

Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud Informe de la Segunda ronda

Mayo de 2018

AUTORIDADES

Instituciones integrantes de la Comisión Rectora de la ENDIS:

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

Ministra Mtra. Marina Arismendi

Sub Secretaria Prof. Ana Olivera

Director Dirección Nacional Uruguay Crece Contigo Mag. Pablo Mazzini

Director Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo Mag. Juan Pablo Labat

Secretario Nacional de Cuidados Soc. Julio Bango

Ministerio de Salud Pública

Ministro Dr. Jorge Basso Garrido

Sub Secretario Jorge Quian

Responsable del Programa Nacional de Salud de la Niñez Dra. Claudia Romero

Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay

Presidenta T.S. Marisa Linder

Vicepresidente P.S Social Fernando W. Rodríguez Herrera

Director de la Secretaría de Primera Infancia Psic. Jorge Ferrando

Ministerio de Educación y Cultura

Ministra Dra. María Julia Muñoz

Sub Secretaria Mag. Edith Moraes

Directora de la Dirección de Educación Rosa Ángelo

Director de Primera Infancia Prof. Lic. Juan Mila

Instituto Nacional de Estadística

Directora Técnica Ec. Laura Nalbarte

Sub Director Cr. Manuel Rodríguez

La encuesta se realizó en el marco de la ejecución del componente 9 del Programa IBTAL, financiado con el préstamo 8116-ur del Banco Mundial.

AGRADECIMIENTOS

Presidencia de la República Oriental del Uruguay - Oficina de Planeamiento y Presupuesto - Director Cr. Álvaro García.

A la Doctora Cristina Lustemberg y la Mag. Mariela Solari ex Directoras de Uruguay Crece Contigo.

Grupo de Estudios de Familia (GEF) - Fundación de apoyo a la Facultad de Ciencias Económicas y Administración (FCEA) de la Universidad de la República (UdelaR).

Banco Interamericano de Desarrollo (BID) Rita Sorio, Florencia Lopez Boo, Sara Schodt

Esta investigación fue posible debido a la colaboración de las personas a cargo de los niños seleccionados para el trabajo de campo, quienes aceptaron participar, recibir encuestadores en sus hogares, responder un largo cuestionario y permitir que se tomaran medidas antropométricas y se realizaran pruebas de desarrollo a los niños. Queremos agradecer muy especialmente a los niños y a los adultos que participaron en el estudio. Asimismo, deseamos reconocer al equipo de campo del INE por la labor realizada y su fuerte compromiso con este trabajo.

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 el conocimiento acumulado en la edición anterior de la presente encuesta. El procesamiento y análisis de indicadores y la redacción de los capítulos fueron realizados por:

Por la Dirección Nacional Uruguay Crece Contigo – División de Gestión del Conocimiento e Innovación para la Primera Infancia - Directora Florencia Cerruti
Christian Berón,
Florencia Köncke,
Giorgina Garibotto,
Nathalia Martínez

Por la DINEM División de Estudios Sociales y Trabajo de Campo – Directora Lorena Custodio y por la División de Observatorio social de Programas e Indicadores – Director Manuel Piriz,
Karina Colombo,
Mariana Melgar,
Gabriela Pedetti,
Martina Querejeta,
Fanny Rudnitzky

COLABORADORES

Se agradecen los aportes sustantivos realizados por los siguientes expertos:
Andrea Vigorito y Gonzalo Salas del GEF de la UDELAR y Cecilia Toledo del INE.

Tabla de Contenidos

RESUMEN	10
I. INTRODUCCIÓN	12
II. CARACTERÍSTICAS DE LA SEGUNDA RONDA	14
II.1 <u>Áreas temáticas</u>	14
II.2 <u>Población objetivo</u>	14
II.3 <u>Preparación para el trabajo de campo</u>	16
II.3.1 Actualización de la información de las familias	16
II.3.2 Perfil del personal y capacitación	16
II.4 <u>Instrumentos de medición utilizados</u>	16
II.4.1 Evaluación del desarrollo infantil	16
II.4.2 Evaluación del crecimiento infantil	17
II.4.3 Evaluación de la actividad física y horas de pantalla	18
II.4.4 Evaluación del entorno familiar y estado emocional de los referentes	19
III. PRINCIPALES RESULTADOS	20
III.1 <u>Caracterización general de los hogares y vivienda</u>	21
III.1.1 Composición de los hogares	21
III.2 <u>Caracterización general de las madres</u>	26
III.2.1 Nivel educativo y condición de actividad de las madres	27
III.2.2 Bienestar psicológico y emocional de las madres	30
III.3 <u>Fecundidad y planificación familiar</u>	31
III.4 <u>Vínculo con el referente masculino</u>	33
III.5 <u>Acceso a programas sociales</u>	35
III.5.1 Programa de transferencias monetarias	35
III.5.2 Programas de Acompañamiento familiar	37
III.5.3 Todas las prestaciones sociales	37
III.6 <u>Seguridad alimentaria</u>	38
III.7 <u>Características de los niños de 2 a 6 años</u>	39
III.7.1 Salud infantil	39
III.7.2 Prácticas de lactancia, alimentación y estado nutricional	41
III.7.3 Estado nutricional de las madres y su vínculo con el estado nutricional de los niños	47
III.7.4 Seguridad alimentaria y la relación con el estado nutricional de los niños	48

III.7.5	Sueño, actividad física y horas de pantalla	48
III.7.6	Asistencia a centros educativos y de cuidados	49
III.7.7	Prácticas de Crianza	51
III.7.8	Toma de decisiones en relación a la educación, hábitos, salud y límites	52
IV.CONCLUSIONES		53
Bibliografía		57

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 CANTIDAD DE NIÑOS RELEVADOS SEGÚN RONDAS.....	14
Tabla 2 EDAD DE LOS NIÑOS Y NIÑAS ENTREVISTADOS EN LA SEGUNDA RONDA.....	14
Tabla 3 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS NIÑOS SEGÚN TAMAÑO DEL HOGAR EN EL QUE RESIDEN.....	20
Tabla 4 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS NIÑOS SEGÚN MATERIAL PREDOMINANTE DE PAREDES, TECHOS Y PISOS DE LA VIVIENDA DONDE HABITAN.....	23
Tabla 5 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS NIÑOS SEGÚN CANTIDAD DE AÑOS DE ESTUDIO DE LA MADRE.....	25
Tabla 6 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS NIÑOS CUYAS MADRES DEJARON DE ESTAR OCUPADAS ENTRE UNA Y OTRA RONDA SEGÚN RAZONES POR LAS QUE DEJARON DE ESTAR OCUPADAS.....	26
Tabla 7 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS NIÑOS CUYAS MADRES PASARON DE ESTAR NO OCUPADAS EN LA PRIMER RONDA A ESTARLO EN LA SEGUNDA SEGÚN RAZONES POR LAS QUE PASARON A ESTAR OCUPADAS.....	27
Tabla 8 BIENESTAR PSICOLÓGICO Y ESTADO EMOCIONAL DE LAS MADRES (SRQ20 o Edimburgo según corresponda) SEGÚN EDAD DE LOS NIÑOS Y QUINTIL DE INGRESOS.....	29
TABLA 9 PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS POR MUJER SEGÚN QUINTIL.....	30
TABLA 10 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE NIÑOS SEGÚN PREFERENCIAS DE LA MADRE SEGÚN TERCIL, REGIÓN Y AÑOS DE EDUCACIÓN.....	30
Tabla 11 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS NIÑOS QUE NO CONVIVEN CON EL PADRE SEGÚN MOTIVOS POR LOS QUE NO CONVIVEN.....	32
Tabla 12 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS NIÑOS QUE NO CONVIVEN CON EL PADRE SEGÚN FRECUENCIA CON LA QUE VEN AL PADRE.....	33
Tabla 13 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS NIÑOS SEGÚN ACCESO DEL HOGAR A TARJETA URUGUAY SOCIAL.....	35
Tabla 14 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE NIÑOS/AS SEGÚN COBERTURA DE PROGRAMAS DE ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR.....	35
Tabla 15 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE NIÑOS INMUNIZADOS CONTRA LA GRIPE SEGÚN TERCIL DEL HOGAR EN EL QUE VIVEN.....	38
Tabla 16 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE NIÑOS Y NIÑAS QUE REALIZA LOS 4 TIEMPOS DE COMIDAS Y COMPAÑÍA FAMILIAR DURANTE LAS MISMAS.....	40
Tabla 17 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE NIÑOS SEGÚN CONSUMO DE GRUPOS DE ALIMENTOS RECOMENDADOS EN LA ÚLTIMA SEMANA, TOTAL Y SEGÚN NIVEL DE INGRESOS.....	41
TABLA 18 CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL POR EDAD.....	42
Tabla 19 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS NIÑOS SEGÚN EDAD Y ASISTENCIA ACTUAL A CENTROS EDUCATIVOS Y DE CUIDADO.....	47
Tabla 20 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS NIÑOS SEGÚN EDAD Y TIPO DE CENTRO EDUCATIVO Y DE CUIDADO AL QUE CONCURREN.....	48
Tabla 21 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS NIÑOS SEGÚN LUGAR PARA DORMIR Y TERCIL DE INGRESOS DEL HOGAR.....	51

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS NIÑOS SEGÚN TIPO DE HOGAR POR AÑOS DE ESTUDIO DE LA MADRE Y QUINTILES DE INGRESOS PER CAPITA DEL HOGAR.....	22
Gráfica 2 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE NIÑOS QUE RESIDEN EN HOGARES EN SITUACIÓN DE HACINAMIENTO POR AÑOS DE ESTUDIO DE LA MADRE, QUINTILES DE INGRESOS PER CAPITA DEL HOGAR, REGIÓN Y EDAD DEL NIÑO.....	24
Gráfica 3 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS NIÑOS SEGÚN FORMA DE TENENCIA DE LA VIVIENDA DEL HOGAR EN EL QUE RESIDEN POR QUINTILES DE INGRESOS PER CAPITA DEL HOGAR.....	25
Gráfica 4 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE NIÑOS RESIDIENDO EN VIVIENDAS CON CARENCIAS EN SANEAMIENTO Y CON CARENCIAS EN ACCESO AL AGUA SEGÚN QUINTILES DE INGRESOS PER CAPITA DEL HOGAR.....	26
Gráfica 5 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE NIÑOS CON MADRES OCUPADAS SEGÚN NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE, QUINTILES DE INGRESOS PER CAPITA DEL HOGAR, REGIÓN Y EDAD DEL NIÑO.....	27
Gráfica 6 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS NIÑOS SEGÚN SITUACIÓN DE OCUPACIÓN DE LA MADRE EN LA PRIMERA Y EN LA SEGUNDA RONDA DE LA ENCUESTA.....	28
Gráfica 7 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE NIÑOS CON MADRES OCUPADAS QUE NO APORTAN A LA SEGURIDAD SOCIAL SEGÚN NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE, QUINTILES DE INGRESOS, REGIÓN Y EDAD DEL NIÑO.....	29
Gráfica 8 PROMEDIO DE HORAS TRABAJADAS EN UN TRABAJO REMUNERADO POR LAS MADRES DE NIÑOS QUE SE ENCUENTRAN OCUPADAS SEGÚN NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE Y QUINTILES DE INGRESOS PER CAPITA DEL HOGAR.....	30
Gráfica 9 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE NIÑOS QUE VIVEN CON EL PADRE SEGÚN NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE, QUINTILES DE INGRESOS PER CAPITA DEL HOGAR Y EDAD DEL NIÑO.....	34
Gráfica 10 COBRO DE AFAM Y DISTRIBUCIÓN SEGÚN QUINTIL DE INGRESO.....	36
Gráfica 11 BENEFICIARIO DE ALGUNA PRESTACIÓN Y DISTRIBUCIÓN SEGÚN QUINTIL DE INGRESO.....	38
Gráfica 12 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE NIÑOS SEGÚN GRADO DE SEGURIDAD ALIMENTARIA, TOTAL Y SEGÚN TERCIL DE INGRESOS.....	39
Gráfica 13 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE NIÑOS SEGÚN PROBLEMAS NUTRICIONALES A NIVEL NACIONAL.....	45
Gráfica 14 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE NIÑOS CON PROBLEMAS NUTRICIONALES SEGÚN SEXO.....	45
Gráfica 15 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE NIÑOS CON PROBLEMAS NUTRICIONALES SEGÚN TERCIL DE INGRESOS.....	46
Gráfica 16 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE NIÑOS CON PROBLEMAS NUTRICIONALES SEGÚN RONDA.....	46
Gráfica 17 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS NIÑOS, SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL PROPIO Y ESTADO NUTRICIONAL DE LA MADRE.....	48
Gráfica 18 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS NIÑOS SEGÚN ASISTENCIA A CENTRO EDUCATIVO Y DE CUIDADO Y QUINTIL DE INGRESOS EN CADARONDA.....	50

RESUMEN

La Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud (ENDIS) tiene como **Objetivo General** generar conocimiento para orientar el diseño e implementación de las políticas de primera infancia basadas en evidencias sólidas sobre el estado nutricional, el desarrollo y salud de la población infantil y su evolución durante el proceso de crecimiento.

Metodología: Encuesta de panel, realizada a partir de una selección de hogares donde viven niños con 2 años cumplidos hasta diciembre de 2012 y hogares con niños con hasta 3 años cumplidos hasta diciembre de 2013 de la Encuesta Continua de Hogares del INE Febrero 2012 – noviembre 2013. En esta encuesta se relevaron 2.611 niños y niñas entre 2 y 6 años de edad.

Principales resultados: el 65% de los niños y niñas viven en hogares nucleares; el 72% de los niños convive con el padre, cuando no conviven con su padre el contacto es escaso o nulo en la mitad de los casos. El 65% de los niños viven con madres que se encuentran ocupadas, siendo este guarismo superior al porcentaje observado en la primer ronda (60%); un 15% de los niños tienen referentes que presentan algún indicio de alteraciones psicoemocionales de acuerdo a los test SQR20 y Edimburgo; entre las rondas un 15% de las niños tuvo más hermanos; las madres pertenecientes a los niveles más altos de ingresos y de mayor nivel educativo manifiestan que tuvieron menos hijos de los que tendrían si pudieran volver a elegir. El 81% de los niños y niñas del primer quintil de ingresos vive en un hogar que cobra AFAM. El carné de salud y de vacunación son prácticamente universales (97%). El 97% de los casos la alimentación está compuesta por 4 comidas al día. La cena es la comida más compartida por el niño con algún integrante de su hogar. La inclusión semanal de los grupos de alimentos recomendados es insuficiente al compararla con las últimas recomendaciones nacionales. La mitad de los niños realiza alguna entre comida y el 20% incluye alimentos ricos en grasa, sal y azúcar en las mismas. El 20% consume, para quitarse la sed bebidas con azúcar. Los problema nutricional más importante sigue siendo el exceso de peso (IMC/E_≥+2DS) y en segundo lugar el retraso de crecimiento, 12,6% y 5,6% respectivamente. Se encontraron vinculaciones del estado nutricional entre madre e hijo, tanto en los casos de déficit como de exceso. El 58% de los niños viven en hogares con seguridad alimentaria y el 4,8% viven en hogares que presentan inseguridad alimentaria severa, no presentando cambios significativos respecto a la ronda 1 de la encuesta. Los problemas por déficit nutricional son más prevalentes en los hogares con algún grado de inseguridad alimentaria. El 21% de los niños realiza alguna actividad física fuera del centro educativo. La asistencia a centros de educación inicial y cuidados aumenta con la edad llegando al 95% en los niños de 5 y 6 años. El promedio semanal de horas de asistencia para los niños de 2 años es de 18,3 y de 24,3 para aquellos de 5 años o más. El 7% de los niños es cuidado por personas remuneradas además del cuidado principal realizado por madres, padres y abuelos. En la semana anterior a la visita un adulto le leyó un cuento o fragmento de un libro al 65% de los niños al menos un día y en el mismo período al 19% se le leyó o contó un cuento a diario. El 59% de los niños juega con un adulto en forma diaria. El 62% de los niños siempre duerme en su propia cama, porcentaje que va disminuyendo a medida que lo hace el nivel de ingresos. En los hogares donde viven ambos padres las decisiones relacionadas

con educación, hábitos y límites son tomadas conjuntamente en el 70% de los casos.

Conclusiones: al observar los principales resultados entre la ronda 1 y la ronda 2 la composición de los hogares se observa una disminución leve de la convivencia con el padre (de 76% a 73%).

Globalmente se mantienen las cifras de los principales problemas nutricionales entre ambas rondas. La alimentación habitual presenta una inclusión insuficiente de alimentos recomendados y un consumo elevado de aquellos ricos en grasa, sal y azúcar. La inseguridad alimentaria se mantuvo en cifras similares en este periodo. Tal como es de esperar por el aumento de edad de los niños, aumenta la asistencia a centros educativos, el porcentaje de asistencia pasa de 36% a 77% entre ambas rondas, incremento explicado principalmente por los niños y niñas de 4 a 6 años. Respecto a las prácticas de crianza, se observan importantes diferencias por tercil de ingreso, disminuyendo sustantivamente la disponibilidad de libros en el primero. El 62% de los niños duermen frecuentemente solos en su cama.

Este primer análisis de carácter general de la información abre un conjunto importante de temas de investigación que requieren un análisis específico más profundo, los cuales sin duda trascenderán las perspectivas de esta primera exploración. Asimismo, la posibilidad de realizar el estudio entre rondas del panel permitirá conocer con mayor profundidad la evolución de estos desempeños y sus interrelaciones, lo que posibilitará realizar un análisis más profundo de la realidad.

Para facilitar la lectura, hemos utilizado el término niños para referirnos a niños y niñas, sin que ello implique discriminación de género.

I. INTRODUCCIÓN

La Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud (ENDIS) es la primera investigación sobre primera infancia con metodología de panel, encuesta de hogares y con representatividad nacional realizada en el país que permite estudiar tres aspectos interrelacionados y poco estudiados en Uruguay a escala poblacional: nutrición, desarrollo infantil y salud.

En el año 2013 Uruguay Crece Contigo (UCC) en el marco de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto de Presidencia (OPP) junto al Instituto Nacional de Estadística (INE) impulsan la realización de la ENDIS en el marco de la ejecución del componente 9 del Programa IBTAL, financiado con el préstamo 8116-ur del Banco Mundial (BM). Para ello se firmó un convenio que contemplaba el asesoramiento sobre la encuesta, entre OPP, la Fundación de apoyo a la Facultad de Ciencias Económicas y Administración (FCEA) de la Universidad de la República (UdelAR).

A partir de dicho convenio el Grupo de Estudios de Familia (GEF) de la FCEA, junto con el INE y UCC llevaron adelante la primera ronda del panel.

En la segunda ronda del panel, financiada por el mismo componente del préstamo, el GEF asesoró en la planificación y prestó asistencia para la capacitación de encuestadores y procesamiento, siendo el INE y UCC quienes coordinaron la implementación. En dicha edición, se contó con la cooperación técnica del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para la capacitación en la aplicación del instrumento de medición del ambiente del hogar, HOME, que se describe más adelante.

El objetivo principal de la ENDIS es: **generar conocimiento para orientar el diseño e implementación de las políticas de primera infancia basadas 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 se realizó en una muestra de hogares con niños menores de 4 años de todo el territorio nacional obteniéndose un panel inicial de aproximadamente 3000 casos, los que ya fueron visitados en dos rondas en 2013 y 2015.

La primera ronda del panel fue realizada en el año 2013 y permitió establecer una línea de base para la primera infancia, inexistente previamente.

Durante el año 2015 y el primer semestre de 2016 se realizó la segunda ronda, lo que permitió conocer con mayor profundidad la evolución del desempeño en diferentes áreas de la nutrición, desarrollo infantil y salud así como sus interrelaciones con factores ambientales, económicos y sociales.

La información recabada en la primera ronda fue analizada y sistematizada en un informe (GEF/IECON, 2015), que conjuntamente con los microdatos, se encuentra disponible en el SITIO WEB

del INE para ser utilizado por investigadores o grupos de estudio vinculados a esta temática¹.

A partir de 2015, atendiendo a los cometidos del MIDES relacionados a su rol como coordinador de las acciones, planes y programas intersectoriales del Poder Ejecutivo, se propone la creación de una Comisión Interinstitucional Rectora de la ENDIS integrada por el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU), el Instituto Nacional de Estadística (INE) y el Ministerio de Educación y Cultura (MEC).

El presente documento resume los principales resultado de la segunda ronda de la encuesta, así como algunos datos preliminares del análisis longitudinal del panel elaborado en conjunto desde el MIDES por las Dirección Nacional Uruguay Crece Contigo y la Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo con los aportes de la Comisión Rectora de la ENDIS. Se incluye un análisis inicial sobre el contexto de los niños, que abarca aspectos tales como los arreglos familiares y de cuidado, la situación laboral de las madres, el nivel socioeconómico de los hogares, las prácticas de crianza y de alimentación, estaco nutricional, seguridad alimentaria y el acceso al sistema de protección social.

El informe se organiza de la siguiente manera: Introducción, presentación breve de las características generales de esta segunda ronda de la encuesta que incluye detalles del relevamiento y los instrumentos utilizados (capítulo II). Los principales resultados obtenidos se presentan en el capítulo III. Por último, en el capítulo IV las conclusiones.

En la página web del INE² se encuentran disponibles el cuestionario de la encuesta, el informe de campo, la ficha técnica correspondiente y los microdatos.

¹<http://www.ine.gub.uy/encuesta-nacional-de-infancia-salud-nutricion-y-desarrollo-infantil-endis-2013>

²www.ine.gub.uy

II. CARACTERÍSTICAS DE LA SEGUNDA RONDA

II.1 Áreas temáticas

El cuestionario incluye los siguientes módulos temáticos, algunos de los cuales fueron ajustados según las edades de los encuestados respecto a la primera ronda:

- Caracterización socioeconómica y demográfica.
- Identificación y acceso a prestaciones sociales.
- Acceso a servicios de educación preescolar.
- Seguridad alimentaria.
- Valoración del estado nutricional de los niños, mediante antropometría.
- Prácticas de alimentación del niño.
- Valoración del desarrollo infantil del niño.
- Prácticas de crianza en el hogar.
- Salud, sueño y actividad física del niño.
- Salud de la mujer y salud sexual y reproductiva.
- Acceso y utilización de los servicios de salud (controles, inmunización, uso de suplementos o medicamentos, acceso a métodos anticonceptivos).
- Antecedentes familiares y situación y trayectoria laboral de la entrevistada.
- Conflicto en la pareja, organización del hogar y ambiente de crianza.
- Características del hogar.
- Ingresos del hogar.

II.2 Población objetivo

Al ser un estudio tipo panel el marco muestral es el mismo utilizado para la Ronda 1: hogares con niños y niñas relevados por la ECH en el período febrero 2012 - diciembre 2013 (menores de 2 años para el 2012 y menores de 3 años para 2013) en localidades urbanas de 5.000 o más habitantes de todo el país.

La población objetivo estuvo compuesta por el conjunto de niños y niñas, que al momento de realizar la primer ronda del Panel en el año 2013 tenían entre 0 y 3 años y 11 meses de edad, y residían en hogares particulares en localidades de 5.000 o más habitantes en todo el territorio nacional.

La población se distribuyó de la siguiente manera según rondas:

- Ronda 1 - año 2013: 3.077 niños y niñas entre 0 y 3 años y 11 meses de edad, residentes en 2.665 hogares particulares en localidades de 5.000 o más habitantes, en todo el territorio nacional.

- Ronda 2 - año 2015: 2.611 niños y niñas entre 2 y 6 años de edad, residentes en 2.310 hogares particulares en localidades de 5.000 o más habitantes, en todo el territorio nacional.

El 91% de los niños son los que se visitaron en la primera ronda y 9% restante (228 niños) se recuperaron de la muestra original. En la Tabla 1 se puede observar en detalle la cantidad de niños y hogares relevados.

Tabla 1 CANTIDAD DE NIÑOS RELEVADOS SEGÚN RONDAS

	N
Total de niños relevados en segunda ronda	2.611
Niños relevados en ambas rondas	2.383
Niños relevados por primera vez en ronda 2 (recuperados)	228

Los casos perdidos entre ambas rondas fueron 694, siendo las causas principales la imposibilidad de contactarlos (44%) y el rechazo a participar en esta instancia (28%).

Los niños relevados en la segunda ronda presentan la siguiente distribución por edad:

Tabla 2 EDAD DE LOS NIÑOS Y NIÑAS ENTREVISTADOS EN LA SEGUNDA RONDA

Edad de los niños	Varón	Mujer	Total
2 años	135	110	245
3 años	388	343	731
4 años	493	448	941
5 años	342	320	662
6 años	19	13	32
Total	1.377	1.234	2.611

II.3 Preparación para el trabajo de campo

El relevamiento se realizó entre noviembre de 2015 y mayo de 2016, para lo cual se estableció un cronograma general para cumplir con la planificación. El informe de campo se encuentra disponible en la página del INE³.

II.3.1 Actualización de la información de las familias

Previo al mismo los integrantes del panel fueron contactados telefónicamente para actualizar los datos de base e informarles que serían visitados en el marco de la segunda ronda.

II.3.2 Perfil del personal y capacitación

Para este relevamiento se necesitaba contar con personal capacitado en: A) relevamiento de

³www.ine.gub.uy

encuestas, B) medición antropométrica, C) aplicación de test de desarrollo, D) observación no participante. Para abarcar esta especificidad se conformó un plantel de encuestadores integrado por un equipo de estudiantes avanzados de la Licenciatura en Psicología de la UDELAR, que se completó con estudiantes o profesionales Psicomotricistas, Nutricionistas o personas vinculadas al área de la salud que participaron en la primera ronda o que tuvieran experiencia en trabajo de campo en contacto con niños.

II.4 Instrumentos de medición utilizados

Junto al formulario de encuesta se aplicaron una serie de instrumentos de medición orientados a obtener una descripción de la situación de la población de niños y niñas en lo referido al desarrollo infantil, crecimiento y al entorno familiar y estado emocional de sus referentes

II.4.1 Evaluación del desarrollo infantil

Se utilizaron los siguientes 3 instrumentos a fin de detectar la presencia de rezagos o retrasos en el desarrollo de los niños y obtener indicadores que cuantifiquen las capacidades desarrolladas y el alcance de los logros madurativos de los niños:

- **Test ASQ- SE (Ages and Stages Questionnaires Social-Emotional):** es un cuestionario de auto-reporte de los padres, el cual evalúa indicadores de perturbación del desarrollo socio-emocional en las siguientes áreas: autorregulación, obediencia, comunicación, conductas adaptativas, autonomía, afecto e interacción con personas, adultos y pares de los niños de 4 a 66 meses. (Squires, Bricker, & Potter, 1997)
- **Test ASQ- 3 (Ages and Stages Questionnaires Third Edition):** es un cuestionario de auto-reporte de los padres el cual permite evaluar desempeños en cinco áreas: motricidad gruesa, motricidad fina, comunicación, resolución de problemas y socio-individual adecuados al desarrollo infantil de cada edad madurativa de los niños de 2 a 66 meses. (Squires, Bricker, & Potter, 1997)
- **Test CBCL 1 ½ -5 (Child Behavior Check list for ages 1 ½ -5):** forma parte de un sistema de evaluación de la psicopatología de los niños en edad preescolar llamado ASEBA cuyo relevamiento consiste en una lista de cien indicadores de síntomas y/o conductas frecuentes en la infancia que pueden constituir problemas comunes. (Achenbach & Rescorla, 2000)

Estos instrumentos utilizados permiten comparabilidad entre rondas, posibilitando el seguimiento y estudio de distintos fenómenos.

II.4.2 Evaluación del crecimiento infantil

A fin de evaluar el crecimiento de los niños de 2 a 6 años se decidieron utilizar varios instrumentos que incluyeron: la evaluación del estado nutricional a través de medidas antropométricas y el uso de instrumentos que permitieron realizar una valoración de las prácticas de alimentación, detallados a continuación:

- **Valoración del estado nutricional de los niños:** una de las formas más útiles para evaluar el estado nutricional consiste en efectuar mediciones antropométricas. El peso, la talla y el perímetro cefálico se relevaron el día de la encuesta realizando doble medición de cada parámetro. Los instrumentos, las técnicas empleadas y los criterios diagnósticos fueron tomados de los patrones de referencia de OMS 2007. Se utilizaron los indicadores y los puntos de corte recomendados por la OMS del Índice de Masa Corporal para la edad (IMC/E), Talla para la Edad (T/E) y Peso para la Talla (P/T).
- **Valoración de las prácticas de alimentación de los niños de 2 a 6 años.** En diciembre de 2016 el MSP publicó la Guía Alimentaria para la Población Uruguaya (GABAS) (MSP, 2016). La misma constituye una herramienta educativa, dirigida a orientar las decisiones de la población sana a partir de los 2 años. Esta guía recomienda combinar el consumo de alimentos de origen vegetal —como verduras, frutas, porotos, lentejas y garbanzos, fideos, arroz o polenta— con alimentos de origen animal —como huevos y leche, y cantidades moderadas de carnes para obtener una alimentación nutricionalmente equilibrada. Además insta a un consumo esporádico de alimentos ricos en grasa, sal y azúcar, ya que un mayor consumo de estos ha sido vinculado negativamente en la salud, desde edades tempranas. Para poder evaluar la diversidad y frecuencia en el consumo de alimentos de los niños se tomaron como referencia los 7 grupos propuestos en la Guía del MSP así como su indicación de consumo semanal.

La información sobre alimentación relevada en la ronda uno y dos se realizó a través de una serie de preguntas en relación a la lactancia materna, la alimentación complementaria y frecuencia de consumo de alimentos y grupos según la edad del niño. Del análisis de estos datos permite identificar patrones alimentarios de los niños.

Sin embargo, para adecuar las políticas públicas relacionadas a la alimentación y nutrición infantil se requiere una mayor profundización sobre la situación alimentario nutricional, y específicamente en relación al consumo de alimentos. Al conocer el consumo de alimentos, nutrientes y otros componentes de la dieta es posible intervenir en la prevención y/o tratamiento de diversos tipos de enfermedades de origen nutricional.

Con este objetivo se planificó la realización de una encuesta piloto en una sub muestra de 300 niños de 2 a 4 años de Montevideo de la segunda ronda de la ENDIS. En los casos seleccionados aleatoriamente se realizó evaluación de la ingesta utilizando la metodología de estimación de ingesta por Recordatorio de 24 Horas por múltiples pasadas (R24H MP). El objetivo central de este piloto fue el de aportar un instrumento validado a nivel nacional para su aplicación en futuras ediciones y rondas de la ENDIS a nivel nacional. Los resultados sobre la aplicación y validación metodológica, así como los resultados de la evaluación de la ingesta serán publicados próximamente.

II.4.3 Evaluación de la actividad física y horas de pantalla

- **Actividad Física.** En los menores de 5 años las recomendaciones de la OMS publicadas en 2010 no incluían directrices para este grupo de edad. Sin embargo en estos últimos años algunos países como Australia, Reino Unido, Canadá y España, han publicado nuevas recomendaciones. Estas también incorporan por primera vez directrices específicas para reducir el tiempo de sedentarismo. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, España, 2015). En el grupo de niños de 2 a 4 años y 11 meses la recomendación es al menos 180 minutos al día de actividad física de cualquier intensidad. Priorizando aquellas actividades y juegos que desarrollen las habilidades motrices básicas (correr, saltar, trepar, lanzar, etc.) realizándose de preferencia en distintos ambientes (casa, parque, club, etc).
- **Horas de pantalla diaria:** el tiempo de exposición a pantallas (TV, PC, Celular, etc.) en este grupo de edad depende de la fuente consultada, pero en ningún caso debería de exceder las 2 horas diarias (Institute, National Heart Lung and Blood, 2017) (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, España, 2015). Para poder evaluar esta práctica se consultó sobre la cantidad de horas que habitualmente el niño está expuesto a pantallas.

II.4.4 Evaluación del entorno familiar y estado emocional de los referentes

A efectos de medir la calidad del medioambiente familiar en el hogar y de contar con información referida a los rasgos de personalidad de los referentes y analizar su relación con el desarrollo y crecimiento de los niños, se aplicaron 4 instrumentos detallados a continuación:

- **HOME (Home Observation of the Environment, Cadwell et al, 2003):** para esta encuesta se aplicó una versión que cuenta con 11 ítems correspondientes a las subescalas de receptividad y castigo. Al ser un instrumento de observación es clave la capacitación y calibración de los observadores (encuestadores). En este caso para alcanzar los mayores niveles de confiabilidad se contó con el entrenamiento teórico práctico de un técnico especialista. En este proceso se logró un 80% de confiabilidad⁴. Los ítems en los cuales los entrevistadores calificaron mal se revisaron con la entrenadora y se discutieron hasta llegar a un acuerdo después de la visita. Los ítems que calificaron correctamente, también se discutieron para asegurar que los entrevistadores hubieran tomado su decisión con la evidencia correcta garantizando homogeneidad e imparcialidad en los resultados.
- **Big five inventory:** es un test de personalidad auto-reportado. La aplicación de este test brinda resultados en las siguientes dimensiones: energía o extraversión, afabilidad o agrado, tesón o perseverancia, estabilidad emocional (reportada como neocriticismo) y apertura mental.

⁴Confiabilidad o grado de acuerdo entre observadores (inter-rater reliability) corresponde a la cantidad de veces que dos o tres observadores asignan el mismo puntaje a un sujeto observado simultáneamente.

- **SQR20 (Self Reporting Questionnaire)** propuesto por la OMS para el tamizaje de pacientes de depresión, ansiedad o algún indicio de malestar emocional comunes especialmente en países en vía de desarrollo. Consiste en 20 preguntas cuyas respuestas pueden ser sí o no únicamente. (OMS, División de salud mental, 1994)
- **Escala de Edimburgo (EPDS, por sus siglas en inglés):** permite cuantificar síntomas depresivos cognoscitivos exclusivamente durante el embarazo o en el posparto por lo que fue aplicado únicamente a mujeres embarazadas o con hijos menores de 3 meses. La escala indaga sobre la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior a través de 10 preguntas cortas.
- Por otro lado, complementariamente se realizó una evaluación de la percepción de las familias sobre el **grado de seguridad alimentaria** de su hogar respecto al acceso y calidad de la alimentación a través de una escala de medición cualitativa y de autopercepción de las familias, validado y promovido por la FAO (FAO, 2012). La inseguridad alimentaria se define como la autopercepción de capacidad limitada o incierta de disponer de alimentos nutricionalmente adecuados, inocuos y socialmente aceptables en el hogar.

La Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA) incluye un conjunto de quince preguntas que contemplan la autopercepción de seguridad y predictibilidad en la adquisición de los alimentos, así como la autopercepción de suficiente cantidad y calidad de los alimentos adquiridos.

El presente informe no incluye el análisis de los tests ASQ- SE, ASQ- 3, CBCL y -el BIG FIVE ya que serán incluidos en un informe específico que analiza los resultados referidos a algunas de estas dimensiones y su asociación con el desarrollo de los niños y niñas. De todas formas, las respuestas a estos test están incluidos en las bases de datos para análisis posteriores de otros investigadores.

A continuación se presenta un resumen de los resultados de la aplicación del HOME en la segunda ronda de la ENDIS, el análisis completo forma parte de informe donde se analizan todos los tests.

Los principales hallazgos están relacionados con los niños de nivel socioeconómico bajo, éstos están expuestos a los peores entornos domésticos, es decir, menos receptivos y más punitivos. Estos resultados demuestran la necesidad de realizar intervenciones destinadas a mejorar el entorno familiar de las familias vulnerables. Sin embargo, cuando se comparan estos resultados con los obtenidos en otros países de la región de ALC, los niños uruguayos están expuestos a mejores entornos sobre la totalidad de los ingresos y la distribución de la educación materna.

III. PRINCIPALES RESULTADOS

El presente documento resume los principales resultados de la segunda ronda de la encuesta, así como algunos datos preliminares del análisis longitudinal del panel. Todos los resultados observados en el presente informe serán analizados, siempre que sea posible, en función de 3 variables de corte dada la importancia e influencia de estas variables en el desarrollo infantil temprano: ingresos del hogar, clima educativo del hogar y edad de los niños.

En el caso de la variable asociada a los ingresos, se definió utilizar quintiles y terciles a partir del ordenamiento de niños y niñas encuestados según el ingreso per cápita del hogar, esto es ordenar a los niños de la muestra según los ingresos del hogar y luego dividir la muestra en 5 (quintiles) o 3 (terciles) partes iguales, donde el 1er quintil o tercil representa a la proporción de niños que viven en hogares con menores ingresos.

En la medida de lo posible se utilizaron quintiles como aproximación al ingreso de los niños, mientras que cuando el número de casos fue muy reducido como para tener una buena precisión en las estimaciones se utilizaron terciles.

Como variable asociada al clima educativo del hogar se utiliza el nivel educativo de la madre ya que es quien mayoritariamente responde la encuesta (96%). En el 2% de casos el respondente fue el padre y en el 1,5% respondieron las abuelas. Finalmente, el 0,5% restante correspondió a otros familiares o no familiares.

III.1 Caracterización general de los hogares y vivienda

En este apartado se presenta una rápida caracterización de los hogares que integran los niños de la segunda ronda de la ENDIS. Para ello se repasa su situación en términos de tamaño, composición de los hogares y algunas características de las viviendas, dimensiones muy significativas en el desarrollo infantil temprano.

Desde el inicio de la vida intrauterina, el feto primero y el niño pequeño después, responde a estímulos exógenos provenientes del medio en donde habita. En este espacio de tiempo ocurre un verdadero “moldeado” de la carga genética a partir de los estímulos que llegan del medio ambiente. Este proceso puede tener un efecto positivo potenciando las posibilidades de desarrollo del individuo o, por el contrario, si la exposición al ambiente es negativa, puede debilitar en forma importante dichas posibilidades. (Landers, Mercer, Molina, & Eming Young, 2006).

III.1.1 Composición de los hogares

Según resultados de la segunda ronda, los niños de entre 2 y 6 años, residen en hogares con un tamaño medio de 4,6 personas por hogar, esta cifra es algo inferior a la registrada en la primera ronda, dónde el tamaño medio de los hogares era de 4,9. Este dato resulta consistente con los cambios observados en el análisis longitudinal de los hogares de los niños: el tamaño del hogar se mantiene estable entre una y otra ronda para el 68% de los niños, disminuye para el 11% y crece para el 21%.

Atendiendo a la distribución de los niños según cantidad de miembros del hogar, la situación más frecuente es que el niño resida en un hogar de 4 miembros (37% de los niños). Es baja la proporción de niños que residen solamente con otra persona (4%)

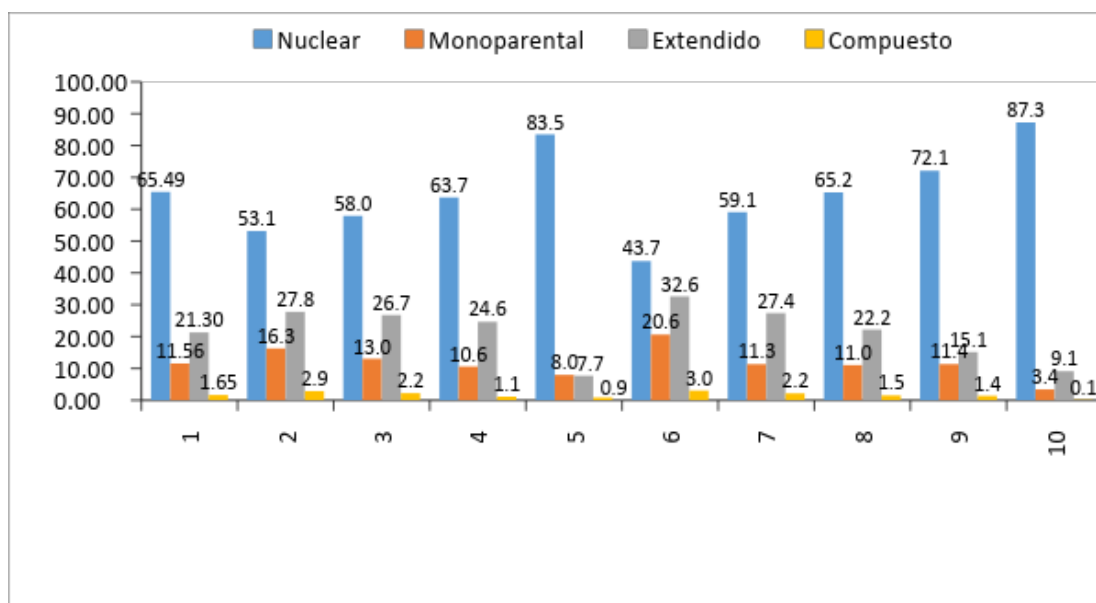
Tabla 3 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS NIÑOS SEGÚN TAMAÑO DEL HOGAR EN EL QUE RESIDEN

Cantidad de personas que viven en el hogar	%
2 personas	4%
3 personas	24%
4 personas	37%
5 personas	18%
6 o más personas	17%

Se constató que los arreglos familiares predominantes son hogares nucleares integrados por ambos padres (65%), seguidos de hogares extendidos (21%) y, con menor peso, los monoparentales y compuestos. En relación a la primera ronda, se registra un aumento de los hogares monoparentales (que pasan del 6% al 12% de los niños) y una disminución de los hogares extendidos (que pasan del 27% al 21%).

El peso de cada tipo de hogar es muy variable según se considere el nivel estudio de la madre del niño o el quintil de ingresos per cápita del hogar de residencia. La presencia de los hogares nucleares crece a medida que se avanza hacia los quintiles de ingresos más altos y hacia un mayor nivel educativo de las madres. El porcentaje de hogares monoparentales en el primer quintil de ingreso duplica la cifra global de hogares con esta característica.

Gráfica 1 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS NIÑOS SEGÚN TIPO DE HOGAR POR AÑOS DE ESTUDIO DE LA MADRE Y QUINTILES DE INGRESOS PER CAPITA DEL HOGAR

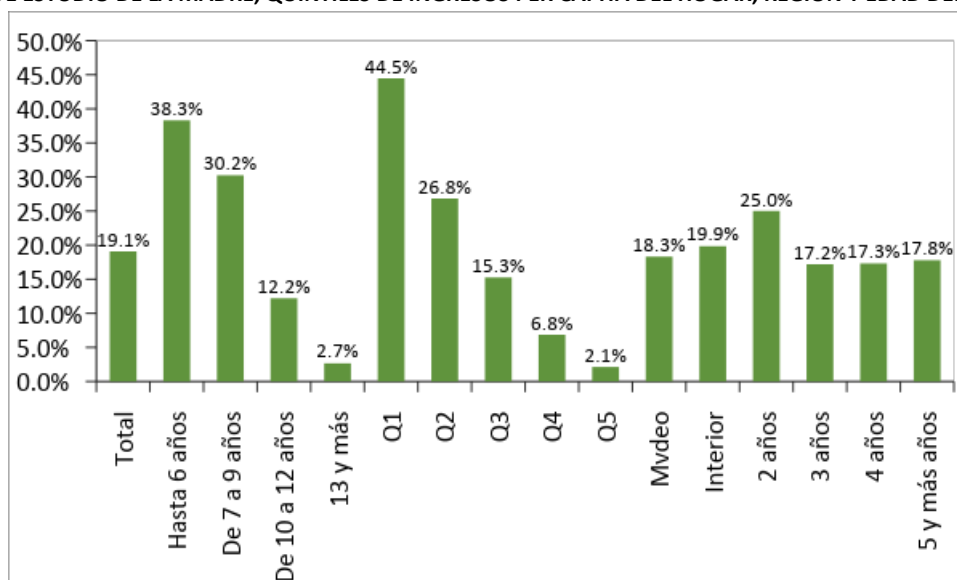


III.1.2 Habitabilidad de la vivienda

El hacinamiento puede tener un impacto potencial sobre diversos desempeños de salud, nutrición y desarrollo. Se considera que un hogar presenta una situación de hacinamiento cuando en el hogar residen más de dos personas por cada habitación de la vivienda (excluyendo baño y cocina). Según datos de la segunda ronda de la encuesta, el 19,1% de los niños viven en condiciones de hacinamiento. Esta proporción es similar a la registrada en la primera ronda, donde 18,5% de los niños se encontraban en esta situación. La relativa estabilidad en estas cifras oculta ciertos cambios en la situación de los niños, siendo que un análisis longitudinal de los datos evidencia que 17,2% de los niños cambian su situación habitacional en términos de hacinamiento (de éstos aproximadamente la mitad mejora su situación y la otra mitad la empeora).

Los niveles de hacinamiento presentan variaciones sustantivas según nivel de estudio de la madre y quintiles de ingresos, siendo mayor la proporción de niños viviendo en condiciones de hacinamiento entre los hogares de menores ingresos y en los casos que la madre presenta menores niveles de estudio. También se observa un leve aumento de la situación de hacinamiento entre los niños de 2 años, en relación a los niños de 3, 4, 5 y más. No se observan diferencias de magnitud por región.

Gráfica 2 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE NIÑOS QUE RESIDEN EN HOGARES EN SITUACIÓN DE HACINAMIENTO POR AÑOS DE ESTUDIO DE LA MADRE, QUINTILES DE INGRESOS PER CAPITA DEL HOGAR, REGIÓN Y EDAD DEL NIÑO

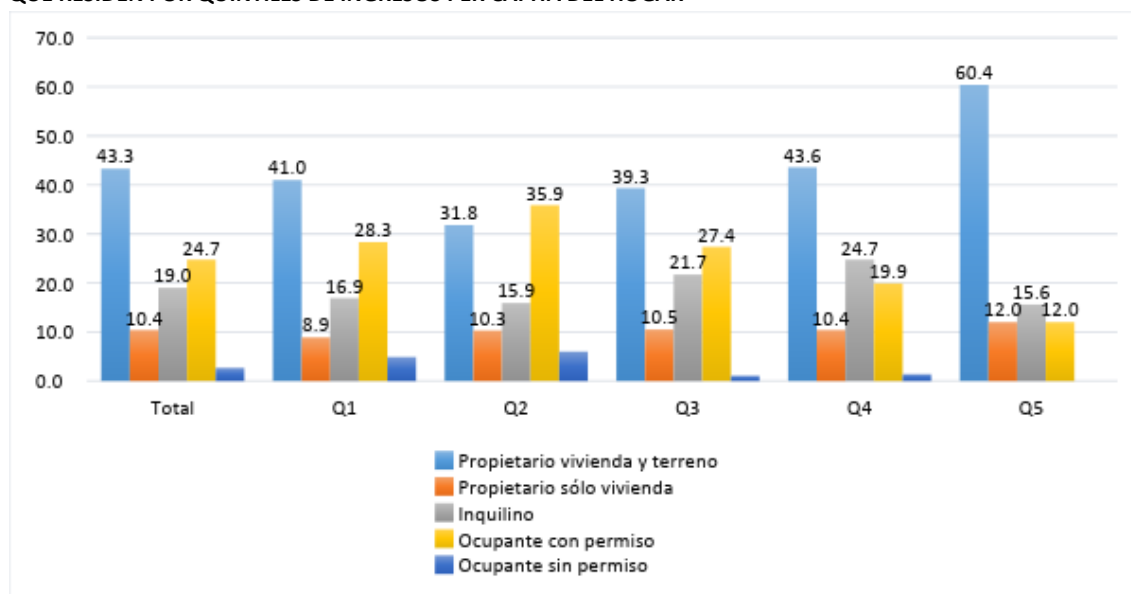


Las diferentes formas de tenencia de la vivienda, si bien no hacen estrictamente a la habitabilidad del inmueble, repercuten sobre la seguridad del hogar respecto a su situación habitacional. En la segunda ronda de la encuesta se encontró que el 42% de los niños residían en viviendas de las cuáles el hogar era propietario de la vivienda, 25% en viviendas ocupadas con permiso del propietario⁵, 19% en viviendas alquiladas, 11% en viviendas de las cuáles el hogar era propietario solamente de la vivienda pero no del terreno y 3% en viviendas ocupadas sin permiso. Estas dos últimas categorías (propiedad de la vivienda pero no del terreno y ocupación sin permiso) son las que se asocian a mayores niveles de inseguridad en la tenencia. La proporción de niños afectados por la inseguridad en la tenencia se ha mantenido estable entre una y otra ronda de la encuesta. El mayor cambio entre rondas se registra en un crecimiento de la proporción de propietarios (pasan del 39 al 43%), en desmedro de una disminución de la proporción de inquilinos (pasan del 23 al 19%).

La tenencia de la vivienda presenta variaciones significativas según quintiles de ingresos. La propiedad sobre la vivienda presenta mayor incidencia entre los niños de los quintiles más altos, mientras que la ocupación de la vivienda tiende a bajar en estos quintiles. La situación de inquilino es más frecuente entre los niños del 3er y 4to quintil.

⁵Esta categoría incluye las viviendas ocupadas con permiso del propietario, las ocupadas con permiso del BPS y las ocupadas en el marco de una relación laboral de dependencia

Gráfica 3 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS NIÑOS SEGÚN FORMA DE TENENCIA DE LA VIVIENDA DEL HOGAR EN EL QUE RESIDEN POR QUINTILES DE INGRESOS PER CAPITA DEL HOGAR



Otro elemento decisivo para valorar las condiciones de habitabilidad de la vivienda refiere a los materiales empleados para su construcción. A este respecto, se encontró que la mayoría de los niños (94%) reside en viviendas con paredes de ladrillo, bloque o ticholo y una proporción menor (55%) en viviendas con techos hechos de planchada de hormigón. Aunque la mayoría de los niños (78%) residen en viviendas con pisos de cerámica, parqué o baldosas, es preciso tomar en cuenta que una proporción no marginal de los niños que formaron parte de la encuesta (8%) reside en vivienda solo con contrapiso y sin piso.

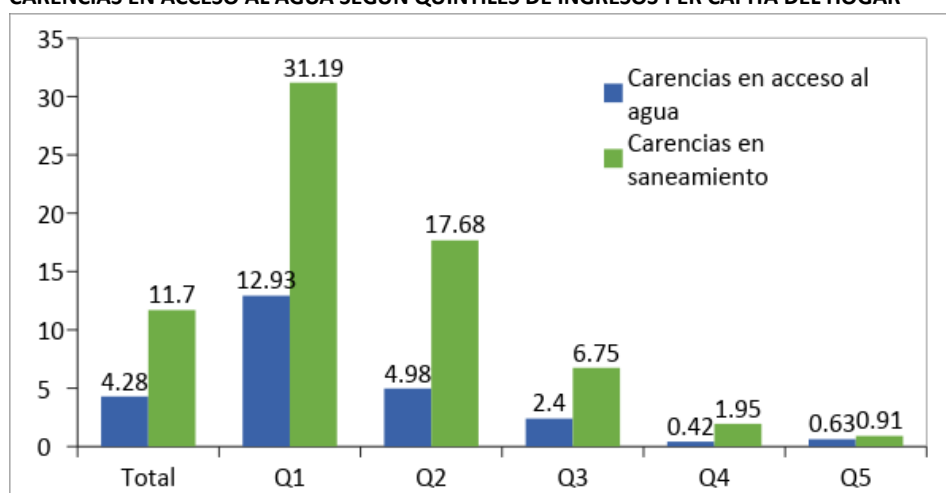
Tabla 4 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS NIÑOS SEGÚN MATERIAL PREDOMINANTE DE PAREDES, TECHOS Y PISOS DE LA VIVIENDA DONDE HABITAN

Materiales en paredes	Ladrillo, bloque o ticholo	94%
	Materiales livianos	5%
	Materiales de desecho	0,4%
	Total	100%
Materiales en techos	Planchada de hormigón	55%
	Techos livianos	44%
	Materiales de desecho	1%
	Total	100%
Materiales en pisos	Cerámica, parqué o baldosas	78%
	Alisado de hormigón	15%
	Solo contrapiso sin piso	8%
	Total	100%

En cuanto al acceso a servicios dentro de la vivienda, no tener un sistema de saneamiento adecuado⁶, aparece como el principal problema, afectando la vivienda del 12% de los niños. En segundo lugar, las carencias en materia de acceso al agua dentro de la vivienda⁷ afectan al 4% de los niños. Son marginales las carencias en términos de acceso a la energía eléctrica dentro del hogar (0,08% de los niños no cuentan con ese servicio). No se registran cambios de magnitud en el acceso a servicios entre una y otra ronda de la encuesta.

La presencia de este tipo de carencias es más frecuente entre los niños de los quintiles más bajos de ingreso.

Gráfica 4. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE NIÑOS RESIDIENDO EN VIVIENDAS CON CARENCIAS EN SANEAMIENTO Y CON CARENCIAS EN ACCESO AL AGUA SEGÚN QUINTILES DE INGRESOS PER CAPITA DEL HOGAR



III.2 Caracterización general de las madres⁸

En esta sección se presenta una descripción de las madres de los niños encuestados en lo que refiere a su nivel educativo y trayectoria laboral. A continuación, se profundiza sobre aspectos vinculados a su situación psicológica y emocional.

⁶Se categoriza como viviendas con saneamiento inadecuado a aquellas que no contarán con servicio higiénico con descarga instantánea de agua (cisterna) o cuyo sistema de evacuación no fuera red general o fosa séptica

⁷Se considera que la vivienda no tiene un abastecimiento adecuado si el origen del agua no es por la red general o a través un pozo surgente protegido y la misma no llega al domicilio por cañería dentro de la vivienda

⁸Solo se cuenta con datos de caracterización general de la madre cuando ésta fue la informante de la encuesta. Para los restantes casos (4%) no se presentan datos para este apartado

III.2.1 Nivel educativo y condición de actividad de las madres

Más de la mitad (56%) de los niños tienen madres que han alcanzado 10 o más años de educación; la madre de 1 de cada 4 niños (26%) ha alcanzado entre 7 y 9 años de educación y la madre de 1 de cada 5 niños (18%) cuenta con 6 o menos años de educación.

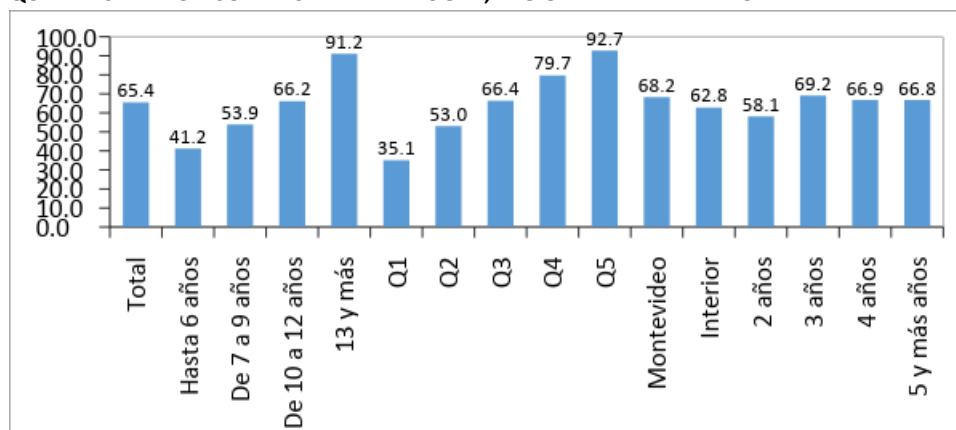
El panorama presenta variaciones según el nivel de ingresos del hogar. Aproximadamente 1 de cada 3 niños (36%) del primer quintil de ingresos tienen madres con 6 años de educación o menos. En el otro extremo, entre los niños del último quintil de ingresos 2 de cada 3 (69%) tienen madres con 13 o más años de educación.

Tabla 5 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS NIÑOS SEGÚN CANTIDAD DE AÑOS DE ESTUDIO DE LA MADRE POR QUINTILES DE INGRESO DEL HOGAR

Años de estudio de la madre	Total	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
Hasta 6 años	18%	36%	30%	15%	7%	3%
De 7 a 9 años	26%	42%	31%	34%	15%	7%
De 10 a 12 años	30%	18%	31%	36%	41%	22%
13 años y más	26%	4%	8%	15%	37%	69%
Total	100%	100	100%	100%	100%	100%

El 65% de los niños tiene una madre que se encuentra ocupada en el mercado de trabajo. La proporción de madres ocupadas presenta una fuerte asociación con el nivel de ingresos del hogar, es mayor la proporción de madres ocupadas a medida que se avanza hacia los quintiles más altos; y con el nivel educativo de la madre, siendo más frecuente que se encuentren ocupadas las madres de mayor nivel educativo. No se encontraron relaciones tan claras en relación a la región y la edad del niño, aunque se observa una leve tendencia a una mayor probabilidad de que la madre se encuentre ocupada entre los niños de Montevideo, en relación a los del interior, y entre los niños de mayor edad.

Gráfica 5 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE NIÑOS CON MADRES OCUPADAS SEGÚN NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE, QUINTILES DE INGRESO PER CAPITA DEL HOGAR, REGIÓN Y EDAD DEL NIÑO

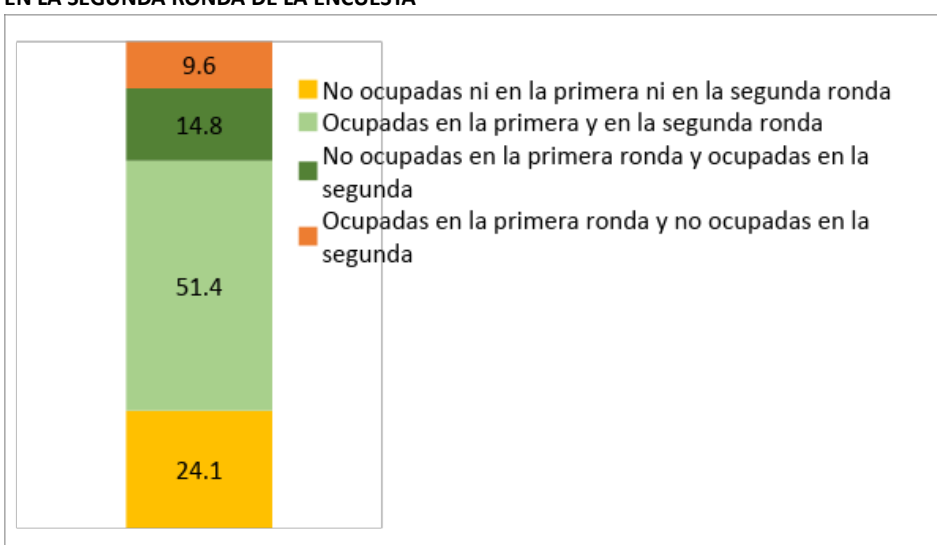


En relación a la primera ronda de la encuesta, se registra un aumento en la proporción de niños con madres ocupadas (que pasan del 60% al 65%).

Más allá de los valores agregados, al atender a la evolución de la situación ocupacional de cada madre entre una y otra ronda, se observa que 75% mantuvo su situación ocupacional (ya sea de ocupada o de desocupada), mientras que el restante 25% la cambió: un 10% pasó de estar ocupada a no estarlo y un 15% pasó de estar no ocupada a estarlo.

Entre estas últimas: un 10% pasó de estar ocupada a no estarlo y un 15% pasó de estar no ocupada a estarlo.

Gráfica 6 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS NIÑOS SEGÚN SITUACIÓN DE OCUPACIÓN DE LA MADRE EN LA PRIMERA Y EN LA SEGUNDA RONDA DE LA ENCUESTA



Consultadas sobre los cambios en su situación laboral entre una y otra ronda, las madres que estaban ocupadas y dejaron de estarlo, declaran como principales motivos el haber perdido el empleo (35%) y razones vinculadas al cuidado de los hijos (33%). Las que no estaban ocupadas en la primera ronda y pasaron a estarlo en la segunda declararon como principales motivos, el deseo de volver a trabajar (42%), la necesidad del ingreso (25%) y el interés por hacer algo además de las tareas del hogar (24%).

Tabla 6 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS NIÑOS CUYAS MADRES DEJARON DE ESTAR OCUPADAS ENTRE UNA Y OTRA RONDA SEGÚN RAZONES POR LAS QUE DEJARON DE ESTAR OCUPADAS

Perdió el empleo (despido, cierre de la empresa, otras razones)	35%
Razones vinculadas al cuidado de hijos	33%
Renunció porque ganaba mal o tenía problemas en el trabajo	13%
Otras	18%
Total	100,0
	%

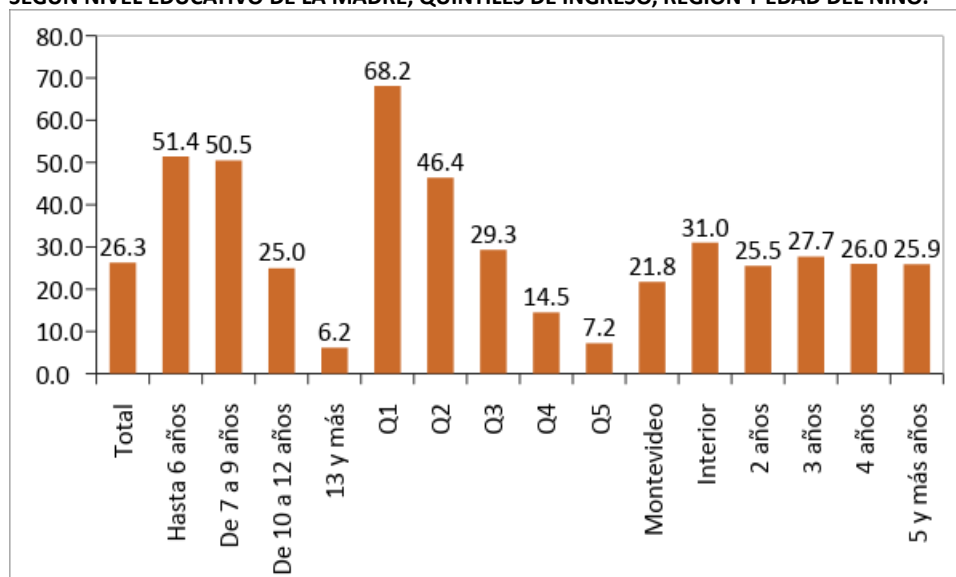
Tabla 7 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS NIÑOS CUYAS MADRES PASARON DE ESTAR NO OCUPADAS EN LA PRIMER RONDA A ESTARLO EN LA SEGUNDA SEGÚN RAZONES POR LAS QUE PASARON A ESTAR OCUPADAS

Quería volver a trabajar	42%
Hubiera preferido no trabajar, pero necesitaba el dinero	25%
Quería hacer algo más que tareas del hogar	24%
Otras	10%
Total	100,0
	%

Entre los niños con madres ocupadas, en el 26% de los casos, éstas no aportan a la seguridad social por su empleo principal. El porcentaje de madres empleadas en un trabajo informal (asociado en este caso al no aporte a la seguridad social) crece entre: las madres que tienen un menor nivel educativo (50% de las madres con hasta 9 años de educación son ocupadas informales); las de los quintiles más bajos (llegando a alcanzar al 68% de los casos en el quintil 1), y; las del Interior (siendo la informalidad del 31%, versus un 22% en Montevideo). No se encontraron diferencias de magnitud en relación a la edad del niño.

En relación a la primera ronda de la encuesta, el porcentaje de niños con madres ocupadas en condiciones de informalidad registra un descenso pasando del 29,3% al 26,3%.

Gráfica 7 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE NIÑOS CON MADRES OCUPADAS QUE NO APORTAN A LA SEGURIDAD SOCIAL SEGÚN NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE, QUINTILES DE INGRESO, REGIÓN Y EDAD DEL NIÑO.

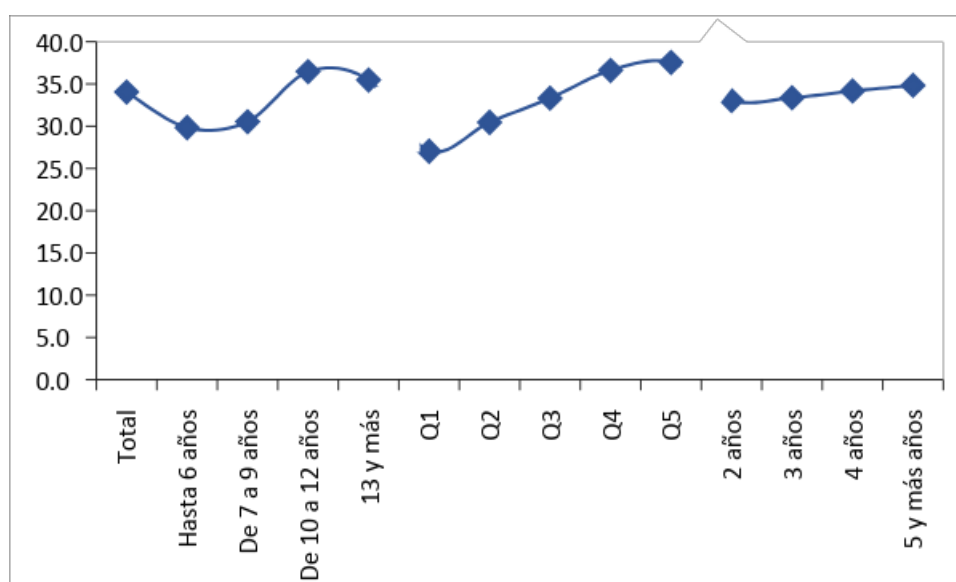


En relación a la carga semanal de trabajo, en promedio las mujeres ocupadas trabajan 34 horas por semana. Existe una variabilidad considerable en la cantidad de horas según el caso: el 25% de las mujeres con menor carga horaria de trabajo remunerado trabaja 24 o menos horas por semana,

mientras que en el otro extremo, el 25% de las mujeres con mayor carga horaria trabaja 44 o más horas por semana.

En promedio, la cantidad de horas trabajadas aumenta a medida que las mujeres acumulan mayor cantidad de años de educación y a medida que aumenta el quintil de ingresos. En relación a la edad de los niños, se destaca que el promedio de horas trabajadas pasa de 33,1 horas mensuales cuando los niños tienen 2 años a 34,8 cuando tienen 5 o más años.

Gráfica 8 PROMEDIO DE HORAS TRABAJADAS EN UN TRABAJO REMUNERADO POR LAS MADRES DE NIÑOS QUE SE ENCUENTRAN OCUPADAS SEGÚN NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE, QUINTILES DE INGRESO PER CAPITA DEL HOGAR Y EDAD DEL NIÑO



El promedio de horas trabajadas registrado en esta segunda ronda es mayor al registrado en la primera ronda de la encuesta (34 horas frente 32,3): 53% de las madres que se encontraban ocupadas en ambas rondas mantienen su carga laboral semanal, 17% la disminuyen, 30% la aumentan.

III.2.2 Bienestar psicológico y emocional de las madres

El 15% de los niños vive con madres que se encontraban deprimidas, ansiosas o presentaban algún otro indicio de alteraciones psicoemocionales al momento de la encuesta, de acuerdo a los test de despistaje aplicados: SQR20 para las madres con niños mayores de 3 meses y test de Edimburgo en mujeres embarazadas o con niños hasta 3 meses de edad.

Las madres de los niños de 2 años son quienes presentaron, en mayor medida alguna alteración de su bienestar psicológico o emocional. Al estudiar el comportamiento por quintiles de ingresos, se nota una prevalencia 6 veces mayor de estos síntomas en madres de niños del primer quintil respecto a las del quinto quintil.

El 24% de las madres que declararon que no trabajaron en la última semana presentaron alguna alteración de su bienestar psicológico o emocional, mientras que este porcentaje es del 18% para las madres trabajadoras.

En relación a la cantidad de trabajos se observa (Tabla 8) que las que presentan mayor % de alteraciones de su bienestar emocional son las que tienen 3 o más trabajos.

Tabla 8 BIENESTAR PSICOLÓGICO Y ESTADO EMOCIONAL DE LAS MADRES (SRQ20 o Edimburgo según corresponda) SEGÚN EDAD DE LOS NIÑOS Y QUINTIL DE INGRESOS

% según	% de niños cuyas madres tienen probabilidad de estar deprimidas	
Edad de los niños	2 años	18%
	3 años	14%
	4 años	15%
	5 y 6 años	14%
Quintil de ingreso	Q1	29%
	Q2	17%
	Q3	16%
	Q4	9%
	Q5	5%
Ocupación	No está ocupada	24%
Cantidad de trabajos que tiene	1	19%
	2	10%
	3 o más	42%

III.3 Fecundidad y planificación familiar

En esta sección se analizará el módulo de preguntas correspondientes a la fecundidad y la planificación familiar. En primer lugar, se analiza la cantidad de nuevos hijos entre la ronda 1 y la ronda 2, encontrando que el 85% de los niños vive en hogares donde los informantes no han tenido más hijos desde la ronda 1, el 14% tuvo un hijo más y el resto 2 o más hijos. Resulta interesante señalar que la proporción de niños cuyos informantes tienen nuevos hijos varía según la condición socioeconómica del hogar. De los niños pertenecientes al quintil 1 de ingresos el 21% de sus referentes declara que ha tenido más hijos, siendo este guarismo 13% para los niños pertenecientes al quintil 5 de ingresos.

Las mujeres con menor nivel educativo o de los quintiles de menores ingresos tienen, en promedio, más hijos que las de los quintiles más altos o con mayor nivel educativo.

TABLA 9 PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS POR MUJER SEGÚN QUINTIL

Hijos	Total	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5
1	24%	14%	19%	22%	28%	39%
2	41%	25%	37%	47%	48%	47%
3 o más	35%	62%	44%	31%	24%	14%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Promedio	2,4	3,5	2,7	2,3	2,0	1,8

Al analizar la pregunta acerca de si quería quedar embarazada de ese embarazo posterior al de la primera ronda, se encuentra que un 57% de los niños vive en hogares donde las madres declaran que querían embarazarse en ese momento y otro 16% que quería embarazarse pero más adelante. Además el 27% de los niños tienen madres que declaran que no querían tener más hijos. Este porcentaje es similar para los embarazos de la primer y segunda ronda.

Si se analiza comparativamente la cantidad de hijos nacidos vivos y la cantidad ideal de hijos declarada, se pueden analizar los perfiles reproductivos según si la madre tuvo más o menos hijos que los deseados o exactamente la misma cantidad. Se encuentra que la distribución entre las 3 categorías es relativamente homogénea, siendo menor la proporción niños cuyas madres tienen más hijos que los deseados. Los perfiles varían de acuerdo a dimensiones socioeconómicas, encontrando que en los quintiles de menor ingreso y menor nivel educativo las madres declararan en mayor proporción haber tenido más hijos que los tendrían en este momento si pudiera volver y elegir la cantidad de hijos a tener.

Contrariamente, los hijos de madres de mayor nivel de ingresos y mayor nivel educativo, viven en hogares donde sus madres declaran en mayor proporción haber tenido menos que los tendrían en este momento si pudiera volver y elegir la cantidad de hijos a tener.

Por su parte, si se analiza el perfil reproductivo según región geográfica de residencia, se encuentra que los niños que viven en el interior del país tienen madres que declaran en mayor proporción haber tenido la cantidad de hijos deseada.

TABLA 10 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE NIÑOS SEGÚN PREFERENCIAS DE LA MADRES SEGÚN TERCIL, REGIÓN Y AÑOS DE EDUCACIÓN

	Total	Tercil 1	Tercil 2	Tercil 3	Montevideo	Interior	Hasta 6	7 a 9	10 a 12	13 y más
Misma cantidad	37%	35%	36%	42%	33%	40%	40%	36%	37%	36%
Más hijos	26%	50%	33%	25%	25%	27%	43%	35%	23%	8%
Menos hijos	37%	16%	31%	33%	42%	33%	17%	28%	41%	56%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Entre rondas un 15% de los niños vive con mujeres que declaran que tuvieron hijos, de estas, las que habían declarado no querer tener más en la ronda 1 y tuvieron, el principal motivo declarado es que quedó embarazada y decidió tenerlo. Por su parte, entre las madres que habían declarado desear más hijos y no tuvieron más, la principal razón es que cambió de opinión y piensa que ya tiene la cantidad de hijos que quiere tener, seguido por no pudo quedar embarazada y en tercer lugar se separó de su pareja.

Finalmente, se presenta respuesta a la pregunta “desea tener más hijos en el futuro”, destacándose que el 58% de los niños vive en hogares donde las madres declaran no querer tener más hijos.

Si se analiza según cantidad de hijos nacidos vivos se encuentra que la proporción de niños cuyas madres quieren tener más hijos en el futuro es decreciente con la cantidad de hijos y, contrariamente la proporción de madres que no quieren tener más hijos es creciente. El 48% de los niños son hijos de madres que manifiestan querer tener un hijo más, al tiempo que un 70% de los niños viven con madres con 3 o más hijos que declaran no querer tener más hijos.

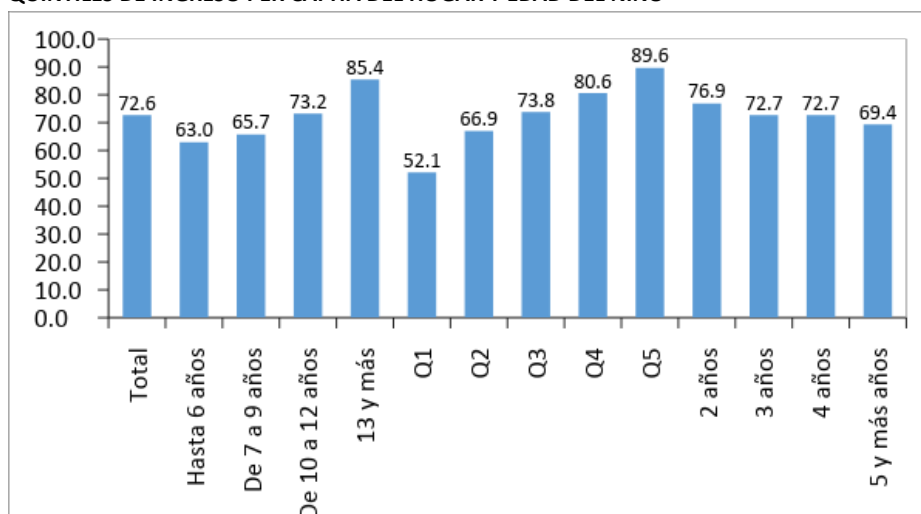
III.4 Vínculo con el referente masculino

En este apartado se examinan las características del vínculo entre niños y sus padres biológicos o adoptivos.

El 73% de los niños vive con el padre, proporción algo menor a la registrada en la primera ronda de la encuesta, donde 76% de los niños vivían con el padre. Atendiendo a los cambios en esta situación, el 89% de los niños mantienen la misma situación, 7% vivían con su padre en la primera ronda y no lo hacen en la segunda y 4% no vivían con el padre en la primera ronda y sí lo hacen en la segunda.

La proporción de niños viviendo con su padre y madre presenta diferencias según nivel educativo de la madre (siendo más frecuente en el caso de los niños cuyas madres alcanzan mayores niveles educativos), quintiles de ingresos (siendo más frecuente entre los niños provenientes de hogares de los quintiles de ingreso superiores), y según edad del niño (siendo más frecuente entre los niños de menor edad).

Gráfica 9 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE NIÑOS QUE VIVEN CON EL PADRE SEGÚN NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE, QUINTILES DE INGRESO PER CAPITA DEL HOGAR Y EDAD DEL NIÑO



Entre los niños que no viven con su el padre, en dos tercios de los casos (65%) la razón de no convivencia es que se separó o divorció de la madre y dejó de convivir. El siguiente motivo más frecuente es que nunca convivió (26% de los casos).

Del 28% de los niños que no convive con su padre biológico o adoptivo, casi una tercera parte (32%) no tiene contacto con él. Una proporción similar de niños (30%) tiene contacto con el padre con una frecuencia de al menos 3 veces por semana, 21% tiene contacto 1 o 2 veces por semana, y el restante 17% tiene un contacto menos frecuente.

Además es de destacar que prácticamente la mitad de los niños que no conviven con su padre tienen un contacto escaso o directamente no tienen contacto.

Tabla 11 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS NIÑOS QUE NO CONVIVEN CON EL PADRE SEGÚN MOTIVOS POR LOS QUE NO CONVIVEN

Se separaron o divorciaron y dejó de convivir	65%
Nunca vivió	26%
Está preso	2%
Murió	2%
Otras	5%
Total	100

Tabla 12 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS NIÑOS QUE NO CONVIVEN CON EL PADRE SEGÚN FRECUENCIA CON LA QUE VEN AL PADRE

Todos los días	14%
Entre 3 y 6 días por semana	17%
1 o 2 días por semana	21%
Entre 1 y 2 veces por mes	11%
Algunas veces al año	6%
No tiene contacto con	32%
Total	100%

III.5 Acceso a programas sociales

En esta sección se analizará el módulo correspondiente al acceso a programas de protección social a la infancia. Específicamente, se estudia el acceso a los programas de transferencias monetarias: Asignaciones Familiares y Tarjeta Uruguay Social; y a los programas de acompañamiento familiar del MIDES: Cercanías y el Programa de Acompañamiento Familiar de Uruguay Crece Contigo.

III.5.1 Programa de transferencias monetarias

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 e incentivar la permanencia de niños, niñas y adolescentes en el sistema educativo y promover los controles de salud de niños, niñas y mujeres embarazadas.

Desde su creación en 1943, el programa ha sido reformado en diversas ocasiones, destacándose la incorporación de los hogares en situación de vulnerabilidad socioeconómica con la implantación del Plan de Equidad en 2008. A la fecha existen dos tipos de Asignaciones Familiares: aquellas otorgadas en el marco de la Ley N° 15.084 (AFAM contributiva) gestionadas por BPS y las otorgadas en el marco del Plan de Equidad Ley N° 18.227 (AFAM-PE) gestionadas conjuntamente entre BPS y MIDES. En este apartado se analizará el acceso al programa sin distinguir el tipo de AFAM de que se trate, dada la disponibilidad de información.

Se encuentra que la cantidad de niños y niñas de la ronda 2 en hogares beneficiarios de AFAM es de 53%, lo que implica una leve disminución respecto a la ronda anterior (58%).

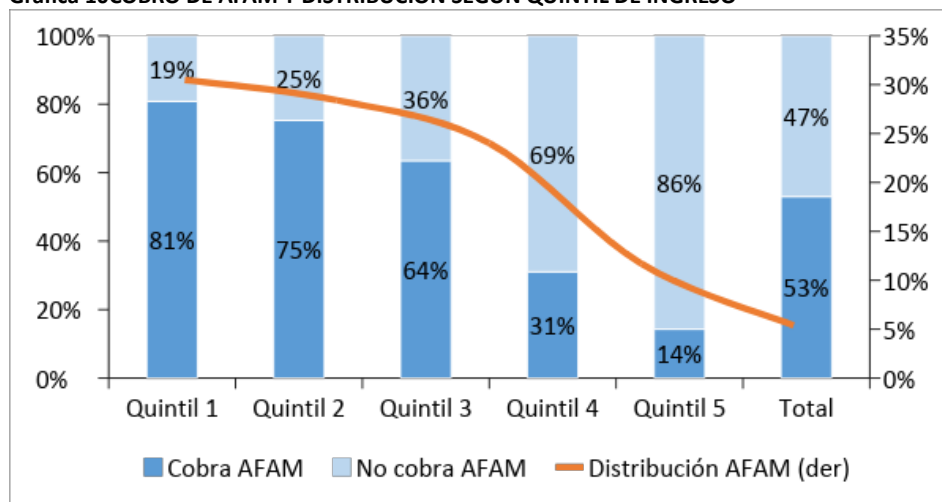
Si se analiza la evolución entre rondas se observa que el 81% de los niños y niñas mantiene su situación de cobro, un 12% dejan de cobrar y un 7% pasan de no cobrar en la ronda 1 a cobrar en la ronda 2.

Como era esperable, se verifican importantes diferencias en la situación de cobro de AFAM según quintiles de ingreso del hogar (**Gráfica 10**).

La proporción de niños y niñas en hogares beneficiarios de AFAM es mayor en el quintil de menores

ingresos y decrece sustancialmente para los quintiles 4 y 5. Estos guarismos no difieren en gran medida de los encontrados en la ronda 1. 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 ingresos⁹. A su vez, si se analiza la distribución del total de niños cobrando AFAM según quintiles se observa que los primeros 3 quintiles concentran el 83% del total de AFAM.

Gráfica 10 COBRO DE AFAM Y DISTRIBUCIÓN SEGÚN QUINTIL DE INGRESO



Por su parte, la **Tarjeta Uruguay Social (TUS)** tiene como objetivo general asistir a los hogares en situación de vulnerabilidad socioeconómica para la adquisición de alimentos, aportando a la seguridad alimentaria y nutricional, en especial durante los primeros años de vida de las personas. Está destinada a los 60 mil hogares en peor situación socioeconómica de todo el país, medido por el Índice de Carencias Críticas (ICC)¹⁰, de los cuales los 30.000 hogares en situación de vulnerabilidad más extrema reciben un doble. A su vez, aquellos hogares con niños y niñas de 0 a 3 años de edad y/o con mujeres embarazadas reciben una transferencia adicional para la compra de leche fortificada con hierro.

Se encuentra que el 18% de niños y niñas de la ronda 2 está en hogares beneficiarios de TUS, registrándose un leve aumento respecto a la ronda anterior (13%).

⁹No es posible hacer un análisis de focalización del programa, es decir, comparar la elegibilidad con la condición efectiva de cobro, dado que al no poder distinguir entre distintos regímenes no se pueden establecer los criterios de elegibilidad.

¹⁰Instrumento estadístico elaborado por la Facultad de Ciencias Económicas y de Administración de la Universidad de la República (UdelaR) que mide el grado de vulnerabilidad de un hogar.

Tabla 13 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS NIÑOS SEGÚN ACCESO DEL HOGAR A TARJETA URUGUAY SOCIAL

	Porcentaje
Cobra	18%
No Cobra	82%
Total	100%

III.5.2 Programas de Acompañamiento familiar

Finalmente, se analiza la cobertura de dos de los programas de acompañamiento familiar que implementa el Ministerio de Desarrollo Social: Uruguay Crece Contigo (UCC) y Cercanías.

Uruguay Crece Contigo es una política pública de cobertura nacional, cuyo objetivo es consolidar un sistema de protección integral a la primera infancia.

En particular el componente de acompañamiento familiar, dirigido a mujeres embarazadas y niños y niñas menores de 4 años en situación de vulnerabilidad, tiene como objetivo favorecer el desarrollo de buenas prácticas de crianza, de forma de contribuir a la salud, la nutrición y el desarrollo infantil. El 6% de los niños y niñas incluidos en la encuesta residen en hogares que declararon ser o haber sido beneficiarios de UCC, guarismo que duplica al registrado en la ronda 1 (3%).

Por su parte, el programa Cercanías está dirigido a hogares en situación de vulneración de derechos y carencias críticas, en particular con presencia de niños, niñas y adolescentes menores de 18 años, con el objetivo de favorecer el acceso efectivo a las prestaciones sociales y fortalecer el vínculo de las familias con la red de protección social. En la ronda 2, 5% de los niños y niñas encuestados residía en hogares que declararon ser o haber sido beneficiarios de Cercanías, guarismo que asciende levemente respecto a la ronda anterior (4%).

Tabla 14 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE NIÑOS/AS SEGÚN COBERTURA DE PROGRAMAS DE ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR

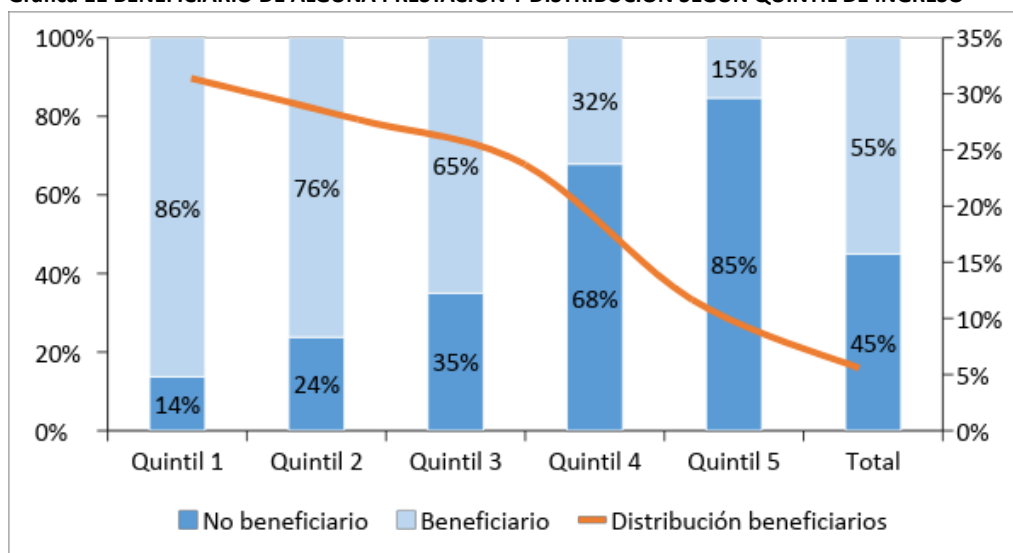
	UCC	Cercanías
Beneficiario	6%	5%
No beneficiario	94%	95%
Total	100%	100%

III.5.3 Todas las prestaciones sociales

Si se considera el conjunto de prestaciones sociales analizadas (AFAM, TUS, UCC y Cercanías), se encuentra que en la ronda 2 un 55% de los niños y niñas encuestados accede a alguna de las prestaciones consideradas. El acceso a las prestaciones sociales está fuertemente estratificado y concentrado en los primeros quintiles de ingreso.

Así, mientras en el quintil de menores ingresos el 86% es beneficiario de alguna de las prestaciones este guarismo se reduce a 15% en el quintil de mayores ingresos.

Gráfica 11 BENEFICIARIO DE ALGUNA PRESTACIÓN Y DISTRIBUCIÓN SEGÚN QUINTIL DE INGRESO



III.6 Seguridad alimentaria

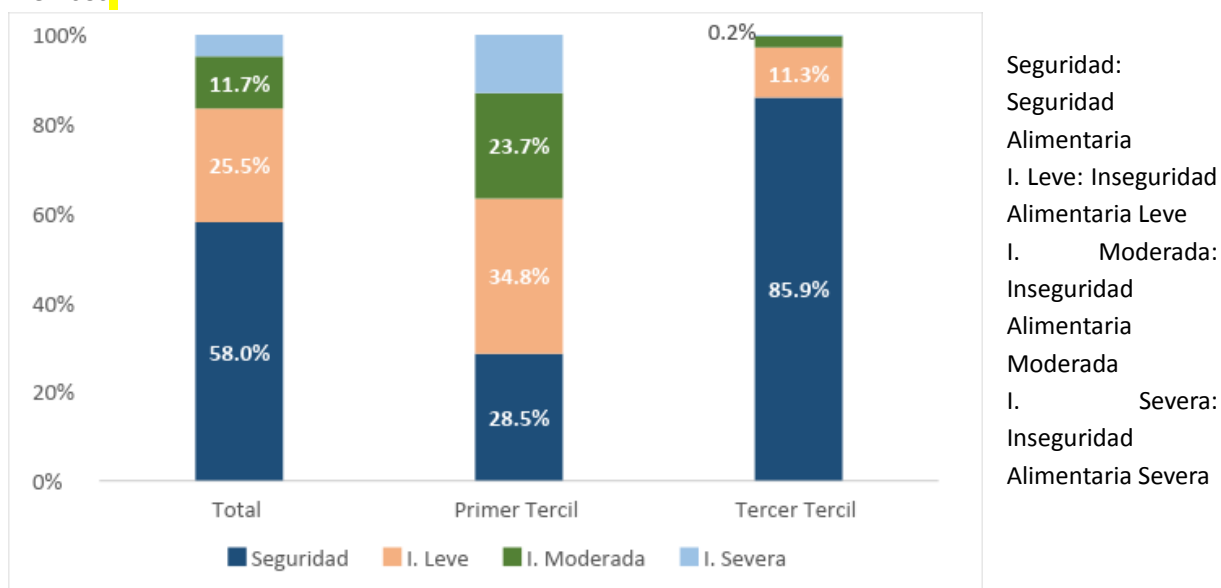
De la aplicación de esta escala de seguridad alimentaria, surge que el 58% de los niños vive en hogares con seguridad alimentaria, el 25,5% lo hace en hogares con inseguridad leve, 11,7% en hogares con inseguridad alimentaria moderada y el 4,8% viven en hogares que presentan inseguridad alimentaria severa.

En relación a la ronda anterior, la proporción de niños que presenta seguridad alimentaria no presenta cambios significativos, aunque se registra un leve aumento de aquellos niños que anteriormente se encontraban en una situación de inseguridad moderada, en detrimento de los que estaban en una situación de inseguridad leve.

Al atender a la evolución de la escala de seguridad alimentaria entre los mismos casos en una y otra ronda se observa que: 59,5% de los niños mantienen su situación en relación a la seguridad alimentaria,

La seguridad alimentaria presenta diferencias según el nivel de ingresos de los hogares donde residen los niños, siendo más frecuente la situación de seguridad alimentaria entre los niños del último tercil de ingresos.

Gráfica 12 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE NIÑOS SEGÚN GRADO DE SEGURIDAD ALIMENTARIA, TOTAL Y SEGÚN TERCIL DE INGRESOS



III.7 Características de los niños de 2 a 6 años

En este apartado se analizarán datos de salud, como la tenencia de carné de salud del niño y vacunación, control o consulta con otros especialistas, uso de medicación, presencia de enfermedades en las semanas previas a la encuesta y lesiones no intencionales, adicionalmente se consultó si el niño había recibido o no la vacuna de la gripe. Además se presentan datos sobre lactancia, alimentación, estado nutricional y vínculo con estatus nutricional materno y nivel de seguridad alimentaria, horas de pantalla y asistencia a centros educativos o de cuidado, prácticas de crianza y toma de decisiones en el hogar.

III.7.1 Salud infantil

CONTROL DE SALUD DEL NIÑO SANO Y ASISTENCIA A ESPECIALISTAS.

Prácticamente todos los niños tienen carné de salud y el Certificado del Esquema de Vacunación (97% y 97% respectivamente).

En esta ronda se consultó si en el último invierno el niño había recibido la vacuna de la gripe, respuesta afirmativa en el 26% de los niños. Si bien la vacuna es gratuita se observa que el porcentaje de inmunización aumenta a medida que aumenta el tercil de ingresos. El Ministerio de Salud Pública recomienda esta vacuna especialmente niños pequeños por ser un grupo de riesgo de presentar complicaciones.

Tabla 15 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE NIÑOS INMUNIZADOS CONTRA LA GRIPE SEGÚN TERCIL DEL HOGAR EN EL QUE VIVEN

	Tercil 1	Tercil 2	Tercil 3	Total
% de niños que recibieron la vacuna contra la gripe	16%	25%	36%	26%

La ENDIS relevó el tipo de enfermedades que los niños presentaron en las tres semanas previas a la entrevista. Es importante destacar la época del año en que se realizó el relevamiento, ya que ésta puede afectar el tipo de enfermedades más frecuentes. El periodo de relevamiento incluyó verano y otoño.

El 41% de los niños presentó algún síntoma, de estos se destacan los problemas respiratorios (30%), cuadros febriles (13%), gastrointestinales (9%) y dolor o secreción en los oídos (3%). Las enfermedades son más frecuentes en los niños más chicos, disminuyendo a medida que transcurre la edad.

En el caso de problemas respiratorios y gastrointestinales menos de la mitad de los referentes buscó consejo médico, aumentando levemente en casos de fiebre, dolor de oídos con o sin supuración, respiración agitada o labios morados.

Un 19% de los niños tuvo alguna lesión no intencional en los últimos 12 meses y el 76% de ellos ocurrió dentro del hogar.

Las caídas (15%) son las lesiones no intencionales más recurrentes, seguido por las quemaduras (3%), las mordeduras de animales (0,9%) y los Siniestros de tránsito (0,8%).

USO DE MEDICACIÓN HABITUAL.

Se consultó el uso habitual de medicación, y esta respuesta fue positiva en el 14% de los casos, destacándose que el 18% de los que toman medicación habitualmente utilizan más de un fármaco.

Dentro de los medicamentos se destaca que el 10% está vinculado al tratamiento de patologías respiratorias y cuadros alérgicos. Las categorías que siguen son los psicofármacos 1%, los endocrinológicos 0,6% y gastrointestinales 0,5% (laxantes, antiácidos, entre otros).

A partir de los 2 años la suplementación con vitaminas y minerales no es una recomendación nacional, sin embargo el 4% utilizan complejos multivitamínicos.

OTROS CONTROLES DE SALUD

A partir de los 3 años el MSP recomienda un control odontológico anual (MSP, 2007), menos del 70% cumple con esta recomendación, no habiendo diferencia por sexo, pero sí por tercil de ingresos. A medida que aumenta el nivel del ingreso de los hogares donde viven los niños también lo hacen los controles odontológicos.

Además en los últimos 12 meses 1 de cada 10 concurre a control nutricional, principalmente partir de los niños de 4 años o más. Las consultas son más frecuentes en las niñas y en los casos donde el exceso de peso es severo (IMC >+3 DS).

El 9% y 2% concurren a control con psicólogo o psiquiatra respectivamente. De aquellos que concurren a consulta con psicólogo el 67% fueron varones entre 4 y 6 años.

III.7.2 Prácticas de lactancia, alimentación y estado nutricional

LACTANCIA

La recomendación actual en nuestro país en relación a la lactancia materna es que la misma sea exclusiva en los primeros seis meses de vida y se continúe junto a una alimentación complementaria saludable, hasta los dos años o más. (MSP, 2016)

En esta segunda ronda el 7% de los niños continúa con lactancia materna, de estos el 61% tienen de 24 a 35 meses.

La edad promedio en la que los niños y niñas dejaron de ser amamantados fue de 12,9 meses observándose una gran dispersión.

ALIMENTACIÓN Y HÁBITOS ALIMENTARIOS

Las recomendaciones en relación al número de comidas al día para los pre escolares y escolares es de 4 comidas y 1 o 2 colaciones diarias (Sociedad Uruguaya de Pediatría, 2004) (Academia Americana de Pediatría, 2017) (Peña Quintana, Ros Mar, González Santana, & Rial González, 2010) (MSP, 2016)

Tabla 16 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE NIÑOS Y NIÑAS QUE REALIZA LOS 4 TIEMPOS DE COMIDAS Y COMPAÑÍA FAMILIAR DURANTE LAS MISMAS

Tiempo de Comida	% que realiza la comida en un día típico	Acompañado con algún integrante de la familia
Desayuno	97%	81%
Almuerzo	98%	75%
Merienda	98%	77%
Cena	96%	94%
Colaciones	83%	

En un día típico los niños realizan las 4 comidas principales, en promedio en un 97% de los casos. Las colaciones son incluidas en el 83% de los casos, por lo que la alimentación está compuesta por 5 comidas para el 76% de los niños. Las comidas más omitidas son el desayuno y la cena, en ambos casos el guarismo representa menos del 4%. (Tabla 16).

En relación a las prácticas vinculadas con el acto de comer el 70% de niños vive en hogares donde refieren tener una rutina establecida a la hora de las comidas. Este porcentaje disminuye a medida que lo hace el nivel de ingreso del hogar.

La mitad de los niños comparte entre 2 y 4 comidas con algún integrante de su familia. La cena es el tiempo de comida donde más se da esta práctica (94%).

Para poder evaluar la diversidad en el consumo de alimentos de los niños se tomó como referencia los 7 grupos propuestos en la Guía alimentaria para la población uruguaya del MSP.

De este análisis surge que el 44% consumió todos los grupos en algún momento de la semana, porcentaje que aumenta en los niños pertenecientes a hogares con niveles de ingresos más altos y en los niños entre los 4 y 6 años, 48% y 52% respectivamente. En este último grupo de niños también se incrementa el porcentaje que en la última semana incluyó alimentos de los grupos no recomendados.

Se analizó el consumo de cada uno de los grupos de alimentos de la Guía alimentaria en la última semana. El consumo se definió como adecuado cuando se incluyó ese grupo de alimentos al menos 7 veces en la semana.

Este análisis preliminar muestra que la alimentación actual de los niños difiere de las recomendaciones generales realizadas por el MSP para niños sanos a partir de los 2 años. Este apartamiento de las recomendaciones es aún mayor en los hogares del primer tercil de ingresos, excepto para las verduras y legumbres. (Tabla 17)

Tabla 17 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE NIÑOS SEGÚN CONSUMO DE GRUPOS DE ALIMENTOS RECOMENDADOS EN LA ÚLTIMA SEMANA, TOTAL Y SEGÚN NIVEL DE INGRESOS

Grupo de Alimentos (MSP)	Total	Primer Tercil	Tercer Tercil
Verduras y legumbres	27%	28%	27%
Frutas	90%	87%	94%
Azúcar y Dulces	79%	82%	76%
Carnes, pescados y huevo	71%	65%	77%
Leches y quesos	63%	56%	69%
Aceite crudo (sin semillas)	64%	61%	70%
Panes, harinas, pastas, arroz y papas	92%	95%	89%

ENTRE COMIDAS

La mitad de los niños realiza entre 1 o 2 colaciones diarias. Los alimentos que se incluyen mayoritariamente son las frutas (60%), los lácteos (54%) y en tercer lugar, con la misma frecuencia los panificados (galletas, grises y bizcochos) y el pan, 41% cada uno. En promedio el 20% de los niños incluye en sus colaciones galletitas dulces con y sin relleno, los alfajores, refrescos y las golosinas.

Al preguntar si cada vez que el niño pide comida fuera de las comidas principales, se le da, el 74% respondió afirmativamente, cifra similar para todas las edades.

MERIENDA EN EL CENTRO EDUCATIVO

Entre los niños que asisten a centro educativo se evaluó la calidad de los alimentos que llevaron o le dieron el día anterior a la encuesta. De estos datos se observa que únicamente el 41% llevó o le dieron una merienda compuesta únicamente por alimentos saludables, y el 6% por alimentos no recomendados, similar según nivel de ingreso.

CONSUMO DE LÍQUIDOS PARA LA HIDRATACIÓN

El 20% de los niños cuando tiene sed no bebe agua, con este fin utilizan jugos o refrescos azucarados. El resto, 80% consumen agua cuando tienen sed, la fuente de la misma difiere según nivel de ingresos. En los hogares del tercer tercil el 65% consume agua embotellada y en los hogares del primer tercil el 43% consume agua de la canilla.

ESTADO NUTRICIONAL

Los datos relevados muestran, nuevamente que entre los niños coexisten los problemas nutricionales por déficit y por exceso, lo que evidencia que nuestro país continúa en transición nutricional.

El exceso de peso continúa siendo el problema nutricional más relevante. Uno de cada tres niños (36%) presenta un IMC $>+1$ DS y la tercera parte de estos presenta un IMC $>+2$ DS. Estas cifras superan ampliamente lo considerado esperable en una población según los estándares internacionales de la OMS validados por Uruguay¹¹.

El exceso de peso es un factor de riesgo para la enfermedad adulta posterior, pero se asocia también con deterioro de la salud durante la infancia en sí, incluyendo un mayor riesgo de hipertensión, resistencia a la insulina, enfermedad del hígado graso, disfunción ortopédica y la angustia psicosocial. El índice de masa corporal (IMC), es el indicador antropométrico más práctico para la clasificación de sobrepeso y obesidad. La terminología utilizada por la OMS se diferencia dependiendo de que los niños sean menores o mayores de cinco años, esta diferencia es semántica y se basa en un enfoque cauteloso debido a que estos niños todavía están creciendo (Sánchez Echenique, 2012).

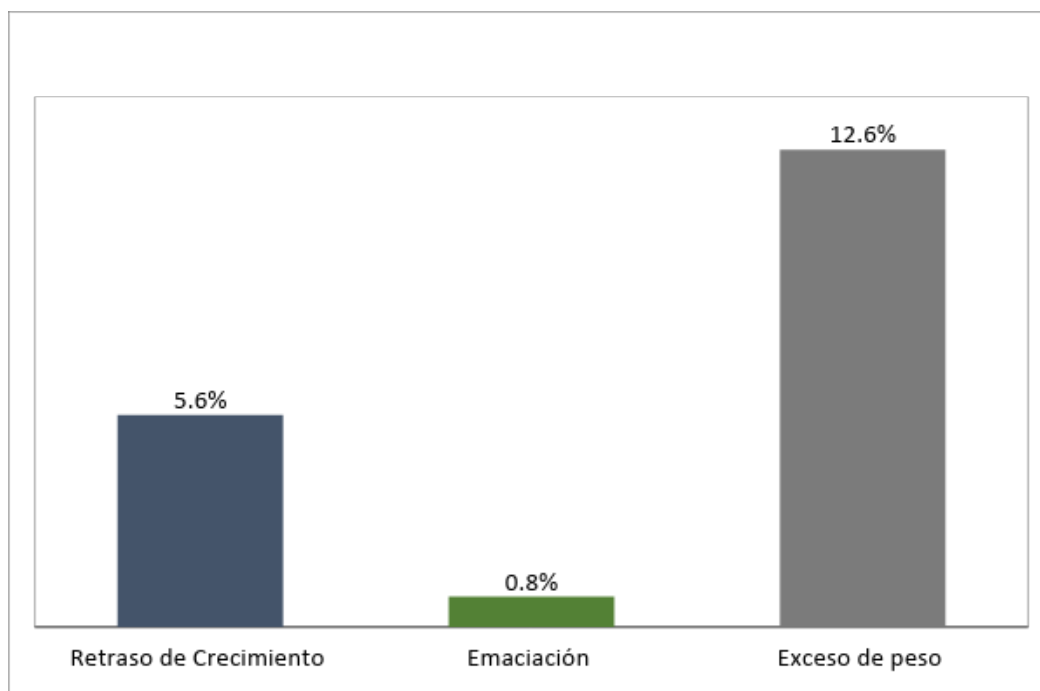
Por este motivo y para facilitar el análisis los datos de IMC se presentan por puntaje Z (DS). Los criterios para el diagnóstico nutricional por edad se muestran en la siguiente **TABLA 18**

TABLA 18 CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL POR EDAD

Índice de Masa Corporal / Edad	<4 años y 11 meses	> 5 años
>+1	Riesgo de sobrepeso	Sobrepeso
>+2	Sobrepeso	Obesidad
>+3	Obesidad	Obesidad Severa
Talla/Edad	Todas las edades	
<-1	Riesgo de retraso de Crecimiento	
<-2	Retraso de Crecimiento	
<-3	Retraso de Crecimiento Severo	
Índice de Masa Corporal / Edad	Todas las edades	
Peso / Talla		
<-1	Riesgo de Emaciación (riesgo de bajo peso para la talla)	
<-2	Emaciación (bajo peso para la talla)	
<-3	Emaciación Severa	

Gráfica 13 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE NIÑOS SEGÚN PROBLEMAS NUTRICIONALES A NIVEL NACIONAL

¹¹Es esperable que hasta un 16% de los niños crezcan por encima de +1 DS.



La emaciación ($P/T \leq -2DS$) representa el 0,8% y el retraso de crecimiento ($T/E \leq -2DS$) representó el 5,6% de los casos, de éstos el 1,1% corresponde a casos donde ese déficit es severo ($T/E \leq -3DS$).

La emaciación o bajo peso para la talla, es resultado de la carencia aguda de alimentos, que se agrava por la presencia repetida de infecciones (UNICEF, 2013). Las cifras halladas representan menos de la mitad (2,2%) de lo esperado en una población normal, y si bien no representa un problema de salud pública son situaciones que requieren una estrategia de abordaje específica.

El retraso del crecimiento encontrado es dos veces y media más de lo esperado para una población normal (2.2%). Este indicador que es en gran medida irreversible, es resultado de una nutrición inadecuada y brotes de infección repetidos durante los primeros 1000 días de vida. (OMS , 2017)

El retraso de crecimiento presenta diferencias por sub grupo de edades, en los niños y niñas de 2 y 3 años es de 7,3% mientras que de 4 a 6 años es de 4,1%, lo que es consistente con estudios nacionales que muestran estas diferencias por grupo de edad (MSP – MIDES – RUANDI – UNICEF, 2011)(MSP, 2016)

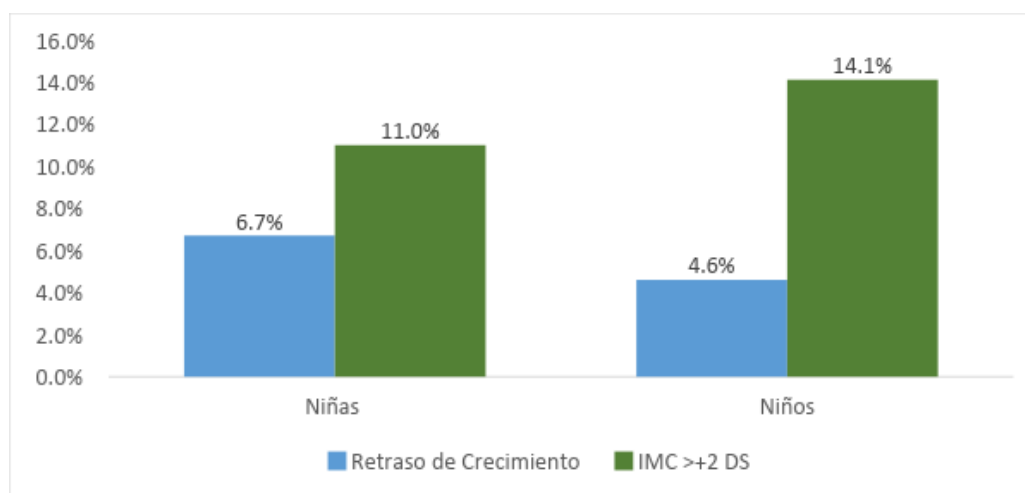
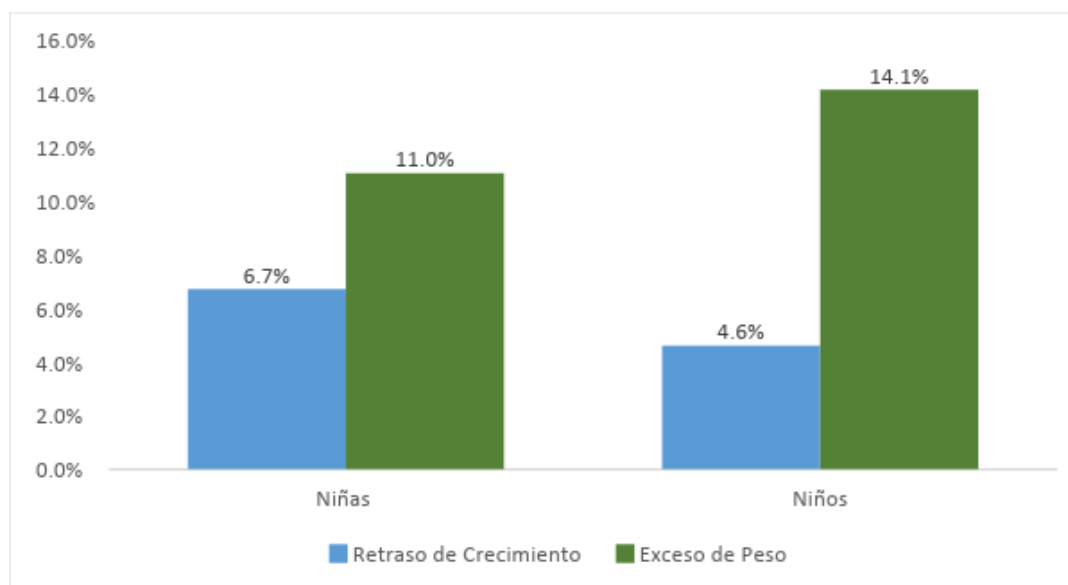
En relación al exceso peso ($IMC > +2 DS$) la cifra es del 12,6%, lo que significa que nuestro país presenta prácticamente seis veces más de lo esperado en una población normal. El exceso de peso, si bien se origina por un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas, responde a la incidencia de múltiples factores.

Los datos hallados muestran algunas diferencias según la edad, entre los niños de 2 a 3 años este porcentaje es del 13,2% y de 12% entre los más grandes.

Tal como se observa en el siguiente gráfico, si bien los problemas nutricionales son los mismos en

niñas y niños, las primeras presentan más retraso del crecimiento y el exceso de peso (IMC >+2 DS) es más prevalente en los segundos.

Gráfica 14 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE NIÑOS CON PROBLEMAS NUTRICIONALES SEGÚN SEXO

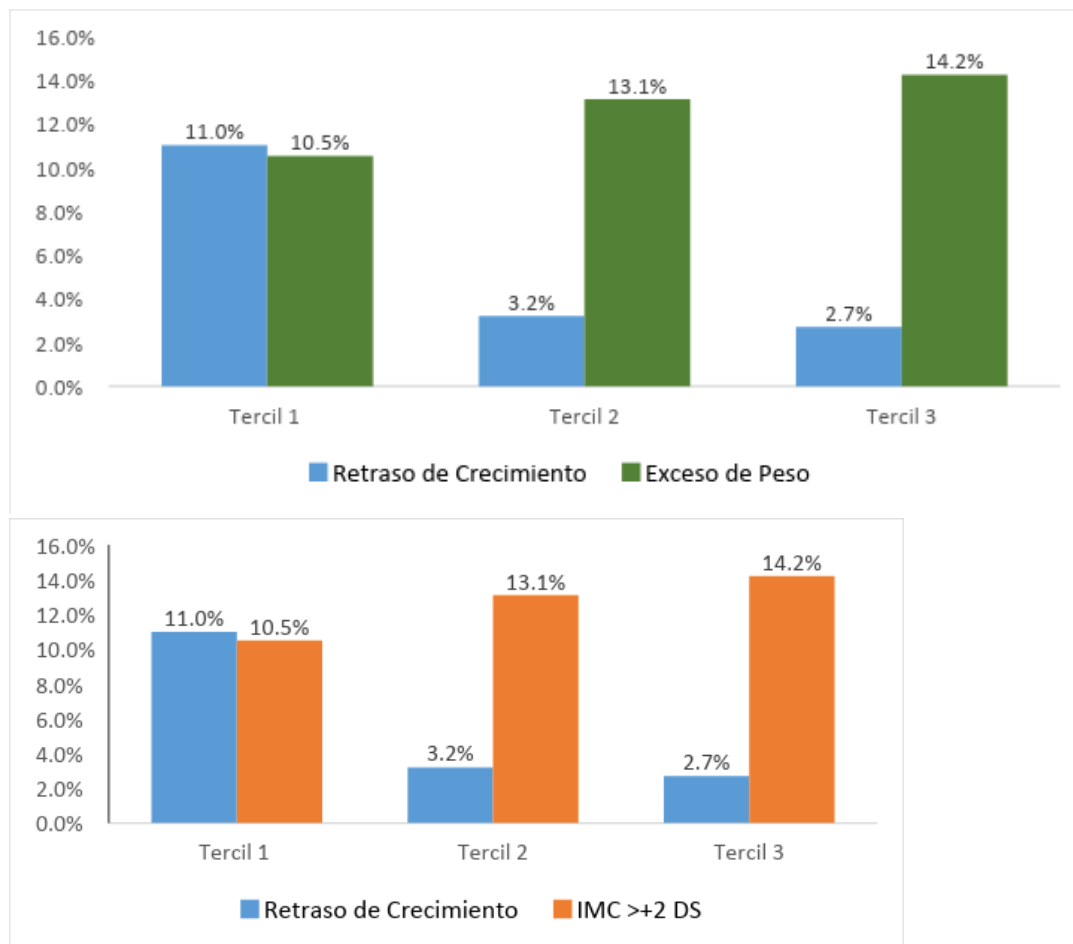


Al analizar los problemas nutricionales según lugar de residencia no se observan diferencias para el retraso del crecimiento, sin embargo la prevalencia el exceso de peso (IMC >+2 DS) es mayor entre quienes residen en el Interior del país (7%) que en Montevideo (5%).

El retraso del crecimiento en el primer tercil de ingresos es cuatro veces más elevado que en el tercero. El exceso de peso (IMC >+2 DS) aumenta a medida que lo hace el tercil de ingresos del hogar (Gráfica 15).

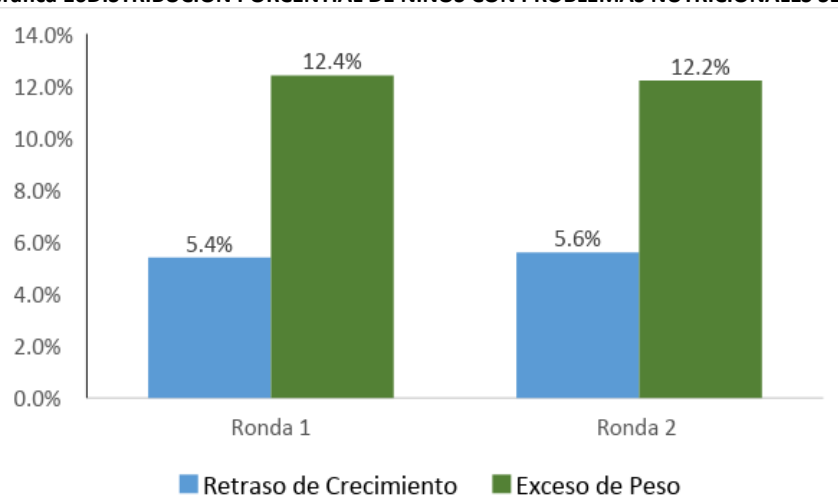
En el tercer tercil no se observó ningún caso de emaciación.

Gráfica 15 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE NIÑOS CON PROBLEMAS NUTRICIONALES SEGÚN TERCIL DE INGRESOS



Al evaluar el estado nutricional de los niños que participaron en ambas rondas se observa que tanto la prevalencia en el retraso del crecimiento como en el exceso de peso (IMC >+2 DS) no presentaron diferencias significativas en este período.

Gráfica 16 DISTRIBUCION PORCENTUAL DE NIÑOS CON PROBLEMAS NUTRICIONALES SEGÚN RONDA



Al analizar la trayectoria del retraso de crecimiento por grupo de edad entre ambas rondas se observa que los de menor edad globalmente están igual en esta segunda instancia. Entre los niños que tenían retraso de crecimiento en la primer ronda, donde tenían entre 2 y 4 años, en esta segunda visita se observa una mejoría en este indicador.

En relación al exceso de peso (IMC $>+2$ DS) también se observaron algunos cambios entre la primer y segunda ronda, destacándose que en los varones se da un aumento de 2,6 %, y en las niñas descendiende 3,7% su prevalencia.

Los principales problemas nutricionales están vinculados a la doble carga de la malnutrición, existiendo algunas diferencias en relación a su magnitud por grupos de edad, sexo, lugar de residencia y tercil de ingresos.

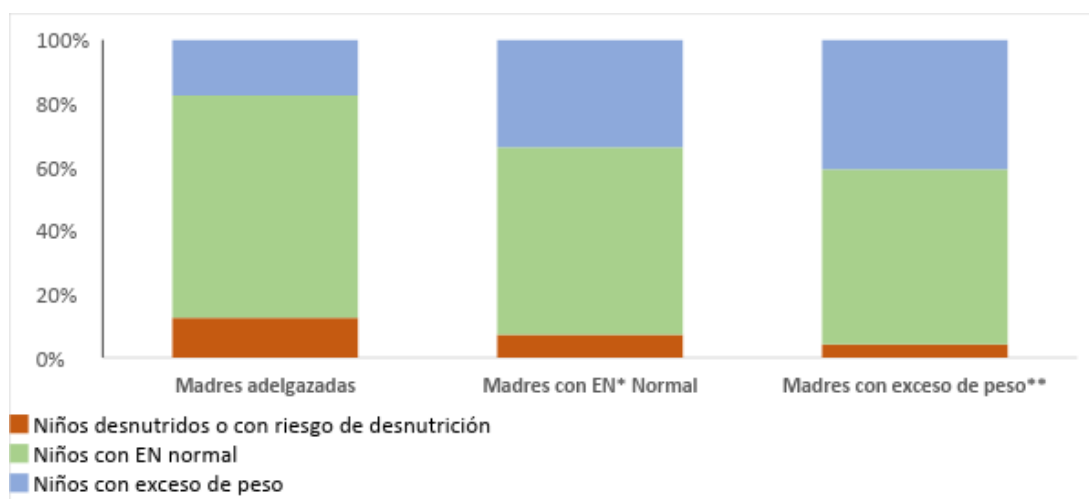
Los mismos problemas nutricionales persisten al evaluar la trayectoria de los niños y niñas en estos años de seguimiento. Se destacan corrimientos y cambios que requieren un análisis más profundo, que exceden los alcances de este primer informe.

III.7.3 Estado nutricional de las madres y su vínculo con el estado nutricional de los niños

El estado nutricional de las madres se evaluó por el Índice de Masa Corporal. El 3,1% esta adelgazada (IMC 18,5 kg/mts) en tanto que el exceso de peso (IMC ≥ 25 kg/mts) representa el 50% de los casos. Las investigaciones recientes señalan que el riesgo de desarrollar obesidad infantil es seis veces más alto en niños con madres con obesidad (Rosario E. Ortiz-Félix, 2015).

Al evaluar el estado nutricional de los niños en relación al estado nutricional de sus madres se observa esta misma tendencia, pero también se observa que los niños de madres adelgazadas presentan más emaciación. (Farajian , Panagiotakos, Risvas, Malisova, & Zampelas, 2014)

Gráfica 17 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS NIÑOS, SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL PROPIO Y ESTADO NUTRICIONAL DE LA MADRE



*EN: Estado Nutricional**Exceso de peso: IMC >+1 DS

III.7.4 Seguridad alimentaria y la relación con el estado nutricional de los niños

Al analizar los problemas nutricionales en relación al nivel de seguridad alimentaria se destaca que los niños que viven en hogares con algún nivel de inseguridad alimentaria presentan el doble de prevalencia del retraso del crecimiento (8%) y de emaciación (1,1%) que los niños que viven en hogares donde existe seguridad alimentaria (4% y 0,6% respectivamente). Lo contrario sucede al analizar el exceso de peso (IMC >+2 DS). Este es más prevalente entre los niños que viven en hogares con seguridad alimentaria que entre los que viven en hogares con algún nivel de inseguridad alimentaria, 13,4 % y 11,5% respectivamente.

III.7.5 Sueño, actividad física y horas de pantalla

En esta ronda se consultó sobre algunos hábitos vinculados al sueño, destacándose que el 92% de los niños duerme entre 8 y 12 horas por día, sin diferencias por edad.

La siesta es una práctica que mantiene el 45% de los niños, siendo más frecuente en el grupo de 2 a 3 años (61%). Los niños de 1 a 2 años deberían de dormir incluyendo las siestas, un total de 11 a 14 horas al día, y de 10 a 13 horas diarias en los niños de 3 a 5 años. (Academia Estadounidense de la Medicina del Sueño, 2016)

Se relevó la realización de actividad física fuera del centro educativo, el 21% de los niños practica algún deporte o juegos espontáneos. Este porcentaje se incrementa en los niños provienen de hogares del tercer tercil de ingresos (33%).

En relación al uso de pantallas, la recomendación es la de limitarlo a 1 o 2 o menos horas por día dependiendo de la fuente, a menos que sea por tareas escolares (Institute, National Heart Lung and Blood, 2017), (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, España, 2015). Si bien el 100% de los niños está expuesto a pantallas (TV, computadora, Tablet, videojuegos o celular), el 70% los utiliza dos horas o menos por día. Una quinta parte está expuesto a pantallas de 3 a 4 horas al día.

Al analizar la relación entre el estado nutricional por IMC y las horas de exposición a pantallas al día, no se observan diferencias significativas, pero sí algunas tendencias que se asemejan a resultados de otros estudios que asocian las horas de exposición con el exceso de peso.

III.7.6 Asistencia a centros educativos y de cuidados

En esta sección se analizará el módulo de preguntas correspondientes al acceso a centros de educación y cuidados. El acceso universal a la educación es relevante no solamente desde un punto de vista normativo por ser los niños y niñas sujetos plenos de derechos al cuidado y la educación, sino también por sus efectos sobre el desarrollo de niños y niñas.

En primer lugar, se encuentra que la asistencia a centros educativos y de cuidados asciende a 78% entre los niños y niñas de la ronda 2, lo que implica un considerable aumento respecto a la ronda anterior (30%). Si se analiza la evolución de la asistencia entre rondas se observa que el 54% de los niños y niñas mantienen su condición de asistencia entre rondas, un 44% pasa de no asistir en la ronda 1 a asistir en la ronda 2 y sólo un 2% deja de asistir entre rondas.

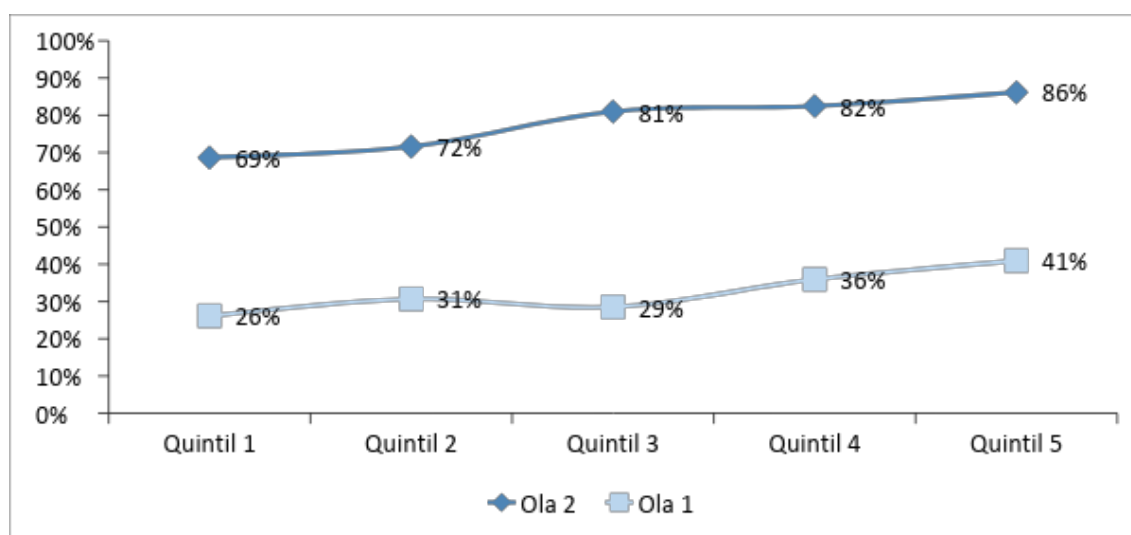
Si se analiza la asistencia según sexo, región y tramo de edad, los resultados son coherentes con lo encontrado en la primera ronda. No hay diferencias sustanciales según sexo y la asistencia es levemente mayor entre los niños y niñas de Montevideo (80%) respecto al interior del país (76%). Por su parte, la asistencia aumenta con la edad, alcanzando valores cercanos al 90% en los tramos de educación obligatoria (4 años y más).

Tabla 19 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS NIÑOS SEGÚN EDAD Y ASISTENCIA ACTUAL A CENTROS EDUCATIVOS Y DE CUIDADO

	No asiste	Asiste	Total
2 años	45%	55%	100%
3 años	30%	70%	100%
4 años	14%	86%	100%
5 y más años	5%	95%	100%
Total	22%	78%	100%

Las diferencias en la asistencia según condición socioeconómica son notorias, en ambas rondas la tasa de asistencia es mayor cuanto mayor el quintil de ingresos del hogar (**Gráfica 18**). En promedio, los niños y niñas del quintil de mayores ingresos presentan una tasa de asistencia 16 puntos porcentuales superior a la del quintil de menores ingresos. A su vez, la asistencia en la ronda 2 más que duplica asistencia en la ronda 1 para todos los quintiles, probablemente vinculado al aumento de edad de los niños.

Gráfica 18 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS NIÑOS SEGÚN ASISTENCIA A CENTRO EDUCATIVO Y DE CUIDADO Y QUINTIL DE INGRESO EN CADARONDA



Luego, se analiza la asistencia según tipo de centro, encontrando que la asistencia un centro CAIF, INAU, Municipales o centro educativo público es más frecuente (66%) en relación a los centros privados (34%), destacándose la asistencia a centros de ANEP (Tabla 20). Si se analiza según tramo de edad, la asistencia a centros privados y centros CAIF, INAU y Municipales es más frecuente entre los niños y niñas más pequeños, al tiempo que la asistencia a centros públicos aumenta con la edad siendo más frecuente entre los niños y niñas de los tramos de asistencia obligatoria.

Tabla 20 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS NIÑOS SEGÚN EDAD Y TIPO DE CENTRO EDUCATIVO Y DE CUIDADO AL QUE CONCURREN

	CAIF, INAU y Municipal	Público ANEP y otros	Privado	Total
2 años	43%	6%	51%	100%
3 años	35%	20%	44%	100%
4 años	15%	57%	29%	100%
5 y más años	1%	74%	25%	100%
Total	19%	47%	34%	100%

Por su parte, la cantidad de horas semanales de asistencia también aumenta con la edad del niño o niña, registrándose un promedio semanal de horas de 18,3 para los niños y niñas de 2 años de edad, guarismo que alcanza 24,3 para los niños y niñas de 5 y más años.

El principal motivo declarado sobre la asistencia a un centro educativo, es que parece una buena opción para el cuidado de los niños (64%), seguidos de la necesidad de conciliar trabajo con cuidados (24%).

No se registran cambios sustanciales respecto a lo encontrado en la ronda 1. Por su parte, el principal motivo de no asistencia es la edad del niño señalando que son muy pequeños aún (48%), seguido de la declaración de optar por otras estrategias de cuidado (madre 35% y otro familiar 15%).

En relación a esto último, los referentes dedican en promedio 39 horas semanales al cuidado de los niños y niñas del hogar, y este comportamiento está fuertemente estratificado por nivel socioeconómico siendo que los informantes del quintil de menores ingresos dedican en promedio 7 horas semanales más que los del quintil de mayores ingresos.

III.7.7 Prácticas de Crianza

Las prácticas de crianza y la participación de los adultos en actividades con los niños son un aspecto clave y un factor decisivo para el adecuado desarrollo infantil temprano. La encuesta consultó sobre algunos aspectos que están vinculados con el aprendizaje temprano.

La presencia de libros infantiles en el hogar conforma un importante indicador de la calidad del cuidado, ya que se vincula con un mayor rendimiento escolar y puntuaciones de coeficiente intelectual a futuro. (Tamis-LeMonda & Rodriguez, 2008)

En uno de cada diez hogares no hay libros infantiles, principalmente en los hogares de menores ingresos, pero no exclusivamente. La cantidad de libros disponibles en el hogar también es un indicador de la calidad del cuidado, en el 60% de los hogares del primer tercil de ingresos tienen de 1 a 10 libros y en el 40% de los hogares del tercer tienen más de 30 libros.

En la semana anterior de la visita un adulto le leyó un cuento o fragmento de un libro al 65% de los niños al menos un día. En el mismo período al 19% se le leyó o contó un cuento a diario, porcentaje que aumenta a medida que lo hace el nivel de ingresos del hogar, pero sin diferencias por grupo de edad.

Prácticamente en el 90% de los casos algún adulto acostumbra cantar canciones a los niños (87%) o enseñarle juegos (88%). Estas prácticas se observan en forma similar por nivel de ingreso y por grupo de edad.

El 59% de los niños juega con un adulto en forma diaria, guarismo que es mayor en los niños menores de 4 años.

El 62% de los niños siempre duerme en su propia cama, porcentaje que disminuye a medida que lo hace el nivel de ingresos del hogar. Los niños que pertenecen a hogares del primer tercil de ingresos son los que más duermen con su madre o comparte la cama con otros (Tabla 21).

Quienes duermen más solos y en su propia cama son los niños más grandes y pertenecen a hogares de mayores ingresos.

Tabla 21 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL LOS NIÑOS SEGÚN LUGAR PARA DORMIR Y TERCIL DE INGRESOS DEL HOGAR

LUGAR DONDE DUERMEN	Tercil 1	Tercil 2	Tercil 3	Total
Siempre duerme solo en su propia cama	49%	62%	76%	62%
Frecuentemente duerme en la cama con su madre	42%	35%	24%	34%
Frecuentemente duerme en la cama con otros	8%	3%	1%	4%
Total	100%	100%	100%	100%

III.7.8 Toma de decisiones en relación a la educación, hábitos, salud y límites

En los hogares que conviven ambos padres las decisiones relacionadas con educación, hábitos y límites son tomadas en conjunto por la madre y el padre en el 70% de los niños. Promedialmente, las decisiones tomadas mayormente por la madre rondan el 25% de los niños, incrementándose hasta 35% de los casos en las referidas a la salud, y las decisiones tomadas mayormente por el padre se mantienen estables en valores menores a 1%, alcanzando 6% de los casos en decisiones acerca de puesta de límites.

CONCLUSIONES

- Al observar los principales resultados entre la ronda 1 y la ronda 2, el 73% de los niños vive con el padre, proporción algo menor a la registrada en la primera ronda de la encuesta, donde 76% de los niños lo hacían. El porcentaje de niños que viven en hogares monoparentales pasa del 6% al 12%.
- Los niveles de hacinamiento presentan variaciones sustantivas según nivel de estudio de la madre y quintiles de ingresos. El porcentaje de niños que se encuentran en viviendas con hacinamiento oscila del 2% para los niños pertenecientes al quintil más rico a 45% en aquellos del primer quintil de ingreso.
- El 65% de los niños tiene una madre que se encuentra ocupada en el mercado de trabajo. La proporción de madres ocupadas presenta una fuerte asociación con el nivel de ingresos del hogar (es mayor a medida que se avanza hacia los quintiles más altos), y con el nivel educativo de la madre (siendo más frecuente que se encuentren ocupadas las madres de mayor nivel educativo).
- El 15% de los niños viven con madres que se encontraban deprimidas, ansiosas o presentaban algún otro indicio de alteraciones psicoemocionales al momento de la encuesta, de acuerdo a los test de despistaje aplicados: SQR20 para las madres con niños mayores de 3 meses y test de Edimburgo en mujeres embarazadas o con niños hasta 3 meses de edad.

- Al analizar la cantidad de nuevos hijos entre la ronda 1 y la ronda 2, se ha encontrado que el 85% de los niños viven en hogares donde los informantes no han tenido más hijos desde la ronda 1, el 14% tuvo un hijo más y el resto 2 o más hijos.
- La proporción de niños cuyos informantes tienen nuevos hijos varía según la condición socioeconómica del hogar; de los niños pertenecientes al quintil 1 de ingresos el 21% de sus referentes declara que ha tenido más hijos, siendo este guarismo 13% para los niños pertenecientes al quintil 5 de ingresos.
- Las mujeres que viven en hogares de mayores nivel de ingresos y mayor nivel educativo, declaran en mayor proporción haber tenido menos que los tendrían en este momento si pudiera volver y elegir la cantidad de hijos a tener.
- Se encuentra que la cantidad de niños y niñas de la ronda 2 en hogares beneficiarios de AFAM asciende a 53%, lo que implica una leve disminución respecto a la ronda anterior (58%). El 18% de niños y niñas de la ronda 2 están en hogares beneficiarios de TUS, registrándose un leve aumento respecto a la ronda anterior (13%). El 6% de los niños y niñas encuestados residen en hogares que declararon ser o haber sido beneficiarios de UCC, guarismo que duplica al registrado en la ronda 1 (3%).
- La inseguridad alimentaria es definida como de la autopercepción acerca de la capacidad de disponer de alimentos nutricionalmente adecuados, inocuos y socialmente aceptables en el hogar. La misma se mantuvo en cifras similares en esta ronda, no presentando cambios significativos. El 58% de los niños vive en hogares con seguridad alimentaria y el 4,8% vive en hogares que presentan inseguridad alimentaria severa.
- La inseguridad alimentaria se observa en mayor proporción en los hogares de menores ingresos y con el retraso de crecimiento de los niños que residen en esos hogares.
- Prácticamente todos los niños tienen carné de salud y el Certificado del Esquema de Vacunación (97% y 97% respectivamente). En esta ronda se consultó si en el último invierno el niño había recibido la vacuna de la gripe, respuesta afirmativa en el 26% de los casos.
- En relación a la salud, el 41% de los niños presentó algún síntoma en el periodo consultado, de éstos se destacan los problemas respiratorios (30%), cuadros febriles (13%), gastrointestinales (9%) y dolor o secreción en los oídos (3%). Las enfermedades son más frecuentes en los niños más chicos, disminuyendo a medida que transcurre la edad.
- En relación a las prácticas vinculadas con el acto de comer el 70% de niños viven en hogares donde refieren tener una rutina establecida a la hora de las comidas. Este porcentaje disminuye a medida que lo hace el nivel de ingreso del hogar. La mitad de los niños comparte entre 2 y 4

comidas con algún integrante de su familia, siendo la cena el tiempo de comida donde más se da esta práctica (94%).

- La alimentación habitual de los niños no incluye los alimentos necesarios y recomendados para su edad y etapa presenta una inclusión insuficiente de alimentos recomendados y un consumo elevado de aquellos ricos en grasa, sal y azúcar.
- El 20% de los niños consumen refrescos o jugos azucarados cuando tienen sed.
- Globalmente se mantienen las cifras de los principales problemas nutricionales entre ambas rondas, sin embargo es llamativa la diferencia por sexos en la prevalencia de retraso del crecimiento y el exceso de peso (IMC $>+2$ DS), siendo mayor la prevalencia de retraso de crecimiento en las niñas y el exceso de peso más prevalente en los niños.
- El exceso de peso (IMC/E ≥ 1 DS) continúa siendo el problema nutricional más relevante, uno de cada tres (36%) niños presenta un peso superior al esperado lo que representa más del doble de lo considerado según los estándares internacionales de la OMS validados por Uruguay.
- En esta ronda se consultó sobre algunos hábitos vinculados al sueño, destacándose que el 92% de los niños duerme entre 8 y 12 horas por día, sin diferencias por edad. La siesta es una práctica que mantiene el 45% de los niños, siendo más frecuente en el grupo de 2 a 3 años (61%).
- Si bien el 100% de los niños está expuesto a pantallas (TV, computadora, Tablet, videojuegos o celular), el 70% los utiliza dos horas o menos por día. Una quinta parte está expuesto a pantallas de 3 a 4 horas al día. La recomendación es limitarla exposición a 2 o menos horas por día dependiendo de la fuente.
- Tal como es de esperar debido el aumento de edad de los niños, aumenta también la asistencia a centros educativos, el porcentaje de asistencia pasa de 36% a 77% entre ambas rondas, incremento abonado principalmente por los niños y niñas de 4 a 6 años, donde la asistencia es obligatoria.
- Las diferencias en la asistencia según condición socioeconómica son notorias, en ambas rondas la tasa de asistencia es mayor cuanto mayor el quintil de ingresos del hogar. En promedio, los niños y niñas del quintil de mayores ingresos presentan una tasa de asistencia 16 puntos porcentuales superior a la del quintil de menores ingresos.
- La presencia y cantidad de libros disponibles en el hogar es un indicador de la calidad del cuidado. En uno de cada diez hogares no hay libros. En el 60% de los hogares del primer tercil de ingresos tienen de 1 a 10 libros y en el 40% de los hogares del tercer tercil tienen más de 30 libros.

- Prácticamente en el 90% de los casos algún adulto acostumbra cantar canciones a los niños (87%) o enseñarle juegos (88%). Estas prácticas se observan en forma similar por nivel de ingreso y por grupo de edad. El 59% de los niños juega con un adulto en forma diaria, guarismo que es mayor en los niños menores de 4 años.
- En los hogares que conviven ambos padres las decisiones relacionadas con educación, hábitos y límites son tomadas en conjunto por la madre y el padre en el 70% de los niños.

Este primer análisis de carácter muy general de la información abre un conjunto importante de temas de investigación que requieren un análisis específico más profundo, los cuales sin duda trascenderán las perspectivas de esta primera exploración.

Asimismo, la posibilidad de realizar estudios comparativos entre rondas del panel permitirá conocer con mayor profundidad la evolución de estos desempeños y sus interrelaciones. Esto posibilitará realizar un análisis más profundo de la realidad.

Bibliografía

- Academia Americana de Pediatría. (2017). *Your Overweight Child and the Risk of Disease*. Obtenido de <https://www.healthychildren.org/English/healthissues/conditions/obesity/Pages/Your-Overweight-Child-and-the-Risk-of-Disease.aspx>.
- Academia Estadounidense de la Medicina del Sueño. (2016). *Los buenos hábitos del sueño: ¿cuántas horas de sueño necesita su niño?* Obtenido de <https://www.healthychildren.org/Spanish/healthy-living/sleep/Paginas/healthy-sleep-habits-how-many-hours-does-your-child-need.aspx>
- Academia Americana de Pediatría. (2017). Alimentación del niño, Ingestión de calorías (energía): cantidades de alimentos y bebidas recomendadas para los niños,. Obtenido de <https://www.healthychildren.org/spanish/healthy-living/nutrition/paginas/energy-inrecommended-food-drink-amounts-for-children.aspx>
- Achenbach, T., & Rescorla, L. (2000). Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles. *Research Center for Children, Youth, & Families - University of Vermont*.
- Colafranceschi, M., Failache, E., & Vigorito, A. (2013). DESIGUALDAD MULTIDIMENSIONAL Y DINÁMICA DE LA POBREZA EN URUGUAY EN LOS AÑOS RECIENTES. *EL FUTURO EN FOCO. Cuadernos sobre Desarrollo Humano*.
- Evans, J., Myers, R., & Ifeld., E. (2000). *Early Childhood Counts. A Programming Guide on Early Childhood Care for Development*. Washington D.C: World Bank Institute.
- FAO. (2012). *El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo*.
- Farajian , P., Panagiotakos, D., Risvas, G., Malisova, O., & Zampelas, A. (2014). Hierarchical analysis of dietary, lifestyle and family environment risk factors for childhood obesity: the GRECO study. *Eur J Clin Nutr*, 1107-12.
- GEF/IECON. (2015). Salud, nutrición y desarrollo en la primera infancia en Uruguay, Primeros resultados de la Encuesta Nacional Desarrollo Infantil, Nutrición y Salud.
- Heckman, J. J. (2006). Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children. . *Science*, (5782), 1900.
- Institute, National Heart Lung and Blood. (2017). *Overweight and Obesity*. Obtenido de https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/peds_guidelines_sum.pdf
- Landers, C., Mercer, R., Molina, H., & Eming Young, M. (2006). *Desarrollo Integral en la Infancia: una Prioridad para la Salud. Manual de Desarrollo Temprano para Profesionales de la Salud*.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, España. (2015). *Actividad Física y Salud de 3 a 6 años*. Obtenido de http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/GuiaAF_3_6anos_docentes.pdf

- MSP – MIDES – RUANDI – UNICEF. (2011). 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. (2007). Control periódico del niño y niña hasta los 14 años, Guía de Intervenciones en el Primer Nivel de Atención. Obtenido de <http://www.dem.fmed.edu.uy/materno/Pediatria/Control%20Periodico%20del%20Nino%20y>
- MSP. (2016). Diagnóstico de la situación alimentaria y nutricional, Perfil epidemiológico nutricional Revisión para la elaboración de la Guía Alimentaria para la población uruguaya.
- 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
- OMS. (2010). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*. Obtenido de http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/es/.
- OMS, División de salud mental. (1994). *A User's guide to the self reporting questionnaire (SQR)*. Geneva.
- Peña Quintana, L., Ros Mar, L., González Santana, D., & Rial González, R. (2010). Alimentación del preescolar y escolar. *Hospital Universitario Miguel Servet*. Obtenido de http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/alimentacion_escrondar.pdf
- Rosario E. Ortiz-Félix, Y. F.-P.-V. (2015). Predictores maternos del índice de masa corporal. *ARCHIVOS LATINOAMERICANOS DE NUTRICIÓN*, 158-165.
- Sánchez Echenique, M. (2012). Aspectos epidemiológicos de la obesidad infantil. *Pediatría Atención Primaria*, 14(Supl. 22), 9-14. . Obtenido de <http://scielo.isciii.es:https://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322012000200001>
- Sociedad Uruguaya de Pediatría. (2004). Pautas Guías de alimentación del niño preescolar y escolar. *ArchPediatrUrug*, 159-163.
- Squires, J., Bricker, D., & Potter, L. (1997). Revision of a Parent-Completed Developmental Screening Tool: Ages and Stages Questionnaires. *Journal of Pediatric Psychology*, 313-28.
- Tamis-LeMonda, C., & Rodriguez, E. (2008). *El rol de los padres en fomentar el aprendizaje y desarrollo del lenguaje en niños pequeños*. New York University, EE.UU.