

Las dimensiones del bienestar infantil y la focalización de los programas dirigidos a la primera infancia

Agosto 2018

Maira Colacce y Victoria Tenenbaum

1. Introducción

Existen numerosos estudios que, basados en las contribuciones de Amartya Sen, se enfocan en las dimensiones constitutivas del bienestar y las relaciones de complementariedad o sustitución que las mismas guardan entre sí (Sen, 1992). El enfoque de Sen plantea a los funcionamientos de las personas como aquellos que dan cuenta de las posibilidades individuales de aprovechar las oportunidades, lo que esa persona consigue ser o hacer (por ejemplo, alimentarse de manera adecuada, tener un buen estado de salud). La libertad de vivir diferentes tipos de vida se refleja en el conjunto de combinaciones de esos funcionamientos dentro de las cuales la persona puede elegir, lo que Sen denomina “capacidades” de cada individuo.

Desde esta perspectiva, el bienestar se define en el espacio de las capacidades humanas. La imposibilidad de acceder a un conjunto mínimo de capacidades constituye una situación de privación o pobreza multidimensional (Sen, 1993). Cada comunidad y país deberían definir cuáles son los funcionamientos y capacidades fundamentales en su contexto. Así, los funcionamientos y capacidades no pueden determinarse de forma universal. Esto es una fuente de críticas a este enfoque dado que hace compleja su operacionalización. Se plantea la dificultad de convertir a las capacidades en un conjunto de indicadores factibles de medir (Minujin, Delamónica y Davidziuk, 2006). Sin embargo, Nussbaum (2000) elabora una lista de capacidades básicas que se entienden necesarias en cualquier lugar y cultura que genera controversias incluso por los defensores del enfoque. Más allá de esto, los autores del enfoque sostienen la importancia de la operativización empírica y de la definición de un conjunto básico de capacidades (Alkire, 2000).

Biggeri et al (2006) desarrolla el enfoque de las capacidades en los niños, fundamentando que sus capacidades son diferentes de las de los adultos o existe diferente grado de relevancia de las mismas capacidades. Las capacidades no son vistas como algo estático, sino que se encuentran dentro de una estructura dinámica. Los autores subrayan la necesidad de reconocer a los niños como actores sociales dotados de agencia y autonomía de acuerdo a sus edades, capaces de expresar sus puntos de vista y prioridades. Su capacidad de convertir recursos y bienes en capacidades y funcionamientos depende de factores de conversión individual y social, en especial de las capacidades de sus padres y/o cuidadores. Es fundamental en esa etapa la transferencia de su entorno cercano, el cuidado de los padres y el respeto de sus deseos y libertad. Por otro lado, la capacidad de los niños de lograr autonomía adquiere relevancia con la edad (Biggeri 2004).

Este trabajo busca profundizar en las dimensiones relevantes para el bienestar en la primera infancia en Uruguay bajo este enfoque. Este país ha presentado una caída muy importante de la pobreza monetaria infantil en los últimos once años, pasando de ser el 52% de los menores de 18 en 2006 a 18% en 2016. Esta reducción fue similar en los más pequeños, pero 1 de cada 5 de los

menores de 4 años aún se encuentran en situación de pobreza. Se destaca el rol de las políticas públicas en esta reducción. Son diversos los estudios que indican que se debe tanto al contexto macroeconómico favorable del período como al conjunto de políticas implementadas en la última década (OPP, 2009; Colafranceschi y Vigorito, 2012; Amarante y Vigorito, 2012, entre otros).

Sin embargo, el mayor acceso a recursos no asegura mejoras en otras dimensiones del bienestar, y en caso de que estas mejoras existan, es esperable que se manifiesten con cierto rezago en el tiempo. Colacce y Tenenbaum (2017) destacan que tanto el indicador de pobreza monetaria como de pobreza multidimensional presentaban valores similares en 2006 (52% de los niños y adolescentes se encontraban por debajo de la línea de pobreza monetaria y 48% de ellos estaban privados en al menos una dimensión), pero en 2014 se separan en casi 18 puntos porcentuales, la pobreza monetaria pasa a ser 18% y la multidimensional 36%. Esto es similar a lo observado con otros indicadores multidimensionales (MIDES, 2013; Castillo y Colombo, 2014; Calvo, et al 2013).

Por este motivo, se considera pertinente contar con buenos insumos para el diagnóstico de las privaciones que prevalecen en la primera infancia en el Uruguay y analizar cómo ha cambiado en los últimos años. Para ello, en este artículo se identifican las dimensiones en las que los niños más pequeños presentan privaciones y se analiza su evolución. Se construye un índice de privaciones multidimensionales utilizando la metodología propuesta por Alkire y Foster (2007, 2011), compuesto por cinco dimensiones (Hogar, Embarazo, Prácticas de Crianza, Salud, y Nutrición) que busca captar cabalmente los déficits presentes en la primera infancia.

La disponibilidad de información actualizada y comprehensiva sobre las condiciones de vida y desarrollo de los niños que aporta la Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud (ENDIS) permite por primera vez indagar en las dimensiones específicas del bienestar en la primera infancia en Uruguay. A la vez, se pueden analizar los cambios en el tiempo de estas dimensiones, al contar con registros longitudinales de los niños y sus hogares en dos períodos del tiempo hasta el momento.

El conocimiento de estas privaciones sirve tanto como herramienta de diagnóstico y monitoreo, como para la selección de las políticas destinadas a estas edades. La importancia de invertir en las primeras etapas de la vida es un aspecto consensuado en numerosos estudios de diversas disciplinas asociadas al estudio del desarrollo de la primera infancia. El déficit en los primeros años de vida puede significar reducciones de bienestar en el futuro, con consecuencias permanentes sobre el bienestar de la persona a lo largo de la vida. Muchos autores fundamentan la importancia de esta etapa para prevenir problemas que pueden presentarse en las siguientes etapas del ciclo de vida, más allá de la evidente importancia de la etapa en sí misma. La evidencia, a su vez, muestra que programas implementados en etapas posteriores son menos efectivos y tienen menores retornos (Biggeri, 2004; Conti y Heckman, 2012; Cunha et al, 2006, Berlinski y Schady, 2015).

Un elemento clave en el proceso de selección de beneficiarios para las políticas sociales es contar con herramientas simples y eficientes que permitan concentrar las acciones del Estado en la población objetivo a bajo costo. En un contexto de recursos limitados, las herramientas de focalización permiten la selección de los niños más vulnerables a los programas que buscan

atenderlos. En la medida que se reconoce que las privaciones en la primera infancia son multidimensionales, las herramientas de focalización deben identificar las privaciones en un conjunto amplio de dimensiones.

La construcción de un índice de privaciones multidimensionales comprehensivo de las diferentes dimensiones del bienestar infantil es excesivamente costosa en términos informacionales, lo que inhabilita su utilización para la focalización de los programas sociales. Se evalúa entonces la superposición entre el índice de privaciones multidimensionales propuesto con un índice más acotado que contenga indicadores que se puedan captar mediante registros administrativos universales. Este índice sintético podría servir como una primera herramienta de sondeo para los programas destinados a la primera infancia, orientando su oferta o la primera visita a los hogares para acceder a mayor información, en la medida que se evalúa su interacción con el bienestar infantil medido exhaustivamente. A su vez, los ejercicios de superposición permiten visualizar a los grupos que quedarían ocultos cuando se utilizan herramientas basadas en registros administrativos universales, habilitando la construcción de instrumentos específicos para su inclusión.

Esto es especialmente importante para el componente focalizado de Uruguay Crece Contigo (Programa de Acompañamiento Familiar), dado que reconoce explícitamente la interrelación entre distintas dimensiones del bienestar infantil y sus prestaciones abarcan diferentes dimensiones. A la vez, es el programa focalizado destinado específicamente a la primera infancia con mayor alcance y proyección a nivel nacional, y cuyas herramientas de focalización se encuentran en proceso de discusión. Por lo tanto, se analizan los resultados para este caso particular, aunque podrían ser válidos para diferentes programas sociales de similares características.

El artículo continúa con una descripción del programa Uruguay Crece Contigo y sus mecanismos de focalización. En la sección 3 se revisan los principales antecedentes y en la sección 4 se presenta la metodología para la construcción del índice de privaciones multidimensional y sus componentes. La siguiente sección presenta los principales resultados, tanto del índice como de la superposición con el índice construido en base a registros administrativos universales. La última sección presenta las principales conclusiones y recomendaciones de política.

2. Uruguay Crece Contigo: descripción y mecanismos de focalización

Uruguay Crece Contigo (UCC) es una política pública de cobertura nacional creada en el año 2012 con el objetivo general de contribuir a consolidar un sistema de protección integral a la primera infancia. UCC se inserta en un sistema de protección social para la primera infancia articulando sus acciones con el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU), y el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), entre otros. El programa propone acciones universales y focalizadas que promuevan, fortalezcan y articulen respuestas integrales para garantizar a todas las mujeres embarazadas, los niños y las niñas el pleno ejercicio de todos sus derechos.

Dentro de las acciones focalizadas, se ubica el Programa de Acompañamiento Familiar en el hogar que se orienta a personas en situación de vulnerabilidad socio-sanitaria. Tiene dos modalidades: 'Buen Comienzo', dirigido a familias con mujeres embarazadas; y 'Proximidad para la Crianza' dirigido a niños y niñas menores de 4 años (UCC-MIDES, 2016). Su objetivo es fortalecer las capacidades de las familias para mejorar su bienestar, promover los cuidados adecuados durante el embarazo y promover buenas prácticas de crianza en términos de salud, nutrición y desarrollo infantil. Asimismo, se trabaja para facilitar el acceso a prestaciones y servicios públicos que favorecen el proceso de inclusión social.

Desde el inicio del programa de Acompañamiento familiar hasta fines de 2017, se alcanzó la cobertura de 26.535 beneficiarios directos (19.952 niños y 6.583 mujeres embarazadas) en 13.748 hogares. Desde 2013, año en el que el programa toma alcance nacional, el promedio anual de beneficiarios se situó en 4.751 (Arocena et al, 2018). El período de intervención depende de la modalidad y de la situación particular, con un máximo de 24 meses en situaciones excepcionales. En el caso de las intervenciones con madres embarazadas, el período se extiende hasta los 7 meses del bebé, mientras que en la modalidad 'Proximidad para la Crianza', la intervención se extiende por aproximadamente 10 meses.

La evaluación de impacto de UCC muestra resultados positivos en aspectos como en el estado nutricional de los niños, en particular en déficits y hábitos de alimentación, en desarrollo infantil en motricidad gruesa y comunicación, así como mejoras en el entorno de crianza del hogar, y en el acceso a las prestaciones sociales, fundamentalmente en la Tarjeta Uruguay Social. Programas de acompañamiento familiar, como este componente de UCC, tienen como un objetivo central poder acercar la oferta pública de bienes y servicios a los niños y niñas (Marroig, et al, 2017). Este es un objetivo dificultoso en la medida que depende en gran medida de la coordinación interinstitucional.

Para ser beneficiario del Programa de Acompañamiento Familiar de UCC se debe presentar simultáneamente riesgo sanitario y social. En la dimensión sanitaria, los beneficiarios deben presentar al menos una característica de riesgo sanitario. Por otro lado, en la dimensión social, deben ser beneficiarios del Programa de Asignaciones familiares¹ o presentar algún factor de riesgo social establecido por el programa. El Cuadro 1 lista los riesgos considerados por el programa. Una vez identificado el riesgo en ambas dimensiones un técnico del programa realiza una visita para confirmar el nivel de riesgo y determinar su ingreso.

¹ En su componente no contributivo o en el contributivo orientado a los trabajadores formales que ganan menos de 5 Bases de Prestaciones y Contribuciones (BPC).

Cuadro 1. Riesgos sanitarios y sociales para el ingreso al Programa de Acompañamiento Familiar de UCC.

Riesgos sanitarios	Riesgos sociales
Bajo peso al nacer	Niño/a que no esté inscripto en el Registro Civil
Prematurez	Referentes adultos sin identificación civil
Ausencia de controles de salud o por debajo de la pauta nacional	Nivel educativo alcanzado por la madre al momento del nacimiento del niño/a equivalente a primaria completa o menos
Dos o más faltas consecutivas a citas programadas en el primer año de vida	Vivienda en asentamiento irregular
Riesgo de bajo peso	Vivienda precaria o situación de calle
Riesgo de retraso de talla	Madre privada de libertad
Riesgo de descenso de canal percentilar en dos controles consecutivos	Madre en situación de trata
Violencia doméstica	Niños/as menores de un año o mujer embarazada en extremo riesgo social sin riesgo biológico (2 o más riesgos sociales)
Recién nacido (hasta el primer mes de vida) hijo de mujer con bajo peso	Situación de hambre: en los últimos 3 meses la familia relata no haber contado con los recursos suficientes para alimentarse
Recién nacido hijo de mujer con anemia	
Recién nacido hijo de mujer con depresión durante el embarazo	
Hijo de mujer que tiene como antecedente la muerte de otro u otros niños/as por causas desconocidas o accidentes domésticos	
Recién nacido de mujer que no controló su embarazo	
Hijo de mujer menor de 20 años	
Consumo problemático de sustancias de los referentes del niño	
Depresión materna	

Fuente: UCC-MIDES (2016)

Este sistema de identificación de los beneficiarios presenta algunos problemas. En primer lugar, requiere de una gran cantidad de información. Esto puede implicar ciertos sesgos en la selección de los beneficiarios dado que solo se accede a aquellos para los que se cuenta con información. En segundo lugar, la forma de selección no permite ordenar a los potenciales beneficiarios de modo de priorizar su ingreso entre quienes cumplen la condición de tener ambos tipos de riesgos. Este último elemento fue analizado por Arocena et al (2018), construyendo un índice de riesgo sanitario para niños recién nacidos en base a registros administrativos asociados al sistema de salud y de corte universal. Utilizan la técnica factorial de Análisis de Correspondencias Múltiples (ACM) lo que permite un ordenamiento de los potenciales beneficiarios en esta dimensión. Luego comparan los resultados del índice de riesgo sanitario con el ordenamiento que surge del Índice de Carencias Críticas, instrumento utilizado para la selección de los programas de transferencias monetarias, que busca identificar las carencias en términos sociales.

La combinación de ambos índices podría salvar el segundo problema de la selección de beneficiarios para UCC pero mantiene el problema de la cantidad de información necesaria, dado que la construcción del ICC requiere de una visita al hogar. Además, se desconoce la captación que este

instrumento tiene entre quienes se encuentran efectivamente privados en términos multidimensionales. En este trabajo busca evaluar si éste indicador puede ser utilizado como una primera herramienta de sondeo de los riesgos de los niños pequeños, identificando las situaciones hacia las que orientar las visitas que profundicen en la información necesaria para seleccionar a los beneficiarios.

3. Antecedentes

3.1 Pobreza multidimensional en primera infancia

Existen varios estudios que analizan la pobreza multidimensional infantil en diversos países utilizando la misma metodología que la propuesta en este trabajo. Es el caso de Trani y Cannings (2013) que analizan la pobreza multidimensional para el oeste de Darfur, incluyendo dimensiones no usualmente utilizadas en los índices (trabajo infantil, seguridad física, empoderamiento o participación social, bienestar psicológico). Lo mismo sucede en el caso de Biggeri et al (2010) para Afganistán, quienes incorporan salud, privación material, seguridad alimentaria, cuidado y amor, libertad de explotación económica, autonomía y movilidad entre otras. Por otra parte, Roelen et al (2012) comparan los resultados de utilizar mediciones de pobreza monetaria o multidimensional en los niños en Vietnam, confirmando un desajuste entre ambas medidas.

En la última década en Uruguay se encuentran numerosos estudios que incorporan el enfoque multidimensional en la medición de la pobreza. La reducción de la pobreza monetaria condujo a que los estudios sobre medidas multidimensionales se tornen más necesarios para el diseño de políticas dando cuenta de privaciones específicas. En general, todos los estudios nacionales sobre pobreza multidimensional consideran condiciones de la vivienda, educación, acceso a bienes de confort y de comunicación. En la mayoría se identifica que el cruce entre la pobreza de ingresos y los índices multidimensionales presenta importantes discordancias. Aún cuando la pobreza de ingresos ha disminuido fuertemente en los últimos diez años, se continúa identificando un conjunto de hogares con importantes privaciones en materia de educación, vivienda, seguridad social y empleo (Arim y Vigorito, 2007; MIDES, 2013, 2016; Castillo y Colombo, 2014; Borrás, 2015; CEPAL y UNICEF, 2016).

Además de estos estudios para toda la población, más recientemente se han desarrollado en el país estudios específicos sobre pobreza multidimensional en infancia y adolescencia (Nathan y Zerpa, 2015, Castillo y Colombo, 2014, CEPAL-UNICEF, 2016, Failache et al, 2016). Los resultados en cuanto a la diferente identificación entre estos indicadores y el de pobreza de ingresos son robustos a diferentes formas de especificación de los indicadores y a la utilización de diferentes bases de datos.

Se observan diferencias en cuanto a las dimensiones incorporadas que surgen principalmente de las restricciones de las bases de datos disponibles. Los estudios que incluyen dimensiones específicas a la infancia y adolescencia (Nathan y Zerpa 2015; Castillo y Colombo 2014; Failache et al. 2016) utilizan encuestas dirigidas especialmente a esta población. En los trabajos que utilizan

encuestas regulares (CEPAL-UNICEF, 2010; Alves y Zerpa, 2011; CEPAL y UNICEF, 2016) las dimensiones seleccionadas reflejan en su gran mayoría las privaciones de los hogares en los que viven esos niños, niñas y adolescentes, con un alto peso de dimensiones que refieren a confort y características de la vivienda.

Existen dos antecedentes que construyen este tipo de indicadores para la primera infancia. Marroig et al (2017) propone un índice de pobreza multidimensional para la selección de niños a Uruguay Crece Contigo para realizar la evaluación de impacto del programa. A partir del índice, se identifica a los niños que serían potenciales beneficiarios y se los separa en dos grupos (tratamiento y control) en base a un sorteo. El indicador se construye en base a la primera ola de la Encuesta Nacional de Primera Infancia diseñada para esta evaluación y se construye en base a indicadores sanitarios (talla para la edad, peso para la edad, semanas de gestación, peso al nacer, VDRL en embarazo y número de controles) y al Índice de Carencias Críticas (corroborando que los potenciales beneficiarios sean elegibles para la Asignación Familiar del Plan de Equidad). En Perez (2016) se analiza el efecto que tiene la brecha de género salarial y educativa intrahogar, en los resultados de bienestar de los niños, en base a la ENDIS. Se construye un índice de pobreza multidimensional siguiendo la propuesta de Bristol (Gordon et al 2003) en base a siete dimensiones: nutrición, agua potable, saneamiento, atención de salud, vivienda, educación e información.

En ninguno de los dos trabajos se analiza en detalle el resultado de los indicadores ni su solapamiento con otros indicadores de privaciones dado que en ambos casos escapa a sus objetivos. Tampoco se analiza la dinámica de la pobreza multidimensional.

Por otro lado, se encuentran trabajos que analizan la correspondencia entre los indicadores tradicionales de bienestar y los resultados de los niños en mediciones más directas. En base a la primera ola de la ELBU, Bérigolo et al (2006) analizaron los errores de clasificación que surgen de considerar pobreza por el método del ingreso en relación a basarse en indicadores nutricionales. Concluyeron que existen diferencias de clasificación importantes, con lo cual, la elección del espacio evaluativo resulta central a la hora de definir, por ejemplo, poblaciones objetivo para la implementación de políticas públicas.

3.2 Dinámica del bienestar

El estudio de la dinámica del bienestar y la pobreza es abordado por la literatura desde distintos enfoques (Apablaza y Yalonetzky, 2011; Beccaria et al, 2013). En este apartado se sistematizan los principales trabajo que presentan un análisis dinámico de la pobreza multidimensional en niños.

Debido fundamentalmente a la escasez de datos longitudinales, existen pocos estudios que analicen la dinámica del bienestar y las privaciones de los niños en países de ingresos medios y bajos. Existen numerosos estudios en países desarrollados como Estados Unidos o Europa que analizan la dinámica de la pobreza monetaria o multidimensional en la infancia (Bradbury et al 2001, Jenkins y Schluter 2003, Chzhen, Toczydlowska y Handa 2016). Existen varios estudios para Vietnam debido

a la disponibilidad de datos longitudinales (Roelen 2014, Gunther y Klasen 2007, Apablaza y Yalonetzky 2011). Apablaza y Yalonetzky (2011) analizan transiciones en un índice de pobreza multidimensional construido con la metodología de Alkire y Foster. Estudian una cohorte de niños nacidos en 1994 que fueron entrevistados aproximadamente en 2002, 2006 y 2009, en Andhra Pradesh, Etiopía, Perú y Vietnam. Todos los países registran una reducción de la pobreza multidimensional en el período considerado, con un ordenamiento similar en la incidencia y en las salidas de la pobreza.

Para Uruguay, Failache et al (2016) analizan la evolución de la pobreza y la desigualdad multidimensional entre 2004 y 2011 en base a la Encuesta Longitudinal del Bienestar en Uruguay (ELBU). Evalúan si los niños que en 2004 cursaban el primer año de primaria pública mejoraron sus desempeños en 2011 en cuatro dimensiones (acceso a recursos, nutrición, educación y condiciones de vivienda) y si las mejoras en los ingresos de ese período se tradujeron en mejores logros. Estiman índices multidimensionales de pobreza y desigualdad. Los resultados muestran mejoras en ambos indicadores, con menores resultados en los índices compuestos y en educación, nutrición y vivienda respecto a los relativos al ingreso y acceso a bienes durables. A la vez, un 28% de los niños se mantuvo en condición de pobreza multidimensional en los dos períodos (considerando que los niños son privados multidimensionales si son carentes en al menos una dimensión), mientras un 50% lo hizo en términos de ingresos. Encuentran que aquellos que pueden salir de su condición de pobreza (de ingresos o multidimensional), son los hogares con jefes no afrodescendientes, mayores niveles educativos y con menor número de integrantes. En general, las salidas de la pobreza de ingresos se asociaron al aumento en la cantidad de ocupados en el hogar y los ingresos, en tanto reaccionaron menos frente a cambios en la estructura de hogar y al acceso a prestaciones sociales. Sin embargo, ante los mismos sucesos detonantes, la pobreza multidimensional experimentó escasas variaciones en el período analizado.

4. Metodología y fuentes de información

Para evaluar el bienestar en primera infancia se construye un índice especialmente diseñado para este tramo etario. Para la construcción de este tipo de índices es fundamental contar con encuestas específicas que indaguen sobre las dimensiones relevantes para el desarrollo de los niños pequeños, tales como la ENDIS. Las bases de datos de corte transversal que se realizan periódicamente, como las Encuestas de Hogares o los Censos, no cuentan, por lo general, con información sobre muchas de estas dimensiones, lo que impide su incorporación.

El índice multidimensional elaborado busca aprovechar al máximo la información relevada en la ENDIS, tomando en cuenta todas las dimensiones que sean de relevancia para el bienestar y desarrollo en la primera infancia. El índice construido no refiere estrictamente a la pobreza multidimensional en niños pequeños, sino que busca identificar las carencias en las dimensiones relevantes para su bienestar. Las dimensiones sobre las que se indaga en una primera instancia son: características del hogar y la vivienda, embarazo, salud, nutrición, prácticas de crianza y desarrollo psicomotriz del niño. Sin embargo, las restricciones de los datos llevan a no tomar en cuenta la

última dimensión en la construcción del índice, aunque se la incorpora en el análisis como variable de corte.

El índice de privaciones múltiple se construye en las dos olas de la ENDIS, por lo que se puede evaluar la dinámica del bienestar en el tiempo, analizando tanto los cambios en las dimensiones asociadas al bienestar de los niños como las variaciones del índice. Debe tenerse en cuenta que transcurren tan solo dos años entre las olas, por lo que se espera que las modificaciones en la mayoría de las condiciones de niños y hogares sean menores. A la vez, un conjunto de indicadores no se modifica entre olas dado que refieren al embarazo y nacimiento del niño. A medida que existan nuevas olas de la ENDIS, este ejercicio deberá reproducirse para evaluar la modificación de las condiciones de bienestar de niños a medida que crecen.

Este índice busca la mejor aproximación al bienestar de la primera infancia en base a la información disponible a nivel nacional, pero presenta un problema importante para su utilización como instrumento de focalización y priorización de las políticas sociales, dado su alto requerimiento informacional. Por ello, se evalúa la concordancia entre este índice y una alternativa que pueda construirse en base a la información que se recaba habitualmente para todas las personas a través de la Administración Pública. Se seleccionan ciertos indicadores disponibles en la ENDIS que también se encuentren en registros administrativos, utilizando únicamente indicadores que se recaben universalmente. Este índice permitiría identificar rápidamente la presencia de riesgo en los niños para orientar la oferta de programas de protección social sin necesidad de recabar información adicional, o al menos orientar la visita a los hogares para recabar la información adicional necesaria. Se utilizarán indicadores que se encuentren también disponibles en el Certificado de Nacido Vivo y Sistema Informático Perinatal que son completados por el Sistema de Salud durante el embarazo y nacimiento. Se evalúa en qué medida los dos índices identifican a las mismas personas como privadas, a la vez que los diferentes grupos que surgen del cruce de ambos. Se identifica y caracteriza a los niños y niñas que no son identificados como privados por el índice construido con indicadores de registros administrativos pero que presentan carencias significativas de bienestar, dado que serían quienes no estarían priorizados por las políticas pero que presentan también privaciones importantes.

En lo que resta de esta sección se profundiza en los detalles de la metodología para la construcción de los índices multidimensionales seleccionada para este estudio, se describe la base de datos utilizada y en último lugar, se presentan y justifican las características de los indicadores construidos (dimensiones, indicadores, umbrales y pesos).

4.1 Índice de pobreza multidimensional - Alkire y Foster (2007, 2011)²

Se propone la utilización del indicador multidimensional elaborado por Alkire y Foster (2007, 2011) que cuenta con amplia difusión teórica y empírica. Esta metodología de identificación es

² En esta sección se sigue la terminología habitual, haciendo referencia a “pobreza multidimensional” dado que la metodología descrita se establece en estos términos. Sin embargo, es importante recordar que la aplicación desarrollada en este trabajo no se asocia directamente con pobreza sino con bienestar en un sentido más amplio.

llamada de corte dual dado que se requieren de dos tipos de umbrales consecutivos para identificar si una persona es pobre en términos multidimensionales: el vector de umbrales por dimensión, que determina para qué valores de los indicadores de la dimensión se considera que la persona es carente en la ella, y el umbral dimensional, que define en cuántas dimensiones se debe ser carente para ser identificado como pobre multidimensional. Los indicadores de pobreza se enfrentan con dos grandes problemas en su construcción: la identificación, es decir encontrar a los pobres entre la población, y la agregación, es decir la construcción de un índice a partir de la información de los pobres (Sen 1976). En esta sección se repasa la forma en la que la metodología propuesta soluciona ambos.

La formulación de este índice asume que hay $d \geq 2$ indicadores seleccionados para las n personas, por lo que la matriz de información disponible Y es de dimensiones $n \times d$. Se utilizará el subíndice j para referirse a los indicadores y el subíndice i para referirse a las personas.

Se comienza con la consideración de umbrales específicos por indicador y la consiguiente determinación de las privaciones de las personas en cada una (p_{ij}): si el logro de una persona en un indicador (x_{ij}) es inferior al umbral establecido (z_j) se considera que es carente en ese indicador. De este modo,

$$p_{ij} = 1 \text{ si } x_{ij} < z_j; 0 \text{ en otro caso}$$

Para identificar la importancia relativa de la privación en los diferentes indicadores seleccionados se utiliza un vector de ponderadores $w = (w_1, \dots, w_d)$. Esto implica que se le puede asignar a cada indicador un peso diferente, dado por w_j , en función de la importancia que tenga en la determinación del bienestar de las personas. La suma de todos los ponderadores, del vector w , debe ser igual a 1. Luego se obtiene una suma ponderada de las privaciones de cada persona $c_i = \sum_j w_{ij} p_{ij}$.

Resta determinar el umbral que define si una persona tiene suficientes privaciones para ser considerada pobre (k) que debe ser mayor que 0 y menor o igual a d . Este umbral se compara con el recuento (ponderado) de privaciones de cada persona: si $c_i \geq k$ es considerada pobre. Dos casos particulares son la unión y la intersección. En el primero si $k = w_{\min}$, basta con ser carente en una dimensión, o en la dimensión menos valorada, para ser considerado pobre. El otro extremo, el criterio de la intersección, cuando $k = d$ es necesario estar privado en todas las dimensiones para ser pobre.

Una vez que se identifica a los pobres entre la población, se debe construir un índice que cuantifique el nivel de pobreza de la sociedad. Esta etapa es conocida como la etapa de agregación y se basa en los indicadores FGT. Los mismos se construyeron originalmente para medidas unidimensionales basadas en el ingreso (Foster et al, 1984) y pueden ser entendidos como promedios de un vector censurado por la línea de pobreza. El procedimiento es similar, pero considerando matrices censuradas por la función de identificación. La censura se basa en no

considerar la información de las personas no pobres, aún si presentan privaciones en alguna dimensión.

Los indicadores utilizados en este trabajo para describir la pobreza multidimensional están basados en indicador de pobreza más simple, que consiste en el recuento de los pobres en la población, asimilable al $FGT(0)$. Alkire y Foster proponen una variación al indicador de recuento habitual (el porcentaje de pobres en la población, H) que sea sensible a la cantidad de dimensiones en las que los pobres son carentes. El indicador de recuento ajustado (M_0) se calcula como el promedio de la matriz de privaciones censurada, de dimensión $n \times d$, en la que los individuos pobres tienen valor 1 en las dimensiones en las que están carentes y 0 en los otros casos. Todos los individuos no pobres presentan ceros en sus respectivas filas, aún cuando sean carentes en algún indicador, de allí la censura.

De este modo, se considera por un lado el índice de recuento de la pobreza multidimensional (H) y por otro lado la intensidad promedio de la pobreza (A) que registra la privación promedio entre los pobres. Este último indicador se obtiene como el promedio del recuento de privaciones entre los pobres respecto al total de dimensiones; es decir el promedio entre los pobres de c_i/d . El índice de recuento ajustado puede también calcularse como el producto de estos dos indicadores: $M_0 = HA$.

Este enfoque ha recibido diversas críticas, sintetizadas por Ravallion (2011). En primer lugar, cuestiona la utilidad de un único índice para describir y cuantificar la pobreza; en segundo lugar, considera que la formulación del indicador es vacía, ya que deja las decisiones relevantes (dimensiones, umbrales específicos y general y los ponderadores) en manos de quien lo aplique; y finalmente critica las aplicaciones del mismo en sus limitaciones de incorporación de dimensiones y la calidad de la información. Más allá de estas críticas, las alternativas tampoco resultan libres de desventajas. Ravallion propone mantener un set de indicadores en vez de calcular un índice sintético. Sin embargo, esto no permite identificar a quienes están privados en más de una dimensión (Alkire et al, 2011). Ferreira y Lugo (2013) sostienen que esta discusión parte de una falsa dicotomía entre indicadores sintéticos y sets de indicadores. Consideran que los aspectos que más vale la pena estudiar de la multidimensionalidad de la pobreza surgen de la interdependencia de las dimensiones. La estructura de dependencia entre las dimensiones se pierde por completo en un enfoque como el de Ravallion y generalmente se oculta en un índice sintético.

Aún cuando las limitaciones del indicador propuesto por Alkire y Foster son importantes y deben ser tomadas en cuenta, su estimación resulta relevante e ilustrativa para analizar la pobreza multidimensional y para orientar las políticas públicas. Adicionalmente, cuenta con una gran aceptación a nivel internacional y ha sido aplicado en numerosos estudios. La gran acumulación en la literatura a nivel empírico y teórico en la última década es signo de su aceptación y avances.

4.2 Fuentes de información

Se utilizará como fuente de datos la Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud (ENDIS) elaborada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en conjunto con el Grupo de Estudios de Familia de la Universidad de la República y el Programa Uruguay Crece Contigo. El universo de la encuesta son hogares con niños de 6 a 48 meses en 2013/14, que fueron entrevistados previamente por la Encuesta Continua de Hogares (ECH) de INE entre febrero de 2012 y noviembre 2013. Las personas se vuelven a encuestar dos años después (2015-16), constituyendo una de las pocas bases de datos de panel a nivel nacional. La primera ola cubre a 2.665 hogares particulares donde residían 3.077 niños en localidades urbanas mayores a 5.000 habitantes. En la segunda ola se entrevistó a 2.085 hogares de los presentes en la primera ola, incluyendo 2383 niños. Adicionalmente se incorporan en la segunda ola a 228 niños que estaban presentes en el marco muestral inicial pero que no pudieron entrevistarse en la ola 1.

La ENDIS releva información sobre características socioeconómicas, de vivienda y demográficas de los hogares, el estado nutricional de los niños a través de mediciones antropométricas y prácticas de alimentación, desarrollo infantil medido por test estandarizados, prácticas de crianza, condiciones de salud de la mujer y del transcurso del embarazo, así como sobre el acceso a los servicios de salud y a la educación preescolar. Adicionalmente, es posible unir la información provista por la primera ola con la Encuesta Continua de Hogares, que brinda excelente información sobre las características e ingresos de los hogares.

4.3 Índice de privación en la primera infancia

En esta sección se presenta la composición del índice multidimensional propuesto para el análisis. Se discuten las dimensiones relevantes, los indicadores incluidos dentro de cada una, los ponderadores de cada indicador y el punto de corte dimensional.

El primer paso consiste en seleccionar las dimensiones consideradas relevantes para la medición del bienestar infantil en Uruguay. El desarrollo infantil es un proceso complejo que involucra aspectos tanto físicos como psíquicos, y los primeros años son determinantes para el desarrollo presente y futuro. Entre los principales aspectos se encuentran: habilidades socioemocionales, cognitivas, de lenguaje y comunicación y desarrollo físico. A su vez hay estudios que identifican como principales determinantes que influyen en el bienestar infantil, la inversión realizada por los padres, la salud del niño, los antecedentes familiares, la transmisión intergeneracional de habilidades y las condiciones de vida en la primera infancia (Conti y Heckman, 2012). Existe un conjunto de fuentes a las que recurrir para encontrar listados generales de dimensiones consideradas relevantes para el desarrollo infantil. Ejemplos de estos son la Convención de Derechos del Niño de 1989, el listado de capacidades de Nussbaum (2000), el Enfoque de Bristol y los Indicadores de Desarrollo del Milenio (ODM).

Para la construcción del índice multidimensional propuesto es necesario que todos los indicadores se puedan calcular en la misma base de datos. Esto impone una restricción muy importante dado

que es poco habitual encontrar información sobre dimensiones relevantes para niños, más allá de la información de sus hogares, en las encuestas regulares. Para seleccionar las dimensiones que se utilizan en el índice propuesto, se combina un criterio normativo, en base a listados de dimensiones relevantes y en las que surge de estudios previos, con un criterio informacional, apoyado en la información disponible en la ENDIS. La gran ventaja de este índice en comparación con los antecedentes es la amplitud de dimensiones abarcadas en esta encuesta.

El índice de privaciones en la primera infancia se compone de cinco dimensiones: Hogares, Embarazo, Prácticas de Crianza, Salud y Nutrición. Los trabajos previos a nivel nacional que profundizan en este tramo etario brindan especial atención a estas dimensiones dado que son las determinantes de un correcto desarrollo presente y futuro (Marroig et al 2017, Grupo de Estudios de Familia, 2015). El Cuadro 2 sintetiza las dimensiones seleccionadas y los indicadores que la componen, así como la estructura de ponderación.

Es importante notar la exclusión de dos dimensiones para las que se cuenta con información en la ENDIS y que son relevantes en esta población, Educación y Cuidado, y Desarrollo Infantil, aunque ambas son utilizadas como variables de corte para evaluar los resultados. En el caso de la Educación preescolar se debe a que no es obligatoria para la mayoría de las edades consideradas en este estudio, la asistencia en los primeros dos años de vida es baja, y no existe consenso respecto a potenciales impactos en términos de bienestar en esta edad. En Cascio (2015) se presenta una revisión de los efectos de la educación preescolar universal y en Schady (2006) se encuentra una revisión para América Latina.

Para el Desarrollo Infantil la razón está basada en la información disponible. En la ENDIS se incluye un conjunto de test de desarrollo infantil ampliamente utilizados a nivel clínico y como instrumentos de valoración (ASQ:3, TEPSI, CBCL, ASQ:SE). Se seleccionan dos de ellos que permiten sintetizar los principales resultados en este sentido: el ASQ:3 de desarrollo psicomotriz y el CBCL para identificar los problemas de comportamiento y de las competencias sociales de los niños. Estos test solo fueron aplicados en Montevideo para la primera ola, lo que restringe significativamente la cantidad de observaciones disponibles para la estimación del índice de privaciones. El índice requiere que se tenga información válida en todos los indicadores que lo componen. Al considerar los test de desarrollo infantil, el porcentaje de observaciones para las que se cuenta con información válida en todos los indicadores para las dos olas es de menos del 43% de los registros de Montevideo (menos de 20% del total). Se opta entonces por excluir esta dimensión de modo de maximizar la cantidad de información válida y reducir el sesgo de selección.

La dimensión de Hogares busca identificar el contexto que rodea al niño, tanto en términos de los adultos que conviven con él como en términos de su vivienda. Se incluyen dos variables: clima educativo del hogar y condiciones de la vivienda, ésta última compuesta por tres indicadores (hacinamiento, saneamiento y calidad del agua y materiales de la vivienda). Los estudios previos muestran una alta correlación entre estos indicadores y los resultados de los niños (Colacce y Tenenbaum, 2017, GIEF, 2015, Castillo y Colombo, 2014 entre otros). Esto puede deberse tanto a que son reflejo del nivel de ingresos del hogar, y por lo tanto tienen un efecto indirecto sobre el bienestar del niño, como a un efecto directo a través de la posibilidad de tener un contexto

adecuado para su desarrollo, tanto físico como humano. El clima educativo del hogar se evalúa a través de la educación de la madre, considerando como privación que el máximo nivel educativo alcanzado sea primaria o menos. Para hacinamiento, se considera privación que haya más de tres personas por habitación destinada a dormir. Para la identificación de la privación en la calidad de vivienda se utiliza la categorización propuesta en Casacuberta (2006) basada en los materiales de piso, techo y paredes, y se consideran como carentes en este indicador las viviendas precarias y modestas. Por último, se señalan como carentes en el indicador de agua y saneamiento a quienes tienen acceso al agua fuera de la vivienda, el origen del agua no es de red general ni de pozo surgente protegido, o quienes no tienen baño dentro de la vivienda, su uso no exclusivo del hogar o la evacuación del servicio sanitario no es a red general, fosa séptica o pozo negro.

La dimensión de Embarazo describe las condiciones en las que se gestó al niño, dado que esto puede tener impactos importantes en su desarrollo futuro además de estar muy correlacionado con los cuidados que tendrá luego de nacer. La atención prenatal de calidad, a tiempo y con la frecuencia adecuada, es un factor clave para la buena salud de la madre y del niño durante el embarazo y permite detectar enfermedades maternas que pueden tener consecuencias en el niño, así como obtener consejos de cuidado y nutrición y preparar el parto en condiciones adecuadas. También los cuidados prenatales, en particular en el primer trimestre de embarazo, son efectivos para mejorar la salud del niño, dado que ayudan al diagnóstico temprano de enfermedades y malformaciones (Hoynes et al., 2012). Existe numerosa evidencia respecto al impacto de las condiciones de vida intrauterina sobre la salud de los recién nacidos y la persistencia de sus efectos en la vida adulta, no sólo con relación a su salud sino también a sus desempeños cognitivos, educativos y sociales (Almond y Currie, 2011).

Se incluyen cuatro indicadores en esta dimensión: dos relativos al riesgo del embarazo, embarazo adolescente (madre menor de 20 años al momento del nacimiento) y multiparidad (cuatro hijos o más), y dos que refieren su control, cantidad de controles³ y captación tardía (después de la semana 14). Inicialmente se consideró un quinto indicador, asociado a la planificación del embarazo. Sin embargo, su incidencia es muy alta y distorsiona el análisis por lo que se excluye.⁴ Se entiende que los riesgos asociados a la no planificación del embarazo pueden ser captados por los restantes indicadores, especialmente aquellos asociados a su control. Se debe destacar que todos los indicadores incluidos en esta dimensión no se modifican entre olas.

La dimensión de Prácticas de Crianza se asocia a la calidez del ambiente de crianza, así como a la calidad (y cantidad) de las interacciones entre niños y padres (o sus cuidadores). Como se señala en GIEF (2015:55) “(...) las prácticas de crianza pueden constituir un aspecto de suma relevancia para explicar los niveles de desarrollo alcanzados en la infancia. Los recursos destinados por los padres a sus hijos —no solo aquellos derivados del dinero o del tiempo, sino también en términos de afecto y cariño— cumplen un rol sustancial en el desarrollo cognitivo, emocional y social de los niños

³ Se toma un umbral más estricto que en Arocena et al (2018) que consideran que la cantidad de controles es satisfactoria si tuvo 5 controles o más siguiendo las metas asistenciales del MSP. Se sigue la propuesta de Grupo de Estudios de Familia (2015) que acompaña el requerimiento mínimo de un control mensual.

⁴ En el 47% de los casos, la madre no quería quedar embarazada en ese momento.

(Coleman, 1988).” Estas prácticas no son observables, por lo que su aproximación se realiza en base a un conjunto amplio de preguntas tanto sobre las creencias como sobre las actividades realizadas con los niños. La ENDIS (en especial la primera ola) cuenta con información muy rica en este aspecto, informando sobre las prácticas que desarrollan los padres con sus hijos y sobre cuestiones normativas de la crianza, que permiten acercarse a las creencias de los adultos.

Esta dimensión se compone de dos indicadores. El primero se asocia a la interacción del niño con ambos padres, identificando que es carente si, en el caso en que no conviva con alguno de sus padres, los ve menos de una vez por semana. El segundo indicador busca recoger las prácticas de crianza. No existe un indicador consensuado para su medición, por lo que se evaluaron dos alternativas propuestas en la bibliografía nacional para la síntesis de las diferentes preguntas en un único indicador. La primera es el Instrumento de Prácticas de Crianza del Grupo Interdisciplinario de Estudios Psicosociales, estimado en Grupo de Estudios de Familia (2016), que busca identificar conductas o prácticas facilitadoras del desarrollo infantil en 8 dimensiones (comunicación, lenguaje, juego, límites, autonomía, funciones parentales, disponibilidad, y percepción parental y conocimiento del hijo). Se utilizan 14 preguntas del instrumento y 23 afirmaciones que permiten identificar situaciones de riesgo, a las que se agrega una pregunta para mayores de 12 meses y otra para padres separados. Para identificar si un niño es carente se consideran dos alternativas: que tenga al menos 11 riesgos (como es sugerido en el instructivo) o que se ubique en más de un desvío estándar en la distribución de la variable.

El segundo indicador construido identifica el estilo de crianza autoritario y es propuesto por Perazzo et al (2018). Baumrind (1968, 1971) identifica tres estilos de crianza que influyen en el clima afectivo en el que se desarrolla el niño: habilitante, autoritario y permisivo. Los últimos dos reflejan riesgos para el niño pequeño. Se construye un índice a partir de 8 preguntas utilizando análisis de componentes principales (las preguntas y los ponderadores se presentan en el Cuadro A. 1 del Anexo). Los autores encuentran evidencia de asociación entre estilo de crianza y resultados riesgosos en los indicadores de desarrollo infantil. Se utiliza como punto de corte para considerar que el niño es privado que las respuestas se encuentren a más de un desvío estándar de la media. Se opta por este último indicador porque se puede construir en ambas olas, a diferencia del índice del GIEP.

En el caso de la dimensión Salud se consideran indicadores indirectos, asociados al cuidado y los controles de salud. Esto se debe a que resulta muy complejo estimar un indicador robusto del estado de salud en base a las preguntas de presencia de enfermedades y de accidentes disponibles. La dimensión está compuesta de tres indicadores. El primero refiere a si el primer control fue en los primeros 10 días de vida. En segundo lugar, se construye un indicador de controles de salud en función de la edad, las metas asistenciales del MSP y la fecha del último control. Se establece que el niño es privado si faltó a dos controles consecutivos. Por último, se considera privado si nació con bajo peso (menos de 2500 gramos) o prematuro (antes de la semana 37).

Por último, la dimensión de Nutrición es relevante en sí misma y como condición necesaria para el acceso a otras funcionalidades. La interacción de los elementos propios de cada niño, su carga

genética, con su contexto resulta en el crecimiento y el estado nutricional, que afectan o favorecen desde etapas muy tempranas la salud a corto, mediano y largo plazo (Behrman, 1987).

Se consideran tres indicadores en esta dimensión. El primero mide directamente los resultados nutricionales a partir de la talla para la edad, considerando privados a aquellos que presenten retraso de talla, valor inferior a -2 desvíos en el puntaje z, calculado a partir de las tablas de la OMS.⁵ El retraso de talla se asocia a condiciones adversas en la historia nutricional del niño.⁶

El segundo es el de lactancia materna, optando por incluir un indicador referente a la duración de la lactancia materna exclusiva. Como se señala en Grupo de Estudios de Familia (2016) la práctica de la lactancia materna contribuye a la nutrición, la salud, el crecimiento y el desarrollo de los niños. A la vez, la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y continuada hasta el año ha sido identificada como una de las intervenciones de prevención más eficaces para reducir la mortalidad infantil (Jones et al 2003). Se considera privados a aquellos que nunca fueron amamantados, nunca fueron amamantados de forma exclusiva o para los que la duración de la lactancia materna exclusiva fue menor a un desvío de la media (lo que equivale a tres meses).

Por último, se construye un indicador de seguridad alimentaria. El concepto de seguridad alimentaria refiere a la disponibilidad y accesibilidad de los alimentos nutricionalmente adecuados e inocuos. Cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos, a fin de llevar una vida activa y sana (FAO, 1996). Se utiliza el indicador propuesto por FAO (2012) en base a un conjunto de 15 preguntas (ver Cuadro A. 1). Se considera como privados en este indicador a quienes tienen inseguridad alimentaria moderada o severa.

En todos los casos, cuando no se tiene información sobre las preguntas sobre las que se calcula el indicador, éste se computa como dato faltante. Esto implica que la cantidad de datos válidos en cada indicador es variable. Cuando se analizan los resultados para cada indicador y dimensión por separado (sección 5.1), se utilizan todas las observaciones para las que hay dato en el indicador. En el Cuadro 2 se muestra la cantidad de datos válidos para cada indicador en cada ola. Sin embargo, para calcular el índice de privaciones multidimensionales se utilizan solamente las observaciones para las que hay valores válidos en todos los indicadores en las dos olas (76% de los niños que componen el panel). Esto lleva a cierto nivel de sesgo de selección, dado que quienes tienen valores faltantes tienden a presentar peores resultados en los indicadores para los que sí tienen datos válidos. Por lo tanto, los resultados presentados deben considerarse como un mínimo en términos de la incidencia de las privaciones de bienestar en la primera infancia.

⁵ Estos valores se calculan utilizando el paquete de Stata igrowup elaborado por la OMS para los menores de 5 años y el paquete who2007 para los mayores de 5 años (segunda ola).

⁶ Se evaluaron también los indicadores de situación nutricional actual (peso para la edad, peso para la talla e Índice de Masa Corporal según corresponda a la edad), estimando emaciación. Este indicador se descarta por su baja incidencia y la gran cantidad de datos faltantes.

Cuadro 2. Indicador de privaciones multidimensionales en primera infancia.

Dimensiones evaluadas	Variables	Indicadores de privación	Puede modificarse en segunda ola	Ponderador propuesto	Alternativa 1	Alternativa 2	Cantidad de observaciones Ola 1	Cantidad de observaciones Ola2
Hogares	Acceso al conocimiento formal del entorno	Educación primaria o menos del entrevistado	Si	10.00%	6.25%	5.87%	3058	2604
		Saneamiento, agua potable, y suministro de agua	Si	3.33%	6.25%	6.69%	3033	2606
	Vivienda	Materiales de piso, techo y paredes. Vivienda precaria o modesta	Si	3.33%	6.25%	5.79%	3033	2606
		Hacinamiento: más de tres personas por habitación destinada a dormir	Si	3.33%	6.25%	5.95%	3038	2605
Embarazo	Cantidad de controles	Menos de 9 visitas	No	5.00%	6.25%	5.74%	2933	2272
	Captación tardía	después de la semana 14	No	5.00%	6.25%	6.57%	2936	2274
	Embarazo adolescente	Madre menor a 20 años al momento del nacimiento	No	5.00%	6.25%	5.87%	3028	2340
	Multiparidad	4 hijos o más	No	5.00%	6.25%	6.29%	2955	2287
Prácticas de crianza	Vínculo con la familia	No convive con padre o madre y lo/la ve menos de una vez por semana	Si	10.0%	6.25%	6.23%	3063	2606
	Prácticas de crianza.	Estilo de crianza autoritario (más de un desvío) - Perazzo et al (2018)	Si	10.0%	6.25%	6.42%	3077	2606
Salud	Primer control	Primer control antes de los 10 días de vida	No	6.67%	6.25%	6.45%	2892	2255
	Control en salud	Faltó a por lo menos dos controles consecutivos	Si	6.67%	6.25%	6.74%	2905	2484
	Prematuros o Bajo peso al nacer	Nació antes de las 36 semanas de gestación o Peso al nacer inferior a 2500 gramos	No	6.67%	6.25%	6.54%	2964	2302
Nutrición	Medición de nutrición directa	Talla para la edad menor que dos desvíos	Si	6.67%	6.25%	6.94%	2869	2551
	Lactancia materna	La duración de la lactancia exclusiva es menor a un desvío de la media (menos de tres meses)	No	6.67%	6.25%	5.73%	3054	2358
	Seguridad alimentaria	Índice FAO: inseguridad alimentaria moderada o severa	Si	6.67%	6.25%	6.20%	3062	2585
Total							3077	2620

Fuente: Elaboración propia en base a la ENDIS

Las dimensiones seleccionadas tienen la misma ponderación (20%), ya que es difícil alcanzar un acuerdo para operacionalizar criterios normativos que establezcan una mayor valoración a una u otra dimensión. Lo mismo ocurre dentro de cada dimensión para la distribución del peso entre indicadores. Se ensayan dos alternativas para evaluar el efecto de los ponderadores. Primero, dar a todos los indicadores el mismo peso (6,25% a cada uno). Segundo, definir los ponderadores endógenamente, otorgando mayor peso a aquellas dimensiones en las que se observa menor proporción de privaciones. Estos pesos se basan en que, si un atributo está muy difundido en la población, la carencia en esta dimensión se torna más importante (Maurizio, 2010).

El corte dimensional no se define a priori y se muestran los resultados para diversos puntos de corte para evaluar la robustez de los resultados y su sensibilidad a este parámetro.

El segundo indicador multidimensional estimado se basa en Arocena et al (2018), que proponen un indicador de riesgo sanitario en niños recién nacidos, elaborado en base al Certificado de Nacido Vivo y al Sistema de Información Perinatal. Este indicador se construye como una aproximación a la selección de beneficiarios del programa de Acompañamiento Familiar de UCC. Su objetivo es construir un índice de riesgo sanitario en niños recién nacidos, que permita ordenarlos por nivel de riesgo y de esa forma priorizar el ingreso al programa. Se elabora a partir de 7 variables disponibles en registros administrativos universales utilizando la técnica factorial de Análisis de Correspondencias Múltiples. Las variables son: embarazo no planeado, embarazo adolescente, multiparidad, captación tardía, controles prenatales insuficientes, prematurez y bajo peso al nacer. Se estima este mismo indicador en la ENDIS y se establece un punto de corte tal que la cantidad de niños identificados con riesgo sea la misma que en el índice de privaciones multidimensionales descrito más arriba.

5. Resultados del indicador de bienestar en primera infancia

5.1 Incidencia de las privaciones en cada ola

En este apartado se analizan las privaciones de los niños por indicador y dimensión para cada ola. En primer lugar, se evalúa cada ola de forma independiente y luego se presentan los resultados para quienes integran el panel y se analiza su evolución. Se evalúan los resultados totales, por sexo, edad, región, pobreza monetaria, asistencia a centros educativos, y resultados de desarrollo infantil. En el caso de pobreza monetaria, solo se analiza para la primera ola, con la estimación de pobreza monetaria que surge de ECH y está ampliamente validada.

En el Cuadro 3 se presenta la incidencia de las privaciones en cada indicador y dimensión para las dos olas. Se debe tener en cuenta que en cada indicador se utilizan todos los datos válidos con los que se cuenta, por lo que la cantidad de observaciones varía entre indicadores y entre olas para un mismo indicador. Se considera que una persona es privada en una dimensión si tiene carencias en al menos un indicador de esa dimensión y presenta datos válidos en todos los indicadores que la componen.

Las dimensiones con mayor nivel de privaciones son Hogar y Embarazo, con una incidencia de poco más del 40% de los niños en la primera ola. Las sigue Nutrición, con una incidencia de un tercio de los niños en la primera ola y en un tercer nivel se encuentran Prácticas de Crianza y Salud con poco más de un quinto de los niños con carencias. En la segunda ola los ordenamientos relativos se mantienen incambiables, así como los niveles en la mayoría de las dimensiones. De todos modos, la reducción de la incidencia de Vivienda y el aumento en Nutrición genera un acercamiento entre estas dimensiones, dejando a Embarazo como la de mayor incidencia. En Prácticas de Crianza y Salud no se observan diferencias entre olas.

Cuadro 3. Incidencia de las privaciones por indicador y dimensión en cada ola

	Ola 1	Ola 2
Educación	20%	18%
Saneamiento y agua	8%	8%
Materiales de vivienda	20%	21%
Hacinamiento	23%	15%
Hogar	42%	38%
Cantidad de controles	19%	20%
Captación tardía	10%	10%
Madre adolescente	18%	18%
Cuarto hijo o más	14%	13%
Embarazo	43%	42%
Presencia de padres	13%	14%
Estilo autoritario	11%	10%
Prácticas de Crianza	22%	21%
Primer control	11%	11%
Controles en salud	7%	7%
Prematuro o bajo peso al nacer	9%	9%
Salud	22%	22%
Retraso de talla	4%	5%
Lactancia exclusiva	20%	20%
Seguridad alimentaria	14%	17%
Nutrición	33%	36%

Fuente: Elaboración propia en base a la ENDIS

Seis indicadores presentan una incidencia en el entorno del 20% en la primera ola: educación de la madre, materiales de la vivienda, hacinamiento, cantidad de controles del embarazo, madre adolescente y lactancia exclusiva. La mayoría de ellos se encuentran en las dos dimensiones de mayor nivel de privaciones. En la segunda ola, el único indicador que reduce significativamente su incidencia es hacinamiento. La reducción del hacinamiento se observa también en la ECH a partir del 2011 para toda la población y en particular para hogares con niños pequeños. De todos modos, la magnitud de la caída llama la atención y puede deberse también a las edades de los niños

encuestados y a cierto sesgo de selección para los encuestados en la segunda ola. Por otro lado, tan solo cuatro indicadores presentan un nivel de carencias inferior al 10% (saneamiento y agua, controles en salud, prematuro o bajo peso, y retraso de talla) y estos niveles permanecen bajos en las dos olas.

Al analizar todas las dimensiones conjuntamente, se observa que en ambas olas tan solo un 28% de los niños no presenta carencias en ninguna dimensión y un porcentaje similar presenta carencias en algún indicador de una sola dimensión. En el extremo opuesto, menos de 2% presentan carencias en al menos un indicador de cada dimensión, y 8,5% presenta carencias en 4 dimensiones. Aproximadamente 20% presenta carencias en dos dimensiones y 16% en tres.

No se encuentran diferencias sustanciales por sexo de los niños ni por edades dentro de cada ola, con algunas excepciones (Cuadro A. 3). La incidencia del hacinamiento es significativamente mayor para más chicos. Por ejemplo, en la primera ola el 29% de los menores de 12 meses presentan carencias en hacinamiento mientras que el indicador se encuentra en el entorno de 20% para los de 12 meses y más. Por otro lado, tanto los controles en salud como la presencia de ambos padres aumentan su incidencia con la edad en la primera ola. En el caso de los controles del niño, estas diferencias desaparecen para niños más grandes (segunda ola), pero se mantienen en el caso de presencia de padres (Cuadro A. 4).

Las diferencias se hacen importantes cuando se analiza por región, entre Montevideo y el Interior del país, como se muestra en el Gráfico 1 y en el Cuadro A. 5 del Anexo. La incidencia de las privaciones es significativamente mayor en el Interior que en Montevideo en las dimensiones de Hogar, Embarazo y Pautas de Crianza, mientras que en Salud las diferencias son a favor del Interior (aunque significativamente menores) y no hay diferencias en Nutrición en la primera ola.

En el caso de Hogar, en la primera ola se observan resultados peores para el Interior en todas las dimensiones salvo en materiales de la vivienda. Las diferencias son de entre 1 y 5 puntos porcentuales en los indicadores, y resultan en un nivel de privación 8 puntos mayor en el Interior para la dimensión. En la segunda ola, las distancias se acortan, principalmente por la mayor reducción de hacinamiento en el Interior.

Las diferencias por región en Embarazo son en todos los casos favorables a Montevideo, pero se explican principalmente por diferencias en la cantidad de controles (más de 5 puntos porcentuales en la primera ola). En los restantes indicadores la distancia es de entre 1 y 3 puntos. Las diferencias observadas en la dimensión Pautas de Crianza se deben al indicador de estilo de crianza autoritario, que presenta una incidencia 5 puntos porcentuales mayor en el Interior en la primera ola y 7 puntos en la segunda. En Salud los resultados son mejores para el Interior en 2 puntos porcentuales, producto de los indicadores asociados a los controles (primer control y controles en salud), pero no se encuentran diferencias en el peso al nacer y la condición de prematuro.

Los resultados de la incidencia de las privaciones por indicador y dimensión muestran grandes diferencias por pobreza monetaria. Este corte es el que genera las distancias más importantes entre todos los analizados. Las excepciones son el indicador de lactancia exclusiva, que tiene resultados 3

puntos porcentuales mejores para los pobres, y el de bajo peso al nacer o prematuro que son iguales.

La presencia de alguna privación en cada dimensión es al menos 1,5 veces superior entre los pobres monetarios que entre los que no son; las diferencias son mayores en Hogar, Embarazo y Crianza donde la privación es más del doble (ver Gráfico 1). En los indicadores que se encuentra mayor diferencia son el relacionado con el agua y saneamiento (casi 7 veces mayor), materiales de la vivienda (5 veces mayor), y educación, multiparidad y seguridad alimentaria con indicadores aproximadamente 4 veces mayores para los pobres.

Además, destaca la generalidad de las privaciones en las dimensiones de Hogar y Embarazo entre quienes están en condición de pobreza, con más de 70% de los niños con al menos un indicador con carencia en estas dimensiones. En Crianza y Nutrición las carencias rondan el 40% de los pobres y en Salud son de prácticamente un tercio de esta población. Esto implica un ordenamiento entre dimensiones diferente al observado en el promedio de los niños, con una prevalencia mayor de Hogar que de Embarazo, y con un nivel de privación en Prácticas de Crianza que es similar al de Nutrición y se separa sustancialmente de Salud.

Por otro lado, también destaca el relativamente alto nivel de privaciones en las dimensiones de Salud (15%) y de Embarazo (33%) entre los niños que no están en situación de pobreza. Nuevamente, Embarazo y Hogar se ubican entre los indicadores de mayor prevalencia, pero en último lugar se encuentra Crianza en vez de Salud.

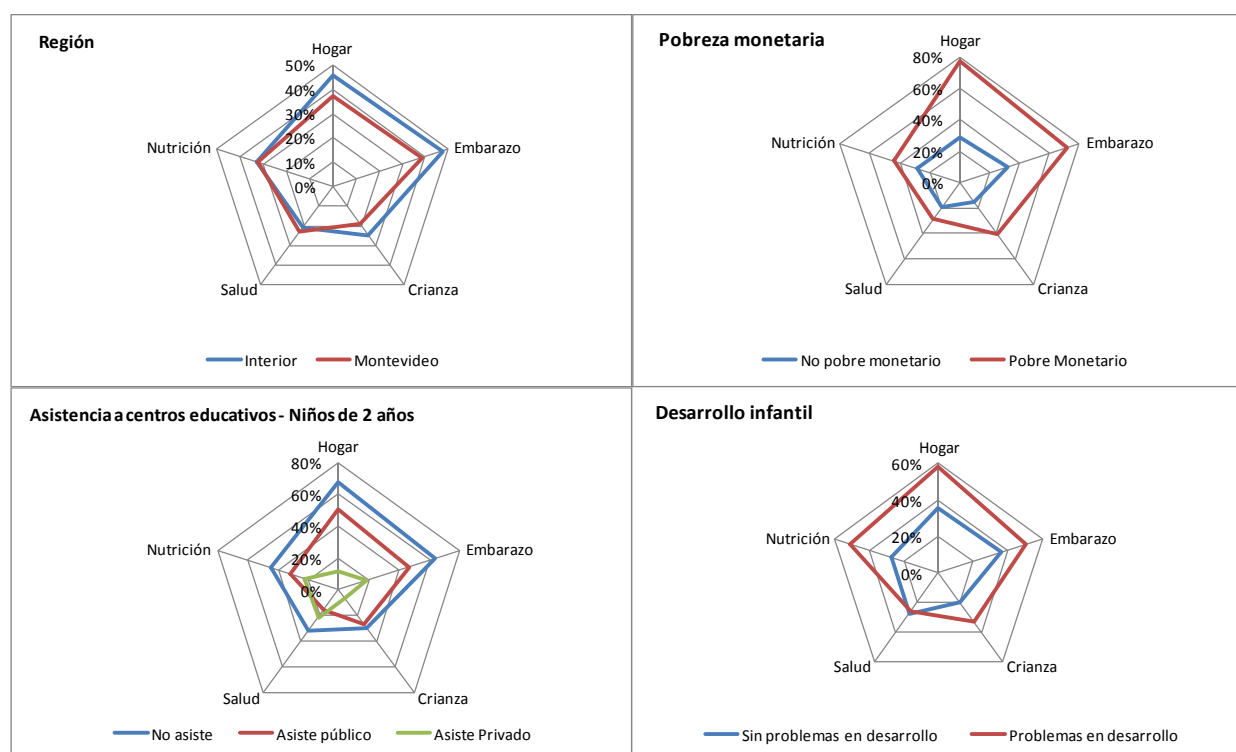
En el caso de la asistencia a centros educativos, se consideran tres grupos: quienes no asisten, quienes asisten a centros públicos y quienes lo hacen a centros privados. Se evalúan las privaciones por edad y a partir de los 2 años, dado que la asistencia a centros depende muy fuertemente de la edad en la primera infancia. En el Gráfico 1 se muestran las diferencias entre grupos por dimensiones para quienes tenían 2 años en la primera ola. Para las dos olas se encuentra que las diferencias son relevantes entre grupos para todas las edades (salvo para 5 años en la segunda ola donde la asistencia es generalizada y solos e diferencian quienes asisten a centros privados). La situación de mayor privación se observa entre los que no asisten, con niveles de privación apenas inferiores a lo encontrados entre los pobres monetarios. La incidencia de las privaciones mejora para los que asisten a centros públicos y se tornan muy bajas para quienes asisten a centros privados. En este último grupo, la gran mayoría de los indicadores no alcanza el 10%, con la única excepción clara de lactancia exclusiva que ronda el 18%.

Por último, se evalúan los resultados de los indicadores según la presencia de problemas en el desarrollo de los niños. Se considera que existen problemas si el niño presenta un nivel de riesgo en alguna de las dimensiones del ASQ:3 o se ubica en el rango límite o clínico del CBCL. Se debe recordar que en estos test solo fueron realizados en Montevideo en la primera ola. Como se observa en el último panel del Gráfico 1, las diferencias son sustanciales entre grupos, salvo en la dimensión Salud. En todos los casos, las privaciones son mayores entre quienes presentan problemas en su desarrollo. Las diferencias son mayores en los indicadores saneamiento y agua potable, educación, y seguridad alimentaria. Por otro lado, se encuentran diferencias importantes en cantidad de

controles en el embarazo, lo que podría indicar que algunas de las situaciones de problemas en el desarrollo están asociadas al control del embarazo. Sin embargo, los restantes indicadores de Embarazo no acompañan esta asociación. Por último, se encuentran grandes diferencias en el indicador de estilo de crianza, apoyando los resultados encontrados por Perazzo et al (2018). Estas diferencias persisten en la segunda ola, para la que se cuenta con indicadores de desarrollo infantil para todo el país. En la segunda ola, se encuentra que el indicador de retraso de talla presenta un nivel de privación casi tres veces superior entre quienes presentan indicadores de problemas de desarrollo en comparación con quienes se encuentran en rangos normales.

Un elemento que surge del análisis de todos los cortes simultáneamente es que ciertos indicadores presentan distancias muy grandes entre quienes presentan niveles de privación mayor, como el caso de los niños en condición de pobreza monetaria, no asistencia a centros educativos o problemas de desarrollo. Estos indicadores son saneamiento y agua potable, educación, y seguridad alimentaria y pueden servir como alertas de una presencia generalizada de privación.

Gráfico 1. Incidencia de las privaciones por dimensión en la ola 1



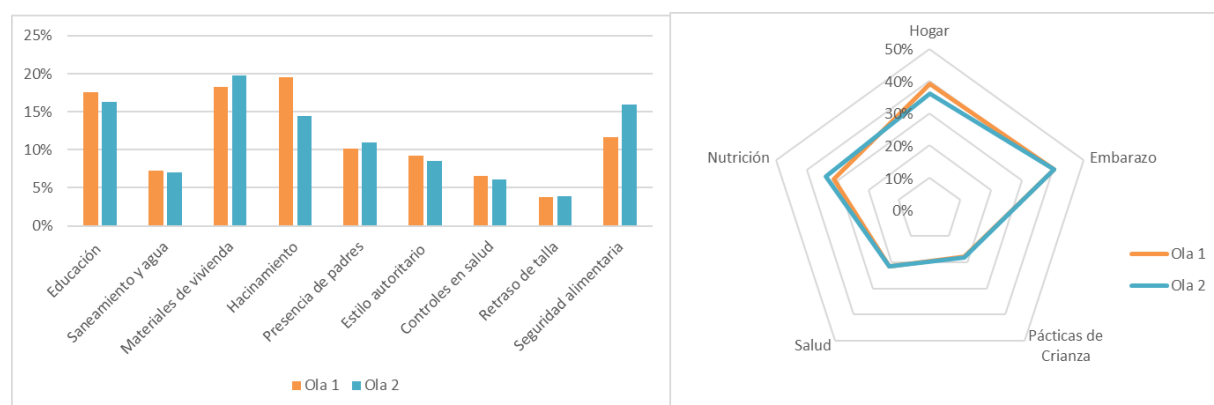
Fuente: Elaboración propia en base a la ENDIS

Para la construcción del índice de bienestar infantil se trabaja exclusivamente con los niños que fueron encuestados en ambas olas y para los que no hay datos faltantes en ningún indicador en ninguna de las dos olas. Esta selección implica 1812 observaciones, 76% del total de los encuestados en ambas olas, 59% del total de encuestados en la primera ola y 69% del de la segunda ola.

Para estos niños, se cuenta con los mismos indicadores para dos momentos del tiempo. Esto permite evaluar la evolución de las privaciones entre olas con un grado mayor de precisión, dado que las diferencias observadas entre olas no se explican por la selección de personas sino exclusivamente por variaciones en los resultados. De todos modos, ciertos indicadores no pueden variar en el tiempo porque están asociados al embarazo y nacimiento. El Gráfico 2 presenta la incidencia de las privaciones para las dos olas en el panel, para los indicadores que pueden modificarse entre olas (izquierda) y para las dimensiones (derecha). En el Cuadro A. 6 del Anexo se muestra la incidencia de las privaciones en cada indicador para las dos olas en el panel.⁷ Aunque los niveles se modifican levemente, los comentarios realizados respecto a la incidencia de las privaciones se mantienen cuando se analiza el panel, tanto globalmente como por sexo, edad, región, asistencia a centros educativos, y desarrollo infantil.

Solo cuatro indicadores presentan variaciones relevantes entre olas, tres de ellos corresponden a la dimensión Hogar (educación, materiales de la vivienda, hacinamiento) y uno a Nutrición (seguridad alimentaria). Las mejoras en educación y hacinamiento logran más que compensar el empeoramiento en los materiales de vivienda, lo que resulta en una mejora de la dimensión Hogar. En el caso de Nutrición, el aumento de la incidencia de la privación en seguridad alimentaria se refleja directamente en la dimensión, dado que el indicador de retraso de talla no presenta variaciones significativas (Gráfico 2).

Gráfico 2. Privaciones para indicadores seleccionados y dimensión en el panel, por ola



Fuente: Elaboración propia en base a la ENDIS

Existe una persistencia importante de las privaciones entre olas, tanto en lo que refiere a la cantidad de privaciones, como a cada una de ellas. La única variación fuerte en cuanto a la cantidad de dimensiones entre olas se encuentra entre los que tenían dos privaciones, que pasan de representar 21% en la ola 1 a 18% en la ola 2. A la vez, aumenta levemente (en un punto porcentual) los que tienen 1 y 3 dimensiones en la ola 2 (Cuadro 5). Al analizarse por región no se observan grandes diferencias, sólo cabe destacar que se reduce la proporción de aquellos que

⁷ El Cuadro A. 6 se diferencia del Cuadro 3 en la muestra con la que se trabaja. Mientras que en el Cuadro 3 se utilizan todos los datos válidos para cada indicador en cada ola, en este caso solo se consideran los niños para los que se tienen observaciones en ambas olas y no tienen ningún indicador con dato faltante.

tenían dos dimensiones con privación en Montevideo, aumentando los que tienen 0 y 3 dimensiones. En el Interior parecen existir mejoras en la cantidad de dimensiones con algún indicador con privación, aumentando los que tienen una dimensión y disminuyendo los que tienen dos y tres (Cuadro A. 7). Al analizarlo por edades, se destaca que entre quienes tenían 0 años en la ola 1 se incrementa la cantidad de privaciones en el segundo período, los que tenían una dimensión pasan a tener una segunda privación al aumentar su edad. Lo contrario sucede entre los que tenían 2 y 3 años en la primera ola, aumentan aquellos que tenían una única privación y disminuyen los que estaban privados en dos dimensiones (Cuadro A. 8).

Cuadro 4. Cantidad de dimensiones privadas por ola

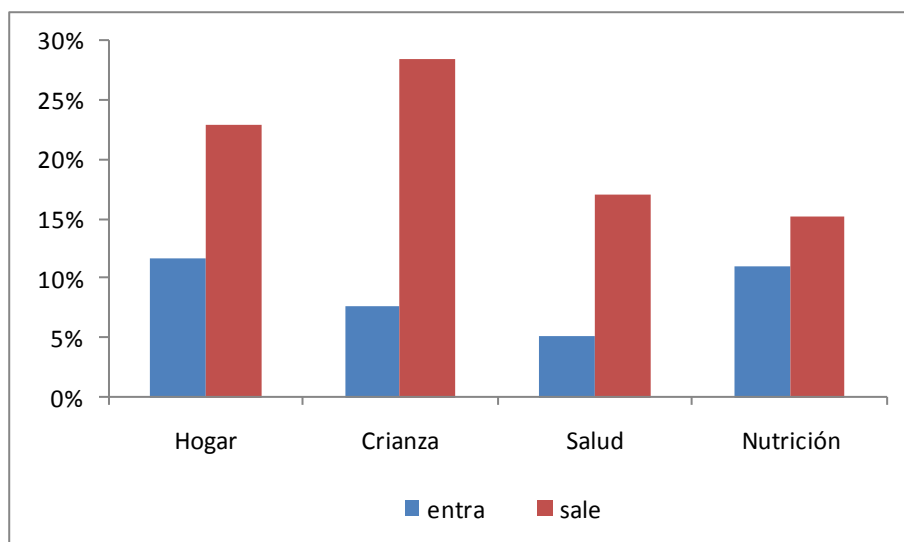
	ola 2						
ola 1	0	1	2	3	4	5	Total
0	23%	4%	0%	0%	0%	0%	28%
1	4%	19%	4%	1%	0%	0%	28%
2	0%	5%	10%	4%	1%	0%	21%
3	0%	1%	3%	7%	2%	0%	14%
4	0%	0%	1%	3%	4%	1%	8%
5	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%
Total	28%	29%	18%	15%	8%	1%	100%

Fuente: Elaboración propia en base a la ENDIS

A continuación se presenta la transición entre la privación en cada dimensión entre olas. Para ello, se estiman las tasas de entrada y salida para cada dimensión. La tasa de entrada son aquellos niños y niñas que se incorporan a una situación de privación en el segundo periodo en relación aquellos que no están privados en primer periodo. Del mismo modo la tasa de salida es definida como la proporción de niños y niñas que salen de la pobreza multidimensional en relación a aquellos que fueron pobres en el primer período. Es importante tener en cuenta que la tasa de salida tiende a ser siempre mayor que la de entrada debido a que la proporción de población que no es pobre en general es superior a la que sí lo es.

No se presenta Embarazo por ser una dimensión que se mantiene incambiada en los dos períodos. La dimensión Crianza es la que presenta mayor tasa de salida entre olas, con cifras cercanas al 30% de aquellos que se encontraban privados en esa dimensión en el primer período. Le siguen Hogar, Salud y Nutrición. Crianza es también la dimensión que tiene mayor tasa de entrada (superior al 10% de aquellos que no estaban privados en el primer período), junto a Nutrición (Gráfico 3).

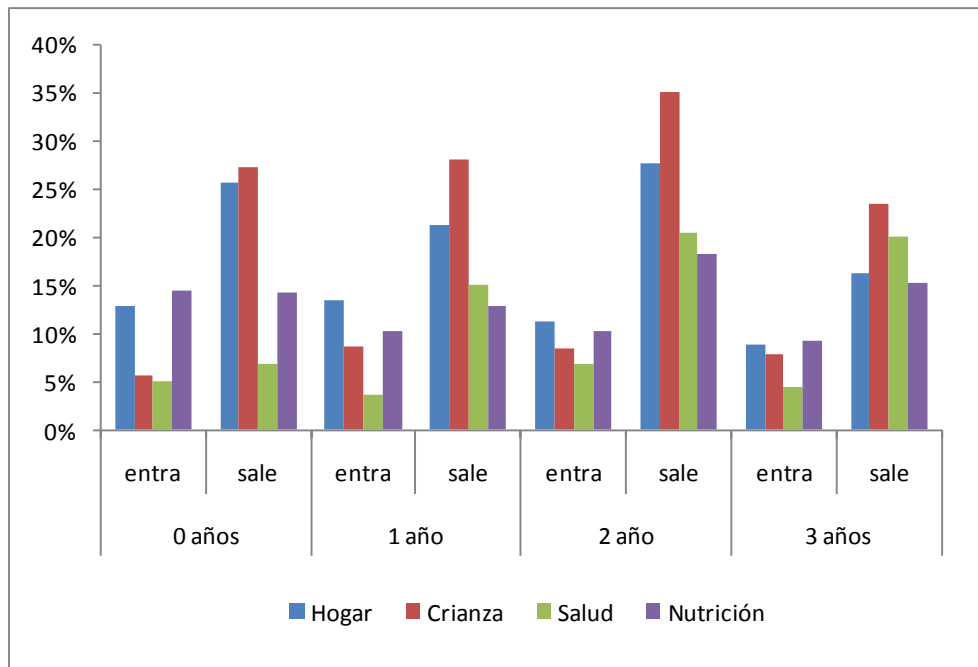
Gráfico 4. Tasa de entrada y salida de cada dimensión por edades



Fuente: Elaboración propia en base a la ENDIS

Las menores tasas de entrada y salida por dimensión se presentan para los niños que eran más grandes en la primer ola. En todas las edades se mantiene que la dimensión Crianza es la que presenta las mayores tasas de salida. Sin embargo, esas tasas son superiores en los niños que eran más pequeños en la primera ola. Con la dimensión Hogar sucede algo parecido, las mayores tasas de salida se presentan en los menores de la primera ola. Esto puede estar en parte explicado por el indicador de hacinamiento que mejora en el tiempo y más aun en hogares con niños más grandes

Gráfico 5. Tasa de entrada y salida de cada dimensión por edades



Fuente: Elaboración propia en base a la ENDIS

5.2 Índice de privación multidimensional

Una vez que se cuenta con las privaciones por indicador se construye el índice de bienestar multidimensional en base a una estructura de ponderadores. Como se detalla en el Cuadro 2, se opta por una equidistribución del peso entre las dimensiones y entre los indicadores dentro de cada dimensión. Sin embargo, se construyen indicadores con dos ponderaciones alternativas para evaluar la robustez de los resultados a esta opción metodológica. Las dos opciones son: 1) equiponderación de todos los indicadores; 2) ponderación inversa a su incidencia.

El Gráfico 6 muestra los resultados del índice y sus componentes para las tres alternativas de ponderación y para las dos olas. A la vez, se presentan los resultados para todos los valores posibles del punto de corte para ser considerado privado (corte dimensional, k), dado que las conclusiones podrían ser diferentes para diferentes umbrales.

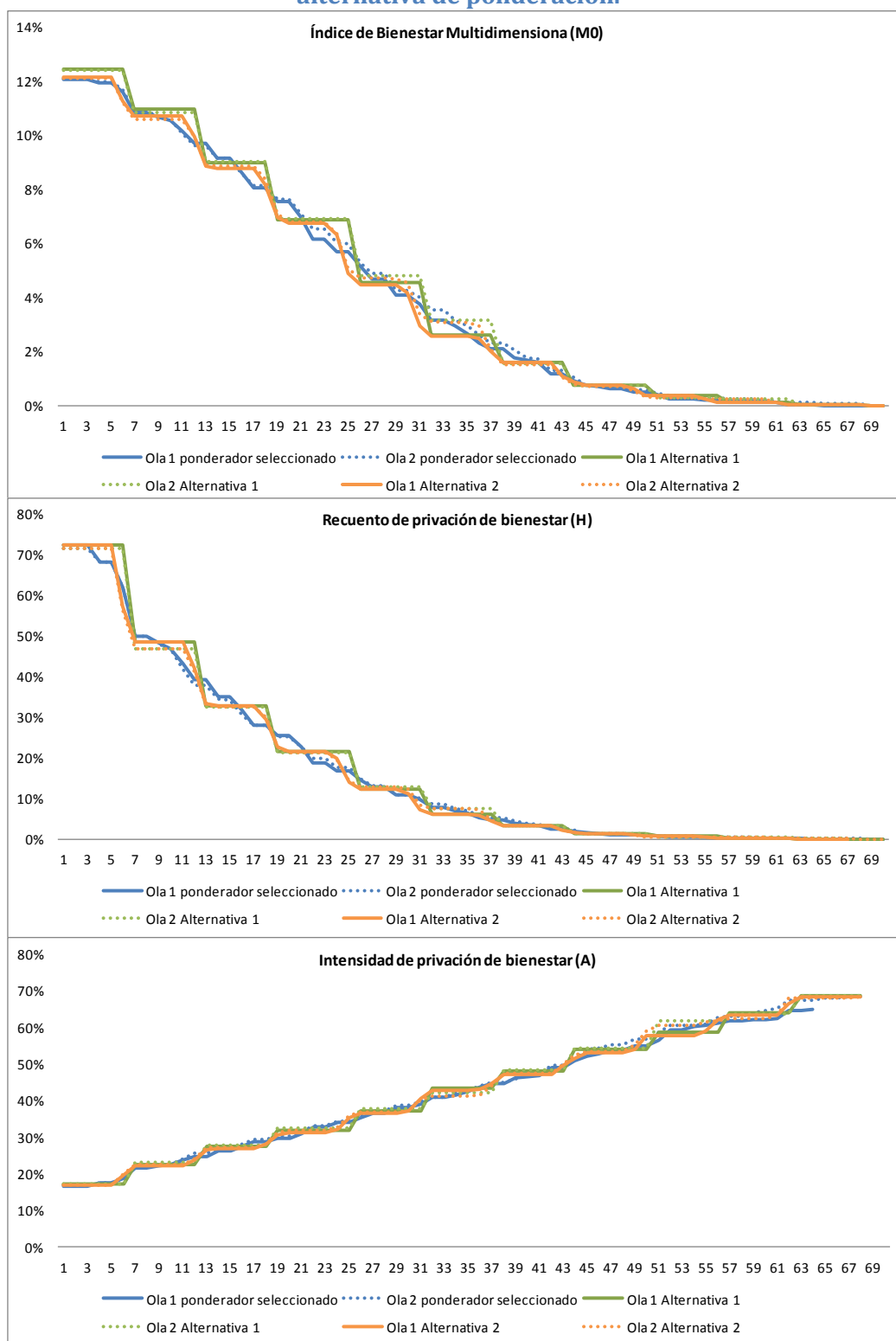
Los resultados son robustos a la elección del ponderador, mostrando diferencias menores entre estructuras. Esto se puede deber a que este índice se compone de una gran cantidad de indicadores, lo que hace que el peso de cada uno de ellos sea poco relevante en la construcción del índice. Por otro lado, se observa que la ponderación elegida presenta movimientos más suaves que sus alternativas, que se presentan “más escalonadas”. Esto se debe a que las dos alternativas presentan valores similares para los diferentes indicadores (iguales en el caso de la primera alternativa). De este modo, cuando se pasa de, por ejemplo, un valor de k de 0,06 a 0,07 se incorpora a todas las

personas que tengan carencia en un indicador según la Alternativa 1. En la estructura de ponderadores propuesta el peso de un indicador varía entre 0,033 y 0,1 lo que da mayor suavidad a la acumulación de privaciones ponderadas.

En todos los casos se observan los movimientos esperados en el índice y sus componentes. Tanto el índice como el recuento caen a medida que aumenta la exigencia para ser considerados privados multidimensionalmente. Por el contrario, la intensidad aumenta, dado que a medida que se exige un mayor número de carencias, la cantidad de privaciones promedio de los privados aumenta.

En todos los casos, se observa una caída importante en la cantidad de niños considerados privados multidimensionalmente (recuento de privaciones, H) para valores del corte dimensional de entre 0,05 y 0,07. Se pasa de 70% de los niños con privación en al menos un indicador a un entorno de 50% para valores de k que implican carencias en dos indicadores. A partir de esos valores de k, no se observan saltos tan importantes, aunque a partir de un k de 0,20 (equivalente a una dimensión completa), la pendiente se reduce y aumentos del umbral generan reducciones menores del recuento. En el otro extremo, se observa que la incidencia de las privaciones multidimensionales es muy baja a partir del equivalente a dos dimensiones completas, con porcentajes de privados multidimensionales que se ubican por debajo del 4% a partir de un k de 0,4.

Gráfico 6. Índice de bienestar multidimensional, recuento e intensidad en el panel, por ola y alternativa de ponderación.



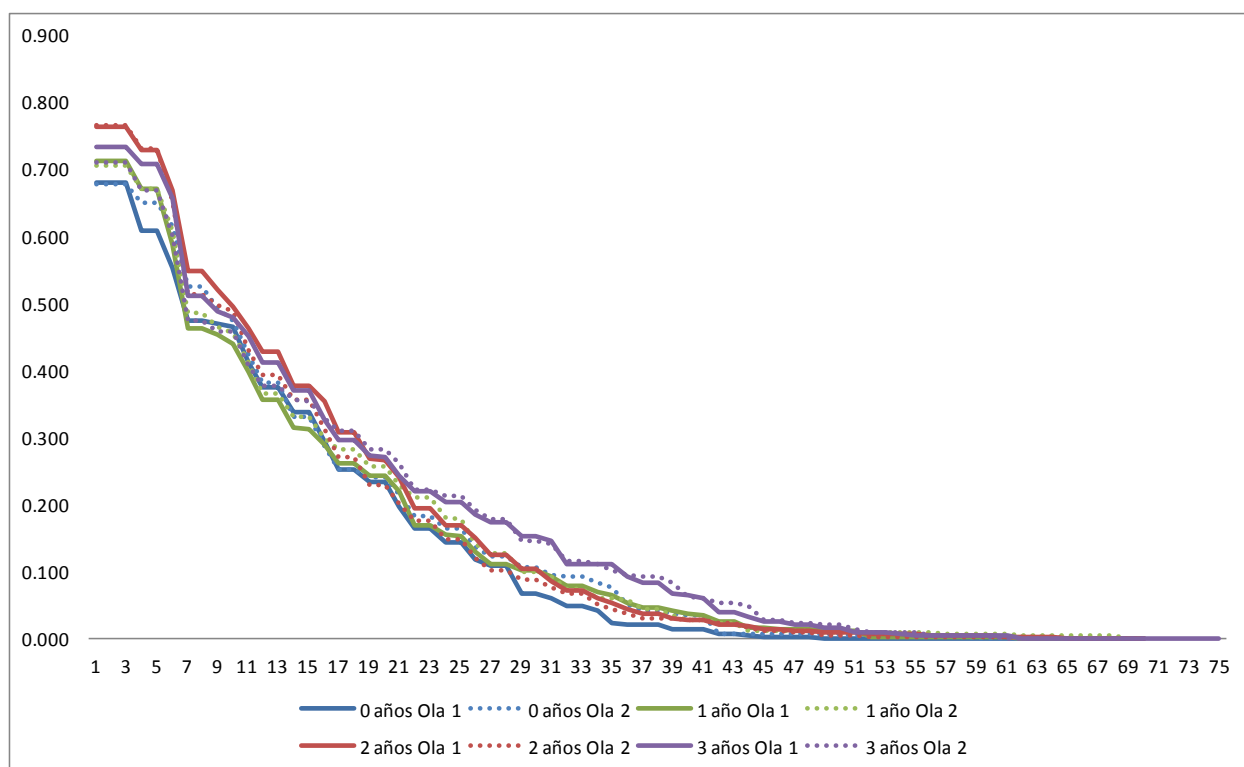
Fuente: Elaboración propia en base a la ENDIS

De ahora en más se analiza exclusivamente el índice propuesto, con la equidistribución del peso entre las dimensiones y entre los indicadores dentro de cada dimensión. Como puede observarse en el Gráfico 6, no se encuentran diferencias significativas entre olas, como podía anticiparse al analizar los indicadores por separado. Esto se explica porque el tiempo transcurrido entre olas es bajo, y porque existe un conjunto de indicadores que no se modifica en el tiempo. En este sentido, es importante trabajar en dos sentidos. En primer lugar, evaluar la evolución de los niños en sucesivas olas de la ENDIS. En segundo lugar, se debe profundizar en la relevancia de mantener (todos) los indicadores asociados al embarazo y nacimiento cuando los niños crecen.

Respecto a la evaluación del índice por las características socio-demográficas de los niños, no se encuentran diferencias relevantes por sexo. Sin embargo, se encuentran diferencias por edad que no resultaban evidentes al observar los indicadores en el apartado anterior. Como se observa en el Gráfico 7, se encuentran diferencias en las privaciones por edad para valores bajos de k , asociados a la presencia de al menos un indicador con privaciones. Las privaciones son mayores para los niños más grandes (2 y 3 años), en las dos olas. Para valores intermedios de k , que se asocian a más de un indicador con privaciones pero solo una dimensión completa (entre 0,09 y 0,25), estas diferencias se tornan menos claras. Sin embargo, el grupo que tenía 3 años en la primera ola presenta valores más altos del índice para valores altos del umbral dimensional. Esto implica que entre los niños más grandes se presenta una concentración de privaciones más alta. Por ejemplo, si se toma un punto de corte de 0,3, equivalente a una dimensión y media, en la primera ola se encuentra que el 7% de los niños menores a 12 meses presenta privaciones multidimensionales, valor que se ubica en el entorno del 10% para los de 1 y 2 años, pero que escala a 15% entre los de 3 años.

Por otro lado, al desagregar por edades se evidencian ciertas diferencias por ola. La diferencia más importante se encuentra entre los niños que tenían menos de un año en la primera ola, para los que los resultados son peores en la segunda ola para valores bajos y altos del corte dimensional. Entre los que tenían 1 y 2 años las diferencias son menores y se encuentran en los valores centrales de k . Los primeros presentan un empeoramiento en los resultados, y los segundos una mejora. Para los niños que tenían 3 años en la primera ola, solo se encuentran diferencias entre olas para niveles bajos del corte dimensional y a favor de la segunda ola.

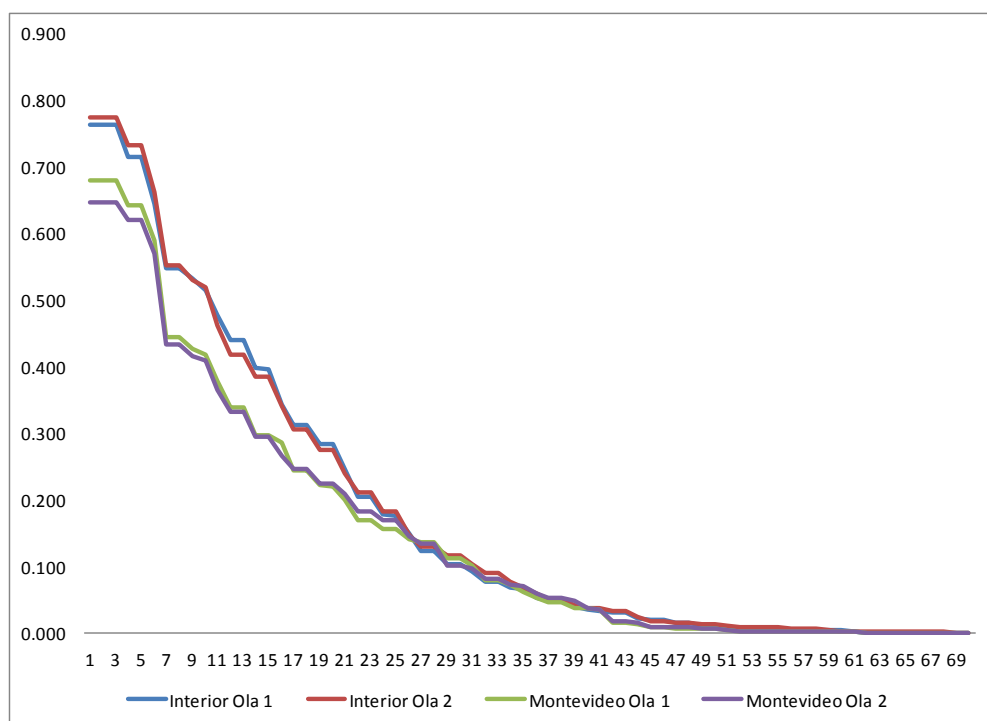
Gráfico 7. Índice de bienestar multidimensional en el panel, por ola y edad en ola 1



Fuente: Elaboración propia en base a la ENDIS

Las diferencias por regiones se vuelven a hacer evidentes al analizar el índice. Para valores bajos e intermedios de k se encuentra que en las dos olas los resultados son mejores para Montevideo que para el Interior. De todos modos, a medida que la exigencia para ser considerado privado se hace más fuerte, las regiones se hacen más parecidas. Esto indica que, aun cuando las condiciones de los niños parecen ser mejores en Montevideo que en el Interior, las diferencias desaparecen cuando la cantidad de carencias es alta. En términos de la evolución, no se encuentran diferencias significativas entre olas en ninguna de las dos regiones.

Gráfico 8. Índice de bienestar multidimensional en el panel, por ola y región

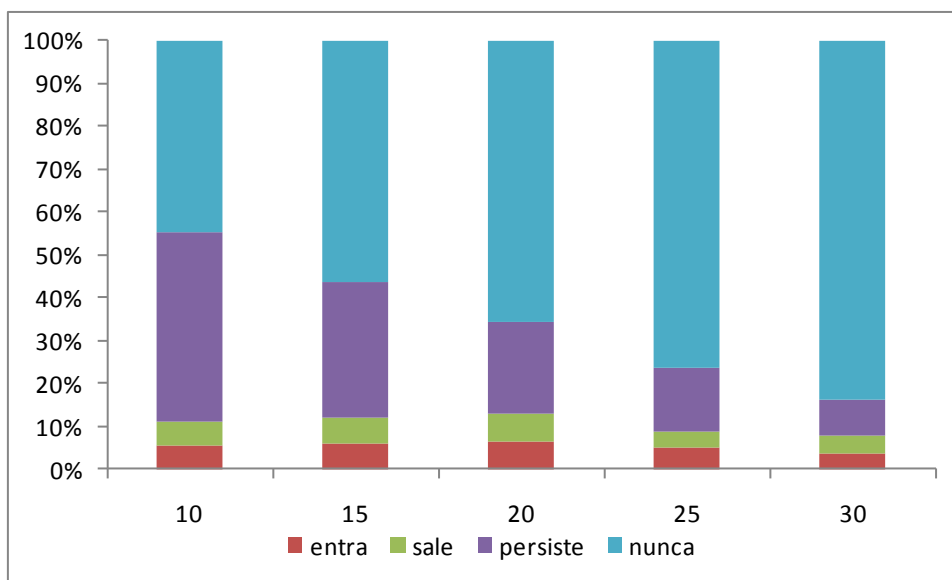


Fuente: Elaboración propia en base a la ENDIS

Por último, se analiza la transición de las situaciones de privación entre olas. En primer lugar, se analiza la distribución de los niños de acuerdo a las tasas de entrada, salida, persistencia o nunca registra una situación de privación múltiple según los distintos umbrales. En segundo lugar, se presentan las tasas de entrada y salida de acuerdo como fueron antes definidas, para distintos umbrales de k . Se incorporan los cortes por región, edad y sexo, en algunos casos no se presentan por no existir diferencias relevantes.

La distribución de niños entre las categorías refuerza lo antes planteado, son muy pocos los movimientos que existen entre olas, por ese motivo la proporción de niños y niñas que entra y sale de una situación de privación es baja, y no existen grandes variaciones con el umbral. Aunque se registra una leve disminución a partir del corte de 20% del umbral, que significa al menos estar en dos dimensiones privado. Por su parte, se observa que a medida que aumenta la exigencia del umbral, se incrementa la proporción de niños que nunca estuvieron en una situación de privación en las dos olas, a la vez que disminuyen aquellos que persisten en esta situación.

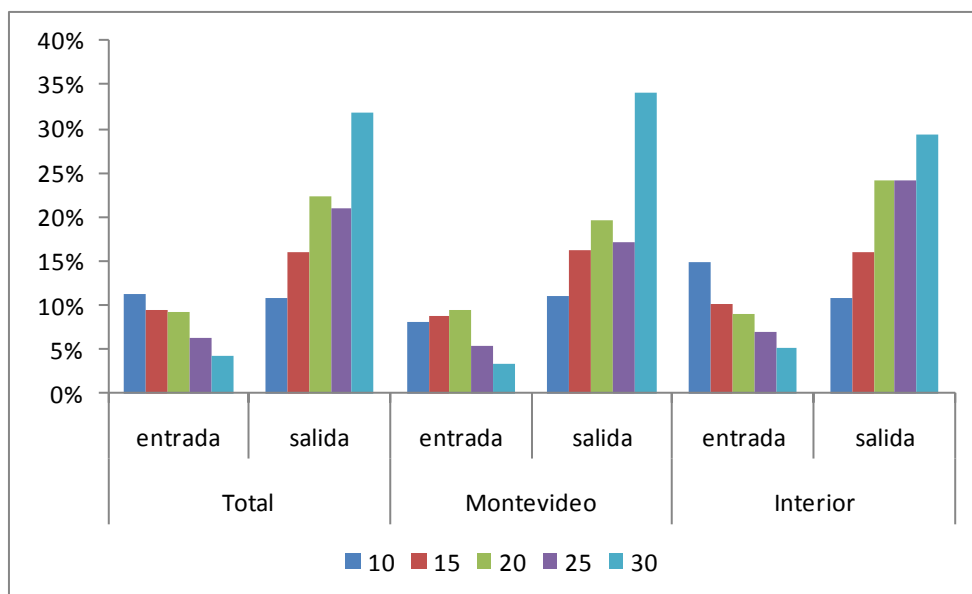
Gráfico 9. Distribución por categorías de entrada y salida según distintos k



Fuente: Elaboración propia en base a la ENDIS

En el Gráfico 9 se constata que la tasa de entrada se ubica en valores cercanos al 10% cuando el umbral es de 10% y disminuye a medida que aumenta este umbral, alcanzando un 5% para un k de 0,3. Lo contrario sucede con la tasa de salida que pasa de 11% a 32% entre los respectivos umbrales. Dada la alta persistencia entre olas, es de esperar que cuánto más exigente para ser considerado privado en términos multidimensionales la tasa de salida es mayor y la de entrada casi nula. La tasa de entrada es levemente superior en el Interior respecto a Montevideo en todos los niveles de k. Sin embargo, la tasa de salida depende el nivel del umbral, en el de mayor exigencia es superior en Montevideo, mientras que en los otros son iguales o superior en el Interior.

Gráfico 10. Tasas de entrada y salida del IPM según distintos valores de k.



Fuente: Elaboración propia en base a la ENDIS

5.3 Superposición con índice de riesgo sanitario en base a registros administrativos.

En este apartado se calcula un índice de riesgo para la primera infancia en la ENDIS utilizando únicamente indicadores que se pueden obtener en registros administrativos universales, en particular en dos fuentes: el Sistema Información Perinatal y el Certificado Nacido Vivo. Como ya fue detallado en la metodología se utiliza el indicador de riesgo sanitario planteado en Arocena et al (2018). La mayoría de los indicadores utilizados forman parte del indicador de privaciones estimado en la sección anterior (IPM) y se vinculan con las dimensiones de embarazo y salud. La gran ventaja de este índice es que se construye en base a indicadores disponibles en registros administrativos universales, que permitirían orientar la selección de las políticas sociales a muy bajo costo en términos de información. De este modo, si este índice presenta una alta coincidencia con el de privaciones múltiples elaborado en la sección anterior, se podría considerar como una buena herramienta para seleccionar a los niños recién nacidos a programas sociales, tales como Uruguay Crece Contigo. Así, el objetivo de este apartado es evaluar si ambos indicadores captan a la misma población e identificar dónde se encuentran las divergencias.

Se utiliza la primera ola de la ENDIS en este ejercicio dado que se busca aportar a la orientación de las políticas asociadas a los primeros años de vida, en especial UCC. Este programa se orienta a mujeres embarazadas y niños menores de 3 años, pero priorizan a las primeras y a los niños menores de un año dado que los efectos son mayores. Adicionalmente, los únicos registros administrativos que son relevados de forma universal en la actualidad refieren a indicadores del embarazo y nacimiento.⁸ El efecto que estas dimensiones puedan tener más allá del primer año de

⁸ Otros registros administrativos podrían combinarse con los propuestos en este índice para ampliar la

vida debe estudiarse con mayor detalle para extrapolar los comentarios realizados en este apartado a edades posteriores. Aún así, los resultados del apartado anterior muestran pocas variaciones del índice entre olas, lo que implica que en términos empíricos esta opción es poco relevante. Dado que se trabaja exclusivamente en la primera ola, se considera a todos los niños para los que se cuenta con información válida en todos los indicadores de esa ola.

La comparación se realiza con el IPM en un umbral de privaciones de 0,3 indicadores ponderados. En ese caso, el porcentaje de niños que se encuentran en situación de privaciones múltiples es 12% (representando a 17.200 niños entre 0 y 3 años), lo que implica tomar al primer decil de niños de acuerdo al IPM.⁹ El índice de riesgo sanitario se estima en la ENDIS y se ordena hasta llegar a la misma cantidad de niños.

Los resultados indican que un 42% de los niños y niñas en situación de privación múltiple también serían captados con el índice de riesgo (Cuadro 5). Mientras que el restante 58% que presenta privación múltiple no es captado por el índice sanitario. Si se analizan únicamente los niños menores de 12 meses, los resultados mejoran levemente, existe una menor discrepancia entre ambos índices (55%). A continuación se analizarán las características de estos grupos en particular.

Cuadro 5. Niños y niñas según Índice de privaciones múltiples e índice de riesgo sanitario, ola 1

	Índice sanitario			
	Total 0 a 3 años			
		0	1	Total
	Índice Privaciones Múltiples	0	1	Total
	0	92%	8%	100%
	1	58%	42%	100%
	Total	88%	12%	100%
	0 años			
		0	1	Total
	Índice Privaciones Múltiples	0	1	Total
	Índice Privaciones Múltiples	0	1	Total
	0	90%	10%	100%
	1	55%	45%	100%
	Total	87%	13%	100%

Fuente: Elaboración propia en base a la ENDIS

El grupo que presenta privaciones múltiples y pero no riesgo sanitario, concentra una mayor prevalencia de privaciones en los indicadores de la dimensión hogar, particularmente en educación, materiales de la vivienda y hacinamiento. También presenta una alta incidencia en los indicadores de prácticas de crianza y seguridad alimentaria. Lo contrario sucede en aquellos que no se encuentran privados en el IPM y pero sí muestran riesgo sanitario, que presentan una mayor

información disponible, pero no son universales y por lo tanto podrían introducir sesgos a la orientación de la política. Por ejemplo, la base de beneficiarios de Asignaciones Familiares del Plan de Equidad (AFAM) incluye información de la vivienda y educación de los miembros del hogar.

⁹ La utilización de un corte dimensional de 0,4 se acercaría más claramente a la población objetivo de UCC, con una incidencia de 4 % (5770 niños). Sin embargo, el tamaño muestral resultante no permite realizar el ejercicio propuesto en este apartado.

incidencia en la dimensión salud y embarazo, en particular en los indicadores de cantidad de controles y bajo peso o prematuro al nacer (Cuadro 6). Esto estaría expresando que aquellos que son captados por el IPM y no por el índice de riesgo sanitario, concentran una mayor prevalencia de privaciones en indicadores que no son capturados por los registros administrativos al momento de nacer, pero que expresan carencias importantes en la vida de los niños en los primeros años.

Cuadro 6. Incidencia de las privaciones según categorías de ambos índices, ola 1

	Privados multi y no del índice sanitario	No privado multi y si del índice sanitario	No privados en ninguno	Privados en ambos
Hogar				
Educación	79%	7%	12%	58%
Saneamiento y agua	31%	5%	5%	16%
Materiales de vivienda	55%	18%	15%	39%
Hacinamiento	53%	30%	18%	45%
Embarazo				
Cantidad de controles	42%	50%	12%	81%
Captación tardía	19%	36%	5%	55%
Madre adolescente	28%	36%	14%	47%
Cuarto hijo o más	37%	13%	11%	29%
Prácticas de Crianza				
Presencia de padres	48%	8%	9%	43%
Estilo autoritario	49%	3%	6%	33%
Salud				
Primer control salud	28%	28%	7%	36%
Controles de salud	16%	6%	5%	16%
Prematuro o bajo peso al nacer	15%	59%	3%	48%
Nutrición				
Retraso de talla	11%	7%	2%	12%
Lactancia exclusiva	40%	27%	17%	40%
Seguridad alimentaria	50%	12%	9%	39%

Fuente: Elaboración propia en base a la ENDIS

El Cuadro 7 presenta la incidencia de las privaciones en todos los indicadores que componen el IPM, para los menores de un año. Las privaciones mencionadas antes para aquellos que no son captados por el índice de riesgo sanitario se agudizan, y en el caso de educación el 81% de los niños menores a 12 meses presentan esta carencia. Sucede lo mismo en estilo autoritario de crianza (73%), hacinamiento y seguridad alimentaria (61%). Si se construye un índice que incluya el índice

sanitario y la educación de la madre y el hacinamiento, la superposición con el índice de privaciones multidimensionales mejora sustantivamente, llegando a prácticamente todos los privados. Sin embargo, este índice selecciona también a muchísimos niños que no presentan privaciones multidimensionales y requiere de información que no está disponible en los registros administrativos actualmente.

Cuadro 7. Incidencia de las privaciones según categorías de ambos índices, ola 1. Niños de 0 años de edad.

	Privados multi y no del índice sanitario	No privado multi y si del índice sanitario	No privados en ninguno	Privados en ambos
Hogar				
Educación	81%	5%	13%	75%
Saneamiento y agua	29%	4%	5%	19%
Materiales de vivienda	51%	14%	17%	40%
Hacinamiento	61%	42%	23%	58%
Embarazo				
Cantidad de controles	44%	54%	14%	79%
Captación tardía	16%	48%	7%	64%
Madre adolescente	17%	33%	12%	45%
Cuarto hijo o más	43%	14%	11%	3%
Prácticas de Crianza				
Presencia de padres	41%	2%	6%	44%
Estilo autoritario	73%	2%	7%	49%
Salud				
Primer control salud	28%	32%	6%	29%
Controles de salud	4%	1%	3%	8%
Prematuro o bajo peso al nacer	7%	56%	1%	13%
Nutrición				
Retraso de talla	0%	0%	1%	17%
Lactancia exclusiva	33%	25%	15%	42%
Seguridad alimentaria	61%	19%	10%	38%

Fuente: Elaboración propia en base a la ENDIS

El índice de riesgo sanitario presenta una gran facilidad y simplicidad de implementación por ser construido con información disponible rápidamente para realizar un primer acercamiento a estos hogares. Sin embargo, existe un grupo que no quedaría incluido y que presenta importantes carencias lo que los ubica como población objetivo de un programa de atención a la primera

infancia. Por este motivo, parece relevante buscar los mecanismos de complementariedad entre ambos instrumentos.

6. Síntesis final

La construcción de un índice de privaciones multidimensionales comprehensivo de las diferentes dimensiones del bienestar infantil es excesivamente costosa en términos informacionales, lo que inhabilita su utilización para la focalización de los programas sociales. Por ese motivo este estudio se plantea analizar la concordancia entre un índice de privaciones multidimensionales exhaustivo, que incluye dimensiones constitutivas del bienestar infantil, con un índice más acotado que contiene indicadores que se pueden captar mediante registros administrativos universales. Este índice sintético podría servir como una primera herramienta de sondeo para los programas destinados a la primera infancia, orientando su oferta o la primera visita a los hogares para acceder a mayor información, en la medida que se evalúa su interacción con el bienestar infantil medido exhaustivamente. A su vez, los ejercicios de superposición permiten visualizar a los grupos que quedarían ocultos si se utilizan herramientas basadas en registros administrativos universales, habilitando la construcción de instrumentos específicos para su inclusión.

Se considera que puede ser un insumo importante para el componente focalizado de Uruguay Crece Contigo (Programa de Acompañamiento Familiar), dado que este programa reconoce explícitamente la interrelación entre distintas dimensiones del bienestar infantil y sus prestaciones abarcan diferentes dimensiones. A la vez, es el programa focalizado destinado específicamente a la primera infancia con mayor alcance y proyección a nivel nacional, y cuyas herramientas de focalización se encuentran en proceso de discusión. Por lo tanto, se analizan los resultados para este caso particular, aunque podrían ser válidos para diferentes programas sociales de similares características.

Para la construcción del índice de privaciones múltiple se sigue la metodología propuesta por Alkire y Foster (2007, 2011), utilizando como fuente de datos la Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud (ENDIS), que releva información única sobre el embarazo y la infancia en dos momentos del tiempo. El índice de privaciones planteado se compone de cinco dimensiones: Hogares, Embarazo, Prácticas de Crianza, Salud y Nutrición.

Los resultados indican que las dimensiones con mayor nivel de privación son Hogar y Embarazo, con una incidencia de poco más del 40% de los niños en la primera ola. Le sigue Nutrición, con una incidencia de un tercio de los niños en la primera ola y en un tercer nivel se encuentran Prácticas de Crianza y Salud con poco más de un quinto de los niños con carencias. En la segunda ola los ordenamientos relativos se mantienen incambiados, así como los niveles en la mayoría de las dimensiones. De todos modos, la reducción de la incidencia de Vivienda y el aumento en Nutrición genera un acercamiento entre estas dimensiones, dejando a Embarazo como la de mayor incidencia. En Prácticas de Crianza y Salud no se observan diferencias entre olas.

Seis indicadores presentan una incidencia en el entorno del 20% en la primera ola: educación de la madre, materiales de la vivienda, hacinamiento, cantidad de controles del embarazo, madre adolescente y lactancia exclusiva. La mayoría de ellos se encuentran en las dos dimensiones de mayor nivel de privaciones. En la segunda ola, el único indicador que reduce significativamente su incidencia es hacinamiento.

Al analizar todas las dimensiones conjuntamente, se observa que en ambas olas tan solo un 28% de los niños no presenta carencias en ninguna dimensión y un porcentaje similar presenta carencias en algún indicador de una sola dimensión. En el extremo opuesto, menos de 2% presentan carencias en al menos un indicador de cada dimensión, y 8,5% presenta carencias en 4 dimensiones. Aproximadamente 20% presenta carencias en dos dimensiones y 16% en tres.

Existe una persistencia importante de las privaciones entre olas, tanto en lo que refiere a la cantidad de privaciones, como a cada una de ellas. La dimensión Crianza es la que presenta mayor tasa de salida entre olas, con cifras cercanas al 30% de aquellos que se encontraban privados en esa dimensión en el primer período.

En todos los casos se observan los movimientos esperados en el índice y sus componentes. Tanto el índice como el recuento caen a medida que aumenta la exigencia para ser considerados privados multidimensionalmente. Por el contrario, la intensidad aumenta, dado que a medida que se exige un mayor número de carencias, la cantidad de privaciones promedio de los privados aumenta. Nuevamente no se encuentran diferencias significativas entre olas, como podía anticiparse al analizar los indicadores por separado. Esto se explica porque el tiempo transcurrido entre olas es bajo, y porque existe un conjunto de indicadores que no se modifica en el tiempo. En este sentido, es importante trabajar en dos líneas. En primer lugar, evaluar la evolución de los niños en sucesivas olas de la ENDIS. En segundo lugar, se debe profundizar en la relevancia de mantener (todos) los indicadores asociados al embarazo y nacimiento cuando los niños crecen.

Por último, se evalúa la coincidencia entre este índice y un índice de riesgo sanitario propuesto por Arocena et al (2018). Este índice se elabora en base al Certificado de Nacido Vivo y al Sistema de Información Perinatal, y se compone de 7 variables: embarazo no planeado, embarazo adolescente, multiparidad, captación tardía, controles prenatales insuficientes, prematurez y bajo peso al nacer. Se estima este mismo indicador en la ENDIS y se establece un punto de corte tal que la cantidad de niños identificados con riesgo sea la misma que en el índice de privaciones multidimensionales. La comparación se realiza con el IPM en un umbral de privaciones de 0,3 indicadores ponderados. En ese caso, el porcentaje de niños que se encuentran en situación de privaciones múltiples es 12% (representando a 17.200 niños entre 0 y 3 años), lo que implica tomar al primer decil de niños de acuerdo al IPM.

Los resultados indican que un 42% de los niños y niñas en situación de privación múltiple también serían captados con el índice de riesgo. Mientras que el restante 58% que presenta privación múltiple no es captado por el índice sanitario. Si se analizan únicamente los niños menores de 12 meses, los resultados mejoran levemente, existe una menor discrepancia entre ambos índices (55%).

El grupo que presenta privaciones múltiples pero no riesgo sanitario, tiene una mayor prevalencia de privaciones en los indicadores de la dimensión hogar, particularmente en educación, materiales de la vivienda y hacinamiento. También presenta una alta incidencia en los indicadores de prácticas de crianza y seguridad alimentaria. Lo contrario sucede en aquellos que no se encuentran privados en el IPM pero sí muestran riesgo sanitario, que presentan una mayor incidencia en la dimensión salud y embarazo, en particular en los indicadores de cantidad de controles y bajo peso o prematuro al nacer. Esto estaría expresando que aquellos que son captados por el IPM y no por el índice de riesgo sanitario, concentran una mayor prevalencia de privaciones en indicadores que no son capturados por los registros administrativos al momento de nacer, pero que expresan carencias importantes en la vida de los niños en los primeros años. Por este motivo, parece relevante buscar los mecanismos de complementariedad entre ambos instrumentos.

Bibliografía

Amarante, V y Vigorito, A. (Eds), 2012. *Investigación y políticas sociales: la Colaboración entre la Udelar y el MIDES para la implementación del PANES*. Ediciones Universitarias-CSIC. Colección Biblioteca Plural. Montevideo

Alkire, S., (2000). The Basic Dimensions of Human Flourishing: A Comparison of Accounts,” in Biggar, Nigel and Rufus Black eds, *The Revival of Natural Law*, p 73-110.

Alkire, S. and Foster, J. (2007). Counting and Multidimensional Poverty Measurement, *OPHI Working Paper 7*.

Alkire, S., y Santos, M. E. (2010). *Acute multidimensional poverty: A new index for developing countries*. United Nations development program human development report office background paper, (2010/11).

Alkire, S. and Foster, J. (2011). Understandings and Misunderstandings of Multidimensional Poverty Measurements, *OPHI Working Paper 43*.

Almond, D., y J. Currie (2011), “Killing Me Softly: The Fetal Origins Hypothesis”, <www.princeton.edu/~jcurrie/publications/Killing_Me_Softly.pdf>.

Alves, G. y Zerpa, M. (2011). Pobreza en la adolescencia en áreas rurales y urbanas en Uruguay. *IECON Serie Documentos de Trabajo* No 4/11.

Apablaza, M., y Yalonetzky, G. (2011). Measuring the dynamics of multiple deprivations among children: the cases of Andhra Pradesh, Ethiopia, Peru and Vietnam. *Young Lives Research in Progress*, Oxford: University of Oxford

Arim, R. y Vigorito, A. (2007). Un análisis multidimensional de la pobreza en Uruguay. 1991-2005. *IECON Serie Documentos de Trabajo* No 10/06.

Arocena, J., Caballero, N., Cerruti, F., Colombo, K., Lavalleya, M., Martinez, N. y Querejeta, M. "El riesgo sanitario en niños recién nacidos: una propuesta de medición". Cepal-Mides. (2018)

Baumrind, D. (1968). “Authoritarian vs. authoritative parental control”, *Adolescence*, 3(11): 255-272

Baumrind, D. (1971). “Current patterns of parental authority”, *Developmental Psychology*, 4(1)

Behrman, J., y B. Wolfe (1987), “Investments in Schooling in Two Generations in Pre-Revolutionary Nicaragua: The Roles of Family Background and School Supply”, en *Journal of Development Economics*, 27(1-2): 395-420.

Bérgolo M., Leites M. y Salas G. (2006). Privaciones nutricionales: su vínculo con a pobreza y el ingreso monetario. DT 03/06. Montevideo: Instituto de Economía, Serie Documentos de Trabajo.

Berlinski, Samuel; Schady, Norbert. (2015). Los primeros años: el bienestar infantil y el papel de las políticas públicas. Washington: BID.

Biggeri, M. (2004). The capability approach and children well-being. Dipartimento di Scienze Economiche, Studi e discussioni No 141.

Biggeri, M, Ballet, J y Comim, F. (2006). The Capability Approach and Research on Children: Capability Approach and Children's Issues en *Children and the good life New Challenges on research on children* (pp. 75-89). Springer, vol 4.

Biggeri, M., Trani, J.-F., & Mauro, V. (2010). The multidimensionality of child poverty : an empirical investigation on children of Afghanistan. Oxford Poverty & Human Development Initiative (OPHI).

Borrás, V. (2015). La multidimensionalidad de la pobreza en Uruguay: ¿cómo afecta a los habitantes de los distintos territorios? Análisis del período 2006-2013. Tesis de Maestría, Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, UdelAR.

Bradbury, B., Jenkins, S. P., y Micklewright, J. (Eds.). (2001). The dynamics of child poverty in industrialised countries. Cambridge University Press.

Cabella, W y Nathan, M (2015). Las Prácticas de Crianza en Montevideo y el Área Metropolitana. En Grupo Interdisciplinario de Estudios de Familia, ed. Cambio familiar y bienestar de las mujeres y los niños en Montevideo y el área metropolitana. Una perspectiva longitudinal. UDELAR-UNICEF.

Calvo, J. (coord.) (2013). Atlas sociodemográfico y de la desigualdad de Uruguay. Las Necesidades Básicas Insatisfechas a partir de los Censos 2011. Instituto Nacional de Estadística.

Casacuberta, C (2006). Situación de la vivienda en Uruguay. Instituto Nacional de Estadística

Cascio, E. U. (2015). The promises and pitfalls of universal early education. IZA World of Labor.

Castillo, J y Colombo, K. (2014). Pobreza en niños en Uruguay: Caracterización y determinantes desde una perspectiva dinámica. Tesis para la obtención del título de Licenciado en Economía.

Yekaterina Chzhen & Emilia Toczydlowska & Sudhanshu Handa & UNICEF Innocenti Research Centre, 2016. "Child Poverty Dynamics and Income Mobility in Europe," Papers inwopa840, Innocenti Working Papers.

Colacce, M y Tenenbaum, V, (2017). "Un análisis de la evolución de la pobreza multidimensional en la infancia y adolescencia en Uruguay entre 2006 y 2014". Estudios Económicos vol. 32 N 2, Colegio de México.

Colafranceschi, M., Vigorito, A., (2012). Uruguay: evaluación de las políticas de transferencias. La estrategia de inclusión y sus desafíos. En Rofman, Rafael (ed.): Hacia un Uruguay más equitativo. Los desafíos del sistema de protección social. Banco Mundial.

Coleman, J. S. (1988), "Social capital in the creation of human capital", *American Journal of Sociology*, 94: S95-S120.

Conti, G. y J. Heckman, (2012). "The Economics of Child Well-Being," IZA Discussion Papers 6930, Institute for the Study of Labor (IZA).

Cunha, F., J. Heckman y L. Lochner (2006). "Interpreting the Evidence on Life Cycle Skill Formation," *Handbook of the Economics of Education*, Elsevier.

Failache, E. Salas, G., & Vigorito, A. (2016). La dinámica reciente del bienestar de los niños en Uruguay. Un estudio en base a datos longitudinales. Serie Documentos de Trabajo DT 11/2016, Instituto de Economía, Facultad de Ciencias Económicas y de Administración, Universidad de la República.

FAO (1996), Cumbre Mundial sobre la Alimentación. Declaración de Roma sobre la Seguridad Alimentaria Mundial y Plan de Acción, <<http://www.fao.org/docrep/003/w3613s/w3613s00.htm>>.

FAO (2012), Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria. Manual de uso y aplicación, Roma: Comité Científico de la ELCSA, <<http://www.fao.org/3/a-i3065s.pdf>>.

Ferreira F., y Lugo A.M. (2012). "Multidimensional poverty analysis: Looking for a middle ground", Banco Mundial Policy Research Working Paper, WPS 5964.

Grupo de Estudios de Familia (2016). Salud, Nutrición y Desarrollo en la Primera Infancia en Uruguay, Primeros Resultados de la ENDIS.

Günther, I., y Klasen, S. (2007). Measuring chronic non-income poverty. *Chronic Poverty Research Centre Working Paper*, (79).

Hoynes, H. W., D. L. Miller y D. Simon (2012), *Income, the Earned Income Tax Credit, and Infant Health*, Cambridge (EUA): National Bureau of Economic Research, WP 18206.

Jenkins, S. P., y Schluter, C. (2003). Why are child poverty rates higher in Britain than in Germany? A longitudinal perspective. *Journal of Human Resources*, 38(2), pp. 441-465.

Jones, G., R. Steketee, R. E. Black, Z. Bhutta y S. Morris (2003), "Bellagio Child Survival Study Group. How Many Child Deaths Can We Prevent This Year?", *Lancet*, 362: 65-71.

Marroig, A, Perazzo, I, Salas, G y Vigorito, A (2017). Evaluación de impacto del programa de acompañamiento familiar de Uruguay Crece Contigo. Serie Documentos de Trabajo DT 15/2017, Instituto de Economía, Facultad de Ciencias Económicas y de Administración, Universidad de la República.

Maurizio, R., (2010). La viabilidad de la construcción de un índice sintético de cohesión social para América Latina en Cohesión Social en América Latina, Una revisión de conceptos, marcos de referencia e indicadores. CEPAL, Santiago de Chile

Ministerio de Desarrollo Social-DINEM (2013). Avances para la medición multidimensional de la pobreza en Uruguay desde un enfoque de derechos. *Documento de Trabajo de MIDES*.

Minujin, A., Delamónica E. y Davidziuk. A (2006). *Pobreza Infantil. Conceptos, Medición y recomendaciones de Políticas Públicas*. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Sede Académica Costa Rica. Cuaderno de Ciencias Sociales 140.

Nathan, M. & Zerpa, M. (2015). Pobreza en la infancia y la adolescencia en Montevideo y el área metropolitana. Un análisis multidimensional. En Grupo Interdisciplinario de Estudios de Familia, ed. Cambio familiar y bienestar de las mujeres y los niños en Montevideo y el área metropolitana. Una perspectiva longitudinal. UDELAR-UNICEF.

Nussbaum, M. (2000). *Women and human development: The capabilities approach*. Cambridge: Cambridge University Press.

Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP), Área de Políticas Sociales (2009), *Evolución de la Pobreza, la Indigencia y la Desigualdad. ¿Qué hubiera sucedido con la pobreza, la indigencia y la desigualdad de no haberse aplicado las reformas sociales?*

Perazzo, I, Salas, G y Sena, E (2018). *Prácticas de crianza y desarrollo infantil. Un estudio longitudinal sobre la bidireccionalidad de este vínculo*. Informe final, Instituto de Economía, Facultad de Ciencias Económicas y de Administración, Universidad de la República.

Perez, T (2016). *Determinants of child poverty in Uruguay. The impact of gender inequality*. Tesis de Maestría in Economic, Development and Growth, School of Economics and Management, Lund University.

Ravallion, M., (2011). On multidimensional indices of poverty. *Journal of Economic Inequality*, 9(2), pp.235-248.

Roelen, K. , Gassmann, F. and de Neubourg, C. (2012), "False positives or hidden dimensions: What can monetary and multidimensional measurement tell us about child poverty in Vietnam?". *International Journal of Social Welfare*, 21: 393-407.

Roelen, K. (2014). Multidimensional child poverty in Vietnam from a longitudinal perspective—improved lives or impoverished conditions? *Child Indicators Research*, 7(3), pp.487-516.

Schady, N., (2006), "Early Childhood Development in Latin America and the Caribbean", *Economía*, Vol. 6, No. 2, Spring 2006, pp. 185-225.

Sen A.K. (1992). *Inequality Reexamined*. Cambridge: Cambridge University Press.

_____. (1993). "Capability and well-being". En M. Nussbaum and A. K. Sen (eds.), *The Quality of Life*, Clarendon Press, Oxford

Trani, J. F y Cannings, T. I. (2013), "Child poverty in a conflict situation: a multidimensional profile and an identification of the poorest children in Western Darfur". Brown School Faculty Publications. Paper 42.

UCC-MIDES (2016). Protocolo de Trabajo de los Equipos Técnicos. Programa de Acompañamiento Familiar de Uruguay Crece Contigo.

Anexos

Cuadro A. 1 Indicador de Prácticas de Crianza

	Factor Ola 1	Factor Ola 2
Muchas veces los caprichos de los niños "sacan de las casillas" y se termina pegándoles y gritándoles	0,4235	0,4307
A los varones hay que educarlos para que sepan mandar en su casa	0,6858	0,6456
A veces, para que entiendan, aunque sean chiquitos no hay más remedio que pegarles	0,4954	0,4523
A los varones hay que enseñarles a cuidarse por sí mismos y a las niñas las tiene que cuidar uno	0,7155	0,6487
A las niñas hay que enseñarles que el lugar de la mujer es en la casa	0,7484	0,3515
A los hijos una "buena paliza" de vez en cuando les hace bien	0,5297	0,716
Para que los niños se les vayan las "mañas" hay que dejarlos llorar hasta que se cansen	0,3548	0,4109
Los niños comen mejor cuando se les tiene paciencia y se les da algo para jugar y se entretienen	0,2108	0,4862

Fuente: Perazzo et al (2018)

Cuadro A. 2 Preguntas utilizadas para el indicador de Seguridad Alimentaria

En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, usted se preocupó porque los alimentos se acabaran en su hogar
En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, en su hogar se quedaron sin alimentos?
En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, en su hogar dejaron de tener una alimentación balanceada?
En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, usted o algún adulto en su hogar tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimentos?
En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, usted o algún adulto en su hogar dejó de desayunar, almorzar o cenar?
En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, usted o algún adulto en su hogar comió menos de lo que debía comer?
En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, usted o algún adulto en su hogar sintió hambre pero no comió?
En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, usted o algún adulto en su hogar solo comió una vez al día o dejó de comer durante todo un día?
En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, algún menor de 18 años en su hogar dejó de tener una alimentación balanceada?
En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, algún menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimentos?
En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, algún menor de 18 años en su hogar dejó de desayunar o almorzar?
En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, algún menor de 18 años en su hogar comió menos de lo que debía?
En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comidas a algún menor de 18 años en su hogar?
En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, algún menor de 18 años en su hogar sintió hambre pero no comió?
En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, algún menor de 18 años en su hogar solo comió una vez al día o dejó de comer durante todo un día?

Fuente: FAO (2012)

Cuadro A. 3 Incidencia de las privaciones por indicador y dimensión en cada ola, según sexo.

	Ola 1		Ola 2	
	Niño	Niña	Niño	Niña
Educación	21%	19%	18%	17%
Saneamiento, agua potable, y suministro de agua	8%	7%	8%	7%
Materiales de vivienda	22%	18%	23%	20%
Hacinamiento	23%	22%	15%	15%
Hogar	43%	41%	40%	36%
Cantidad de controles	19%	20%	19%	20%
Captación tardía	11%	9%	11%	9%
Madre adolescente	18%	17%	17%	18%
Cuarto hijo o más	14%	14%	14%	12%
Embarazo	43%	43%	42%	42%
Presencia de padres	14%	13%	13%	14%
Autoritario Perazzo et al 1 desvío	11%	12%	10%	10%
Crianza	22%	22%	21%	21%
Primer control antes de 10 días	12%	10%	13%	10%
Controles en salud	7%	6%	7%	7%
Prematuro o bajo peso al nacer	9%	9%	9%	9%
Salud	24%	20%	23%	21%
Retraso de talla	4%	3%	5%	6%
Lactancia exclusiva	20%	20%	20%	20%
Seguridad alimentaria	15%	14%	17%	16%
Nutrición	32%	33%	36%	36%

Fuente: Elaboración propia en base a la ENDIS

Cuadro A. 4 Incidencia de las privaciones por indicador y dimensión en cada ola, según edad.

	Ola 1				Ola 2			
	0	1	2	3	2	3	4	5
Educación	20%	18%	21%	21%	17%	16%	17%	20%
Saneamiento, agua potable, y suministro de agua	7%	6%	8%	9%	8%	7%	8%	8%
Materiales de vivienda	20%	18%	19%	23%	25%	21%	20%	20%
Hacinamiento	29%	18%	21%	22%	18%	12%	13%	15%
Hogar	45%	36%	43%	43%	40%	37%	37%	39%
Cantidad de controles	21%	20%	19%	17%	23%	21%	19%	16%
Captación tardía	13%	8%	10%	8%	16%	8%	9%	9%
Madre adolescente	15%	18%	17%	20%	13%	17%	18%	21%
Cuarto hijo o más	13%	13%	14%	15%	14%	12%	12%	13%
Embarazo	44%	42%	42%	44%	42%	42%	42%	43%
Presencia de padres	9%	11%	13%	20%	10%	13%	14%	17%
Autoritario Perazzo et al 1 desvío	13%	9%	12%	10%	10%	9%	10%	10%
Crianza	19%	19%	23%	27%	17%	20%	22%	25%
Primer control antes de 10 días	10%	12%	10%	13%	8%	12%	11%	14%
Controles en salud	3%	4%	9%	11%	7%	7%	7%	7%
Prematuro o bajo peso al nacer	6%	11%	10%	11%	6%	10%	9%	10%
Salud	15%	22%	23%	28%	16%	22%	22%	27%
Retraso de talla	1%	5%	4%	4%	9%	6%	4%	4%
Lactancia exclusiva	18%	23%	19%	20%	18%	24%	19%	19%
Seguridad alimentaria	15%	12%	14%	15%	20%	14%	15%	17%
Nutrición	31%	34%	32%	33%	38%	39%	34%	34%

Fuente: Elaboración propia en base a la ENDIS

Cuadro A. 5 Incidencia de las privaciones por indicador y dimensión en cada ola, según región.

	Ola 1		Ola 2	
	Interior	Montevideo	Interior	Montevideo
Educación	22%	18%	19%	16%
Saneamiento, agua potable, y suministro de agua	8%	7%	8%	8%
Materiales de vivienda	19%	21%	23%	20%
Hacinamiento	24%	21%	14%	15%
Hogar	46%	37%	41%	35%
Cantidad de controles	22%	17%	23%	16%
Captación tardía	10%	9%	10%	10%
Madre adolescente	19%	16%	19%	16%
Cuarto hijo o más	15%	13%	14%	12%
Embarazo	47%	38%	46%	37%
Presencia de padres	14%	13%	14%	13%
Autoritario Perazzo et al 1 desvío	14%	8%	13%	6%
Crianza	25%	19%	25%	17%
Primer control antes de 10 días	10%	12%	10%	12%
Controles en salud	6%	8%	8%	6%
Prematuro o bajo peso al nacer	9%	10%	8%	10%
Salud	21%	23%	22%	22%
Retraso de talla	3%	4%	5%	6%
Lactancia exclusiva	20%	20%	21%	20%
Seguridad alimentaria	15%	14%	16%	17%
Nutrición	33%	32%	37%	35%

Fuente: Elaboración propia en base a la ENDIS

Cuadro A. 6 Incidencia de las privaciones por indicador y dimensión en el panel, por ola.

	Ola 1	Ola 2
Educación	18%	16%
Saneamiento, agua potable, y suministro de agua	7%	7%
Materiales de vivienda	18%	20%
Hacinamiento	19%	14%
Hogar	39%	36%
Cantidad de controles	18%	18%
Captación tardía	9%	9%
Madre adolescente	17%	17%
Cuarto hijo o más	12%	12%
Embarazo	41%	41%
Presencia de padres	10%	11%
Autoritario Perazzo et al 1 desvío	9%	8%
Crianza	18%	18%
Primer control antes de 10 días	11%	11%
Controles en salud	7%	6%
Prematuro o bajo peso al nacer	9%	9%
Salud	21%	22%
Retraso de talla	4%	4%
Lactancia exclusiva	19%	19%
Seguridad alimentaria	12%	16%
Nutrición	31%	34%

Fuente: Elaboración propia en base a la ENDIS

Cuadro A. 7 Cantidad de dimensiones privadas por ola, según región.

Montevideo							
	ola 2						
ola 1	0	1	2	3	4	5	Total
0	11%	1%	0%	0%	0%	0%	12%
1	2%	8%	1%	0%	0%	0%	11%
2	0%	2%	3%	2%	0%	0%	7%
3	0%	0%	1%	2%	1%	0%	4%
4	0%	0%	0%	1%	2%	0%	3%
5	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Total	13%	11%	5%	5%	3%	0%	100%

Interior							
	ola 2						
ola 1	0	1	2	3	4	5	Total
0	11%	3%	0%	0%	0%	0%	15%
1	2%	11%	3%	1%	0%	0%	17%
2	0%	4%	7%	3%	1%	0%	14%
3	0%	1%	3%	6%	2%	0%	11%
4	0%	0%	0%	1%	3%	0%	5%
5	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%
Total	14%	19%	13%	10%	6%	1%	100%

Fuente: Elaboración propia en base a la ENDIS

Cuadro A. 8 Cantidad de dimensiones privadas por ola, según edad.

0 años							
	ola 2						
ola 1	0	1	2	3	4	5	Total
0	27%	5%	0%	0%	0%	0%	32%
1	5%	14%	7%	2%	0%	0%	28%
2	0%	3%	12%	3%	1%	0%	19%
3	0%	2%	3%	7%	3%	0%	15%
4	0%	0%	1%	1%	4%	0%	6%
5	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%
Total	32%	23%	23%	14%	7%	0%	100%
1 año							
	ola 2						
ola 1	0	1	2	3	4	5	Total
0	25%	4%	0%	0%	0%	0%	29%
1	4%	21%	4%	1%	0%	0%	31%
2	1%	3%	9%	4%	1%	0%	18%
3	0%	0%	2%	8%	3%	0%	14%
4	0%	0%	0%	3%	4%	1%	8%
5	0%	0%	0%	0%	0%	1%	1%
Total	29%	29%	17%	16%	8%	1%	100%
2 año							
	ola 2						
ola 1	0	1	2	3	4	5	Total
0	19%	4%	0%	0%	0%	0%	24%
1	4%	20%	3%	1%	0%	0%	28%
2	0%	8%	10%	6%	1%	0%	25%
3	0%	2%	5%	5%	3%	0%	15%
4	0%	0%	1%	3%	3%	0%	7%
5	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%
Total	23%	34%	20%	15%	7%	1%	100%
3 años							
	ola 2						
ola 1	0	1	2	3	4	5	Total
0	23%	3%	0%	0%	0%	0%	27%
1	5%	20%	1%	0%	0%	0%	27%
2	0%	6%	7%	4%	2%	0%	20%
3	0%	0%	3%	9%	2%	0%	14%
4	0%	0%	0%	3%	7%	1%	11%
5	0%	0%	0%	0%	1%	1%	1%
Total	29%	29%	11%	17%	12%	2%	100%

Fuente: Elaboración propia en base a la ENDIS