

Boletín Técnico Nro. 02-2024-ENDI

Principales Indicadores

Octubre, 2024





Boletín Técnico de la Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil



Quito – Ecuador, 2024

Dirección/Departamento

Dirección de Estadísticas Sociodemográficas

Unidad

Gestión de Estadísticas Permanentes a Hogares

Elaborado por:

Margoth Herrera
José Castellanos
Gabriela Obregón
Mayra Pilaguano
Víctor Guevara

Revisado por:

Estefanía Encalada

Aprobado por:

Julio Muñoz



Índice de Contenidos

Resumen.....	4
Introducción	5
Principales aspectos metodológicos	6
Principales Resultados:.....	6
1. Estado Nutricional	6
1.1. Desnutrición Crónica Infantil - DCI.....	6
1.1.1. Menores de 2 años.....	7
1.1.2. De 2 a menores de 5 años	7
1.1.3. Menores de 5 años.....	7
1.2. Sobrepeso y obesidad	8
1.3. Anemia y consumo de hierro	8
2. Inmunizaciones.....	9
3. Prestaciones.....	10
3.1 Prestaciones durante la gestación	10
3.1.1. Controles, ecos, vacunas y consumo de hierro y ácido fólico durante la gestación	10
3.1.2. Exámenes durante la gestación.....	11
3.2 Prestaciones durante el crecimiento	12
4. Calidad del agua en la fuente: Red Pública.....	12
4.1 E. coli en el agua que proviene de la Red Pública.....	12
4.2 Cloro en el agua que proviene de la Red Pública	13
5. Módulo de Desarrollo Infantil.....	13
5.1. Niñas y niños libres de maltrato	13
5.2. Depresión materna	14
5.3. Calidad del entorno para el aprendizaje: <i>estimulación temprana, libros y juguetes</i>	14
5.4. Desarrollo de habilidades lingüísticas	15
5.4.1. Promedio de palabras de niñas/os entre 12 a 42 meses (MacArthur-Bates)	15
5.4.2. Puntaje TVIP de niñas/os de 43 a 59 meses.....	17
Glosario	18
Referencias	24

Índice de Figuras

Figura 1. Menores de 2 años con Desnutrición Crónica, nacional y por área, comparación entre rondas - Porcentaje.....	7
Figura 2. Menores de 2 años con Desnutrición Crónica, nacional y por sexo, comparación entre rondas - Porcentaje.....	7

Figura 3. Niñas/os de 2 a menores de 5 años con Desnutrición Crónica, nacional y por área, comparación entre rondas - Porcentaje.....	7
Figura 4. Niñas/os de 2 a menores de 5 años con Desnutrición Crónica, nacional y por sexo, comparación entre rondas - Porcentaje.....	7
Figura 5. Menores de 5 años con Desnutrición Crónica, nacional y por área, comparación entre rondas - Porcentaje.....	8
Figura 6. Menores de 5 años con Desnutrición Crónica, nacional y por sexo, comparación entre rondas - Porcentaje.....	8
Figura 7. Menores de 5 años con Sobrepeso y Obesidad, nacional y por área, comparación entre rondas - Porcentaje.....	8
Figura 8. Menores de 5 años con Sobrepeso y Obesidad, nacional y por sexo, comparación entre rondas - Porcentaje.....	8
Figura 9. Prevalencia de anemia en niñas/os de 6 a 23 meses de edad - Porcentaje	9
Figura 10. Niñas/os de 6 a 23 meses de edad que consumieron hierro, multivitaminas y minerales en polvo, al menos una vez en los últimos 7 días - Porcentaje	9
Figura 11. Inmunizaciones en niñas/os de 12 a 23 meses a nivel nacional, comparación entre rondas - Porcentaje.....	10
Figura 12. Menores de 5 años cuyas madres recibieron controles durante la gestación a nivel nacional, comparación entre rondas - Porcentaje.	10
Figura 13. Menores de 2 años cuyas madres recibieron controles durante la gestación a nivel nacional, comparación entre rondas - Porcentaje.	10
Figura 14. Menores de 5 años cuyas madres se realizaron exámenes durante la gestación, a nivel nacional, comparación entre rondas - Porcentaje.	11
Figura 15. Menores de 2 años cuyas madres se realizaron exámenes durante la gestación, a nivel nacional, comparación entre rondas - Porcentaje.	11
Figura 16. Prestaciones durante el crecimiento a niñas/os menores de 5 años, comparación entre rondas - Porcentaje.....	12
Figura 17. Hogares con niñas/os menores de 5 años con presencia de la bacteria E. coli en el agua para beber tomada de la fuente que proviene de la Red Pública, nacional y por área, comparación entre rondas - Porcentaje.....	13
Figura 18. Hogares con niñas/os menores de 5 años con presencia de cloro en el agua para beber tomada de la fuente que proviene de la Red Pública, nacional y por área, comparación entre rondas - Porcentaje.....	13
Figura 19. Indicadores de niñas y niños libres de maltrato físico y psicológico en el último mes, comparación entre rondas - Porcentaje.....	14
Figura 20. Menores de 5 años cuya madre presentó sintomatología de depresión en los últimos 7 días, nacional y por nivel de instrucción de la madre - Porcentaje.....	14
Figura 21. Indicadores de calidad del entorno para el aprendizaje de los menores de 5 años, nacional, comparación entre rondas - Porcentaje.	15
Figura 22. Palabras del inventario para el grupo de edad que según el cuidador entienden las niñas/os entre 12 a 18 meses, nacional y por nivel de instrucción de la madre, comparación entre rondas - Promedio.....	16
Figura 23. Palabras del inventario para el grupo de edad que según el cuidador dicen las niñas/os entre 12 a 18 meses, nacional y por nivel de instrucción de la madre, comparación entre rondas - Promedio.....	16
Figura 24. Palabras del inventario para el grupo de edad que según el cuidador dicen las niñas/os entre 19 a 30 meses, nacional y por nivel de instrucción de la madre, comparación entre rondas - Promedio.....	16
Figura 25. Palabras del inventario para el grupo de edad que según el cuidador dicen las niñas/os entre 31 a 42 meses, nacional y por nivel de instrucción de la madre, comparación entre rondas.....	17
Figura 26. Puntaje TVIP (palabras que comprenden) las niñas/os entre 43 a 59 meses, nacional y por nivel de instrucción de la madre, comparación entre rondas - Promedio.	17
Figura 27. Puntaje TVIP (palabras que comprenden) las niñas/os entre 43 a 59 meses, nacional y por condición de Desnutrición Crónica, comparación entre rondas - Promedio.....	18

Resumen

El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), en calidad de productor de las estadísticas oficiales en el Ecuador, pone a disposición de la ciudadanía los principales resultados de la Encuesta Nacional de Desnutrición Infantil (ENDI), correspondientes a los dos primeros años de levantamiento.

Las temáticas abordadas para evaluar la situación de la primera infancia en el país son: Estado nutricional, Inmunizaciones, Prestaciones durante la gestación y durante el crecimiento, Calidad del agua, Maltrato infantil, Depresión materna, Calidad del entorno para el aprendizaje y Desarrollo de lenguaje. Para cada una se presentan los indicadores a nivel nacional y a nivel de desagregaciones, según corresponda.

Además, en la presente entrega cada indicador es comparado con su valor de referencia obtenido de la primera ronda (2022-2023), observando si existieron diferencias estadísticamente significativas que permitan evaluar el impacto de las estrategias que se han implementado.

En este contexto, los principales resultados de la ENDI reflejan que en el Ecuador la prevalencia de Desnutrición Crónica Infantil no presentó cambios significativos en comparación con el primer año de encuesta, con las siguientes estimaciones para la segunda ronda: 19,3% en los menores de 2 años, 16,4% en los niños de entre 2 a menos de 5 años, y 17,5% en menores de 5 años. La prevalencia de sobrepeso y obesidad en menores de 5 años, se estima en 5,0%. Se observa una reducción de la prevalencia de anemia en los infantes de 6 a 23 meses (-6,0 p.p.¹), que se da conjuntamente con un incremento en el consumo de hierro y micronutrientes en el mismo grupo de edad (+4,3 p.p.).

Las inmunizaciones en el grupo de edad de 12 a 23 meses presentaron aumento significativo de vacunación contra Rotavirus de +2,0 p.p.; vacuna contra Neumococo con niveles similares a los de la ronda anterior; mientras que vacunas BCG se estima que redujeron en -1,9 p.p.

En las prestaciones durante la gestación para menores de 2 años el mayor cambio se evidencia con un incremento significativo en el indicador de al menos cinco controles prenatales estimado en +2,1 p.p., junto con otros incrementos significativos en: +1,6 p.p. en consumo de hierro y ácido fólico, +1,5 p.p. en vacunación contra tétano-difteria, +0,6 p.p. en ecos obstétricos, +1,2 p.p. en exámenes de VIH, y +1,1 p.p. en exámenes de orina, en comparación con la ronda anterior; examen de TORCH permanece sin cambio significativo.

En las prestaciones a los niños menores de 5 años durante su crecimiento hubieron incrementos significativos: +3,2 p.p. en niños de 24 a 59 meses que tuvieron al menos 13 controles del niño sano durante sus primeros 23 meses de vida, +1,1 p.p. en inscripciones en el Registro Civil, +2,7 p.p. en niveles de asistencia a Centros de Desarrollo Infantil, y +3,4 p.p. en alcance del programa Creciendo con Nuestros Hijos - CNH para menores de 3 años.

La calidad del agua cuya fuente proviene de la Red Pública presenta mejoras a nivel nacional al evidenciar una reducción de presencia de *E. coli* (-3,7 p.p.), lo cual va de la mano con un aumento de la presencia de cloro (+7,3 p.p.).

En lo que respecta al Módulo de Desarrollo Infantil se evidenció que:

El nivel de niños/as libres de maltrato físico permaneció sin cambios significativos, pero el nivel de niños/as libres de maltrato psicológico subió +6,1 p.p. para el grupo de edad entre 1 a menores de 5 años.

¹ p.p.: puntos porcentuales

La *depresión materna* tuvo incremento significativo a nivel nacional estimado en +2,3 p.p.

La calidad del entorno basada en realizar *al menos cuatro actividades de estimulación con miembros del hogar*, contar con *al menos un libro infantil en su casa*, y disponer de *al menos tres variedades de juguete* para estimular el desarrollo, no presenta cambios significativos entre rondas, lo cual se ve reflejado en los indicadores de desarrollo lingüístico sin cambios importantes entre rondas: el *desarrollo lingüístico* evaluado mediante la aplicación de tests estandarizados muestra que en general los indicadores de *promedio de palabras del inventario MacArthur-Bates según el grupo de edad* no variaron significativamente, y únicamente se refleja un cambio en el grupo de edad que va de los 19 a 30 meses, presentando un aumento significativo en su *promedio de palabras del inventario* que pasó de 16,1 palabras en *Ronda 1* a 17,5 palabras en *Ronda 2* (+1,4 palabras que dicen).

En cuanto al *Test de vocabulario en imágenes Peabody* aplicado en niños de 43 a 59 meses, aunque no hubo mejoras en el indicador, se destaca la brecha que persiste entre rondas según el *nivel de instrucción de la madre*: en *Ronda 2* el *puntaje promedio* fue 24,5 puntos cuando la madre tiene nivel de instrucción *ninguna o básico*, pero asciende a 35,8 puntos si el nivel de instrucción es *superior*. Finalmente, obtuvieron menores resultados en el puntaje los niños y niñas que padecen *Desnutrición Crónica* frente a los que no padecen esta condición (*Ronda 2*: 26,1 puntos frente 30,1 puntos), evidenciando la relación y el impacto que este mal genera sobre el desarrollo infantil.

² Conjunto de bienes y servicios destinados a atender a gestantes y a niños y niñas menores de 24 meses de edad.

Introducción

En el marco de la "*Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil*" vigente por decreto ejecutivo (Ministerio de Finanzas, 2020), y de la puesta en marcha del "*Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil*" que tiene por prioridad el diseño de una política social sostenida para la lucha contra la *Desnutrición Crónica* en el Ecuador (Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil, 2021), se delega al INEC la ejecución oportuna de recolección de información para seguimiento y evaluación de impacto, mediante la ENDI.

El objetivo de la ENDI es generar indicadores sobre *desnutrición infantil* y cobertura de los programas del paquete priorizado², dentro de la *Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición*. La ENDI está diseñada para proporcionar estadísticas sobre los niveles, tendencias y cambios en el tiempo de varios indicadores que permitan evaluar el estado nutricional de los menores de 5 años.

Dada la importancia de medir el bienestar infantil de forma integral, en octubre de 2022 el INEC presentó al *Banco Interamericano de Desarrollo* la propuesta técnica para la ejecución de la "*Consultoría para el levantamiento de un Módulo de Desarrollo Infantil en el marco de las dos primeras rondas de la ENDI*". Con base en la misma, se incorpora el *Módulo de Desarrollo Infantil* (Formulario 3), teniendo como objetivos recolectar información sobre el nivel de desarrollo de los niños/as en cuanto a lenguaje, prácticas de disciplina y disponibilidad de materiales y actividades de estimulación, a una submuestra representativa de niños/as visitados en las dos primeras rondas.

La *Ronda 1* inició el operativo de campo para *Enlistamiento* en abril de 2022, y el

operativo de campo de la Encuesta el 12 de julio del mismo año.

La Ronda 2 inició el operativo de campo para Enlistamiento en mayo de 2023, y el operativo de campo de la Encuesta el 17 de julio del mismo año.

El levantamiento de información concerniente al *Módulo de Desarrollo Infantil* se realizó durante la segunda mitad de las fases de Encuesta.

Principales aspectos metodológicos

A continuación, se detallan las principales características de la ENDI, que proporcionarán al lector una mejor comprensión de sus aspectos metodológicos:

Unidad de Análisis: Niñas/os menores de 5 años.

Población objetivo: Todas las niñas/os menores de 5 años (informante directo y calificado).

Cobertura geográfica: Todo el territorio nacional³.

Representatividad: Nacional, urbano, rural y provincial.

Período de levantamiento:

Ronda 1: julio 2022 – julio 2023 (*Módulo de Desarrollo Infantil*: enero - julio 2023).

Ronda 2: julio 2023 – agosto 2024 (*Módulo de Desarrollo Infantil*: enero - agosto 2024).

Tamaño muestral:

Ronda 1: 19.149 viviendas efectivas con niñas y niños menores de 5 años. Submuestra *Módulo de Desarrollo Infantil*: 9.823 viviendas efectivas.

³ En este boletín se presentan los resultados correspondientes a territorio continental.

Ronda 2: 20.110 viviendas efectivas con niñas y niños menores de 5 años. Submuestra *Módulo de Desarrollo Infantil*: 9.801 viviendas efectivas.

Método de recolección de la información: entrevista presencial (100%).

Principales Resultados^{4,5}

1. Estado Nutricional

El estado nutricional se entiende como un conjunto de factores que incluyen la ingesta habitual de nutrientes, así como múltiples factores del ambiente que influyen en el desarrollo de los niños y niñas desde el momento de su concepción. Cuando estos factores son negativamente afectados, los niños y niñas comienzan a experimentar cambios tanto a nivel físico como cognitivo (Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud Argentina, 2009, pág. 39).

1.1. Desnutrición Crónica Infantil - DCI

“La desnutrición crónica mide la proporción de niños y niñas menores de 5 años que presentan un retardo en la talla para su edad, de acuerdo a los parámetros internacionales estipulados por la Organización Mundial de Salud” (ODS Territorio Ecuador, 2018, pág. 1).

Un niño o niña que padece desnutrición crónica tiene repercusiones tanto en su infancia como en su adultez. En su niñez el menor con desnutrición crónica mostrará problemas de aprendizaje en la escuela; mientras que en su vida

⁴ Se indica encerrado con  en dónde el **cambio porcentual entre rondas** fue significativo (p-valor <0,05), respecto a Ronda 1

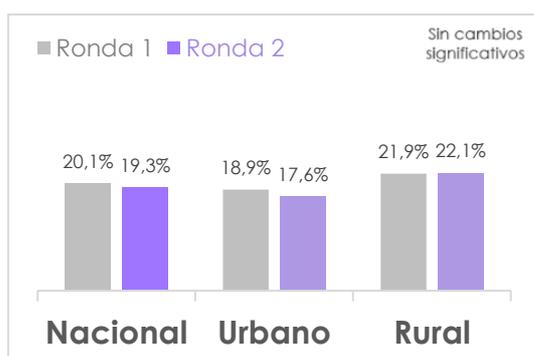
⁵ Ronda 1: ENDI 2022-2023;
Ronda 2: ENDI 2023-2024

adulto será propenso a tener sobrepeso, obesidad y enfermedades no transmisibles. Además, desde el punto de vista laboral, será un trabajador poco calificado (UNICEF Ecuador, s.f.).

1.1.1. Menores de 2 años

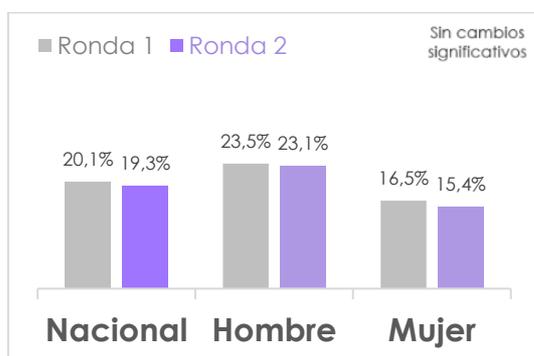
En Ecuador para la Ronda 2 el porcentaje de niños menores de 2 años con Desnutrición Crónica Infantil (DCI) se estima que fue 19,3%; área urbana: 17,6%, área rural: 22,1% (Figura 1); en hombres: 23,1%, y en mujeres: 15,4% (Figura 2). Las prevalencias de DCI persistieron en este grupo de edad y no presentan cambios significativos respecto a la Ronda 1.

Figura 1. Menores de 2 años con Desnutrición Crónica, nacional y por área, comparación entre rondas - Porcentaje.



Fuente: ENDI 22-23, ENDI 23-24

Figura 2. Menores de 2 años con Desnutrición Crónica, nacional y por sexo, comparación entre rondas - Porcentaje.

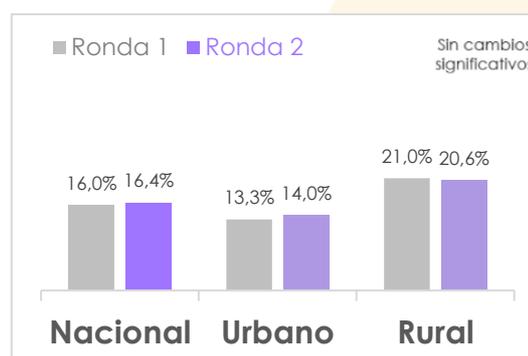


Fuente: ENDI 22-23, ENDI 23-24

1.1.2. De 2 a menores de 5 años

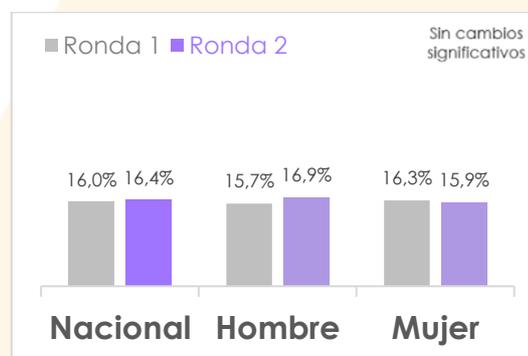
En niños de 2 a menores de 5 años, la DCI para la Ronda 2 se estima que fue 16,4%. Por área: 14,0% en urbana y 20,6% en rural (Figura 3). Por sexo: hombres 16,9% y mujeres 15,9% (Figura 4).

Figura 3. Niñas/os de 2 a menores de 5 años con Desnutrición Crónica, nacional y por área, comparación entre rondas - Porcentaje.



Fuente: ENDI 22-23, ENDI 23-24

Figura 4. Niñas/os de 2 a menores de 5 años con Desnutrición Crónica, nacional y por sexo, comparación entre rondas - Porcentaje.

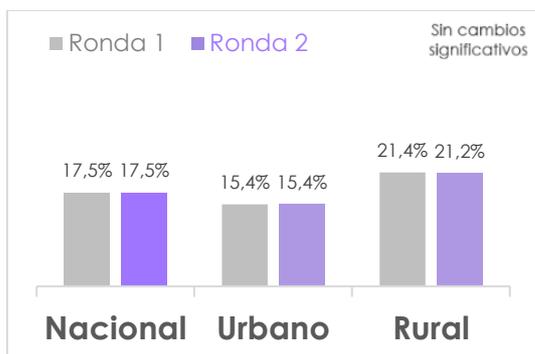


Fuente: ENDI 22-23, ENDI 23-24

1.1.3. Menores de 5 años

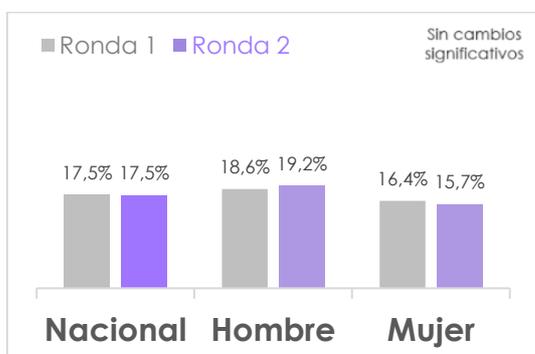
El porcentaje de DCI para menores de 5 años para la Ronda 2 fue de 17,5%. Por área: 15,4% en urbana y 21,2% en rural (Figura 5). Por sexo: hombres 19,2% y mujeres 15,7% (Figura 6). Las prevalencias de DCI persistieron y no variaron significativamente respecto a la Ronda 1.

Figura 5. Menores de 5 años con Desnutrición Crónica, nacional y por área, comparación entre rondas - Porcentaje.



Fuente: ENDI 22-23, ENDI 23-24

Figura 6. Menores de 5 años con Desnutrición Crónica, nacional y por sexo, comparación entre rondas - Porcentaje.

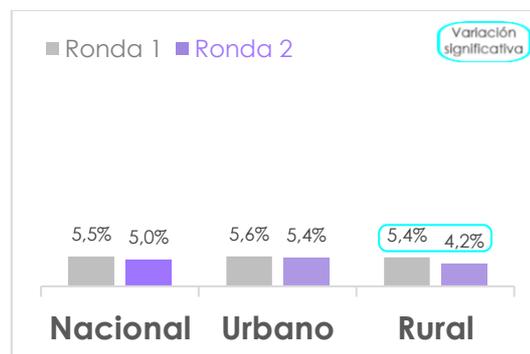


Fuente: ENDI 22-23, ENDI 23-24

1.2. Sobrepeso y obesidad

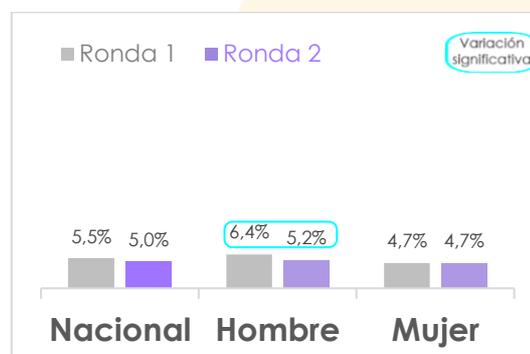
El porcentaje estimado de sobrepeso y obesidad en menores de 5 años para la Ronda 2 fue 5,0%. Áreas: urbana 5,4% y rural 4,2% (Figura 7). Hombres 5,2% y mujeres 4,7% (Figura 8). Comparando con la Ronda 1 el porcentaje no varió a nivel nacional, pero se observó una reducción significativa de -1,2 p.p. a nivel de áreas rurales, y de -1,1 p.p. en los hombres.

Figura 7. Menores de 5 años con Sobrepeso y Obesidad, nacional y por área, comparación entre rondas - Porcentaje.



Fuente: ENDI 22-23, ENDI 23-24

Figura 8. Menores de 5 años con Sobrepeso y Obesidad, nacional y por sexo, comparación entre rondas - Porcentaje.



Fuente: ENDI 22-23, ENDI 23-24

1.3. Anemia y consumo de hierro

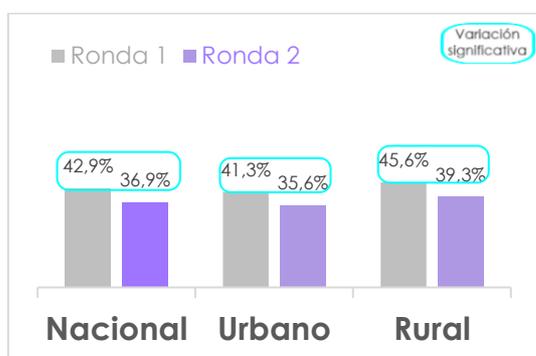
“La anemia es una afección en la que el número de glóbulos rojos o la concentración de hemoglobina dentro de éstos es menor de lo normal” (Organización Mundial de la Salud, s.f.). La tarea de la hemoglobina es transportar oxígeno a los tejidos del organismo. Cuando la hemoglobina o la cantidad de glóbulos rojos disminuye en la sangre, la cantidad de oxígeno disminuye en los diferentes tejidos, lo cual se manifestará en síntomas como: fatiga, debilidad, mareos y dificultad para respirar, entre otros (Organización Mundial de la Salud, s.f.).

Las principales causas de la anemia se deben a carencias nutricionales. Entre éstas, la que tiene mayor protagonismo es la falta de hierro, seguida de la

insuficiencia de folato, vitaminas B12 y A (Organización Mundial de la Salud, s.f.)

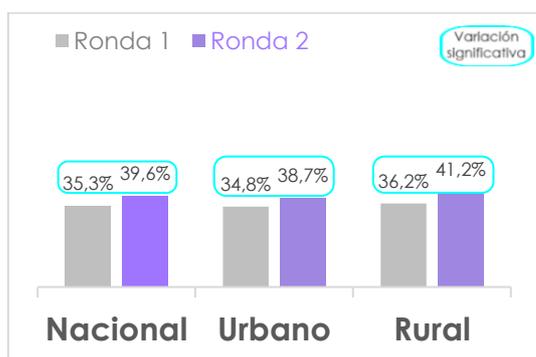
En los niños y niñas, el riesgo de tener cantidades insuficientes de hierro aumenta de manera significativa después de los 6 meses de nacido. Esto se debe a que los menores comienzan a ingerir alimentos junto a los miembros de su hogar, y si en éste los alimentos que se consumen diariamente no son ricos en hierro, entonces las reservas corporales con las que cuenta el menor disminuirán y causará la anemia (Revista Cubana de Alimentación y Nutrición, 2020).

Figura 9. Prevalencia de anemia en niñas/os de 6 a 23 meses de edad - Porcentaje



Fuente: ENDI 22-23, ENDI 23-24

Figura 10. Niñas/os de 6 a 23 meses de edad que consumieron hierro, multivitaminas y minerales en polvo, al menos una vez en los últimos 7 días - Porcentaje



Fuente: ENDI 22-23, ENDI 23-24

Para establecer la condición de anemia se realizan ajustes de los niveles de hemoglobina observados, que van de acuerdo a la altitud sobre el nivel del

⁶ Con cambios en los ajustes de hemoglobina y umbrales para establecer condición de anemia. Para mayores detalles revisar el documento:

mar. Se presentan los resultados utilizando la más reciente metodología recomendada⁶ (World Health Organization, 2024).

Los resultados permiten evidenciar de manera conjunta cómo se han incrementado los niveles de consumo de hierro y micronutrientes a la vez que empezaron a reducir los niveles de anemia (Figuras 9 y 10). De esta forma, para la Ronda 2 el consumo de hierro y micronutrientes aumentó +4,3 p.p. y la prevalencia de anemia se redujo en -6,0 p.p. a nivel nacional ubicándose ésta en el 36,9% para los infantes entre 6 y 23 meses, y siendo ambos cambios significativos. La misma tendencia de aumento de consumo de hierro y micronutrientes y de reducción de la prevalencia de anemia se observa tanto a nivel de área urbana como de área rural.

2. Inmunizaciones

“Las vacunas estimulan el propio sistema inmunitario del cuerpo para proteger a la persona contra infecciones o enfermedades posteriores. La inmunización previene enfermedades, discapacidades y defunciones por enfermedades prevenibles por vacunación” (Organización Panamericana de la Salud, s.f.).

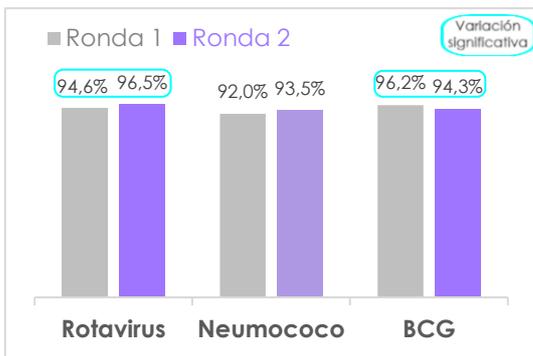
Para proteger a las niñas y niños de enfermedades mortales, el método más seguro es la vacunación. La vacunación es uno de los avances en salud más importantes a nivel mundial. Las vacunas han disminuido de manera segura el flagelo de enfermedades, para que los menores puedan crecer sanos y felices (UNICEF, s.f.).

Para la Ronda 2 los resultados de inmunizaciones a nivel nacional (presentados en la Figura 11) fueron: El porcentaje de niñas y niños de los 12 a los 23 meses de edad que tuvieron las dos vacunas de rotavirus con la condición de que las dosis hayan sido

“Guideline on haemoglobin cutoffs to define anaemia in individuals and populations (WHO, 2024)”

suministradas antes de cumplir el primer año, fue de 96,5%. Por su parte, el porcentaje de niñas y niños con las tres dosis de neumococo para el grupo de edad entre 12 a 23 meses, igualmente aplicadas antes de haber cumplido el primer año, fue del 93,5%. En cuanto a la vacuna de BCG, el porcentaje de niñas y niños entre 12 y 23 meses que se pusieron la dosis antes de cumplir el primer año fue de 94,3%.

Figura 11. Inmunizaciones en niñas/os de 12 a 23 meses a nivel nacional, comparación entre rondas - Porcentaje.



Fuente: ENDI 22-23, ENDI 23-24

Respecto a la comparación con la Ronda 1 se mantuvieron los mismos niveles de vacunación oportuna en neumococo (sin variación significativa), mientras que hay evidencia para afirmar que las inmunizaciones de rotavirus aumentaron en +2,0 p.p., y los niveles de vacunación de BCG descendieron en -1,9 p.p.

3. Prestaciones

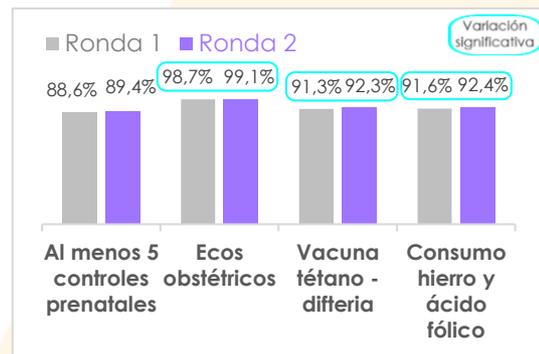
3.1 Prestaciones durante la gestación

Se conoce así a las prestaciones que un equipo de salud puede proveer a la embarazada con el objetivo de determinar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que pueden alterar la salud del niño o niña antes y después del parto (Ministerio de Salud Pública, 2015, pág. 10).

3.1.1. Controles, ecos, vacunas y consumo de hierro y ácido fólico durante la gestación

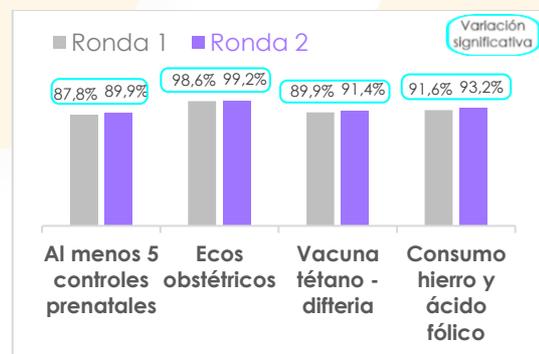
En menores de 5 años (Figura 12) se evidencian incrementos significativos en todos los indicadores, excepto en el de al menos 5 controles durante la gestación cuyo indicador permanece en torno al 89% en ambas rondas. Los incrementos correspondientes son: +1,1 p.p. en vacunación contra tétano-difteria, +0,9 p.p. en consumo de hierro y ácido fólico, y +0,3 p.p. en ecos obstétricos.

Figura 12. Menores de 5 años cuyas madres recibieron controles durante la gestación a nivel nacional, comparación entre rondas - Porcentaje.



Fuente: ENDI 22-23, ENDI 23-24

Figura 13. Menores de 2 años cuyas madres recibieron controles durante la gestación a nivel nacional, comparación entre rondas - Porcentaje.



Fuente: ENDI 22-23, ENDI 23-24

Pero al observar los mismos indicadores dentro del grupo de edad de menores de 2 años (Figura 13), se evidencia que

al menos 5 controles durante la gestación incrementó significativamente en +2,1 p.p., y las magnitudes de incremento de consumo de hierro y ácido fólico, vacuna contra tétano-difteria y los ecos obstétricos son mayores en este grupo de edad (incrementos porcentuales significativos de +1,6 p.p., +1,5 p.p. y +0,6 p.p., respectivamente).

3.1.2. Exámenes durante la gestación

Examen de orina

Por medio de la orina se pueden detectar alteraciones, que ponen en riesgo la vida tanto de la gestante como del feto. Algunos de los elementos que permiten reconocer enfermedades en la orina durante el embarazo son: proteínas, bacterias y glucosa (Organización Mundial de la Salud/Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva, 2019, pág. 77).

Examen de VIH

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), se lo identifica como un retrovirus que forma parte de la familia retroviridae que se conforma de dos tipos: VIH-1 y VIH-2. La forma de transmisión de estos virus es por medio de contacto directo con líquidos corporales (Ministerio de Salud Pública, 2019).

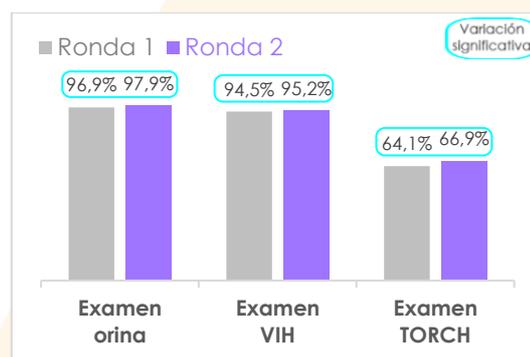
El VIH/Sida es una problemática que requiere de intervención multidisciplinaria, con un enfoque preventivo. En Ecuador y en el resto del mundo constituye un problema en salud de impacto social, económico y cultural. Para garantizar el nacimiento de niñas y niños sanos es importante diagnosticar a tiempo la enfermedad y dar un tratamiento oportuno para prevenir la transmisión vertical (Ministerio de Salud Pública, 2019, pág. 14).

Examen de TORCH

TORCH es un acrónimo que representa un conjunto de infecciones, en alusión a: Toxoplasmosis, Rubéola, Citomegalovirus, Herpes simple, y otros;

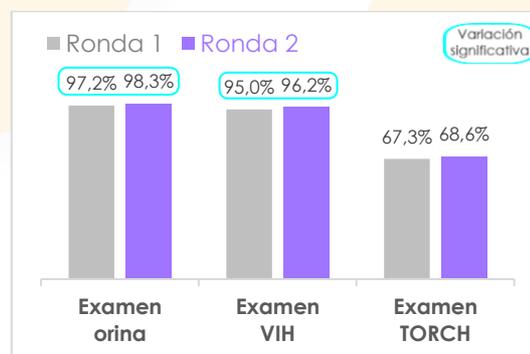
cuando la madre presenta cualquiera de estas infecciones, la transmite al bebé a través del torrente sanguíneo. Los síntomas dependen de la infección que haya contraído la madre, sin embargo, los más frecuentes son irritación, retraso del desarrollo, sarpullidos, discapacidades del desarrollo y del aprendizaje, anemia, entre otros (Niklaus Children's Hospital, s.f.). "El TORCH constituye una prueba de cribado para un grupo de microorganismos que pueden desencadenar transmisión vertical intraútero y provocar defectos congénitos en los recién nacidos, o contagio durante el paso por el canal de parto" (Ministerio de Salud Pública, 2019, pág. 14).

Figura 14. Menores de 5 años cuyas madres se realizaron exámenes durante la gestación, a nivel nacional, comparación entre rondas - Porcentaje.



Fuente: ENDI 22-23, ENDI 23-24

Figura 15. Menores de 2 años cuyas madres se realizaron exámenes durante la gestación, a nivel nacional, comparación entre rondas - Porcentaje.



Fuente: ENDI 22-23, ENDI 23-24

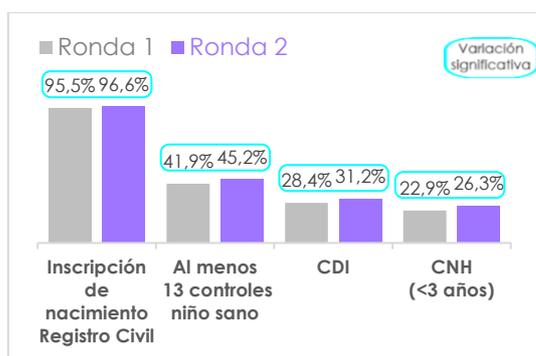
El porcentaje de niñas/os menores de 5 años cuyas madres se realizaron exámenes durante la gestación

presentan variaciones significativas a nivel nacional en comparación con la Ronda 1: en el caso de exámenes TORCH un incremento de +2,8 p.p., de orina +1,0 p.p., y los exámenes de VIH +0,6 p.p. (Figura 14). En el grupo de menores de 2 años los porcentajes son más altos, y los incrementos que son significativos presentan magnitudes de: exámenes de VIH +1,2 p.p., y exámenes de orina +1,1 p.p., mientras que TORCH no cambió significativamente (Figura 15).

3.2 Prestaciones durante el crecimiento

Se conoce así a las prestaciones que reciben los niños/as relacionadas con salud, registro oportuno y programas de primera infancia.

Figura 16. Prestaciones durante el crecimiento a niñas/os menores de 5 años, comparación entre rondas - Porcentaje.



Fuente: ENDI 22-23, ENDI 23-24

Todas las prestaciones aquí presentadas para los menores de 5 años durante su crecimiento muestran incrementos significativos para la Ronda 2. El mayor incremento porcentual fue el del programa *Creciendo con Nuestros Hijos* (CNH) para menores de 3 años, que subió en +3,4 p.p.; seguido de *al menos 13 controles del niño sano durante los primeros 23 meses de vida para infantes entre 24 a 59 meses de edad*, con un incremento de +3,2 p.p.; además está asistencia a *Centros de Desarrollo Infantil* (CDI) para menores de 5 años, con un incremento de +2,7 p.p.; y finalmente el de *inscripciones en el Registro Civil* de menores de 5 años con un incremento de +1,1 p.p. (Figura 16).

4. Calidad del agua en la fuente: Red Pública

El objetivo de medir la calidad del agua consiste en obtener una visión representativa, a nivel nacional y por área, de la calidad de agua que las personas beben en sus hogares, así como la calidad en su fuente de procedencia.

Asimismo, "el agua se considera segura cuando cumple al menos con tres condiciones: que no tenga residuos de heces fecales, que sea de fácil acceso y que exista suficiente cantidad para el consumo" (UNICEF, 2021, pág. 3).

Respecto al *E. coli*: "*Escherichia coli* (*E. coli*) es una bacteria que se encuentra normalmente en el intestino del ser humano y de los animales de sangre caliente [...] algunas cepas pueden causar graves enfermedades." (Organización Mundial de la Salud, 2018)

El consumo de agua contaminada por parte de la niña o del niño, puede provocar enfermedades como la diarrea, que le impidan absorber los nutrientes. Si esta enfermedad no se controla de manera oportuna durante los primeros 1000 días de vida, desencadena problemas futuros como desnutrición crónica (retraso en la talla) (UNICEF, 2021, pág. 2).

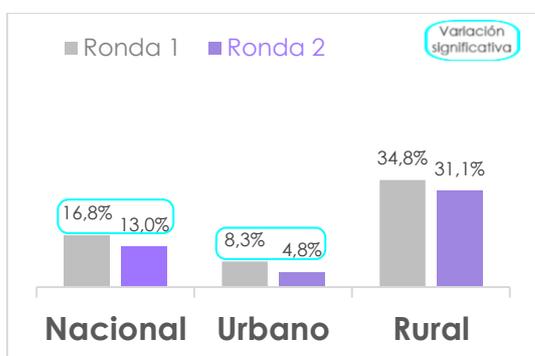
4.1 E. coli en el agua que proviene de la Red Pública

Existe una gran variedad de fuentes de agua que incluyen suministros por tuberías y suministros no canalizados como: perforaciones, pozos y manantiales protegidos, agua de lluvia, agua envasada o agua distribuida por camiones. Por fuente se entiende al punto donde las personas recolectan agua para beber (Organización Mundial de la Salud y UNICEF, 2017).

Entre la Ronda 1 y la Ronda 2 de la encuesta, se evidencia una reducción

significativa en los porcentajes de hogares con presencia de *E. coli* cuando la fuente proviene de la Red Pública: -3,7 p.p. a nivel nacional y -3,5 p.p. en las áreas urbanas. Mientras que en las áreas rurales del país (que es donde más prevalece esta problemática: 31,1% en Ronda 2) se concluye que permaneció en los mismos niveles que en la Ronda 1, pues la variación no fue significativa (Figura 17).

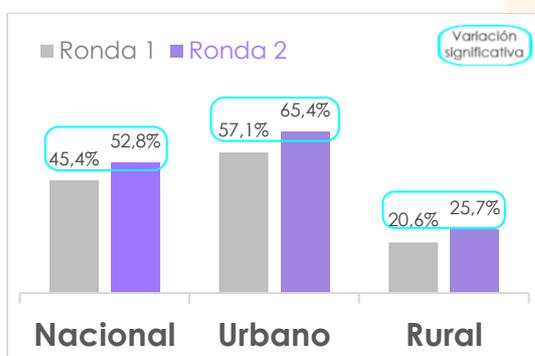
Figura 17. Hogares con niñas/os menores de 5 años con presencia de la bacteria *E. coli* en el agua para beber tomada de la fuente que proviene de la Red Pública, nacional y por área, comparación entre rondas - Porcentaje.



Fuente: ENDI 22-23, ENDI 23-24

4.2 Cloro en el agua que proviene de la Red Pública

Figura 18. Hogares con niñas/os menores de 5 años con presencia de cloro en el agua para beber tomada de la fuente que proviene de la Red Pública, nacional y por área, comparación entre rondas - Porcentaje.



Fuente: ENDI 22-23, ENDI 23-24

En consistencia con los indicadores de *E. coli*, se observó un aumento de hogares con presencia de cloro en el agua para beber para los casos en que ésta proviene de la Red Pública (Figura 18): se incrementó significativamente a nivel nacional en +7,3 p.p.; en las áreas urbanas en +8,2 p.p. y en las áreas rurales del país, que es donde más hace falta la presencia de cloro (solo el 25,7% en Ronda 2), el incremento se estima que fue en +5,1 p.p.

5. Módulo de Desarrollo Infantil

5.1. Niñas y niños libres de maltrato

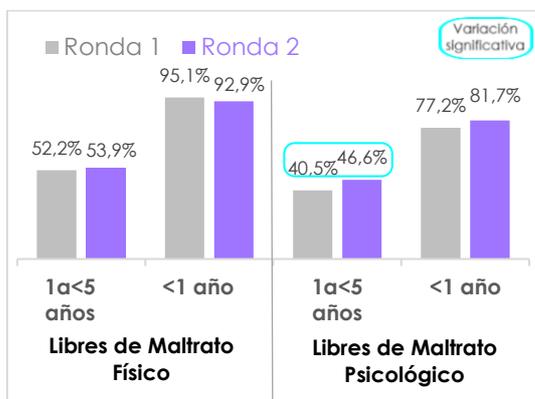
La disciplina infantil implica educar al niño o la niña para desarrollar un criterio, tomar conciencia sobre los límites, el autocontrol, la autosuficiencia y una conducta social positiva (UNICEF, 2016, pág. 19).

En este contexto, el *Módulo de Desarrollo Infantil* de la ENDI se refiere al *maltrato físico y psicológico* como la intención detrás de las formas de disciplina que son físicas, psicológicas o verbales. Estas prácticas, aunque pueden ser vistas como métodos para educar o corregir el comportamiento del menor, no son justificables cuando implican maltrato o violencia, ya que no representan una forma ideal de disciplina.

La disciplina física, también conocida como castigo corporal, se refiere a cualquier castigo que incluya el uso de la fuerza física con la intención de causar cierto grado de dolor o malestar, por leve que sea (UNICEF, pág. 1).

Otros métodos de disciplina se basan en la violencia psicológica, que incluye prácticas como la agresión verbal, amenazas, intimidación, denigración, ridiculización, hacer sentir culpa, humillación o manipulación para controlar a los niños (UNICEF, pág. 1).

Figura 19. Indicadores de niñas y niños libres de maltrato físico y psicológico en el último mes, comparación entre rondas - Porcentaje.



Fuente: ENDI 22-23, ENDI 23-24

Los resultados a nivel nacional (Figura 19) permiten apreciar que en general lo que más afecta a niños y niñas es el maltrato psicológico, pues están más libres de maltrato físico. Por otra parte, quienes están menos libres de maltrato son los niños de 1 a menos de 5 años en comparación con los menores de 1 año. En las edades más afectadas por maltrato (1 a menos de 5 años) se empieza a apreciar un incremento en el indicador de libres de maltrato psicológico a nivel nacional, así, de acuerdo a lo reportado por las madres o cuidadores principales: pasó de 40,5% en Ronda 1 a 46,6% en Ronda 2 (+6,1 p.p.). Los demás indicadores de libres de maltrato permanecen sin cambio significativo.

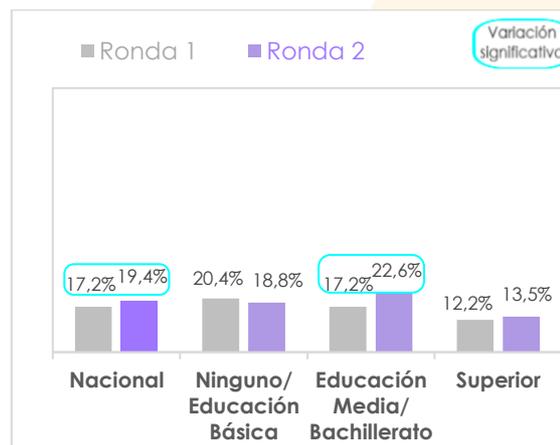
5.2. Depresión materna

La depresión se caracteriza por un estado de ánimo deprimido o la pérdida del placer o interés por actividades durante un tiempo prolongado. Puede afectar a cualquiera, pero quienes tienen mayor propensión son quienes vivieron eventos estresantes y sufrieron abusos o pérdidas graves. Además, afecta más frecuentemente a mujeres que a hombres. (Organización Mundial de la Salud, 2023)

Para detectar la presencia de depresión se indagó acerca de la frecuencia de sintomatología en los últimos 7 días, tal

como: poco interés en hacer las cosas, decaimiento, falta de esperanza, afectaciones a los hábitos de sueño y de apetito, cansancio, sentimientos de fracaso, falta de concentración, entre otros.

Figura 20. Menores de 5 años cuya madre presentó sintomatología de depresión en los últimos 7 días, nacional y por nivel de instrucción de la madre - Porcentaje.



Fuente: ENDI 22-23, ENDI 23-24

La Figura 20 permite apreciar que en Ronda 1 los niveles de depresión fueron mayores en madres con ninguna educación o educación básica (20,4%) y tendieron a reducir a medida que aumentaba el nivel de instrucción de las madres, siendo 12,2% en aquellas con instrucción superior. Entre rondas se detectó un aumento significativo a nivel nacional de +2,3 p.p., y al revisar por nivel de instrucción se aprecia que este aumento se concentró en las madres con educación media o bachillerato, llegando a alcanzar un indicador más alto que en el nivel de instrucción ninguno o educación básica, tendencia que presenta un comportamiento distinto al observado en Ronda 1.

5.3. Calidad del entorno para el aprendizaje: estimulación temprana, libros y juguetes

Para conocer si el ambiente en el que vive el niño es favorable para su desarrollo cognitivo se toman en cuenta aspectos como disponibilidad de

juguetes y libros infantiles, así como actividades de estimulación realizadas en conjunto con familiares mayores de 15 años.

El juego es fundamental para el desarrollo saludable de los niños, ya que estimula su desarrollo cognitivo, físico, social y emocional y es esencial para su bienestar general (Yogman, Garner, Hutchinson, Hirsh-Pasek, & Golinkoff, 2018).

Las oportunidades de juego en el hogar se refieren a las condiciones y recursos disponibles en el entorno doméstico que permiten fomentar el juego infantil. Esto incluye tanto el tiempo que los cuidadores dedican a jugar con los niños y niñas como la disponibilidad de juguetes, libros y otros materiales que estimulan la imaginación y la creatividad y facilitan el aprendizaje. (UNICEF, Cassie Landers).

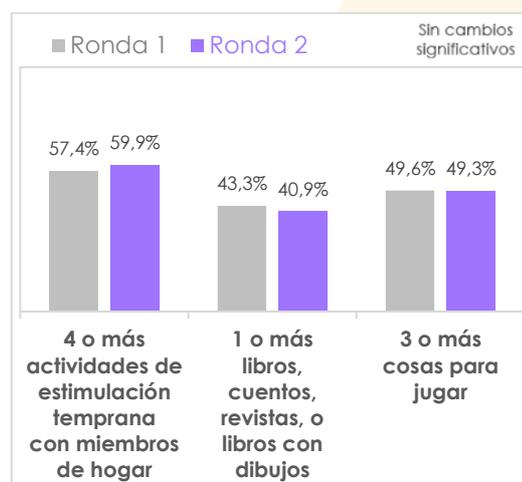
“Se entiende por estimulación temprana a aquella atención que se debe proporcionar al niño para que éste se desarrolle en las mejores condiciones físicas, intelectuales y sociales posibles” (Palencia, 2017, pág. 856).

Se sabe que durante los primeros cinco años de vida los cerebros de los niños y niñas crecen más rápidamente que en ningún otro momento. Las experiencias tempranas determinan el desarrollo de su cerebro (UNICEF, Cassie Landers).

En los resultados a nivel nacional (Figura 21) se aprecia que en general lo que más contribuye a la calidad del entorno es la realización de *al menos 4 actividades con miembros del hogar mayores de 15 años* que estimulan el desarrollo, tales como jugar, cantar canciones, nombrar colores, objetos o números, entre otras, estimado en 59,9% de los niños/as para Ronda 2. En segundo lugar, disponen de *al menos 3 variedades de juguetes*, considerando legos, rompecabezas, muñecos, juguetes para jugar a roles como el doctor, el maestro, entre otros juguetes, siendo un poco menos de la mitad los niños que alcanzan este indicador:

49,3% en Ronda 2. Lo que menos tuvieron disponible fue *uno o más libros, cuentos, revistas, o libros con dibujos para niños*, sin llegar a ser la mitad. Estos indicadores permanecieron sin cambio significativo entre rondas, por lo que no se puede afirmar que hubo un cambio en la calidad del entorno en los hogares.

Figura 21. Indicadores de calidad del entorno para el aprendizaje de los menores de 5 años, nacional, comparación entre rondas - Porcentaje.



Fuente: ENDI 22-23, ENDI 23-24

5.4. Desarrollo de habilidades lingüísticas

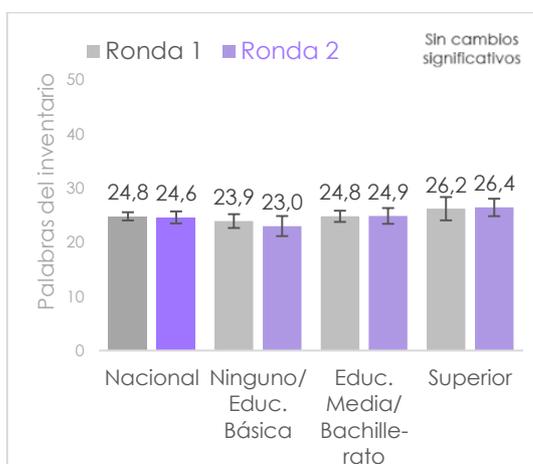
5.4.1. Promedio de palabras de niñas/os entre 12 a 42 meses (MacArthur-Bates)

Para los niños/as más pequeños, esto es entre 12 a 42 meses (1 año a 3 años 6 meses), se aplicaron los *Inventarios del Desarrollo de Habilidades Comunicativas de MacArthur-Bates*, que evalúan el desarrollo del lenguaje en niños y niñas a través del reporte de la madre o un cuidador significativo (Farkas, 2011, pág. 258). El test produce como resultado el número de palabras del inventario, de un listado total de 50, cuyo nivel de dificultad varía según su grupo de edad (12 a 18 meses, 19 a 30 meses, y 31 a 42 meses), que el infante *entiende y/o dice*.

Los resultados a nivel nacional, donde para los promedios se aprecian pequeños márgenes de error e intervalos de confianza estrechos⁷, reflejan lo que se describe a continuación para cada grupo de edad.

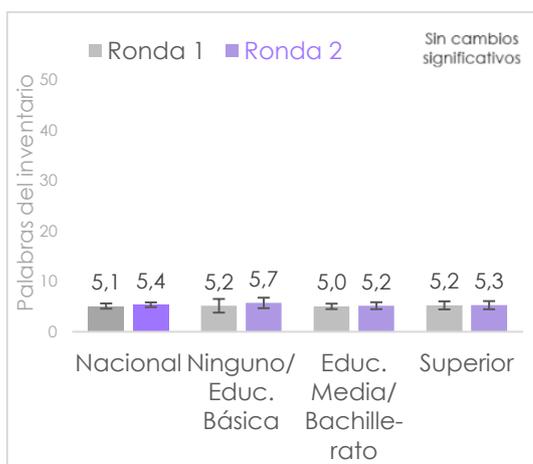
12 a 18 meses (1 año a 1 año 6 meses)

Figura 22. Palabras del inventario para el grupo de edad que según el cuidador entienden las niñas/os entre 12 a 18 meses, nacional y por nivel de instrucción de la madre, comparación entre rondas - Promedio.



Fuente: ENDI 22-23, ENDI 23-24

Figura 23. Palabras del inventario para el grupo de edad que según el cuidador dicen las niñas/os entre 12 a 18 meses, nacional y por nivel de instrucción de la madre, comparación entre rondas - Promedio.



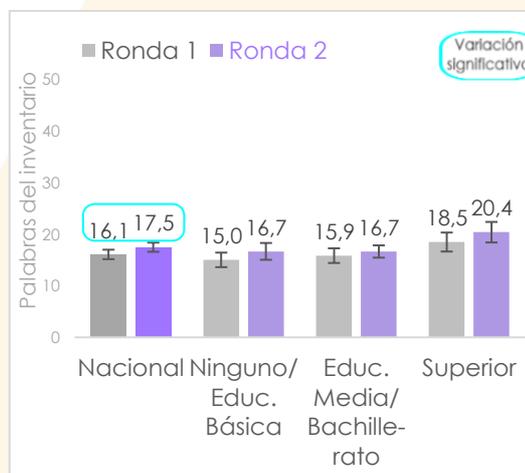
⁷ Indicadores con bajo error estándar y bajo coeficiente de variación. Para profundizar en este análisis, revisar los *Tabulados de Desarrollo Infantil* en el [sitio web de la encuesta](#).

Fuente: ENDI 22-23, ENDI 23-24

De las 50 palabras del inventario para su edad que, a criterio de la madre o cuidador, *entienden* los bebés de 12-18 meses (Figura 22) el promedio fue 24,8 palabras para Ronda 1, mismo que prevaleció entre rondas sin cambio significativo (Ronda 2: 24,6 palabras), mientras que el promedio de palabras que *dicen* fue menor que el de las que *entienden pero aún no dicen* (al estar en las fases iniciales del habla), y se estimó un promedio de 5,1 palabras en Ronda 1 y de 5,4 palabras en Ronda 2, sin presentar cambio significativo (Figura 23). Se aprecia además que, al desagregar según el nivel de instrucción de la madre, estos indicadores no presentan mayores diferencias.

19 a 30 meses (1 año 7 meses a 2 años 6 meses)

Figura 24. Palabras del inventario para el grupo de edad que según el cuidador dicen las niñas/os entre 19 a 30 meses, nacional y por nivel de instrucción de la madre, comparación entre rondas - Promedio.



Fuente: ENDI 22-23, ENDI 23-24

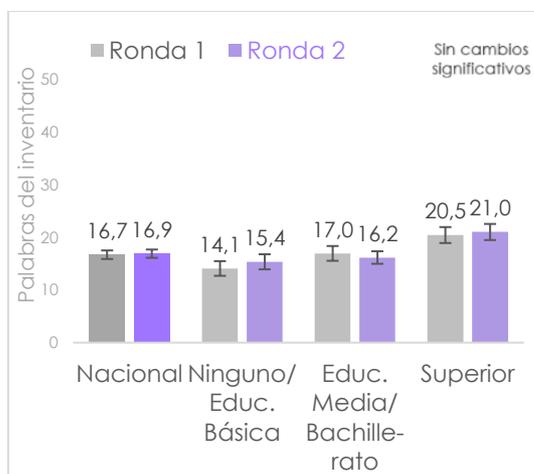
El número de palabras del inventario para su edad que, según la madre o cuidador, *dicen* los niños/as de 19-30 meses (Figura 24) presentó un aumento significativo entre rondas que solo se dio en este grupo de edad⁸, siendo la

⁸ Cabe recordar el aumento significativo que tuvo el programa CNH que promueve la estimulación temprana, y que coincide en parte con este grupo de edad al enfocarse en <36 meses

estimación del promedio nacional de 16,1 palabras en *Ronda 1* y pasando a ser 17,5 palabras en *Ronda 2*. No hubo cambio significativo dentro de cada nivel de instrucción, sin embargo se destaca que en estas edades empiezan a ser mayores los promedios en los hijos de madres con nivel de instrucción superior.

31 a 42 meses (2 años 7 meses a 3 años 6 meses)

Figura 25. Palabras del inventario para el grupo de edad que según el cuidador dicen las niñas/os entre 31 a 42 meses, nacional y por nivel de instrucción de la madre, comparación entre rondas - Promedio.



Fuente: ENDI 22-23, ENDI 23-24

El número de palabras del inventario para su edad que, según la madre o cuidador, dicen los niños/as de 31-42 meses se estimó para *Ronda 1* de 16,7 palabras y para *Ronda 2* de 16,9 palabras, en promedio. Esta variación entre rondas no fue significativa, por lo que se concluye que este indicador se mantuvo en los mismos niveles para este grupo de edad. Se destaca un poco más en comparación con el grupo de edad inmediatamente anterior cómo los promedios tienden a ser mayores a medida que aumenta el nivel de instrucción de la madre.

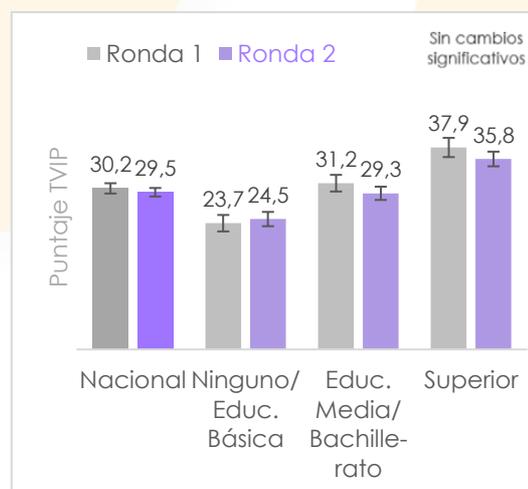
5.4.2. Puntaje TVIP de niñas/os de 43 a 59 meses

43 a 59 meses (3 años 7 meses a 4 años 11 meses)

Para los niños/as mayores, entre 43 a 59 meses (3 años 7 meses a 4 años 11 meses), se aplicó el *Test de Vocabulario en Imágenes Peabody (TVIP)* (Dunn, 1986) para evaluar el nivel de comprensión del vocabulario receptivo, esto es, la capacidad de entender palabras y conceptos cuando se escuchan. El TVIP se desarrolla con el encuestador presentando al niño una serie de tarjetas, cada una con cuatro imágenes, y solicitándole que señale la imagen que mejor representa el significado de esa palabra. Las palabras se presentan en un orden de dificultad creciente. El puntaje o score del test evalúa cuántas palabras puede reconocer el niño/a.

El puntaje del TVIP, indicador de un vocabulario receptivo fuerte y habilidades lingüísticas avanzadas, para los niños/as de 43-59 meses, se estimó para *Ronda 1* de 30,2 puntos y para *Ronda 2* de 29,5 puntos, en promedio. El cambio entre rondas no fue significativo, por lo que no hay evidencia para afirmar una reducción en el promedio a nivel nacional.

Figura 26. Puntaje TVIP (palabras que comprenden) las niñas/os entre 43 a 59 meses, nacional y por nivel de instrucción de la madre, comparación entre rondas - Promedio.



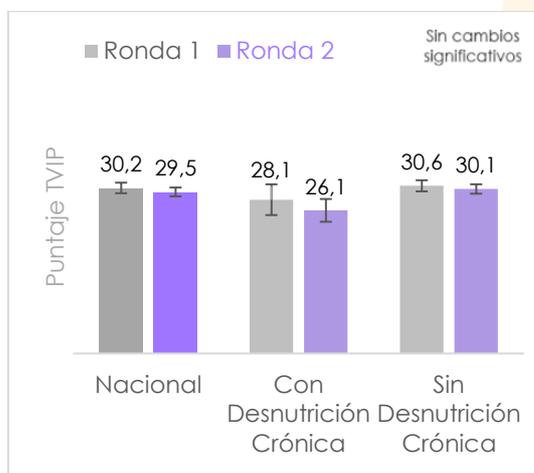
Fuente: ENDI 22-23, ENDI 23-24

En el punto 5.4.1. se había empezado a destacar que, a medida que

aumentaba el grupo de edad las diferencias en los promedios de palabras por nivel de instrucción de la madre se iban haciendo más notorias. Lo observado en el puntaje del TVIP, en correspondencia con esto, refleja una diferencia importante en el puntaje cuando aumenta el nivel de instrucción de la madre. Como se observa en la Figura 26 el promedio del puntaje es menor cuando las madres no tienen ninguna instrucción o solo instrucción básica en comparación a cuando las madres alcanzan la instrucción superior. Esta tendencia de "a menor nivel de instrucción de la madre, menor desarrollo de lenguaje en el niño, y viceversa", se mantiene similar en ambas rondas.

Finalmente se evidencia que al comparar a los niños y niñas que presentan Desnutrición Crónica con los que están libres de esta condición (Figura 27), se reflejan puntajes más bajos en el TVIP en quienes están con Desnutrición Crónica, tendencia que persistió entre rondas, obteniendo para éstos últimos estimaciones puntuales del promedio que tienden a estar por debajo del promedio nacional: 28,1 puntos en Ronda 1 y 26,1 puntos en Ronda 2, aunque el intervalo de confianza en este nivel de desagregación es más amplio.

Figura 27. Puntaje TVIP (palabras que comprenden) las niñas/os entre 43 a 59 meses, nacional y por condición de Desnutrición Crónica, comparación entre rondas - Promedio.



Fuente: ENDI 22-23, ENDI 23-24

Glosario

Prevalencia de Desnutrición Crónica Infantil ($PDC_{grupo_de_edad}^t$).

Porcentaje que resulta del cociente entre el número de niñas y niños en el grupo de edad especificado, que presentan condición de desnutrición crónica en un periodo determinado de tiempo t ($NDC_{grupo_de_edad}^t$) y el total de niñas/os que conforman ese grupo de edad, en el mismo periodo t determinado ($TN_{grupo_de_edad}^t$).

Para el grupo de edad menores de 2 años:

$$PDC_{<2}^t = \frac{NDC_{<2}^t}{TN_{<2}^t} * 100$$

Para el grupo de edad de 2 a menores de 5 años:

$$PDC_{2-4}^t = \frac{NDC_{2-4}^t}{TN_{2-4}^t} * 100$$

Para el grupo de edad de menores de 5 años:

$$PDC_{<5}^t = \frac{NDC_{<5}^t}{TN_{<5}^t} * 100$$

Prevalencia de sobrepeso y obesidad en niñas/os menores de 5 años ($PSO_{<5}^t$).

Porcentaje que resulta del cociente entre el número de niñas y niños menores de 5 años de edad que incluye tanto a los que presentan la condición de sobrepeso como a los que presentan la condición de obesidad en un periodo determinado de tiempo t ($NOS_{<5}^t$) y el total de niñas/os que conforman ese grupo de edad, en el mismo periodo t determinado ($TN_{<5}^t$).

$$PSO_{<5}^t = \frac{NOS_{<5}^t}{TN_{<5}^t} * 100$$

Prevalencia de anemia en niñas/os de 6 a 23 meses de edad (PA_{6-23}^t).

Es el porcentaje que resulta del cociente entre el número de niñas/os entre 6 a 23 meses de edad que presentan anemia en un periodo t determinado (NA_{6-23}^t) y el total de niñas/os de 6 a 23 meses de edad a los cuales se realizó la prueba de hemoglobina, en un periodo t determinado (TN_{6-23}^t).

$$PA_{6-23}^t = \frac{NA_{6-23}^t}{TN_{6-23}^t} * 100$$

Porcentaje de niñas/os entre 6 a 23 meses de edad que consumieron hierro, multivitaminas y minerales en polvo al menos una vez en los últimos 7 días (PCH_{6-23}^t).- Es el porcentaje que resulta del cociente entre el número de niñas/os entre 6 a 23 meses de edad que consumieron hierro, multivitaminas y minerales en polvo al menos una vez en un periodo t determinado (NCH_{6-23}^t) y el total de niñas/os de 6 a 23 meses de edad, en un periodo t determinado (TN_{6-23}^t).

$$PCH_{6-23}^t = \frac{NCH_{6-23}^t}{TN_{6-23}^t} * 100$$

Porcentaje de niñas/os de 12 a 23 meses que fueron vacunados con las dos dosis de rotavirus antes de cumplir el primer año (PIR_{12-23}^t).- Es el porcentaje que resulta del cociente entre el número de niñas/os de 12 a 23 meses que fueron vacunados (inmunizados) con las dos dosis de rotavirus antes de cumplir el primer año, en un periodo t determinado (NIR_{12-23}^t) y el total de niñas/os de 12 a 23 meses que dispongan de la libreta integral de salud, en un periodo t determinado ($TN_{LIS_{12-23}^t}$).

$$PIR_{12-23}^t = \frac{NIR_{12-23}^t}{TN_{LIS_{12-23}^t}} * 100$$

Porcentaje de niñas/os de 12 a 23 meses que fueron vacunados con las tres dosis de neumococo antes de cumplir el primer año (PIN_{12-23}^t).- Es el porcentaje que resulta del cociente entre el número de niñas/os de 12 a 23 meses que fueron vacunados (inmunizados) con las tres dosis de neumococo antes de cumplir el primer año, en un periodo t determinado (NIN_{12-23}^t) y el total de niñas/os de 12 a 23 meses que dispongan de la libreta integral de salud, en un periodo t determinado ($TN_{LIS_{12-23}^t}$).

$$PIN_{12-23}^t = \frac{NIN_{12-23}^t}{TN_{LIS_{12-23}^t}} * 100$$

Porcentaje de niñas/os de 12 a 23 meses que fueron vacunados con la dosis de BCG antes de cumplir el primer año ($PIBCG_{12-23}^t$).- Es el

porcentaje que resulta del cociente entre el número de niñas/os de 12 a 23 meses que fueron vacunados (inmunizados) con la dosis de BCG antes de cumplir el primer año, en un periodo t determinado ($NIBCG_{12-23}^t$) y el total de niñas/os de 12 a 23 meses que dispongan de la libreta integral de salud, en un periodo t determinado ($TN_{LIS_{12-23}^t}$).

$$PIBCG_{12-23}^t = \frac{NIBCG_{12-23}^t}{TN_{LIS_{12-23}^t}} * 100$$

Porcentaje de niñas/os cuyas madres se realizaron al menos cinco controles prenatales ($PCCP_{grupo_de_edad}^t$).- Es el porcentaje que

resulta del cociente entre el número de niñas/os en un grupo de edad especificado cuyas madres reportaron haberse realizado al menos 5 controles prenatales de acuerdo con lo que estipula el paquete priorizado, en un periodo t determinado ($NCCP_{grupo_edad}^t$) y el total de niñas/os que conforman ese grupo de edad y cuyas madres tuvieron algún control prenatal, en un periodo t determinado ($TNCP_{grupo_de_edad}^t$).

Para el grupo de edad menores de 2 años:

$$PCCP_{<2}^t = \frac{NCCP_{<2}^t}{TNCP_{<2}^t} * 100$$

Para el grupo de edad menores de 5 años:

$$PCCP_{<5}^t = \frac{NCCP_{<5}^t}{TNCP_{<5}^t} * 100$$

Porcentaje de niñas/os cuyas madres se realizaron al menos un eco obstétrico durante el embarazo ($PEO_{grupo_de_edad}^t$).- Es el porcentaje que

resulta del cociente entre el número de niñas/os en un grupo de edad especificado cuyas madres reportaron haberse realizado al menos 1 eco obstétrico durante el embarazo del menor, en un periodo t determinado ($NEO_{grupo_edad}^t$) y el total de niñas/os que conforman ese grupo de edad y cuyas madres tuvieron algún control prenatal, en un periodo t determinado ($TNCP_{grupo_de_edad}^t$).

Para el grupo de edad menores de 2 años:

$$PEO_{<2}^t = \frac{NEO_{<2}^t}{TNCP_{<2}^t} * 100$$

Para el grupo de edad menores de 5 años:

$$PEO_{<5}^t = \frac{NEO_{<5}^t}{TNCP_{<5}^t} * 100$$

Porcentaje de niñas/os cuyas madres fueron vacunadas contra tétanos-difteria durante el embarazo (PVTD_{grupo de edad}^t).- Es el porcentaje que resulta del cociente entre el número de niñas/os en un grupo de edad especificado cuyas madres reportaron haber sido vacunadas al menos una vez contra tétano-difteria durante el embarazo del menor, en un periodo t determinado (NVTDT_{grupo de edad}^t) y el total de niñas/os que conforman ese grupo de edad y cuya madre tuvo algún control prenatal, en un periodo t determinado (TNCP_{grupo de edad}^t).

Para el grupo de edad menores de 2 años:

$$PVTD_{<2}^t = \frac{NVTDT_{<2}^t}{TNCP_{<2}^t} * 100$$

Para el grupo de edad menores de 5 años:

$$PVTD_{<5}^t = \frac{NVTDT_{<5}^t}{TNCP_{<5}^t} * 100$$

Porcentaje de niñas/os cuyas madres consumieron hierro y ácido fólico durante el embarazo (PNHAF_{grupo de edad}^t).- Es el porcentaje que resulta del cociente entre el número de niñas/os menores de 5 años cuyas madres consumieron hierro y ácido fólico durante el embarazo, en un periodo t determinado (NHAF_{grupo de edad}^t) y el total de niñas/os menores de 5 años a cuyas madres realizaron algún control prenatal, en un periodo t determinado (TNCP_{grupo de edad}^t).

Para el grupo de edad menores de 2 años:

$$PNHAF_{<2}^t = \frac{NHAF_{<2}^t}{TNCP_{<2}^t} * 100$$

Para el grupo de edad menores de 5 años:

$$PNHAF_{<5}^t = \frac{NHAF_{<5}^t}{TNCP_{<5}^t} * 100$$

Porcentaje de niñas/os a cuyas madres se les realizó al menos un examen de VIH durante el embarazo (PNEVIH_{grupo de edad}^t).- Es el porcentaje

que resulta del cociente entre el número de niñas/os en un grupo de edad especificado a cuyas madres se les realizó al menos un examen de VIH durante el embarazo, en un periodo t determinado (NEVIH_{grupo de edad}^t) y el total de niñas/os que conforman ese grupo de edad y cuya madre tuvo algún control prenatal, en un periodo t determinado (TNCP_{grupo de edad}^t).

Para el grupo de edad menores de 2 años:

$$PNEVIH_{<2}^t = \frac{NEVIH_{<2}^t}{TNCP_{<2}^t} * 100$$

Para el grupo de edad menores de 5 años:

$$PNEVIH_{<5}^t = \frac{NEVIH_{<5}^t}{TNCP_{<5}^t} * 100$$

Porcentaje de niñas/os a cuyas madres se les realizó al menos un examen de orina durante el embarazo (PNEO_{grupo de edad}^t).- Es el

porcentaje que resulta del cociente entre el número de niñas/os en un grupo de edad especificado a cuyas madres se les realizó al menos un examen de orina durante el embarazo, en un periodo t determinado (NEO_{grupo de edad}^t) y el total de niñas/os que conforman ese grupo de edad y cuya madre tuvo algún control prenatal, en un periodo t determinado (TNCP_{grupo de edad}^t).

Para el grupo de edad menores de 2 años:

$$PNEO_{<2}^t = \frac{NEO_{<2}^t}{TNCP_{<2}^t} * 100$$

Para el grupo de edad menores de 5 años:

$$PNEO_{<5}^t = \frac{NEO_{<5}^t}{TNCP_{<5}^t} * 100$$

Porcentaje de niñas/os a cuyas madres se les realizó al menos un examen de TORCH durante el embarazo (PNET_{grupo de edad}^t).- Es el

porcentaje que resulta del cociente entre el número de niñas/os en un grupo de edad especificado a cuyas madres se les realizó al menos un examen de

TORCH durante el embarazo, en un periodo t determinado ($NET_{grupo_de_edad}^t$) y el total de niñas/os que conforman ese grupo de edad y cuya madre tuvo algún control prenatal, en un periodo t determinado ($TNCP_{grupo_de_edad}^t$).

Para el grupo de edad menores de 2 años:

$$PNET_{<2}^t = \frac{NET_{<2}^t}{TNCP_{<2}^t} * 100$$

Para el grupo de edad menores de 5 años:

$$PNET_{<5}^t = \frac{NET_{<5}^t}{TNCP_{<5}^t} * 100$$

Porcentaje de niños/as menores de 5 años inscritos en el Registro Civil ($PIRC_{<5}^t$).- Es el porcentaje que resulta del cociente entre el número de niñas/os menores de 5 años que fueron inscritos en el Registro Civil en un periodo t determinado ($NIRC_{<5}^t$) y la población total de niñas/os menores de 5 años en un periodo t determinado ($TN_{<5}^t$).

$$PIRC_{<5}^t = \frac{NIRC_{<5}^t}{TN_{<5}^t} * 100$$

Porcentaje de niños/as entre 24 y 59 meses de edad que acudieron al menos a 13 controles de niño sano durante los primeros 23 meses de vida ($PCNS_{<24-59}^t$).- Es el porcentaje que resulta del cociente entre el número de niños/as entre 24 a 59 meses de edad cuyas madres reportan haberlos llevado al menos a 13 controles de niño sano durante los primeros 23 meses de vida del niño/a, en un periodo t determinado ($NCNS_{<24-59}^t$) y la población total de niñas/os entre 24 a 59 meses de edad, en un periodo t determinado ($TN_{<24-59}^t$).

$$PCNS_{<24-59}^t = \frac{NCNS_{<24-59}^t}{TN_{<24-59}^t} * 100$$

Porcentaje de niños/as menores de 5 años que asisten a un Centro de Desarrollo Infantil (CDI) o Centro de Educación Inicial (CEI) ($PN_{<5}^t$).- Es el porcentaje que resulta del cociente entre el número de niñas/os menores de 5 años de edad que asisten a un CDI o CEI, en un periodo t determinado ($NA_{<5}^t$) y la población total de niños/as menores

de 5 años, en un periodo t determinado ($TN_{<5}^t$).

$$PN_{<5}^t = \frac{NA_{<5}^t}{TN_{<5}^t} * 100$$

Porcentaje de niños/as menores de 3 años que son visitados por educadoras del programa Creciendo con Nuestros Hijos (CNH) ($PN_{<3}^t$).- Es el porcentaje que resulta del cociente entre el número de niñas/os menores de 3 años de edad que son visitados por educadoras del programa CNH, en un periodo t determinado ($NA_{<3}^t$) y la población total de niñas/os menores de 3 años en un periodo t determinado ($TN_{<3}^t$).

$$PN_{<3}^t = \frac{NA_{<3}^t}{TN_{<3}^t} * 100$$

Porcentaje de hogares con niñas/os menores de 5 años con presencia de la bacteria E. coli en el agua para beber tomada desde la fuente que proviene de la Red Pública ($PHEF_{RP_{<5}}^t$).- Es el porcentaje que resulta del cociente entre el total de hogares con niñas/os menores de 5 años con presencia de E. coli en el agua para beber tomada desde la fuente que proviene de la Red Pública, en un periodo t determinado ($HEF_{RP_{<5}}^t$) y el total de hogares con niñas/os menores de 5 años, en los cuales se obtuvo una prueba de E. coli válida en el agua para beber, cuando la fuente o punto de suministro del hogar proviene de la Red Pública, en un periodo t determinado ($TH_{RP_{<5}}^t$).

$$PHEF_{RP_{<5}}^t = \frac{HEF_{RP_{<5}}^t}{TH_{RP_{<5}}^t} * 100$$

Porcentaje de hogares con niñas/os menores de 5 años con presencia de cloro en el agua para beber en la fuente o punto de suministro, cuando proviene de la Red Pública ($PHCF_{RP_{<5}}^t$).- Es el porcentaje que resulta del cociente entre el total de hogares con niñas/os menores de 5 años con fuente de agua para beber que proviene de la Red Pública y en cuyas pruebas se encontró presencia de cloro en un periodo t determinado

($HCF_{RP}_{<5}^t$), dividido para el total de hogares con niñas/os menores de 5 años con fuente de agua para beber que proviene de la Red Pública, en los cuales se realizó la prueba de cloro residual, en un periodo t determinado ($TH_{RP}_{<5}^t$).

$$PHCF_{RP}_{<5}^t = \frac{HCF_{RP}_{<5}^t}{TH_{RP}_{<5}^t} * 100$$

Porcentaje de niñas/os menores de 1 año libres de maltrato físico en el último mes ($PMF_{<1}^t$). - Es el porcentaje que resulta del cociente entre el número de niñas/os menores de 1 año de edad cuyos cuidadores negaron explícitamente haber utilizado formas de maltrato físico comunes para su edad, en un periodo t determinado ($NMF_{<1}^t$) y el total de niñas/os menores de 1 año, en un periodo t determinado ($TN_{<1}^t$).

$$PMF_{<1}^t = \frac{NMF_{<1}^t}{TN_{<1}^t} * 100$$

Porcentaje de niñas/os entre 1 a menores de 5 años libres de maltrato físico en el último mes ($PMF_{<1-5}^t$). - Es el porcentaje que resulta del cociente entre el número de niñas/os de 1 a menores de 5 años de edad cuyos cuidadores negaron explícitamente haber utilizado formas de maltrato físico comunes para su edad, en un periodo t determinado ($NMF_{<1-5}^t$) y el total de niñas/os de 1 a 5 años de edad, en un periodo t determinado ($TN_{<1-5}^t$).

$$PMF_{<1-5}^t = \frac{NMF_{<1-5}^t}{TN_{<1-5}^t} * 100$$

Porcentaje de niñas/os menores de 1 año libres de maltrato psicológico en el último mes ($PMP_{<1}^t$). - Es el porcentaje que resulta del cociente entre el número de niñas/os menores de 1 año de edad cuyos cuidadores negaron explícitamente haber utilizado formas de maltrato psicológico comunes para su edad, en un periodo t determinado ($NMP_{<1}^t$) y el total de niñas/os menores de 1 año, en un periodo t determinado ($TN_{<1}^t$).

$$PMP_{<1}^t = \frac{NMP_{<1}^t}{TN_{<1}^t} * 100$$

Porcentaje de niñas/os entre 1 a menores de 5 años libres de maltrato psicológico en el último mes ($PMP_{<1-5}^t$). - Es el porcentaje que resulta del cociente entre el número de niñas/os de 1 a menores de 5 años de edad cuyos cuidadores negaron explícitamente haber utilizado formas de maltrato psicológico comunes para su edad, en un periodo t determinado ($NMP_{<1-5}^t$) y el total de niñas/os de 1 a 5 años de edad, en un periodo t determinado ($TN_{<1-5}^t$).

$$PMP_{<1-5}^t = \frac{NMP_{<1-5}^t}{TN_{<1-5}^t} * 100$$

Porcentaje de madres con niñas/os menores de 5 años con depresión materna en los últimos 7 días ($PDM_{<5}^t$). - Es el porcentaje que resulta del cociente entre el número de niñas/os menores de 5 años cuyas madres reportaron presencia de sintomatología depresiva, en un periodo t determinado ($NDM_{<5}^t$) y el total de niñas/os menores de 5 años ($TN_{<5}^t$).

$$PDM_{<2}^t = \frac{NDM_{<5}^t}{TN_{<5}^t} * 100$$

Promedio de palabras que entienden las niñas/os de 12 a 18 meses ($PPE_{<12-18}^t$). - Es el promedio que resulta del cociente entre la suma del número de palabras del *Inventario de desarrollo de habilidades comunicativas MacArthur-Bates* para su grupo de edad (de un total de 50), que entienden según el/la cuidadora las niñas/os de 12 a 18 meses que se comunican principalmente en español (tanto si dicen como si aún no dicen las palabras), en un periodo t determinado ($NPE_{<12-18}^t$) y el total de niñas/os de 12 a 18 meses que se comunican principalmente en español, en un periodo t determinado ($TN_{ESP}_{<12-18}^t$).

$$PPE_{<12-18}^t = \frac{\sum NPE_{<12-18}^t}{TN_{ESP}_{<12-18}^t}$$

Promedio de palabras que dicen las niñas/os de 12 a 18 meses ($PPD_{<12-18}^t$). - Es el promedio que resulta del cociente entre la suma del número de palabras del *Inventario de desarrollo de habilidades comunicativas*

MacArthur-Bates para su grupo de edad (de un total de 50), que dicen según el/la cuidadora las niñas/os de 12 a 18 meses que se comunican principalmente en español, en un periodo t determinado ($NPD_{<12-18}^t$) y el total de niñas/os de 12 a 18 meses que se comunican principalmente en español, en un periodo t determinado ($TN_ESP_{<12-18}^t$).

$$PPD_{<12-18}^t = \frac{\Sigma NPD_{<12-18}^t}{TN_ESP_{<12-18}^t}$$

Promedio de palabras que dicen las niñas/os de 19 a 30 meses ($PPD_{<19-30}^t$). - Es el promedio que resulta del cociente entre la suma del número de palabras del *Inventario de desarrollo de habilidades comunicativas MacArthur-Bates* para su grupo de edad (de un total de 50), que dicen según el/la cuidadora las niñas/os de 19 a 30 meses que se comunican principalmente en español, en un periodo t determinado ($NPD_{<19-30}^t$) y el total de niñas/os de 19 a 30 meses que se comunican principalmente en español, en un periodo t determinado ($TN_ESP_{<19-30}^t$).

$$PPD_{<19-30}^t = \frac{\Sigma NPD_{<19-30}^t}{TN_ESP_{<19-30}^t}$$

Promedio de palabras que dicen las niñas/os de 31 a 42 meses ($PPD_{<31-42}^t$). - Es el promedio que resulta del cociente entre la suma del número de palabras del *Inventario de desarrollo de habilidades comunicativas MacArthur-Bates* para su grupo de edad (de un total de 50), que dicen según el/la cuidadora las niñas/os de 31 a 42 meses que se comunican principalmente en español, en un periodo t determinado ($NPD_{<31-42}^t$) y el total de niñas/os de 31 a 42 meses que se comunican principalmente en español, en un periodo t determinado ($TN_ESP_{<31-42}^t$).

$$PPD_{<31-42}^t = \frac{\Sigma NPD_{<31-42}^t}{TN_{<31-42}^t}$$

Promedio de puntuación TVIP en niñas/os de 43 a 59 meses ($PTVIP_{<43-59}^t$). - Es el promedio que resulta del cociente entre la suma del puntaje del TVIP que obtuvieron según su desempeño las niñas/os de 43 a 59 meses, en un periodo t determinado ($TVIP_score_{<43-59}^t$) y el total de niñas/os de 43 a 59 meses que se comunican principalmente en español, en un periodo t determinado ($TN_ESP_{<43-59}^t$).

$$PTVIP_{<43-59}^t = \frac{\Sigma TVIP_score_{<43-59}^t}{TN_ESP_{<43-59}^t} * 100$$

Referencias

- Dunn, L. (1986). *Test de vocabulario en imagenes Peabody, adaptación hispanoamericana*. Pearson.
- Farkas, C. (08 de 2011). *Inventario del Desarrollo de Habilidades Comunicativas*. Obtenido de Inventario del Desarrollo de Habilidades Comunicativas: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672011000100020
- Ministerio de Finanzas. (15 de diciembre de 2020). *www.finanzas.gob.ec*. Obtenido de https://www.finanzas.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2023/01/Decreto-Ejecutivo-1211_Eradicar-la-desnutricion-cronica-infantil.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2015). *Control Prenatal*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2019). *Evaluación y categorización del riesgo obstétrico en el control prenatal*. Obtenido de https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/AC_00091_2019%20DIC%2016...pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2019). *Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en embarazadas, niños, adolescentes y adultos, Guía de Práctica Clínica*. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/06/gpc_VIH_acuerdo_ministerial05-07-2019.pdf
- Niklaus Children's Hospital. (s.f.). Obtenido de <https://www.niklauschildrens.org/condiciones/torch>
- ODS Territorio Ecuador. (2018). *Boletín acerca de la Desnutrición crónica y desnutrición aguda*. Ecuador. Obtenido de <https://odsterritorioecuador.ec/wp-content/uploads/2018/11/BOLETIN-ODS-2-7.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). Obtenido de https://www.who.int/es/health-topics/anaemia#tab=tab_1
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad*. Recuperado el 23 de agosto de 2024, de https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/85842/WHO_NMH_NHD_MNM_11.1_spa.pdf?sequence=7&isAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Administración diaria de suplementos de hierro y ácido fólico en el embarazo*. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/124650/9789243501994_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (7 de febrero de 2018). *www.who.int*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/e-coli>
- Organización Mundial de la Salud. (31 de marzo de 2023). *Depresión*. Recuperado el octubre de 2024, de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression?gad_source=1&gclid=EAlaIqobChMlxbfos8LriAMVHqVaBR2aUzmvEAYASAAEgJ5RPD_BwE
- Organización Mundial de la Salud y UNICEF. (2017). *Progreso en Materia de agua potable, saneamiento e higiene*. Obtenido de <https://washdata.org/report/jmp-2017-tr-smdw-es>
- Organización Mundial de la Salud/Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva. (2019). *Guía para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido, cuidados antenatales* (4ta ed.). Obtenido de https://cssr-ecuador.org/downloads/2019/guia_mujer_2019.pdf

- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/inmunizacion>
- Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud Argentina. (2009). Evaluación del estado nutricional de niñas, niños y embarazadas mediante antropometría. Obtenido de <https://cesni-biblioteca.org/archivos/manual-evaluacion-nutricional.pdf?t=1587919707>
- Palencia, V. S. (05 de 10 de 2017). *Importancia de la estimulación temprana en la etapa de educación infantil*. Obtenido de Importancia de la estimulación temprana en la etapa de educación infantil: <https://core.ac.uk/download/pdf/235854912.pdf>
- Revista Cubana de Alimentación y Nutrición. (2020). Sobre la anemia en edades infantiles en el Ecuador: Causas e intervenciones correctivas y preventivas. 30. Obtenido de <file:///C:/Users/cbenavides/Downloads/968-2227-1-PB.pdf>
- Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil. (septiembre de 2021). <https://www.infancia.gob.ec/>. Obtenido de <https://www.infancia.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Plan-Intersectorial.pdf>
- UNICEF. (s.f.). Obtenido de <https://www.unicef.org/es/inmunizacion>
- UNICEF. (2014). *Embarazo*. Obtenido de <https://www.unicef.org/ecuador/media/2541/file/Cartilla%201.pdf>
- UNICEF. (04 de 2016). *Disciplina Infantil en el hogar*. Obtenido de Disciplina Infantil en el hogar: <http://www.colectivoderechofamilia.com/wp-content/uploads/2016/05/UNICEF.-Disciplina-Infantil-en-el-Hogar.pdf>
- UNICEF. (2021). *La falta de higiene, agua segura y saneamiento es una de las principales causas de la desnutrición crónica*. Obtenido de https://www.unicef.org/ecuador/sites/unicef.org.ecuador/files/2021-03/Ecuador_DCI_Agua-Saneamiento.pdf
- UNICEF. (s.f.). *Disciplina y violencia hacia los niños, niñas y adolescentes en Uruguay*. Obtenido de Disciplina y violencia hacia los niños, niñas y adolescentes en Uruguay: https://bibliotecaunicef.uy/opac_css/doc_num.php?explnum_id=150
- UNICEF Ecuador. (s.f.). Recuperado el 28 de febrero, 2023, de <https://www.unicef.org/ecuador/desnutrici%C3%B3n-cr%C3%B3nica-infantil>
- UNICEF, Cassie Landers. (s.f.). *Conjunto para el desarrollo del niño en la primera infancia: un cofre de tesoros lleno de actividades*. Recuperado el septiembre de 2024, de <https://www.unicef.org/supply/media/636/file/Guia-actividades-Conjunto-para-el-desarrollo-nino-primer-infancia.pdf>
- World Health Organization. (2024). *Guideline on haemoglobin cutoffs to define anaemia in individuals and populations*. Recuperado el 23 de agosto de 2024, de <https://www.who.int/publications/i/item/9789240088542>
- Yogman, M., Garner, A., Hutchinson, J., Hirsh-Pasek, K., & Golinkoff, R. (septiembre de 2018). The Power of Play: A Pediatric Role in Enhancing Development in Young Children. *Pediatrics*, 142(3). Recuperado el septiembre de 2024, de <https://publications.aap.org/pediatrics/article/142/3/e20182058/38649/The-Power-of-Play-A-Pediatric-Role-in-Enhancing?autologincheck=redirected>

**ENCUESTA
NACIONAL SOBRE
DESNUTRICIÓN
*Infantil***

INEC

Buenas cifras,
mejores vidas

