

# endis

ENCUESTA DE NUTRICIÓN,  
DESARROLLO INFANTIL Y SALUD

## RURAL



Ministerio  
de Desarrollo Social

# **Principales de Resultados de la ENDIS RURAL**

**Poblaciones de menos de 5000 habitantes y  
poblaciones dispersas  
2024**

## AUTORIDADES

CONVENIO ENDIS

**Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) –**

Área Uruguay Crece Contigo (UCC)

**Ministro**

Prof. Gonzalo Civila

Subsecretario

Federico Graña

Director Nacional de Desarrollo Social

Lic. Nicolás Lasa

Área Uruguay Crece Contigo

Dra. Virginia Cardozo

Secretaria Nacional de Cuidados y Discapacidad

Dra. Susana Muñiz

Director Nacional de Transferencias y Análisis de Datos

Ec. Juan Martín Fernández Vallo

**Ministerio de Salud Pública**

**Ministra**

Dra. Cristina Lustemberg

Subsecretario

Dr. Leonel Briozzo

Responsable del Programa Nacional de Salud de la Niñez

Dra. Marie Boulay

Responsable del Programa Nacional de Nutrición

Mag. Ximena Moratorio

Instituto Nacional de Estadística

Director Técnico

Ec. Marcelo Bisogno

Sub Director

Adriana Vernengo

División Estadísticas Sociodemográficas

Mag. Andrea Macari

## AUTORES

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

**Compilación General - Uruguay Crece Contigo**

Christian Berón

Natalia De Souza

Giorgina Garibotto

Santiago Núñez

**Área Uruguay Crece Contigo**

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

Autores/as: Christian Berón, Natalia De Souza, Santiago Núñez.

Dirección Nacional de Transferencias y Análisis de Datos

División de Análisis de Datos.

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

**Secretaría Nacional de Cuidados y Discapacidad**

Autores/as: Mauricio Russi, Ignacio Linn.

**CICEA - UDELAR (CENTRO INTERDISCIPLINARIO DE COGNICIÓN PARA LA EDUCACIÓN Y EL APRENDIZAJE)**

Equipo Evaluación del Desarrollo y Temporalidad.

Autores/as: Alejandro Vásquez Echeverría, Meliza Gonzalez

**UNICEF**

Oficial de Monitoreo y Evaluación

Darío Fuletti

Autor: Agustín Greif

**Instituto Nacional de Estadística**

Estadístico: Juan Pablo Ferreira

Director de la División Sistema de Información.

**Equipos Consultores**

Encuestador/as: Estela Núñez, Natalia Neira, Patricia Rodríguez, Rossana Cuneo, Silvia Freire, Paula Núñez, Gabriel Ferreira, Gabriela Potti.

Asistentes de campo: Jorge Rodríguez, Andrea Velasco, Facundo Terán, Ana Di Camillo

Supervisoras: Andrea Arebalo, Elka Pérez, Elisa Correa.

Sistemas: Braulio Ubilla.

Jefe de campo: Daniel Iroldi

Directora de proyecto: María Julia Acosta

Procesamiento y Análisis: Ariel Niñón

Coordinación de proyecto: Santiago Peyrou

**Diseño y diagramación**

Infocom - Mides

ISBN: 978-9974-902-64-0

Financiamiento

Este relevamiento fue financiado con fondos del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) y UNICEF.

El trabajo de campo estuvo a cargo de Equipos consultores y fue otorgado mediante LICITACIÓN ABREVIADA N° 26 / 2022

Aspectos éticos y licencias de uso de pruebas psicométricas

Esta investigación cuenta con la aprobación del Comité de Ética de Facultad de Medicina de la Universidad de la República - Expediente N° 070153-000011-23.

**Cómo citar un capítulo**

Institución o Apellido e inicial de los autores. Título del capítulo.

En: Principales de Resultados de la ENDIS RURAL. Poblaciones de menos de 5000 habitantes y poblaciones dispersas. Páginas utilizadas. Montevideo. MIDES, MSP, INE.

## PRÓLOGO

La Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud (ENDIS) RURAL realizada en el año 2024 constituye un hito en las Políticas Públicas de nuestro País. Por primera vez, Uruguay cuenta con datos sobre las condiciones de vida, salud, nutrición y desarrollo de niñas y niños de 0 a 4 años que viven en localidades de menos de 5.000 habitantes y zonas rurales dispersas. Esta información, permite seguir avanzando en Políticas de Infancia, en sintonía con el compromiso que nuestro gobierno ha asumido al inicio del período. La equidad territorial exige políticas públicas que garanticen que todas las personas, sin importar donde nazcan, puedan crecer con igualdad de oportunidades.

El trabajo de relevar estos datos, impulsado por Uruguay Crece Contigo (MIDES), el Ministerio de Salud Pública y el Instituto Nacional de Estadística, refleja el compromiso interinstitucional, con una política pública basada en evidencia, con enfoque de Derechos. Los resultados de la ENDIS RURAL no solo permiten visibilizar las particularidades del medio rural, sino que también brindan insumos fundamentales para construir respuestas más ajustadas a las realidades y necesidades de estas infancias, muchas veces invisibilizadas en los diagnósticos nacionales.

Los datos relevados entre setiembre de 2023 y mayo de 2024 muestran avances, pero también desafíos importantes, se destacan fortalezas del entramado rural, como el alto vínculo con servicios de salud de cercanía, el uso de espacios comunitarios y la fuerte presencia de políticas de transferencia social.

La infancia en contextos rurales forma parte del presente y futuro del país. Su crecimiento y desarrollo, no puede estar condicionado por el territorio de origen. Con esta encuesta, el Estado uruguayo da un paso firme en su responsabilidad de generar políticas públicas con equidad territorial, que lleguen efectivamente a todos los rincones del país. Este documento es una herramienta estratégica para orientar decisiones que garanticen los Derechos de todos los niños y niñas, y con ello, un Uruguay más justo, más cohesionado y con mejores oportunidades para todos y todas.

**Virginia Cardozo**

Gerenta

Área Uruguay Crece Contigo

**Macarena Sierra**

Adjunta

Área Uruguay Crece Contigo



# Índice

<b>RESUMEN EJECUTIVO</b>	<b>9</b>
<b>Introducción</b>	<b>11</b>
<b>Objetivo general ENDIS RURAL y líneas de acción</b>	<b>11</b>
<b>Aspectos técnicos de ENDIS RURAL</b>	<b>12</b>
<b>Entorno y caracterización general de los hogares y referentes</b>	<b>13</b>
Caracterización general de los hogares	13
Tamaño de los hogares	13
Composición de los hogares	14
Habitabilidad de la vivienda	14
Presencia del referente masculino	17
Acceso a programas sociales	19
<b>Set de Bienvenida de Uruguay Crece Contigo</b>	<b>21</b>
Cobertura de la Guía para el Buen Comienzo	21
Uso de la Guía para el Buen Comienzo	22
Cobertura del Set de Bienvenida	23
Uso de los materiales del Set de Bienvenida	23
Valoración de la entrega de materiales por parte del Estado	24
<b>Aspectos relacionados al bienestar emocional de las y los referentes</b>	<b>25</b>
<b>Cuidados de los niños y niñas</b>	<b>26</b>
Asistencia a centros de cuidados y educación infantil	26
Cobertura Pública	29
Edad de inicio de la asistencia a centros de cuidados y educación infantil	30
Traslado y distancia	32
Compatibilidad con horarios	34
Cuidados cuando el niño o niña enferma o no hay clase	35
<b>Disciplinamiento: El maltrato infantil en la primera infancia en Uruguay</b>	<b>37</b>
Reporte de uso de métodos violentos de disciplina en entornos rurales de Uruguay	38
Comparación con los entornos urbanos relevados en la ENDIS 2023	39
Diferencias en el uso de métodos violentos de disciplina según características demográficas y contexto del hogar	40
<b>Aspectos relacionados con la Salud Infantil</b>	<b>44</b>
Uso de los servicios de salud ante consultas por patología	44
Instancias de educación para el parto y la crianza	45
Morbilidad por lesiones no intencionales	46
Tipos de lesiones, morbilidad y secuelas	46
Cumplimiento de las recomendaciones de suplementación con hierro y vitamina D	46
Pesquisa de anemia mediante hemoglobina capilar	46
Suplementos de Hierro	47

Niños y niñas menores de 24 meses	48
Asistencia a controles preventivos de salud bucal y visual recomendados y obligatorios en mayores de 36 meses	48
Consultas con especialistas y diagnósticos	50
<b>Lactancia y prácticas de alimentación</b>	<b>51</b>
Lactancia materna	51
Lactancia materna en niños y niñas de 0 a 2 años	51
Alimentación de los niños y niñas	54
Alimentación de los niños y niñas de 6 a 23 meses	55
Alimentación de los niños y niñas de 2 a 4 años	64
<b>Estado Nutricional</b>	<b>69</b>
<b>Seguridad alimentaria de los hogares</b>	<b>72</b>
Diferencias en la seguridad alimentaria según tamaño de la población	72
<b>Sueño, actividad física y horas de pantalla</b>	<b>73</b>
Sueño	73
Cómo y dónde duermen los niños y niñas según la ENDIS RURAL	73
Recomendaciones sobre las horas de sueño	75
Actividad Física	76
Exposición a pantallas	78
<b>Acceso y Uso de Espacios Públicos</b>	<b>81</b>
<b>Desarrollo infantil</b>	<b>83</b>
Introducción	83
ChildBehaviorCheckList 1½-5.	83
Ages & Stages Questionnaires – 3ra versión	87
Conclusiones	91
<b>ECDI 2030</b>	<b>92</b>
<b>Referencias bibliográficas</b>	<b>95</b>



# Índice de gráficos y Tablas

## Gráficos

- Gráfico 1. Tamaño promedio de los hogares de los niños y niñas según edad, tercil de ingresos y región
- Gráfico 2. Distribución porcentual de niños y niñas según tenencia de la vivienda en el hogar en que residen según terciles de ingreso per cápita y región
- Gráfico 3. Porcentaje de niños y niñas que residen en viviendas con carencias en saneamiento y en acceso al agua, total y tercil 1 de ingresos per cápita
- Gráfico 4. Proporción de niños y niñas que no convive con su padre según edad, tercil de ingresos y región
- Gráfico 5. Proporción de niños y niñas con acuerdos legales o de palabra entre sus padres sobre pensiones o transferencias de dinero y régimen de visita - RURAL
- Gráfico 6. Cobro de AFAM y distribución según tercil de ingreso en el medio rural
- Gráfico 7. Uso de la Guía de buen comienzo
- Gráfico 8. Uso de los materiales contenidos en el set de bienvenida
- Gráfico 9. Porcentaje de asistencia a centros de cuidado/educación según edad
- Gráfico 10. Porcentaje de niños y niñas de 1 a 3 que asisten a un centro de cuidados/educación 20 horas semanales o más, según edad. ENDIS 2023 y ENDIS RURAL
- Gráfico 11. Porcentaje de niños y niñas que asisten a un centro de cuidados/educación, según edad. ENDIS 2023 y ENDIS RURAL
- Gráfico 12. Porcentaje de niños y niñas que asisten a un centro de cuidados/educación 20 horas semanales o más, según actividad laboral de la madre, tercil de ingresos y edad. ENDIS 2023 y ENDIS RURAL
- Gráfico 13. Proporción de niños y niñas de 1 a 3 años que asisten 20 horas semanales o más a un centro público de cuidado/educación sobre el global de asistencia. ENDIS 2023 y ENDIS RURAL
- Gráfico 14. Edad de inicio de asistencia en niños y niñas de 3 años. ENDIS 2023 y ENDIS RURAL
- Gráfico 15. Distancia al jardín o centro educativo, para niños y niñas de 1 a 3 años que asisten 20 horas o más
- Gráfico 16. Traslado al jardín o centro educativo, para niños y niñas de 1 a 3 años que asisten 20 horas o más
- Gráfico 17. Compatibilidad del horario del jardín o centro educativo con horario de trabajo de la madre, para niños y niñas de 1 a 3 años que asisten 20 horas o más, según tercil de ingresos
- Gráfico 18. Cuidados del niño/a cuando enferma o no hay clase. ENDIS 2023 y ENDIS RURAL
- Gráfico 19. Porcentaje de niños y niñas de 2 a 4 años que fueron sometidos a métodos de disciplina violentos en el último mes, según región y tipo de violencia –Comparación ENDIS Urbana 2023 y ENDIS RURAL
- Gráfico 20. Porcentaje de niños y niñas de 2 a 4 años en entornos rurales que fueron sometidos a métodos de disciplina violentos en el último mes, según sexo y tipo de violencia –ENDIS RURAL
- Gráfico 21. Porcentaje de niños y niñas de 2 a 4 años en entornos rurales que fueron sometidos a métodos de disciplina violentos en el último mes, según edad y tipo de violencia - ENDIS RURAL
- Gráfico 22. Porcentaje de niños y niñas de 2 a 4 años que fueron sometidos a métodos de disciplina violentos en el último mes, según tercil de ingreso per cápita del hogar y tipo de violencia - ENDIS RURAL
- Gráfico 23. Porcentaje de niños y niñas de 2 a 4 años que fueron sometidos a métodos de disciplina violentos en el último mes, según nivel educativo de la persona referente - 2024
- Gráfico 24. Instancias de educación para el parto y la crianza según lugar de residencia y nivel de ingresos.
- Gráfico 25. Consumo de Hierro y Vitamina D en menores de 24 meses el día previo a la entrevista.
- Gráfico 26. Porcentaje en control odontológico y oftalmológico en niños y niñas de 3 y más años según edad, nivel de ingresos y sexo.
- Gráfico 27. Porcentaje en control odontológico y oftalmológico en niños y niñas de 3 y más años según ENDIS RURAL, ENDIS 2023 y ENDIS 2018
- Gráfico 28. Inicio temprano de la lactancia materna, comparativo rural-urbano
- Gráfico 29. Tipo de alimentación al alta en niños y niñas menores de 24 meses, comparativo rural-urbano
- Gráfico 30. Diversidad alimentaria en niños y niñas de 6 a 23 meses comparativo rural-urbano<sup>61</sup>
- Gráfico 31. Frecuencia mínima de comidas niños y niñas de 6 a 23 meses según edad y si son amamantados
- Gráfico 32. Comparación entre ENDIS RURAL y urbana de la frecuencia mínima de comidas en niños y niñas de 6 a 23 meses, según edades y si son amamantados
- Gráfico 33. Porcentaje de niños y niñas de 6 a 23 meses expuestos a pantallas mientras comen según nivel de ingresos y comparativo rural-urbano
- Gráfico 34. Porcentaje de niños y niñas de 6 a 23 meses a los que a su comida se les agrega sal, según nivel de ingresos y comparativo rural-urbano
- Gráfico 35. Consumo de grupos de alimentos recomendados en niños y niñas de 2 a 4 años el día anterior a la encuesta, según nivel de ingresos y comparativo rural-urbano
- Gráfico 36. Consumo de grupos de alimentos recomendados en la Guía Alimentaria para la Población Uruguaya en niños y niñas de 2 a 4 años el día anterior a la encuesta
- Gráfico 37. Consumo de grupos de alimentos NO recomendados en la Guía Alimentaria para la Población Uruguaya en niños y niñas de 2 a 4 años el día anterior a la encuesta
- Gráfico 38. Porcentaje de niños y niñas de 2 a 4 años que usan pantallas mientras comen según nivel de ingresos y comparativo rural-urbano
- Gráfico 39. Problemas nutricionales para el total de los niños y niñas (0 a 4 años)
- Gráfico 40. Comparación de los problemas nutricionales en niños y niñas según ENDIS rural o urbana

Gráfico 41. Proporción de los niños y niñas que durmieron la noche anterior acompañados por otros niños o adultos por edad de los niños por tercil de ingresos

Gráfico 42. Promedio de minutos de actividad física que los niños y niñas de 1 año y más realizaron el día anterior en distintos ambientes según edad, nivel de ingresos, sexo y región.

Gráfico 43. Porcentaje de niños y niñas que cumplen con las recomendaciones de minutos de educación; realizadas por día según OMS según edades simples

Gráfico 44. Porcentaje de niños y niñas que cumplen con las recomendaciones de minutos de exposición a pantallas realizadas por día según OMS según edad, tercil de ingresos y región

Gráfico 45. Uso de espacios públicos, comparativo rural-urbano

Gráfico 46. Porcentaje de niños y niñas de 24 a 59 meses cuyo desarrollo es adecuado en cuanto a la salud, el aprendizaje y el bienestar psicosocial, según características región

Gráfico 47. Porcentaje de niños y niñas de 24 a 59 meses cuyo desarrollo es adecuado en cuanto a la salud, el aprendizaje y el bienestar psicosocial, según características demográficas

Gráfico 48. Porcentaje de niños y niñas de 24 a 59 meses cuyo desarrollo es adecuado en cuanto a la salud, el aprendizaje y el bienestar psicosocial, según características educativas y socioeconómicas

#### Índice de tablas

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

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

Tabla 3. Porcentaje de niños y niñas que residen en situación de hacinamiento

Tabla 4. Distribución porcentual de niños y niñas según tenencia de la vivienda

Tabla 5. Distribución porcentual de niños y niñas según material predominante en paredes, techos y pisos de la vivienda donde habitan

Tabla 6. Distribución de niños y niñas según convivencia con el padre

Tabla 7. Distribución de niños y niñas según motivo de no convivencia con el padre

Tabla 8. Distribución de niños y niñas según cobertura de las AFAM

Tabla 9. Distribución de niños y niñas según cobertura de la TUS

Tabla 10. Bienestar Emocional comparativo urbano y localidades rurales

Tabla 11. Bienestar Emocional comparativo urbano 2018, 2023 y localidades rurales

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

Tabla 13. Cuidados del niño/a cuando enferma o no hay clase. ENDIS RURAL

Tabla 14. Lugar de tratamiento según nivel de ingreso y región.

Tabla 15. Niños y niñas con al menos una lesión en los últimos 12 meses según ENDIS urbana-rural.

Tabla 16. Resultados del screening de anemia según ingresos y región.

Tabla 17. Porcentaje de niños y niñas de 0 a 4 años con anemia según cohorte 2018, 2023 y ENDIS RURAL.

Tabla 18. Porcentaje de niños y niñas de 12 a 23 meses con lactancia materna continúa según nivel de ingresos y comparativo rural-urbano

Tabla 19. Consumo de huevos y/o carnes el día anterior a la encuesta en niños y niñas de 6 a 23 meses, comparativo rural-urbano

Tabla 20. Consumo de bebidas azucaradas el día anterior a la encuesta en niños y niñas de 6 a 23 meses, según nivel de ingresos y comparativo rural-urbano

Tabla 21. Consumo de alimentos no saludables el día anterior a la encuesta en niños y niñas de 6 a 23 meses, según nivel de ingresos y comparativo rural-urbano

Tabla 22. Consumo de refrescos, jugos artificiales y aguas saborizadas el día anterior a la encuesta en niños y niñas de 2 a 4 años, según nivel de ingresos y comparativo rural-urbano

Tabla 23. Criterios para el diagnóstico nutricional por edad

Tabla 24. Grado de seguridad alimentaria de los hogares según ENDIS Urbana 2023 y RURAL 2024

Tabla 25. Promedio de horas de sueño del día anterior (incluyendo siestas e intervalos de sueño nocturno según edad de los niños y niñas)

Tabla 26. Proporción de los niños y niñas que cumplen las recomendaciones de OMS de horas de sueño por tramo de edad.

Tabla 27. Promedio de minutos de exposición a pantallas según edad de los niños y niñas, tercil de ingresos y región

Tabla 28. Porcentaje de niños y niñas que utilizan espacios públicos y distancia al mismo, según nivel de ingresos y edad

Tabla 29. Distribución según clasificación de riesgo en el CBCL 1½-5 años en ENDIS RURAL

Tabla 30. Porcentaje de niños y niñas categorizados en los grupos de riesgo del CBCL según sexo

Tabla 31. Porcentaje de niños y niñas categorizados en el grupo Clínico y Borderline del CBCL según región

Tabla 32. Porcentaje de niños y niñas categorizados en el grupo Clínico y Borderline del CBCL según tercil de ingreso del hogar (tercil 1 = más desfavorecido)

Tabla 33. Porcentaje de niños y niñas categorizados en riesgo y zona de monitoreo en el ASQ-3

Tabla 34. Porcentaje de niños y niñas categorizados en riesgo en ASQ-3 según sexo

Tabla 35. Porcentaje de niños y niñas categorizados con alerta (monitoreo o riesgo) en ASQ-3 según región

Tabla 36. Porcentajes de niños y niñas categorizados en riesgo en ASQ-3 según tercil de ingreso



## RESUMEN EJECUTIVO

La Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud (ENDIS) RURAL 2024 representa un hito por ser el primer relevamiento sobre la situación de niñas y niños de 0 a 4 años cumplidos en localidades de menos de 5.000 habitantes y zonas rurales dispersas de Uruguay. Este esfuerzo interinstitucional, liderado por Uruguay Crece Contigo (UCC)- Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Instituto Nacional de Estadística (INE), busca saldar una deuda histórica de información sobre la situación de la infancia residente en zonas rurales. El objetivo general es generar conocimiento basado en evidencia sólida para orientar las políticas públicas de primera infancia en el país. La encuesta se realizó entre setiembre de 2023 y mayo de 2024, con una muestra representativa de 855 niños y niñas.

Los principales hallazgos y temas abordados en el documento son los siguientes:

- **Condiciones de los Hogares y Acceso a Servicios Sociales:**

- Los hogares rurales encuestados tienen un tamaño promedio mayor (4,4 personas) en comparación con los urbanos (3,9).
- Existe un mayor porcentaje de hacinamiento en el medio rural (21%) frente al urbano (16%).
- Se observan carencias significativas en saneamiento (7%) y acceso al agua (3%) dentro de las viviendas rurales, afectando más a los hogares de menores ingresos.
- La cobertura de Asignaciones Familiares (AFAM) es mayor en el medio rural (71%) que en el urbano (56%), al igual que la cobertura de la Tarjeta Uruguay Social (TUS) 24% rural vs. 15% urbano.
- La Estrategia “Bienvenida” de Uruguay Crece Contigo tiene una mayor recepción de la “Guía para el Buen Comienzo” en zonas rurales (57,5% vs. 50,8% urbanas), aunque su uso intensivo es menor en el ámbito rural (37,8% vs. 53,5% urbano), lo que sugiere la necesidad de adaptar el contenido y el contexto de entrega. La cobertura del “Set de Bienvenida” es similar entre ambas zonas.

- **Bienestar Emocional de Cuidadores y Prácticas de Crianza:**

- El 23,2% de los referentes de crianza en el medio rural presentan probabilidad de depresión, una cifra ligeramente superior a la observada en zonas urbanas.
- El 39,4% de los niños y niñas de 2 a 4 años en entornos rurales fueron sometidos a algún método de disciplina violenta (psicológica o física) en el mes anterior a la encuesta. Sin embargo, esta prevalencia es menor en el medio rural (39%) en comparación con los entornos urbanos (43% en interior y 55% en Montevideo).

- **Salud Infantil:**

- Un 31,8% de los niños y niñas en zonas rurales han estado enfermos en las últimas semanas, y el 67,6% buscó consejo o tratamiento, una cifra inferior a la del medio urbano (79,9%).
- La utilización de policlínicas o servicios ambulatorios (58%) es mucho más alta en rural que en urbano (36%) para buscar tratamiento.
- La participación de madres en instancias de educación para el parto y la crianza es menor en rural (33,6%) que en urbano (40%).
- Se registró una mayor frecuencia de lesiones no intencionales en niños y niñas rurales (27,1%) que en urbanos (13,3%), siendo las caídas y quemaduras las más comunes.
- La suplementación con hierro (93,3%) y vitamina D (93,5%) es muy alta en el medio rural.

- **Nutrición y Seguridad Alimentaria:**

- La lactancia materna temprana (76%) es más frecuente en zonas rurales que en urbanas (68,7%).
- La introducción de alimentos sólidos, semisólidos o blandos de 6 a 8 meses es mayor en el ámbito rural (96,5%) que en urbano (78,8%).
- Existe un mayor consumo de bebidas azucaradas (22,9% rural L vs. 15,8% urbano) y alimentos no saludables (37,7% rural vs. 33,6% urbano) en niños y niñas de 6 a 23 meses en zonas rurales.
- En niños y niñas de 2 a 4 años, el consumo de bebidas azucaradas es significativamente mayor en el ámbito rural (45,6%) que en urbano (38,6%).
- El exceso de peso (riesgo de sobrepeso, sobrepeso y obesidad) afecta al 37,3% de los niños y niñas rurales, aunque la prevalencia de sobrepeso y obesidad es ligeramente menor en rural (12,8%) que en urbano (14,9%). El retraso en el crecimiento es menor en rural (5,2%) que en urbano (8,1%).
- La seguridad alimentaria es menor en los hogares rurales (44,8%) en comparación con los urbanos (58,6%). La inseguridad alimentaria, en todos sus niveles (leve, moderada, severa), es más frecuente en zonas rurales (55.2%).

- **Desarrollo Infantil, Sueño, Actividad Física y Exposición a Pantallas:**

- El tiempo promedio de sueño es de 11,09 horas en niños y niñas rurales, con variaciones por edad. El 42% de los niños y niñas de 0 a 4 años comparten cama.
- La exposición promedio a pantallas es de 63 minutos diarios en zonas rurales (menor que los 94 minutos urbanos), pero solo el 23% de los niños y niñas cumplen con las recomendaciones de la OMS.
- El uso de espacios públicos es mayor en zonas rurales (83,4%) que en urbanas (79,3%), con una frecuencia de uso en el último mes considerablemente más alta (94,3% vs. 60,9% urbano).
- En cuanto al desarrollo infantil, los resultados del CBCL 1½-5 indican una mayor presencia de riesgos clínicos en problemas socio-emocionales y de comportamiento a nivel rural en comparación con el urbano. Por otro lado, los resultados del ASQ-3 muestran un porcentaje algo menor de riesgo en el desarrollo cognitivo y motor en rural frente a urbano, con mayores riesgos en varones y en hogares de menores ingresos. El Índice de Desarrollo Infantil de Unicef (ECDI) 2030 muestra que el 90% de los niños y niñas rurales tienen un desarrollo adecuado, similar al urbano, destacando que las niñas y los niños de hogares con mayores ingresos o referentes educativos tienen mejor desempeño.

## Introducción

En 2024, Uruguay concretó por primera vez un relevamiento sobre la situación de niñas y niños de 0 a 4 años que viven en localidades de menos de 5.000 habitantes y en zonas rurales dispersas, a través de la Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud (ENDIS) RURAL. Este hito representa un avance significativo en el conocimiento de la infancia en un país caracterizado por una alta concentración urbana, donde históricamente la ruralidad ha quedado al margen de las estadísticas sociales de alcance nacional.

Hasta ahora, la situación de las infancias en estas zonas del país era prácticamente desconocida, y esta ausencia de información fue señalada expresamente por la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDHH) en su informe de 2022 (INDDHH, 2022) como una deuda pendiente en términos de garantía de derechos y diseño de políticas públicas.

El presente informe permite saldar, en parte, esa deuda, a la vez que inaugura una línea de trabajo sostenida en la protección y promoción de los derechos de niñas, niños y adolescentes que viven en el medio rural. En diálogo con la ENDIS Urbana 2023, recientemente publicada, esta edición posibilita por primera vez un enfoque integral sobre la situación de la infancia en todo el territorio nacional.

Cabe destacar que la realización de este relevamiento implicó un esfuerzo metodológico y logístico de gran magnitud, dadas las características de dispersión geográfica y baja densidad poblacional de las áreas relevadas. La ENDIS RURAL fue posible gracias a un fuerte componente de articulación interinstitucional, que involucró a diversos organismos del Estado, comprometidos con la generación de evidencia para el diseño de políticas públicas con enfoque de derechos.

## Objetivo general ENDIS RURAL y líneas de acción

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

La ENDIS RURAL amplía el alcance de la generación de datos e información relevante sobre la infancia, incorporando por primera vez a las niñas y niños que viven en localidades pequeñas y zonas rurales del país. De esta manera, no solo contribuye al conocimiento sobre el desarrollo infantil en contextos históricamente invisibilizados, sino que también promueve la investigación específica en torno a la infancia rural.

Uno de los principales objetivos de esta línea de trabajo es fomentar el uso de la información recolectada por parte de quienes diseñan e implementan políticas públicas, así como por la sociedad en su conjunto. Se busca así fortalecer la toma de decisiones informadas y el desarrollo de acciones basadas en evidencia, atendiendo a las particularidades del medio rural.

A lo largo de más de una década, la ENDIS se ha consolidado como una herramienta clave para el diseño y la reorientación de políticas de primera infancia en diversas instituciones. La incorporación del ámbito rural profundiza este aporte, dotando al país de una mirada más equitativa e integral.

Asimismo, la ENDIS se ha posicionado como una referencia nacional en la producción de datos de alta calidad y en la construcción de indicadores internacionales. Los mismos permiten dar seguimiento a compromisos asumidos con organismos internacionales del sistema de Naciones Unidas tales como

la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en el reporte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Con esta edición rural, Uruguay avanza hacia disponer de información más completa de su niñez en el ámbito nacional e internacional.

## Aspectos técnicos de ENDIS RURAL

El periodo de relevamiento se extendió desde setiembre 2023 a mayo 2024, sufrió interrupción durante los meses de verano 2024.

El diseño muestral y la construcción de ponderadores estuvo a cargo del Instituto Nacional de Estadística (INE). El diseño muestral se realizó a partir del Certificado de Nacido Vivo (CNV) facilitado por el MSP mediante el acuerdo marco de trabajo.

Fueron elegibles de participar en la ENDIS RURAL todos los niños y niñas menores de 59 meses (al momento de la realización de la encuesta) que residían en viviendas particulares en localidades de menos de 5.000 habitantes (incluyendo localidades pequeñas y zonas rurales dispersas).

El tamaño de la muestra de niños y niñas elegibles se situó en 2830 casos para los cuales se obtuvieron 855 niños y niñas elegibles respondientes.

De forma general, el diseño implementado para la selección de la muestra de la ENDIS es aleatorio, estratificado, por conglomerados y en varias etapas de selección. La muestra fue seleccionada utilizando como marco de muestreo los registros del Certificado de Nacido Vivo (CNV) proporcionado por el Ministerio de Salud Pública teniendo en cuenta únicamente a los niños y niñas que nacieron a partir de enero de 2019 y hasta enero de 2024. Los registros del CNV fueron complementados con información del SIIAS y de otras fuentes, y georeferenciados de forma de que coincidan con las Zonas censales del Censo del año 2011 realizado por el INE.

El relevamiento fue por realizado por la empresa Equipos Consultores, luego de resultar seleccionada en la Licitación Abreviada 26/2022 Ministerio de Desarrollo Social | Dirección General de Secretaría.

Los encuestadores fueron capacitados por Uruguay Crece Contigo - MIDES, por Área Programática de Infancia y Programa de Nutrición – MSP y por CICEA - UdelaR (Centro Interdisciplinario de Cognición para la Educación y el Aprendizaje).

Para más información sobre la muestra, se puede consultar la ficha técnica del INE.

## Entorno y caracterización general de los hogares y referentes

### Caracterización general de los hogares

En esta sección se realiza una descripción de los hogares que habitan los niños y niñas encuestados en esta primera edición de la ENDIS RURAL. De este modo, se presenta la situación de los hogares en términos de tamaño y composición. Asimismo se analiza el vínculo de los niños y niñas con sus padres no co-residentes.

### Tamaño de los hogares

Tal como se observa en el cuadro a continuación, se encuentran diferencias respecto al tamaño de los hogares observado en la ENDIS urbana 2023. En los hogares rurales relevados se observa un promedio de personas por hogar de 4,4, mientras que en los hogares urbanos relevados en 2023 este promedio alcanza 3,9.

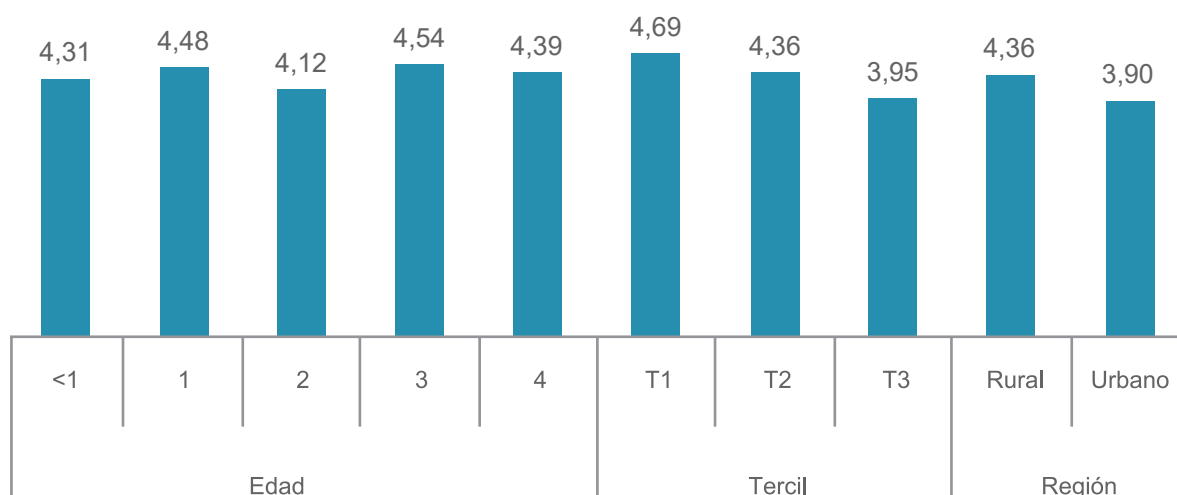
**Tabla 1. Distribución de niños y niñas según tamaño del hogar (%)**

	RURAL	URBANO
2 personas	2	7
3 personas	26	35
4 personas	33	34
5 personas	19	15
6 o + personas	20	10
Total	100	100

Fuente: DINTAD con base en ENDIS 2023 y ENDIS RURAL

Al analizar el tamaño de los hogares rurales por tercil de ingresos de, las diferencias son claras, siendo el tamaño promedio del tercil 1 de 4,7 integrantes, mientras que en el tercil 3 el tamaño promedio del hogar ronda en 3,9.

**Gráfico 1. Tamaño promedio de los hogares de los niños y niñas según edad, tercil de ingresos y región**



Fuente: DINTAD con base en ENDIS 2023 y ENDIS RURAL



## Composición de los hogares

Al analizar la composición de los hogares de niños y niñas menores de 5 años que viven en zonas rurales y en localidades con menos de 5.000 habitantes, se observa que la mayoría reside en hogares nucleares (64%), seguidos por hogares monoparentales (24%). Estos valores difieren ligeramente de los registrados en la ENDIS urbana, donde el 70% de los niños y niñas vive en hogares nucleares y el 17% en hogares monoparentales. En cuanto a los hogares extendidos o compuestos, no se evidencian diferencias entre las áreas rurales y urbanas, con porcentajes de 12% y 13%, respectivamente.

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

	RURAL	URBANA
Nuclear	64%	70%
Monoparental	21%	17%
Extendido o compuesto	15%	13%
Total	100%	100%

Fuente: DINTAD con base en ENDIS 2023 y ENDIS RURAL

## Habitabilidad de la vivienda

El espacio que habitan las niñas y niños afecta su desarrollo (Landers, Mercer, Molina, &Eming Young, 2006). En esta sección se analizan indicadores referentes a la habitabilidad de la vivienda. En primer lugar, un indicador relevante con impactos potenciales sobre diversos desempeños de salud, nutrición y desarrollo es el hacinamiento, definido como la proporción de hogares en viviendas en las que habitan más de dos personas por cada habitación excluyendo baño y cocina. De acuerdo a la información de la encuesta para 2023 el 16% de niños y niñas de entre 0 y 5 años viven en condiciones de hacinamiento en el medio urbano. Para el medio rural el porcentaje de hacinamiento aumenta al 21%.

**Tabla 3. Porcentaje de niños y niñas que residen en situación de hacinamiento**

	RURAL	URBANO
Sin hacinamiento	79%	84%
Con hacinamiento	21%	16%

Fuente: DINTAD con base en ENDIS 2023 y ENDIS RURAL

Otro indicador que repercute en la habitabilidad de la vivienda es la tenencia, con consecuencias en la seguridad del hogar respecto a su situación habitacional. En la Tabla 4 se observa que la situación de tenencia de la vivienda es diferente según si los hogares se encuentran en zonas rurales o urbanas. Se encuentran más hogares propietarios y menos inquilinos y ocupantes en las zonas rurales.

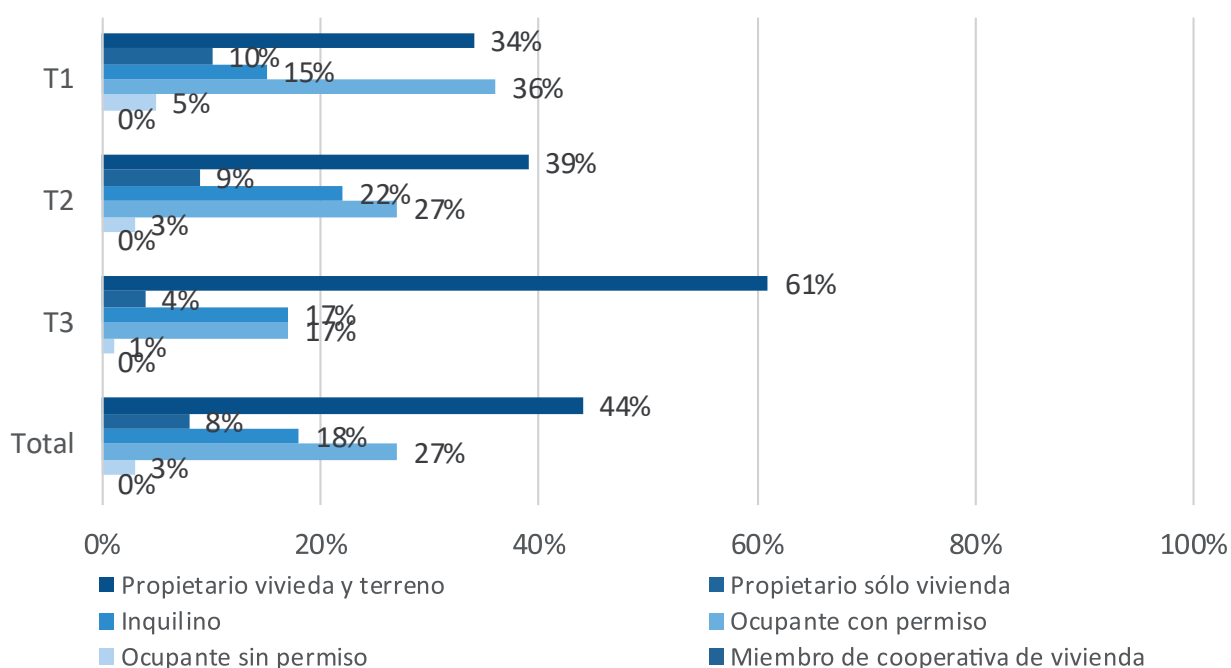
**Tabla 4. Distribución porcentual de niños y niñas según tenencia de la vivienda**

	RURAL	URBANO
Propietario vivienda y terreno	44%	34%
Propietario solo vivienda	8%	6%
Inquilino	18%	24%
Ocupante con permiso	27%	32%
Ocupante sin permiso	3%	2%
Miembro de cooperativa de vivienda	0%	1%
Total	100%	100%

Fuente: DINTAD con base en ENDIS 2023 y ENDIS RURAL

La tenencia de la vivienda presenta grandes diferencias según niveles de ingresos. La propiedad sobre la vivienda presenta mayor incidencia entre los niños y niñas pertenecientes a hogares del tercil 3 y 2, de mayores ingresos (61% y 39% respectivamente). Mientras que la ocupación de la vivienda con permiso es predominante en el tercil 1, de menores ingresos, alcanzando (41%).

**Gráfico 2. Distribución porcentual de niños y niñas según tenencia de la vivienda en el hogar en que residen según terciles de ingreso per cápita y región**



Fuente: DINTAD con base en ENDIS 2023 y ENDIS RURAL

Por otra parte, se analizan los materiales utilizados en la construcción de la vivienda en la que habitan niños y niñas pequeños. Se observa que la mayoría (91%) residen en viviendas con paredes de ladrillo, bloque o ticholo, en zonas rurales, lo mismo que se observaba en los hogares urbanos. En las viviendas de hogares rurales se destacan construcciones de techos livianos, alcanzando el 74%, mientras que en los rurales es de 48%. Tanto en hogares rurales y urbanos predominan los pisos de Cerámica, parquet, baldosas o moqueta (79% y 84% respectivamente).

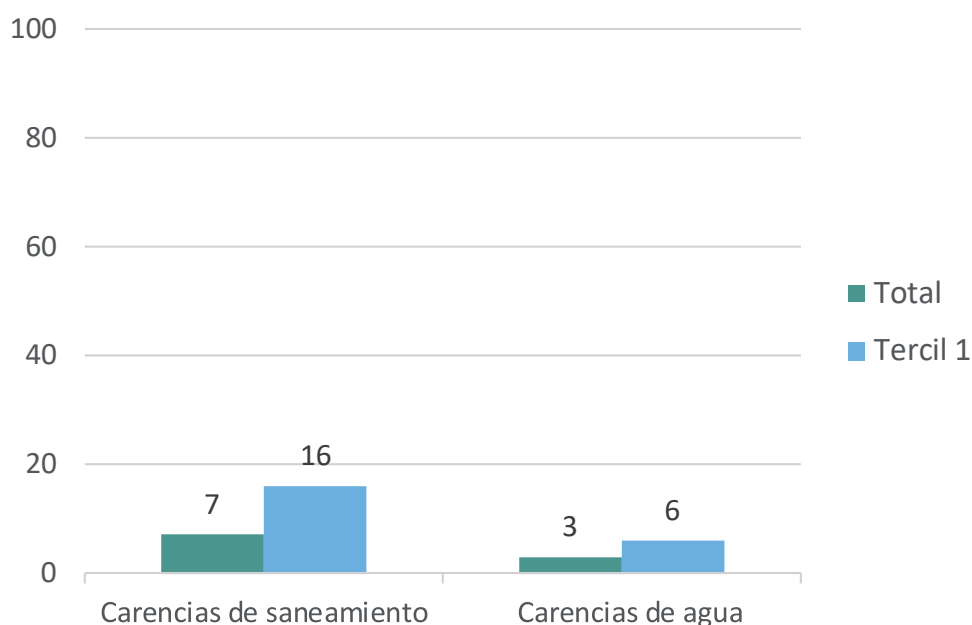
**Tabla 5. Distribución porcentual de niños y niñas según material predominante en paredes, techos y pisos de la vivienda donde habitan**

	Materiales	RURAL	urbano
Paredes	Ladrillo, bloque o ticholo	91%	95%
	Materiales livianos	9%	5%
	Materiales de desecho	0%	0%
Techos	Planchada de hormigón	25%	51%
	Techos livianos	74%	48%
	Materiales de desecho	1%	0%
Pisos	Cerámica, parquet, baldosas o moqueta	79%	84%
	Alisado de hormigón	10%	10%
	Solo contrapiso sin piso	11%	7%

Fuente: DINTAD con base en ENDIS 2023 y ENDIS RURAL

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

**Gráfico 3. Porcentaje de niños y niñas que residen en viviendas con carencias en saneamiento y en acceso al agua, total y tercil 1 de ingresos per cápita**



Fuente: DINTAD con base en ENDIS RURAL



### Presencia del referente masculino

La ausencia de la figura paterna en el hogar puede asociarse con la reducción de dos tipos de recursos relevantes para el bienestar de los hijos: dinero y tiempo de crianza y cuidado. El primero se vincula a la pérdida de un perceptor, que por lo general constituye el principal y cuyas transferencias no compensan la caída de ingresos. El segundo proviene principalmente de la constatación de que los arreglos predominantes implican una mayor permanencia de los niños y niñas con sus madres y un debilitamiento del contacto con el padre no corresidente (ENDIS, 2013).

Si se toma en cuenta el total de niños y niñas en la encuesta (de 0 a 4 años), el 24% de los niños y niñas no vive con su padre en el hogar en el medio rural, en comparación con el 27% del medio urbano.

Tabla 6. Distribución de niños y niñas según convivencia con el padre

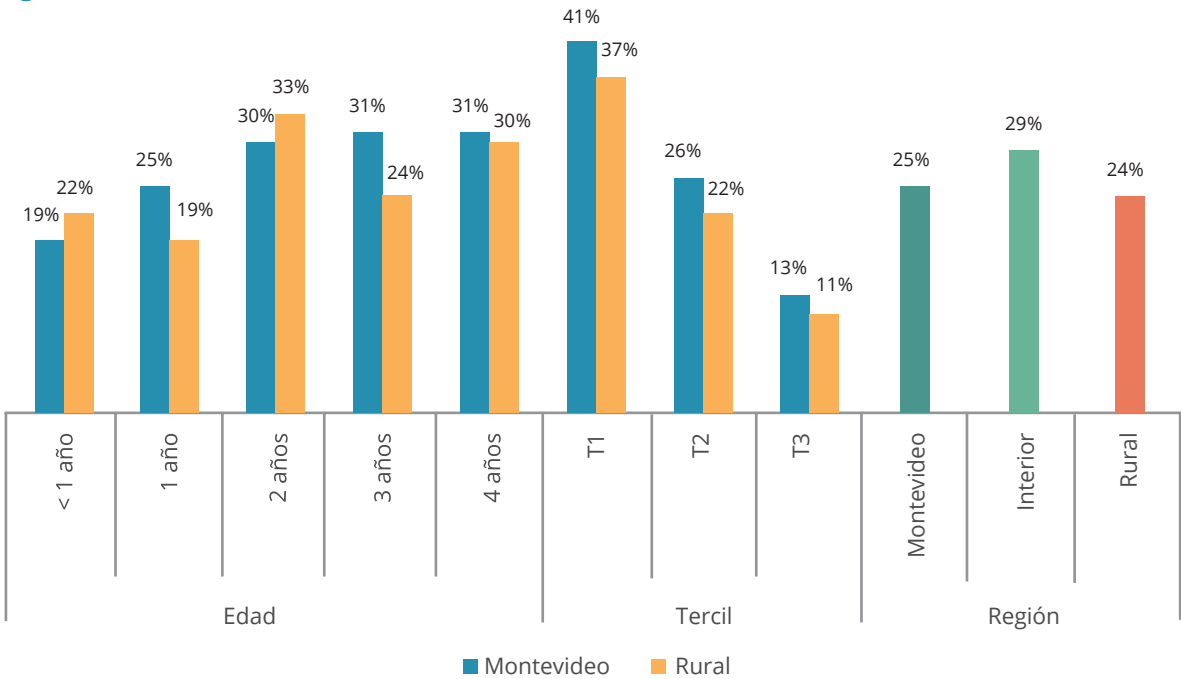
	RURAL	URBANO
No	24%	27%
Si	76%	73%
Total	100%	100%

Fuente: DINTAD con base en ENDIS 2023 y ENDIS RURAL

Al realizar la apertura por edad, se observa que la proporción de niños y niñas que no viven con el padre es mayor en los niños y niñas más grandes, salvo para niños y niñas menores de 1 año. Para el ámbito urbano, el aumento de la proporción de niños y niñas que viven sin padre en el hogar ocurre para todas las edades.

Además, la proporción de niños y niñas que no convive con el padre en el medio rural decrece al mejorar el nivel socioeconómico del hogar: 37% de los niños y niñas del primer tercil (menores ingresos), 22% en el segundo tercil y cae hasta 11% en el tercil de mayores ingresos.

Gráfico 4. Proporción de niños y niñas que no convive con su padre según edad, tercil de ingresos y región



Fuente: DINTAD con base en ENDIS RURAL

Entre los niños y niñas que no viven con su padre, el 67% no lo hace debido a la separación o divorcio de sus padres, mientras que aproximadamente un 25% nunca convivió con él. Al observar el medio urbano, la proporción de separaciones o divorcios es menor (58%), pero se registra un porcentaje mayor de niños y niñas que nunca vivieron con su padre (29%), en comparación con el medio rural (25%).

**Tabla 7. Distribución de niños y niñas según motivo de no convivencia con el padre**

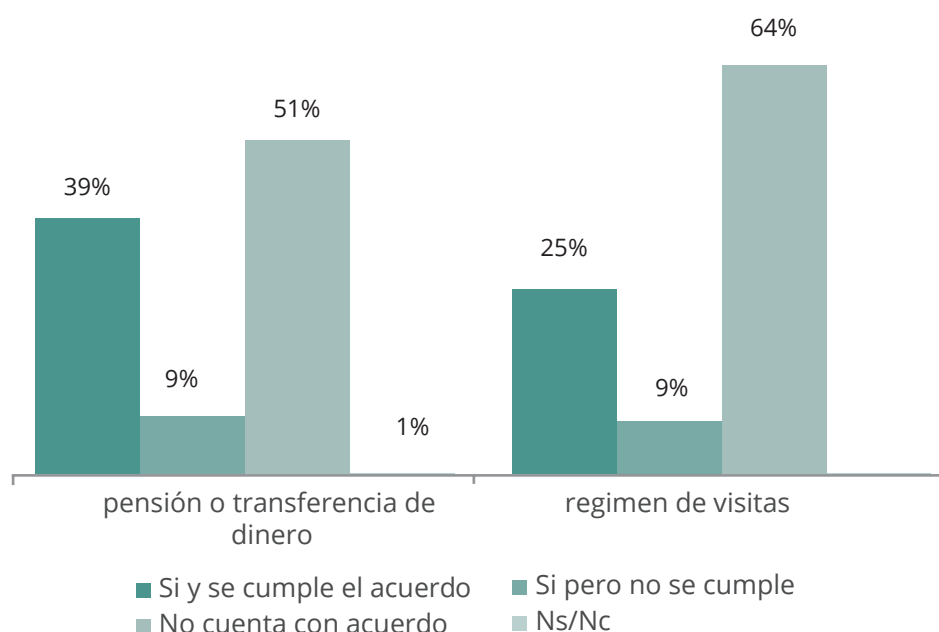
	RURAL	URBANO
<b>Se separaron o divorciaron y dejó de convivir</b>	<b>67%</b>	<b>58%</b>
<b>Nunca vivió con el padre</b>	<b>25%</b>	<b>29%</b>
<b>Está privado de libertad</b>	<b>2%</b>	<b>4%</b>
<b>Murió</b>	<b>1%</b>	<b>2%</b>
<b>Vive con el padre en régimen de tenencia compartida</b>	<b>0%</b>	<b>2%</b>
<b>Emigró</b>	<b>1%</b>	<b>1%</b>
<b>Otra</b>	<b>4%</b>	<b>4%</b>

**Fuente:** DINTAD con base en ENDIS 2023 y ENDIS RURAL

En la ENDIS se consultó sobre la existencia de acuerdos legales o de palabra entre los padres de los niños y niñas en caso de encontrarse separados. En el medio rural, un 39% de los niños y niñas que no conviven con su padre cuenta con un acuerdo para recibir pensiones o dinero de este, y un 28% tiene un acuerdo sobre el régimen de visitas. Sin embargo, no todos estos acuerdos se cumplen: un 8% de los acuerdos por pensión y un 9% de los acuerdos de visitas no se respetan. A su vez, la mayoría de los niños y niñas del medio rural no cuenta con acuerdos formales: un 51% no tiene acuerdo por pensión y un 64% no tiene acuerdo sobre visitas.

En comparación, en el medio urbano (Montevideo e interior), la proporción de niños y niñas con acuerdos es algo menor: un 32% tiene acuerdos por pensión y un 27% sobre visitas. También se observa un menor incumplimiento de lo pactado: un 6% de los acuerdos de visitas y un 4% de los acuerdos por pensión no se cumplen. En el medio urbano, un 60% de los niños y niñas no cuenta con acuerdo por pensión, y un 68% no tiene acuerdo sobre el régimen de visitas.

**Gráfico 5. Proporción de niños y niñas con acuerdos legales o de palabra entre sus padres sobre pensiones o transferencias de dinero y régimen de visita - RURAL**



Fuente: DINTAD con base en ENDIS 2023 y ENDIS RURAL

### Acceso a programas sociales

En esta sección se analiza la información correspondiente al acceso a programas de protección social comparativamente para la primera ronda de la ENDIS realizada en 2013, para la edición 2018 y para la presente edición de la ENDIS RURAL. En particular, se estudia la cobertura y el acceso a los programas de transferencias monetarias Asignaciones Familiares y Tarjeta Uruguay Social. Las Asignaciones Familiares (AFAM) son un programa de transferencias monetarias condicionadas dirigidas a menores de 18 años que tiene por objetivo mejorar la situación de ingresos de los hogares, así como incentivar la permanencia de niños, niñas y adolescentes en el sistema educativo y promover los controles de salud de niños, niñas y mujeres embarazadas. Se crearon en el año 1943 y desde entonces el programa ha sido reformado en diversas ocasiones, destacándose la incorporación de los hogares en situación de vulnerabilidad socioeconómica con la puesta en marcha del Plan de Equidad en 2008. A la fecha existen dos tipos de Asignaciones Familiares, las AFAM contributivas otorgadas en el marco de la Ley N° 15.084 que son gestionadas por el BPS, y las AFAM del Plan de Equidad correspondientes a la Ley N° 18.227 y gestionadas conjuntamente entre el BPS y el MIDES. Dada la disponibilidad de información, en este informe se analiza el acceso al programa sin distinguir según tipo de AFAM. En este caso hay una mayor cantidad de niños y niñas en hogares beneficiarios de AFAM (71%).

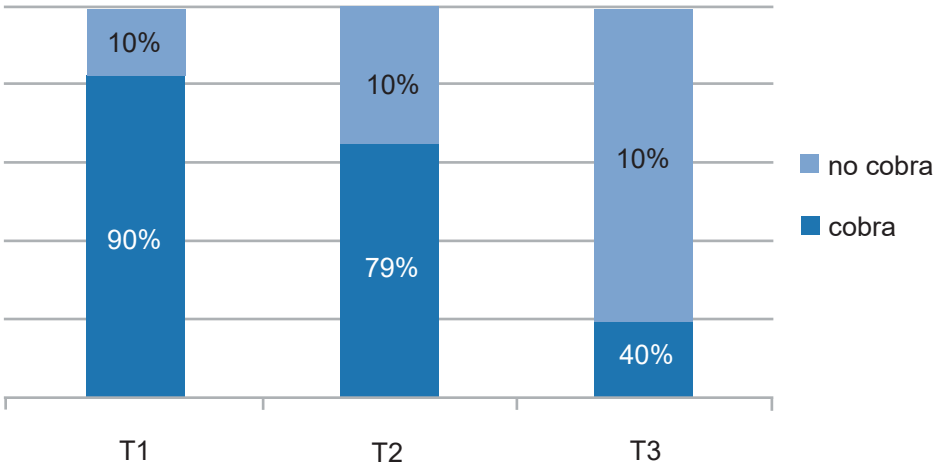
**Tabla 8. Distribución de niños y niñas según cobertura de las AFAM**

	RURAL	URBANO
No	29%	44%
Si	71%	56%
Total	100%	100%

Fuente: DINTAD con base en ENDIS 2023 y ENDIS RURAL

En el Gráfico 6 se presenta la distribución de niños y niñas según cobertura de las AFAM para los distintos terciles de ingreso del hogar. La situación de cobro difiere sustancialmente según ingresos: la proporción de beneficiarios de AFAM es mayor entre los niños y niñas pertenecientes al tercil de menores ingresos y decrece sustancialmente para los terciles de mayores ingresos. En el medio rural si bien continúa con la misma tendencia que en Montevideo y el interior, el decrecimiento no es tan pronunciado entre cada tercil. Cabe recordar que no se distingue entre los distintos regímenes de AFAM (contributiva y no contributiva), por ello es posible encontrar hogares beneficiarios de AFAM en los quintiles de mayores ingresos.

**Gráfico 6. Cobro de AFAM y distribución según tercil de ingreso en el medio rural**



Fuente: DINTAD con base ENDIS RURAL

La Tabla 9 muestra la distribución de niños y niñas según la cobertura de la Tarjeta Uruguay Social (TUS), diferenciando entre contextos rurales y urbanos. Se observa que una mayor proporción de niños en zonas rurales (24%) accede a la TUS en comparación con los del medio urbano (15%).

**Tabla 9. Distribución de niños y niñas según cobertura de la TUS**

	RURAL	URBANO
No	76%	85%
Si	24%	15%
Total	100%	100%

Fuente: DINTAD con base en ENDIS 2023 y ENDIS RURAL

## Set de Bienvenida de Uruguay Crece Contigo

### Estrategia universal de Bienvenida de Uruguay Crece Contigo - Guía de buen comienzo y Set de Bienvenida

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

La Guía para el buen comienzo: Consejos para una paternidad y maternidad saludable es una publicación de UCC. Tiene como objetivo acompañar a la persona embarazada desde sus comienzos con información útil y de calidad, dirigida a la mujer y las personas cercanas a ella. Se entrega en el primer contacto durante el control prenatal, en la apertura del carné obstétrico. Es entregada desde el año 2020 por los servicios de salud de todo el país.

El Set de Bienvenida es un bolsode tela que contiene publicaciones dirigidas a los adultos en temas de alimentación, cuidados, y crianza, además contiene un juguete, un libro de cuentos, un libro para el bebé y acceso a música para la primera infancia. Tienen como objetivo fortalecer las capacidades para la crianza y cuidados de los niños y las niñas. Acerca información de calidad que sirve de apoyo a la crianza, así como elementos que promuevan ambientes estimulantes para el lenguaje, el juego y el cuidado afectuoso desde el momento del nacimiento.

En esta encuesta se consultó sobre la cobertura, el uso de los materiales entregados y la valoración que la familia hace de los mismos.

### Cobertura de la Guía para el Buen Comienzo

En las áreas rurales, la Guía para el Buen Comienzo fue recibida por el 57,5% de las familias; siendo mayor en comparación a las áreas urbanas, donde la cobertura total fue del 50,8%. A su vez en el interior urbano (53,6%) se llegó en mayor medida que en Montevideo (46,6%).

La cobertura en el área rural aumenta con los ingresos, la recepción fue mayor en el tercil 3 de mayores ingresos (62,8%) y menor en el tercil 1 de menores ingresos (52,8%). Este comportamiento es similar a la entrega en las áreas urbanas; donde se observó una mayor entrega en el tercil 3 (56,6%) y una menor en el tercil 1 (44,5%).

Esto sugiere que se deben fortalecer acciones para aumentar la cobertura en todas las áreas tanto rural como urbana y analizar especialmente las condiciones de acceso y entrega a medida que bajan los ingresos de las familias.

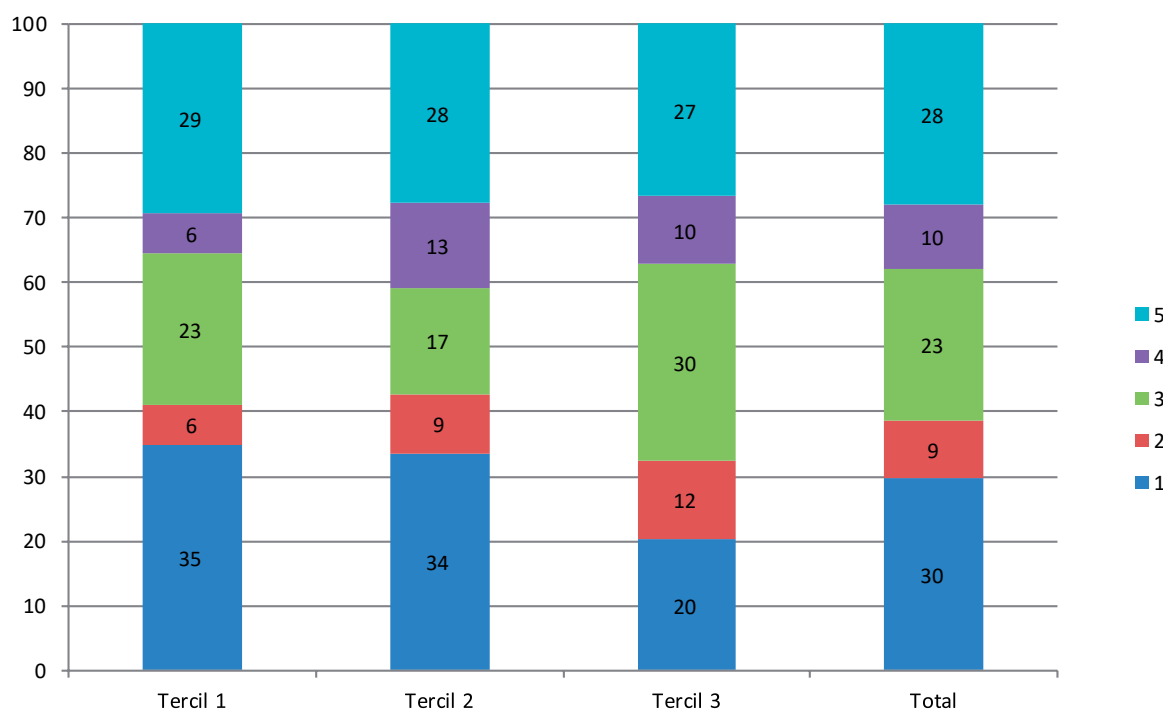
## Uso de la Guía para el Buen Comienzo

Para medir el uso de la guía, se utilizó una escala de 1 a 5, donde 1 significa poco uso y 5 mucho uso.

En las áreas rurales de las familias que recibieron la Guía, el 37,8% de las familias indicaron un alto o muy alto uso de la guía (valores 4 y 5); y un 29,6 % le dio poco uso (valor 1). El uso en el área rural es inferior al área urbana, en donde el uso alto o muy alto alcanzó el 53,5% y el poco uso el 20,4 %.

El tercil 3 de mayores ingresos reportó el mayor uso intensivo (37,2% en valores 4 y 5), mientras que en el tercil 1 el uso intensivo alcanzó el 35,5%, para el área rural. Igual comportamiento sucede en el área urbana cuando se compara el uso de la guía por el ingreso de las familias; con una diferencia también por nivel socioeconómico (56,3% en el tercil 3 y 51,3% en el tercil 1).

**Gráfico 7. Uso de la Guía de buen comienzo**



**Fuente:** UCC con base en ENDIS RURAL

Si bien en las áreas rurales la recepción de la guía es mayor, su uso intensivo es menor en comparación con las zonas urbanas, lo que podría estar motivado por el contexto de la entrega, la accesibilidad a la información, así como también la adaptación del contenido a la cotidianidad rural.

## Cobertura del Set de Bienvenida

El 54,9% de los niños y las niñas en áreas rurales recibieron el Set de Bienvenida. Este porcentaje es muy similar, a las áreas urbanas, en donde lo recibieron el 56%. La mayor cobertura se registró en el interior urbano (61,4%) y la menor en Montevideo (48,1%).

La distribución según nivel de ingresos en el área rural muestra que el tercil 3 de mayores ingresos recibió más frecuentemente dicho material (57,8%), mientras que en el tercil 1 la entrega alcanzó el 50,7%. En comparación, en las áreas urbanas, también se observó un patrón similar por nivel de ingresos, con mayor acceso en el tercil 3 (59%) y menor en el tercil 1 (50,9%).

Estos datos sugieren que la cobertura del Set de Bienvenida en las zonas rurales es similar a la de las áreas urbanas, aunque con variaciones dentro de cada región y según el nivel socioeconómico.

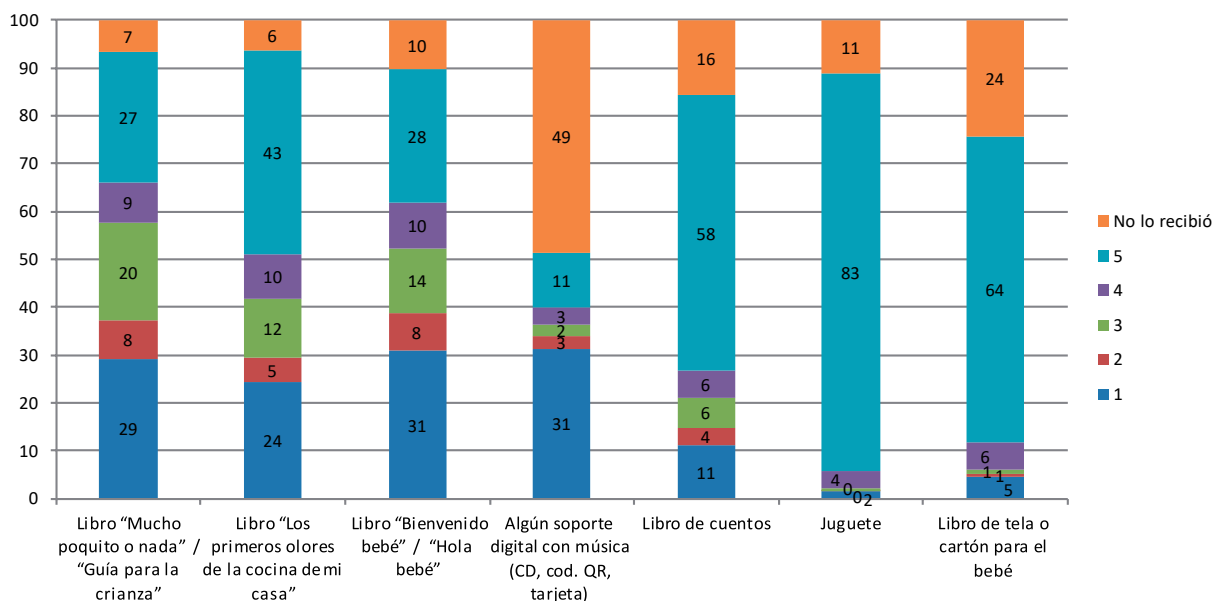
## Uso de los materiales del Set de Bienvenida

El uso de los materiales del Set de Bienvenida en las áreas rurales muestra diferencias con respecto a los datos urbanos.

- **Juguete:** Es el elemento más utilizado, con un 86,7% de uso intensivo en las áreas rurales, lo que coincide con el 82,1% reportado en zonas urbanas.
- **Libro de tela o cartón:** En las áreas rurales, el 69,7% de las familias le dio mucho uso, al igual que en las zonas urbanas (69,8%).
- **Libro de cuentos:** El 63,2% de los encuestados rurales reportaron un uso intensivo, similar al 65,8% en las zonas urbanas.
- **Soporte digital con música:** En las áreas rurales, solo el 14,8% reportó haberle dado un uso intensivo y la tercera parte (31,3%) poco uso. Mientras en la zona urbana el 28,4 % indicó un uso intensivo y el (19,5%) poco uso. Tanto en la zona rural como en la zonas urbanas fue el elemento menos disponible (51,3% rural y 55,8 % urbano)
- **Libro sobre alimentación:** En áreas rurales, el 52,1% de los hogares reportaron un alto uso del libro sobre alimentación, menor que el 59,3% reportado en áreas urbanas.
- **Libro sobre cuidados:** En áreas rurales, el 37,2 % de los hogares reportaron un alto uso del libro sobre cuidados, menor que el 49.1% reportado en áreas urbanas.
- **Libro sobre crianza:** En áreas rurales, el 35,7 % de los hogares reportaron un alto uso del libro sobre cuidados, menor que el 51,6 % reportado en áreas urbanas.

Estos resultados sugieren que los elementos del bolso que están dirigidos para el uso del bebé son los más utilizados. Las publicaciones son utilizadas con menor intensidad en la zona rural en comparación con la urbana. La publicación más usada en ambas zonas es el libro sobre Alimentación.

Gráfico 8. Uso de los materiales contenidos en el set de bienvenida



Fuente: UCC con base en ENDIS RURAL

Los materiales menos recibidos en el bolso fueron el soporte digital con música, el libro para el bebé y el libro de cuentos; esto coincide que en el período estudiado el Set de Bienvenida fue distribuido de manera incompleta en alguna de sus versiones.

### Valoración de la entrega de materiales por parte del Estado

La mayoría de las familias consideran que la entrega de materiales de apoyo a la crianza por parte del Estado es pertinente o muy pertinente (valor 5 en la escala de 1 a 5).

En las áreas rurales, es el 85,1% de las familias quienes consideran pertinente la entrega y solo el 3,8% considera que no es para nada pertinente. En el área urbana el 87,7% de las familias consideraron pertinente o muy pertinente la entrega del material, con ligeras diferencias entre Montevideo (84,7%) y interior urbano (89,7%).

**En síntesis:** los datos de la encuesta rural muestran que la estrategia universal Bienvenida de Uruguay Crece Contigo está instalada a través de ambas prestaciones (Guía de Buen Comienzo y Set de Bienvenida) teniendo que desarrollar acciones en la mejora de la cobertura, el uso y la apropiación de los materiales dirigidos a las personas que cuidan. El monitoreo de la cobertura por región, la recepción y el uso de cada uno de los materiales de esta estrategia marcan el camino de la priorización en las acciones. La valoración general de la entrega de materiales es positiva en todos los ámbitos, reflejando que las familias reconocen la importancia de estos recursos para la crianza.



## Aspectos relacionados al bienestar emocional de las y los referentes

### Por Uruguay Crece Contigo

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

Del total de los referentes entrevistados (incluyendo madres, padres y otros respondentes) el 23,2% presentan probabilidad de depresión.

En esta medición el 96,7% de los referentes de crianza entrevistados fueron madres, este es un porcentaje similar a la encuesta urbana donde el 95,3% de las respondentes fueron madres. De estas, 23,7% presentan síntomas compatibles con depresión, una cifra cercana al 22,9% registrado en 2023 en localidades del interior con más de 5000 habitantes, y superior al 20% de Montevideo.

**Tabla 10. Bienestar Emocional comparativo urbano y localidades rurales**

	ENDIS 2023			ENDIS RURAL
	Montevideo	Interior	Total	
<b>Sin probabilidad de depresión</b>	<b>80</b>	<b>77,1</b>	<b>78,2</b>	<b>76,3</b>
<b>Con probabilidad de depresión</b>	<b>20</b>	<b>22,9</b>	<b>21,8</b>	<b>23,7</b>
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Fuente: DINTAD con base en ENDIS 2023 y ENDIS RURAL**

A continuación, se presenta una comparación entre los relevamientos de 2018 y 2023 en áreas urbanas, y los datos de 2023 para localidades con menos de 5000 habitantes. Cabe destacar que la comparación se realiza exclusivamente entre madres, ya que en 2018 sólo se disponía de información de este grupo.

Entre 2018 y 2023, el porcentaje de madres entrevistadas con síntomas compatibles con depresión aumentó 5,7 puntos porcentuales. Además, el relevamiento de localidades con menos de 5000 habitantes muestra una mayor prevalencia de este fenómeno, alcanzando el 23,7% de las referentes. No es posible realizar comparaciones previas para estas localidades debido a la falta de información histórica.

Tabla 11. Bienestar Emocional comparativo urbano 2018, 2023 y localidades rurales

	2018	2023	RURAL
Con probabilidad de depresión	16,2%	21,9%	23,7%

Fuente: DINTAD con base en ENDIS 2023 y ENDIS RURAL

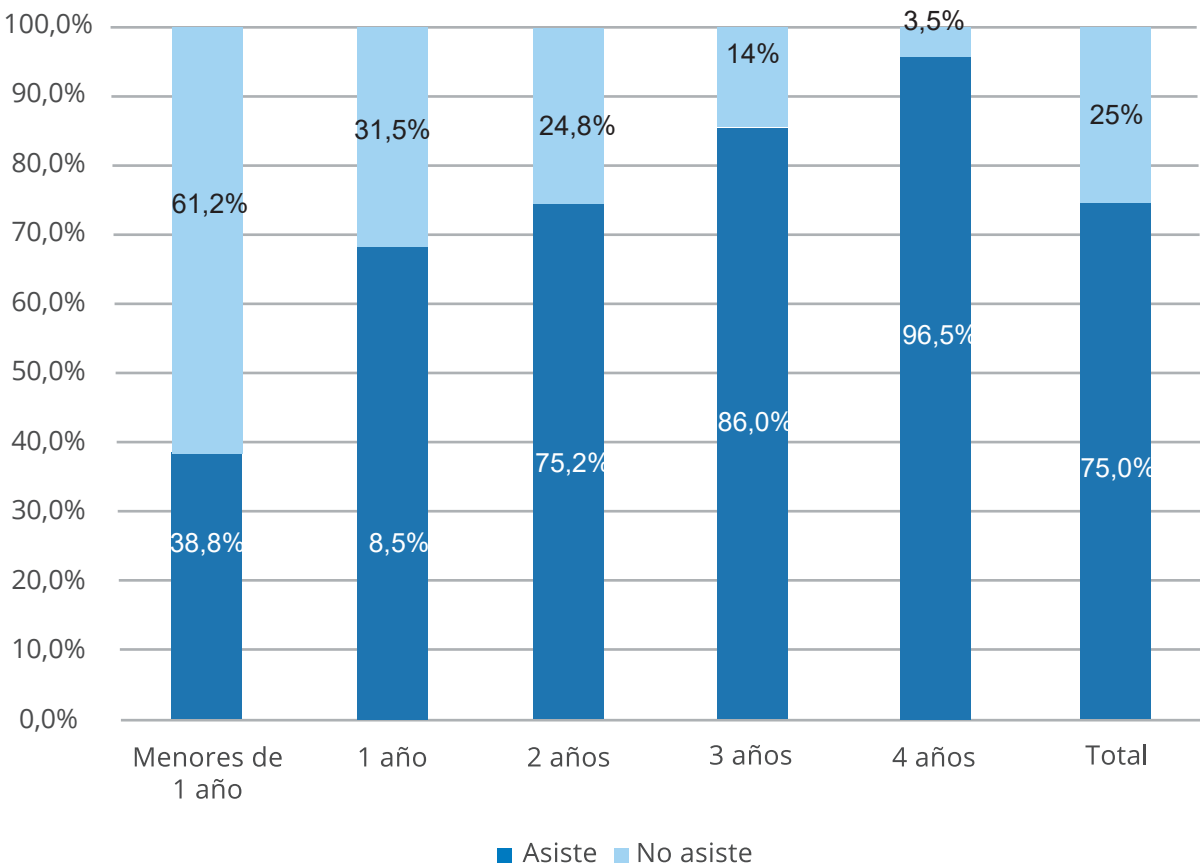
## Cuidados de los niños y niñas

Por Secretaria Nacional de Cuidados y Discapacidad

### Asistencia a centros de cuidados y educación infantil

De los datos de la ENDIS RURAL, que contempla a los niños y niñas de 0 a 4 años de edad que residen en localidades menores a 5 mil habitantes y zonas rurales, surge que un 78,5% asisten o asistieron alguna vez a un centro de cuidado y educación infantil, mientras que el 75,0% asistían en el momento de realizarse la encuesta. Este dato es incremental de acuerdo a la edad del niño/a, es decir, a mayor edad mayor es el porcentaje de asistencia, tal como se puede observar en el siguiente gráfico:

Gráfico 9. Porcentaje de asistencia a centros de cuidado/educación según edad



Fuente: SNC con base en ENDIS RURAL

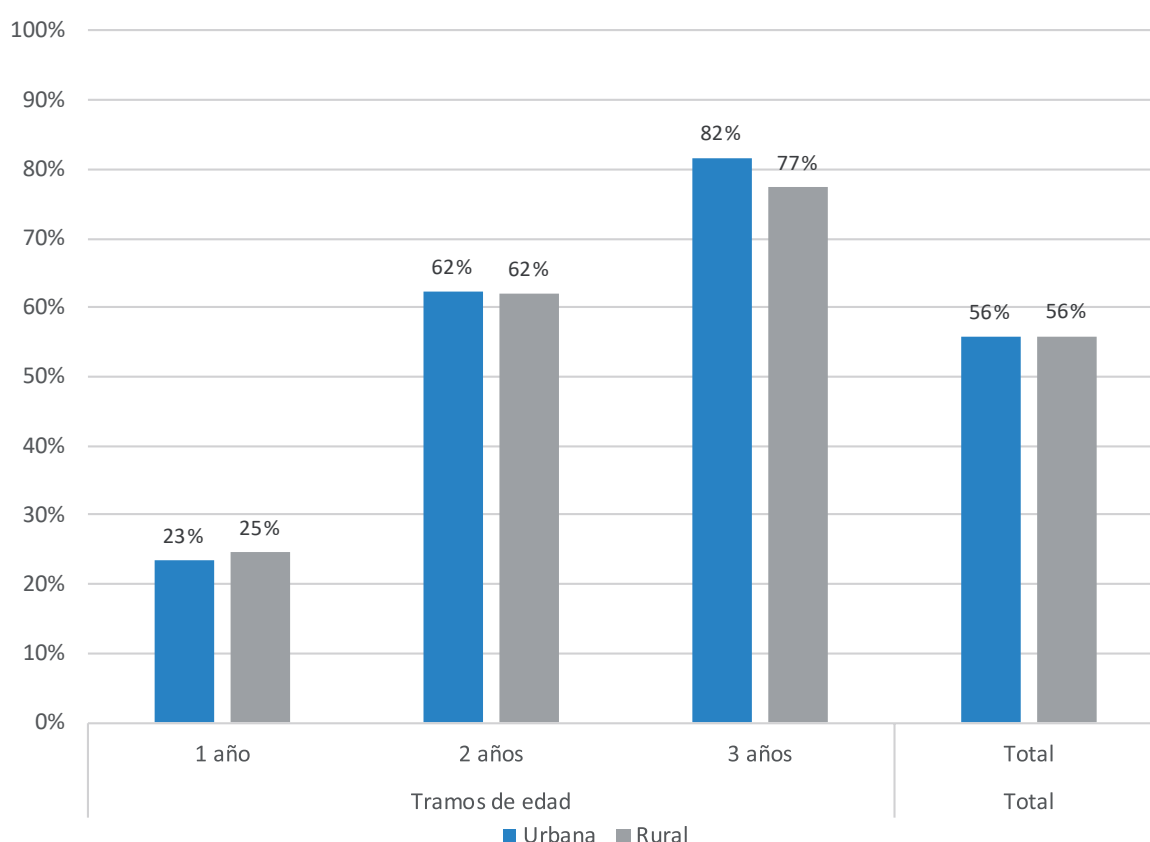
Para comparar los datos de ENDIS RURAL con las otras ediciones de la ENDIS se utilizará sólo el tramo de niño/as de 1 a 3 años, tal como se hizo en el informe anterior de 2023. Esto se debe a que, por un lado, los niños y niñas de 4 años no formaban parte del universo de la primera edición de 2013, y, por otro lado, los menores de 1 año estaban subrepresentados en la primera edición, por lo que no es posible la comparación en esas edades.

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

En este sentido, se observa que el porcentaje de niños y niñas de 1 a 3 años que asisten al menos 20 horas semanales a un centro de educación y cuidados es de 55,8%. Este dato coincide exactamente con el que surge de la edición 2023 de ENDIS, que contemplaba aquellas localidades urbanas mayores a 5000 habitantes.

Si se analiza este dato por edad, se observa que en niños y niñas de 3 años el porcentaje que asiste 20 horas o más es levemente mayor en la edición urbana de ENDIS (81,6%) en comparación a la edición rural (77,3%). En el caso de los niños y niñas de 1 y 2 años no se observan diferencias en cuanto al porcentaje de asistencia (Gráfico 10).

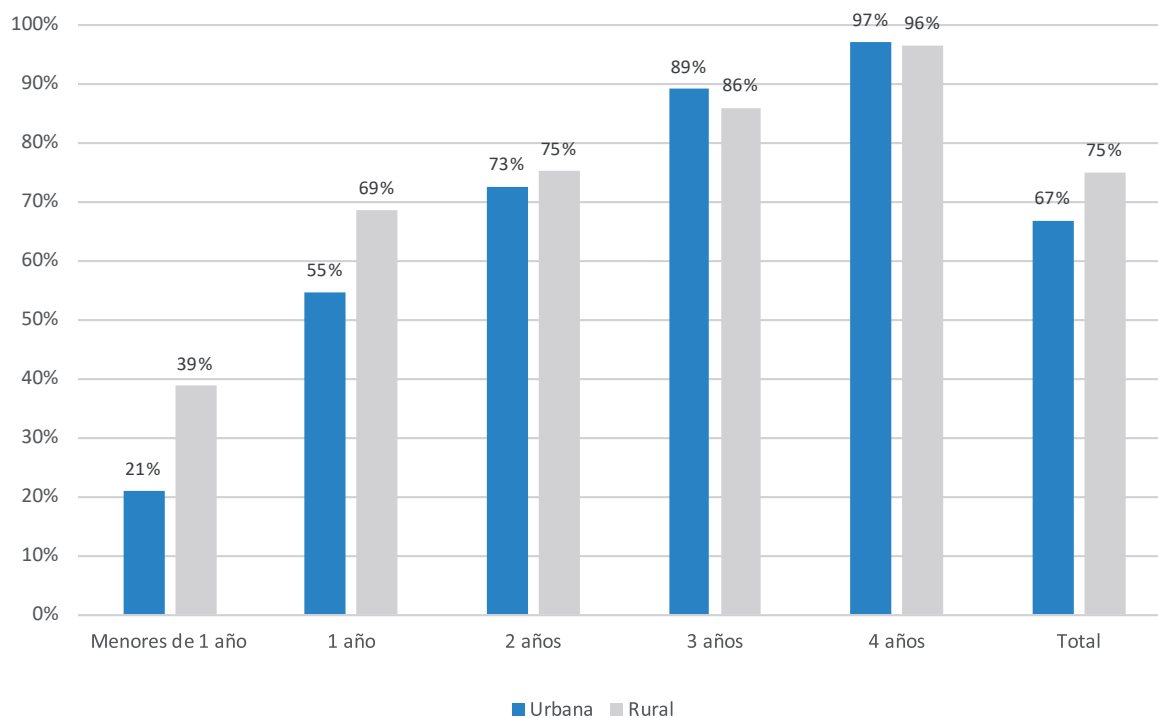
**Gráfico 10. Porcentaje de niños y niñas de 1 a 3 que asisten a un centro de cuidados/educación 20 horas semanales o más, según edad. ENDIS 2023 y ENDIS RURAL**



Fuente: SNC con base en ENDIS RURAL

Esta paridad, sin embargo, varía si tomamos la asistencia por edad, sin contemplar que la misma sea de 20 horas o más, tal como se puede observar en la siguiente gráfica.

**Gráfico 11. Porcentaje de niños y niñas que asisten a un centro de cuidados/educación, según edad. ENDIS 2023 y ENDIS RURAL**



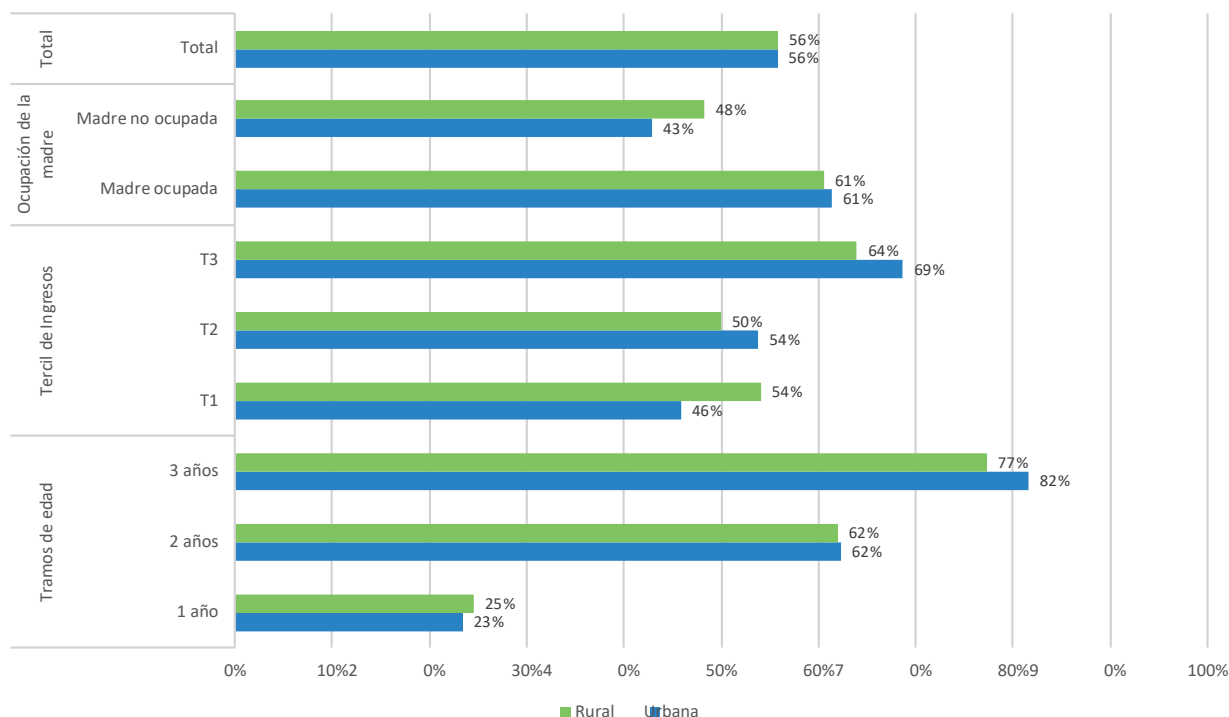
**Fuente: elaboración propia en base a ENDIS 2023 y ENDIS RURAL.**

Esta diferencia, sobre todo en niños y niñas de 0 y 1 año de edad, que no se observaba en la asistencia de 20 horas o más, podría estar indicando que el programa Experiencias Oportunas de INAU logra una mayor tasa de cobertura justamente en zonas rurales y en pequeñas localidades (menores a 5000 habitantes).

Por otro lado, cuando se analiza la información referente a si la madre del niño/a está ocupada en el mercado laboral o no, se observa que en la ENDIS RURAL la cobertura de educación y cuidados es mayor en los casos en que la madre no está ocupada (48,3% frente a 42,9%), mientras que para los casos en que la madre sí está ocupada, no se observan grandes diferencias entre ambas ediciones (60,5 y 61,4% respectivamente).

Al analizar la asistencia de 20 horas o más por tercil de ingresos, se puede observar que la brecha que existe entre el tercil 1 y el tercil 3 es menor en zonas rurales (10 puntos porcentuales), en comparación a la edición de 2023 (23 puntos porcentuales). Esto se explica, fundamentalmente, por la diferencia que existe en el porcentaje de asistencia del 1er tercil de ingresos, que es 8 puntos porcentuales mayor en la encuesta rural, tal como se puede observar en la siguiente gráfica.

**Gráfico 12. Porcentaje de niños y niñas que asisten a un centro de cuidados/educación 20 horas semanales o más, según actividad laboral de la madre, tercil de ingresos y edad. ENDIS 2023 y ENDIS RURAL**



**Fuente:** elaboración propia en base a ENDIS 2023 y ENDIS RURAL.

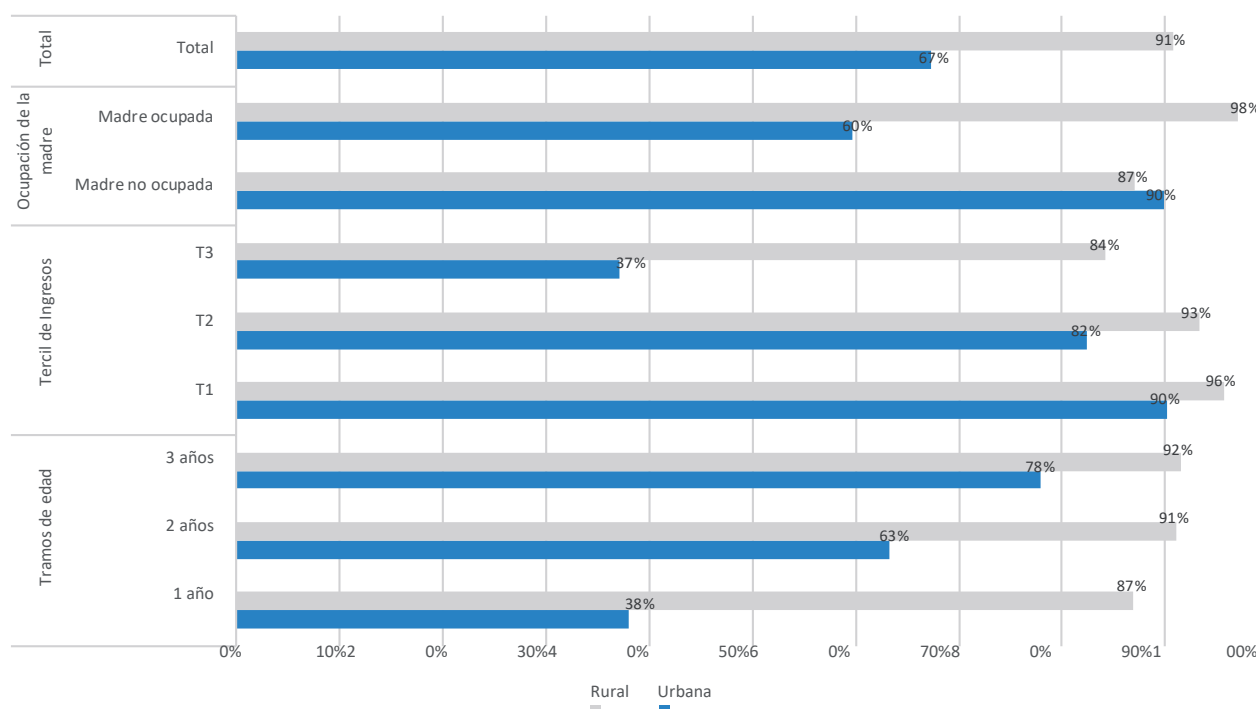
## Cobertura Pública

En la edición de la ENDIS RURAL también se pudo constatar, como era de esperar, un mayor porcentaje de cobertura pública de educación y cuidados para niños y niñas de 1 a 3 años, que alcanza el 90,7% de la cobertura global.

Cuando se analiza esta información según la situación ocupacional de la madre, se puede observar que, el porcentaje de cobertura pública es mayor en el medio rural cuando la madre no está ocupada (98,2% frente a 89,8%), y la diferencia es aún mayor en los casos en que la madre sí está ocupada (87,0% frente a 59,7%).

Por su parte, al analizar el dato según los ingresos del hogar, se observa que en la encuesta rural el peso de la oferta pública es mayor, sobre todo, en el tercil de mayores ingresos (84,2 frente a 37,2%). Esto quiere decir que, en el medio rural, el acceso a servicios de educación y cuidados para niños y niñas de 1 a 3 años se da, fundamentalmente, a través de la oferta pública, independientemente del nivel de ingresos del hogar.

**Gráfico 13. Proporción de niños y niñas de 1 a 3 años que asisten 20 horas semanales o más a un centro público de cuidado/educación sobre el global de asistencia. ENDIS 2023 y ENDIS RURAL**



Fuente: SNC en base a ENDIS 2023 y ENDIS RURAL

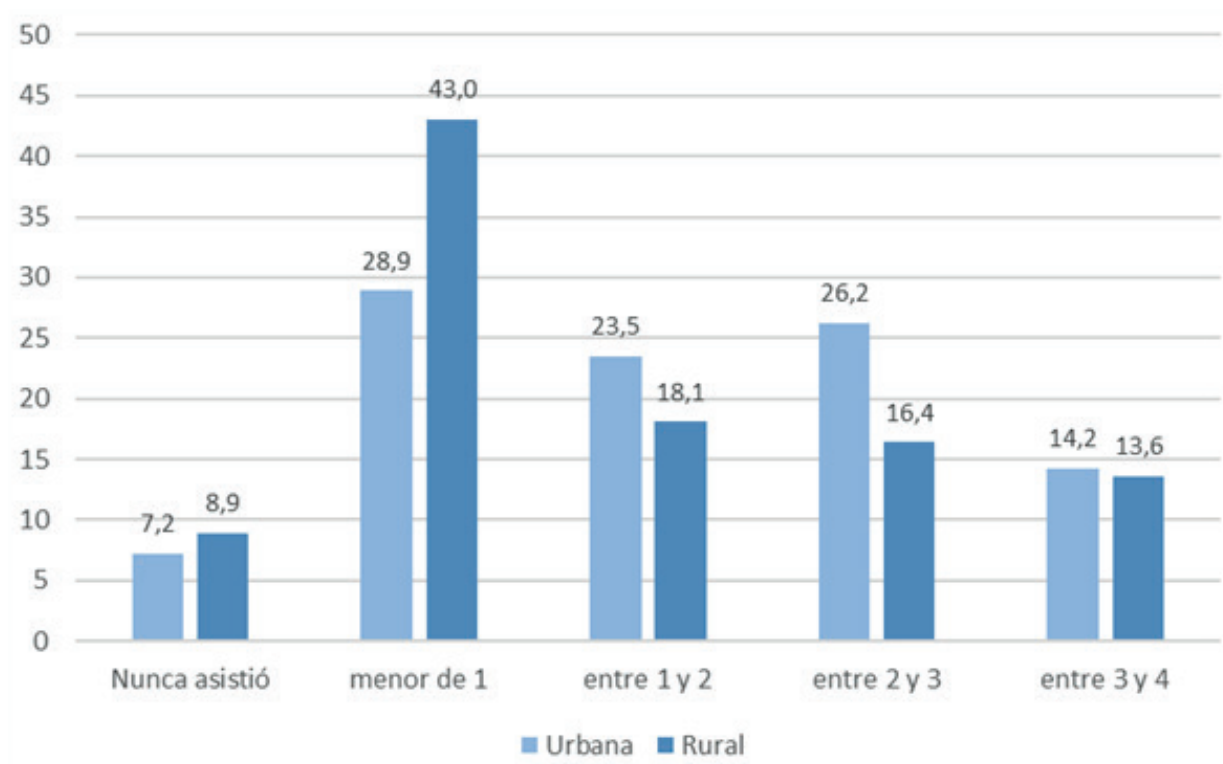
### Edad de inicio de la asistencia a centros de cuidados y educación infantil

Para analizar la edad de inicio en la asistencia a centros de primera infancia, al igual que en el informe anterior, se tomará solamente a los niños y niñas de 3 años, que son quienes ya transitaban las diferentes posibilidades de edad de inicio. Además, se considerará la asistencia en sentido amplio, sin considerar el criterio de 20 horas semanales como mínimo, ya que la pregunta sobre cantidad de horas refiere al momento en el que se hace la encuesta y no al momento en el que inició la asistencia.

En este sentido, se puede observar que el 43,0% comenzó a asistir antes de cumplir un año, mientras que un 18,1% lo hizo cuando tenía 1 año, y 16,4% cuando ya tenía 2 años de edad.

Al comparar los datos de la edad de inicio en la asistencia de la encuesta rural con los resultados obtenidos en la edición de 2023, se observa que el inicio se da de forma más temprana entre los niños y niñas que residen en el medio rural (61,1% inicia antes de los 2 años, de acuerdo a los datos de la ENDIS RURAL, frente al 52,4%, en la edición 2023). Esto podría estar vinculado a lo mencionado anteriormente, respecto al mayor alcance, en términos relativos, de los talleres de Experiencias Oportunas del Plan CAIF en el medio rural.

Gráfico 14. Edad de inicio de asistencia en niños y niñas de 3 años. ENDIS 2023 y ENDIS RURAL

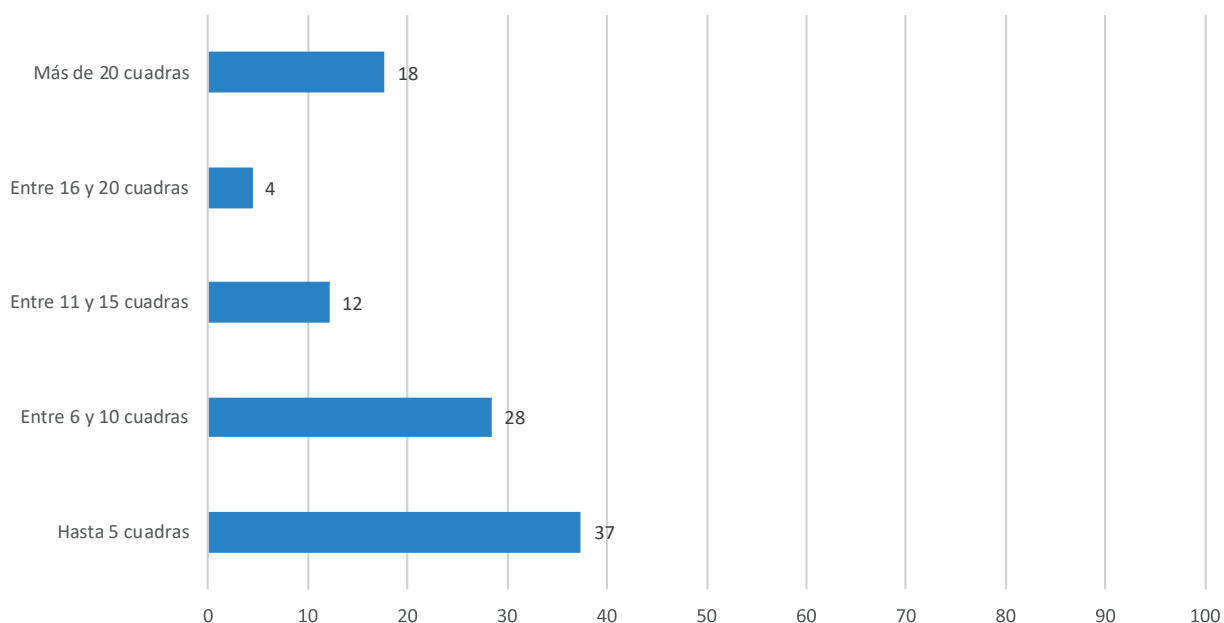


Fuente: elaboración propia en base a ENDIS 2023 y ENDIS RURAL.

## Traslado y distancia

En el Gráfico 15 se observa que, de los niños y niñas de 1 a 3 años que asisten 20 horas o más a un centro educativo, el 65,8% reside a 10 cuadras o menos del centro. Por su parte, 16,5% reside entre 11 y 20 cuadras de distancia, y 17,7% a más de 20 cuadras. Estos datos reflejan una mayor cercanía a los centros en el medio rural, si comparamos con los datos que surgen de la edición 2023 de ENDIS, que toma las localidades mayores a 5 mil habitantes (58,4, 22,8% y 18,9% respectivamente).

**Gráfico 15. Distancia al jardín o centro educativo, para niños y niñas de 1 a 3 años que asisten 20 horas o más**

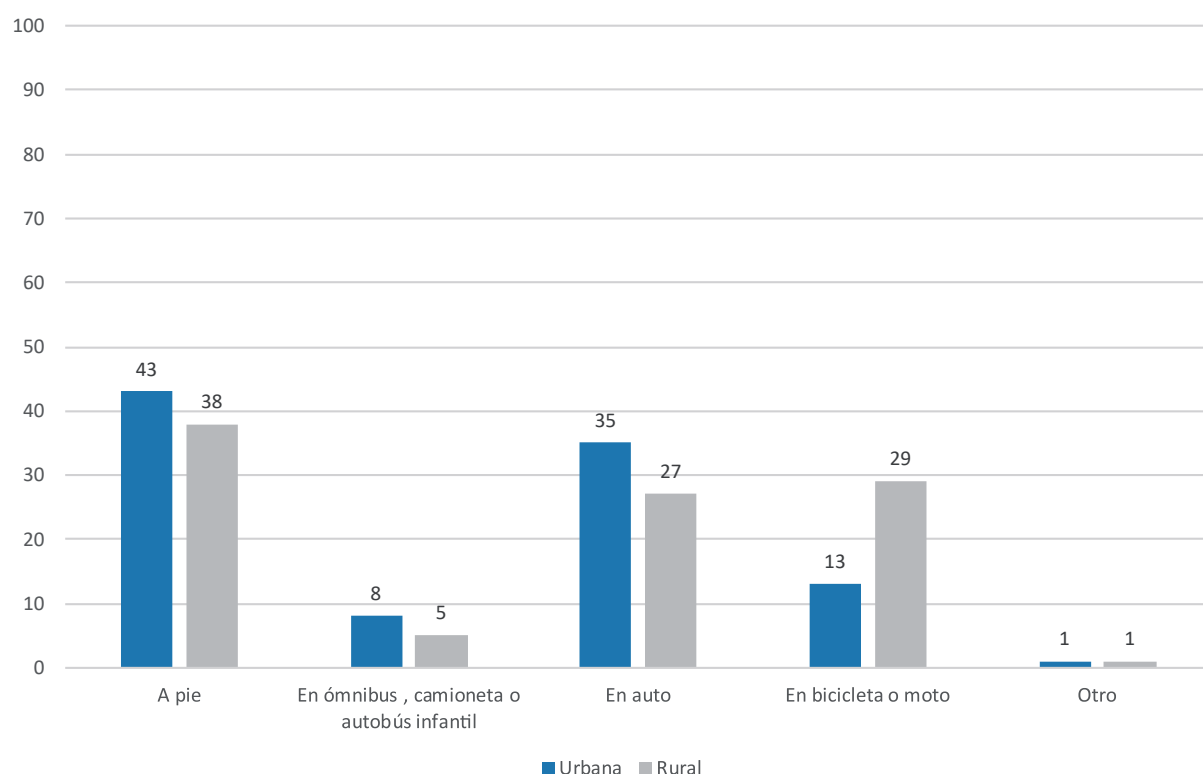


**Fuente:** elaboración propia en base a ENDIS RURAL

En lo que refiere al traslado al centro educativo, se destaca que en el medio rural se da un mayor uso de la bicicleta o la moto para llevar a los niños y niñas a los centros educativos (29%), más del doble de lo observado en el relevamiento de 2023 en localidades urbanas (13%).



**Gráfico 16. Traslado al jardín o centro educativo, para niños y niñas de 1 a 3 años que asisten 20 horas o más**



**Fuente:** elaboración propia en base a ENDIS 2023 y ENDIS RURAL.

Por su parte, si se observan los datos según tercil de ingresos, se puede ver que a medida que aumentan los ingresos, el porcentaje de niños y niñas que se traslada a pie disminuye, a la vez que aumenta el porcentaje que se traslada en auto. Mientras que el 49% de los niños y niñas del tercer tercil de ingresos se traslada en auto a su centro educativo, sólo el 11% del primer tercil lo hace por ese medio.

Por último, el auto también es el medio de transporte más utilizado en aquellos casos en que la madre está ocupada (38% frente 13%), mientras que, en los casos de madres no ocupadas, el traslado se realiza principalmente a pie (53% frente a 30%).

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

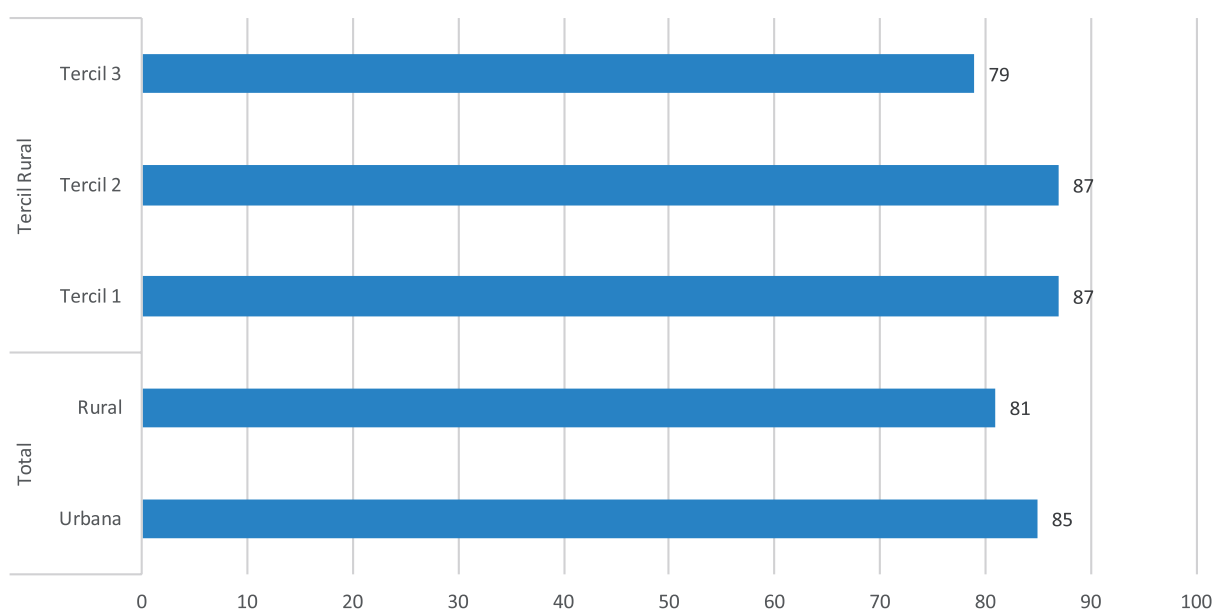
		A pie	En camioneta /autobus infantil	En auto	En bicicleta o moto	Otro
Tercil de ingresos	T1	58%	3%	11%	24%	4%
	T2	32%	6%	27%	35%	0%
	T3	23%	5%	49%	22%	1%
Ocupación de la madre	Madre no ocupada	53%	5%	13%	25%	4%
	Madre ocupada	30%	5%	38%	26%	1%

Fuente: elaboración propia en base a ENDIS RURAL

### Compatibilidad con horarios

Respecto a la compatibilidad de horarios se observa que, mientras en 2023 el 85% consideraba que los horarios de los centros educativos eran compatibles con el horario de trabajo, este porcentaje desciende levemente en la encuesta rural, que pasa a ser el 81% de los casos. Al analizar según tercil de ingresos, se observa una conformidad un poco menor con los horarios en aquellos hogares de mayores ingresos.

**Gráfico 17. Compatibilidad del horario del jardín o centro educativo con horario de trabajo de la madre, para niños y niñas de 1 a 3 años que asisten 20 horas o más, según tercil de ingresos**



Fuente: SNC en base a ENDIS RURAL.

## Cuidados cuando el niño o niña enferma o no hay clase

Al consultar sobre los cuidados del niño/a cuando enferma o no hay clase, la principal referencia de cuidados es la madre, (el 98% de las personas entrevistadas respondieron que la madre es quien lo cuida en esos casos), seguido del padre (47%) y el abuelo o abuela (21%). El 7% de las personas indican que el niño/a es cuidado por una persona remunerada cuando enferma o no hay clase.

**Tabla 13. Cuidados del niño/a cuando enferma o no hay clase. ENDIS RURAL**

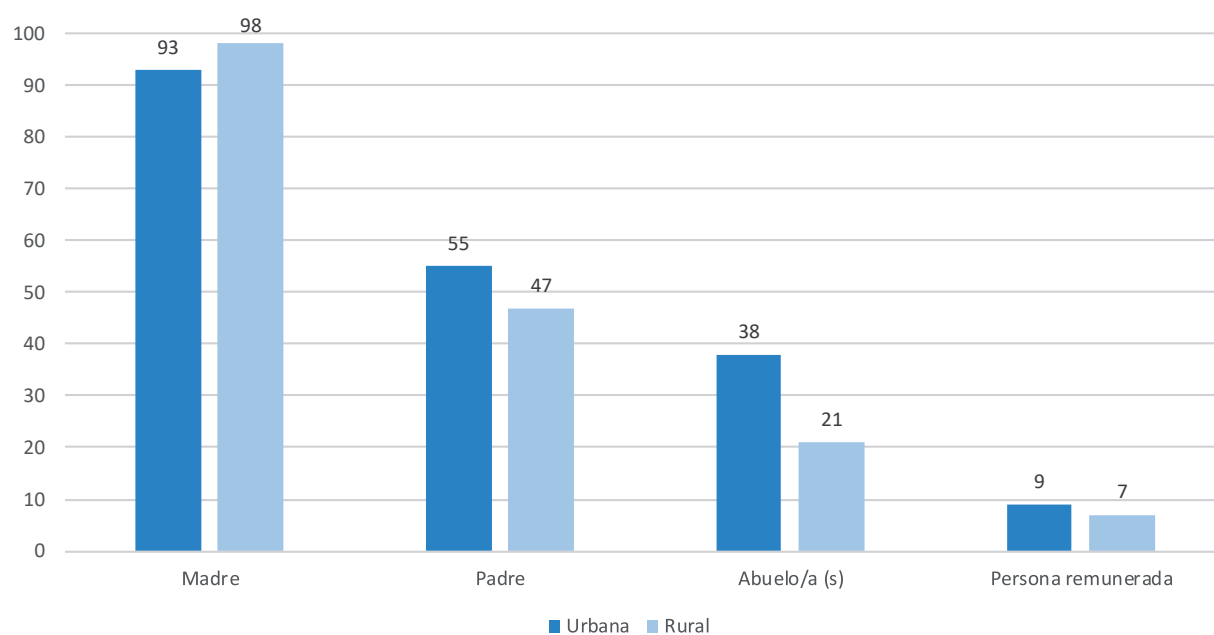
Referente de cuidados	Porcentaje
Madre	98
Padre	47
Se queda solo	0
Pareja de la Madre	0,5
Pareja del Padre	0
Hermano/a mayor de 10 años	4
Hermano/a menor de 10 años	1
Abuelo/a (s)	21
Otro pariente	6
Vecino u otro no pariente	1
Persona remunerada	7

**Fuente:** elaboración propia en base a ENDIS RURAL

Al comparar con los datos de la encuesta de 2023, se observa que en el medio rural se da una menor participación de los padres y abuelos/as cuando el niño/a enferma o no hay clase.



Gráfico 18. Cuidados del niño/a cuando enferma o no hay clase. ENDIS 2023 y ENDIS RURAL



Fuente: SNC en base a ENDIS RURAL.

## Disciplinamiento:

### El maltrato infantil en la primera infancia en Uruguay

#### Por UNICEF

El proceso de crianza implica educar a los niños, niñas y adolescentes a manejar sus emociones y a comportarse según las normas sociales y culturales. Para lograrlo, las figuras de cuidado establecen límites y utilizan una variedad de métodos de disciplinamiento. Sin embargo, estas decisiones no siempre son meditadas y pueden surgir de la frustración o el enojo. En ocasiones, los adultos recurren a la violencia verbal o física sin meditarlo previamente. Este comportamiento surge del desborde emocional y la dificultad para encontrar métodos de corrección o educación que promuevan aprendizajes positivos en los niños y niñas.

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

La ENDIS permite relevar los distintos métodos de disciplinamiento utilizados por madres, padres y cuidadores con niños y niñas de 2 a 4 años. Esta medición se basó en la metodología que emplea UNICEF en los estudios de MICS (Multiple Indicator Cluster Surveys[1]), la cual emplea una escala basada en el método CTSPC (Parent-Child Conflict Tactics Scale), que permite medir el uso de métodos de disciplina violentos dentro del hogar.

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

#### Solo disciplina no violenta

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

#### Agresión psicológica

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

#### Castigo físico

- Lo sacudió.
- Le dio una palmada, lo golpeó o lo palmeó en la cola solo con la mano.
- Lo golpeó en la cola o en otra parte del cuerpo con un cinturón, un cepillo de pelo, un palo u otro objeto duro.

- Lo golpeó o le dio una palmada en la mano, en el brazo o en la pierna.
- Lo golpeó o le dio una palmada en la cara, en la cabeza o en las orejas.
- Le dio una paliza, es decir, le pegó una y otra vez lo más fuerte que pudo.

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

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

### **Reporte de uso de métodos violentos de disciplina en entornos rurales de Uruguay**

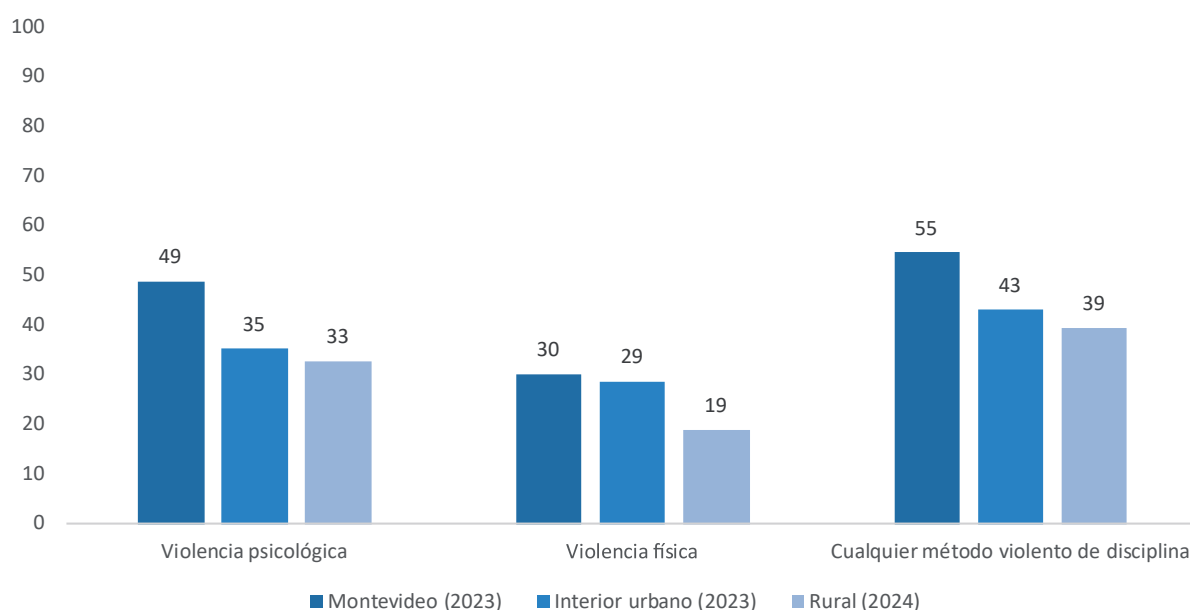
En Uruguay el 39,4% de los niños y niñas de 2 a 4 años en entornos rurales fue sometido a algún método de disciplina violenta en el mes anterior a la encuesta, incluyendo situaciones de violencia psicológica, y violencia física. El uso de la violencia psicológica por parte de algún integrante del hogar en el mes anterior a la encuesta fue empleado en 32,8% de las niñas y los niños de 2 a 4 años, en tanto la agresión física abarcó al 18,9%. En algunos casos, esto implicó violencia física severa, incluyendo golpes en la cara, en la cabeza o las orejas, o una paliza. Estas formas de violencia física severa fueron aplicadas en 1% de los niños y niñas del tramo de edad considerado. A su vez, mientras que en algunos casos solo está presente uno u otro tipo de violencia, en muchos casos la violencia física y psicológica se superponen: 12,3% de los niños y niñas fueron sometidos a ambos tipos de violencia en el último mes.

En contrapartida, los métodos de disciplina exclusivamente no violentos fueron empleados por el 57,9% de los hogares rurales. Esto abarca conductas destinadas a explicarle al niño o niña las razones por las que se portó mal, darle otra cosa para hacer o quitarle algún privilegio debido a su comportamiento. Por su parte, a un 2,8% de los niños y niñas no se le aplicó ninguna de las acciones descritas anteriormente (ni métodos violentos, ni métodos no violentos), lo cual equivale a decir que ante determinado comportamiento errado del niño o niña los integrantes del hogar no hicieron ninguna de las acciones que se les proponían en la encuesta.

## Comparación con los entornos urbanos relevados en la ENDIS 2023

La ENDIS 2023, aplicada en Montevideo y entornos urbanos del interior del país, incluía la misma batería de preguntas sobre métodos de disciplinamiento, por lo que sirve como punto de comparación con los resultados obtenidos en la ENDIS RURAL. La prevalencia de métodos de disciplina violenta en la ENDIS RURAL es menor que en la relevada en entornos urbanos en 2023, tanto en comparación con Montevideo como con los entornos urbanos del interior del país. El reporte de métodos de disciplinamiento que involucran violencia psicológica en los entornos rurales (33%), era similar al observado en el interior urbano (35%), pero considerablemente menor al relevado en Montevideo (49%). Por su parte, el reporte de utilización de métodos de disciplinamiento que involucran violencia física también era sensiblemente menor en entornos rurales (19%), tanto con respecto al interior urbano (29%), como a Montevideo (30%). En total, en los entornos rurales el 39% de los hogares con niños y niñas de 2 a 4 años reportaban el uso de métodos de disciplinamiento que involucraban algún tipo de violencia, un porcentaje que alcanzaba 43% en el interior urbano y 55% en Montevideo (Gráfico 19).

**Gráfico 19. Porcentaje de niños y niñas de 2 a 4 años que fueron sometidos a métodos de disciplina violentos en el último mes, según región y tipo de violencia –Comparación ENDIS Urbana 2023 y ENDIS RURAL**

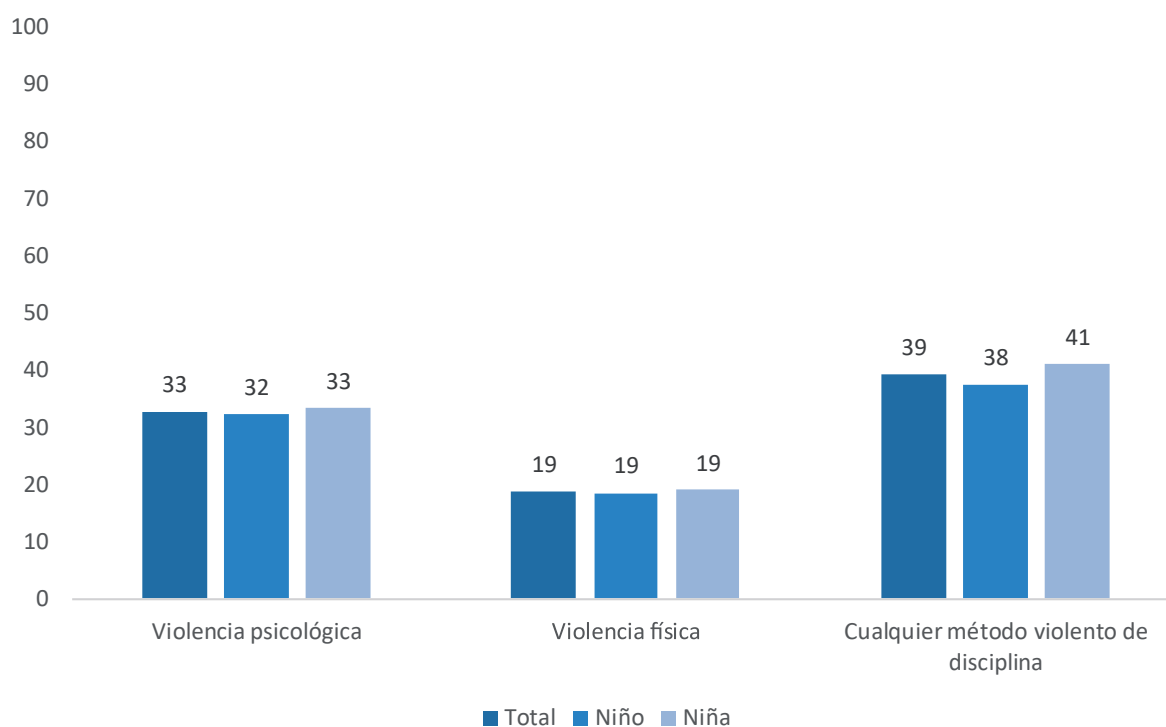


Fuente: UNICEF en base a ENDIS RURAL.

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

Las proporciones presentadas anteriormente para la ENDIS RURAL esconden algunas diferencias según las características tanto del niño o la niña como de su familia. En cuanto al sexo, en la encuesta no se observan diferencias importantes en la prevalencia del uso de métodos violentos de disciplina. Si bien en las personas encuestadas se observa una prevalencia levemente mayor en el empleo de disciplina violenta hacia las niñas, esta diferencia no es estadísticamente significativa, por lo que no se puede afirmar que refleje una diferencia efectiva en la prevalencia de estos métodos de disciplina en toda la población.

**Gráfico 20. Porcentaje de niños y niñas de 2 a 4 años en entornos rurales que fueron sometidos a métodos de disciplina violentos en el último mes, según sexo y tipo de violencia –ENDIS RURAL**

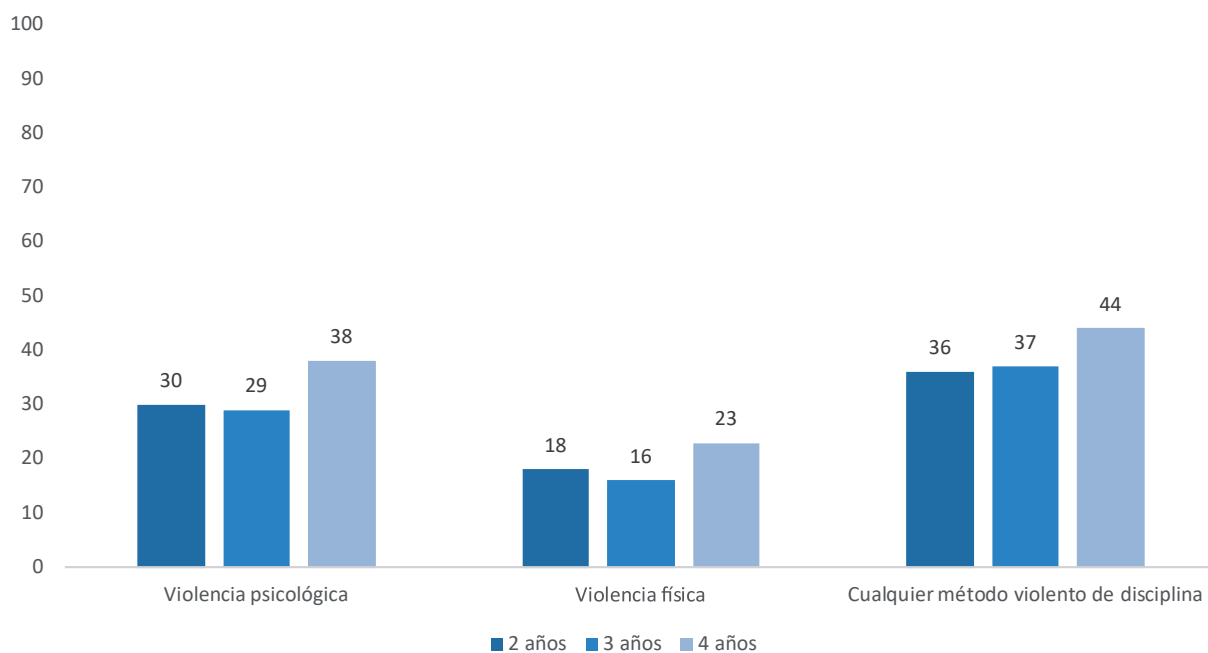


Fuente: UNICEF en base a ENDIS RURAL.



En cuanto a la edad, se observa una mayor aplicación de métodos de disciplina violenta en los niños y niñas de 4 años (44%), mientras que el porcentaje es algo menor entre aquellos de 2 y 3 años de edad (36%), un patrón que también se repite en ambos tipos de violencia (Gráfico 21).

**Gráfico 21. Porcentaje de niños y niñas de 2 a 4 años en entornos rurales que fueron sometidos a métodos de disciplina violentos en el último mes, según edad y tipo de violencia - ENDIS RURAL**

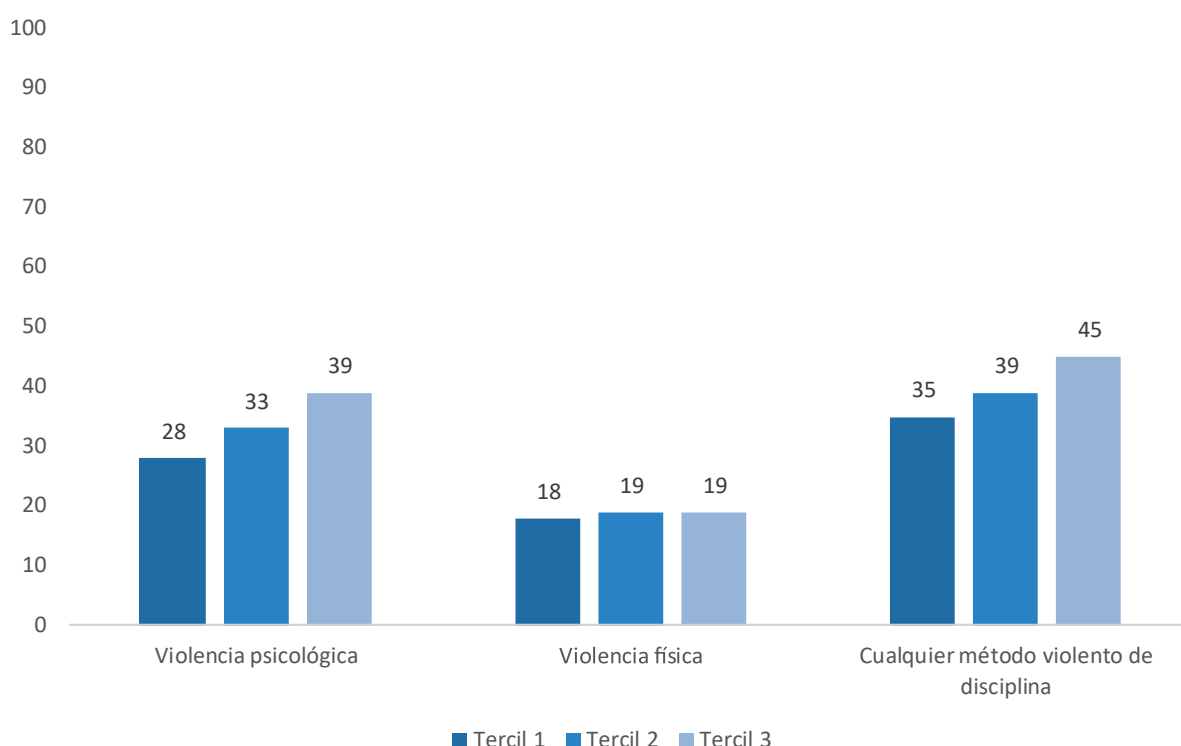


Fuente: UNICEF en base a ENDIS RURAL.



Por otra parte, también se observan diferencias en la prevalencia de los métodos de disciplina violenta según las características del hogar del que forma parte el niño o la niña. Mientras que no se observan diferencias en la prevalencia de los métodos de disciplinamiento que involucran la violencia física, sí se observa una prevalencia mayor de la violencia psicológica en los hogares de mayores ingresos (Gráfico 22).

**Gráfico 22. Porcentaje de niños y niñas de 2 a 4 años que fueron sometidos a métodos de disciplina violentos en el último mes, según tercil de ingreso per cápita del hogar y tipo de violencia - ENDIS RURAL**

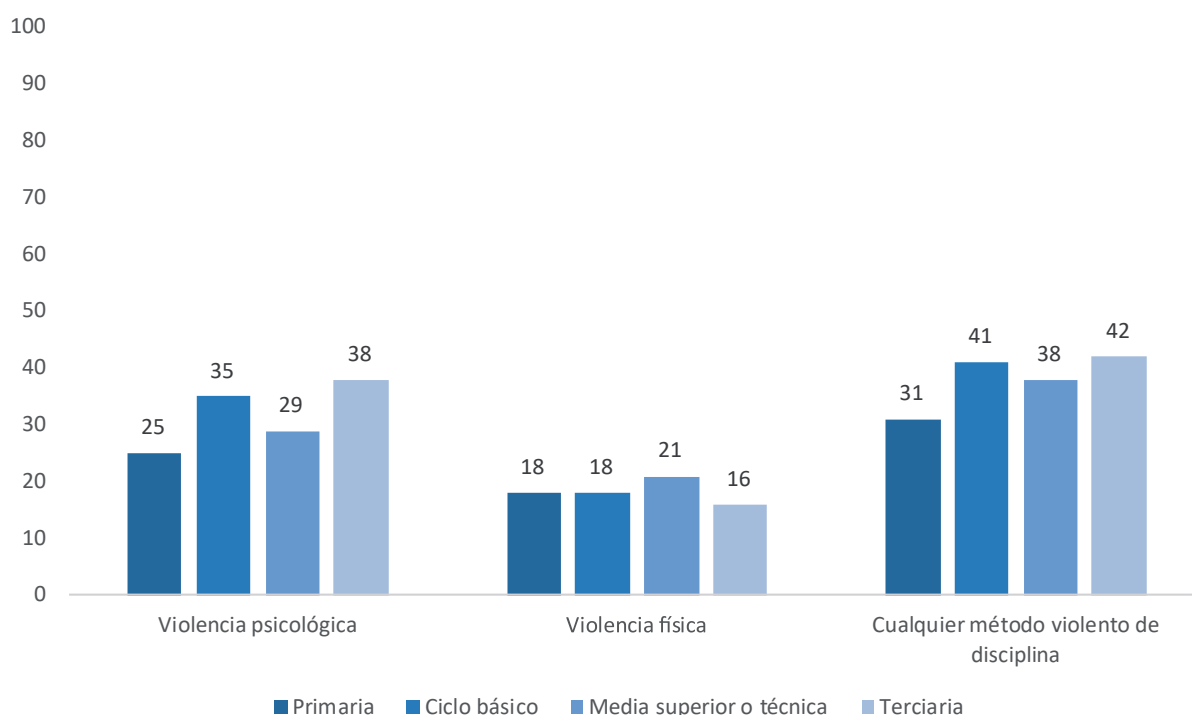


Fuente: UNICEF en base a ENDIS RURAL.

Por último, en cuanto al clima del hogar, no se encuentra en los entornos una relación clara con el reporte de uso de métodos de disciplina violenta. La proporción de hogares que reportan el uso de métodos de disciplina violenta es similar independientemente del nivel educativo de la persona referente que contesta la encuesta (generalmente la madre), mientras que, en el caso de los métodos que involucran violencia psicológica, la prevalencia es algo mayor en los hogares cuya persona referente cuenta con estudios terciarios (Gráfico 23).

Si bien la variable mide el nivel educativo de la persona referente, es importante tener en cuenta que este se correlaciona fuertemente con el nivel educativo de su pareja y con el contexto socioeconómico del hogar en general. A su vez, las preguntas de disciplinamiento tampoco refieren solamente a la madre sino a todos los adultos del hogar. Por lo tanto, la correlación observada no implica que las madres con mayor nivel educativo ejerzan mayor violencia psicológica, sino que las personas adultas en hogares con mayor clima educativo suelen emplear estos métodos de disciplina en mayor medida.

**Gráfico 23. Porcentaje de niños y niñas de 2 a 4 años que fueron sometidos a métodos de disciplina violentos en el último mes, según nivel educativo de la persona referente - 2024**



Fuente: UNICEF en base a ENDIS RURAL.

## Aspectos relacionados con la Salud Infantil

### Por Uruguay Crece Contigo y Programa de Salud de la niñez – Ministerio de Salud Pública

La salud infantil es un pilar esencial para el desarrollo integral de las futuras generaciones y un indicador clave de los avances y desafíos en el sistema sanitario de un país. La Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud (ENDIS) proporciona información valiosa sobre los factores que afectan la salud y nutrición de niños, niñas y adolescentes, permitiendo identificar tanto progresos como áreas que requieren intervención.

Mediante un análisis detallado de los indicadores de salud y nutrición de la ENDIS RURAL, este capítulo describe tendencias actuales y evalúa el impacto de las intervenciones existentes. Integrar estos datos con los objetivos sanitarios nacionales<sup>1</sup> permitirá evaluar los avances alcanzados y los desafíos persistentes, contribuyendo a la formulación de políticas y a la planificación de recursos para el futuro.

### Uso de los servicios de salud ante consultas por patología

El 31,8 % de los niños y niñas ha estado enfermo en las últimas semanas. Solo se encontraron diferencias entre niños y niñas que viven en hogares de diferentes niveles de ingresos: de aquellos niños y niñas que pertenecen al primer tercil de ingresos, el 37,6% estuvo enfermo, en tanto sus pares del tercil de mayores ingresos, el 31,8% estuvo enfermo en la última semana.

Dentro del grupo que estuvieron enfermos, el 67,6% buscó consejo o tratamiento, en la ENDIS 2023, esa cifra llegó al 79,9. No se observan diferencias por sexo pero sí diferencias por ingresos, el 61,3 % de los niños y niñas que residen en hogares del tercil más pobre buscó consejo o tratamiento mientras que el 67,4% de niños y niñas del tercil 3 lo hicieron.

La búsqueda de tratamiento se realizó en Policlínica o servicio ambulatorio en el 58% de los casos (en la ENDIS 2023 esta cifra fue de 36%) y en puerta de urgencia o emergencia en el 31% de los casos (40% en la ENDIS 2023). En esta encuesta la utilización de otros medios (Emergencia móvil, consulta telefónica, medicina Familiar o ronda rurales) fue marginal.

En el medio rural, el 88,5% de los hogares utilizan Policlínica o servicio ambulatorio y puerta de urgencia o emergencia. En la ENDIS urbana esa cifra fue de 76%. Esta diferencia se explica en buena parte por la utilización de Emergencias Móviles en el medio urbano, servicio ausente en las pequeñas localidades o en el medio rural.

---

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

Tabla 14. Lugar de tratamiento según nivel de ingreso y región.

	ENDIS RURAL (%)	ENDIS 2023 (%)
Policlínica, servicio ambulatorio	58	36
Puerta de Urgencia o Emergencia	31	40
Otros	11	23

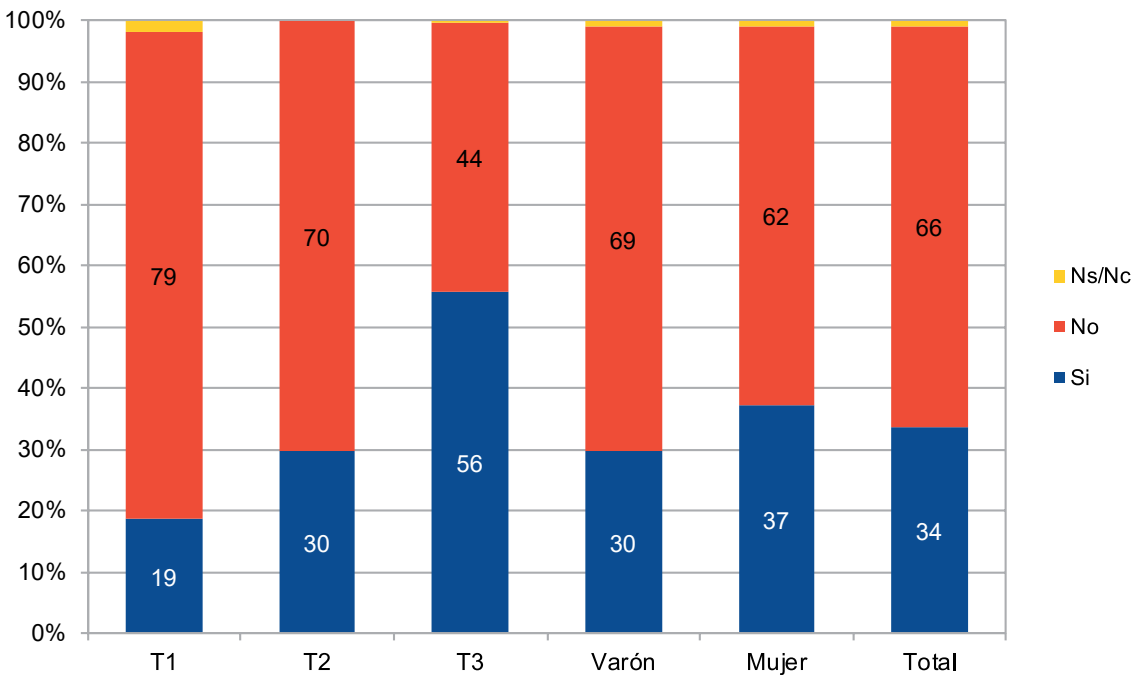
Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS RURAL y ENDIS 2023

### Instancias de educación para el parto y la crianza

Se indagó si las referentes recibieron educación durante el embarazo del niño seleccionado a través de talleres sobre parto, lactancia y/o crianza. Los resultados muestran que el 33,6% de ellas participó en estas instancias de educación, mientras que en la ENDIS 2023 este porcentaje fue del 40%.

El 55,8% de las mujeres de hogares con mayores ingresos reportó haber recibido algún tipo de educación durante el embarazo, una proporción significativamente superior a la observada en aquellas de hogares del tercil de menores ingresos (18,7%). En la ENDIS 2023, estos valores fueron del 64% para el tercil de mayores ingresos y del 18% para el tercil de menores ingresos.

Gráfico 24. Instancias de educación para el parto y la crianza según lugar de residencia y nivel de ingresos.



Fuente: UCC en base a ENDIS RURAL

## Morbilidad por lesiones no intencionales

El Informe Mundial sobre la Prevención de Lesiones en Niños y niñas de la OMS y UNICEF resalta que las lesiones y la violencia representan una de las principales causas de mortalidad infantil a nivel global. En particular, las lesiones no intencionales son una de las principales causas de muerte después del primer año de vida y, en ciertos grupos etarios, constituyen la primera causa de fallecimiento por factores externos, especialmente en la población pediátrica<sup>2</sup>.

### Tipos de lesiones, morbilidad y secuelas

Respecto de los accidentes, se encontró que el más común es la caída dándose en el 20,9% de los casos (en ENDIS 2023 esa cifra fue de 9,6%), seguido de la quemadura en el 3,7% (1,8% en ENDIS 2023). Ambos accidentes fueron los más frecuentes también en las cohortes 2013 y 2018. Es de destacar que el 2,4% de los niños y niñas adquirieron el mal de Chagas.

Por otra parte, se observa que el 27,1% de niños y niñas han tenido algún accidente en los últimos 12 meses anteriores a la encuesta (en ENDIS 2023 esa cifra fue de 13,3%). Al igual que lo observado en la ENDIS 2023, las lesiones no intencionales fueron más frecuentes en los niños y niñas del tercil de mayores ingresos (27% en tercil 3 y 23,1% en tercil 1).

**Tabla 15. Niños y niñas con al menos una lesión en los últimos 12 meses según ENDIS urbana-rural.**

	ENDIS RURAL	ENDIS URBANA 2023		
	Total	Total	Montevideo	Interior
<b>Al menos un accidente</b>	<b>31</b>	<b>13,3</b>	<b>16,5</b>	<b>11,1</b>

**Fuente:** Elaboración propia en base a ENDIS RURAL y ENDIS 2023

## Cumplimiento de las recomendaciones de suplementación con hierro y vitamina D

Los Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN) 2030 incluyen la reducción de los factores de riesgo en salud, entre ellos la disminución de la anemia. Para lograrlo, es clave la suplementación con hierro en los primeros años de vida, junto con la promoción y el mantenimiento de la lactancia materna. Asimismo, resulta esencial una adecuada introducción de la alimentación complementaria, asegurando una buena biodisponibilidad de hierro.

### Pesquisa de anemia mediante hemoglobina capilar

En la ENDIS RURAL se observa que al 51,8% de los niños y niñas le realizaron extracción de sangre o punción digital para evaluar si presentaba anemia, en la ENDIS 2023 esa cifra fue de 37%, y en la cohorte 2018 fue 47%. Se observan diferencias según el nivel de ingreso de los hogares, el 47% de los niños y niñas del tercil 1 fueron evaluados por anemia, en tanto, el 61% de niños y niñas del tercil de mayores ingresos fueron evaluados/as.

De estos, el 23,7% refiere que le diagnosticaron anemia dado que el resultado fue positivo, en la ENDIS 2023 ese resultado fue de 20% y en la cohorte 2018 fue de 23%. Se observan diferencias por sexo, el 25,5% de las niñas dieron positivo, en tanto 21,8% de los niños dieron positivo al test de anemia.

<sup>2</sup> Las cifras son públicas y se pueden visitar en la página del MSP- estadísticas vitales. También en el informe de mortalidad infantil del MSP.

**Tabla 16. Resultados del screening de anemia según ingresos y región.**

	Sexo		Tercil de ingresos			Total
	Varón	Mujer	1	2	3	
Tenía anemia	21,8	25,5	24,6	20,5	25,8	23,7
No tenía anemia	78,2	74,5	75,4	79,5	74,2	76,2
Total	100	100	100	100	100	100

**Fuente:** Elaboración propia en base a ENDIS RURAL

La declaración de anemia en niños y niñas se ha mantenido relativamente estable desde 2018, donde el 23 % de los que declararon haber sido testeados señaló que el resultado había sido positivo. En la ENDIS urbana 2023, el 20.2% de los testeados indicaron que el diagnóstico fue positivo y en la ENDIS RURAL el 23.7% declaró que el resultado fue positivo para anemia.

**Tabla 17. Porcentaje de niños y niñas de 0 a 4 años con anemia según cohorte 2018, 2023 y ENDIS RURAL.**

	ENDIS 2018	ENDIS 2023	ENDIS RURAL
Tenía Anemia	23 %	20,2 %	23,7 %

**Fuente:** Elaboración propia en base a ENDIS RURAL y ENDIS 2023

## Suplementos de Hierro

El 93,3% de los niños y niñas en la ENDIS RURAL ha recibido suplementos de hierro en algún momento de su vida, mientras que en la ENDIS 2023 este porcentaje fue del 87,5%. No se observaron diferencias significativas según la edad o el nivel de ingresos. Sin embargo, entre los varones la proporción fue ligeramente mayor (94,7%) en comparación con las mujeres (91,9%).

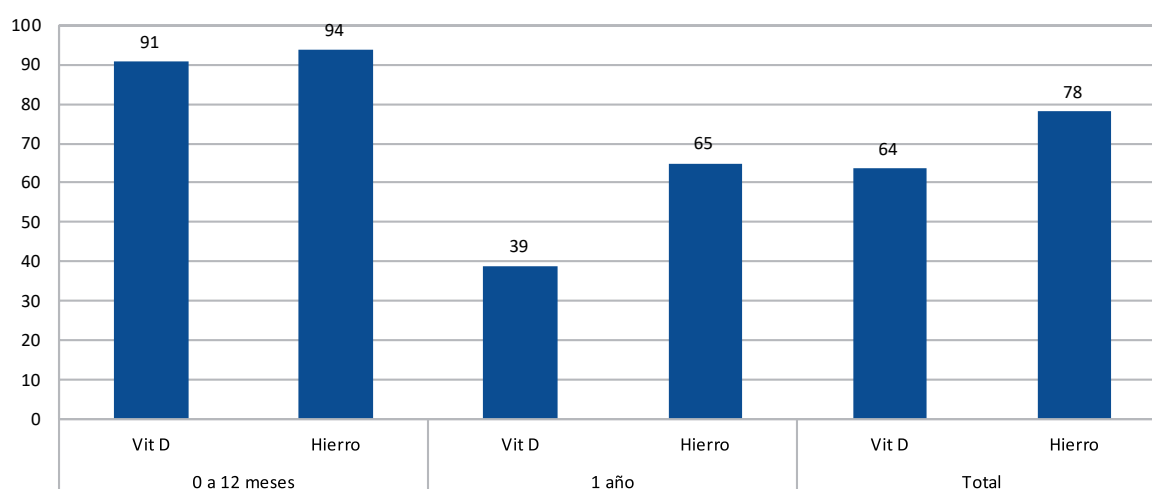
El 93,5% de los niños y niñas han tomado suplemento de vitamina D en la ENDIS RURAL, esta cifra fue de 92% en la ENDIS 2023. No se han encontrado diferencias en los resultados por sexo o edad de los niños y niñas, pero si una tendencia creciente según el tercil de ingresos, el 92,4% de los niños y niñas del tercil 1 han tomado suplementos de vitamina D, en tanto sus pares del tercil 3, 97,2% lo han hecho.

## Niños y niñas menores de 24 meses

Se investigó el consumo de hierro y vitamina D en niños y niñas menores de 24 meses durante el día previo a la entrevista. Los resultados muestran que el 78% de los niños y niñas de la ENDIS RURAL consumió hierro, cifra superior al 72,7% registrado en la ENDIS 2023. Además, en los menores de 12 meses, la proporción de consumo alcanzó el 93,6%.

En cuanto a la vitamina D, el 63,6% de los niños y niñas la consumió, mientras que en la ENDIS 2023 este porcentaje fue del 68%. Entre los menores de 12 meses, la proporción de consumo alcanzó el 90%.

**Gráfico 25. Consumo de Hierro y Vitamina D en menores de 24 meses el día previo a la entrevista.**



**Fuente:** Elaboración propia en base a ENDIS RURAL

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

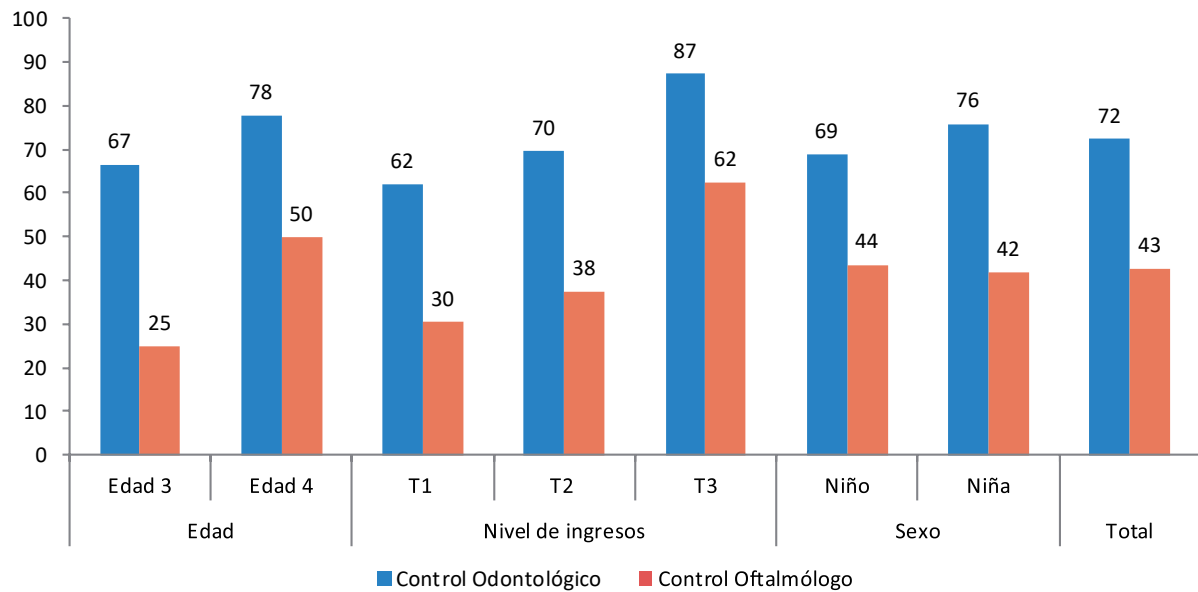
El MSP estableció controles odontológicos y oftalmológicos obligatorios incluidos en las metas asistenciales a partir de los 3 años de vida.

El 72,3% de los niños y niñas de 3 años o más realizó un control odontológico, mientras que en la ENDIS 2023 esta cifra fue del 76,9%. La frecuencia de estos controles fue mayor en el tercil de mayores ingresos, donde alcanzó el 87,3% de los casos (86% en la ENDIS 2023). Entre quienes no realizaron el control, el 61% de sus referentes manifestó desconocer la necesidad de hacerlo o no haber recibido indicación por parte del pediatra.

El control con oftalmólogo fue realizado por el 42,8% de los niños y niñas mayores de dos años (46,6% en la ENDIS 2023), siendo más frecuente en los hogares de mayores ingresos (tercil 3 62,4%). De los niños y niñas que no realizaron el control oftalmológico, el 75% de sus referentes expresó que no sabía que debía hacerlo o que el pediatra no se lo indicó.



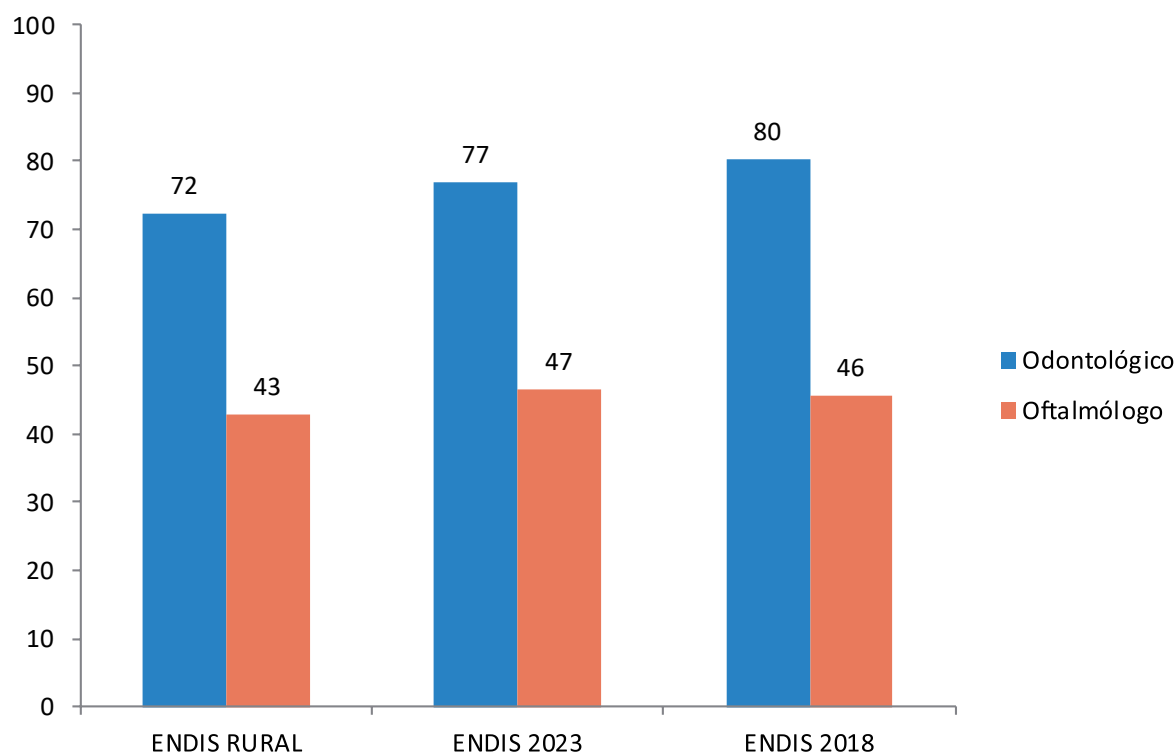
**Gráfico 26. Porcentaje en control odontológico y oftalmológico en niños y niñas de 3 y más años según edad, nivel de ingresos y sexo.**



**Fuente:** Elaboración propia en base a ENDIS 2023

Los resultados de los controles en la ENDIS RURAL son inferiores en comparación con la ENDIS 2023 y la cohorte 2018. En esta última, el 80,3% de los niños y niñas de 3 años o más tuvo un control odontológico, mientras que en la ENDIS RURAL esta proporción fue del 72,3%.

**Gráfico 27. Porcentaje en control odontológico y oftalmológico en niños y niñas de 3 y más años según ENDIS RURAL, ENDIS 2023 y ENDIS 2018**



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS RURAL, ENDIS 2023 y ENDIS 2018

### Consultas con especialistas y diagnósticos

Aproximadamente el 9,2% de los niños y niñas han sido diagnosticados con una enfermedad crónica (6% en ENDIS 2023). En tanto, el 20% se encuentra en tratamiento con algún especialista, igual cifra registrada en la ENDIS 2023. Dentro de este grupo de niños y niñas que se encuentran en tratamiento, los especialistas<sup>3</sup> mencionados con más frecuencia fueron Fonoaudiólogo y Psicomotricista, seguidos de Neuropediatra y Otorrinolaringólogo.

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

## Lactancia y prácticas de alimentación

### Por Uruguay Crece Contigo

#### Lactancia materna

La lactancia materna desempeña un papel fundamental en el desarrollo saludable del cerebro y contribuye a prevenir la triple carga de malnutrición, así como enfermedades infecciosas y mortalidad. Asimismo, se ha demostrado que reduce la probabilidad de desarrollar obesidad y enfermedades crónicas en etapas posteriores de la vida. (TheLancet, 2023)

En Uruguay, la Norma Nacional de Lactancia Materna (2017) establece la recomendación de mantener la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y continuar con ella hasta, al menos, los dos años, complementándola con una alimentación adecuada y equilibrada, siempre en función del deseo de la madre y el niño. (MSP, 2017)

A pesar de la amplia evidencia científica sobre sus beneficios, el uso de preparados para lactantes ha aumentado en los últimos años como alternativa a la lactancia materna.

Con el propósito de evaluar las prácticas de alimentación en lactantes y niños pequeños, la Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolló en 2008 un conjunto de indicadores que permiten la recopilación y análisis de datos. Esta herramienta fue revisada y actualizada en 2021. (OMS, UNICEF, 2021)

De los seis indicadores recomendados por la OMS para evaluar la lactancia materna en niños y niñas de 0 a 23 meses, el presente estudio permite el análisis de los siguientes: 1- Alguna vez amamantado; 2- Inicio temprano de la lactancia materna; 3- Lactancia materna continuada de 12 a 23 meses<sup>4</sup>. A continuación, se presentan los resultados de estos análisis.

#### Lactancia materna en niños y niñas de 0 a 2 años

##### Alguna vez amamantado

La lactancia materna se recomienda para todos los lactantes en todo el mundo, excepto en algunas muy pocas excepciones médicas. Aunque la prevalencia de niños y niñas amamantados alguna vez en su vida es alta en la mayoría de los países, esto no ocurre de manera universal (OMS, UNICEF; 2021). Esta encuesta muestra que en Uruguay el 96,4% de los niños y niñas menores de 2 años fue amamantado alguna vez, cifra que coincide con la relevada en la ENDIS urbana 2023 (96,4%).

##### Inicio temprano de la lactancia materna

El inicio de la lactancia materna en las primeras horas de vida es un factor clave para la salud del recién nacido. La Estrategia Global de la OMS para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño recomienda que la lactancia comience dentro de la primera hora tras el nacimiento. Colocar al bebé al pecho en este período favorece el contacto piel con piel, lo que fortalece el vínculo entre madre e hijo y aporta múltiples beneficios a corto y largo plazo.

---

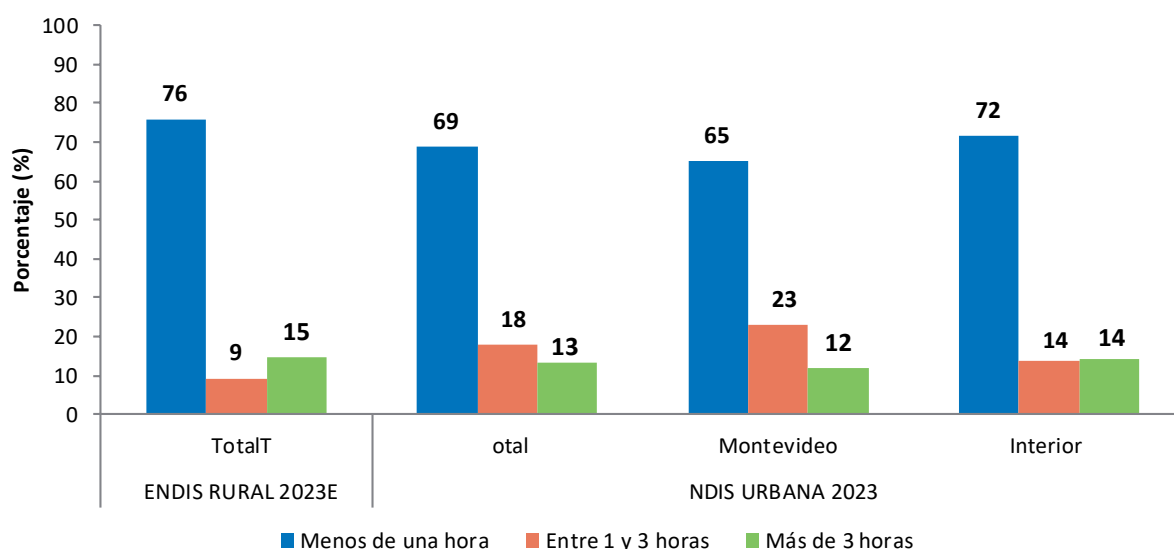
4\_ La Lactancia Materna Exclusiva no fue posible estimarla debido al tamaño reducido de la muestra para niños y niñas menores de 6 meses

En Uruguay, la Norma Nacional de Lactancia Materna establece que el personal de salud en la sala de partos debe brindar apoyo a la madre para iniciar la lactancia dentro de la primera hora posterior al parto, promoviendo el contacto piel con piel y facilitando así un inicio temprano de la lactancia.

La encuesta muestra que el 76% de los niños y niñas menores de 2 años comenzó a ser amamantado dentro de la primera hora posterior a su nacimiento, mientras que el 9,3% lo hicieron entre 1 y 3 horas posteriores y el 14,7% lo hizo luego de las 3 horas de nacido. No se encontraron diferencias por nivel de ingresos.

Como lo muestra el Gráfico 26, el inicio temprano de la lactancia materna fue mayor en zonas rurales en comparación con las zonas urbanas, con un 76% y 68,7% respectivamente, siendo más similar a lo que sucede en las zonas urbanas del interior del país (71,6%).

**Gráfico 28. Inicio temprano de la lactancia materna, comparativo rural-urbano**

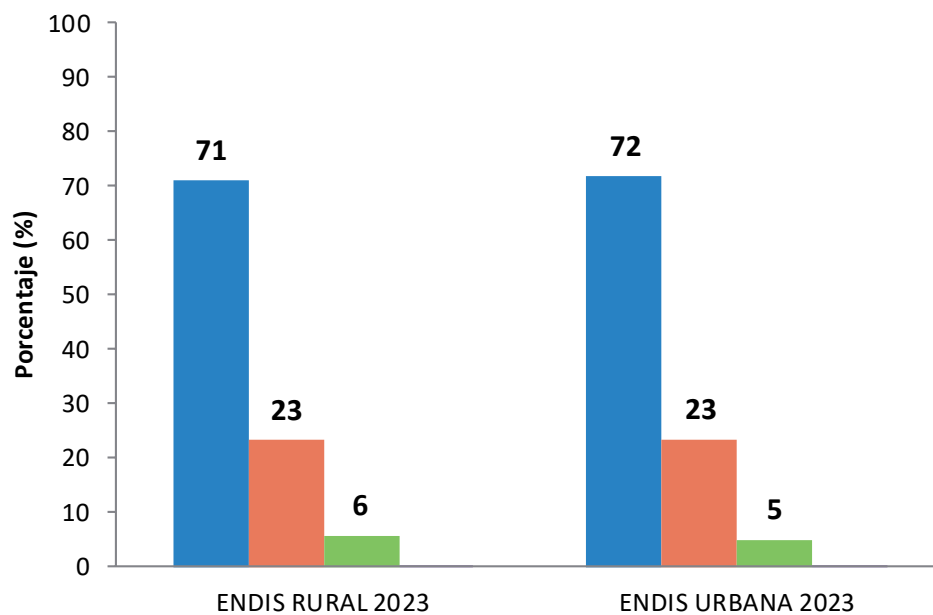


**Fuente:** Elaboración propia en base a ENDIS RURAL y urbana 2023

Esta encuesta también indagó sobre el tipo de alimentación indicada para el niño al momento del alta hospitalaria. Se encontró que el 71% de los menores de 2 años recibía lactancia materna exclusiva, ya sea de forma directa o mediante otros métodos de administración. Por otro lado, el 23,2% se fue de alta con indicación de lactancia materna no exclusiva (leche materna más otros líquidos o preparados para lactantes) y el 5,6% se fue solo con preparados para lactantes. Estas cifras se mantienen similares a la ENDIS urbana, como lo muestra el siguiente gráfico.

No se realizaron desgloses por nivel de ingresos debido al tamaño reducido de la muestra para este indicador.

**Gráfico 29. Tipo de alimentación al alta en niños y niñas menores de 24 meses, comparativo rural-urbano**



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS RURAL y urbana 2023

### Lactancia materna continúa de 12 a 23 meses

Se define la lactancia materna continua como la proporción de niños y niñas de 12 a 23 meses que estaban siendo amamantados el día anterior a la encuesta. Cabe destacar que este indicador fue modificado por la OMS en el año 2021, con respecto a la versión propuesta por la OMS en 2008, que consideraba la lactancia materna continua para los niños y niñas de 12 a 15 meses. (OMS, UNICEF; 2021)

El 56,3% de los niños y niñas de 12 a 23 meses estaban siendo amamantados el día anterior a la entrevista. Este porcentaje asciende a 62,4% en los hogares de menores ingresos (tercil 1), respecto a un 58,2% de niños y niñas con lactancia continua en los hogares de mayores ingresos.

Estas cifras son similares a las encontradas en la ENDIS urbana 2023, como lo muestra la siguiente tabla.

**Tabla 18. Porcentaje de niños y niñas de 12 a 23 meses con lactancia materna continúa según nivel de ingresos y comparativo rural-urbano**

	ENDIS RURAL				ENDIS URBANA 2023		
	Total	Tercil 1	Tercil 2	Tercil 3	Total	Montevideo	Interior
Si	56,3%	62,4%	47,5%	58,2%	58,6%	56,8%	59,8%
No	43,7%	37,6%	52,5%	41,8%	41,4%	43,2%	40,2%

Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS RURAL y urbana 2023

### Alimentación de los niños y niñas

La alimentación en lactantes y niños pequeños influye directamente en su salud, desarrollo y estado nutricional. Durante los primeros años de vida, se establecen hábitos alimentarios que, junto con otros factores, pueden ayudar a prevenir el aumento de la obesidad y la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles. Por ello, es esencial que los niños y niñas reciban una dieta adecuada tanto en cantidad, asegurando el aporte energético necesario, como en calidad, garantizando la variedad de nutrientes esenciales.

Se realizó un análisis diferenciado por grupo de edad para evaluar la alimentación infantil. En el caso de los niños y niñas de 6 a 23 meses, se utilizaron los indicadores propuestos por la OMS para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño (OMS, UNICEF, 2021). Para los niños y niñas de 2 a 4 años, el análisis se basó en las recomendaciones establecidas en la Guía Alimentaria para la Población Uruguaya (MSP, 2016).

## Alimentación de los niños y niñas de 6 a 23 meses

La alimentación de los niños y niñas de 6 a 23 meses, se analizó utilizando los indicadores sugeridos por la OMS (2021) para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Estos indicadores permiten evaluar la variedad y calidad de los alimentos consumidos, así como la frecuencia de las comidas. Para su análisis, se tomó en cuenta la alimentación del día previo a la entrevista, siempre que correspondiera a un día típico.

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

Adicionalmente, se consideraron otras variables relacionadas con las prácticas alimentarias, como la exposición a pantallas durante las comidas (alimentación perceptiva), el uso de sal en los alimentos y el tipo de bebida ofrecida cuando el niño tiene sed.

### Introducción de alimentos sólidos, semi-sólidos o blandos de 6 a 8 meses

La Estrategia Global de la OMS para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño recomienda iniciar la introducción de alimentos sólidos, semisólidos y blandos a los 6 meses de edad, manteniendo la lactancia materna.

Este indicador se define como el porcentaje de lactantes de 6 a 8 meses que consumieron este tipo de alimentos durante el día previo a la entrevista. El 96,5% de los niños y niñas de 6 a 8 meses han incorporado alimentos sólidos, semisólidos o blandos, quedando un 3,5 % de los niños y niñas en este tramo etario que aún no han realizado incorporación de alimentos.

Este porcentaje es mayor al encontrado en la ENDIS urbana 2023, donde solo el 78,8% de los niños y niñas entre 6 y 8 meses había incorporado alimentos de forma oportuna.

### Diversidad alimentaria mínima en niños y niñas de 6 a 23 meses

El indicador de diversidad alimentaria mínima se utiliza para determinar el porcentaje de niños y niñas de 6 a 23 meses que, en el día previo a la entrevista, consumieron alimentos y bebidas pertenecientes al menos a 5 de los 8 grupos alimentarios establecidos.

Una alimentación con poca variedad puede incrementar el riesgo de deficiencias de micronutrientes, lo que podría afectar negativamente el desarrollo físico y cognitivo de los niños y niñas. (OMS, UNICEF, 2021)

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

1. leche materna;
2. cereales, raíces, tubérculos y plátanos;
3. legumbres (frijoles, guisantes, lentejas), nueces y semillas;
4. productos lácteos (leche, fórmula infantil, yogur, queso);

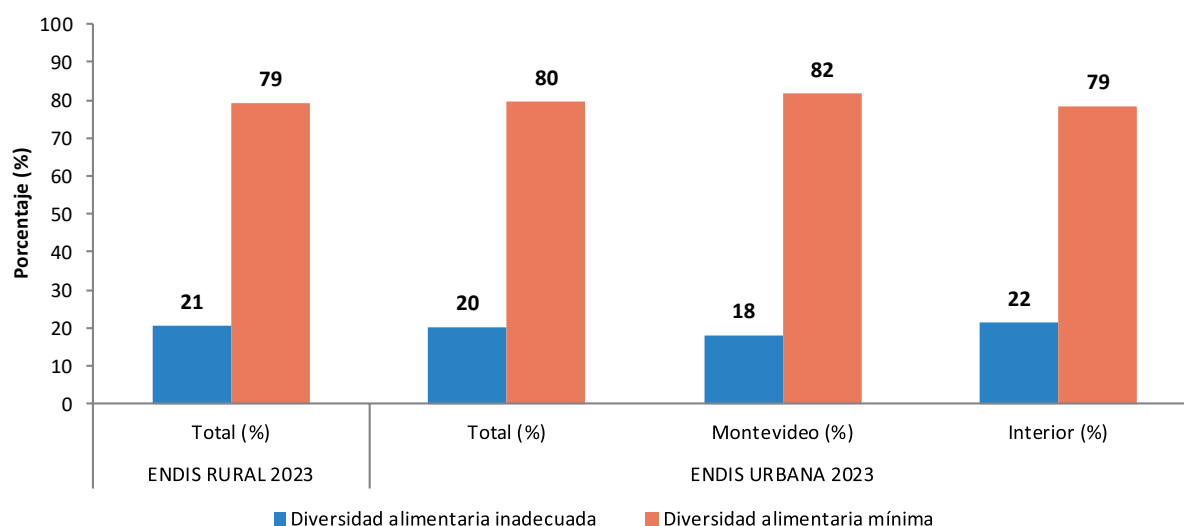
5. alimentos de origen animal (carne, pescado, aves, vísceras);
6. huevos;
7. frutas y verduras ricas en vitamina A; y
8. otras frutas y verduras.

El 79,3% de los niños y niñas entrevistados alcanzó una diversidad alimentaria mínima. Este porcentaje es similar al encontrado en la ENDIS urbana 2023.

Por otra parte, un 20,7% de los niños y niñas de 6 a 23 meses consumieron en el día anterior a la entrevista 4 o menos grupos de alimentos, lo cual refleja una diversidad alimentaria inadecuada, tal como lo muestra el siguiente gráfico.

El tamaño de la muestra no permitió hacer cortes por nivel de ingresos o edad.

**Gráfico 30. Diversidad alimentaria en niños y niñas de 6 a 23 meses comparativo rural-urbano**



**Fuente:** Elaboración propia en base a ENDIS RURAL y urbana 2023

#### Frecuencia mínima de comidas de 6 a 23 meses

Este indicador mide el porcentaje de niños y niñas de 6 a 23 meses que, en el día previo a la entrevista, consumieron alimentos sólidos, semisólidos o blandos, incluyendo las tomas de leche en el caso de aquellos niños y niñas que no son amamantados, al menos con la frecuencia mínima recomendada. (OMS, UNICEF, 2021).



La OMS (2021) define frecuencia mínima de comidas como:

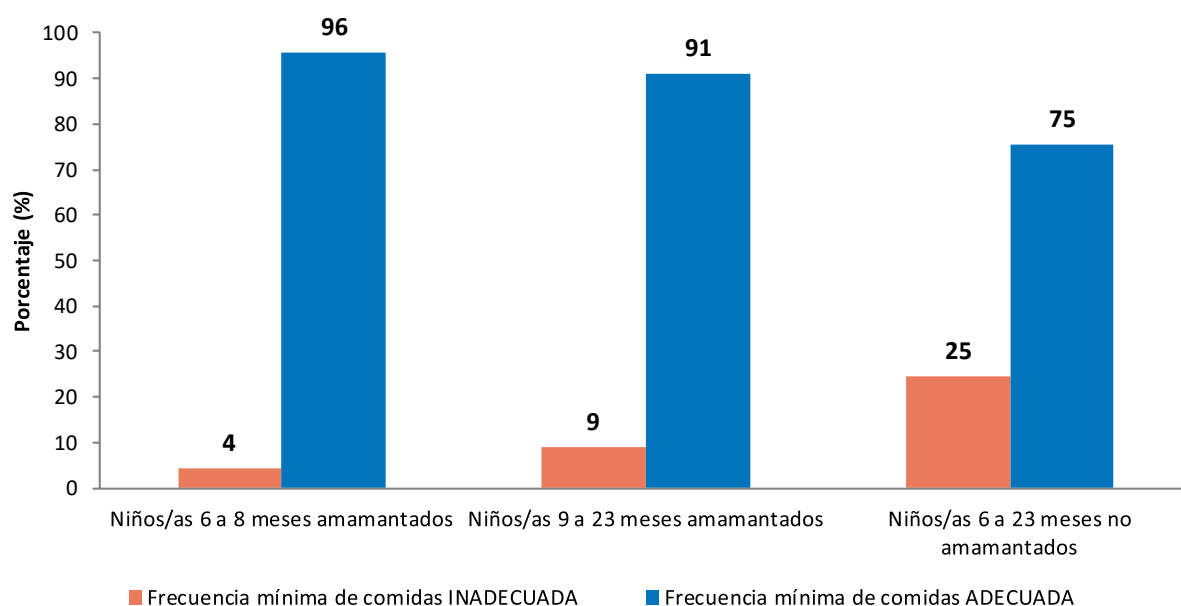
- 2 comidas de alimentos sólidos, semisólidos o blandos para lactantes amamantados de 6 a 8 meses;
- 3 comidas de alimentos sólidos, semisólidos o blandos para niños y niñas amamantados de 9 a 23 meses; y
- 4 comidas de alimentos sólidos, semisólidos o blandos, o tomas de leche para niños y niñas no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

El 95,7% de los niños y niñas de 6 a 8 meses amamantados cumplen con la frecuencia mínima de comidas recomendada. Situación similar sucede con los niños y niñas amamantados de 9 a 23 meses, donde el 91% cumple con la frecuencia mínima recomendada.

Respecto a los niños y niñas de 6 a 23 meses no amamantados, este porcentaje desciende a 75,4% de niños y niñas con una frecuencia de comidas mínima aceptable.

Debido al tamaño reducido de la muestra para este indicador, no se realizaron desgloses por nivel de ingresos.

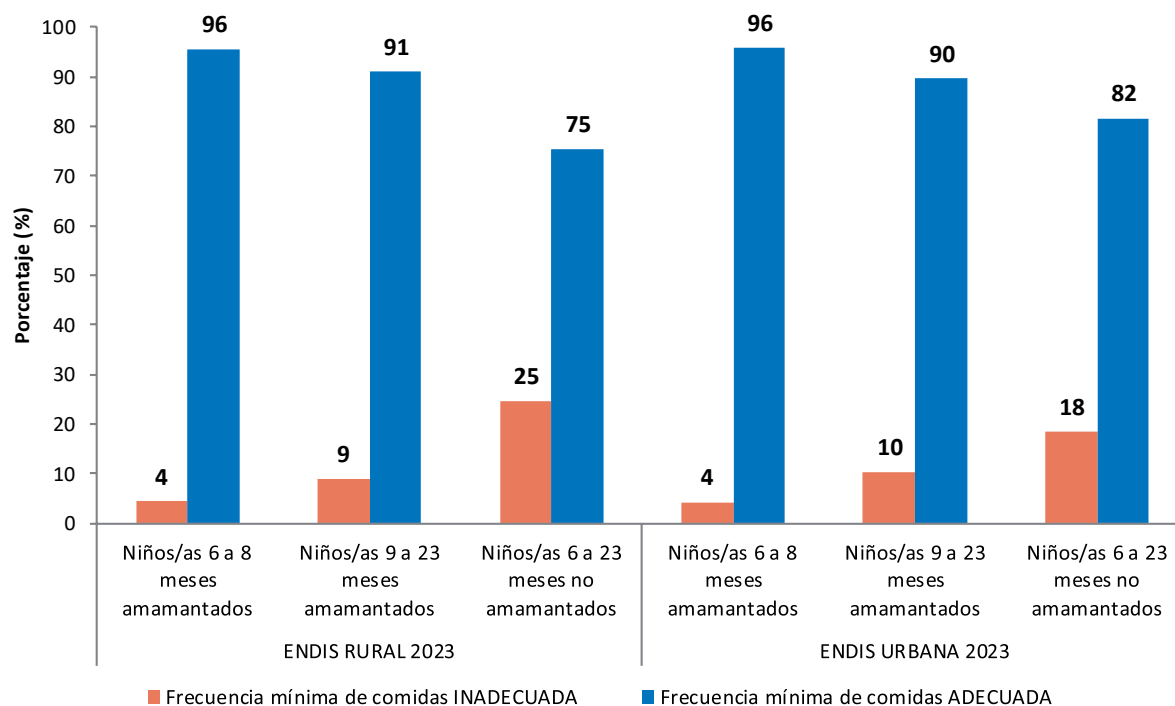
**Gráfico 31. Frecuencia mínima de comidas niños y niñas de 6 a 23 meses según edad y si son amamantados**



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS RURAL

Al comparar estos datos con la ENDIS urbana 2023, se observa que los porcentajes se mantienen similares en los niños y niñas amamantados. Sin embargo, entre los niños y niñas no amamantados, la proporción de aquellos que no alcanzan la frecuencia mínima de comidas recomendada es mayor en las zonas rurales (24,6%) que en las urbanas (18,4%). (Gráfico 32)

**Gráfico 32. Comparación entre ENDIS RURAL y urbana de la frecuencia mínima de comidas en niños y niñas de 6 a 23 meses, según edades y si son amamantados**



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS RURAL y urbana 2023

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

Según la OMS, tanto los niños y niñas amamantados como los no amamantados deberían consumir carne, aves, pescado o huevos a diario o con la mayor frecuencia posible. La evidencia muestra que incluir huevos y alimentos de origen animal en la dieta infantil favorece una mayor ingesta de nutrientes esenciales para un crecimiento adecuado. En particular, el consumo de huevos se ha relacionado con un mayor aporte de energía, proteínas, ácidos grasos esenciales, vitamina B12, vitamina D, fósforo y selenio. Asimismo, la introducción temprana de la carne como alimento complementario se ha asociado con una mejor ingesta de proteínas y zinc. (OMS, UNICEF, 2021)

El 88,2% de los niños y niñas consumió huevos y/o carnes el día previo a la entrevista, un porcentaje ligeramente superior al registrado en las zonas urbanas a nivel nacional (86,6%) y en las zonas urbanas del interior del país (84,6%). (Tabla 19)

Debido al tamaño reducido de la muestra para este indicador no se realizaron análisis desglosados por nivel de ingresos.

**Tabla 19. Consumo de huevos y/o carnes el día anterior a la encuesta en niños y niñas de 6 a 23 meses, comparativo rural-urbano**

	ENDIS RURAL	ENDIS URBANA 2023		
	Total	Total	Montevideo	Interior
<b>Consumo de huevos y/o carnes</b>	<b>88,2%</b>	<b>86,6%</b>	<b>89,6%</b>	<b>84,6%</b>
<b>No consumo de huevos ni carnes</b>	<b>11,8%</b>	<b>13,4%</b>	<b>10,4%</b>	<b>15,4%</b>

**Fuente:** Elaboración propia en base a ENDIS RURAL y urbana 2023

## Consumo de bebidas azucaradas de 6 a 23 meses

La OMS recomienda evitar el consumo de bebidas azucaradas, ya que no proporcionan nutrientes esenciales, solo aportan energía y pueden reducir la ingesta de alimentos más nutritivos. Además, su consumo se ha vinculado a un mayor riesgo de obesidad infantil. Es por esto que se define el indicador porcentaje de niños y niñas de 6 a 23 meses de edad que consumieron una bebida azucarada durante el día anterior a la entrevista. (OMS, UNICEF, 2021)

Se encontró que el 22,9% de los niños y niñas de 6 a 23 meses consumieron bebidas azucaradas el día anterior a la entrevista, siendo mayor el consumo en los hogares de menores ingresos (26,4%), respecto a los hogares de mayores ingresos (15,8%).

Al contrastar estos resultados con los datos de la ENDIS urbana 2023, se observa que el consumo de bebidas azucaradas es casi 1,5 veces mayor en las zonas rurales (22,9%) en comparación con las urbanas (15,8%).

**Tabla 20. Consumo de bebidas azucaradas el día anterior a la encuesta en niños y niñas de 6 a 23 meses, según nivel de ingresos y comparativo rural-urbano**

	ENDIS RURAL				ENDIS URBANA 2023
	Total	Tercil 1	Tercil 2	Tercil 3	Total
<b>Consumo de bebidas dulces</b>	22,9%	26,4%	25,7%	15,8%	15,8%
<b>No consumo de bebidas dulces</b>	77,1%	73,7%	74,4%	84,2%	84,2%

Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS RURAL y urbana 2023

### Consumo de alimentos no saludables de 6 a 23 meses

Los hábitos alimentarios están cambiando hacia una mayor ingesta de alimentos con alta densidad energética, pero con bajo contenido de nutrientes y elevados niveles de sal, azúcar, grasas saturadas y ácidos grasos trans. Por este motivo, la OMS ha establecido un nuevo indicador para evaluar la alimentación de lactantes y niños pequeños, que mide el porcentaje de niños y niñas de 6 a 23 meses que consumieron alimentos no saludables seleccionados el día anterior a la entrevista. (OMS, UNICEF, 2021)

Se define como alimentos no saludables seleccionados a:

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

El 37,7% de los niños y niñas de 6 a 23 meses consumieron alimentos poco saludables el día anterior a la entrevista. Al realizar el análisis por nivel de ingresos se destaca que los niños y niñas del tercil más pobre tienen un mayor consumo de alimentos poco saludables (44,9%) respecto al tercil de mayores ingresos (34,1%).

Como lo muestra la siguiente tabla, la comparación entre áreas urbanas y rurales muestra que el consumo de alimentos no saludables es más elevado en las zonas rurales (37,7%) que en las urbanas (33,6%).

**Tabla 21. Consumo de alimentos no saludables el día anterior a la encuesta en niños y niñas de 6 a 23 meses, según nivel de ingresos y comparativo rural-urbano**

	ENDIS RURAL				ENDIS URBANA 2023
	Total	Tercil 1	Tercil 2	Tercil 3	Total
Consumo de alimentos no saludables	37,7%	44,9%	32,3%	34,1%	33,6%
Consumo de alimentos saludables	62,3%	55,1%	67,7%	65,9%	66,4%

**Fuente:** Elaboración propia en base a ENDIS RURAL y urbana 2023

### Consumo cero de verduras o frutas de 6 a 23 meses

La OMS ha incorporado un nuevo indicador que mide el porcentaje de niños y niñas de 6 a 23 meses que no consumieron ninguna fruta o verdura durante el día previo a la entrevista.

Una ingesta insuficiente de frutas y verduras se asocia con un mayor riesgo de desarrollar enfermedades no transmisibles. Además, la evidencia sugiere que una baja ingesta en la infancia puede influir en patrones alimentarios deficientes en etapas posteriores de la vida. (OMS, UNICEF, 2021)

Si bien no existe una recomendación universal sobre la cantidad ideal de porciones de frutas y verduras por día para niños y niñas mayores de seis meses, la ausencia total de su consumo en la jornada previa se considera una práctica poco saludable. (OMS, UNICEF, 2021)

Este indicador se basa en el consumo de frutas y verduras ricas en vitamina A, así como en otras variedades incluidas en el criterio de Diversidad Alimentaria Mínima. Sin embargo, los plátanos, raíces y tubérculos con alto contenido de almidón no se contemplan en este indicador.

Un 6,1% de los niños y niñas de 6 a 23 meses tuvieron un consumo cero de frutas o verduras el día anterior a la entrevista, mientras que un 93,9% consumieron alguna fruta y/o verdura. Estas cifras son iguales a las encontradas en la ENDIS urbana 2023.

### Uso de pantallas durante la comida en niños y niñas de 6 a 23 meses

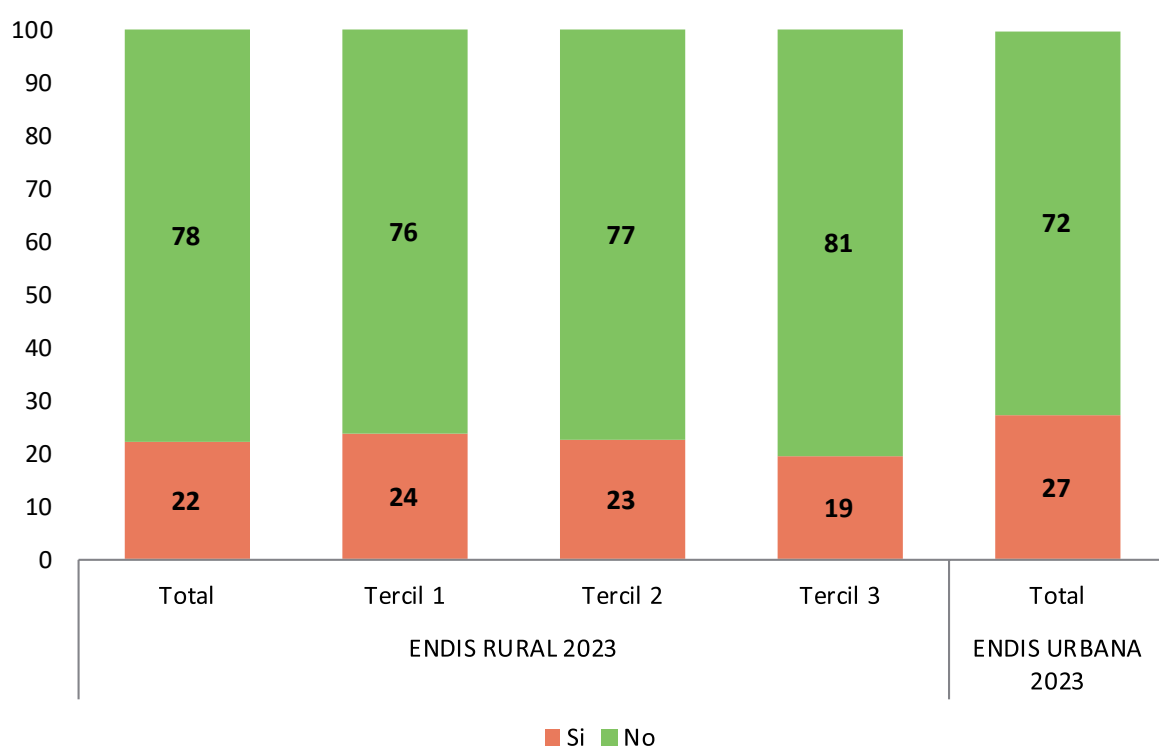
La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) recomienda que los niños y niñas menores de 2 años no tengan exposición a pantallas. Esta recomendación se basa en investigaciones que indican que el uso temprano de dispositivos electrónicos puede afectar negativamente el desarrollo cognitivo, el descanso y las interacciones sociales.

Es fundamental que los niños y niñas, especialmente aquellos que están iniciando su alimentación, dediquen el tiempo necesario a la comida, explorando sabores y texturas mientras prestan atención a las señales de hambre y saciedad de su cuerpo. Comer frente a una pantalla puede provocar que consuman más alimentos de los necesarios, ya que la distracción dificulta la percepción de la saciedad, llevándolos a seguir comiendo incluso cuando ya no tienen hambre.

En este estudio se encontró que el 22,1% de los niños y niñas de entre 6 y 23 meses utilizan pantallas durante las comidas. Esta práctica muestra poca variación según el nivel de ingresos del hogar: el 23,8% de los niños y niñas en hogares de menores ingresos y el 19,5% en hogares de mayores ingresos presentan este comportamiento.

A nivel nacional, la diferencia entre zonas urbanas y rurales es leve, aunque el uso de pantallas durante las comidas es ligeramente más común en áreas urbanas (27,2%) en comparación con las rurales (22,1%).

**Gráfico 33. Porcentaje de niños y niñas de 6 a 23 meses expuestos a pantallas mientras comen según nivel de ingresos y comparativo rural-urbano**



**Fuente:** Elaboración propia en base a ENDIS RURAL y urbana 2023

#### Agregado de sal a las comidas

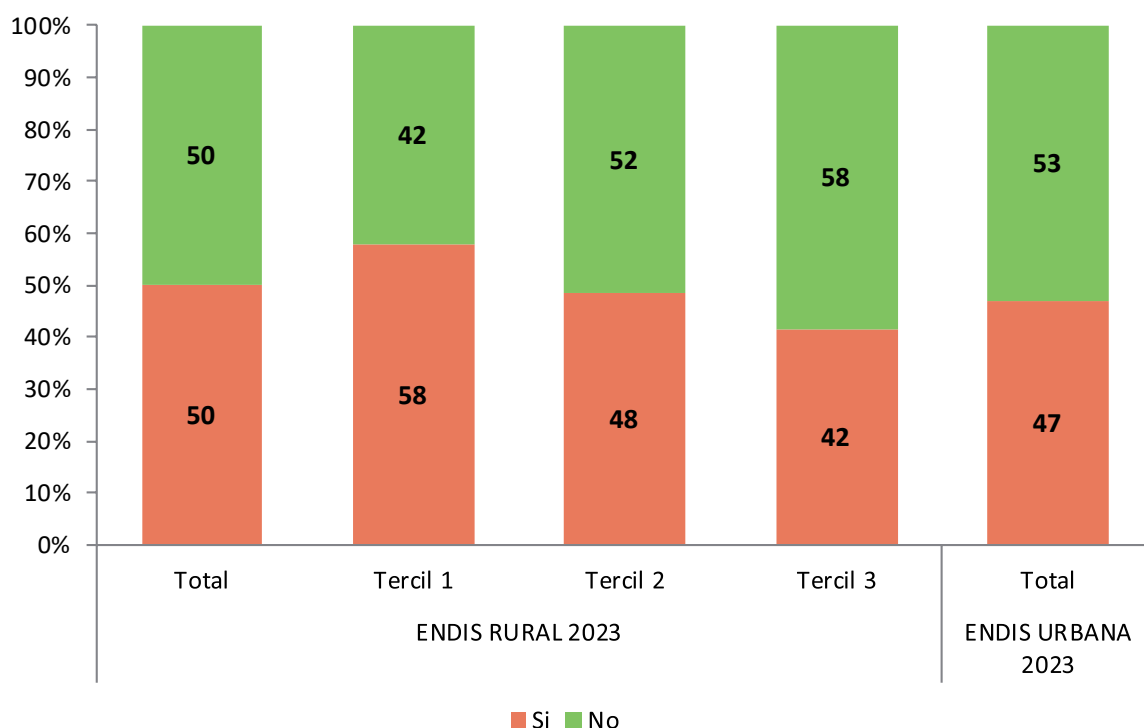
El consumo excesivo de sal desde una edad temprana se ha asociado con un aumento en la presión arterial, por lo que se recomienda no agregar sal a las comidas de los niños y niñas menores de 2 años ni ofrecerles alimentos con alto contenido de sodio. (MSP, 2016)

A pesar de estas recomendaciones, se observó que la mitad (50%) de los niños y niñas de entre 6 y 23 meses consumen sal en sus comidas, ya sea porque se incorpora durante la preparación, la cocción o al momento de servir el plato.

El agregado de sal varía según el nivel de ingresos del hogar, como se muestra en el Gráfico 33. A medida que el ingreso aumenta, la adición de sal disminuye, pasando del 57,9% en el primer tercil a 41,6% en el tercero.

Al comparar por área de residencia, se encontró que el consumo de sal es ligeramente menor en zonas urbanas (46,9%) en comparación con las rurales (50%).

**Gráfico 34. Porcentaje de niños y niñas de 6 a 23 meses a los que a su comida se les agrega sal, según nivel de ingresos y comparativo rural-urbano**



**Fuente:** Elaboración propia en base a ENDIS RURAL y urbana 2023

#### Bebidas consumidas cuando el niño tiene sed

Garantizar una hidratación adecuada en la infancia es fundamental para la salud y el desarrollo. El agua potable, ya sea de la canilla o embotellada, es la mejor opción para hidratarse. Según las recomendaciones del Ministerio de Salud Pública (MSP, 2016), con el inicio de la alimentación complementaria, los niños y niñas deben recibir agua varias veces al día, especialmente después de cada comida.

En este sentido, el MSP desaconseja la introducción temprana de azúcar y el consumo de productos o bebidas azucaradas, como refrescos, jugos artificiales y aguas saborizadas, en menores de 2 años. (MSP, 2016)

El análisis de los datos sobre el consumo de líquidos en niños y niñas de 6 a 23 meses muestra que el 92,7% de ellos bebe agua cuando tiene sed, mientras que el 7,3% opta por jugos, refrescos, aguas saborizadas u otras bebidas.

Estas cifras son ligeramente superiores a las registradas en zonas urbanas del país, donde el 4,8% de los niños y niñas consume bebidas distintas al agua cuando siente sed.

## Alimentación de los niños y niñas de 2 a 4 años

Para evaluar la alimentación de los niños y niñas a partir de los 24 meses, no hay indicadores específicos definidos por la OMS. Sin embargo, en Uruguay, la Guía Alimentaria para la Población Uruguaya del Ministerio de Salud Pública ofrece recomendaciones para niños y niñas desde los 2 años en adelante. Este informe tomará dicha guía como referencia para analizar ciertas prácticas alimentarias (MSP, 2016).

Además, se consideraron otras variables vinculadas a la alimentación infantil, como el uso de pantallas durante las comidas, la adición de sal a los alimentos y el tipo de bebidas consumidas.

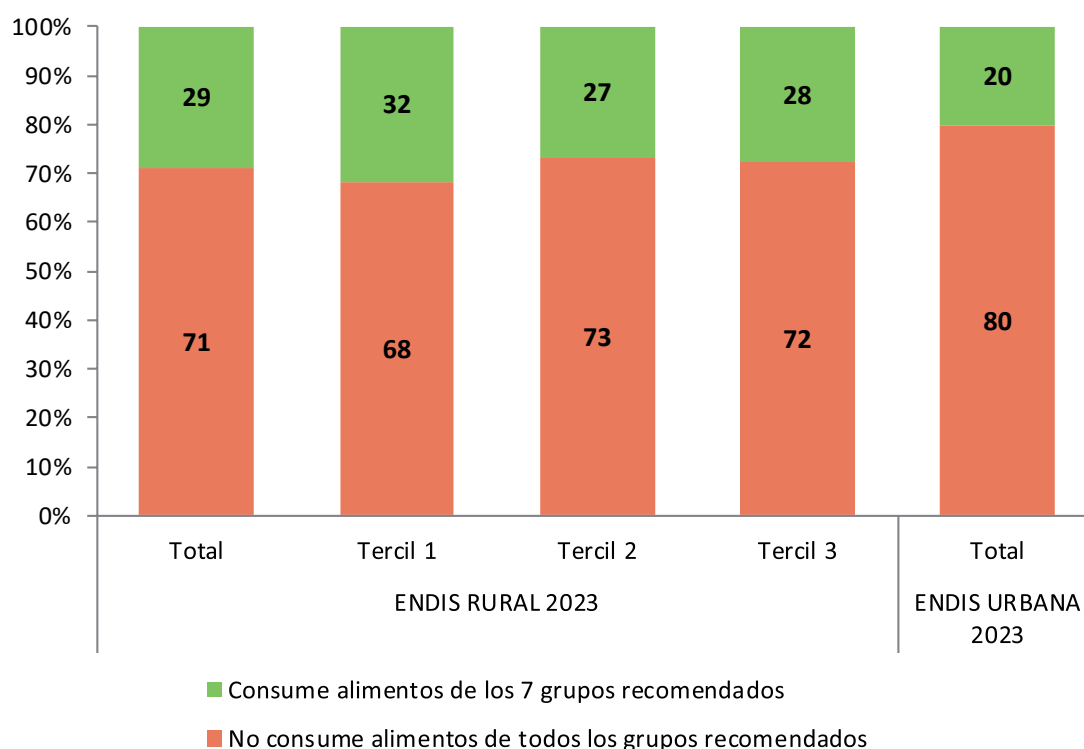
### Grupos de alimentos consumidos el día anterior a la encuesta

Según la Guía Alimentaria para la Población Uruguaya (2016), una alimentación saludable se basa en la combinación de alimentos naturales de origen vegetal y animal, junto con un consumo moderado de alimentos procesados. Para ello, se establecen siete grupos de alimentos de consumo diario: (1) verduras y legumbres, (2) frutas, (3) panes, harinas, pastas, arroz y papas, (4) leches y quesos, (5) carnes, pescados y huevos, (6) semillas y aceites, y (7) azúcar y dulces, con el agua como la principal fuente de hidratación. No es imprescindible incluir alimentos de cada grupo en cada comida, sino procurar lograr este equilibrio a lo largo del día.

En esta encuesta se investigó el consumo de los distintos grupos de alimentos el día previo a la entrevista. Del análisis se desprende que solo el 28,9% de los niños y niñas mayores de 24 meses consumió al menos un alimento de cada grupo recomendado, mientras que el 71,1% no cumplió con las recomendaciones de la Guía Alimentaria. Estas cifras son un poco mejores que las encontradas en la ENDIS urbana 2023, donde el 79,6% de los niños y niñas no consumen alimentos de todos los grupos sugeridos. (Gráfico 35)

Al analizar este indicador según el nivel de ingresos, se observa que en el primer tercil de menores ingresos, el 31,8% de los niños y niñas alcanzó la recomendación, mientras que en el tercer tercil este porcentaje se redujo a 27,8%.

**Gráfico 35. Consumo de grupos de alimentos recomendados en niños y niñas de 2 a 4 años el día anterior a la encuesta, según nivel de ingresos y comparativo rural-urbano**

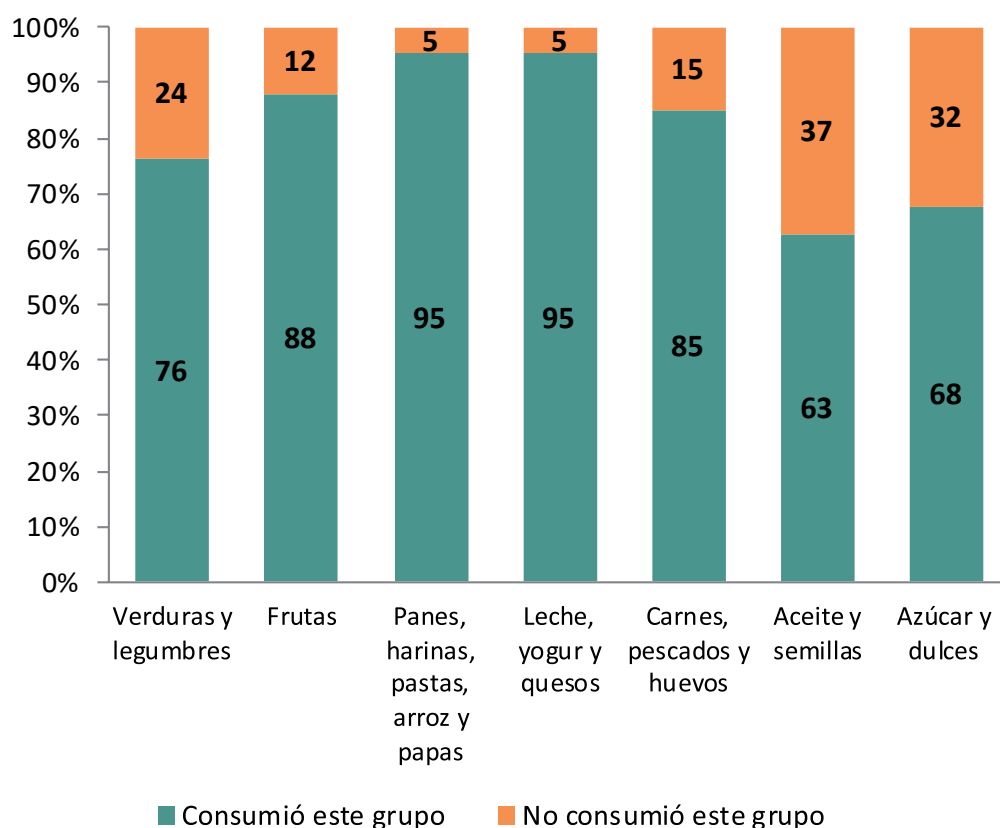


Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS RURAL y urbana 2023



Al analizar el consumo de cada grupo de alimentos en el día previo a la encuesta, se observa que los dos grupos más consumidos fueron leches, yogures y quesos (95,3%) y panes, harinas, pastas, arroz y papas (95,2%). El grupo de frutas fue ingerido por el 88,1% de los niños y niñas, mientras que carnes, pescados y huevos alcanzaron un 85,1%. Por su parte, verduras y legumbres fueron consumidas por el 76,3% de los niños y niñas. Los grupos con menor frecuencia de consumo fueron azúcar y dulces (67,8%) y aceites y semillas (68,8%). (Gráfico 36)

**Gráfico 36. Consumo de grupos de alimentos recomendados en la Guía Alimentaria para la Población Uruguaya en niños y niñas de 2 a 4 años el día anterior a la encuesta**



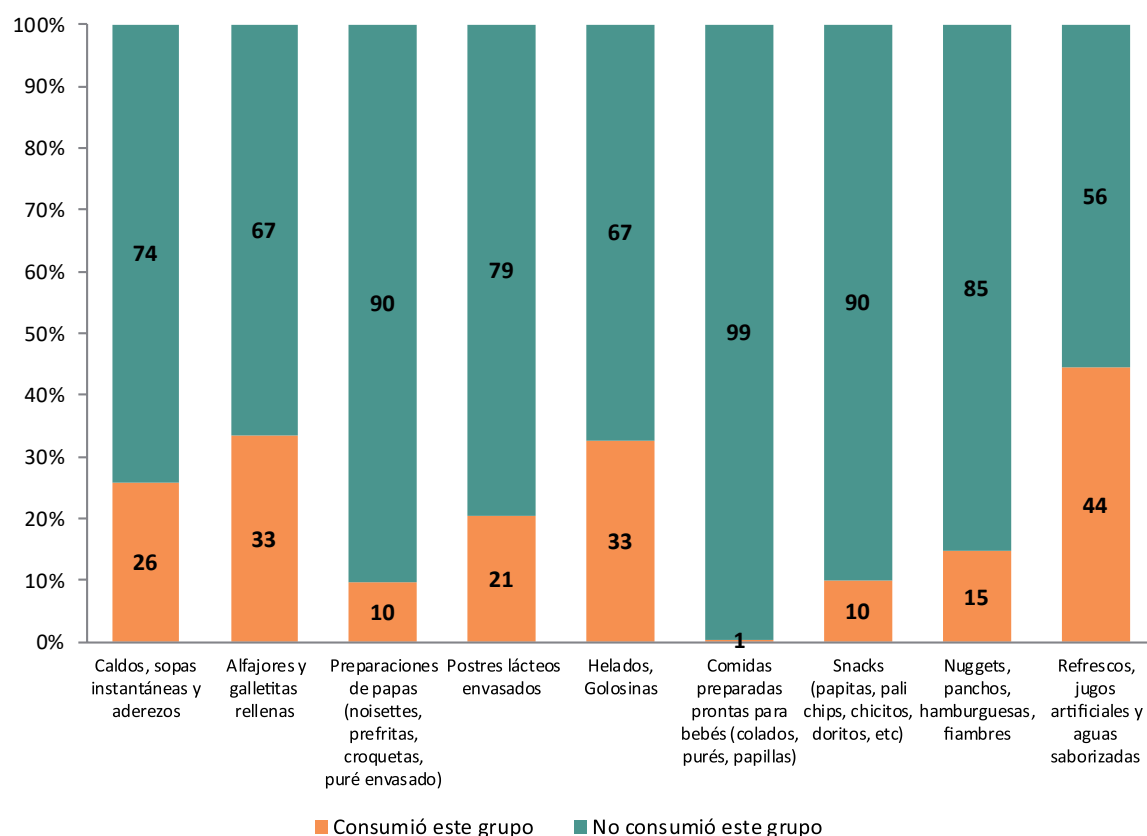
Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS RURAL

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

Del análisis de estos alimentos cuyo consumo no se recomienda, ya que son productos ultraprocesados, se destaca que el grupo más consumido fue el de refrescos, jugos artificiales y aguas saborizadas, presente en la dieta del 44,5% de los niños y niñas el día previo a la entrevista. Le siguen los alfajores y galletitas rellenas, consumidos por el 33,4% de los niños y niñas. Asimismo, el 32,6% ingirió helados y golosinas, mientras que el 20,5% consumió postres lácteos envasados.

En cuanto a los productos ultraprocesados de origen cárnico, el 14,7% de los niños y niñas consumió nuggets, panchos, hamburguesas o fiambres. Por su parte, los ultraprocesados a base de papa (como noisettes, papas prefritas, croquetas o puré envasado) y los snacks (como papitas, chizitos o similares) fueron ingeridos por aproximadamente el 10% de los niños y niñas encuestados. (Gráfico 37)

**Gráfico 37. Consumo de grupos de alimentos NO recomendados en la Guía Alimentaria para la Población Uruguaya en niños y niñas de 2 a 4 años el día anterior a la encuesta**



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS RURAL

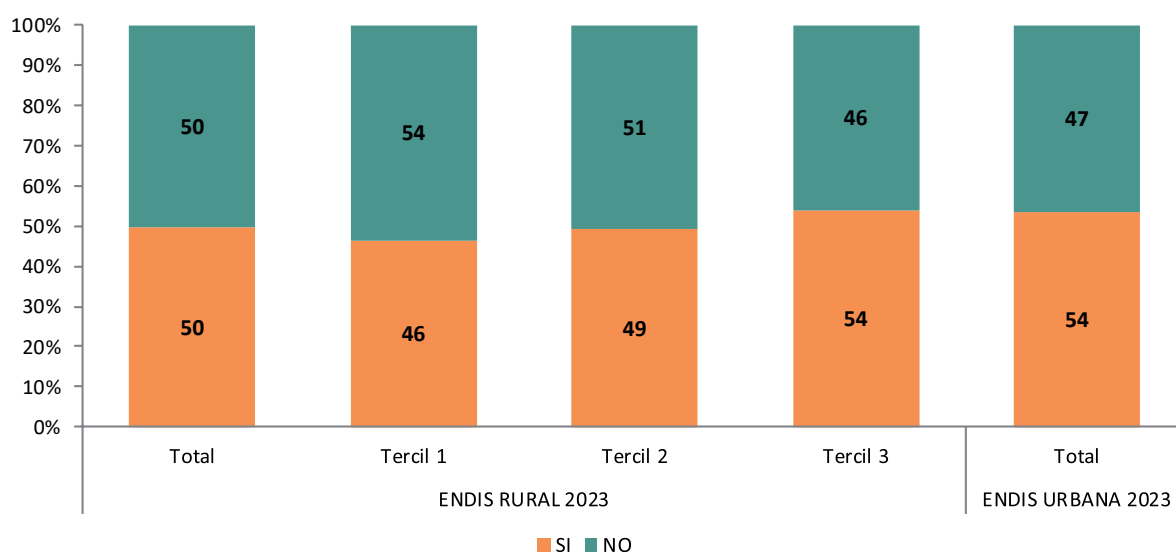
## Uso de pantallas durante la comida en niños y niñas de 2 a 4 años

La OMS recomienda que, entre los 2 y 5 años, los niños y niñas tengan una exposición mínima a las pantallas, con un máximo de una hora diaria. Además, este tiempo debe involucrar contenido de alta calidad y ser compartido con un adulto que los ayude a interpretar lo que están viendo.

El tiempo y la atención dedicados a la comida juegan un papel clave en la alimentación consciente, permitiendo reconocer las señales de saciedad del cuerpo, mejorar el ambiente familiar y favorecer el desarrollo infantil. En contraste, comer frente a una pantalla reduce la atención en la alimentación, lo que impide que el cerebro registre de manera consciente qué y cuánto se consume, aumentando así el riesgo de sobrepeso y obesidad en la infancia.

El análisis muestra que casi la mitad de los niños y niñas (49,7%) utilizan dispositivos como televisión, tablet, computadora o celular durante las comidas. Este porcentaje es ligeramente menor al registrado en zonas urbanas del país (53,6%). Al desglosar por nivel de ingresos, se observa que el uso de pantallas mientras se come aumenta con el nivel socioeconómico, pasando del 46,4% en hogares de menores ingresos al 54,1% en los de mayor ingreso.

**Gráfico 38. Porcentaje de niños y niñas de 2 a 4 años que usan pantallas mientras comen según nivel de ingresos y comparativo rural-urbano**



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS RURAL y urbana 2023

### Bebidas consumidas

Las bebidas como refrescos, jugos artificiales, aguas saborizadas, jugos de fruta industrializados y bebidas energizantes contienen sustancias no recomendadas para niños y niñas, y que no aportan valor nutricional. Estas bebidas suelen incluir azúcar y/o jarabe de maíz alto en fructosa, lo que contribuye a una ingesta calórica innecesaria y favorece el aumento de peso. Incluso los jugos de fruta exprimidos en casa no ofrecen ventajas nutricionales frente al consumo de la fruta entera.

Al analizar lo que los niños y niñas mayores de 24 meses beben habitualmente cuando tienen sed, se encontró que el 89,9% consume agua, mientras que un 9,5% opta por refrescos o jugos, tanto con azúcar como sin ella. El consumo de jugo natural de frutas fue marginal, alcanzando solo el 0,6%.

En cuanto al consumo específico de refrescos, jugos artificiales y aguas saborizadas el día previo a la entrevista, se observó que el 45,6% de los niños y niñas de 2 a 4 años había ingerido alguna de estas bebidas azucaradas. Este consumo se mantuvo elevado en todos los niveles de ingresos, con una ligera diferencia entre el primer tercil (46,1%) y el tercero (44,2%). (Tabla 22)

Por otro lado, al considerar el lugar de residencia, se identificó un mayor consumo de refrescos y bebidas azucaradas en zonas rurales (45,6%) en comparación con las urbanas (38,6%).

**Tabla 22. Consumo de refrescos, jugos artificiales y aguas saborizadas el día anterior a la encuesta en niños y niñas de 2 a 4 años, según nivel de ingresos y comparativo rural-urbano**

	ENDIS RURAL				ENDIS URBANA 2023
	Total	Tercil 1	Tercil 2	Tercil 3	Total
Si	45,6	46,1	46,3	44,2	38,6
No	54,4	53,9	53,7	55,8	61,4

Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS RURAL y urbana 2023

## Estado Nutricional

### Por Uruguay Crece Contigo

La nutrición desempeña un papel fundamental en la salud y el desarrollo. Mantener una nutrición adecuada a lo largo de todas las etapas de la vida contribuye al fortalecimiento del sistema inmunológico, lo que reduce el riesgo de padecer enfermedades y favorece una mayor esperanza de vida. En contraste, los distintos tipos de malnutrición representan un factor que incrementa la carga global de morbilidad. (OMS, 2024)

Este capítulo examina el estado nutricional de los niños y niñas de la muestra a partir de los indicadores antropométricos recomendados por la OMS para detectar problemas nutricionales en menores de cinco años. Para el procesamiento de los datos, se empleó el software Anthro de la OMS versión 3.2.2. (Tabla 23)

**Tabla 23. Criterios para el diagnóstico nutricional por edad**

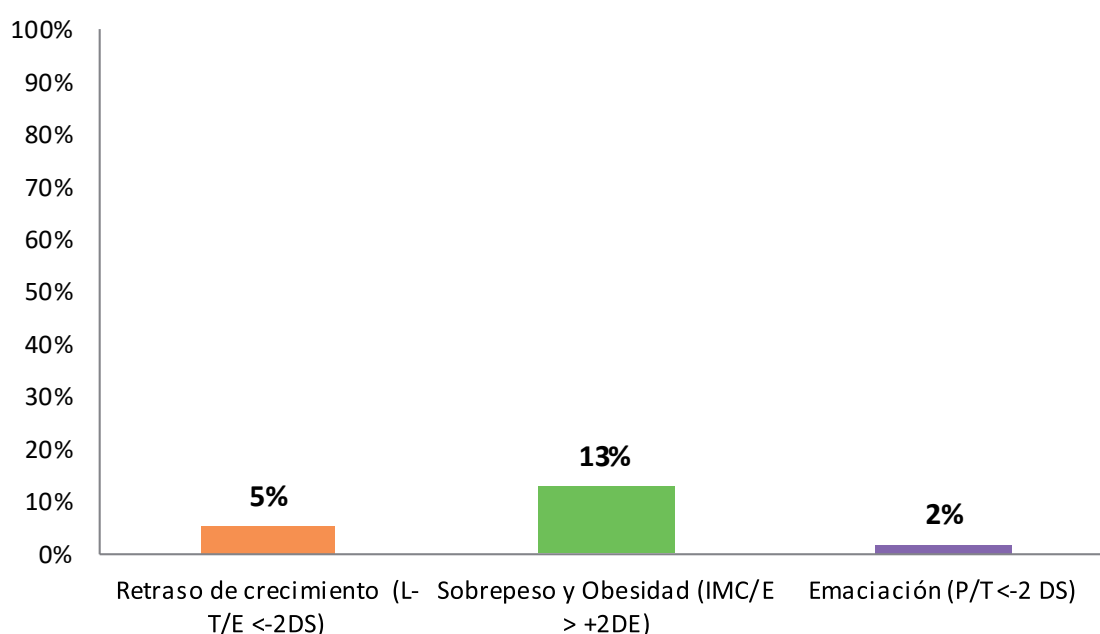
<b>Índice de Masa Corporal / Edad (IMC/E)</b>	<b>Menores de 5 años</b>
>+3	Obesidad
>+2	Sobrepeso
>+1	Riesgo de sobrepeso
Media	
<-1	Riesgo de Emaciación
<-2	Emaciación
<-3	Emaciación severa
<b>Talla / Edad (T/E)</b>	<b>Menores de 5 años</b>
<-1	Riesgo de retraso de Crecimiento
<-2	Retraso de Crecimiento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

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

El exceso de peso sigue siendo el problema nutricional más relevante en los niños y niñas menores de 5 años. Se observa que el 37,3% de los mismos presentan riesgo de sobrepeso, sobrepeso y obesidad ( $IMC/E > +1 DE$ ), mientras que el 12,8% tiene sobrepeso y obesidad ( $IMC/edad > +2 DE$ ). (Gráfico 39) Al analizar la relación entre el sobrepeso y la obesidad con el nivel de ingresos, no se observan diferencias significativas.

En cuanto a los problemas de malnutrición por déficit, el 5,2% de los niños y niñas menores de cinco años presenta retraso en el crecimiento ( $L-T/E < -2 DS$ ), el 2,4% tienen bajo peso para la edad ( $P/E < -2 DS$ ) y el 1,8% los niños y niñas de la muestra presentan emaciación ( $P/T < -2 DS$ ). No se realizaron desgloses por nivel de ingresos debido al tamaño reducido de la muestra para este indicador.

**Gráfico 39. Problemas nutricionales para el total de los niños y niñas (0 a 4 años)**



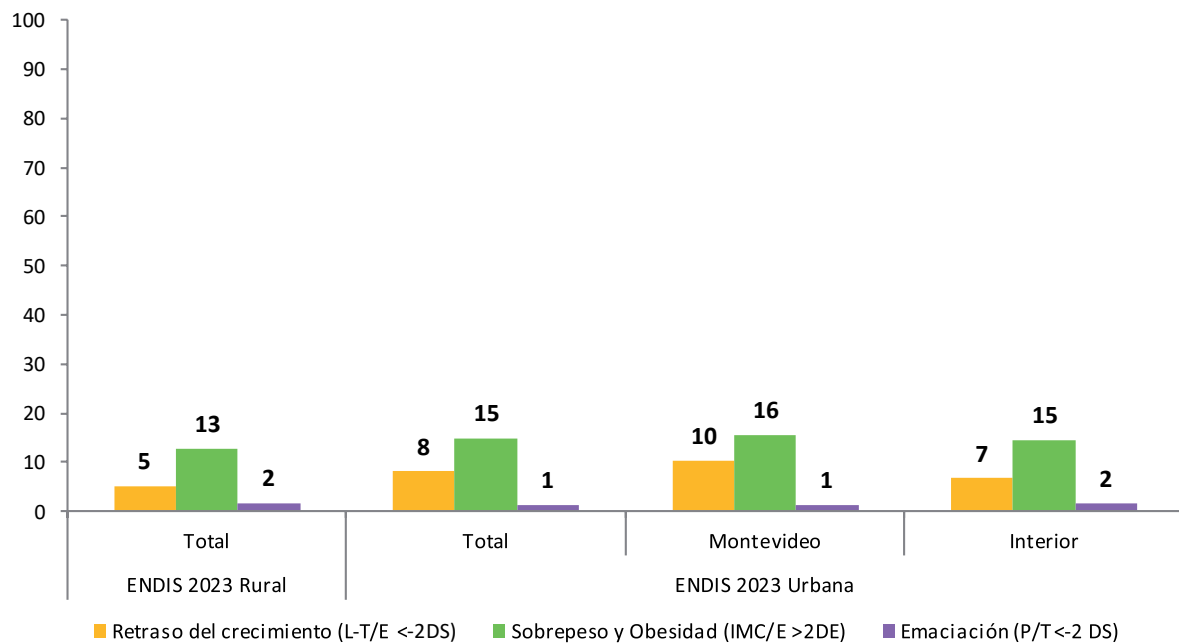
Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS RURAL

Al comparar las zonas urbanas y rurales del país, se observa una menor prevalencia de sobrepeso y obesidad en las áreas rurales (12,8%) en comparación con las zonas urbanas a nivel nacional (14,9%). Este porcentaje es aún mayor en Montevideo donde alcanza el 15,5%. (Gráfico 40)

El retraso en el crecimiento sigue la misma tendencia, con una menor proporción en zonas rurales (5,2%) en comparación con las áreas urbanas (8,1%). Montevideo presenta el doble de casos de retraso en el crecimiento (10,3%) en relación con las zonas rurales (5,2%).

En cuanto a la emaciación, el porcentaje es similar en las zonas rurales (1,8%) que en las urbanas (1,4%). (Gráfico 40)

**Gráfico 40. Comparación de los problemas nutricionales en niños y niñas según ENDIS rural o urbana**



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS RURAL

## Seguridad alimentaria de los hogares

### Por Uruguay Crece Contigo

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

La ENDIS, desde 2013, ha aplicado la ELCSA a las diferentes muestras, en esta oportunidad se aplicó por primera vez en una muestra de hogares en localidades menores de 5000 habitantes. A partir de los datos presentados, se analizan las diferencias en la seguridad alimentaria entre poblaciones de más de 5.000 habitantes (Montevideo e interior urbano) y aquellas con menos de 5.000 habitantes (ámbito rural y pequeñas localidades). En estas áreas rurales el 44,8 % de los hogares con niños y niñas menores de 5 años presentó seguridad alimentaria. Por lo tanto el 55,2% sufren algún tipo de inseguridad alimentaria.

### Diferencias en la seguridad alimentaria según tamaño de la población

Los datos reflejan una brecha significativa en la seguridad alimentaria entre las áreas urbanas y rurales. Mientras que en las poblaciones mayores a 5.000 habitantes el 58,6% de la población tiene seguridad alimentaria, este porcentaje desciende a 44,8% en localidades menores a 5.000 habitantes.

En contraste, la inseguridad alimentaria en sus distintos niveles (leve, moderada y severa) es más frecuente en las zonas rurales y pequeñas localidades:

- Inseguridad leve: En áreas urbanas, el 25,4% de la población se encuentra en esta situación, mientras que en poblaciones menores a 5.000 habitantes el porcentaje asciende a 28,4%.
- Inseguridad moderada: La diferencia se acentúa en la categoría de inseguridad moderada, con un 12,4% en poblaciones urbanas y un 17,9% en poblaciones rurales.
- Inseguridad severa: Este es el indicador más preocupante, ya que casi se triplica en aquellas poblaciones menores a 5.000 habitantes (8,9%) en comparación con Montevideo (3,5%) y el interior urbano (3,7%).

Los datos muestran una diferencia significativa en la inseguridad alimentaria según el tamaño de la localidad. En las poblaciones menores a 5.000 habitantes, el 55,2% de la población enfrenta algún grado de inseguridad alimentaria, mientras que en las áreas más grandes este porcentaje es menor (41,4%).

A medida que disminuye el tamaño de la localidad, aumenta la proporción de población con inseguridad alimentaria en todos sus niveles. La inseguridad alimentaria leve pasa del 25,4% en áreas más grandes al 28,4% en localidades pequeñas; la moderada aumenta de 12,4% a 17,9%, y la severa más que duplica su valor, pasando de 3,6% en áreas urbanas a 8,9% en localidades menores de 5.000 habitantes.



Tabla 24. Grado de seguridad alimentaria de los hogares según ENDIS Urbana 2023 y RURAL 2024

	ENDIS urbana 2023		ENDIS rural	
	Montevideo	Interior	Total (%)	Total (%)
<b>Seguridad</b>	62,6	55,8	58,6	44,8
Leve	22,5	27,4	25,4	28,4
Moderada	11,4	13,0	12,4	17,9
Severa	3,5	3,7	3,6	8,9
<b>Total</b>	100	100	100	100

## Sueño, actividad física y horas de pantalla

Se analizan los resultados de la ENDIS RURAL en relación con los módulos de Sueño, Actividad Física y Exposición a Pantallas, considerando que, para un desarrollo saludable, los niños y niñas menores de 5 años deben reducir al mínimo el tiempo sedentario y la exposición a pantallas, mejorar la calidad del sueño y aumentar su tiempo de actividad física (OMS, 2010).

### Sueño

Un adecuado hábito de sueño es clave para el desarrollo infantil, ya que favorece la maduración del sistema nervioso, el aprendizaje y la producción de hormonas del crecimiento.

### Cómo y dónde duermen los niños y niñas según la ENDIS RURAL

Los datos relevados muestran que el 52% de los niños y niñas menores de 12 meses duermen habitualmente boca arriba (75% según ENDIS 2023), alineándose con las recomendaciones para un sueño seguro. Sin embargo, aproximadamente el 41,3% duerme de costado (23% en ENDIS 2023) y el 5,8% lo hace boca abajo (1,5% en ENDIS 2023).

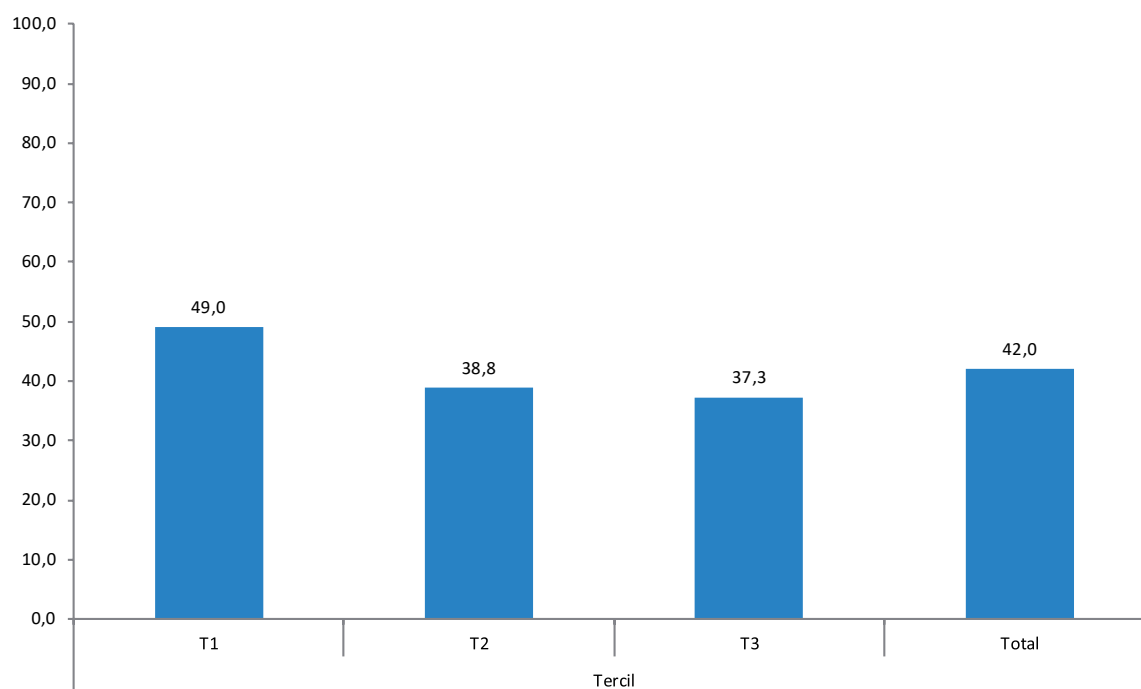
### Recomendación del lugar dónde duerme el niño/a

El lugar más seguro para el sueño del bebé es una cuna, cama o coche, idealmente en la misma habitación que sus padres. En la ENDIS RURAL, se observa que el 40,6% de los niños y niñas menores de 12 meses durmieron exclusivamente en estos espacios la noche anterior (54% en la ENDIS 2023).

Entre los niños y niñas de 0 a 4 años, el 42% comparte la cama al dormir. De ellos, un 38% lo hace con sus padres, un 3% con otros niños y niñas y un 1% con otros adultos. Además, la frecuencia de compartir la cama es mayor en hogares de menores ingresos, donde los niños y niñas suelen dormir acompañados por sus padres, otros niños u otros adultos (Gráfico 41).



**Gráfico 41. Proporción de los niños y niñas que durmieron la noche anterior acompañados por otros niños o adultos por edad de los niños por tercil de ingresos**



**Fuente:** Elaboración propia en base a ENDIS RURAL

Finalmente, se destaca que el 41% de los niños y niñas menores de 12 meses cumplen con ambas recomendaciones para el alcance del sueño seguro: durmiendo boca arriba y solos en su cama, cuna o coche.

## Recomendaciones sobre las horas de sueño

Según la OMS (2019), la falta de sueño adecuado para la edad conlleva serios riesgos para la salud infantil. Entre sus posibles efectos se incluyen un aumento de la adiposidad, dificultades en la regulación emocional, un crecimiento deficiente, mayor exposición a pantallas y un mayor riesgo de lesiones.

En la ENDIS RURAL, se relevó las horas que duermen los niños y las niñas. Los resultados muestran que las horas que duermen en promedio son 11,09, a medida que crecen, esas horas de sueño promedio disminuyen. No se observan diferencias significativas por sexo o nivel de ingresos.

**Tabla 25. Promedio de horas de sueño del día anterior (incluyendo siestas e intervalos de sueño nocturno según edad de los niños y niñas)**

	Media
Mujer	11,0
Varón	11,1
T1	10,9
T2	11,1
T3	11,2
0 año	11,9
1 año	11,8
2 años	11,2
3 años	10,6
4 años	10,1
Total	11,1

**Fuente:** Elaboración propia en base a ENDIS RURAL

En la siguiente tabla se observan la proporción de niños y niñas que cumplen con las recomendaciones de sueño para su edad según las OMS (2019)<sup>5</sup>. Los niños mayores son los que cumplen en mayor proporción las recomendaciones.

5\_ Para crecer sanos, los niños tienen que pasar menos tiempo sentados y jugar más - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud (paho.org)



**Tabla 26. Proporción de los niños y niñas que cumplen las recomendaciones de OMS de horas de sueño por tramo de edad.**

Edad	Recomendación de horas de sueño en un período de 24 hs	% de niños y niñas que cumplen.
4 a 11 meses	12 a 16 hs sueño	51,4
1 y 2 años	11 a 14 hs sueño	65,0
3 y 4 años	10 a 13 hs sueño	68,6

Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS RURAL

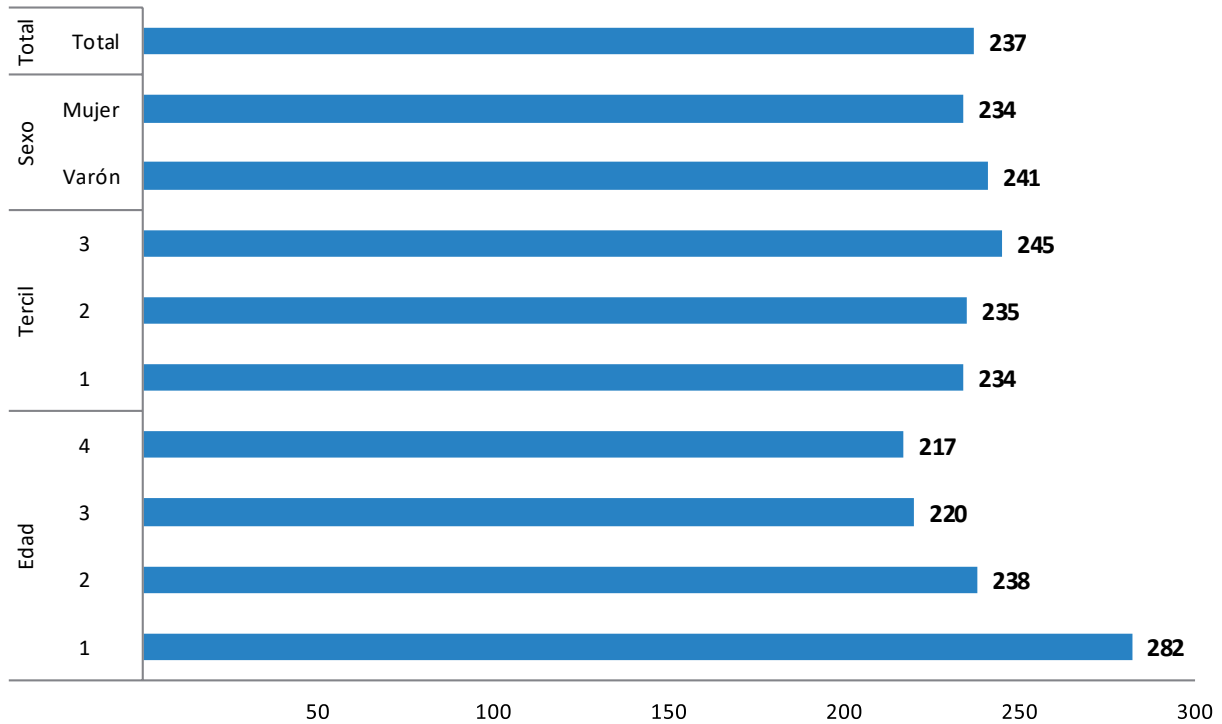
### Actividad Física

Como se mencionó, el deporte y la actividad física son esenciales para el desarrollo y bienestar infantil. La evidencia indica que la práctica regular de actividad física contribuye a la salud física y mental de los niños y niñas, además de ayudar a prevenir o reducir el riesgo de enfermedades no transmisibles.

En la ENDIS RURAL, se indagó sobre el tiempo que los niños y niñas dedicaron el día anterior a actividades físicas como correr, saltar, trepar, lanzar o nadar, considerando distintos entornos como el hogar, parques o piscinas.

En promedio, los niños y niñas de un año y más realizaron unos 237 minutos de actividad física el día anterior a la encuesta (en la ENDIS 2023 esa cifra fue 227 minutos). Se observan algunas diferencias en el promedio de actividad física a favor de los niños y niñas más chicos, aquellos de mayores ingresos (al contrario de lo sucedido en la ENDIS 2023) y de los niños en relación a las niñas.

**Gráfico 42. Promedio de minutos de actividad física que los niños y niñas de 1 año y más realizaron el día anterior en distintos ambientes según edad, nivel de ingresos, sexo y región.**

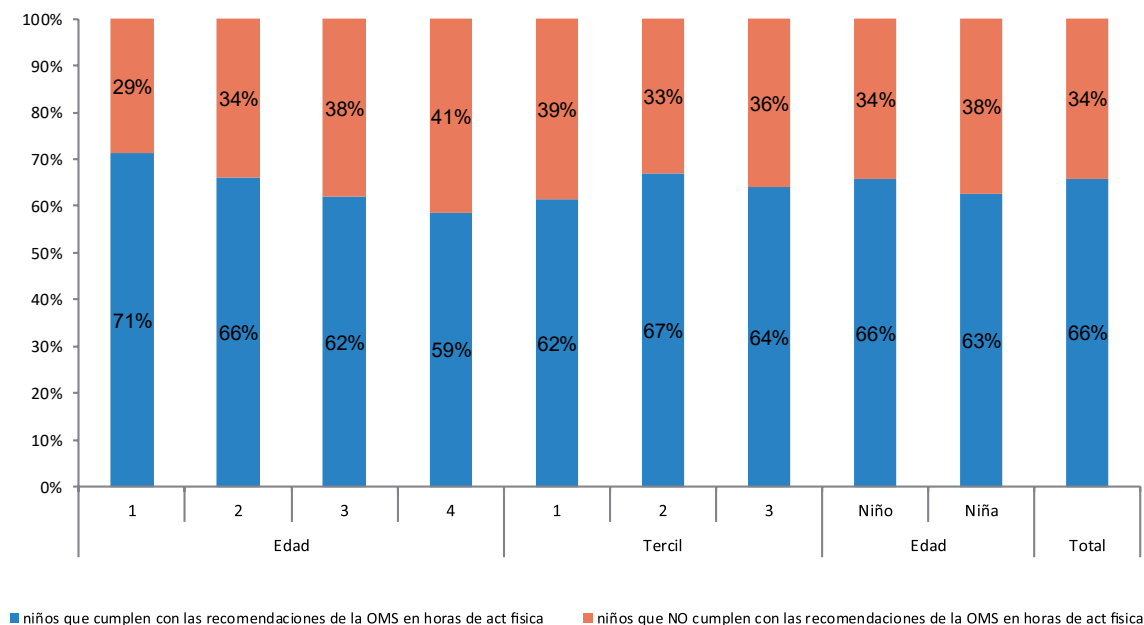


**Fuente:** Elaboración propia en base a ENDIS 2023

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

Se destaca que el 66% de los niños y niñas de 1 año y más realizaron más de 180 minutos diarios de actividad física. Esta cifra es mayor en los niños y niñas de 1 año, llegando al 71%, en comparación al 58% de los niños y niñas de 4 años que cumplen con las recomendaciones. Al igual sucede entre los varones (65%) que tiene una leve ventaja en relación a las mujeres (62%).

**Gráfico 43. Porcentaje de niños y niñas que cumplen con las recomendaciones de minutos de educación; realizadas por día según OMS según edades simples**



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS RURAL

## Exposición a pantallas

El acceso a diferentes tipos de pantallas ha experimentado un aumento sostenido en los últimos años. Esta creciente exposición a las pantallas por parte de niños y niñas en todo el mundo está influyendo cada vez más en su desarrollo.

En esta oportunidad por primera vez se obtiene información de niños y niñas que viven en áreas urbanas dispersas o rural. Según la ENDIS RURAL, los niños y niñas utilizan pantallas en promedio, 63 minutos diarios (En Endis 2023 ese resultado fue 94). Esta exposición varía según nivel de ingresos, edad y sexo (Tabla 27).

**Tabla 27. Promedio de minutos de exposición a pantallas según edad de los niños y niñas, tercil de ingresos y región**

<b>Edad</b>	<b>0</b>	<b>17,0</b>
	<b>1</b>	<b>38,0</b>
	<b>2</b>	<b>69,0</b>
	<b>3</b>	<b>87,0</b>
	<b>4</b>	<b>91,0</b>
<b>Tercil</b>	<b>1</b>	<b>58,0</b>
	<b>2</b>	<b>67,0</b>
	<b>3</b>	<b>66,0</b>
<b>Sexo</b>	<b>Varón</b>	<b>62,0</b>
	<b>Mujer</b>	<b>65,0</b>
	<b>Total</b>	<b>63,0</b>

**Fuente:** Elaboración propia en base a ENDIS RURAL

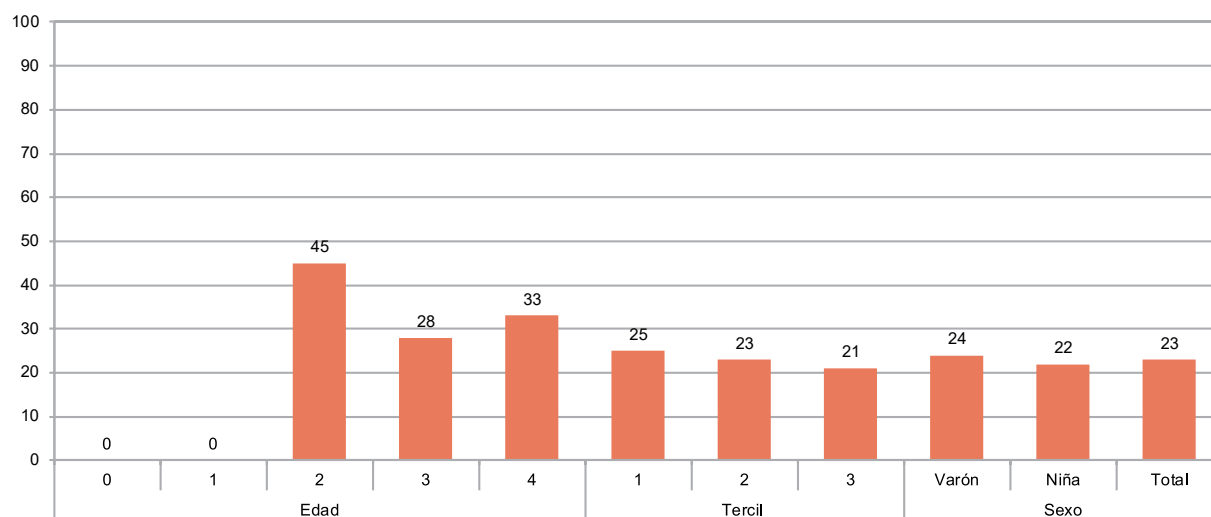
Según las recomendaciones de la OMS (2019)<sup>6</sup>, los niños y niñas de 0 y 1 año no deben ser expuestos a ningún tipo de pantalla electrónica. Para niños y niñas de 2 años a 4 años se recomienda limitarlo a 60 minutos o menos por día dependiendo de la fuente.

Se observó que solo el 23% de niños y niñas cumplen con las recomendaciones de la OMS. Es de destacar que los niños y niñas menores de 2 años no cumplen con las recomendaciones de cero exposición a pantalla.

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



**Gráfico 44. Porcentaje de niños y niñas que cumplen con las recomendaciones de minutos de exposición a pantallas realizadas por día según OMS según edad, tercil de ingresos y región**



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS RURAL



## Acceso y Uso de Espacios Públicos

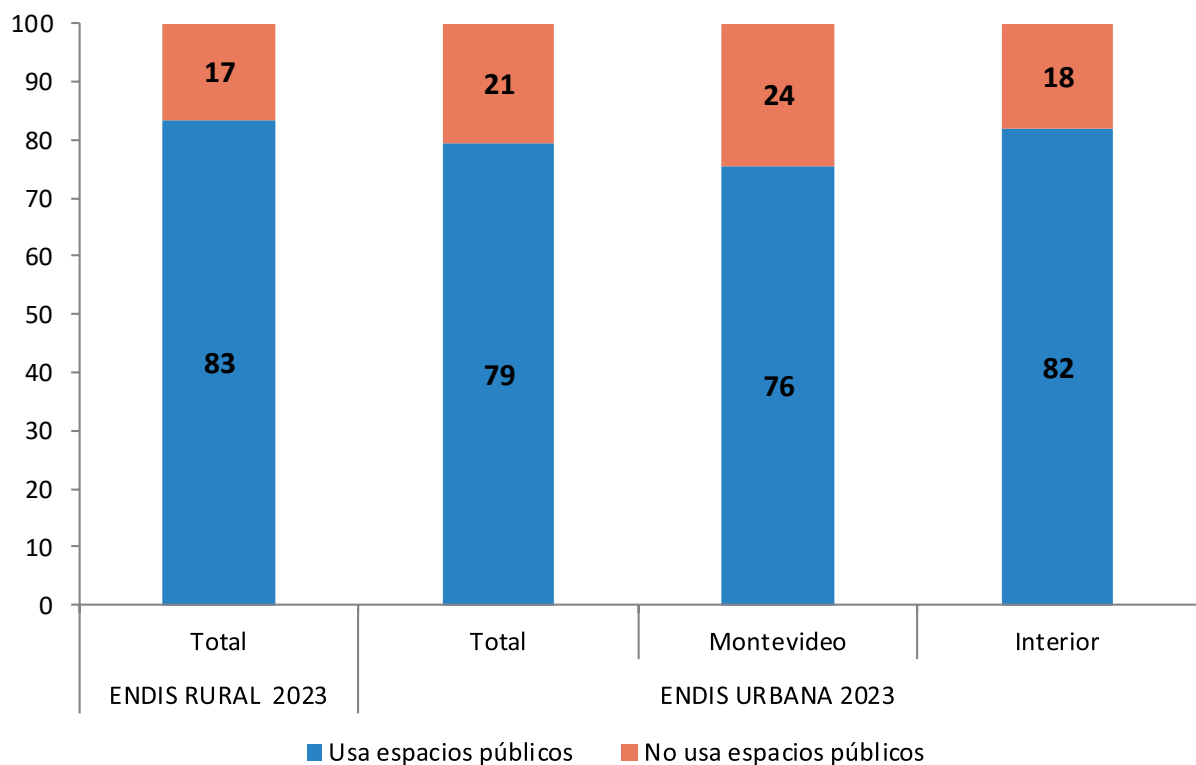
### Por Uruguay Crece Contigo

La encuesta exploró el acceso y uso de los espacios públicos, indagando si las personas los utilizan, a qué distancia se encuentra el más cercano, con qué frecuencia los han usado en el último mes y, en caso de no hacerlo, cuál es la principal razón.

Se destaca que el 83,4% de los niños y niñas hacen uso de los espacios públicos, porcentaje mayor al registrado en las zonas urbanas del país, donde el 79,3% los utilizan, y similar al de las zonas urbanas del interior, donde la cifra alcanza el 81,9%. (Gráfico 45)

En cuanto a la frecuencia de uso en el último mes, el 94,3% de los encuestados declaró haber utilizado un espacio público, mientras que en las zonas urbanas del país este porcentaje es considerablemente menor, alcanzando solo el 60,9%.

Gráfico 45. Uso de espacios públicos, comparativo rural-urbano



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS RURAL

Al analizar el uso de los espacios públicos según el nivel de ingresos, no se evidencian diferencias significativas. Sin embargo, al desglosar por edad, se observa que los niños y niñas menores de un año son quienes los utilizan con menor frecuencia. (Tabla 28)

Por otro lado, el 74,3% de los encuestados indicó que cuenta con un espacio público a menos de cinco cuadras de su hogar, mientras que el 18,1% lo tiene entre 5 y 10 cuadras, y el 7,8% a más de 10 cuadras. Entre quienes disponen de un espacio a menos de cinco cuadras, la proporción es mayor en los hogares de ingresos más altos (77,9%) en comparación con los de menores ingresos (74,5%). (Tabla 30)

**Tabla 28. Porcentaje de niños y niñas que utilizan espacios públicos y distancia al mismo, según nivel de ingresos y edad**

Espacios públicos	Total	Edad de los niños y niñas					Tercil de ingresos		
		< 1 año	1 año	2 años	3 años	4 años	T1	T2	T3
Uso de espacios públicos	83,4	76,4	83,6	90,2	82,4	83,4	84,3	81,6	84,4
Cuenta con un espacio a menos de 5 cuadras	74,3	70,1	73,6	75,6	76,6	74,5	74,5	70,7	77,9

Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS RURAL

Entre las principales razones mencionadas para no utilizar los espacios públicos se destaca: “no le gusta la gente que los frecuenta” (22,3%), “no tiene el hábito de usarlos” (21,1%) y “se encuentran en mal estado” (18,8%).

## Desarrollo infantil

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

#### Introducción

En este capítulo se analizan los resultados de desarrollo infantil evaluados a través de dos instrumentos: ChildBehaviorChecklistforages 1 ½ -5 (CBCL 1 ½-5), Ages and StagesQuestionnaires en su 3ra edición (ASQ-3), por primera vez en contexto rurales de Uruguay. Los mismos serán comparados con los resultados de la ENDIS Nacional de 2023

El CBCL 1 ½-5 es un test que evalúa competencias socioemocionales durante la primera infancia a partir de la medición de problemas de conducta externalizados (como por ejemplo la agresividad) e internalizados (como por ejemplo la ansiedad). El ASQ-3 evalúa el desarrollo infantil en las áreas de comunicación, motricidad fina, motricidad gruesa, resolución de problemas y habilidades sociales. Estos cuestionarios sobre desarrollo fueron completados por un encuestador especializado que formulaba las preguntas y registraba las respuestas de los padres.

Se presentan los resultados derivados de los análisis con cada uno de los instrumentos y un apartado de consideraciones finales. Cada sección comienza con una descripción del instrumento. Luego, se presenta un análisis descriptivo de los resultados del test para toda la muestra rural y según sexo, edad, y nivel de ingresos del hogar (en terciles construidos en base a esta propia muestra).

Hacemos notar que ambos instrumentos cuentan con análisis psicométricos sobre su confiabilidad y validez para muestras urbanas de Uruguay, utilizando datos de las rondas de ENDIS de 2013, 2015 y 2018. Para el CBCL los indicadores psicométricos son globalmente consistentes (Vásquez Echeverría et al., 2020). Específicamente para el caso del ASQ-3 (Alvarez-Núñez et al., 2021) se observó efectos techos marcados. La poca variabilidad en las puntuaciones se observó en mayor medida en el dominio Motricidad gruesa. El dominio Habilidad socio-individual tiene valores de confiabilidad por debajo de lo recomendado en casi todas las versiones de edad. Esto amerita cautela al interpretar los resultados de dicha subescala. Por otro lado, las diferentes versiones de edad presentan cierta variabilidad en sus propiedades psicométricas (que pueden ser subóptimas, aceptables o buenas según el parámetro) y en el umbral de detección de riesgo. Por último, hacemos notar que esta es la primera administración de los instrumentos en contextos rurales en Uruguay, por lo que desconocemos el comportamiento psicométrico que pueden en esta población.

### Child Behavior Check List 1½-5

#### Descripción del instrumento

El ChildBehaviorCheckList (CBCL 1 ½-5) evalúa los problemas conductuales, emocionales y sociales de los niños y niñas de un año y medio a cinco años de edad. Está conformado por 99 ítems con tres escalas de valoración (0= No es cierto –que sepa usted–; 1=En cierta manera, algunas veces; 2= Muy cierto o cierto a menudo). A su vez, contiene un ítem de respuesta semi-abierta en la cual los participantes pueden anotar otros problemas que presente el niño y no estén contempladas en el cuestionario.

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

A su vez, en el CBCL 1½-5 se calculan dos factores que agrupan los siete síndromes: Comportamiento internalizante y Comportamiento externalizante. El primero, se obtiene mediante la suma de las puntuaciones de: Emocionalmente reactivo, Ansioso/depresivo, Quejas somáticas y Retraído. El segundo, se calcula mediante la suma de Problemas de atención y Conductas agresivas. Por último, se calcula el puntaje de Problemas Totales mediante la suma de las puntuaciones de los 99 ítems (Achenbach&Rescorla, 2000). Ejemplos de ítems del CBCL pueden consultarse el informe de ENDIS Nacional 2023 (Tabla 29).

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

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

## Resultados

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

En lo que respecta a la comparación transcultural, para categorizar las puntuaciones obtenidas con el CBCL 1 ½-5 según las normas establecidas por los autores, se debe determinar a qué grupo de sociedades pertenece Uruguay. La media de problemas totales en la ENDIS RURAL fue de 26,9 (DT = 18.5) por lo que corresponde la normalización sugerida para el Grupo 2 de sociedades. Las medias omniculturales son 20.7 (DT = 14.8) para el grupo 1; 33.3 (DT = 18.7) para el grupo 2; y 44.3 (DT = 20.8) para el grupo 3. Las normas del grupo 1 corresponde utilizarlas en caso que la media de problemas totales se ubique a más de 7,1 puntos de la media omnicultural (M=33,3) (Rescorla et al., 2011).

Señalamos que en la ENDIS urbana de 2023 la media de problemas totales fue de 20.0 (DT = 17.8), correspondientes al Grupo 1. Los puntajes de la Ronda 2018 de la ENDIS corresponden al Grupo 2 (M = 26.9, DT = 20.8). Las variaciones observadas entre las diferentes ediciones de la ENDIS pueden deberse a cambios en la composición de las muestras comparadas, ya sea en edad, sexo u otras características sociodemográficas o a tendencias socio-históricas. Señalamos que en la cohorte 2018 la edad en meses para los niños y niñas que se le administró el CBCL fue 38.5 (50,4% varones). En la cohorte Urbana 2023 la edad en meses fue 38.6 meses (51% varones). En esta muestra de ENDIS RURAL la medida de edad fue 38,6 meses con un 47,4% de varones.

Por tanto, en este capítulo se tomarán los resultados de los perfiles según las normas del Grupo 2, lo cual además de corresponder en este caso, facilita la comparación con el informe de la ENDIS 2018 (Álvarez-Núñez, González & Vásquez-Echeverría, 2019) y con el informe de la ENDIS Urbana de 2023 (Vásquez-Echeverría & González, 2025). Sin embargo, debido a estos patrones de oscilación que se presentan en Uruguay, en la Tabla 31 se ofrecen los perfiles de riesgo tanto según los criterios del Grupo 1 y del Grupo 2 de sociedades. Según las normas del Grupo 1 de sociedades, los porcentajes de riesgo son algo mayores debido a los puntos de corte corresponden a menor puntaje. A futuro, sería interesante debatir los pros y contras del uso de cada grupo normativo con fines epidemiológicos en nuestro país.

**Tabla 29. Distribución según clasificación de riesgo en el CBCL 1½-5 años en ENDIS RURAL**

	Grupo 1			Grupo 2		
	Normal	Borderline	Clínico	Normal	Borderline	Clínico
<b>Síndrome</b>						
Emocionalmente reactivo	89,8	2,2	8,0	92,0	5,6	2,4
Ansioso/Deprimido	74,6	12,8	12,6	87,4	7,6	5,0
Quejas somáticas	81,6	12,4	6,0	90,1	5,6	4,3
Retraído	90,6	3,3	6,1	93,9	1,7	4,4
Problemas para dormir	93,7	3,5	2,7	97,3	0,6	2,1
Problemas de atención	57,5	31,5	11,0	89,0	7,9	3,1
Conducta agresiva	84,7	6,3	9,0	92,7	4,4	2,9
<b>Segundo orden</b>						
Internalizados	71,0	9,2	19,9	81,8	9,1	9,1
Externalizados	62,2	16,2	21,6	85,2	5,8	9,0
<b>Problemas totales</b>	<b>72,2</b>	<b>11,3</b>	<b>16,5</b>	<b>90,7</b>	<b>3,3</b>	<b>6,0</b>

En la Tabla 30 se observa que el porcentaje de Problemas Totales, Internalizados y Externalizados presenta diferencias que favorecen al sexo femenino con una clara tendencia a mayores problemas clínicos (riesgo elevado) en varones. Esto es particularmente visible en problemas totales y problemas externalizantes, donde se alcanzan diferencias de 5,5 y 4,5 puntos porcentuales respectivamente.

**Tabla 30. Porcentaje de niños y niñas categorizados en los grupos de riesgo del CBCL según sexo**

	Masculino	Femenino
<b>Problemas totales</b>		
Normal	86,8	94,1
Borderline	4,3	2,5
Clínico	8,9	3,4
<b>Problemas Internalizados</b>		
Normal	80,2	83,2
Borderline	9,5	8,8
Clínico	10,3	7,9
<b>Problemas Externalizados</b>		
Normal	83,2	86,9
Borderline	5,3	6,3
Clínico	11,4	6,9

A fines comparativos con los datos de la ENDIS Urbana de 2023, en la Tabla 31 se presentan los datos de los riesgos en CBCL según región Montevideo, Interior Urbano y rural. Se puede apreciar una mayor presencia de riesgos clínicos a nivel rural, así como mayor riesgo borderline en problemas internalizados y externalizados específicamente.

**Tabla 31. Porcentaje de niños y niñas categorizados en el grupo Clínico y Borderline del CBCL según región**

	Montevideo	Interior	RURAL
<b>Problemas totales</b>			
Borderline	4.4	2.9	3,3
Clínico	2.2	3.1	6,0
<b>Problemas Internalizados</b>			
Borderline	5.6	5.6	9,1
Clínico	3.7	5.9	9,1
<b>Problemas Externalizados</b>			
Borderline	3.9	4.6	5,8
Clínico	3.8	4.0	9,0

En la Tabla 32 se presenta el porcentaje de niños y niñas de las categorías Borderline y Clínico según el nivel socioeconómico, estimado a través del tercil de ingreso de esta propia muestra rural al que pertenece el hogar del niño. El porcentaje de niños y niñas con problemas emocionales y comportamentales aumenta en los niños y niñas de contextos más desfavorables - tercil 1. Dicho a la inversa, el porcentaje de niños y niñas sin sospecha de riesgo (normal) aumenta en los terciles de mayores ingresos.

**Tabla 32. Porcentaje de niños y niñas categorizados en el grupo Clínico y Borderline del CBCL según tercil de ingreso del hogar (tercil 1 = más desfavorecido)**

	Tercil 1	Tercil 2	Tercil 3
<b>Problemas totales</b>			
Normal	81,5	93,6	97,2
Borderline	5,8	2,2	1,9
Clínico	12,7	4,2	0,8
<b>Problemas Internalizados</b>			
Normal	68,0	86,8	91,0
Borderline	12,8	7,8	6,7
Clínico	19,2	5,5	2,3
<b>Problemas Externalizados</b>			
Normal	76,5	86,8	92,5
Borderline	7,4	8,6	1,0
Clínico	16,1	4,5	6,5

## Ages & Stages Questionnaires – 3ra versión

### Descripción del instrumento

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

La puntuación de cada dimensión se obtiene mediante la suma de sus seis ítems. Cada ítem tiene una escala de respuesta de tres valores (No= 0, Todavía no= 5, Si= 10). Puntuaciones más altas en el ASQ-3 indican mayores niveles de desarrollo y, por lo tanto, menor probabilidad de padecer rezago en la habilidad evaluada. Ejemplos de ítems por dimensión pueden verse en el informe de la ENDIS 2023.

El ASQ-3 ofrece una clasificación del desarrollo en tres niveles de riesgo, calculados mediante la estandarización de las puntuaciones obtenidas utilizando los valores de la población de referencia. La referencia a la norma fue realizada con más de 18.000 respuestas de los padres de niños y niñas estadounidenses de entre 1 y 66 meses de edad (datos recolectados entre 2000 y 2004). Las puntuaciones que están por debajo de dos desvíos típicos se clasifican como "Riesgo" y las que se ubican entre -2 y -1 desvío típico en "Zona de monitoreo" (Squires et al., 2009). El restante conjunto de puntuaciones se clasifica como "Normal". En este estudio se empleó la tercera versión del instrumento. En los análisis se realiza la interpretación de los 21 cuestionarios (según edad en meses) de manera agregada.

### Resultados del ASQ-3 en ENDIS RURAL

En esta sección se presentarán los resultados del ASQ-3 de la ENDIS RURAL. Se presenta el porcentaje de niños y niñas en riesgo y zona de monitoreo en sus cinco dimensiones. A su vez, se reporta el porcentaje de riesgo por dominio según sexo, región de residencia, comparando los datos rurales con los nacionales y tercil de ingreso.

En la Tabla 33 se presenta el porcentaje de niños y niñas en riesgo y zona de monitoreo para cada dominio del ASQ-3 en esta muestra. El porcentaje de niños y niñas con riesgo oscila entre 4,3% (resolución de problemas) y 6,8% (motricidad fina). En la población de referencia el mismo es del 2,28% (porcentaje equivalente a 2 o más desvíos estándares en una cola). Por tanto, se identifica mayor cantidad de niños y niñas en riesgo que en la población de referencia de Squires et al. (2009).

**Tabla 33. Porcentaje de niños y niñas categorizados en riesgo y zona de monitoreo en el ASQ-3**

	Normal	Monitoreo	Riesgo
<b>Comunicación</b>	<b>87,7</b>	<b>7,1</b>	<b>5,2</b>
<b>Motricidad Gruesa</b>	<b>84,8</b>	<b>8,7</b>	<b>6,5</b>
<b>Motricidad Fina</b>	<b>79,6</b>	<b>13,6</b>	<b>6,8</b>
<b>Resolución de Problemas</b>	<b>86,3</b>	<b>9,4</b>	<b>4,3</b>
<b>Habilidad Socio Individual</b>	<b>85,9</b>	<b>8,7</b>	<b>5,3</b>

En esta muestra el porcentaje de niños y niñas en zona de monitoreo oscila entre 7,1% (comunicación) y 13,6% (motricidad fina), valor idéntico al de la población de referencia estadounidense – esto es, 13,6% que corresponde a porcentaje de distribución entre -2 y -1 desvíos estándar). Esto es, en la muestra de la ENDIS se identifica, en general y exceptuando motricidad fina, menor cantidad de niños y niñas en zona de monitoreo que en Squires et al. (2009). En este estudio la suma de los porcentajes de niños y niñas en riesgo y zona de monitoreo es menor que la reportada en Squires et al. (2009), con la excepción de Motricidad Fina.

En este estudio el 11,3% de la población fue identificado con riesgo en una habilidad evaluada por el ASQ-3; 2,4 % presentan riesgo en dos dominios y el 3 % en tres o más riesgos (el porcentaje restante no fue identificado en la categoría riesgo en ninguna dimensión). En Squires et al. (2009) el 7,4% presenta un riesgo, 19,3% presenta dos riesgos y el 4,3% tres o más riesgos. Al comparar los resultados de ambos estudios se observa que en la población rural uruguaya se identifican mayor cantidad de niños y niñas en riesgo en una habilidad y menor porcentaje en dos o más habilidades del ASQ-3 que en Squires et al. (2009), fenómeno ya observado en la cohorte 2018 y en ENDIS Urbana 2023, cuyos guarismos en esta variable son similares.



El porcentaje de niños y niñas en niveles de alerta por dominio y según sexo es presentado en la Tabla 34. Los varones presentan un porcentaje de riesgo y monitoreo mayor que las mujeres en todos los dominios de la escala. Los varones presentan mayor porcentaje de riesgo en el dominio Motricidad fina, seguida de motricidad gruesa y comunicación. Las mujeres presentan mayor porcentaje en Motricidad fina, seguida de motricidad gruesa y habilidad socio-individual. Resolución de problemas es el dominio con menor porcentaje de riesgo en ambos sexos.

**Tabla 34. Porcentaje de niños y niñas categorizados en riesgo en ASQ-3 según sexo**

	Monitoreo		Riesgo	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
Comunicación	9,0	5,2	7,1	3,4
Motricidad Gruesa	9,1	8,4	8,5	4,6
Motricidad Fina	16,5	10,9	8,9	4,8
Resolución de Problemas	10,1	8,8	5,7	3,0
Habilidad Socio-individual	12,4	5,3	6,1	4,6

La Tabla 35 se presenta el porcentaje de riesgo clasificado por residencia (capital o interior) en la ENDIS Urbana comparándolo con esta muestra rural. Los resultados muestran una tónica de menor riesgo y monitoreo comparado con ambas regiones urbanas (a excepción de monitoreo en motricidad gruesa).

**Tabla 35. Porcentaje de niños y niñas categorizados con alerta (monitoreo o riesgo) en ASQ-3 según región**

	Monitoreo			Riesgo		
	Mvd	Int	RURAL	Mvd	Int	RURAL
Comunicación	8.7	7.4	7,1	7.5	5.9	5,2
Motricidad Gruesa	6.6	7.8	8,7	8.9	7.3	6,5
Motricidad Fina	14.5	14.1	13,6	10.8	10.5	6,8
Resolución de Problemas	9.7	10.4	9,4	9.1	9.3	4,3
Habilidad Socio-individual	13.8	9.6	8,7	8.3	6.7	5,3

En la Tabla 36 se presenta la distribución por tercil de las categorías riesgo y monitoreo en cada dominio del ASQ-3. En términos generales, se observa un patrón relativamente escalonado donde los niños y niñas del tercil 3 (más favorecido) presentan mayores niveles de desarrollo esperado que los otros dos terciles, a excepción de comunicación. Resolución de problemas es la dimensión con el patrón claramente escalonado. Las mayores brechas de riesgo entre los niños y niñas de tercil 1 y 3 se aprecian en las dimensiones habilidad socio-individual, motricidad fina y motricidad gruesa. Cabe recordar que estos terciles no son comparables a los terciles de NSE que se refieren en ENDIS Urbana 2023.

**Tabla 36. Porcentajes de niños y niñas categorizados en riesgo en ASQ-3 según tercil de ingreso**

	Tercil 1	Tercil 2	Tercil 3
<b>Comunicación</b>			
Normal	88,9	87,0	87,1
Monitoreo	5,7	6,1	9,8
Riesgo	5,4	6,9	3,1
<b>Motricidad Gruesa</b>			
Normal	83,6	82,4	88,8
Monitoreo	9,2	10,1	6,7
Riesgo	7,3	7,5	4,4
<b>Motricidad Fina</b>			
Normal	75,4	80,1	84,0
Monitoreo	16,6	11,7	12,2
Riesgo	8,0	8,2	3,9
<b>Resolución de Problemas</b>			
Normal	82,6	86,2	90,6
Monitoreo	12,0	9,7	6,1
Riesgo	5,3	4,1	3,3
<b>Habilidad Socio-Individual</b>			
Normal	83,2	84,2	91,1
Monitoreo	10,2	9,1	6,6
Riesgo	6,6	6,7	2,2

## Conclusiones

Este capítulo analizó por primera vez, hasta donde llega nuestro conocimiento, el desarrollo temprano cognitivo, motor y socioemocional de los niños y niñas pequeños en muestras de la población rural uruguaya, mientras exploró su relación con variables sociodemográficas y se los compara con la ENDIS nacional urbana.

A grandes rasgos, los resultados replican los hallazgos vinculados al nivel de desarrollo infantil temprano de la ENDIS urbana 2023 (Vásquez-Echeverría & González, 2024) e informes previos (Álvarez-Núñez, González, & Vásquez-Echeverría, 2019). En términos absolutos, se observa que existen mayores riesgos de problemas socio-emocionales y de comportamiento a nivel rural. Por otro lado, se observa un porcentaje algo menor de riesgo en el desarrollo cognitivo y motor a nivel rural, dentro de un patrón relativamente homogéneo de datos. Este fenómeno de “cruce” entre los resultados socioemocionales y cognitivos según región debe ser interpretado con cautela ya que correspondería realizar controles estadísticos pertinentes para determinar la significación de dicha diferencia. Además, existen diferencias en los momentos de aplicación de las encuestas y eso es un fenómeno que puede afectar el desempeño en varias áreas debido a su relación con el calendario escolar y otros eventos socio-históricos (ej.: González et al., 2022).

En cuanto a otras variables sociodemográficas, se aprecia que las diferencias según sexo son más marcadas que en la encuesta nacional, favoreciendo al sexo femenino en todos los casos. El contexto socioeconómico de las familias, también muestra la tendencia general de otros informes de la ENDIS, dónde se aprecia que existen mayores niveles de riesgo para los niños y niñas que crecen en los contextos más desfavorecidos, siendo esto coincidente con tendencias observadas en encuestas previas en nuestro país (Vásquez-Echeverría et al., 2022).

## ECDI 2030

### Por UNICEF

El desarrollo en la primera infancia es un proceso multidimensional que implica una progresión ordenada de las habilidades y capacidades motoras, cognitivas, lingüísticas, socioemocionales y de control a lo largo de los primeros años de vida<sup>7</sup>. Aunque estas capacidades se refieren a dominios distintos del desarrollo en la primera infancia, estos están interconectados. Fomentar y apoyar todas estas dimensiones de forma integral es fundamental para garantizar que las niñas y los niños puedan alcanzar su pleno potencial. El crecimiento físico, alfabetización y la adquisición de nociones elementales de aritmética, el desarrollo socioemocional y la preparación para el aprendizaje sientan las bases para la salud, el aprendizaje y el bienestar a lo largo de la vida<sup>8</sup>.

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

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

- Subdominios de salud: motricidad gruesa, motricidad fina y autocuidado.
- Subdominios de aprendizaje: lenguaje expresivo, alfabetización, aritmética, preescritura y funcionamiento ejecutivo.
- Subdominios de bienestar psicosocial: habilidades emocionales, habilidades sociales, conducta internalizante y conducta externalizante.

El módulo del ECDI2030 no está diseñado para informar sobre cada dominio por separado. En cambio, está pensado para generar una puntuación resumida que plasme los conceptos de desarrollo interrelacionados incluidos en los tres dominios mencionados en el ODS 4.2.1<sup>9</sup>. El indicador obtenido a partir del módulo del ECDI2030 es el porcentaje de niños y niñas de entre 24 y 59 meses que han alcanzado la cantidad mínima de hitos que se esperan para su grupo de edad<sup>10</sup>.

El cálculo de este indicador permite conocer las diferencias en el desarrollo en primera infancia en distintos grupos de población del país, y la metodología permite su comparabilidad internacional y a lo largo del tiempo, aunque dado que se trata de una metodología reciente, todavía son pocos los países que lo han implementado. Por otra parte, dado que la metodología se implementó tanto en la ENDIS RURAL como en la ENDIS 2023, los resultados permiten comparar el desarrollo infantil en los entornos rurales y urbanos del país.

7\_ UNICEF et al. "Advancing Early Childhood Development: From Science to Scale". Resumen, The Lancet, 2016. [https://www.thelancet.com/pb-assets/Lancet/stories/series/ecd/Lancet\\_ECD\\_Executive\\_Summary.pdf](https://www.thelancet.com/pb-assets/Lancet/stories/series/ecd/Lancet_ECD_Executive_Summary.pdf).

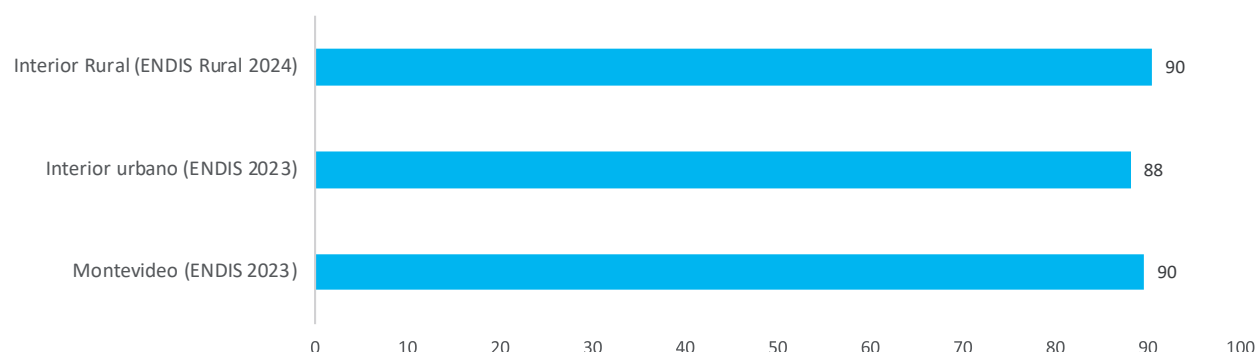
8\_ Shonkoff, J., y D. Phillips. From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development. Washington, D.C.: National Academy Press, 2000; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Early Moments Matter, Nueva York: UNICEF, 2017.

9\_ Para obtener más información sobre el desarrollo del módulo del ECDI2030 y el indicador relacionado, véase "ECDI2030 Frequently Asked Questions" [Preguntas frecuentes sobre el ECDI2030]: <https://data.unicef.org/resources/early-childhood-development-index-2030-e CDI2030/>

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

De acuerdo a los datos relevados en la ENDIS RURAL, el 90% de los niños y niñas de entre 24 y 59 meses en entornos rurales de Uruguay presentaban un desarrollo adecuado en las dimensiones consideradas por el indicador. Como se puede ver en el Gráfico 46, ese porcentaje es muy similar al estimado en 2023 para el interior urbano (88%) y para Montevideo (90%).

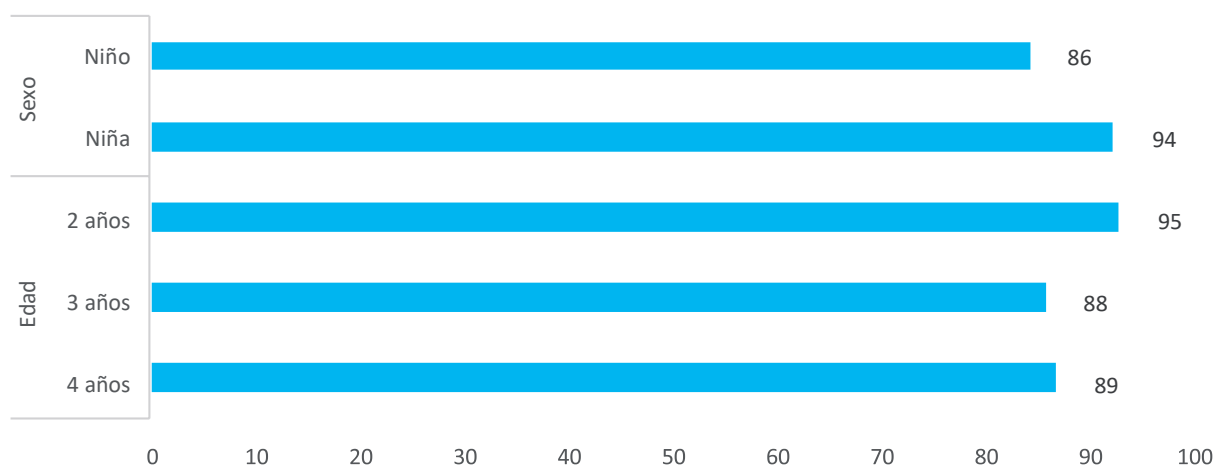
**Gráfico 46. Porcentaje de niños y niñas de 24 a 59 meses cuyo desarrollo es adecuado en cuanto a la salud, el aprendizaje y el bienestar psicosocial, según características región**



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

El Gráfico 47 muestra, para los niños y las niñas de la ENDIS RURAL, las diferencias en este indicador según algunas características demográficas. En cuanto al sexo, el porcentaje cuyo desarrollo es adecuado es algo mayor entre las niñas (94%) que entre los niños varones (86%), una diferencia similar a la registrada en entornos urbanos. En cuanto a las edades, el porcentaje que alcanzó la cantidad mínima de hitos que se esperan para su edad es algo mayor entre los niños y niñas de 2 años (95%), que entre quienes tienen 3 y 4 años, algo que también se observa de manera similar en los entornos urbanos.

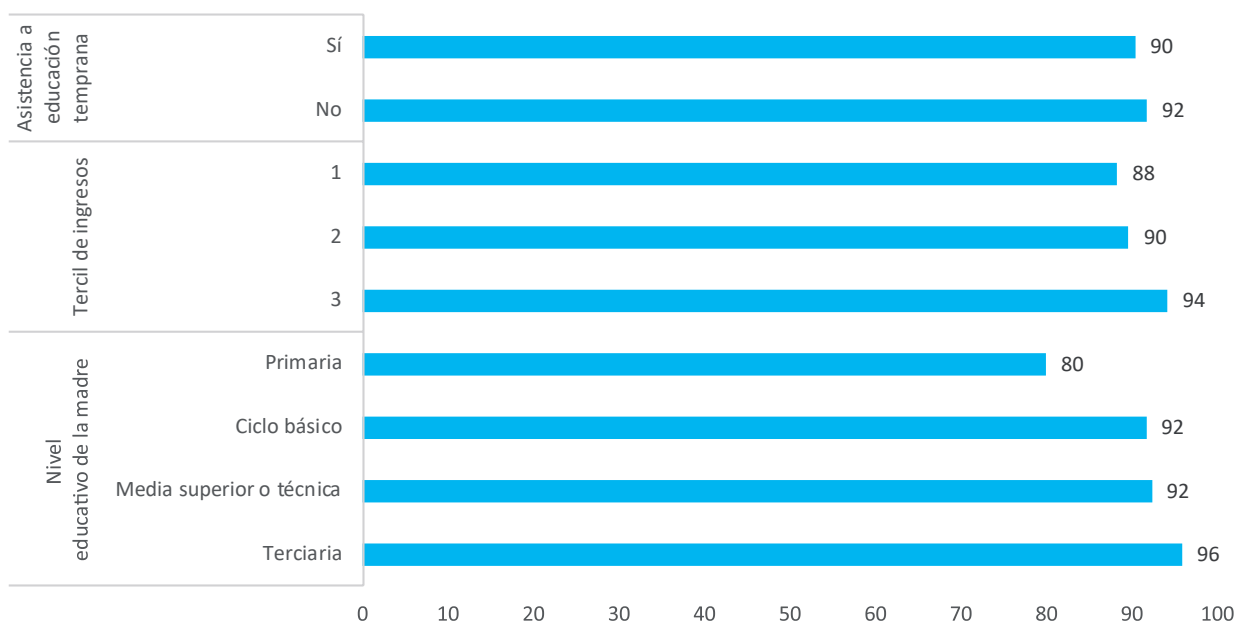
**Gráfico 47. Porcentaje de niños y niñas de 24 a 59 meses cuyo desarrollo es adecuado en cuanto a la salud, el aprendizaje y el bienestar psicosocial, según características demográficas**



Por otra parte, el Gráfico 48 muestra las diferencias en este indicador según algunas características educativas y socioeconómicas del hogar. En cuanto a la asistencia del niño o niña a un centro educativo, la proporción que presenta un desarrollo adecuado es similar entre quienes no asisten a educación inicial (92%) que entre quienes sí (90%). Sin embargo, es en las características socioeconómicas del hogar en las que se observan mayores diferencias: los niños y niñas que nacen en hogares de mayores ingresos tienen mayor probabilidad de alcanzar los hitos esperados para su edad, algo que sucede a nivel nacional pero también al considerar exclusivamente los entornos rurales del país. En el tercil más alto, el 94% los alcanza, mientras que el porcentaje es 90% en el tercil medio y 88% en el tercil de más bajos ingresos.

Por otro lado, también se observan diferencias importantes según el máximo nivel educativo alcanzado por la persona referente, que sirve como una medida del clima educativo del hogar en general. A mayor nivel educativo de la persona referente, mayor la proporción de niños y niñas que presentan un desarrollo adecuado para su edad. El 96% de las niñas y niños en entornos rurales cuya madre cuenta con educación terciaria alcanzaron los hitos considerados, mientras que el porcentaje cae a 80% en aquellos cuya madre no finalizó el ciclo básico.

**Gráfico 48. Porcentaje de niños y niñas de 24 a 59 meses cuyo desarrollo es adecuado en cuanto a la salud, el aprendizaje y el bienestar psicosocial, según características educativas y socioeconómicas**



## Referencias bibliográficas

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles. Burlington, VT : University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2010). Multicultural Supplement to the Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles: Child Behavior Checklist for Ages 1 1/2-5, Language Development Survey, Caregiver-teacher Report Form; an Integrated System of Multi-informant Assessment. University of Vermont, research center for children youth & families.
- Alvarez-Nuñez, L., Gonzalez, M. & Vásquez-Echeverría, A. (2019). Desarrollo Infantil EN: Núñez, Martínez, Garibotto (Comps). Primeros resultados de la Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud - Chorte 2018. ENDIS / MIDES
- Alvarez-Nuñez, L., González, M., Rudnitzky, F., & Vásquez-Echeverría, A. (2021). Psychometric properties of the ASQ-3 in a nationally representative sample of Uruguay. *Early Human Development*, 157, 105367.
- González, M., Loose, T., Liz, M., Pérez, M., Rodríguez-Vinçon, J. I., Tomás-Llerena, C., & Vásquez-Echeverría, A. (2022). School readiness losses during the COVID-19 outbreak. A comparison of two cohorts of young children. *Child Development*, 93(4), 910-924.
- Global Nutrition Report, 2022 <https://globalnutritionreport.org/reports/2022-global-nutrition-report/>
- Encuesta Nacional de Lactancia, Prácticas de Alimentación y Anemia en menores de 24 meses [https://bibliotecaunicef.uy/opac\\_css/index.php?lvl=notice\\_display&id=227](https://bibliotecaunicef.uy/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=227)
- Encuesta de Nutrición, Desarrollo infantil y Salud (ENDIS 2018) <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/encuesta-nutricion-desarrollo-infantil-salud-0>
- MSP – RUANDI – UNICEF. (2019). Encuesta Nacional sobre estado nutricional, prácticas de alimentación y anemia. En niños menores de dos años usuarios de servicios de salud de los subsectores públicos y privados del Uruguay.
- MSP. (2016). Guía Alimentaria para la población uruguaya. Obtenido de [http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos\\_adjuntos/MS\\_guia\\_web\\_0.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/MS_guia_web_0.pdf)
- MSP. (2017). Norma Nacional de Lactancia Materna. Ordenanza Ministerial N° 62. Montevideo, Montevideo, Uruguay.
- MSP. (2018). Recomendaciones para la prevención y el tratamiento de la deficiencia de hierro.
- OMS, Indicators for assessing infant and young child feeding practices: definitions and measurement methods <https://www.who.int/publications/i/item/9789240018389>
- The Lancet 2023, Breastfeeding: crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world, [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)01932-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)01932-8/fulltext)
- Rescorla, L. A., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Harder, V. S., Otten, L., Bilenberg, N., ...Verhulst, F. C. (2011). International Comparisons of Behavioral and Emotional Problems in Preschool Children: Parents' Reports from 24 Societies. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(3), 456-467. <https://doi.org/10.1080/15374416.2011.563472>
- Squires, J., Bricker, D., & Twombly, E. (2009). Ages & stages questionnaires. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- Shonkoff, J., y D. Phillips. From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development. Washington, D.C.: National Academy Press, 2000; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Early-Moments Matter, Nueva York: UNICEF, 2017.



UNICEF et al. "Advancing Early Childhood Development: From Science to Scale". Resumen, The Lancet, 2016. [https://www.thelancet.com/pb-assets/Lancet/stories/series/ecd/Lancet\\_ECD\\_Executive\\_Summary.pdf](https://www.thelancet.com/pb-assets/Lancet/stories/series/ecd/Lancet_ECD_Executive_Summary.pdf).

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

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

Vásquez-Echeverría, A. & González, M. (2024). Desarrollo infantil y personalidad del cuidador principal. En: Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud (ENDIS). Principales Resultados Cohorte 2023 (pp 127-143). Endis – INE – MIDES - MSP [https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/Informe%20ENDIS%202023\\_web.pdf](https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/Informe%20ENDIS%202023_web.pdf)







**Ministerio  
de Desarrollo Social**