fuerte para los niños en el quintil más bajo, para quienes pasó del 12,2% en 2018-19 al 21,3% en 2023-24; comparado con el cambio del 8,7% al 14% para los niños del quintil más alto en el mismo período. Las enfermedades diarreicas son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil en el mundo, y se originan por exposición a alimentos o agua contaminada; siendo más común en

contextos de alta vulnerabilidad, donde no hay higiene y saneamiento adecuado, o agua potable para el consumo (OMS, 2024a). Ahora bien, cuando se trata de la atención médica, aproximadamente el 49% de los niños que tuvieron diarrea accedieron a un establecimiento de salud, sin cambios significativos entre las tres rondas. No obstante, en estos cinco años se ha formado una brecha entre el quintil más bajo y el más alto que asciende a 12,6 puntos porcentuales en la segunda ronda de la ENDI.

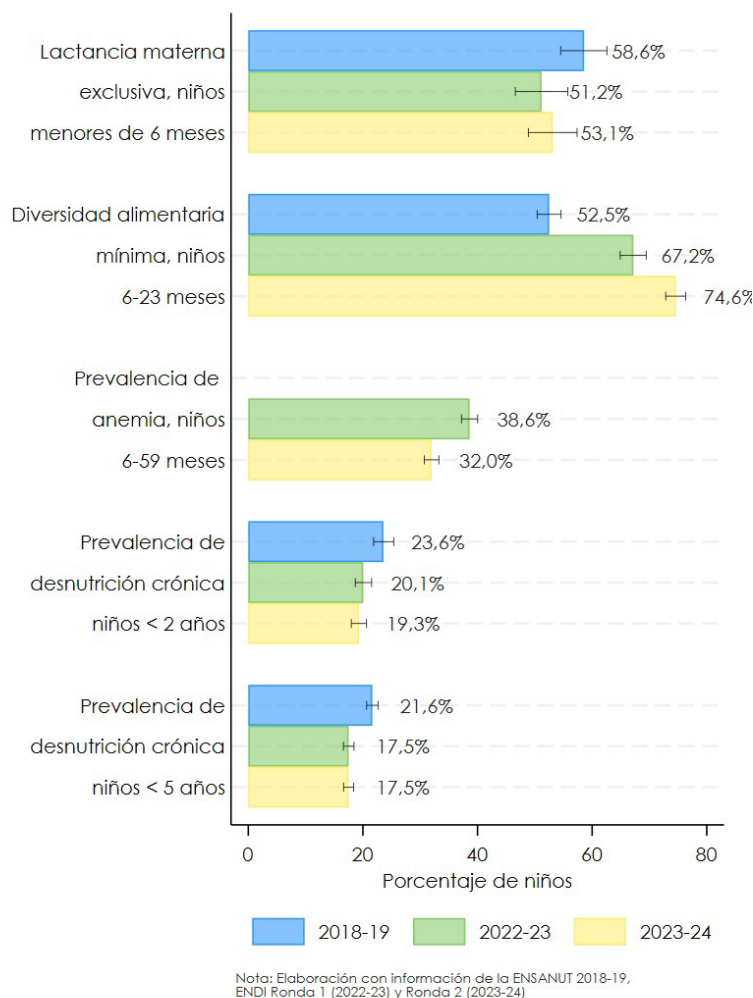
Algo similar ocurrió con la prevalencia de Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs), las cuales tuvieron un pico en 2022-23 y se redujeron en el año siguiente, con una mayor prevalencia y un menor acceso a atención médica para los hogares más pobres. La prevalencia de IRAs ha tenido un comportamiento muy fluctuante en los últimos cinco años, ya que se incrementó del 35,6% en 2018-19 al 55,7% en 2022-23 para luego reducirse al 49,4% en 2023-24 (Figura 1). Esta prevalencia es significativamente más alta para los niños en el quintil más bajo, del 54,6%, en comparación con el 42% para el quintil más alto (Figura 2). Las enfermedades del aparato respiratorio son una de las principales causas de mortalidad en niños de 1 a 4 años en el país, representando el 21% de las muertes en 2023 para este grupo etario.²² Entre los factores de riesgo para las IRAs se encuentran las condiciones de vivienda inadecuadas, la temperatura, la falta de vacunación contra el neumococo e influenza, o la falta de vitamina A (Ferreira-Guerrero et al., 2023). Ahora bien, aproximadamente la mitad de los cuidadores acude a un establecimiento de salud para la atención de las IRAs, lo cual representa una reducción con respecto a la ENSANUT ya que en ese momento 6 de cada 10 cuidadores lo hacía. Además, la población del quintil más rico acude con mayor frecuencia a establecimientos de salud que la del quintil más pobre, con una diferencia que se ha mantenido casi estable en el tiempo.

4.2. Nutrición adecuada

Los niños son especialmente vulnerables a problemas de mala nutrición, lo cual puede exponerlos a enfermedades e incluso comprometer su desarrollo físico y mental (Cuevas-Nasu et al., 2023). Por ello, es fundamental que los niños reciban una alimentación óptima desde el inicio de su vida, a través de la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses, seguida de una alimentación complementaria adecuada y apropiada para su edad, así como la provisión de micronutrientes para el manejo de deficiencias que puedan tener consecuencias en su desarrollo cognitivo, sistema inmunológico y crecimiento. Se destaca que el país ha tenido mejoras en cuanto a la alimentación complementaria hasta los dos años, reducción

²² Calculado con base en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/defunciones-generales/>. Consultado el 20 de noviembre de 2024.

Figura 3. Evolución de los indicadores de nutrición adecuada



de anemia y de la desnutrición crónica, pero los niños en hogares con menores ingresos siguen quedando rezagados.

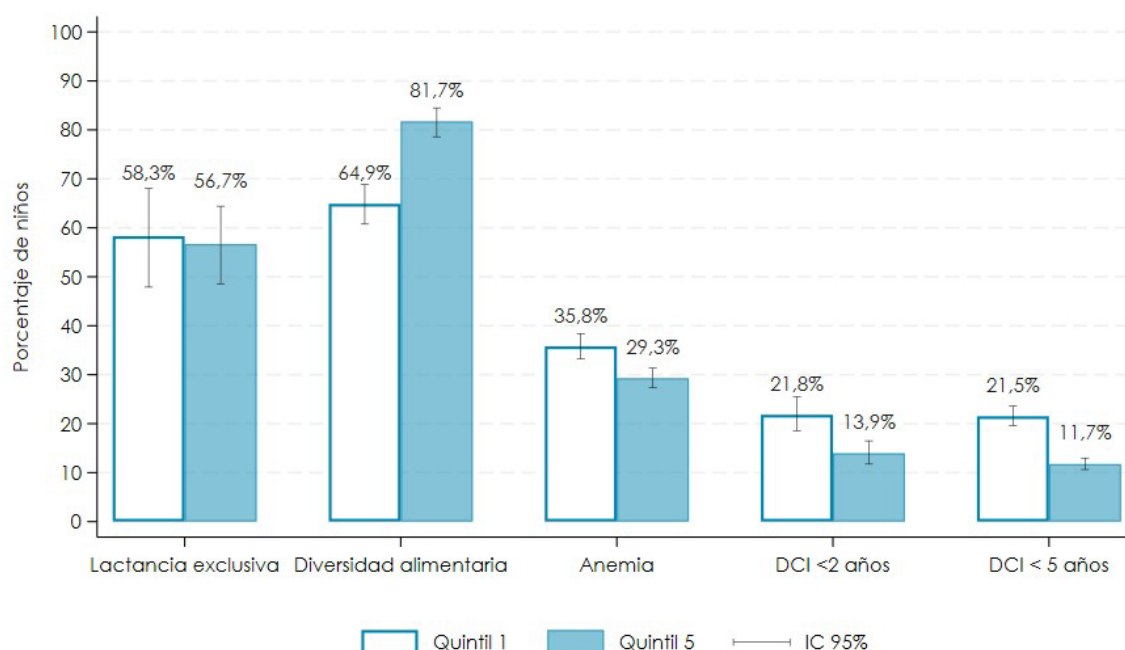
La prevalencia de la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses se ha mantenido relativamente estable y la brecha socioeconómica se ha reducido. La lactancia materna exclusiva en los primeros meses de vida es fundamental para la mortalidad y morbilidad por enfermedades infecciosas y promover un microbioma intestinal saludable, además de los beneficios que tiene para el desarrollo cognitivo de los niños, el fortalecimiento del vínculo madre-hijo y la reducción del estrés materno (Britto

et al., 2017; Black et al., 2021). El porcentaje de niños menores de 6 meses que reciben lactancia materna exclusiva se ha mantenido entre el 51,2% y el 58,6%, sin diferencias estadísticamente significativas entre las tres mediciones (Figura 3). Este porcentaje es más alto para los niños del quintil más bajo, si bien la diferencia se ha venido reduciendo y deja de ser significativa en 2023-24.

La diversidad alimentaria a partir de los 6 meses de edad ha aumentado significativamente entre las mediciones, pero la brecha socioeconómica no ha variado. A partir de los 6 meses y hasta los 2 años se deben introducir alimentos complementarios variados y ricos en micronutrientes para complementar la lactancia materna, ayudar a satisfacer las necesidades nutricionales de los niños y prevenir las deficiencias de micronutrientes que puedan afectar su desarrollo físico y cognitivo (WHO & UNICEF, 2021b). En ese sentido, 3 de cada 4 niños de 6 a 23

meses en Ecuador recibe una alimentación lo suficientemente variada y como complemento a la lactancia materna. Esta cifra representa un progreso significativo frente al 67,2% registrado en 2022-23 y al 52,5% reportado en 2018-19 (Figura 3). Sin embargo, las mejoras no han logrado disminuir las desigualdades socioeconómicas y solo el 64,9% de los niños de 6 a 23 meses en el quintil más pobre recibe una alimentación variada comparado con el 81,7% de los niños en el quintil más rico (Figura 4).

Figura 4. Diferencias en los indicadores de nutrición adecuada entre el quintil más rico y el más pobre, segunda ronda de la ENDI



Fuente: ENDI Ronda 2 (2023-24).

La anemia afecta a casi 1 de cada 3 niños en el país, si bien se redujo significativamente entre 2022-23 y 2023-24.²³ Esta prevalencia es significativamente más alta en los niños del quintil más pobre (35,8%) que en los del quintil más rico (29,3%; Figura 4). Una de las principales causas de la anemia es la deficiencia de hierro, la cual afecta negativamente el desarrollo cognitivo, emocional y social, con impactos duraderos en el desempeño escolar, la productividad y la calidad de vida en la edad adulta (Zavaleta & Astete-Robilliard, 2017).

²³ En la ENSANUT no se hizo la medición de hemoglobina por lo que no se puede construir el indicador de prevalencia de anemia.

A pesar de la reducción en los últimos cinco años, la desnutrición crónica infantil (DCI) todavía afecta a 1 de cada 5 niños menores de 2 años, con mayor incidencia en los hogares con menos ingresos. La prevalencia de la DCI en niños menores de 2 años se redujo del 23,6% en 2018-19 al 19,3% en 2023-24 (Figura 3); aunque persiste una brecha de 7,9 puntos porcentuales entre el quintil más pobre (21,8 %) y el más rico (13,9 %). La DCI tiene efectos irreversibles, ya que se asocia con menores logros educativos e ingresos en la edad adulta, e incluso menor peso al nacer en la siguiente generación (Victora et al., 2008). En los dos primeros años de vida, el retraso de crecimiento es más pronunciado, por lo que es el período en el que las intervenciones pueden ser más eficaces para reducir sus efectos en el largo plazo (Victora et al., 2010). Considerando a todos los niños menores de cinco años, el retraso en talla se redujo del 21,6% al 17,5% entre 2018-19 y 2023-24 (Figura 3), y muestra también una menor prevalencia entre niños en hogares en el quintil más alto (11,7%) que en el quintil más bajo (16,2%) de la distribución de ingresos. Esta brecha no ha tenido cambios significativos pese a las mejoras en las cifras de DCI (Figura 4).

Otros indicadores del estado nutricional de los niños muestran que la prevalencia de sobrepeso y obesidad, entendidos como un peso para la talla muy elevados (con un puntaje estandarizado del índice de masa corporal por encima de 2 D.E. y hasta 5 D.E.), es muy bajo y del 5% en el país, si bien es significativamente más alto en el quintil más rico. Muy relacionado con este indicador es la doble carga de la malnutrición, en la que coexiste la DCI y el sobrepeso y que es el resultado de una alimentación inadecuada y consumo excesivo de alimentos industrializados o con bajo valor nutricional (Cuevas-Nasu et al., 2023). A la fecha, la doble carga de la malnutrición afecta al 0,4% de los niños menores de cinco años.

4.3. Atención responsiva

La atención responsiva tiene que ver con la habilidad de los cuidadores de reconocer y responder adecuadamente a las señales del niño, protegerlo de adversidades y construir relaciones de confianza con él. Las cifras de la ENSANUT y la ENDI muestran una baja prevalencia del cuidado negligente en el país con menos del 1% de los niños dejados solos en los siete días previos a la encuesta o al cuidado de otro niño menor de 10 años.²⁴

Por otro lado, **la sintomatología depresiva materna o del cuidador principal se ha incrementado y exhibe fuertes desigualdades socioeconómicas.** La sintomatología depresiva en la madre o cuidador principal aumentó del 5,2% en

²⁴ El indicador de negligencia en el cuidado tiene un numerador muy bajo y coeficiente de variación muy alto en las dos rondas de la ENDI, por lo que solo se presenta la tendencia y no su valor exacto.

2018-19 al 19,3% en 2024.²⁵ Este incremento en sintomatología depresiva del cuidador, de 14,1 puntos porcentuales, pudiera reflejar tanto un incremento real después de la pandemia como una mayor concientización y desestigmatización de los trastornos mentales en los últimos años. Es, en cualquier caso, consistente con lo reportado por otros estudios, como el de cohortes en Pelotas (Brasil), donde se registraron aumentos en la prevalencia de depresión materna del 38,1%, pasando del 18,1% al 26,1% entre 2019 y 2021 (Santos et al., 2023). En 2024 en Ecuador, se observan además fuertes brechas socioeconómicas en la prevalencia de la sintomatología depresiva, que es significativamente más alta en la población del quintil más pobre, afectando a 1 de cada 4 madres o cuidadores principales, comparado con el quintil más rico, donde afecta solo a casi 1 de cada 10. La incidencia de la depresión materna durante y después del embarazo puede interrumpir los procesos biológicos necesarios para responder adecuadamente a las necesidades de los bebés, con efectos negativos en el vínculo madre-hijo y en el desarrollo socioemocional del niño (Britto et al., 2017).

4.4. Oportunidades de aprendizaje

Las experiencias diarias estimulantes y las oportunidades de juego en el hogar y en los centros de cuidado infantil son fundamentales para el desarrollo y el aprendizaje futuro de los niños. Desde el nacimiento, las interacciones con los cuidadores como sonreír, hablar, cantar y jugar facilitan la adquisición de habilidades sociales, cognitivas y motoras. Por ello, es esencial que los cuidadores aprovechen las rutinas diarias, incluyendo las de cuidado, para interactuar, jugar y estimular los sentidos de los niños de modo tal que puedan promover su curiosidad, imaginación y creatividad (WHO & UNICEF, 2021).

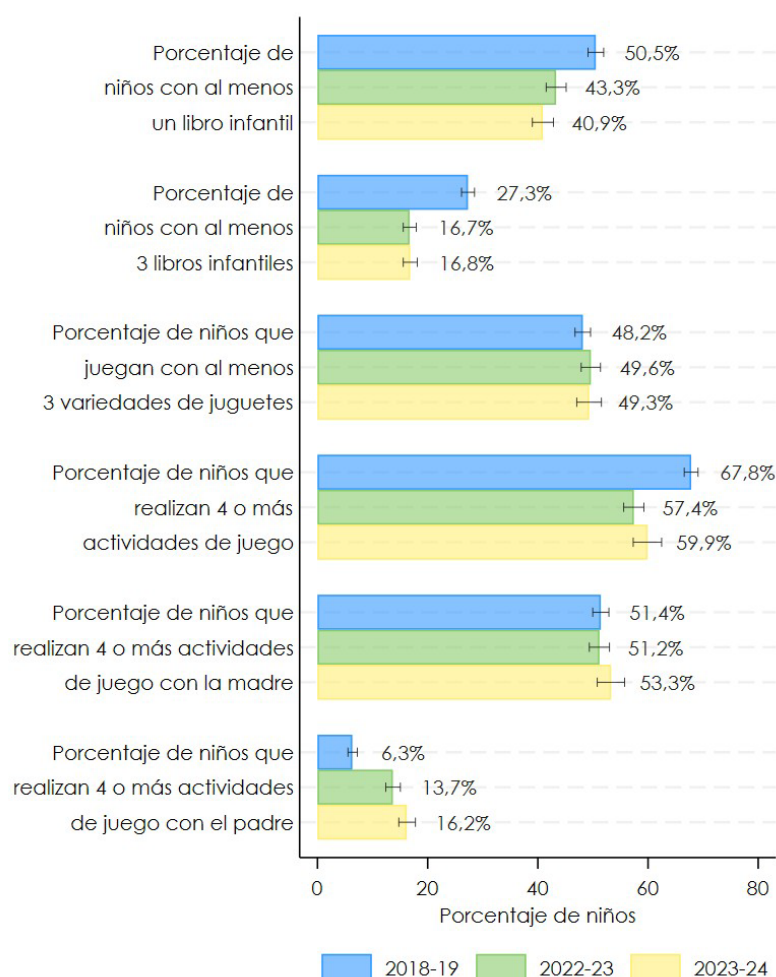
4.4.1. Oportunidades de aprendizaje en el hogar

El acceso limitado a materiales de juego y oportunidades de interacción en el hogar profundiza las desigualdades socioeconómicas en el desarrollo infantil en Ecuador. Contar con la suficiente variedad de libros y juguetes, facilita las interacciones de calidad —cálidas, sensibles, receptivas— con sus cuidadores, lo que favorece su desarrollo socioemocional, cognitivo y de lenguaje. Sin embargo, estas oportunidades son muy limitadas en los hogares más pobres.

La disponibilidad de libros infantiles en el hogar es muy baja y se ha venido reduciendo, al tiempo que se amplió la brecha socioeconómica. El 50,5% de

²⁵ Para la segunda ronda de la ENDI, este indicador es del 19,3% si se considera la madre o cuidador principal (en ausencia permanente de la madre) o del 19,9% si se considera solo la madre. No hay diferencias estadísticamente significativas en la sintomatología depresiva materna según el grupo etario del niño.

Figura 5. Evolución de los indicadores de oportunidades de juego en el hogar



Nota: Elaboración con información de la ENSAUT 2018-19, ENDI Ronda 1 (2022-23) y Ronda 2 (2023-24)

los niños menores de cinco años tenían al menos un libro infantil en 2018-19, cifra que se redujo significativamente al 43,3% en 2023 y que no se recuperó posteriormente (Figura 5). La diferencia entre el quintil más rico y el más pobre es muy marcada y ha crecido significativamente: para 2024, el 26,3% de los niños del quintil más pobre tenía al menos un libro infantil comparado con el 66,4% de los niños en el quintil más rico (Figura 6). También se ha reducido el porcentaje de niños que tiene al menos tres libros infantiles en el hogar, que ha pasado del 27,3% en 2018-19 al 16,8% en 2023-24 (Figura 5); aunque la brecha socioeconómica

se ha mantenido estable, con 34 puntos porcentuales de diferencia entre los niños del quintil más pobre (5,3%) y los niños del quintil más rico (39,1%; ver Figura 6).

Aproximadamente la mitad de los niños del país juegan con un mínimo de variedad de materiales de juego, pero la disponibilidad de materiales de juego es casi el doble en el quintil más rico en comparación con el quintil más pobre. El 72,2% de los niños en hogares con más ingreso juega con al menos tres variedades de juguetes, comparado con el 34,3% de los niños en los hogares más pobres (Figura 6). La diferencia entre el quintil más rico y el más pobre se ha mantenido casi inalterada entre las tres mediciones, en entre 34 y 39 puntos porcentuales. Por tipo de juguete, los objetos para armar, para aprender texturas y

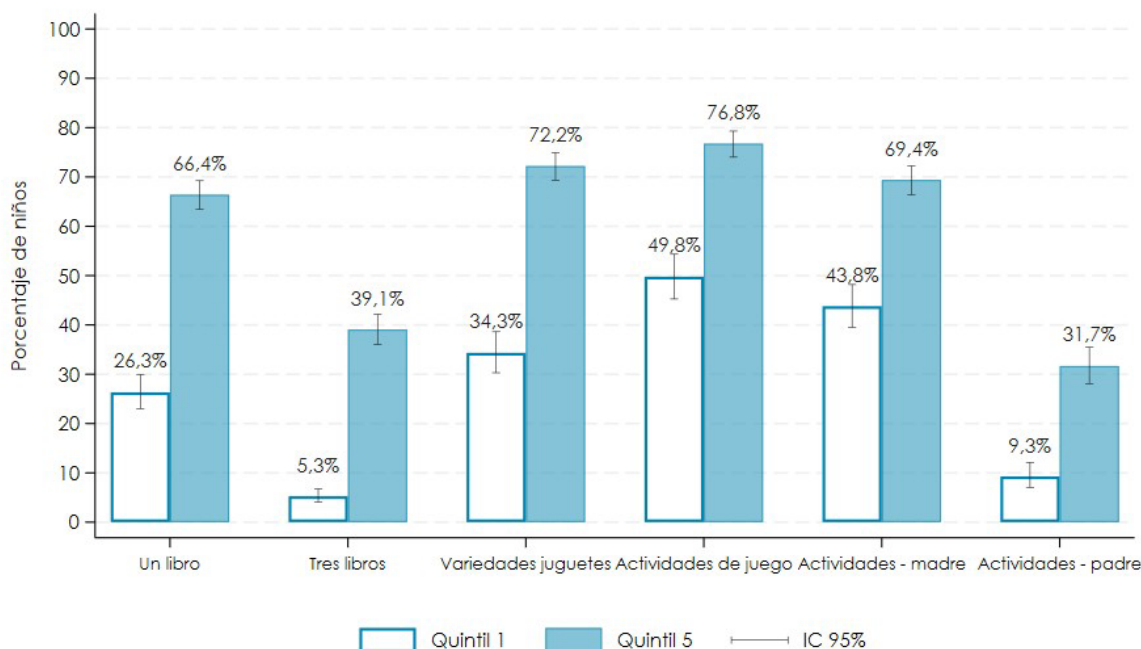
formas o los muñecos y objetos para juegos de roles son los más comunes, disponibles para más de la mitad de los niños en el hogar.²⁶

Se redujo la realización de actividades de juego con un cuidador entre la ENSANUT y las dos primeras rondas de la ENDI y la brecha socioeconómica se mantiene casi inalterada. El 67,8% de los niños realizaba al menos cuatro actividades de juego con cualquier cuidador adulto en el hogar en 2018-19, pero esta cifra se redujo al 59,9% en 2023-24 (Figura 5). La reducción ha sido generalizada para los hogares más ricos y los más pobres, por lo que la brecha socioeconómica no ha cambiado significativamente. Así, en 2024, el 49,8% de los niños en el quintil más pobre realizaba al menos cuatro actividades de juego con cualquier cuidador mayor de 15 años en el hogar, comparado con el 76,8% de los niños en el quintil más rico (Figura 6). Las actividades de juego que se han reducido son leer libros o mirar dibujos, contar cuentos o historias y salir a pasear fuera de la vivienda. Actividades como cantar canciones o dibujar y pintar se han mantenido y las actividades como jugar o jugar a nombrar objetos se han incrementado.²⁷ Realizar actividades de juego como contar cuentos, leer libros de imágenes, cantar o jugar con objetos del hogar, idealmente con la mediación del cuidador, es clave para el desarrollo de la atención, la creatividad y el vínculo, entre otras habilidades cognitivas y socioemocionales en los niños, así como para fomentar el desarrollo del lenguaje (Black et al., 2017; 2021). El involucramiento del cuidador en estas actividades potencia el fomento del desarrollo del niño.

Figura 6. Diferencias en los indicadores de oportunidades de aprendizaje en el hogar entre el quintil más rico y el más pobre, segunda ronda de la ENDI

²⁶ El 59,2% de los niños tiene objetos para aprender texturas y formas, el 58% tiene objetos para armar o construir y el 54,8% tiene muñecos y objetos para el juego de roles. Los artículos electrónicos están disponibles en el 26,7% de los hogares de los niños menores de cinco años.

²⁷ Las actividades que se han reducido son: leer libros o mirar dibujos (del 48,9% al 28,2% entre la ENSANUT y la segunda ronda de la ENDI), contar cuentos o historias (del 50% al 34%) y salir a pasear fuera de la vivienda (del 82,9% al 61,5%); en tanto que los aumentos han sido del 82,9% al 93,2% para actividades como jugar y del 53,8% al 59% para jugar a nombrar objetos o colores.



Fuente: ENDI Ronda 2 (2024).

La madre se involucra más en las interacciones y actividades con el niño que el padre, si bien el involucramiento de los padres en las actividades de juego ha venido creciendo. Casi la mitad de los niños realiza al menos cuatro actividades de juego con la madre y la cifra no ha cambiado significativamente entre las tres mediciones (Figura 5). Entre tanto, el porcentaje de niños que realiza al menos cuatro actividades de juego con el padre, dado que el padre vive en el hogar, se ha incrementado del 6,3% al 16,2% (Figura 5). Esto también sugiere que la reducción general en la realización de actividades de juego podría deberse a un menor involucramiento de otros cuidadores distintos al padre y la madre. El 70% de los niños menores de cinco años viven con su padre en el hogar,²⁸ y su rol suele ser visto como el de proveedor económico. Por lo general, ellos suelen involucrarse cuando los niños ya están un poco más grandes, ya que la responsabilidad del recién nacido se ve primariamente de las mujeres en virtud de las normas culturales y de género prevalentes (Draper et al., 2024).

4.4.2. Acceso a servicios de cuidado y de educación inicial

Las experiencias diarias en el hogar se suman a las oportunidades que pueden tener los niños en los servicios de cuidado y de educación inicial para ampliar sus oportunidades de aprendizaje y de interacciones ricas y estimulantes que puedan ayudarlos a potenciar su desarrollo y estar mejor preparados para la educación

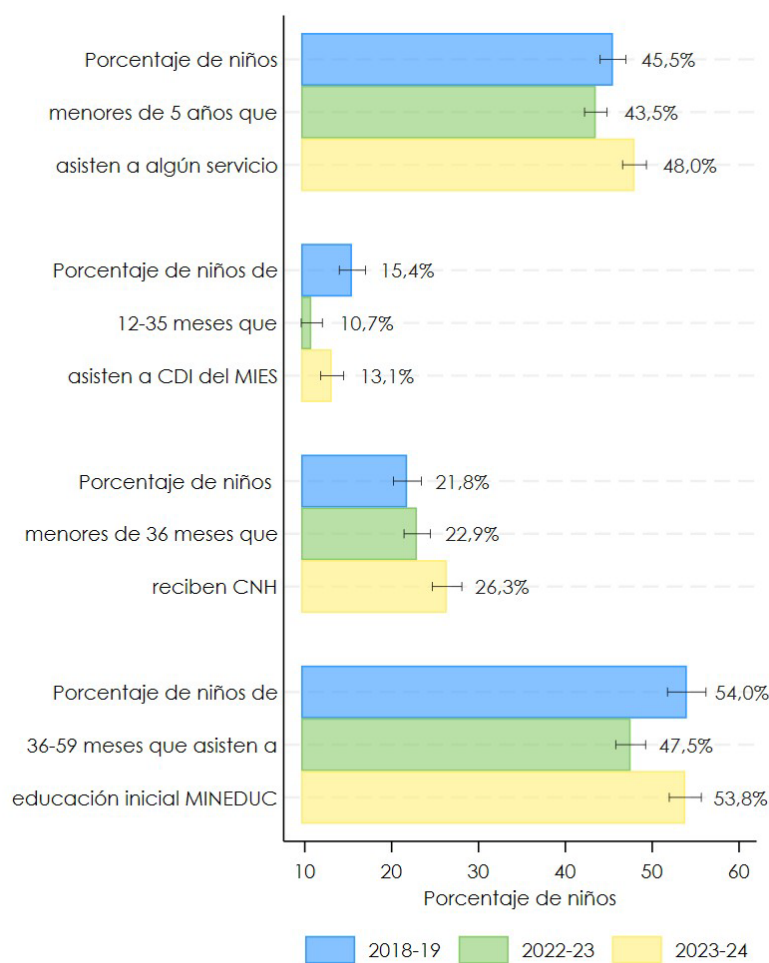
²⁸ Esta cifra es significativamente más baja que el 75,5% observado en la ENSANUT 2018-19, y muchísimo más baja que el porcentaje de niños que viven con la madre en el hogar (98,1%).

preescolar. La participación en servicios de educación inicial y cuidado infantil de calidad se asocia con beneficios en el desarrollo físico y cognitivo en el corto plazo; y, si bien los resultados de más largo plazo son mixtos, se han encontrado algunos efectos duraderos positivos en logro educativo, menor conducta delictiva, reducción de embarazo adolescente y mayores ingresos en la vida adulta, efectos que suelen ser mayores para niños en hogares de más bajos ingresos (Draper et al., 2024). Sin embargo, la efectividad depende de la calidad de los programas, con mayores efectos cuando hay currículos estructurados, materiales de aprendizaje adecuados y personal que recibe el acompañamiento adecuado para el desempeño de su rol (Draper et al., 2024).

En Ecuador, la mitad de los niños menores de cinco años tiene acceso a algún tipo de servicio de primera infancia, sin diferencias socioeconómicas en la asistencia general. El porcentaje de niños que asiste a algún servicio (centros de desarrollo infantil, CNH o educación inicial del MINEDUC) aumentó significativamente del 43,5% al 48% entre 2022-23 y 2023-24 (Figura 7). A nivel general, no se observan brechas socioeconómicas relevantes en la asistencia a servicios. No obstante, sí hay diferencias significativas según el tipo de servicio al que se accede, particularmente entre aquellos gestionados por el MIES — orientados principalmente a población vulnerable— y los servicios educativos ofrecidos por el MINEDUC, que presentan una cobertura mayor en hogares con mayores ingresos.

La cobertura de los Centros de Desarrollo Infantil (CDI) del MIES aumentó entre las dos últimas mediciones, pero sigue siendo baja y enfrenta importantes desafíos de focalización. El porcentaje de niños de 12 a 35 meses que asiste a un CDI del MIES se redujo del 15,4% en 2018-19 al 10,7% en 2022-23 y volvió a aumentar al 13,1% en 2023-24 (Figura 7). Según la normativa, los CDI del MIES atienden a niños de 1 a 3 años en familias en condición de vulnerabilidad, pobreza y pobreza extrema y tienen el objetivo de promover el desarrollo integral de los niños en este rango etario. Sin embargo, en la práctica no hay diferencias en la cobertura según el nivel de ingresos: en 2023-24 el 13,6% de los niños en el quintil más pobre recibió servicios de CDI, comparado con el 12,6% en el quintil más alto (Figura 8). Ello muestra espacios de mejora en la focalización del servicio, particularmente en lo referente a la no inclusión de niños en hogares de alto ingreso.

Figura 7. Evolución de los indicadores de asistencia a servicios



Nota: Elaboración con información de la ENSANUT 2018-19, ENDI Ronda 1 (2022-23) y Ronda 2 (2023-24)

El programa Creciendo con Nuestros Hijos (CNH) llega a alrededor de uno de cada cuatro niños menores de 36 meses y está mejor focalizado. La norma técnica del programa indica que ofrece consejerías familiares semanales a hogares con niños menores de 36 meses y madres gestantes con el fin de mejorar las prácticas de crianza en los hogares en zonas con mayores niveles de pobreza, pobreza extrema y vulnerabilidad. De ahí que el programa tenga una mayor presencia en zonas rurales (33% de cobertura frente al 22,5% en zonas urbanas), en las regiones Costa y Amazonía (cerca del 30% de cobertura frente

al 20,1% de la Sierra). Sin embargo, persisten desafíos en la focalización ya que el 23% de los niños menores de 36 meses en el cuarto quintil y el 12,8% de los niños en el quintil más alto reportan recibir el servicio (Figura 8). Programas como el CNH que ofrecen estimulación psicosocial en el hogar tienen el potencial de mejorar las capacidades parentales y promover el desarrollo cognitivo y socioemocional, con efectos positivos a largo plazo (Black et al., 2017).

La educación inicial pública, ofrecida por el MINEDUC, llega a aproximadamente la mitad de los niños de 36 a 59 meses y, en mayor medida, a los que están en hogares más ricos. La educación inicial en Ecuador no es obligatoria y busca promover el desarrollo integral de los niños de 3 y 4 años y prepararlos para la educación formal. La cobertura pública de este nivel se redujo del 54% en 2018-19 al 47,5% en 2022-23 y se recuperó en 2023-24, cubriendo al

53,8% de los niños de 36 a 59 meses (Figura 7). Pese a que la cobertura es alta para un nivel que no es obligatorio, los niños en hogares de menor ingreso se están quedando atrás en comparación con los niños en hogares de mayor ingreso: hay una diferencia de 16 puntos porcentuales entre la cobertura de educación inicial pública del quintil más rico y el más pobre (Figura 8).

Figura 8. Acceso a servicios para la primera infancia según el quintil de ingreso

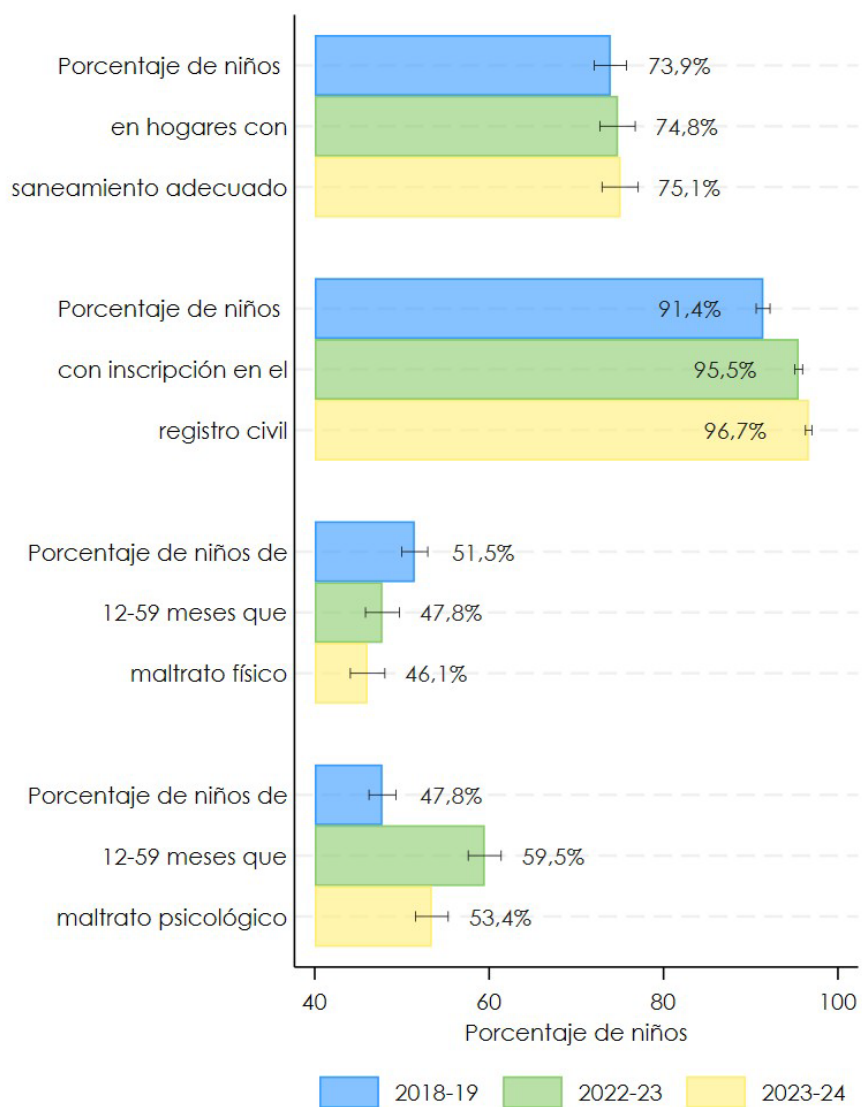


Fuente: ENDI Ronda 2 (2023-24).

4.5. Protección y seguridad

El bienestar y el desarrollo de los niños requiere de un entorno físico seguro y libre de maltrato. Sin embargo, la pobreza y las condiciones inadecuadas de la vivienda pueden exponerlos a enfermedades y a retrasos en el desarrollo del lenguaje y cognitivo (Black et al., 2017). Del mismo modo, la falta de identidad legal, garantizada por la inscripción en el registro civil, puede cerrarles oportunidades y acceso a derechos básicos que puedan ayudar a mitigar los riesgos derivados de las vulnerabilidades socioeconómicas. Además, crecer en un ambiente donde se emplea el maltrato físico o psicológico limita también las posibilidades de los niños más pequeños. Pese a la importancia de un entorno física y emocionalmente seguro, en Ecuador es alta la vulnerabilidad de los hogares con niños menores de cinco años, así como el uso de prácticas de disciplina violentas para la reorientación de conductas inapropiadas.

Figura 9. Evolución de los indicadores de protección y seguridad



Nota: Elaboración con información de la ENSANUT 2018-19, ENDI Ronda 1 (2022-23) y Ronda 2 (2023-24)

La falta de saneamiento adecuado en los hogares con niños menores de cinco años es alta, manteniéndose como un factor de riesgo para el desarrollo infantil. El 75,1% de los niños menores de cinco años viven en hogares con saneamiento adecuado (Figura 9), cifra que se reduce al 60,3% para los niños del quintil más pobre (Figura 10). El saneamiento adecuado es fundamental para la reducción de riesgos asociados a la propagación de enfermedades y, aunque este indicador no ha mejorado, los análisis de calidad del agua en la ENDI mostraron un descenso en la presencia de E. coli entre la primera y la segunda

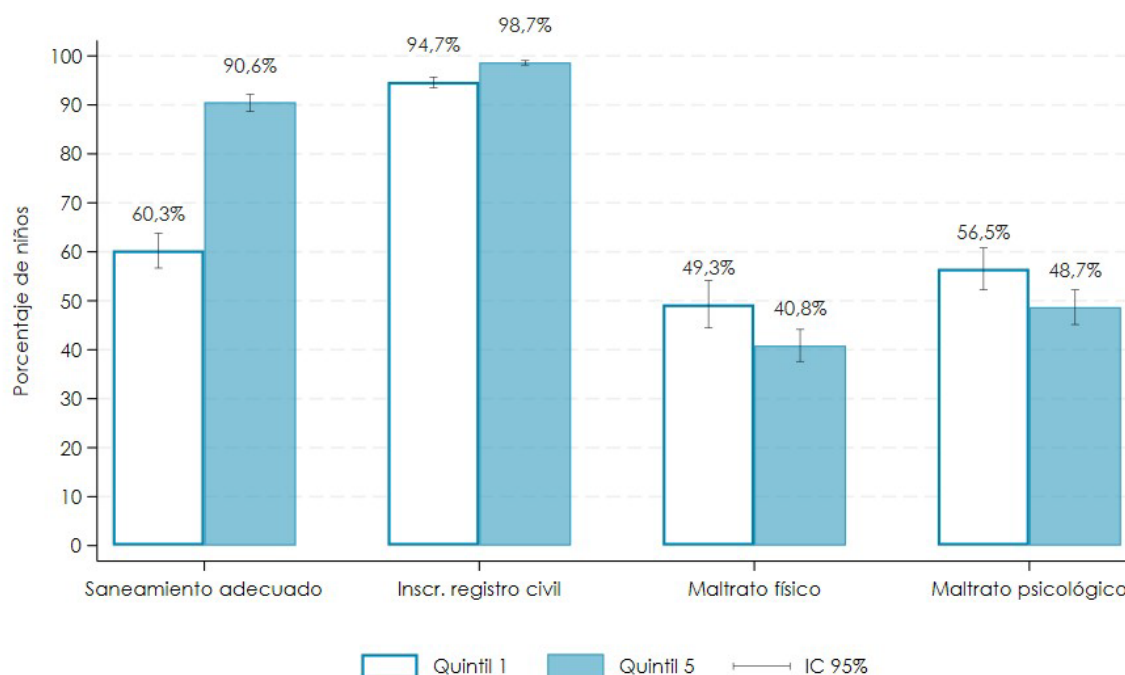
ronda.²⁹

La inscripción en el registro civil es casi universal en el país, pero siguen quedando rezagados los niños más vulnerables. El porcentaje de niños que cuenta con cédula de identidad o ciudadanía aumentó significativamente del 91,4% en 2018-19 al 95,5% en 2022-23 y al 96,7% en 2023-24. La inscripción en el registro

²⁹ La presencia de E-coli en vaso se redujo del 37,7% en la primera ronda de la ENDI al 31,1% en la segunda ronda; del mismo modo, la presencia de E-Coli en fuente se redujo significativamente del 24,8% al 18,2% en el mismo período.

civil permite garantizar el acceso a los niños a derechos fundamentales independientemente de su situación económica o localización geográfica. Aun así, algunos niños se están quedando atrás en la inscripción al registro civil — especialmente, los niños en hogares en el quintil más bajo de ingresos, con una cobertura del 94,7%, o los niños en la Amazonía, con una cobertura del 93,9%.

Figura 10. Diferencias en los indicadores de protección y seguridad entre el quintil más rico y el más pobre, segunda ronda de la ENDI



Fuente: ENDI Ronda 2 (2023-24).

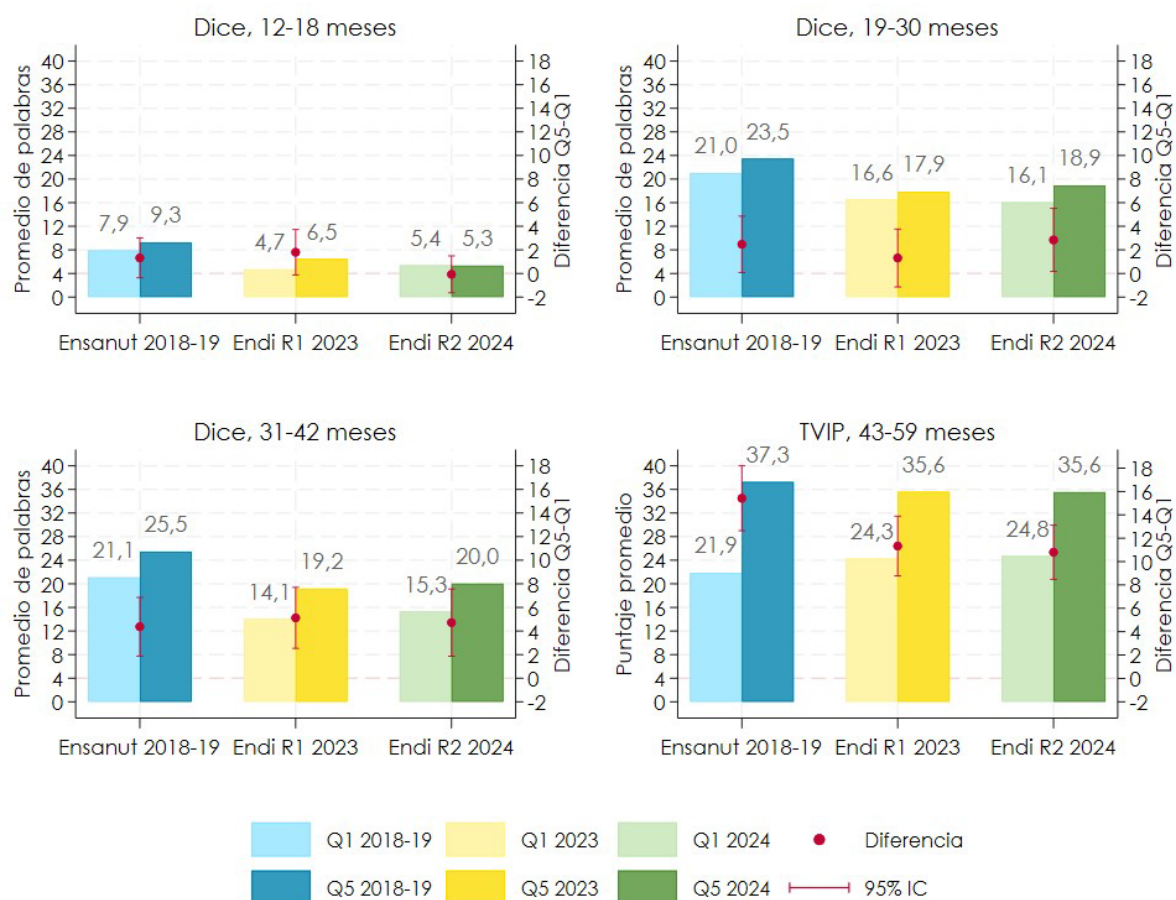
La prevalencia del uso de métodos de disciplina que implican maltrato físico o psicológico es, por lo general, muy alta en todos los hogares y más en los hogares más vulnerables. El porcentaje de niños de 12 a 59 meses que recibió maltrato físico pasó del 51,5% en 2018-19 al 46,1% en 2024; mientras que el porcentaje de niños que recibió maltrato psicológico aumentó del 47,8% al 53,4% en el mismo período (Figura 9).³⁰ La prevalencia de uso de métodos de maltrato físico y psicológico es más alta en los hogares más vulnerables, con cerca de 8 puntos de diferencia en el uso de prácticas que implican maltrato físico o psicológico entre el quintil más pobre y el más rico (Figura 10).

³⁰ La ENSANUT y las dos rondas de la ENDI también incluyen una serie de preguntas sobre el uso de métodos de disciplina con niños menores de 12 meses. No obstante, como indicado, la incidencia de métodos que implican maltrato físico o psicológico para este rango etario es muy baja y tiene coeficientes de variación muy altos en las dos rondas de la ENDI, por lo que no se presenta.

4.6. Desarrollo infantil

Las brechas en el desarrollo del lenguaje crecen con la edad, pero no han cambiado significativamente entre las tres mediciones. Los niños de 12 a 18 meses dicen un promedio de 5,4 palabras de las 50 incluidas en el listado para este grupo de edad, mientras que los niños de 19 a 30 meses dicen 17,5 del listado correspondiente; en ambos casos, la diferencia entre el quintil más rico y el más pobre no es estadísticamente significativa (Figura 11). Por su parte, los niños de 31 a 42 meses dicen un promedio de 16,9 palabras, cifra que aumenta a 20 para los del quintil más rico y se reduce a 15,3 para los del quintil más pobre, dando lugar a una diferencia promedio de 4,7 palabras. Esto quiere decir que los niños en el quintil más rico dicen un 23,5% más de palabras que los niños en el quintil más pobre. A los 43 meses, con el TVIP, las brechas son mucho más altas: un niño del quintil más bajo comprende 24,8 palabras, lo que contrasta con las 35,6 palabras que dice un niño del quintil más rico; la diferencia es de 11 palabras, lo que equivale al 31% de las palabras que dicen los niños del quintil más rico.

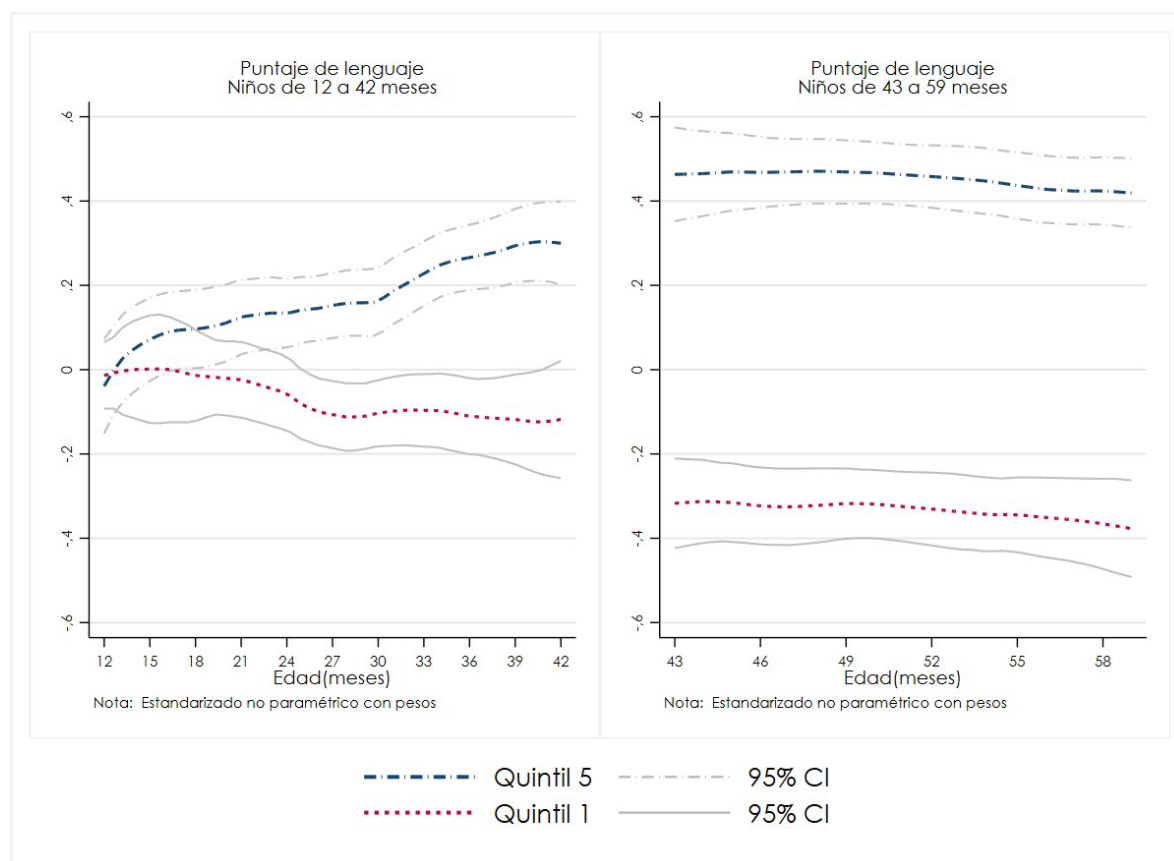
Figura 11. Puntaje crudo de las pruebas de desarrollo del lenguaje y brecha socioeconómica entre el quintil más rico y el más pobre



Fuente: ENSANUT 2018-19; ENDI Ronda 1 (2023) y Ronda 2 (2024).

La brecha en desarrollo del lenguaje empieza a formarse a partir de los 23 meses y, a partir de los 43 meses, equivale a casi 0,8 desviaciones estándar. No se cuenta con normas para las pruebas de lenguaje específicas para la población ecuatoriana que permitan dar una idea de cuántos niños tienen un desarrollo adecuado del lenguaje para su edad a nivel poblacional ni por nivel socioeconómico. Por tanto, se estandarizaron internamente los puntajes de los tres inventarios de MacArthur-Bates y del TVIP para facilitar la visualización de la evolución del desempeño relativo de los niños con diferentes condiciones socioeconómicas y la brecha socioeconómica. Tal como se observa en la Figura 12, entre los 12 y los 23 meses no hay diferencias estadísticamente significativas en el nivel de desarrollo del lenguaje entre el quintil más rico y el más pobre; sin embargo, a partir de esa edad la brecha empieza a crecer y a ampliarse, llegando a ser del 80% de una desviación estándar luego de los 43 meses, cuando se estabiliza la diferencia entre los niños más ricos y los más pobres.

Figura 12. Gradientes de desarrollo del lenguaje para el quintil más rico y el más pobre



Fuente: ENDI Ronda 2 (2024).

5. Análisis de mediación

En la sección anterior se reportaron brechas socioeconómicas significativas en el nivel de desarrollo del lenguaje y en la mayoría de los indicadores del marco de cuidado sensible y cariñoso. En esta sección se presentan los resultados de un análisis de mediación cuyo objetivo es identificar en qué medida factores como la educación materna y los distintos componentes de dicho marco contribuyen a explicar la brecha observada en el nivel de desarrollo del lenguaje entre los niños del quintil más pobre y el más rico.

Rubio-Codina et al. (2016) hicieron un ejercicio similar en una muestra de niños de 6 a 42 meses en Bogotá, Colombia. En su análisis, los autores introdujeron de manera secuencial y siguiendo un orden lógico-temporal una serie de *potenciales mediadores*, en función del momento en que cada uno podría influir en el desarrollo infantil. Inicialmente estimaron la brecha socioeconómica mediante una regresión del puntaje de desarrollo infantil estandarizado sobre variables dicotómicas de quintiles de riqueza, lo que permitió establecer la magnitud inicial de la brecha socioeconómica. Luego, introdujeron la educación de la madre y del padre y estimaron en cuánto se reducía la brecha. En pasos sucesivos incluyeron, de manera ordenada, una variable *dummy* para identificar si el niño era primogénito, el puntaje de talla para la edad y, finalmente, un índice que capturaba la calidad del ambiente del hogar.

Siguiendo la metodología propuesta por Rubio-Codina et al. (2016), se empleó la información de la segunda ronda de la ENDI para calcular la brecha inicial en el desarrollo del lenguaje de los niños de 12 a 59 meses entre el quintil más pobre y el más rico (Paso 0). Para ello, se estimó una regresión del puntaje estandarizado de lenguaje sobre variables dicotómicas de quintil de ingreso per cápita familiar, edad en meses y sexo del niño, área de residencia (urbana o rural) y efectos fijos de provincia. La brecha inicial corresponde, por tanto, al coeficiente del quintil más rico en la regresión, que toma como referencia al quintil más pobre, y que no es más que la diferencia en el puntaje estandarizado de lenguaje —en desviaciones estándar— entre el quintil más rico y el más pobre, controlando por las demás covariables.

Posteriormente, se fueron añadiendo uno a uno los potenciales mediadores para evaluar los cambios de la brecha en cada paso. El primer potencial mediador fue la educación materna, medida como el número de años de escolaridad (Paso 1). Esta variable se agregó en el primer paso porque influye en la salud, el acceso a servicios, la nutrición y las prácticas de crianza desde antes del nacimiento. En el Paso 2 se incorporó un índice de salud infantil, construido mediante Análisis de Componentes Principales (ACP) con las variables de: número de controles prenatales, control posparto en la última semana, vacunación contra el neumococo,

contra el rotavirus y contra el sarampión; esta última variable solo se incluyó en el índice para los niños de 24 a 59 meses. En el paso 3 se incluyó un índice de nutrición, construido con el puntaje de talla para la edad, nivel de hemoglobina y diversidad alimentaria mínima; esta última variable solo se incluyó para niños de 12 a 23 meses.

En el cuarto paso se incluyó como potencial mediador un índice de atención responsiva con las variables de negligencia en el cuidado (si el niño fue dejado solo o al cuidado de otro niño menor de 10 años) y el puntaje de sintomatología depresiva de la madre o cuidador principal. En el quinto paso se incluyó el índice de protección y seguridad, construido con las variables de maltrato físico y psicológico, y condiciones adecuadas de saneamiento en el hogar. En el Paso 6 se incluyó un índice de oportunidades de juego y aprendizaje en el hogar, calculado empleando el número de libros infantiles, número de variedades de juguetes y número de actividades de juego realizadas con algún cuidador mayor de 15 años en el hogar. Por último, se incluyó como mediador el acceso a servicios de cuidado y educación inicial, considerado como una variable binaria que indica si el niño asiste a algún tipo de servicio formal: CDI, CNH o educación inicial pública (Paso 7).

Todos los potenciales mediadores de los pasos 2 al 6 se construyeron empleando ACP y, junto con la educación materna, se estandarizaron internamente (media cero y desviación estándar uno) para facilitar la interpretación de los resultados. Las regresiones se estimaron con mínimos cuadrados ordinarios (MCO), usando los factores de expansión muestral y errores estándar robustos agrupados según la variable de estratificación muestral. Luego, se verificó si cada uno de los potenciales mediadores añadido en cada paso sucesivo modificaba significativamente el tamaño de la brecha socioeconómica en lenguaje comparado con el paso previo, lo que confirmaría que es, en efecto, un mediador de la brecha. Se empleó el método Bootstrap con 1.000 repeticiones ajustado según la variable de estratificación de la muestra para determinar la significancia estadística de la reducción de la brecha.

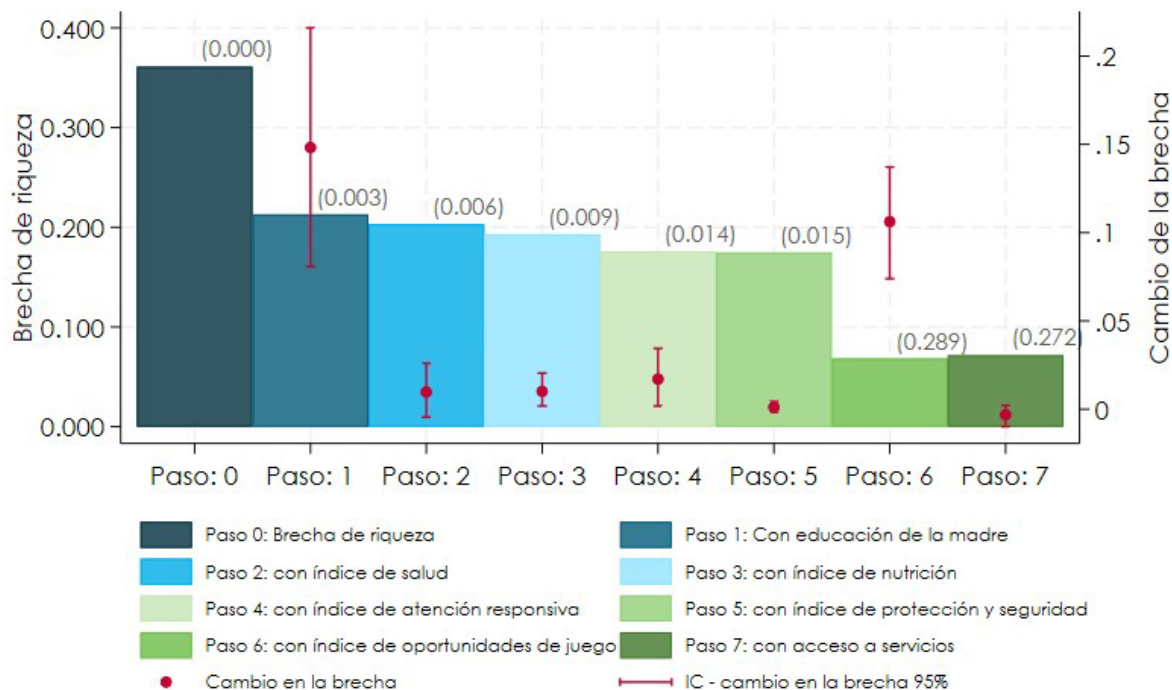
La Figura 13 resume los resultados del análisis. Las barras muestran el tamaño de la brecha socioeconómica (eje izquierdo) y los puntos rojos representan el cambio en la brecha (esto es, la magnitud de la reducción) en desviaciones estándar después de cada paso (eje derecho), con sus intervalos de confianza al 95% (línea roja). En el paso 0, la barra azul más oscura representa la brecha inicial, y las barras siguientes muestran la brecha resultante a medida que se incorporan los potenciales mediadores, hasta llegar a la barra verde más oscura, en el paso 7, una vez incluidos todos los potenciales mediadores. Entre paréntesis, encima de cada barra, se presenta el p-valor correspondiente, que indica si la brecha sigue siendo estadísticamente significativa en cada paso. Es importante tener en cuenta que las

reducciones en la brecha se representan como cambios en positivo en el eje derecho, para facilitar su interpretación.³¹

Los resultados del análisis muestran que la brecha inicial en desarrollo del lenguaje de los niños de 12 a 42 es de 0,361 desviaciones estándar (DE), la cual se redujo significativamente al agregar como mediadores la educación materna, el índice de nutrición, el índice de atención responsiva y el índice de oportunidades de juego en el hogar. En el Paso 1, la inclusión de la educación materna como control reduce significativamente la brecha en 0,148 DE, quedando en 0,213 DE. En el paso 2 se agrega el índice de salud infantil, observándose una reducción mínima y no significativa. En el paso 3, la brecha se reduce significativamente en 0,01 DE al agregar el índice de nutrición y en el paso 4 se reduce significativamente en 0,017 DE agregando el índice de atención responsiva a la regresión. Al final de este cuarto paso la brecha se mantiene significativa en 0,177 DE. En el paso 5, la incorporación del índice de protección y seguridad no genera cambios significativos en la brecha. En el paso 6, el índice de oportunidades de juego en el hogar produce una reducción sustancial y significativa de la brecha de 0,106 DE. En este paso, la brecha deja de ser significativa, tal y como lo muestra su p-valor entre paréntesis (0.289). Finalmente, al agregar el acceso a servicios de cuidado y educación inicial no se evidencian cambios significativos en la brecha.

³¹ En general, solo se presentaron reducciones de la brecha, salvo en el último paso donde se evidenció un aumento de la brecha de 0,003 DE, no significativo.

Figura 13. Resultado del análisis de mediación



Fuente: ENDI R2 2023-24. Cada barra representa la brecha socioeconómica en el desarrollo del lenguaje, esto es, la diferencia en desviaciones estándar entre el quintil más rico y el más pobre, como resultado de una regresión del puntaje estandarizado de lenguaje con variables *dummy* de quintil de ingreso, controlando por la edad del niño en meses, sexo, área de residencia y provincia, así como los factores de expansión de la muestra y errores estándar tipo clúster empleando la variable de estratificación de la muestra. Los puntos rojos muestran el cambio en la brecha en cada paso sucesivo con su respectivo intervalo de confianza. N = 8.320 niños de 12 a 59 meses.

En el Anexo 4 se presentan los resultados con mayor detalle, así como los resultados de la regresión sin incluir variables *dummy* de provincia. En este caso, la brecha socioeconómica inicial es más alta, de 0,434 DE, pero se mantienen los resultados: la educación materna y las oportunidades de juego en el hogar son los principales factores mediadores de la brecha. Además, se evaluó una estimación alternativa, invirtiendo el orden en que se incluyeron los potenciales mediadores: y empezando con el acceso a servicios en el primer paso y agregando la educación materna en el último paso. Los resultados se mantienen, ya que la brecha se reduce de 0.361 a 0.072 luego de los 7 pasos. Además, en el primer paso, luego de agregar el acceso a servicios, la reducción de la brecha no es significativa. En el segundo paso, cuando se agrega el índice de oportunidades de juego, el cambio en la brecha es de 0.202 D.E.; mientras que, en último paso, cuando se agrega educación de la madre, la reducción de la brecha es significativa y de 0.048 D.E. Se mantiene que la educación materna y el acceso a oportunidades de juego son los factores más asociados a la brecha socioeconómica, pero al cambiar el orden tiene un mayor

peso las oportunidades de juego, posiblemente por su alta correlación con la educación materna.

En conjunto, la brecha socioeconómica en el desarrollo del lenguaje se reduce de 0,361 DE a 0,072 DE, siendo la educación materna y las oportunidades de juego en el hogar los factores que más contribuyen a su disminución, seguidos por la nutrición adecuada y la atención responsiva, cuya asociación con la reducción de la brecha, aunque más modesta, también es significativa. Estos resultados son consistentes con los hallazgos de Rubio-Codina et al. (2016) para niños de 6 a 42 meses de nivel socioeconómico medio y bajo en Bogotá, donde la educación materna y la calidad del ambiente del hogar fueron los principales mediadores de la brecha socioeconómica en todas las dimensiones del desarrollo infantil evaluadas. También son coherentes con lo reportado por Hamadani et al. (2014), quienes encontraron que la educación parental, el tamaño al nacer, el crecimiento durante los 24 primeros meses y la estimulación en el hogar en los primeros cinco años son mediadores en el efecto de la pobreza sobre el desarrollo cognitivo infantil en Bangladesh.

Estos resultados reafirman el papel de la educación materna como un factor protector del desarrollo infantil, en línea con los hallazgos de Schady (2011), quien encontró que la educación y el nivel de vocabulario de la madre es un fuerte predictor del desarrollo infantil en niños pobres de zonas rurales de Ecuador. Más aún, este autor encontró que la asociación entre el vocabulario materno y el desarrollo infantil es más fuerte en los niños de mayor edad, sugiriendo un efecto acumulativo de la riqueza de vocabulario de la madre. La educación materna es un determinante estructural del desarrollo infantil, se asocia con menores niveles de estrés materno, mejor estado nutricional de los hijos, mayor conocimiento sobre su desarrollo y sobre estrategias de estimulación más efectivas, mayor sensibilidad a sus necesidades y una mayor probabilidad de usar servicios que favorezcan su bienestar (Walker et al., 2011).

La calidad del ambiente del hogar, medida por las oportunidades de juego y aprendizaje, es también un fuerte mediador de la brecha socioeconómica, en línea con la evidencia para Bogotá (Rubio-Codina et al., 2016) y Bangladesh (Hamadani et al., 2014). Esto resalta el potencial que tienen las intervenciones para la estimulación temprana basadas en la promoción del juego en el hogar para reducir las brechas de desarrollo, incluso sin cambios estructurales en los niveles de educación. Sin embargo, persisten desafíos para que los niños en el país cuenten con oportunidades de aprendizaje en el hogar. Solo como ejemplo, más de la mitad de los niños en el país no tienen ni un libro infantil (de imágenes) y el porcentaje de niños con al menos tres libros infantiles es casi tres veces más alta en el quintil más rico que en el más pobre.

Otros factores como la nutrición y la atención responsiva también juegan un papel en la reducción de las brechas, aunque su contribución es menor. Tal como documentan Rubio-Codina et al. (2016), el puntaje de talla para la edad tiene un efecto reducido como mediador de la brecha socioeconómica de lenguaje. La atención responsiva se identificó también como un mediador de la brecha, aunque con una asociación más baja, lo que puede deberse a que la educación materna recoge parte del efecto de la atención responsiva. De cualquier modo, madres sin depresión o sin sintomatología depresiva pueden proveer un ambiente de crianza más favorable para sus hijos (Walker et al., 2011).

6. Conclusiones

La medición periódica, con representatividad y multidimensional de la situación de la primera infancia en Ecuador, realizada primero con la ENSANUT y posteriormente con las dos primeras rondas de la ENDI, es un hito en la agenda de medición en América Latina. Este esfuerzo no se ha limitado únicamente a monitorear los indicadores tradicionales de salud y nutrición para los niños menores de cinco años, sino que también incluye aspectos cruciales para el desarrollo infantil temprano, como las oportunidades de juego y aprendizaje en los hogares, la atención responsiva y cariñosa. Asimismo, incluye el nivel de desarrollo del lenguaje, como *proxy* del desarrollo infantil global.

Los resultados de las mediciones realizadas con la ENSANUT y la ENDI muestran un panorama mixto. Si bien ha habido avances notables en la cobertura de servicios clave como la atención prenatal, la vacunación o los servicios de cuidado y educación inicial, o en indicadores clave como la desnutrición crónica infantil o la diversidad alimentaria; también se identifican ciertos retrocesos, especialmente en las oportunidades de aprendizaje de los hogares. Preocupa también la persistencia de las desigualdades, donde los niños más vulnerables se han mantenido más rezagados de los avances.

En salud, se observan mejoras notables en coberturas de vacunación, si bien en los dos últimos años ha incrementado la prevalencia de IRAs y EDAs, sobre todo en la población más pobre. En cuanto a nutrición, se presentaron reducciones en la desnutrición crónica infantil en los últimos cinco años —aunque la cifra sigue siendo alta— en tanto que se observaron mejoras en diversidad alimentaria complementaria para niños menores de dos años y una baja incidencia de problemas de sobrepeso y obesidad.

Respecto a la atención responsiva en el hogar, se destaca que la negligencia en el cuidado es prácticamente inexistente. No obstante, un porcentaje relativamente alto de madres y cuidadores presentan, sobre todo en los hogares más vulnerables, sintomatología depresiva. Además, se observa una reducción en la disponibilidad

de libros y materiales de juego en el hogar, así como en la realización de actividades de juego con cuidadores mayores de 15 años, sobre todo con cuidadores diferentes de la madre y el padre. Además, las brechas socioeconómicas en las oportunidades de juego en el hogar se mantienen muy amplias. En contraste, la asistencia a servicios de cuidado o de educación inicial ha tenido una tendencia creciente. No obstante, los servicios del CDI atienden solo a casi 1 de cada 8 niños de 12 a 35 meses, con una pobre focalización de los servicios en la medida en que tienen una cobertura muy similar a lo largo de la distribución de ingresos. El CNH está mejor focalizado, llegando a un tercio de los niños menores de 36 meses más pobres, aunque sigue incluyendo a un porcentaje considerable de niños en hogares de los quintiles más altos. Entre tanto, la educación inicial pública, ofrecida por el MINEDUC, llega a algo más de la mitad de la población, con una cobertura creciente según el nivel de ingresos.

La pobreza se concentra de manera desproporcionada en los niños menores de cinco años, quienes además tienen mayor probabilidad de tener peores condiciones de protección y seguridad de la vivienda. A ello se suma una alta prevalencia de prácticas de disciplina que implican maltrato físico o psicológico y que afectan negativamente el entorno en que viven los niños más vulnerables. Los niños más pobres están expuestos no solo a mayores prácticas de disciplina violenta sino también a peores condiciones de la vivienda, peor acceso a servicios de salud y mayor prevalencia de enfermedades, peores condiciones nutricionales y menor acceso a materiales y actividades de juego en el hogar.

Estas vulnerabilidades se traducen en peores condiciones para el bienestar y el desarrollo de los niños. No en vano se observan grandes brechas socioeconómicas en el nivel de desarrollo del lenguaje, sobre todo a partir de los 31 meses. A los 43-59 meses, un niño del quintil más pobre comprende 30% menos vocabulario del que comprende un niño del quintil más rico. El análisis de mediación revela que la educación materna y las oportunidades de juego en el hogar juegan un rol importante en la reducción de esta brecha. De hecho, al considerar los componentes del marco de cuidado sensible y cariñoso como potenciales factores mediadores, la brecha socioeconómica en el desarrollo del lenguaje pasa de 0.361 desviaciones estándar a 0,072, dejando de ser significativa. Estos resultados coinciden con evidencia previa para Bogotá, Colombia (Rubio-Codina et al., 2016) y Bangladesh (Hamadani et al., 2014), destacando el potencial que tienen las intervenciones integrales dirigidas a mejorar el capital humano materno, la calidad del ambiente del hogar y las oportunidades de juego y aprendizaje para reducir las desigualdades estructurales en desarrollo y bienestar infantil que se reproducen desde la primera infancia.

7. Referencias

- BID, PUCE, & INEC. (2022). *Reportes de la ENSANUT 2018, Volumen No.2 Desarrollo Infantil*.
- Black, M. M., Walker, S. P., Fernald, L. C. H., Andersen, C. T., DiGirolamo, A. M., Lu, C., McCoy, D. C., Fink, G., Shawar, Y. R., Shiffman, J., Devercelli, A. E., Wodon, Q. T., Vargas-Barón, E., & Grantham-McGregor, S. (2017). Early childhood development coming of age: science through the life course. *The Lancet*, 389(10064):77–90. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31389-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7)
- Britto, P. R., Lye, S. J., Proulx, K., Yousafzai, A. K., Matthews, S. G., Vaivada, T., Perez-Escamilla, R., Rao, N., Ip, P., Fernald, L. C. H., MacMillan, H., Hanson, M., Wachs, T. D., Yao, H., Yoshikawa, H., Cerezo, A., Leckman, J. F., & Bhutta, Z. A. (2017). Nurturing care: promoting early childhood development. *The Lancet*, 389(10064):91–102. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31390-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31390-3)
- Cuevas-Nasu, L., Muñoz-Espinosa, A., Shamah-Levy, T., García-Feregrino, R., Gómez-Acosta, L. M., Ávila-Arcos, M. A., & Rivera-Dommarco, J. A. (2023). Estatus de nutrición de niñas y niños menores de cinco años en México. Ensanut 2022. *Salud Publica de Mexico*, 65. <https://doi.org/10.21149/14799>
- Draper, C. E., Yousafzai, A. K., McCoy, D. C., Cuartas, J., Obradović, J., Bhopal, S., Fisher, J., Jeong, J., Klingberg, S., Milner, K., Pisani, L., Roy, A., Seiden, J., Sudfeld, C. R., Wrottesley, S. V., Fink, G., Nores, M., Tremblay, M. S., & Okely, A. D. (2024). The next 1000 days: building on early investments for the health and development of young children. *The Lancet*, 404(10467):2094–2116. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01389-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01389-8)
- Dunn, L. M., Padilla, E. R., Lugo, D. E., & Dunn, L. M. (1986). *Test de Vocabulario en Imágenes Peabody. Adaptación Hispanoamericana*. NCS Pearson, Inc.
- Ferreira-Guerrero, E. E., Delgado-Sánchez, G., Mongua-Rodríguez, N., Martínez-Hernández, M., Canizales-Quintero, S., Téllez-Vázquez, N. A., Cruz-Salgado, A., Ferreyra-Reyes, L. D., & García-García, L. (2023). Porcentaje de infección respiratoria aguda en menores de cinco años en México. Ensanut Continua 2022. *Salud Publica de Mexico*, 65. <https://doi.org/10.21149/14791>
- INEC. (2019). *Metodología de Diseño Muestral de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018*.
- INEC. (2023a). *Cálculo del factor de expansión con base a la ENDI 2022-2023: ENSANUT 2018*.
- INEC. (2023b). *Calidad de los datos en las estimaciones de retraso en talla de las encuestas de nutrición infantil 2006-2023*.

- INEC. (2024a). *Diseño Muestral de la Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil-ENDI 2022-2023*.
- INEC. (2024b). *Estadísticas Vitales: Registro de Defunciones Generales de 2023*.
https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales/2023/Principales_resultados_EDG_2023.pdf
- INEC. (2024c). *Estadísticas Vitales: Registro Estadístico de Defunciones Generales*.
https://doi.org/https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales/2023/Principales_resultados_EDG_2023.pdf
- INEC. (2024d). *Estadísticas Vitales: Registro Estadístico de Nacidos Vivos y Defunciones Fetales 2023*.
- INEC. (2024e). *Imputación de talla en menores de 2 años: ENSANUT 2018*.
- INEC. (2024f). *Nota Técnica Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil-ENDI: Cambio Metodológico de Anemia*.
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/85842/WHO_NMH_NHD_MNM_11.1_spa.pdf?sequence
- INEC. (2025). *Boletín Técnico No. 02-2025-ENEMDU: Pobreza y desigualdad*.
- Jackson-Maldonado, D., Marchman, V. A., & Fernald, L. C. H. (2012). Short-form versions of the Spanish MacArthur–Bates Communicative Development Inventories. *Applied Psycholinguistics*, 34(14):837–868.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1017/S0142716412000045>
- Jackson-Maldonado, D., Thal, D., Marchman, V., Newton, T., Fenson, L., & Conboy, B. (2003). *Mac Arthur Inventarios del Desarrollo de Habilidades Comunicativas. User's guide and technical manual*. Paul H. Brookes Publishing Co.
- Kariger, P., Frongillo, E. A., Engle, P., Britto, P. M. R., Sywulka, S. M., & Menon, P. (2012). Indicators of Family Care for Development for Use in Multicountry Surveys. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 30(4):472–486.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013). *Norma para el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE) en el Sistema Nacional de Salud*.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015). *Control Prenatal - Guía de Práctica Clínica*.
- OMS. (2024a, March 7). *Enfermedades diarreicas*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>.

- OMS. (2024b, November 14). *Sarampión*. <https://Www.Who.Int/Es/News-Room/Fact-Sheets/Detail/Measles>.
- OMS, & UNICEF. (2019). *How to monitor populations, implementation, and individual children's development*. <https://nurturing-care>.
- PUCE, BID, & INEC. (2018). *Reportes de la ENSANUT 2018 Volumen N° 1. Salud de la niñez en el Ecuador* (Vol. 1). www.puce.edu.ec
- Rubio-Codina, M., Araujo, M. C., Attanasio, O., Muñoz, P., & Grantham-McGregor, S. (2016). Concurrent Validity and Feasibility of Short Tests Currently Used to Measure Early Childhood Development in Large Scale Studies. *PloS One*, 11(8):e0160962. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160962>
- Rubio-Codina, M., Attanasio, O., & Grantham-McGregor, S. (2016). Mediating pathways in the socio-economic gradient of child development. *International Journal of Behavioral Development*, 40(6):483–491. <https://doi.org/10.1177/0165025415626515>
- Rubio-Codina, M., Attanasio, O., Meghir, C., Varela, N., & Grantham-McGregor, S. (2015). The Socioeconomic Gradient of Child Development: Cross-Sectional Evidence from Children 6–42 Months in Bogota. *Journal of Human Resources*, 50(2):464–483. <https://doi.org/10.3368/jhr.50.2.464>
- Rubio-Codina, M., & Grantham-McGregor, S. (2019). Evolution of the wealth gap in child development and mediating pathways: Evidence from a longitudinal study in Bogota, Colombia. *Developmental Science*, 22(5):e12810. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/desc.12810>
- Rubio-Codina, M., & Grantham-McGregor, S. (2020). Predictive validity in middle childhood of short tests of early childhood development used in large scale studies compared to the Bayley-III, the Family Care Indicators, height-for-age, and stunting: A longitudinal study in Bogota, Colombia. *PLOS ONE*, 15(4):1–20. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231317>
- Santos, I. S., Tovo-Rodrigues, L., Maruyama, J. M., Barros, A. J. D., Bierhals, I., Del Ponte, B., & Matijasevich, A. (2023). Impact of covid-19 pandemic over depressive symptoms among mothers from a population-based birth cohort in southern brazil. *Archives of Women's Mental Health*, 26(4):513–521. <https://doi.org/10.1007/s00737-023-01331-2>
- Schady, N., Behrman, J., Araujo, M. C., Azuero, R., Bernal, R., Bravo, D., Lopez-Boo, F., Macours, K., Marshall, D., Paxson, C., & Vakis, R. (2015). Wealth Gradients in Early Childhood Cognitive Development in Five Latin American Countries. *Journal of Human Resources*, 50(2):446–463. <https://doi.org/10.3368/jhr.50.2.446>

- Schantz, K., Reighard, C., Aikens, J. E., Aruquipa, A., Pinto, B., Valverde, H., & Piette, J. D. (2017). Screening for depression in Andean Latin America: Factor structure and reliability of the CES-D short form and the PHQ-8 among Bolivian public hospital patients. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 52(4–6):315–327. <https://doi.org/10.1177/0091217417738934>
- Victora, C. G., Adair, L., Fall, C., Hallal, P. C., Martorell, R., Richter, L., & Sachdev, S. (2008). Maternal and Child Undernutrition 2 Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *Www.TheLancet.Com*, 371. <https://doi.org/10.1016/S0140>
- Victora, C. G., De Onis, M., Hallal, P. C., Blössner, M., & Shrimpton, R. (2010). Worldwide timing of growth faltering: Revisiting implications for interventions. *Pediatrics*, 125(3):e473-80. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-1519>
- Walker, S. P., Wachs, T. D., Grantham-McGregor, S. M., Black, M. M., Nelson, C. A., Huffman, S. L., Baker-Henningham, H., Chang, S. M., Hamadani, J. D., Lozoff, B., Gardner, J. M. M., Powell, C. a., Rahman, A., & Richter, L. (2011). Inequality in early childhood: Risk and protective factors for early child development. *The Lancet*, 378(9799):1325–1338. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60555-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60555-2)
- WHO. (n.d.-a). *Care-seeking for children with symptoms of acute respiratory infection (%)*. <https://www.who.int/Data/Gho/Indicator-Metadata-Registry/Imr-Details/4737>.
- WHO. (n.d.-b). *Percentage of population using safely managed sanitation services including a hand-washing facility with soap and water (SDG 6.2.1)*. [https://www.who.int/Data/Gho/Indicator-Metadata-Registry/Imr-Details/Percentage-of-Population-Using-Safely-Managed-Sanitation-Services-Including-a-Hand-Washing-Facility-with-Soap-and-Water-\(Sdg-6.2.1\)](https://www.who.int/Data/Gho/Indicator-Metadata-Registry/Imr-Details/Percentage-of-Population-Using-Safely-Managed-Sanitation-Services-Including-a-Hand-Washing-Facility-with-Soap-and-Water-(Sdg-6.2.1)).
- WHO. (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*.
- WHO. (2019). *WHO Position Paper on Pneumococcal conjugate vaccines in infants and children under 5 years of age*.
- WHO. (2021). *Rotavirus vaccines: WHO position paper - July 2021*.
- WHO. (2022). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. World Health Organization.
- WHO, & UNICEF. (2021a). *Indicators for assessing infant and young child feeding practices: definitions and measurement methods*.

- WHO, & UNICEF. (2021b). *Indicators for assessing infant and young child feeding practices: definitions and measurement methods*.
- WHO, & UNICEF. (2022). *Nurturing care handbook. Strategic action 4: monitor progress. How to monitor populations, implementation and individual children's development*.
- WHO, & UNICEF. (2024a). *Measles Vaccination Coverage*. <https://immunizationdata.who.int/global/wiise-detail-page/measles-vaccination-coverage?CODE=ECU&ANTIGEN=&YEAR=>
- WHO, & UNICEF. (2024b). *Pneumococcal vaccination coverage*. <https://immunizationdata.who.int/global/wiise-detail-page/pneumococcal-vaccination-coverage?CODE=ECU&ANTIGEN=&YEAR=>
- WHO, & UNICEF. (2024c). *Rotavirus vaccination coverage*. <https://immunizationdata.who.int/global/wiise-detail-page/rotavirus-vaccination-coverage?CODE=ECU&ANTIGEN=&YEAR=>
- Zavaleta, N., & Astete-Robilliard, L. (2017). Effect of anemia on child development: long-term consequences. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 34(4), 716–722. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.344.3251>

Anexo 1. Indicadores

Tabla A1. Indicadores priorizados y sus definiciones para la medición de la situación de la primera infancia en Ecuador

Dimensión	Nombre corto del indicador	Definición	Forma de cálculo	Población objetivo
Buena salud	Atención prenatal	Porcentaje de niños menores de dos años que recibieron al menos cinco controles prenatales	Número de niños menores de dos años que tuvieron cinco o más controles prenatales dividido por el número de niños menores de dos años con información de control prenatal.	0-23 meses
	Atención posnatal	Porcentaje de niños menores de dos años cuya madre recibió atención posnatal antes de los 7 días después del parto	Número de niños menores de dos años cuya madre tuvo un control posparto en la primera semana después del parto (antes del día 7), dividido por el número de niños menores de dos años con información de atención posnatal.	0-23 meses
	Vacunación: neumococo	Porcentaje de niños de 12 a 59 meses con las tres dosis de neumococo aplicadas antes del año	Número de niños de 12 a 59 meses que les aplicaron las tres dosis de la vacuna contra el neumococo antes de cumplir el año según información del carné de vacunación, dividido por el número de niños de 12 a 59 meses con información del carné de vacunación.	12-59 meses
	Vacunación: rotavirus	Porcentaje de niños de 12 a 59 meses con las dos dosis de rotavirus aplicadas antes del año	Número de niños de 12 a 59 meses que les aplicaron las dos dosis de la vacuna contra el rotavirus antes de cumplir el año según información del carné de vacunación, dividido por el número de niños de 12 a 59 meses con información del carné de vacunación.	12-59 meses
	Vacunación: sarampión	Porcentaje de niños de 24 a 59 meses con las dos dosis de sarampión aplicadas antes del año	Número de niños de 24 a 59 meses que les aplicaron las dos dosis de la vacuna contra el sarampión antes de cumplir dos años según información del carné de vacunación, dividido por el número de niños de 24 a 59 meses con información del carné de vacunación.	24-59 meses
	Prevalencia IRA	Porcentaje de niños menores de 5 años que tuvieron tos, moquera, dificultad para respirar, dolor de garganta y/o gripe en las dos semanas previas a la entrevista	Número de niños menores de cinco años que tuvieron algún síntoma de IRA en las dos semanas anteriores a la entrevista, dividido por el número total de niños menores de 5 años.	0-59 meses
	Proveedor salud IRA	Porcentaje de niños menores de cinco años que tuvieron una IRA y que recibieron atención de un establecimiento de salud	Número de niños menores de cinco años que tuvieron algún síntoma de IRA en las dos semanas anteriores a la entrevista y cuyo cuidador consultó con un establecimiento de salud adecuado, dividido por el número total de niños menores de 5 años que tuvieron algún síntoma de IRA en las dos semanas previas a la entrevista. Como establecimiento adecuado se consideraron las siguientes opciones: Establecimiento de salud del MSP; Hospital, clínica, o dispensario del IESS; Seguro Social Campesino; Hospital de las FF.AA. o la Policía; Consejo provincial o Unidad Municipal de Salud; y clínica o consultorio privado.	0-59 meses
	Prevalencia EDA	Porcentaje de niños menores de 5 años que tuvieron diarrea en las dos semanas previas a la entrevista	Número de niños menores de cinco años que tuvieron diarrea en las dos semanas anteriores a la entrevista, dividido por el número total de niños menores de 5 años.	0-59 meses

Dimensión	Nombre corto del indicador	Definición	Forma de cálculo	Población objetivo
	Proveedor salud EDA	Porcentaje de niños menores de cinco años que tuvieron EDA en las dos semanas previas a la entrevista y recibieron atención de un proveedor adecuado	Número de niños menores de cinco años que tuvieron diarrea en las dos semanas anteriores a la entrevista y cuyo cuidador consultó con un establecimiento de salud adecuado, dividido por el número total de niños menores de 5 años que tuvieron diarrea en las dos semanas previas a la entrevista. Como establecimiento adecuado se consideraron las siguientes opciones: Establecimiento de salud del MSP; Hospital, clínica, o dispensario del IESS; Seguro Social Campesino; Hospital de las FF.AA. o la Policía; Consejo provincial o Unidad Municipal de Salud; y clínica o consultorio privado.	0-59 meses
Nutrición adecuada	Lactancia exclusiva	Porcentaje de niños menores de seis meses que reciben lactancia materna exclusiva	Número de niños menores de 6 meses que fueron alimentados el día anterior a la entrevista con leche materna y que no consumieron ningún líquido diferente a la leche materna durante el día anterior, dividido por el número total de niños menores de 6 meses.	0-5 meses
	Diversidad alimentaria	Porcentaje de niños entre 6 y 23 meses que recibieron al menos la diversidad alimentaria mínima	Número de niños entre 6 y 23 meses que recibieron alimentación de al menos cinco grupos diferentes de alimentación dividido por el total de niños entre 6 y 23 meses. Se tuvieron en cuenta ocho grupos alimentarios: leche materna; granos, harinas, tubérculos; legumbres, semillas o frijoles; lácteos; carnes; huevos; frutas y vegetales ricos en vitamina A; otras frutas y vegetales.	6-23 meses
	DCI años ³² <2	Porcentaje de niños menores de dos años con retraso en talla para la edad	Número de niños menores de cinco años con puntaje de talla para la edad estandarizado menor a -2 (y hasta -6) dividido por el número de niños menores de cinco años.	0-23 meses
	DCI < 5 años	Porcentaje de niños menores de cinco años con retraso en talla para la edad	Número de niños menores de cinco años con puntaje de talla para la edad estandarizado menor a -2 (y hasta -6) dividido por el número de niños menores de cinco años.	0-59 meses
	Anemia	Porcentaje de niños de 6 a 59 meses que presentan algún nivel de anemia (leve, moderada o grave)	Número de niños de 6 a 59 meses con niveles bajos de concentración de hemoglobina dividido por el número total de niños de 6 a 59 meses. Los niveles de concentración de hemoglobina se ajustan en función de la altitud sobre el nivel de mar y se considera que un niño de 6 a 23 meses tiene anemia si tiene niveles de hemoglobina inferiores a 10,49; o si tiene entre 24 y 59 meses y tiene niveles de hemoglobina inferiores a 10,99.	6-59 meses
Atención responsiva	Negligencia	Porcentaje de niños menores de cinco años que fueron dejados solos o al cuidado de otro niño menor de 10 años	Número de niños que fueron dejados solos o al cuidado de otro niño menor de 10 años por más de una hora en los últimos 7 días, dividido por el número total de niños menores de 5 años.	0-59 meses
	Sintomatología depresiva	Porcentaje de niños menores de 5 años cuya madre o cuidador principal presentó sintomatología depresiva	Número de niños menores de 5 años cuya madre o cuidador principal (en ausencia permanente de la madre) presentó sintomatología depresiva dividido por el número total de niños menores de 5 años. Para determinar la presencia de sintomatología depresiva, se utilizó la escala PHQ-8 del Cuestionario de Salud del Paciente, que consta de 8 preguntas. Cada ítem evalúa la frecuencia con la que se ha experimentado el síntoma en los últimos 7 días, asignando un puntaje de 0 (nunca) a 4 (casi todo el tiempo). Se considera que una madre o cuidador presenta sintomatología depresiva al menos moderada si la suma de los puntajes es igual o superior a 10.	0-59 meses

³² Los indicadores de desnutrición crónica infantil y sobrepeso se calcularon con la Sintaxis provista por el INEC y disponible en el micrositio de la ENDI: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/encuesta_nacional_desnutricion_infantil/

Dimensión	Nombre corto del indicador	Definición	Forma de cálculo	Población objetivo
Oportunidad es de juego y aprendizaje	Un libro	Porcentaje de niños menores de 5 años que tienen al menos un libro infantil	Número de niños menores de cinco años que tienen al menos un libro, cuento, revista o libro con dibujos para niños dividido por el total de niños.	0-59 meses
	Tres libros	Porcentaje de niños menores de 5 años que tienen al menos tres libros infantiles	Número de niños menores de cinco años que tienen al menos tres libros, cuentos, revistas o libros con dibujos para niños dividido por el total de niños.	0-59 meses
	Variedades de juguetes	Porcentaje de niños menores de 5 años que juegan con al menos tres variedades de juguetes	Número de niños menores de cinco años que juegan al menos tres de las cinco variedades de juguetes evaluadas, dividido por el total de niños. Para ello se consideraron cinco variedades de juguetes: i) para armar y/o construir; ii) juguetes o artículos que les permitan aprender texturas, formas y/o colores; iii) muñecos y objetos de roles o fantasías; iv) artículos electrónicos como tablets, celulares, play station; v) libros infantiles.	0-59 meses
	Actividades de juego	Porcentaje de niños menores de 5 años que realizan al menos cuatro actividades de juego con cualquier cuidador	Número de niños que realizan al menos cuatro (de un total de siete) actividades de juego con cualquier cuidador mayor de 15 años, dividido por el total de niños. Para ello se consideraron siete tipos de actividades de juego: (i) leer libros o mirar dibujos de un libro con el menor; (ii) contarle historias o cuentos; (iii) cantarle canciones o cantar con el niño o niña; (iv) llevar al menor a pasear fuera de la vivienda, lote o terreno; (v) jugar con el niño o niña; (vi) dibujar, pintar, escribir o jugar a hacer garabatos en papel; (vii) jugar a nombrar objetos o colores, a decir los números o a contar objetos con el niño.	0-59 meses
	Actividades juego madre	Porcentaje de niños menores de 5 años que realizan al menos cuatro actividades de juego con la madre, dado que la madre vive en el hogar	Número de niños que realizan al menos cuatro de las siete actividades de juego evaluadas con la madre, dividido por el número de niños cuya madre vive en el hogar.	0-59 meses
	Actividades juego padre	Porcentaje de niños menores de 5 años que realizan al menos cuatro actividades de juego con el padre, dado que el padre vive en el hogar	Número de niños que realizan al menos cuatro de las siete actividades de juego evaluadas con el padre, dividido por el número de niños cuyo padre vive en el hogar.	0-59 meses
	Asistencia servicios	Porcentaje de niños menores de 5 años que asisten a algún servicio para la primera infancia	Número de niños que asisten a algún Centro de Desarrollo Infantil (CDI) del MIES o centro de educación inicial o que reciben atención del servicio de acompañamiento familiar Creciendo con Nuestros Hijos (CNH) del MIES, dividido por el total de niños menores de cinco años.	0-59 meses
	CDI del MIES	Porcentaje de niños menores de 12 a 35 meses que asisten a un CDI del MIES	Número de niños de 12 a 35 meses que asisten a un CDI del MIES, dividido por el total de niños en ese rango etario.	12-35 meses
	CNH del MIES	Porcentaje de niños menores de 36 meses que reciben atención de CNH	Número de niños menores de 36 meses que reciben atención del CNH del MIES dividido por el número total de niños en este rango etario.	0-36 meses
	Educación Inicial MINEDUC	Porcentaje de niños de 36 a 59 meses que asisten a centros de educación inicial regidos por el MINEDUC	Número de niños de 36 a 59 meses que asisten a centros de educación inicial regidos por el MINEDUC dividido por el número total de niños en ese rango etario.	36-59 meses

Dimensión	Nombre corto del indicador	Definición	Forma de cálculo	Población objetivo
Protección y seguridad	Saneamiento adecuado	Porcentaje de niños menores de 5 años en hogares con saneamiento adecuado	Número de niños en hogares con saneamiento adecuado dividido por el número total de niños menores de cinco años. Para determinar si un hogar tiene saneamiento adecuado se tuvo en cuenta si el servicio higiénico: (i) tiene excusado y está conectado a alcantarillado o (ii) tiene excusado y está conectado a pozo séptico o biodigestor y vive en zona rural. La pregunta sobre el tipo de servicio higiénico no es completamente comparable entre la ENSANUT y la ENDI, en la ENSANUT no se cuenta con la opción biodigestor.	0-59 meses
	Inscripción registro civil	Porcentaje de niños menores de 5 años con inscripción en el registro civil	Número de niños menores de cinco años que fueron inscritos en el registro civil dividido por el número de niños menores de cinco años.	0-59 meses
	Maltrato físico	Porcentaje de niños de 12 a 59 meses que recibieron maltrato físico	Número de niños entre 12 y 59 meses cuyos cuidadores emplearon alguno de estos métodos para calmarlos, corregirlos o enseñarles a comportarse: le dio una palmada en la mano, le sacudió, le dio una nalgada con la mano, le pegó, le dio una palmada en la cara, le bañó en agua fría; dividido por el número total de niños entre 12 y 59 meses.	12-59 meses
	Maltrato psicológico	Porcentaje de niños de 12 a 59 meses que recibieron maltrato psicológico	Número de niños entre 12 y 59 meses cuyos cuidadores emplearon alguno de estos métodos para calmarlos, corregirlos o enseñarles a comportarse: le gritó o le llamó tonto, perezoso, malcriado, etc.; dividido por el número total de niños entre 12 y 59 meses.	12-59 meses
	Dice 12-18 meses	Puntaje crudo de lenguaje	Número de palabras que dicen los niños de 12 a 18 meses de un total de 50 palabras que componen el primer inventario corto de MacArthur-Bates.	12-18 meses
	Dice 19-30 meses	Puntaje crudo de lenguaje	Número de palabras que dicen los niños de 19-30 meses de un total de 50 palabras que componen el segundo inventario corto de MacArthur-Bates.	19-30 meses
	Dice 31-42 meses	Puntaje crudo de lenguaje	Número de palabras que dicen los niños de 31 a 42 meses de un total de 50 palabras que componen el tercer inventario corto de MacArthur-Bates.	31-42 meses
	TVIP	Puntaje crudo de lenguaje	Número de palabras que comprenden los niños de 43 a 59 meses, calculadas como la diferencia entre el techo de la prueba y el número de errores cometidos por el niño. El techo es el ítem para el cual se contabilizan seis errores en las últimas ocho preguntas.	43-59 meses

Anexo 2. Validación de los datos de desarrollo del lenguaje

Tabla A2. Puntajes crudos de lenguaje y Alfa de Cronbach, Primera y Segunda Ronda de la ENDI

Prueba	N	Puntaje crudo promedio	Desviación estándar	Min,	Max,	Alpha	Número de ítems
Primera ronda de la ENDI							
Inventario I MacArthur-Bates, Entiende 12-18 meses	1.108	24,8	8,8	0	50	0,922	50
Inventario I MacArthur-Bates, Dice 12-18 meses	1.108	5,1	4,5	0	47	0,883	50
Inventario I MacArthur-Bates, Dice 19-30 meses	1.937	16,1	11,9	0	50	0,96	50
Inventario I MacArthur-Bates, Dice 31-42 meses	2.047	16,7	12,1	0	50	0,956	50
TVIP, 43-59 meses, 100 ítems,	3.008	30,2	15,7	0	100	0,869	100
Segunda ronda de la ENDI							
Inventario I MacArthur-Bates, Entiende 12-18 meses	1.047	26,9	9,9	1	50	0,927	50
Inventario I MacArthur-Bates, Dice 12-18 meses	1.047	5,3	5,1	0	37	0,894	50
Inventario I MacArthur-Bates, Dice 19-30 meses	1.983	17,3	12	0	50	0,957	50
Inventario I MacArthur-Bates, Dice 31-42 meses	2.058	17,2	12,2	0	50	0,951	50
TVIP, 43-59 meses, 125 ítems,	3.295	30,4	14,4	0	103	0,874	106

Nota: elaboración con información del módulo de desarrollo infantil de las dos primeras rondas de la ENDI.

Tabla A3. Correlación de los puntajes desarrollo del lenguaje con características socioeconómicas del hogar

Variable	Primera ronda de la ENDI					Segunda ronda de la ENDI				
	Entiende	Dice	Dice	Dice	TVIP	Entiende	Dice	Dice	Dice	TVIP
	12-18 m	12-18m	19-30m	31-42m	43-59m	12-18 m	12-18m	19-30m	31-42m	43-59m
Edad en meses	0,367*	0,260*	0,492*	0,238*	0,306*	0,399*	0,311*	0,410*	0,313*	0,374*
Niño en área urbana+	0,066*	0,096*	-0,056*	0,047*	0,140*	-0,095*	-0,022	0,076*	-0,048*	0,056*
Años de escolaridad de la madre	0,112*	0,046	0,062*	0,187*	0,362*	0,092*	-0,097*	0,130*	0,154*	0,305*
Niño con madre con Educación Básica o menos+	-0,091*	-0,015	-0,050*	-0,140*	-0,295*	-0,103*	0,084*	-0,069*	-0,092*	-0,240*
Niño con madre con Educación Media+	0,010	-0,002	0,005	-0,005	0,048*	0,024	-0,066*	-0,066*	-0,056*	-0,011
Niños con madre con Educación Superior*	0,093*	0,021	0,052*	0,168*	0,273*	0,089*	-0,015	0,155*	0,169*	0,263*
Niño cuyo padre vive en el hogar+	0,002	0,000	-0,016	0,038	0,029	0,081*	-0,011	-0,046*	0,031	0,018
Ingreso per cápita familiar	0,093*	0,166*	0,074*	0,164*	0,248*	0,146*	0,023	0,098*	0,119*	0,233*
Pobreza por ingresos+	-0,107*	-0,077*	-0,036	-0,125*	-0,190*	-0,051	0,002	0,000	-0,030	-0,142*
Pobreza según NBI+	-0,125*	-0,101*	0,033	-0,051*	-0,249*	-0,114*	0,056	-0,048*	-0,023	-0,268*

Nota: elaboración con información del módulo de desarrollo infantil de las dos primeras rondas de la ENDI. Se emplearon los puntajes estandarizados, eliminando el efecto de la edad, con excepción de las correlaciones con la edad que emplean el puntaje crudo para validar que los puntajes crudos tienden a aumentar con la edad.

Anexo 3. Resultados desagregados

Tabla A4. Indicadores de buena salud desagregados por área de residencia, región, etnia y quintil de ingreso

Indicador	Período	Total nacional	Área de residencia		Región			Etnia (sólo indígena y mestizo)		Quintil de ingresos			
			Urbano	Rural	Sierra	Costa	Amazonía	Indígena	Mestizo	Q1 - 20% más pobre	Q5 - 20% más rico	Brecha Q5-Q1	Brecha (Q5-Q1)/Q5
Porcentaje de niños <5 años con cinco o más controles prenatales	2018-19	83,3 [82,4; 84,2]	86,9 [85,9; 87,9]	75,6 [73,9; 77,3]	82,8 [81,4; 84,2]	85,5 [84,2; 86,7]	69,5 [67,0; 71,8]	61,8 [58,2; 65,3]	85,2 [84,2; 86,1]	74,3 [72,1; 76,4]	89,8 [88,2; 91,2]	15,5 [13,0; 18,0]	17,2 [14,6; 19,9]
	2022-23	87,5 [86,7; 88,2]	89,2 [88,3; 90,1]	84,3 [82,8; 85,6]	86,9 [86,0; 87,8]	89,5 [88,2; 90,6]	75,9 [73,2; 78,5]	67,3 [64,0; 70,4]	89,7 [88,9; 90,4]	81,7 [79,5; 83,7]	94,5 [93,5; 95,3]	12,8 [10,5; 15,0]	13,5 [11,2; 15,9]
	2023-24	88,6 [87,9; 89,3]	89,5 [88,5; 90,5]	87,0 [85,9; 88,0]	88,9 [88,1; 89,7]	89,4 [88,1; 90,5]	81,3 [79,3; 83,1]	75,6 [73,2; 77,9]	89,8 [88,9; 90,6]	83,0 [81,0; 84,9]	95,2 [94,4; 95,9]	12,2 [10,0; 14,3]	12,8 [10,6; 15,0]
Porcentaje de niños <2 años cuya madre tuvo control posparto antes de 7 días	2018-19	6,9 [6,1; 7,9]	7,0 [5,9; 8,3]	6,6 [5,5; 8,0]	8,4 [6,9; 10,3]	5,5 [4,5; 6,8]	8,8 [7,3; 10,5]	8,1 [5,9; 11,0]	6,6 [5,7; 7,6]	6,4 [5,0; 8,0]	8,0 [6,2; 10,2]	1,6 [-0,8; 4,0]	19,9 [-6,7; 46,5]
	2022-23	4,6 [4,0; 5,3]	3,3 [2,6; 4,2]	6,8 [5,7; 8,1]	5,4 [4,7; 6,4]	3,0 [2,1; 4,3]	10,9 [8,9; 13,2]	9,9 [8,0; 12,2]	4,1 [3,4; 4,8]	7,1 [5,2; 9,6]	2,6 [1,9; 3,5]	-4,5 [-6,8; -2,2]	-176,1 [-299,1; -53,0]
	2023-24	5,3 [4,6; 6,0]	3,7 [3,1; 4,4]	7,9 [6,5; 9,6]	7,6 [6,5; 8,9]	3,1 [2,2; 4,2]	10,0 [7,9; 12,5]	12,6 [9,6; 16,3]	4,8 [4,1; 5,6]	6,7 [4,9; 9,0]	4,3 [3,3; 5,6]	-2,3 [-4,6; -0,0]	-53,9 [-115,6; 7,8]
Porcentaje de niños de 12-59 meses con 3 dosis de neumococo aplicadas antes del año	2018-19	60,8 [59,3; 62,4]	59,9 [57,9; 61,9]	62,7 [60,5; 64,9]	55,7 [53,5; 58,0]	65,2 [63,0; 67,4]	58,6 [56,0; 61,2]	53,8 [49,1; 58,5]	61,1 [59,4; 62,7]	61,7 [58,3; 65,0]	57,7 [54,4; 61,0]	-4,0 [-8,7; 0,8]	-6,8 [-15,4; 1,7]
	2022-23	90,5 [89,4; 91,5]	89,6 [88,1; 90,9]	92,2 [90,8; 93,4]	93,9 [93,0; 94,7]	88,2 [86,4; 89,8]	89,0 [86,9; 90,8]	86,1 [83,0; 88,7]	91,7 [90,6; 92,7]	87,0 [84,9; 88,9]	95,0 [93,5; 96,1]	7,9 [5,5; 10,3]	8,4 [5,9; 10,8]
	2023-24	90,0 [88,9; 91,0]	89,5 [88,0; 90,8]	90,9 [89,2; 92,3]	93,8 [92,8; 94,6]	87,2 [85,3; 88,9]	90,2 [88,1; 92,0]	88,9 [85,5; 91,6]	90,6 [89,3; 91,7]	85,1 [82,0; 87,8]	93,8 [91,9; 95,3]	8,6 [5,5; 11,8]	9,2 [6,0; 12,5]
Porcentaje de niños de 12-59 meses con 2 dosis de rotavirus aplicadas antes del año	2018-19	71,4 [70,0; 72,8]	70,6 [68,7; 72,5]	73,1 [71,1; 75,0]	67,9 [65,6; 70,1]	75,0 [72,9; 77,1]	65,2 [62,7; 67,6]	63,6 [59,6; 67,4]	71,6 [70,0; 73,2]	71,4 [68,6; 74,1]	68,1 [64,7; 71,3]	-3,3 [-7,6; 0,9]	-4,9 [-11,4; 1,6]
	2022-23	94,6 [93,9; 95,2]	94,2 [93,3; 95,0]	95,3 [94,2; 96,3]	96,3 [95,6; 96,9]	93,5 [92,2; 94,5]	94,0 [92,5; 95,2]	92,3 [90,1; 94,0]	95,1 [94,3; 95,7]	92,5 [90,5; 94,2]	97,0 [95,9; 97,8]	4,5 [2,5; 6,4]	4,6 [2,6; 6,6]
	2023-24	93,8 [93,0; 94,6]	93,6 [92,6; 94,5]	94,3 [92,7; 95,5]	95,6 [94,8; 96,3]	92,4 [91,0; 93,7]	94,5 [93,1; 95,6]	92,5 [90,3; 94,2]	94,0 [93,0; 94,8]	91,2 [88,3; 93,5]	96,2 [94,8; 97,2]	4,9 [2,1; 7,7]	5,1 [2,2; 8,0]
Porcentaje de niños de 24-59 meses con 2 dosis de sarampión aplicadas antes de los dos años	2018-19	38,1 [36,3; 39,9]	37,7 [35,3; 40,1]	38,9 [36,5; 41,3]	31,3 [28,9; 33,9]	43,7 [41,0; 46,4]	36,5 [33,8; 39,3]	31,7 [27,0; 36,7]	37,3 [35,3; 39,3]	38,9 [35,0; 43,0]	35,5 [31,9; 39,2]	-3,5 [-9,0; 2,0]	-9,8 [-26,0; 6,4]
	2022-23	77,9 [76,6; 79,1]	76,6 [74,9; 78,2]	80,2 [78,3; 82,0]	81,7 [80,3; 83,0]	74,8 [72,7; 76,8]	80,0 [77,0; 82,8]	74,6 [70,1; 78,6]	79,0 [77,6; 80,3]	74,3 [70,9; 77,4]	81,6 [79,1; 83,9]	7,3 [3,1; 11,5]	9,0 [4,0; 13,9]
	2023-24	76,8 [75,3; 78,3]	75,2 [73,2; 77,0]	79,8 [77,2; 82,2]	82,9 [81,4; 84,2]	71,3 [68,6; 73,8]	82,7 [80,2; 85,0]	75,5 [71,2; 79,3]	78,1 [76,4; 79,7]	70,4 [66,4; 74,2]	81,5 [78,9; 83,7]	11,0 [6,5; 15,5]	13,5 [8,2; 18,9]

Indicador	Período	Total nacional	Área de residencia		Región			Etnia (sólo indígena y mestizo)		Quintil de ingresos			
			Urbano	Rural	Sierra	Costa	Amazonía	Indígena	Mestizo	Q1 - 20% más pobre	Q5 - 20% más rico	Brecha Q5-Q1	Brecha (Q5-Q1)/Q5
Porcentaje de niños que tuvieron síntomas de EDA	2018-19	11,0 [10,2; 11,8]	10,0 [9,0; 11,1]	13,1 [11,8; 14,5]	11,3 [10,0; 12,8]	10,5 [9,4; 11,6]	13,2 [11,8; 14,7]	12,7 [10,8; 14,9]	10,8 [9,9; 11,8]	12,2 [10,7; 14,0]	8,7 [7,3; 10,2]	-3,6 [-5,7; -1,5]	-41,4 [-70,9; -12,0]
	2022-23	19,8 [18,9; 20,7]	19,2 [18,1; 20,3]	20,9 [19,6; 22,4]	17,2 [16,1; 18,3]	20,7 [19,3; 22,2]	26,8 [24,8; 28,8]	26,5 [24,0; 29,1]	19,0 [18,0; 20,0]	25,5 [23,5; 27,6]	15,1 [13,4; 17,1]	-10,3 [-13,1; -7,6]	-68,1 [-92,4; -43,7]
	2023-24	18,2 [17,1; 19,3]	17,1 [15,7; 18,7]	20,1 [18,6; 21,7]	15,9 [15,0; 16,8]	19,1 [17,3; 21,1]	23,8 [21,9; 25,7]	21,1 [19,1; 23,3]	17,5 [16,3; 18,7]	21,3 [19,2; 23,5]	14,0 [12,5; 15,7]	-7,3 [-9,9; -4,7]	-52,1 [-74,6; -29,5]
Porcentaje de niños que tuvieron síntomas de EDA que recibieron atención de un proveedor adecuado de salud	2018-19	49,1 [45,7; 52,6]	50,2 [45,4; 54,9]	47,5 [42,6; 52,4]	39,4 [34,4; 44,7]	57,1 [52,0; 62,0]	48,2 [42,8; 53,6]	46,3 [38,9; 53,9]	49,4 [45,2; 53,6]	47,7 [41,2; 54,2]	49,1 [41,2; 57,1]	1,5 [-9,0; 12,0]	3,0 [-17,9; 24,0]
	2022-23	49,5 [46,7; 52,3]	50,8 [47,2; 54,5]	47,2 [42,9; 51,5]	46,2 [43,1; 49,3]	52,5 [47,9; 57,1]	43,6 [39,4; 48,0]	39,1 [33,7; 44,8]	50,6 [47,2; 53,9]	45,4 [40,3; 50,7]	59,5 [53,2; 65,4]	14,0 [6,4; 21,6]	23,6 [12,5; 34,7]
	2023-24	48,5 [45,4; 51,6]	51,0 [46,7; 55,4]	44,5 [40,5; 48,7]	48,0 [44,7; 51,4]	49,4 [44,4; 54,5]	44,4 [39,7; 49,1]	40,9 [35,7; 46,2]	49,6 [46,0; 53,2]	46,7 [41,1; 52,4]	59,3 [52,9; 65,4]	12,6 [4,0; 21,2]	21,2 [8,3; 34,1]
Porcentaje de niños que tuvieron síntomas de IRA	2018-19	35,6 [34,2; 37,0]	36,0 [34,3; 37,7]	34,7 [32,5; 37,0]	35,4 [33,2; 37,7]	36,2 [34,2; 38,1]	32,1 [29,8; 34,5]	30,3 [26,6; 34,2]	35,8 [34,3; 37,3]	36,5 [34,1; 39,0]	38,5 [35,7; 41,3]	2,0 [-1,7; 5,7]	5,1 [-4,2; 14,4]
	2022-23	55,7 [54,2; 57,1]	55,9 [54,0; 57,7]	55,3 [52,8; 57,7]	52,3 [50,9; 53,8]	57,7 [55,1; 60,2]	58,7 [56,6; 60,7]	57,0 [54,1; 59,9]	55,6 [54,0; 57,2]	61,3 [58,5; 64,1]	49,1 [46,8; 51,5]	-12,2 [-15,9; -8,5]	-24,8 [-33,1; -16,5]
	2023-24	49,4 [48,0; 50,8]	48,4 [46,6; 50,3]	51,2 [48,9; 53,4]	43,8 [42,3; 45,3]	53,2 [50,9; 55,6]	50,7 [48,5; 53,0]	52,1 [48,9; 55,3]	48,7 [47,1; 50,2]	54,6 [51,2; 58,0]	42,0 [39,6; 44,5]	-12,6 [-16,6; -8,5]	-29,9 [-40,5; -19,3]
Porcentaje de niños que tuvieron síntomas de IRA y que recibieron atención de un proveedor adecuado de salud	2018-19	61,1 [59,0; 63,1]	61,9 [59,3; 64,4]	59,2 [55,9; 62,5]	56,4 [53,0; 59,7]	64,5 [61,7; 67,3]	60,6 [56,3; 64,7]	56,2 [50,4; 61,8]	61,7 [59,3; 64,0]	59,7 [55,4; 63,8]	65,7 [61,2; 70,0]	6,1 [0,0; 12,1]	9,2 [0,5; 18,0]
	2022-23	53,3 [51,6; 55,0]	54,5 [52,3; 56,7]	51,1 [48,4; 53,7]	55,5 [53,5; 57,5]	52,7 [49,9; 55,4]	47,2 [44,2; 50,3]	43,3 [39,5; 47,2]	55,1 [53,2; 57,0]	49,0 [45,3; 52,7]	63,0 [59,9; 66,0]	14,0 [9,3; 18,7]	22,3 [15,4; 29,1]
	2023-24	51,8 [49,6; 53,9]	53,1 [50,4; 55,7]	49,5 [45,8; 53,3]	52,9 [51,0; 54,7]	52,0 [48,4; 55,5]	44,9 [41,7; 48,2]	43,5 [39,9; 47,1]	52,7 [50,4; 55,1]	48,2 [42,2; 54,3]	58,9 [55,2; 62,5]	10,7 [3,4; 18,0]	18,1 [6,3; 29,9]

Tabla A5. Indicadores de nutrición adecuada desagregados por área de residencia, región, etnia y quintil de ingreso

Indicador	Período	Total nacional	Área de residencia		Región			Etnia (sólo indígena y mestizo)		Quintil de ingresos			
			Urbano	Rural	Sierra	Costa	Amazonía	Indígena	Mestizo	Q1 - 20% más pobre	Q5 - 20% más rico	Brecha Q5-Q1	Brecha (Q5-Q1)/Q5
Porcentaje de niños menores de 6 meses con lactancia exclusiva	2018-19	58,6 [54,5; 62,6]	54,7 [49,6; 59,7]	67,3 [60,4; 73,5]	63,4 [56,8; 69,5]	53,7 [47,9; 59,4]	72,4 [66,1; 77,9]	83,4 [70,6; 91,4]	56,1 [51,3; 60,9]	72,7 [65,4; 79,1]	44,6 [35,5; 54,1]	-28,1 [-40,1; -16,2]	-63,1 [-101,5; -24,6]
	2022-23	51,2 [46,6; 55,7]	47,5 [41,4; 53,6]	57,4 [50,7; 63,8]	65,8 [60,1; 71,2]	38,9 [32,1; 46,2]	70,5 [62,9; 77,1]	71,3 [56,6; 82,5]	50,6 [45,3; 55,9]	56,1 [46,6; 65,3]	41,2 [33,2; 49,7]	-14,9 [-27,2; -2,6]	-36,3 [-71,2; -1,4]
	2023-24	53,1 [48,9; 57,4]	52,3 [46,5; 57,9]	54,6 [48,4; 60,7]	68,9 [64,7; 72,8]	42,2 [35,5; 49,3]	60,2 [53,0; 66,9]	74,9 [65,1; 82,7]	54,1 [49,1; 59,1]	58,3 [47,9; 68,0]	56,7 [48,6; 64,4]	-1,6 [-14,8; 11,6]	-2,9 [-26,4; 20,6]
Porcentaje de niños de 6-23 meses con diversidad mínima alimentaria	2018-19	52,5 [50,4; 54,6]	54,0 [51,3; 56,8]	49,4 [46,4; 52,4]	56,6 [53,3; 59,8]	51,2 [48,1; 54,2]	39,8 [36,7; 42,9]	43,5 [37,9; 49,4]	54,0 [51,6; 56,5]	44,5 [40,3; 48,7]	60,3 [55,9; 64,5]	15,8 [9,9; 21,7]	26,2 [17,6; 34,8]
	2022-23	67,2 [64,9; 69,4]	68,8 [65,9; 71,6]	64,4 [60,5; 68,0]	71,4 [69,0; 73,7]	65,8 [61,8; 69,5]	55,8 [52,3; 59,2]	56,9 [52,2; 61,5]	68,8 [66,2; 71,3]	58,8 [54,6; 62,8]	75,3 [70,8; 79,3]	16,5 [10,9; 22,1]	21,9 [15,3; 28,6]
	2023-24	74,6 [72,8; 76,3]	76,9 [74,6; 79,0]	70,7 [67,9; 73,4]	76,2 [74,1; 78,2]	75,3 [72,5; 77,9]	61,0 [56,0; 65,8]	64,3 [58,6; 69,6]	76,4 [74,4; 78,2]	64,9 [60,7; 68,8]	81,7 [78,6; 84,5]	16,8 [11,9; 21,7]	20,6 [15,0; 26,2]
Porcentaje de niños de 6-59 meses con anemia	2022-23	38,6 [37,2; 40,0]	37,9 [36,1; 39,7]	39,9 [37,6; 42,2]	44,1 [42,4; 45,7]	34,4 [32,1; 36,8]	40,4 [38,3; 42,5]	48,5 [45,5; 51,6]	37,5 [36,0; 39,0]	43,1 [40,7; 45,5]	32,9 [30,6; 35,2]	-10,2 [-13,4; -7,0]	-31,0 [-42,2; -19,9]
	2023-24	32,0 [30,7; 33,3]	30,1 [28,5; 31,7]	35,3 [33,4; 37,3]	38,3 [36,9; 39,8]	26,9 [25,0; 28,9]	35,4 [33,3; 37,5]	42,1 [39,4; 44,8]	30,7 [29,3; 32,0]	35,8 [33,3; 38,4]	29,3 [27,3; 31,3]	-6,5 [-9,7; -3,3]	-22,2 [-34,0; -10,4]
Porcentaje de niños menores de 2 años con desnutrición crónica	2018-19	23,6 [21,9; 25,4]	21,0 [19,0; 23,2]	28,9 [25,9; 32,1]	26,0 [23,0; 29,4]	21,1 [19,0; 23,4]	28,9 [26,3; 31,6]	36,0 [30,9; 41,5]	22,7 [20,8; 24,8]	27,0 [23,6; 30,6]	19,7 [16,3; 23,5]	-7,3 [-12,2; -2,4]	-37,0 [-66,9; -7,1]
	2022-23	20,1 [18,7; 21,5]	18,9 [17,1; 21,0]	21,9 [20,0; 24,0]	23,9 [22,2; 25,8]	17,3 [15,2; 19,8]	19,6 [17,1; 22,3]	33,4 [29,7; 37,2]	19,2 [17,6; 20,9]	23,7 [20,5; 27,2]	15,1 [12,6; 17,8]	-8,6 [-12,8; -4,4]	-57,2 [-92,0; -22,5]
	2023-24	19,3 [18,0; 20,6]	17,6 [15,9; 19,4]	22,1 [20,1; 24,1]	22,9 [21,2; 24,7]	17,0 [15,0; 19,2]	17,6 [15,1; 20,5]	32,3 [27,9; 37,0]	18,5 [17,0; 20,1]	21,8 [18,6; 25,4]	13,9 [11,7; 16,5]	-7,9 [-12,0; -3,7]	-56,4 [-92,6; -20,3]
Porcentaje de niños con desnutrición crónica para menores de 5 años	2018-19	21,6 [20,7; 22,6]	18,8 [17,6; 20,0]	27,7 [26,0; 29,4]	24,6 [23,0; 26,2]	18,6 [17,3; 20,0]	28,6 [26,8; 30,4]	40,0 [36,5; 43,5]	20,3 [19,2; 21,4]	29,8 [27,4; 32,2]	16,2 [14,2; 18,3]	-13,6 [-16,7; -10,4]	-84,0 [-111,5; -56,6]
	2022-23	17,5 [16,6; 18,4]	15,4 [14,2; 16,6]	21,4 [20,1; 22,7]	21,6 [20,5; 22,8]	14,0 [12,6; 15,6]	21,0 [19,2; 22,9]	37,9 [35,3; 40,7]	16,4 [15,3; 17,5]	21,5 [19,5; 23,5]	12,0 [10,6; 13,6]	-9,4 [-11,9; -7,0]	-78,2 [-105,1; -51,2]
	2023-24	17,5 [16,6; 18,4]	15,4 [14,3; 16,5]	21,2 [19,8; 22,7]	22,0 [20,8; 23,2]	14,0 [12,7; 15,4]	19,2 [17,3; 21,3]	34,5 [31,0; 38,1]	16,6 [15,7; 17,5]	21,5 [19,6; 23,6]	11,7 [10,6; 13,0]	-9,8 [-12,0; -7,5]	-83,2 [-107,3; -59,1]

Tabla A6. Indicadores de atención responsiva desagregados por área de residencia, región, etnia y quintil de ingreso

Indicador	Período	Total nacional	Área de residencia		Región			Etnia (sólo indígena y mestizo)		Quintil de ingresos			
			Urbano	Rural	Sierra	Costa	Amazonía	Indígena	Mestizo	Q1 - 20% más pobre	Q5 - 20% más rico	Brecha Q5-Q1	Brecha (Q5-Q1)/Q5
Porcentaje de niños cuya madre o cuidador principal presenta sintomatología depresiva	2018-19	5,2 [4,6; 5,9]	5,2 [4,4; 6,0]	5,3 [4,3; 6,4]	6,5 [5,3; 7,8]	4,4 [3,7; 5,2]	4,2 [3,4; 5,2]	5,7 [4,3; 7,4]	5,3 [3,2; 8,8]	6,6 [5,3; 8,3]	4,2 [3,0; 5,7]	-2,5 [-4,5; -0,5]	-59,8 [-121,6; 2,1]
	2022-23	17,1 [15,9; 18,4]	17,1 [15,5; 18,8]	17,1 [15,3; 19,1]	18,0 [16,4; 19,6]	16,0 [14,1; 18,1]	20,9 [18,2; 23,9]	20,6 [17,2; 24,5]	16,4 [15,1; 17,8]	23,2 [20,0; 26,9]	10,9 [9,2; 12,8]	-12,4 [-16,2; -8,6]	-114,1 [-160,1; -68,0]
	2023-24	19,3 [17,8; 20,9]	21,1 [19,1; 23,2]	16,0 [14,2; 18,1]	18,5 [16,8; 20,2]	19,9 [17,5; 22,6]	19,4 [16,2; 22,9]	19,1 [14,9; 24,2]	19,1 [17,4; 20,9]	24,8 [20,4; 29,8]	13,5 [11,6; 15,7]	-11,3 [-16,5; -6,0]	-83,3 [-128,8; -37,9]

Tabla A7. Indicadores de oportunidades de aprendizaje desagregados por área de residencia, región, etnia y quintil de ingreso

Indicador	Período	Total nacional	Área de residencia		Región			Etnia (sólo indígena y mestizo)		Quintil de ingresos			
			Urbano	Rural	Sierra	Costa	Amazonía	Indígena	Mestizo	Q1 - 20% más pobre	Q5 - 20% más rico	Brecha Q5-Q1	Brecha (Q5-Q1)/Q5
Porcentaje de niños que tienen al menos un libro, cuento o revista infantil	2018-19	50,5 [49,1; 52,0]	54,2 [52,4; 56,1]	42,6 [40,5; 44,8]	61,2 [58,9; 63,5]	43,7 [41,7; 45,7]	41,8 [39,5; 44,0]	37,4 [33,5; 41,5]	53,4 [51,8; 54,9]	35,4 [32,7; 38,2]	70,2 [67,7; 72,6]	34,8 [31,2; 38,5]	49,6 [45,3; 53,9]
	2022-23	43,3 [41,5; 45,1]	47,1 [44,5; 49,6]	36,3 [34,1; 38,6]	54,0 [52,1; 55,9]	35,9 [33,0; 39,0]	38,9 [36,0; 41,9]	32,9 [28,9; 37,1]	45,5 [43,4; 47,6]	32,7 [29,0; 36,6]	66,3 [63,1; 69,4]	33,7 [29,0; 38,3]	50,7 [44,8; 56,7]
	2023-24	40,9 [39,0; 42,9]	43,8 [41,0; 46,6]	35,7 [33,5; 38,0]	54,7 [52,4; 57,0]	31,3 [28,5; 34,3]	35,4 [31,9; 39,2]	34,9 [30,2; 39,9]	42,6 [40,3; 44,9]	26,3 [23,0; 29,9]	66,4 [63,5; 69,2]	40,1 [35,4; 44,7]	60,3 [54,8; 65,9]
Porcentaje de niños que tienen al menos tres libros, cuentos o revistas infantiles	2018-19	27,3 [26,1; 28,5]	31,3 [29,8; 32,9]	18,8 [17,2; 20,6]	37,9 [35,9; 39,8]	20,6 [19,1; 22,2]	18,3 [16,6; 20,1]	15,3 [12,6; 18,4]	29,8 [28,4; 31,2]	13,7 [11,8; 15,9]	48,7 [45,9; 51,5]	35,0 [31,5; 38,4]	71,9 [67,4; 76,3]
	2022-23	16,7 [15,6; 17,9]	20,1 [18,5; 21,7]	10,5 [9,0; 12,2]	25,1 [23,4; 27,0]	11,2 [9,6; 12,9]	11,2 [9,6; 13,0]	8,1 [6,1; 10,5]	18,8 [17,4; 20,2]	6,2 [4,4; 8,8]	40,4 [37,4; 43,4]	34,1 [30,4; 37,9]	84,5 [79,0; 90,0]
	2023-24	16,8 [15,6; 18,1]	20,2 [18,4; 22,2]	10,5 [9,4; 11,9]	27,0 [25,1; 29,0]	10,0 [8,3; 11,9]	10,9 [9,4; 12,7]	7,5 [5,6; 10,0]	19,1 [17,6; 20,7]	5,3 [4,1; 6,8]	39,1 [36,1; 42,1]	33,8 [30,4; 37,2]	86,5 [82,9; 90,2]
Porcentaje de niños/as que juegan con tres o más tipos de juguetes	2018-19	48,2 [46,8; 49,6]	54,2 [52,4; 56,1]	35,3 [33,4; 37,3]	56,9 [54,6; 59,2]	43,4 [41,5; 45,4]	34,3 [32,0; 36,6]	29,7 [26,2; 33,4]	51,2 [49,6; 52,7]	31,0 [28,3; 33,8]	70,5 [68,0; 72,9]	39,5 [35,8; 43,1]	56,0 [51,8; 60,2]
		49,6	55,1	39,4	54,8	47,2	38,7	31,1	52,4	36,0	70,4	34,4	48,8

Indicador	Período	Total nacional	Área de residencia		Región			Etnia (sólo indígena y mestizo)		Quintil de ingresos			
			Urbano	Rural	Sierra	Costa	Amazonía	Indígena	Mestizo	Q1 - 20% más pobre	Q5 - 20% más rico	Brecha Q5-Q1	Brecha (Q5-Q1)/Q5
	2022-23	[47,9; 51,4]	[52,8; 57,4]	[36,8; 42,0]	[52,7; 56,9]	[44,3; 50,1]	[35,4; 42,0]	[27,1; 35,4]	[50,4; 54,3]	[32,2; 40,0]	[67,3; 73,4]	[29,7; 39,1]	[43,1; 54,6]
	2023-24	49,3 [47,0; 51,5]	53,6 [50,3; 56,9]	41,4 [38,9; 43,9]	55,0 [53,0; 57,1]	46,7 [42,9; 50,5]	36,9 [33,0; 41,1]	32,4 [27,8; 37,4]	51,5 [48,9; 54,1]	34,3 [30,3; 38,6]	72,2 [69,3; 74,9]	37,9 [32,6; 43,2]	52,4 [46,2; 58,7]
Porcentaje de niños que realizan cuatro o más actividades de juego con cualquier cuidador	2018-19	67,8 [66,6; 69,1]	72,1 [70,5; 73,6]	58,8 [56,6; 60,9]	71,5 [69,5; 73,4]	66,4 [64,5; 68,2]	58,0 [55,6; 60,4]	53,3 [49,3; 57,2]	70,0 [68,5; 71,3]	56,0 [53,1; 58,8]	81,1 [78,9; 83,1]	25,2 [21,7; 28,6]	31,0 [27,1; 34,9]
	2022-23	57,4 [55,6; 59,2]	60,4 [58,0; 62,7]	51,9 [49,0; 54,7]	64,3 [62,5; 66,0]	53,3 [50,1; 56,4]	50,3 [47,3; 53,2]	42,6 [38,8; 46,5]	59,2 [57,0; 61,2]	47,3 [43,3; 51,3]	71,8 [68,5; 74,9]	24,5 [19,3; 29,7]	34,1 [27,7; 40,5]
	2023-24	59,9 [57,3; 62,5]	63,0 [59,2; 66,6]	54,4 [51,3; 57,3]	65,5 [63,2; 67,7]	56,5 [52,1; 60,8]	54,2 [49,2; 59,1]	48,1 [42,7; 53,5]	61,4 [58,4; 64,3]	49,8 [45,2; 54,3]	76,8 [74,0; 79,3]	27,0 [21,5; 32,5]	35,1 [28,6; 41,7]
Porcentaje de niños que viven con la madre y realizaron 4 o más actividades de juego con ella	2018-19	51,4 [50,0; 52,9]	55,0 [53,1; 57,0]	43,7 [41,6; 45,9]	52,4 [49,9; 54,9]	51,8 [49,8; 53,8]	43,3 [40,9; 45,7]	34,4 [30,6; 38,5]	53,7 [52,2; 55,3]	41,4 [38,6; 44,3]	60,7 [57,9; 63,4]	19,3 [15,3; 23,3]	31,8 [26,1; 37,5]
	2022-23	51,2 [49,3; 53,0]	54,2 [51,8; 56,5]	45,6 [42,8; 48,5]	57,7 [55,7; 59,6]	47,3 [44,2; 50,5]	43,6 [40,5; 46,9]	34,9 [30,7; 39,2]	53,2 [51,0; 55,3]	41,8 [37,8; 46,0]	64,8 [61,4; 68,0]	23,0 [17,6; 28,4]	35,5 [28,2; 42,8]
	2023-24	53,3 [50,8; 55,8]	56,3 [52,6; 59,8]	47,8 [45,1; 50,6]	58,5 [56,0; 60,9]	50,1 [45,9; 54,3]	48,0 [43,4; 52,7]	40,4 [35,0; 46,1]	54,8 [52,0; 57,6]	43,8 [39,5; 48,2]	69,4 [66,4; 72,2]	25,6 [20,1; 31,1]	36,9 [29,9; 43,9]
Porcentaje de niños que viven con el padre y realizaron 4 o más actividades de juego con él	2018-19	6,3 [5,5; 7,2]	7,8 [6,7; 9,0]	3,5 [2,6; 4,6]	6,2 [5,1; 7,4]	6,7 [5,5; 8,1]	4,4 [3,5; 5,4]	3,6 [2,2; 5,9]	6,6 [5,7; 7,6]	3,4 [2,1; 5,4]	11,6 [9,6; 13,9]	8,2 [5,6; 10,9]	70,9 [56,2; 85,6]
	2022-23	13,7 [12,4; 15,0]	15,9 [14,2; 17,8]	9,8 [8,2; 11,7]	19,3 [17,4; 21,3]	9,8 [8,0; 12,0]	11,5 [9,6; 13,6]	9,2 [6,9; 12,2]	15,1 [13,6; 16,7]	9,5 [6,5; 13,7]	27,2 [24,2; 30,4]	17,7 [13,2; 22,2]	65,1 [51,8; 78,4]
	2023-24	16,2 [14,8; 17,8]	18,2 [16,2; 20,4]	12,9 [11,0; 15,0]	21,7 [19,6; 24,0]	12,7 [10,6; 15,2]	12,1 [10,2; 14,4]	9,5 [7,0; 12,9]	17,1 [15,5; 18,9]	9,3 [7,1; 12,1]	31,7 [28,1; 35,5]	22,4 [18,0; 26,8]	70,7 [62,2; 79,2]
Porcentaje de niños de 0 a 5 años que asisten a CDI o educación inicial, o que reciben CNH	2018-19	45,5 [44,0; 47,0]	45,2 [43,3; 47,1]	46,1 [43,9; 48,4]	48,1 [45,7; 50,4]	43,4 [41,3; 45,5]	46,3 [43,6; 49,1]	48,0 [43,8; 52,2]	45,6 [44,0; 47,2]	44,6 [41,6; 47,7]	48,5 [45,8; 51,1]	3,8 [-0,1; 7,8]	7,9 [0,1; 15,7]
	2022-23	43,5 [42,2; 44,8]	42,7 [41,1; 44,3]	45,0 [42,8; 47,3]	44,8 [43,3; 46,3]	42,1 [40,0; 44,3]	46,7 [44,3; 49,2]	46,3 [42,9; 49,7]	43,3 [41,9; 44,7]	41,8 [39,3; 44,4]	44,9 [42,6; 47,2]	3,1 [-0,2; 6,4]	6,9 [-0,2; 14,0]
	2023-24	48,0 [46,6; 49,3]	47,3 [45,7; 48,9]	49,2 [46,6; 51,7]	47,4 [45,9; 48,9]	48,2 [45,9; 50,5]	49,2 [46,9; 51,5]	49,4 [46,0; 52,8]	47,9 [46,4; 49,4]	47,8 [44,4; 51,2]	48,7 [46,6; 50,8]	0,9 [-3,2; 5,0]	1,9 [-6,5; 10,2]
Porcentaje de niños de 12-35 meses que asisten a CDI del MIES	2018-19	15,4 [14,0; 17,0]	14,7 [13,0; 16,6]	16,8 [14,2; 19,9]	14,7 [12,5; 17,2]	15,3 [13,2; 17,7]	20,2 [17,5; 23,2]	25,8 [21,2; 31,1]	14,3 [12,8; 16,0]	17,2 [14,0; 20,9]	14,2 [11,6; 17,1]	-3,1 [-7,5; 1,3]	-21,7 [-55,5; 12,2]
	2022-23	10,7 [9,6; 12,0]	10,4 [8,9; 12,2]	11,4 [9,8; 13,1]	12,9 [11,4; 14,6]	8,5 [6,8; 10,6]	15,9 [13,4; 18,8]	19,3 [15,8; 23,4]	9,6 [8,4; 10,9]	10,5 [8,4; 13,0]	9,1 [7,4; 11,1]	-1,4 [-4,3; 1,5]	-15,6 [-50,0; 18,7]
	2023-24	13,1 [11,8; 14,5]	12,7 [11,1; 14,5]	13,8 [11,8; 16,1]	14,4 [12,9; 16,0]	11,6 [9,6; 13,9]	18,1 [15,5; 21,0]	20,8 [17,5; 24,5]	12,0 [10,7; 13,5]	13,6 [11,0; 16,8]	12,6 [10,3; 15,4]	-1,0 [-4,8; 2,8]	-7,7 [-38,7; 23,2]

Indicador	Período	Total nacional	Área de residencia		Región			Etnia (sólo indígena y mestizo)		Quintil de ingresos			
			Urbano	Rural	Sierra	Costa	Amazonía	Indígena	Mestizo	Q1 - 20% más pobre	Q5 - 20% más rico	Brecha Q5-Q1	Brecha (Q5-Q1)/Q5
Porcentaje de niños menores de 36 meses que reciben atención de CNH	2018-19	21,8 [20,2; 23,4]	18,1 [16,2; 20,2]	29,3 [26,7; 32,2]	20,1 [17,6; 22,9]	22,9 [20,7; 25,2]	22,8 [20,0; 25,8]	22,6 [18,8; 26,8]	21,4 [19,7; 23,2]	28,4 [24,8; 32,2]	13,0 [11,0; 15,2]	-15,4 [-19,6; -11,1]	-118,4 [-163,5; -73,3]
	2022-23	22,9 [21,4; 24,5]	19,4 [17,6; 21,3]	29,1 [26,5; 31,8]	18,7 [17,2; 20,2]	25,3 [22,8; 27,9]	27,4 [24,5; 30,5]	26,4 [22,9; 30,3]	22,2 [20,7; 23,8]	27,1 [24,4; 30,0]	13,1 [11,2; 15,2]	-14,1 [-17,4; -10,7]	-107,6 [-145,1; -70,2]
	2023-24	26,3 [24,7; 28,1]	22,5 [20,4; 24,7]	33,0 [30,3; 35,9]	20,1 [18,5; 21,7]	30,3 [27,5; 33,2]	29,5 [26,5; 32,8]	29,1 [25,1; 33,4]	25,6 [23,8; 27,4]	33,4 [29,8; 37,2]	12,8 [11,0; 14,9]	-20,6 [-24,6; -16,5]	-160,2 [-207,4; -113,0]
Porcentaje de niños de 36-59 meses que asisten a educación inicial regidos del MINEDUC	2018-19	54,0 [51,8; 56,2]	58,9 [56,2; 61,6]	43,0 [39,3; 46,8]	61,8 [58,5; 65,0]	48,3 [45,1; 51,5]	52,0 [48,3; 55,8]	49,0 [43,2; 54,8]	55,6 [53,3; 57,9]	37,8 [33,4; 42,4]	67,9 [63,9; 71,6]	30,0 [24,2; 35,9]	44,3 [37,0; 51,5]
	2022-23	47,5 [45,8; 49,2]	49,0 [47,0; 51,0]	44,6 [41,4; 47,8]	48,4 [46,2; 50,5]	47,0 [44,2; 49,8]	46,6 [43,4; 49,8]	42,7 [38,3; 47,3]	48,5 [46,6; 50,5]	43,8 [39,8; 47,8]	50,5 [47,3; 53,7]	6,7 [1,6; 11,8]	13,3 [3,6; 22,9]
	2023-24	53,8 [52,0; 55,7]	56,2 [53,9; 58,4]	49,3 [45,9; 52,6]	54,0 [51,9; 56,0]	54,0 [50,9; 57,1]	51,5 [48,1; 54,9]	43,0 [38,7; 47,5]	55,2 [53,2; 57,1]	46,0 [41,9; 50,3]	62,2 [59,2; 65,2]	16,2 [11,0; 21,3]	26,0 [18,4; 33,6]

Tabla A8. Indicadores de protección y seguridad desagregados por área de residencia, región, etnia y quintil de ingreso

Indicador	Período	Total nacional	Área de residencia		Región			Etnia (sólo indígena y mestizo)		Quintil de ingresos			
			Urbano	Rural	Sierra	Costa	Amazonía	Indígena	Mestizo	Q1 - 20% más pobre	Q5 - 20% más rico	Brecha Q5-Q1	Brecha (Q5-Q1)/Q5
Porcentaje de niños menores de cinco años en hogares con saneamiento adecuado	2018-19	73,9 [72,1; 75,7]	76,2 [73,7; 78,6]	69,1 [66,7; 71,5]	88,0 [86,3; 89,4]	65,0 [61,9; 68,0]	62,0 [58,9; 65,0]	59,9 [55,1; 64,5]	76,7 [74,7; 78,7]	54,0 [50,7; 57,2]	89,1 [87,2; 90,9]	35,2 [31,5; 38,9]	39,5 [35,6; 43,3]
	2022-23	74,8 [72,7; 76,8]	74,6 [71,6; 77,4]	75,1 [72,8; 77,3]	91,5 [90,5; 92,4]	64,4 [60,8; 67,9]	62,0 [58,9; 65,0]	66,6 [63,0; 70,0]	77,3 [75,0; 79,4]	59,0 [55,7; 62,2]	89,9 [87,6; 91,8]	30,9 [27,2; 34,6]	34,4 [30,5; 38,2]
	2023-24	75,1 [73,0; 77,1]	74,9 [71,9; 77,9]	75,4 [73,3; 77,5]	90,9 [89,9; 91,9]	64,6 [61,1; 68,2]	67,8 [64,6; 71,0]	71,0 [67,5; 74,5]	77,6 [75,4; 79,8]	60,3 [56,7; 63,9]	90,6 [88,8; 92,3]	30,3 [26,7; 33,9]	33,4 [29,6; 37,3]
Porcentaje de niños que cuentan con cédula de identidad o ciudadanía	2018-19	91,4 [90,6; 92,2]	91,7 [90,7; 92,7]	90,9 [89,5; 92,1]	91,6 [90,4; 92,7]	91,2 [90,0; 92,4]	92,0 [90,7; 93,2]	88,2 [84,4; 91,2]	91,8 [90,9; 92,7]	89,9 [88,1; 91,5]	93,1 [91,6; 94,3]	3,2 [1,0; 5,3]	3,4 [1,1; 5,7]
	2022-23	95,5 [95,0; 95,9]	95,7 [95,1; 96,3]	95,1 [94,3; 95,8]	96,6 [96,1; 97,1]	95,3 [94,6; 96,0]	90,9 [89,4; 92,2]	92,9 [91,4; 94,2]	96,1 [95,5; 96,5]	92,5 [91,4; 93,5]	99,1 [98,7; 99,4]	6,6 [5,4; 7,7]	6,6 [5,5; 7,8]
	2023-24	96,7 [96,3; 97,0]	96,7 [96,2; 97,2]	96,5 [95,9; 97,1]	97,2 [96,8; 97,7]	96,6 [96,0; 97,2]	93,9 [92,7; 94,9]	95,3 [94,0; 96,4]	97,2 [96,8; 97,6]	94,7 [93,5; 95,7]	98,7 [98,2; 99,0]	4,0 [2,8; 5,1]	4,0 [2,8; 5,2]

Indicador	Período	Total nacional	Área de residencia		Región			Etnia (sólo indígena y mestizo)		Quintil de ingresos			
			Urbano	Rural	Sierra	Costa	Amazonía	Indígena	Mestizo	Q1 - 20% más pobre	Q5 - 20% más rico	Brecha Q5-Q1	Brecha (Q5-Q1)/Q5
Porcentaje de niños >1 & <5 años que recibieron maltrato físico en el último mes	2018-19	51,5 [50,0; 53,0]	51,0 [49,2; 52,9]	52,4 [49,9; 54,8]	51,5 [49,4; 53,7]	50,8 [48,6; 53,1]	56,2 [53,6; 58,8]	53,1 [48,8; 57,4]	49,8 [37,4; 62,3]	55,2 [52,0; 58,4]	47,6 [44,7; 50,6]	-7,6 [-11,8; -3,4]	-16,0 [-25,6; -6,5]
	2022-23	47,8 [45,8; 49,7]	47,3 [44,8; 49,9]	48,6 [45,7; 51,6]	45,6 [43,4; 47,9]	48,6 [45,4; 51,8]	53,6 [50,3; 56,9]	57,1 [52,3; 61,7]	47,1 [45,0; 49,3]	47,7 [42,9; 52,5]	42,2 [38,4; 46,1]	-5,5 [-11,8; 0,8]	-13,0 [-28,8; 2,8]
	2023-24	46,1 [44,1; 48,0]	46,0 [43,3; 48,7]	46,2 [43,5; 48,9]	41,2 [38,9; 43,5]	49,3 [46,1; 52,5]	50,0 [46,3; 53,7]	50,2 [45,2; 55,2]	45,7 [43,2; 48,2]	49,3 [44,4; 54,1]	40,8 [37,6; 44,1]	-8,4 [-13,8; -3,1]	-20,7 [-34,6; -6,7]
Porcentaje de niños >1 & <5 años que recibieron maltrato psicológico en el último mes	2018-19	47,8 [46,2; 49,3]	48,3 [46,4; 50,3]	46,6 [44,2; 49,0]	50,7 [48,2; 53,2]	45,9 [43,7; 48,0]	45,4 [43,0; 47,9]	44,2 [40,1; 48,4]	38,6 [28,0; 50,4]	48,4 [45,2; 51,6]	45,6 [42,6; 48,6]	-2,8 [-7,2; 1,5]	-6,2 [-16,1; 3,6]
	2022-23	59,5 [57,6; 61,4]	60,7 [58,3; 63,1]	57,2 [54,3; 60,0]	56,6 [54,2; 58,9]	61,9 [58,8; 64,9]	57,7 [54,6; 60,8]	52,4 [47,4; 57,3]	60,3 [58,3; 62,3]	59,7 [55,7; 63,5]	53,1 [49,2; 57,0]	-6,6 [-11,9; -1,2]	-12,4 [-23,1; -1,6]
	2023-24	53,4 [51,6; 55,3]	55,2 [52,7; 57,7]	50,1 [47,6; 52,6]	51,0 [48,8; 53,1]	55,2 [52,1; 58,3]	54,5 [50,4; 58,5]	46,7 [41,9; 51,6]	53,9 [51,6; 56,1]	56,5 [52,2; 60,8]	48,7 [45,2; 52,3]	-7,8 [-13,1; -2,6]	-16,1 [-27,5; -4,7]

Tabla A9. Puntajes crudos de lenguaje desagregados por área de residencia, región, etnia y quintil de ingreso

Indicador	Período	Total nacional	Área de residencia		Región			Etnia (sólo indígena y mestizo)		Quintil de ingresos			
			Urbano	Rural	Sierra	Costa	Amazonía	Indígena	Mestizo	Q1 - 20% más pobre	Q5 - 20% más rico	Brecha Q5-Q1	Brecha (Q5-Q1)/Q5
Promedio de palabras que entienden los niños de 12 a 18 meses	2018-19	30,1 [28,9; 31,2]	30,2 [28,7; 31,7]	29,7 [28,3; 31,2]	30,0 [27,9; 32,1]	29,9 [28,6; 31,3]	31,6 [29,6; 33,5]	30,2 [24,9; 35,4]	30,4 [25,8; 34,9]	30,3 [28,2; 32,5]	31,0 [28,8; 33,1]	0,6 [-2,2; 3,4]	2,1 [-6,9; 11,0]
	2022-23	24,8 [24,0; 25,5]	24,9 [23,9; 25,8]	24,7 [23,6; 25,8]	26,5 [25,4; 27,6]	23,6 [22,5; 24,7]	23,7 [22,3; 25,2]	23,6 [21,8; 25,5]	25,1 [24,3; 26,0]	24,0 [22,5; 25,5]	25,4 [23,4; 27,4]	1,4 [-1,1; 3,9]	5,4 [-4,1; 14,8]
	2023-24	24,6 [23,5; 25,7]	24,2 [22,8; 25,6]	25,3 [23,8; 26,8]	27,9 [26,8; 29,0]	22,1 [20,8; 23,5]	28,1 [26,3; 29,9]	27,4 [25,5; 29,2]	24,7 [23,5; 25,9]	24,9 [23,0; 26,8]	27,9 [26,5; 29,2]	3,0 [0,6; 5,3]	10,6 [2,5; 18,8]
Promedio de palabras que dicen los niños de 12 a 18 meses	2018-19	8,4 [7,9; 9,0]	8,7 [7,9; 9,4]	7,9 [7,1; 8,8]	8,8 [7,8; 9,7]	8,1 [7,4; 8,9]	8,8 [7,6; 10,0]	10,3 [8,6; 11,9]	8,1 [4,1; 12,1]	7,9 [6,8; 9,1]	9,3 [7,8; 10,8]	1,3 [-0,4; 3,0]	14,2 [-2,4; 30,7]
	2022-23	5,1 [4,6; 5,6]	5,3 [4,5; 6,1]	4,8 [4,3; 5,3]	5,3 [4,8; 5,9]	5,0 [4,1; 5,9]	4,6 [4,0; 5,1]	4,5 [3,6; 5,3]	5,2 [4,6; 5,8]	4,7 [3,8; 5,6]	6,5 [4,8; 8,2]	1,8 [-0,1; 3,7]	27,7 [4,5; 50,9]
	2023-24	5,4 [4,9; 5,8]	5,3 [4,8; 5,8]	5,4 [4,4; 6,4]	5,8 [5,1; 6,4]	5,2 [4,5; 5,9]	4,4 [3,7; 5,1]	5,1 [3,8; 6,4]	5,3 [4,8; 5,9]	5,4 [4,2; 6,6]	5,3 [4,4; 6,3]	-0,1 [-1,6; 1,5]	-1,4 [-30,9; 28,1]
	2018-19	22,0 [21,3; 22,8]	22,2 [21,2; 23,1]	21,7 [20,4; 23,1]	23,5 [22,3; 24,7]	21,2 [20,1; 22,4]	19,9 [18,6; 21,2]	21,9 [20,1; 23,7]	22,4 [16,2; 28,5]	21,0 [19,2; 22,8]	23,5 [21,9; 25,1]	2,5 [0,1; 4,9]	10,5 [0,8; 20,2]

Indicador	Período	Total nacional	Área de residencia		Región			Etnia (sólo indígena y mestizo)		Quintil de ingresos			
			Urbano	Rural	Sierra	Costa	Amazonía	Indígena	Mestizo	Q1 - 20% más pobre	Q5 - 20% más rico	Brecha Q5-Q1	Brecha (Q5-Q1)/Q5
Promedio de palabras que dicen los niños de 19 a 30 meses	2022-23	16,1 [15,2; 17,0]	15,7 [14,5; 16,8]	16,9 [15,4; 18,3]	17,0 [15,8; 18,2]	15,7 [14,2; 17,1]	14,2 [12,9; 15,4]	17,8 [14,7; 20,9]	15,8 [14,8; 16,9]	16,6 [14,7;18,5]	17,9 [16,2;19,5]	1,3 [-1,1; 3,8]	7,3 [-6,0; 20,6]
	2023-24	17,5 [16,6; 18,4]	18,0 [16,9; 19,1]	16,6 [15,1; 18,2]	18,0 [17,1; 19,0]	17,4 [15,8; 18,9]	15,1 [13,2; 17,0]	16,5 [13,9; 19,1]	17,7 [16,7; 18,6]	16,1 [14,5;17,7]	18,9 [16,9;21,0]	2,8 [0,2; 5,5]	15,0 [2,2; 27,8]
Promedio de palabras que dicen los niños de 31 a 42 meses	2018-19	24,0 [23,2; 24,9]	24,7 [23,7; 25,8]	22,6 [21,2; 23,9]	25,3 [24,2; 26,3]	23,3 [22,0; 24,7]	22,1 [20,7; 23,5]	21,8 [19,4; 24,2]	23,5 [19,0; 27,9]	21,1 [19,2;23,0]	25,5 [23,8;27,1]	4,4 [1,9; 6,8]	17,1 [8,1; 26,2]
	2022-23	16,7 [15,9; 17,5]	17,1 [16,0; 18,2]	16,0 [14,9; 17,1]	17,8 [16,8; 18,8]	16,0 [14,7; 17,2]	16,6 [14,8; 18,4]	15,2 [13,1; 17,3]	17,1 [16,1; 18,1]	14,1 [11,9;16,2]	19,2 [17,7;20,7]	5,1 [2,5; 7,7]	26,6 [14,3; 39,0]
	2023-24	16,9 [16,1; 17,7]	16,6 [15,5; 17,6]	17,6 [16,6; 18,6]	19,2 [18,3; 20,2]	15,6 [14,4; 16,8]	14,1 [12,5; 15,8]	14,9 [13,1; 16,8]	17,2 [16,2; 18,1]	15,3 [13,2;17,5]	20,0 [18,4;21,6]	4,7 [1,9; 7,6]	23,5 [10,4; 36,6]
	2018-19	28,4 [27,4; 29,4]	31,6 [30,2; 32,9]	21,1 [19,9; 22,3]	28,8 [27,3; 30,4]	28,8 [27,3; 30,3]	21,8 [20,4; 23,2]	18,6 [15,8; 21,3]	31,6 [22,9; 40,2]	21,9 [20,1;23,6]	37,3 [35,2;39,4]	15,4 [12,6; 18,2]	41,3 [35,5; 47,2]
Puntaje TVIP promedio para niños/as de 43 a 59 meses - 81 ítems	2022-23	30,1 [29,2; 31,1]	31,5 [30,4; 32,6]	27,3 [25,5; 29,0]	33,9 [32,8; 35,0]	27,8 [26,3; 29,3]	26,4 [24,7; 28,0]	24,2 [21,2; 27,1]	31,3 [30,3; 32,3]	24,3 [22,6;26,0]	35,6 [33,7;37,5]	11,3 [8,8; 13,9]	31,8 [25,8; 37,8]
	2023-24	29,4 [28,7; 30,2]	30,1 [29,1; 31,1]	28,2 [27,0; 29,5]	32,3 [31,4; 33,3]	27,5 [26,3; 28,8]	26,3 [24,9; 27,6]	25,0 [22,6; 27,4]	30,5 [29,6; 31,4]	24,8 [23,0;26,5]	35,6 [34,0;37,1]	10,8 [8,5; 13,1]	30,4 [24,6; 36,1]

Anexo 4. Resultados adicionales del ejercicio de mediación

Figura A1. Cambio en la brecha socioeconómica del desarrollo del lenguaje ante la inclusión de potenciales factores mediadores

	Paso 0	Paso 1	Paso 2	Paso 3	Paso 4	Paso 5	Paso 6	Paso 7	Cambio en la brecha
Paso 0: Brecha socioeconómica	0,361** (0,050)	0,213** (0,070)	0,203** (0,073)	0,193** (0,073)	0,176* (0,071)	0,175* (0,071)	0,069 (0,065)	0,072 (0,065)	
Paso 1: Educación de la madre		0,120** (0,030)	0,116** (0,029)	0,112** (0,029)	0,109** (0,030)	0,108** (0,030)	0,054+ (0,027)	0,051+ (0,028)	0,148 (0,036)
Paso 2: Índice de salud			0,028 (0,019)	0,026 (0,018)	0,023 (0,019)	0,022 (0,019)	0,006 (0,019)	0,004 (0,019)	0,010 (0,008)
Paso 3: Índice de nutrición				0,046** (0,016)	0,046** (0,016)	0,046** (0,016)	0,042** (0,016)	0,046** (0,016)	0,010 (0,005)
Paso 4: Índice de atención responsiva					-0,046* (0,022)	-0,043* (0,022)	-0,036+ (0,021)	-0,034+ (0,021)	0,017 (0,008)
Paso 5: Índice de protección y seguridad						0,014 (0,013)	-0,001 (0,013)	-0,001 (0,013)	0,001 (0,002)
Paso 6: Índice de oportunidades de juego en el hogar							0,214** (0,017)	0,209** (0,017)	0,106 (0,017)
Paso 7: Dummy de acceso a servicios								0,098* (0,038)	-0,003 (0,003)

** p<0.01, * p<0.05, + p<0.1. Errores estándar robustos entre paréntesis. Fuente: ENDI R2 2023-24. La brecha socioeconómica corresponde a la diferencia en desviaciones estándar entre el quintil más rico y el más pobre, como resultado de una regresión del puntaje estandarizado de lenguaje con variables *dummy* de quintil de ingreso, controlando por la edad del niño en meses, sexo, área de residencia y provincia, así como los factores de expansión de la muestra y errores estándar tipo clúster empleando la variable de estratificación de la muestra. La muestra total fueron 8.320 niños de 12 a 59 meses. Se señalan en negrilla los coeficientes estadísticamente significativos o los cambios en la brecha que resultaron ser estadísticamente significativos.

Figura A2. Cambio en la brecha socioeconómica del desarrollo del lenguaje ante la inclusión de potenciales factores mediadores, sin efectos fijos de provincia

	Paso 0	Paso 1	Paso 2	Paso 3	Paso 4	Paso 5	Paso 6	Paso 7	Cambio en la brecha
Paso 0: Brecha socioeconómica	0,434** (0,054)	0,282** (0,073)	0,271** (0,075)	0,270** (0,075)	0,254** (0,073)	0,250** (0,073)	0,111+ (0,065)	0,116+ (0,066)	
Paso 1: Educación de la madre		0,121** (0,029)	0,116** (0,028)	0,115** (0,028)	0,112** (0,029)	0,110** (0,029)	0,049+ (0,027)	0,046+ (0,027)	0,152 (0,035)
Paso 2: Índice de salud			0,033+ (0,019)	0,032+ (0,019)	0,030 (0,019)	0,029 (0,019)	0,009 (0,019)	0,006 (0,019)	0,011 (0,008)
Paso 3: Índice de nutrición				0,013 (0,017)	0,013 (0,017)	0,014 (0,017)	0,022 (0,016)	0,025 (0,016)	0,001 (0,003)
Paso 4: Índice de atención responsiva					-0,044+ (0,022)	-0,038+ (0,022)	-0,032 (0,021)	-0,031 (0,020)	0,016 (0,008)
Paso 5: Índice de protección y seguridad						0,027* (0,013)	0,006 (0,013)	0,006 (0,013)	0,004 (0,003)
Paso 6: Índice de oportunidades de juego en el hogar							0,236** (0,016)	0,231** (0,016)	0,138 (0,019)
Paso 7: Dummy de acceso a servicios								0,096* (0,038)	-0,005 (0,003)

** p<0.01, * p<0.05, + p<0.1. Errores estándar robustos entre paréntesis. Fuente: ENDI R2 2023-24. La brecha socioeconómica corresponde a la diferencia en desviaciones estándar entre el quintil más rico y el más pobre, como resultado de una regresión del puntaje estandarizado de lenguaje con variables *dummy* de quintil de ingreso, controlando por la edad del niño en meses, sexo, y área de residencia, así como los factores de expansión de la muestra y errores estándar tipo clúster empleando la variable de estratificación de la muestra. La muestra total fueron 8.320 niños de 12 a 59 meses. Se señalan en negrilla los coeficientes estadísticamente significativos o los cambios en la brecha que resultaron ser estadísticamente significativos.