SÉPTIMO SUPLEMENTO

REGISTRO OFICIAL®
ÓRGANO DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR

VICEPRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR

COMITÉ NACIONAL DE PRIMERA INFANCIA:

RESOLUCIÓN No. CNPI-2026-005

SE APRUEBA EL "PLAN NACIONAL DE PRIMERA INFANCIA"

Año II - Nº 416 - 171 páginas
Quito, miércoles 25 de noviembre de 2026

RESOLUCIÓN NRO. CNPI- 2026-005

CONSIDERANDO:

Que el artículo 35 de la Constitución de la República del Ecuador dispone: "*Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad*";

Que el artículo 44 de la Constitución de la República del Ecuador establece: "*El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas. Las niñas, niños y adolescentes tendrán derecho a su desarrollo integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad. Este entorno permitirá la satisfacción de sus necesidades sociales, afectivo-emocionales y culturales, con el apoyo de políticas intersectoriales nacionales y locales*";

Que el artículo 45 de la Constitución de la República del Ecuador prevé: "*Las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social; a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria; a la participación social; al respeto de su libertad y dignidad; a ser consultados en los asuntos que les afecten; a educarse de manera prioritaria en su idioma y en los contextos culturales propios de sus pueblos y nacionalidades; y a recibir información acerca de sus progenitores o familiares ausentes, salvo que fuera perjudicial para su bienestar. El Estado garantizará su libertad de expresión y asociación, el funcionamiento libre de los consejos estudiantiles y demás formas asociativas*";

Que artículo 226 de la Constitución de la República del Ecuador dispone: "*Las instituciones del Estado, sus organismos, dependencias, las servidoras o servidores públicos y las personas que actúen en virtud de una potestad estatal ejercerán solamente las competencias y facultades que les sean atribuidas en la Constitución y la ley. Tendrán el deber de coordinar acciones para el cumplimiento de sus fines y hacer efectivo el goce y ejercicio de los derechos reconocidos en la Constitución*";

Que el artículo 10 de la Ley Orgánica de la Primera Infancia establece: "*Del Comité Nacional de Primera Infancia.- En el marco del Sistema Nacional Descentralizado de Protección Integral a la niñez y adolescencia, se conformará el Comité Nacional de la Primera Infancia, que estará integrado por los siguientes miembros: 1. Presidente de la República o su delegado permanente, quien presidirá el Comité. 2. Máxima autoridad del organismo articulador especializado en materia de primera infancia o su delegado permanente, quien actuará como secretario del Comité* [...]";

Que el artículo 11 de la Ley Orgánica Ibídem manda: "*Atribuciones del Comité Nacional de Primera Infancia.- El Comité Nacional de Primera Infancia tendrá las siguientes atribuciones; a. Aprobar el diagnóstico inicial del estado de situación de la primera infancia existente en todo el territorio*

nacional, elaborado por el organismo articulador en materia de primera infancia; b. Aprobar el Plan Nacional de Primera Infancia, de forma participativa y coordinada; c. Realizar la evaluación anual de la implementación de los Planes Nacionales y Locales de Primera Infancia; d. Establecer estándares y protocolos para los prestadores de servicios; e. Conocer los avances en la implementación del Paquete Integral de Servicios para la Primera Infancia; f. Conocer y aprobar el informe anual de rendición de cuentas de primera infancia; y g. Las demás que se deriven de la Ley";

Que el artículo 9 del Código Orgánico Administrativo establece: "*Principio de coordinación. Las administraciones públicas desarrollan sus competencias de forma racional y ordenada, evitan las duplicidades y las omisiones*";

Que el artículo 14 del Código Orgánico Administrativo indica: "*Principio de juridicidad. La actuación administrativa se somete a la Constitución, a los instrumentos internacionales, a la ley, a los principios, a la jurisprudencia aplicable y al presente Código. La potestad discrecional se utilizará conforme a Derecho*";

Que el artículo 55 del Código Orgánico Administrativo determina: "*Competencias de los órganos colegiados. Para la atribución de competencias a los órganos colegiados se tomará en cuenta al menos: 1. Las políticas públicas a cargo de las administraciones públicas. 2. Reglamentación interna. 3. Aprobación de los planes estratégicos y presupuestos. 4. Supervisión de la ejecución a cargo de los órganos administrativos bajo su dirección. 5. Nombramiento y remoción de quien deba ejercer la representación de la administración de los órganos bajo su dirección. Los órganos colegiados adoptarán sus decisiones sobre la base de los informes técnicos, económicos y jurídicos provistos bajo responsabilidad de los órganos a cargo de las actividades de ejecución y asesoría en la administración* [...]";

Que mediante Decreto Ejecutivo Nro. 96 de 14 de agosto de 2025, el Presidente Constitucional de la República dispuso la fusión por absorción de la Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil al Ministerio de Inclusión Económica y Social, actualmente Ministerio de Desarrollo Humano. En el artículo 4 estableció: "(…) *El Ministerio de Inclusión Económica y Social asumirá las competencias, atribuciones y funciones que le correspondan al organismo articulador especializado en materia de primera infancia en la Ley Orgánica de la Primera Infancia y en la demás normativa; mismas que serán asumidas por el Ministerio de Desarrollo Humano una vez concluido el proceso de fusión por absorción*";

Que mediante Decreto Ejecutivo Nro. 396 de 28 de mayo de 2026, el primer mandatario asignó a la señora María José Pinto González Artigas, en su calidad de Vicepresidenta de la República del Ecuador, las funciones para que actúe en calidad de delegada permanente del Presidente de la República en el Comité Nacional de Primera Infancia;

Que mediante oficio Nro. MTDH-MTDH-2026-0755-O de 25 de agosto de 2026, la Ministra de Trabajo y Desarrollo Humano, en su calidad de secretaria del Comité, convocó a la Segunda Sesión Ordinaria del Comité Nacional de Primera Infancia a efectuarse el día 28 de agosto de 2026;

Que en Segunda Sesión Ordinaria del Comité Nacional de Primera Infancia los miembros integrantes del cuerpo colegiado resolvieron aprobar el punto tres del Orden del Día.

En ejercicio de las atribuciones conferidas en el artículo 11 de la Ley Orgánica de Primera Infancia, el artículo 55 del Código Orgánico Administrativo y las funciones conferidas mediante Decreto Ejecutivo Nro. 396 de 28 de mayo de 2026, en calidad de delegada permanente del Presidente Constitucional de la República,

RESUELVE

Artículo Único.- APROBAR el "Plan Nacional de Primera Infancia", conforme lo acordado por los miembros del Comité Nacional de Primera Infancia en la Segunda Sesión Ordinaria, celebrada el 28 de agosto de 2026, el cual forma parte integral de la presente Resolución como Anexo 1.

DISPOSICIONES GENERALES

PRIMERA. – El documento referido en el artículo único es de obligatoria observancia por parte de las entidades que conforman el Comité Nacional de Primera Infancia.

SEGUNDA. - La Secretaría del Comité notificará la presente Resolución a todos los miembros del Comité Nacional de Primera Infancia para su irrestricto cumplimiento.

DISPOSICIÓN FINAL

ÚNICA. - La presente Resolución entrará en vigencia a partir de la fecha de su suscripción, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial.

Comuníquese y Publíquese.

Dada en la ciudad de Quito D.M., a los catorce (14) días del mes de septiembre del año dos mil veintiséis.

María José Pinto González Artigas
Vicepresidenta de la República

CERTIFICACIÓN DE SECRETARÍA DEL COMITÉ

CERTIFICO que lo anterior fue resuelto en la segunda sesión ordinaria del Comité Nacional de la Primera Infancia celebrada el día 28 de agosto de 2026.

Daniel Alexander García Guevara
Secretario del Comité Nacional de Primera Infancia

La Ley de Comercio Electrónico, Firmas Electrónicas y Mensajes de Datos, artículo 2, dispone: *"los mensajes de datos tendrán igual valor jurídico que los documentos escritos"*.

La norma ibídem, artículo 14, establece: *"la firma electrónica tendrá igual validez y se le reconocerán los mismos efectos jurídicos que a una firma manuscrita en relación con los datos consignados en documentos escritos, y será admitida como prueba en juicio"*.

El Código Orgánico Integral Penal, artículo 328, dispone: *"La persona que falsifique, destruya o adultere modificando los efectos o sentido de los documentos públicos, privados, timbres o sellos nacionales, establecidos por la Ley para la debida constancia de actos de relevancia jurídica, será sancionada con pena privativa de libertad de cinco a siete años (...)."*

El Código Orgánico General de Procesos, artículo 202 establece sobre: "*(...) Los documentos producidos electrónicamente con sus respectivos anexos, serán considerados originales para todos los efectos legales.*

Las reproducciones digitalizadas o escaneadas de documentos públicos o privados que se agreguen al expediente electrónico tienen la misma fuerza probatoria del original. Los documentos originales escaneados, serán conservados por la o el titular y presentados en la audiencia de juicio o única, o cuando la o el juzgador lo solicite.

Podrá admitirse como medio de prueba todo contenido digital conforme con las normas de este Código (...)"

En atención a la normativa citada, se entregan copias certificadas de los documentos digitalizados del expediente que reposa en la Dirección de Gestión Documental y Archivo de esta Cartera de Estado, en cuatro (4) páginas digitales, se encuentran anexas al documento MTDH-DGDA-2026-3777-M.

Quito, 17 de noviembre de 2026.

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
ANITA MARIBEL RIVERA GOMEZ

Lcda. Anita Maribel Rivera Gómez
DIRECTORA DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y ARCHIVO

Elaborado por: Christian Fernando Flores Olmedo	Firma: Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: CHRISTIAN FERNANDO FLORES OLMEDO
Revisado por: Fernando Xavier Ramírez Yépez	Firma: Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: FERNANDO XAVIER RAMIREZ YEPEZ

PLAN NACIONAL DE PRIMERA INFANCIA 2026-2030

EL NUEVO ECUADOR

Ministerio de Trabajo y Desarrollo Humano

Contenido

Siglas y Acrónimos
Glosario de Términos
Resumen Ejecutivo
1. Introducción
1.1. Justificación del PNPI como instrumento nacional de referencia para la Primera Infancia
1.2. Alcance temporal, institucional y territorial
1.3. ¿Qué es la Primera Infancia?
2. Marco Normativo
2.1. Marco jurídico internacional
2.2. Marco constitucional
2.3. Marco normativo nacional
3. Etapa Preparatoria
3.1. Identificación de la necesidad de política pública
3.2. Conformación de equipos (político y técnico) para la formulación
3.3. Actores e instancias de coordinación
3.4. Espacios de participación ciudadana
3.5. Hoja de ruta
3.6. Antecedentes del proceso de formulación del PNPI
3.7. Insumos técnicos utilizados para la formulación
4. Marco conceptual: el cuidado cariñoso y sensible como marco integrador
5. Diagnóstico
5.1. Diagnóstico de contexto general
5.1.1. Caracterización de la situación de la primera infancia
5.1.2. Caracterización sociodemográfica
5.1.3. Desigualdades territoriales y brechas de acceso
5.1.4. Resultados de las intervenciones previas
5.2. Identificación de los determinantes del problema público
5.2.1. Formulación del problema público
5.2.2. Determinantes estructurales, intermedios e inmediatos
5.2.3. Principales nudos críticos y brechas estructurales

5.3. Identificación y caracterización de la población objetivo .....
6. Propuesta .....
6.1. Base científica para la propuesta .....
6.1.1. Teoría del cambio del PNPI .....
6.2. Enfoques orientadores.....
6.2.1. Enfoque de derechos humanos.....
6.2.2. Enfoque de género.....
6.2.3. Enfoque intercultural.....
6.2.4. Enfoque interseccional.....
6.2.5. Enfoque territorial.....
6.3. Ejes, objetivos y lineamientos del Plan .....
6.3.1. Ejes estratégicos de acción.....
6.3.2. Objetivos .....
6.3.3. Lineamientos de política y acciones (responsables y corresponsables) .....
6.4. Planificación y priorización del Paquete Integral de Servicios.....
6.4.1. Lógica de priorización progresiva .....
6.4.2. Nivel 1: base esencial de acceso y protección .....
6.4.3. Nivel 2: ampliación de cobertura, prevención y calidad .....
6.4.4. Nivel 3: expansión con respuestas especializadas .....
6.4.5. Nivel 4: universalización y sostenibilidad estructural.....
6.4.6. Productos del paquete integral de servicios.....
6.5. Metas e indicadores .....
6.6. Asignación de responsabilidades .....
6.7. Presupuesto referencial.....
6.7.1. Criterios para el costeo del PNPI .....
6.7.2. Presupuesto referencial.....
6.7.3. Fuentes de financiamiento.....
6.7.4. Estrategia de sostenibilidad financiera .....
7. Vinculación con el Sistema Nacional Descentralizado de Planificación Participativa - SNDPP .....
7.1. Alineación programática – PND – ODS (Agenda 2030).....
7.2. Relación con políticas y estrategias nacionales vinculadas .....
7.2.1. Agenda Nacional para la Igualdad Intergeneracional .....

7.2.2. Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil en Ecuador 2025-2030.....
7.3. Alineación con las Agendas Nacionales para la Igualdad.....
7.4. Vinculación con instrumentos sectoriales, institucionales y territoriales.....
8. Articulación intersectorial y Estructura de Gobernanza .....
8.1. Coordinación intersectorial para el Plan Nacional de Primera Infancia.....
8.1.1. Nivel Nacional.....
8.1.2. Nivel territorial.....
8.2. El rol del Ministerio del Trabajo y Desarrollo Humano MTDH .....
8.3. Coordinación multiactor.....
9. Seguimiento, Monitoreo y Evaluación .....
9.1. Estrategia de seguimiento del PNPI .....
9.1.1. Evaluación y seguimiento.....
9.1.2. La cadena de resultados como estructura de seguimiento .....
9.2. Seguimiento, evaluación y sistemas de información y producción .....
9.2.1. Institucionalidad para la producción estadística.....
9.2.2. Agenda de fortalecimiento estadístico.....
9.3. Mecanismos de reporte y alerta .....
9.4. Evaluación de implementación, resultados e impacto .....
9.5. Participación en el seguimiento y la rendición de cuentas .....
9.5.1. Mecanismos de retroalimentación ciudadana .....
10. Referencias Bibliográficas .....
11. Anexos .....
Anexo 1: Memoria Documental y matriz de trazabilidad .....
Anexo 2: Matriz de Teoría de Cambio.....
Anexo 3: Matriz de líneas de política y acciones estratégicas del PNPI .....
Anexo 4: Paquete Integral de Servicios (por niveles).....
Anexo 5: Matriz de Indicadores .....

Índice de Tablas

Tabla 1: Actores participantes .....
Tabla 2: Talleres realizados .....
Tabla 3: Perfil de participantes por territorio.....
Tabla 4: Número de aportes ciudadanos en enlace virtual .....
Tabla 5: Hitos principales por fase.....
Tabla 6: Proyección poblacional de niños y niñas de 0 hasta antes de cumplir los 6 años en relación con la población total para 2026 y 2030 .....
Tabla 7: Proyección poblacional de niños y niñas de 0 hasta antes de cumplir los 6 años en relación con la población total para 2026 y 2030 desagregado por sexo.....
Tabla 8: Pobreza por ingresos en menores de 5 años 2021-2025. .....
Tabla 9: DCI en niñas y niños menores de 5 años .....
Tabla 10: Prevalencia de anemia en niñas/os de 6 a 59 meses de edad .....
Tabla 11: Indicadores del entorno de aprendizaje en el hogar .....
Tabla 12: Depresión materna (PHQ-8 mayor o igual a 10) - variación interanual y descomposición.....
Tabla 13: Agua libre de E. Coli en vaso .....
Tabla 14: Variables para la identificación y caracterización de brechas territoriales a nivel provincial.
Tabla 15: Criterios para la implementación del PNPI .....
Tabla 16: Relación entre los ejes de acción y las prestaciones del PIS .....
Tabla 17: Lógica acumulativa de los niveles del Paquete Integral de Servicios .....
Tabla 18: Presupuesto referencial 2026 por entidad .....
Tabla 19: Proyección referencial 2026–2030 por entidad .....
Tabla 20: Presupuesto 2026 por tipo de gasto .....
Tabla 21: Distribución del presupuesto 2026 por grupo de gasto.....
Tabla 22: Criterios de aplicación para el financiamiento .....
Tabla 23: Relación entre propuestas de la Agenda Nacional para la Igualdad Intergeneracional y objetivos del PNPI.....
Tabla 24: Alineación PEI con los objetivos del PNPI .....
Tabla 25: Responsabilidades críticas para la gobernanza del PNPI.....
Tabla 26: Organización de indicadores de acuerdo con la teoría de cambio.....

Índice de gráficos

Gráfico 1: Componentes del marco para el cuidado cariñoso y sensible y su implicación para el PNPI .
Gráfico 2: Población de 0 hasta antes de cumplir los 6 años en relación con la población total y población provincial (2030) .....
Gráfico 3: Población con disponibilidad a todos los servicios básicos.....
Gráfico 4: DCI en menores de 5 años por provincia .....
Gráfico 5: Esquema descriptivo de provincias según perfiles de brechas territoriales .....
Gráfico 6: Diagramación de causas y efectos del Plan Nacional de Primera Infancia.....
Gráfico 7: Estructura de Gobernanza PNPI.....

Siglas y Acrónimos

ACNUDH	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
AME	Asociación de Municipalidades Ecuatorianas
AMIE	Archivo Maestro de Instituciones Educativas
ANNI	Agenda Nacional para la Igualdad Intergeneracional
ARCA	Agencia de Regulación y Control del Agua
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BCG	Bacille Calmette-Guérin (vacuna contra la tuberculosis)
CAF	El Banco de Desarrollo de América Latina y el Caribe
CCDCI	Consejo Consultivo para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil
CDI	Centros de Desarrollo Infantil
CDI-III	Communicative Development Inventory III (Inventario de Desarrollo de Habilidades Comunicativas)
CDN	Convención sobre los Derechos del Niño
CDPD	Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
CEDAW	Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer)
CNPI	Comité Nacional de Primera Infancia
CNH	Creciendo con Nuestros Hijos
COPLAFIP	Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas
CONA	Código Orgánico de la Niñez y Adolescencia
CONADIS	Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades
CONAGOPARE	Consejo Nacional de Gobiernos Parroquiales Rurales del Ecuador
CONGOPE	Consorcio De Gobiernos Autónomos Provinciales Del Ecuador
COOTAD	Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización
CPV	Censo de Población y Vivienda
CRE	Constitución de la República del Ecuador
DCI	Desnutrición Crónica Infantil
DIGERCIC	Dirección General de Registro Civil, Identificación y Cedulación de Ecuador
EAI	Evaluación del Esquema de Articulación Intersectorial
EDA	Enfermedades Diarreicas Agudas
ENDI	Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil
ENECSDI	Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil
ENEMDU	Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo
e-SIGEF	Sistema Integrado de Gestión Financiera (plataforma electrónica del Ministerio de Economía y Finanzas)
FOGAPRYD	Fomento a la Gestión del Agua Potable, Saneamiento, Riego y Drenaje
GAD	Gobierno Autónomo Descentralizado
EGB	Educación General Básica
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
INEVAL	Instituto Nacional de Evaluación Educativa
IRA	Infecciones Respiratorias Agudas
LODCH	Ley Orgánica del Derecho al Cuidado Humano
LOEI	Ley Orgánica de Educación Intercultural
LOPDP	Ley Orgánica de Protección de Datos Personales
LOPEME	Ley Orgánica para Prevenir y Erradicar la Malnutrición en el Ecuador

LOPI	Ley Orgánica de Primera Infancia
LOS	Ley Orgánica de Salud
LOSNARDAP	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Registro de Datos Públicos
MAE	Ministerio de Ambiente y Energía
MAGP	Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca
MAIS	Modelo de Atención Integral de Salud del Ministerio de Salud Pública de Ecuador
MDEP	Ministerio de Desarrollo Económico y Productivo
MDG	Ministerio de Gobierno
MDH	Ministerio de Desarrollo Humano
MDI	Ministerio del Interior
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MIT	Ministerio de Infraestructura y Tecnología
MPCEI	Ministerio de Producción
MTDH	Ministerio de Trabajo y Desarrollo Humano
MIC	Mesas Intersectoriales Cantonales
MIDUVI	Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda
MINEDEC	Ministerio de Educación, Deporte y Cultura
MIP	Mesas Intersectoriales Parroquiales
MOSEIB	Modelo del Sistema de Educación Intercultural Bilingüe
MSP	Ministerio de Salud Pública
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de Salud
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PDOT	Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial
PEI-DCI	Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil
PGE	Presupuesto General del Estado
PHQ-8	Patient Health Questionnaire-8 (Cuestionario de Salud del Paciente)
PIS	Paquete Integral de Servicios
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PNPI	Plan Nacional de Primera Infancia
PRAS	Plataforma de Registros de Atención en Sald (MSP)
REVIT	Registro de Datos Vitales
RDACAA	Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (MSP)
SAFPI	Servicio de Atención Familiar para la Primera Infancia
SDII	Subsecretaría de Desarrollo Infantil Integral
SEIBE	Sistema de Educación Intercultural Bilingüe
SNDPINA	Sistema Nacional Descentralizado de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia
SNDPP	Sistema Nacional Descentralizado de Planificación Participativa
SNGR	Servicio Nacional de Gestión de Riesgos
SNP	Secretaría Nacional de Planificación
SUUSEN	Sistema Unificado y Universal de Seguimiento Nominal
TVIP	Test de Vocabulario en Imágenes Peabody
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
WASH	Agua, saneamiento e higiene (Water, Sanitation and Hygiene)

Definiciones tomadas de: LOPI,2025; LOPEM,2025,Diagnóstico de Primera Infancia,2026 y Minsalud www.salud.gob.wc,consultado el 15 de agosto de 2026

Glosario de Términos

Ajustes razonables: modificaciones específicas que se realizan en un servicio, espacio o práctica para que una niña o niño con discapacidad pueda acceder y participar en igualdad de condiciones con los demás. Se definen caso por caso, según la necesidad concreta de cada niña o niño, y son exigibles siempre que no impliquen una carga desproporcionada para la institución responsable.

Alimentación complementaria: incorporación progresiva, desde los seis meses, de alimentos distintos de la leche materna, suficientes, seguros, nutritivos y adecuados a la edad, mientras continúa la lactancia materna.

Anemia: condición caracterizada por una concentración de hemoglobina inferior al valor de referencia para la edad y otras condiciones individuales, que reduce la capacidad de la sangre para transportar oxígeno y puede afectar el crecimiento, el desarrollo y el aprendizaje.

Bajo peso al nacer: condición de la persona recién nacida cuyo peso al nacimiento es inferior a 2.500 gramos, con independencia de la edad gestacional; constituye un indicador de riesgo para la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo infantil.

Consolidación de un nivel: condición verificable que alcanza un nivel de prioridad del PIS cuando sus prestaciones cumplen simultáneamente la cobertura efectiva de su población objetivo, los estándares de calidad y frecuencia establecidos y la continuidad de la entrega, y que habilita la activación del nivel siguiente.

Controles de niño sano: atenciones periódicas de crecimiento y desarrollo dirigidas a niñas y niños, que comprenden mediciones antropométricas, examen físico, valoración del desarrollo, tamizajes sensoriales, vigilancia del estado nutricional, vacunación y consejería a las familias, de acuerdo con la normativa sanitaria vigente.

Controles prenatales: atenciones periódicas de salud durante la gestación orientadas a vigilar el bienestar de la mujer gestante y el desarrollo fetal, identificar riesgos, realizar exámenes y tamizajes, suministrar micronutrientes y brindar consejería para el embarazo, el parto, el posparto, la lactancia y el cuidado infantil.

Corresponsabilidad: distribución de responsabilidades entre Estado, familias, comunidades, gobiernos territoriales y otros actores, de acuerdo con sus competencias y capacidades.

Desde la concepción hasta antes de cumplir los seis años de edad: Período que inicia en el momento de la concepción, comprende la etapa de gestación y continúa durante los primeros años de vida de la niña o el niño, hasta los 5 años, 11 meses y 29 días de edad.

Desnutrición crónica infantil (DCI): estado patológico presente en niñas y niños menores de 6 años que puede originarse desde la etapa prenatal, debido a la ingesta insuficiente de alimentos o a la baja calidad de los mismos en cuanto a nutrientes, vitaminas y minerales, puede derivarse también de factores socioeconómicos que no permiten el libre acceso a alimentos variados que cumplan con los requerimientos nutricionales mínimos, falta de higiene y servicios básicos, agua potable y la constante

exposición a enfermedades infecciosas, dando como resultado una diferencia notable entre peso y altura, retraso en el crecimiento, bajo peso, e incluso deficiencia en el desarrollo intelectual.

Educación General Básica EGB: nivel obligatorio del Sistema Nacional de Educación que continúa la trayectoria educativa después de la educación inicial. Para efectos del PNPI, su tramo de preparatoria y el ingreso al primer año de EGB son relevantes para asegurar una transición pedagógica continua, inclusiva y articulada al cierre de la primera infancia.

Educación inicial: proceso de acompañamiento intencionado al desarrollo integral de niñas y niños antes de su ingreso a la Educación General Básica, que promueve capacidades cognitivas, afectivas, psicomotrices, sociales, de identidad y autonomía mediante modalidades y experiencias pedagógicas pertinentes, inclusivas y seguras.

Enfermedades Diarreicas Agudas EDA: episodios de inicio agudo caracterizados por deposiciones más frecuentes o de menor consistencia de lo habitual, que pueden causar deshidratación y comprometer el estado nutricional, especialmente en niñas y niños pequeños.

Entornos protectores: espacios familiares, comunitarios e institucionales que previenen riesgos, violencias y vulneraciones de derechos y favorecen el desarrollo integral.

Escherichia coli (E. coli): bacteria utilizada como indicador de contaminación fecal del agua. Su presencia en el agua destinada al consumo evidencia un riesgo sanitario y la necesidad de control, tratamiento y medidas de higiene y saneamiento.

Infecciones Respiratorias Agudas (IRA): infecciones de inicio agudo que afectan una o más partes del aparato respiratorio y pueden variar desde cuadros leves hasta afecciones graves, con especial riesgo durante la primera infancia.

Lactancia materna continua: continuación de la lactancia materna después de los seis meses, junto con una alimentación complementaria adecuada, hasta los dos años de edad, conforme con las prestaciones y orientaciones previstas para la primera infancia.

Lactancia materna exclusiva: alimentación de la niña o el niño únicamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida, como práctica prioritaria para proteger su nutrición, salud y desarrollo.

Micronutrientes: vitaminas y minerales que el organismo requiere en pequeñas cantidades para el crecimiento, el desarrollo, la inmunidad y otras funciones esenciales; su suplementación puede incluir, según la etapa de vida y la normativa sanitaria, hierro, ácido fólico, calcio, vitamina A, zinc u otros nutrientes.

Población vinculada a la implementación: gestantes, mujeres que han tenido un parto, madres, padres, familias, personas cuidadoras remuneradas y no remuneradas, comunidades, instituciones y gobiernos territoriales que concurren para garantizar las condiciones necesarias para el desarrollo integral de niñas y niños en primera infancia.

Prematuridad: nacimiento que ocurre antes de completar 37 semanas de gestación; puede requerir vigilancia, atención y seguimiento especializados por los riesgos asociados a la inmadurez del recién nacido.

Primera infancia: etapa del desarrollo que comprende desde la concepción hasta antes de cumplir los seis años. Para efectos del PNPI, las niñas y los niños en esta etapa son la población titular de derechos y prioritaria del Plan.

Prioridad del PIS: los cuatro estratos de priorización —Prioridad 1 (base esencial de acceso y protección), Prioridad 2 (ampliación de cobertura, prevención y calidad), Prioridad 3 (expansión con respuestas especializadas) y Prioridad 4 (universalización y sostenibilidad estructural)— en que se organiza el Paquete Integral de Servicios conforme a los criterios de progresividad de la sección 6.5.1.

Progresividad: principio según el cual la garantía de las prestaciones del PIS avanza de manera acumulativa y sin retrocesos, desde un piso esencial hasta la universalización, con base en criterios explícitos de riesgo, factibilidad, consolidación, especialización, equidad, sostenibilidad y secuencia temporal.

Resultado poblacional utilizado por el PNPI como indicador de resultado final dentro de la arquitectura de medición.

Seguimiento nominal: mecanismo que permite identificar a la población, verificar qué atención recibe, cuándo la recibe y qué brechas persisten.

SUUSEN (Sistema Unificado y Universal de Seguimiento Nominal): sistema de información utilizado como soporte para la trazabilidad nominal, la verificación de concurrencia de prestaciones, la generación de alertas y el seguimiento de trayectorias de atención.

Resumen Ejecutivo

El Plan Nacional de Primera Infancia 2026–2030 constituye el instrumento nacional de política pública que tiene como objetivo garantizar progresivamente las condiciones necesarias para el desarrollo integral de niñas y niños desde la concepción hasta antes de cumplir seis años. Para ello articula la acción del Estado, las familias, las comunidades, los gobiernos territoriales y otros actores corresponsables mediante una respuesta integral, intersectorial, territorial, inclusiva pertinente y sostenible.

El diagnóstico identifica brechas en salud, nutrición, cuidado, aprendizaje, protección, discapacidad, acceso territorial, capacidades institucionales, disponibilidad de información confiable y financiamiento. El PNPI sirve de guía para el cierre de estas brechas, mediante la ampliación de cobertura de los servicios. Sin embargo, existen determinantes estructurales como pobreza, desigualdad territorial, violencia, barreras de discapacidad, prácticas de cuidado, capacidades de gestión y disponibilidad de recursos que necesitan ser consideradas en el contexto de la implementación

El Plan se organiza en cinco ejes estratégicos: buena salud y bienestar; nutrición adecuada; cuidado sensible y receptivo; oportunidades para el aprendizaje; y seguridad y protección. Estos ejes se sostienen en cuatro ejes de soporte: gobernanza y articulación intersectorial; seguimiento, monitoreo e información; fortalecimiento de capacidades institucionales; y financiamiento y presupuesto.

El Paquete Integral de Servicios (PIS) constituye el núcleo operativo del Plan. Su implementación es progresiva y acumulativa, ordenada por criterios explícitos de riesgo y ventana de oportunidad, factibilidad institucional, consolidación verificable, especialización, equidad territorial, sostenibilidad financiera y secuencia temporal. El Nivel 1 de prioridad establece una base esencial de acceso y protección, el nivel de prioridad 2 implica la ampliación de cobertura, prevención y calidad, el nivel de prioridad 3 la expansión con respuestas especializadas y el nivel de prioridad 4 la universalización y sostenibilidad estructural. Los niveles de prioridad amplían cobertura, calidad, especialización, integralidad y sostenibilidad, de modo que cada nivel se activa solo cuando el precedente alcanza condiciones medibles de cobertura, calidad y continuidad.

El seguimiento nominal, la interoperabilidad de la información, la asignación de responsabilidades y la trazabilidad de la asignación presupuestal permiten verificar avances, identificar brechas y activar respuestas oportunas.

El horizonte de implementación 2026–2030 requiere vincular metas, responsabilidades, presupuesto, progresividad del PIS y mecanismos de seguimiento nominal. En consecuencia, el PNPI está diseñado para transitar de una oferta fragmentada a trayectorias integrales de atención, con enfoque de derechos, género, interculturalidad, interseccionalidad y reconocimiento de las características de los territorios.

1. Introducción

El Plan Nacional de Primera Infancia (PNPI) establece el marco nacional para garantizar, de manera integral, progresiva y territorialmente pertinente, los derechos de niñas y niños desde la concepción hasta antes de cumplir seis años. La primera infancia es una etapa decisiva del desarrollo humano, caracterizada por cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales que sientan las bases para la salud, el aprendizaje y el bienestar a lo largo de la vida. En este contexto, el PNPI articula responsabilidades, servicios y recursos del Estado, las familias y las comunidades para asegurar trayectorias de atención integrales, oportunas, sostenibles y centradas en derechos.

1.1. Justificación del PNPI como instrumento nacional de referencia para la Primera Infancia

El Plan Nacional de Primera Infancia (PNPI) se justifica, como respuesta a un mandato jurídico vinculante y no discrecional. La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN, 1989) reconoce a las niñas y niños como sujetos plenos de derechos y obliga al Estado a adoptar medidas legislativas, administrativas y de política pública hasta el máximo de los recursos disponibles (art. 4). Esto se complementa con la Observación General No. 7 del Comité de los Derechos del Niño que recomienda explícitamente la aprobación de planes nacionales específicos para la primera infancia (Comité de los Derechos del Niño, 2006).

La Constitución de la República (2008) del Ecuador, refuerza este mandato al declarar al país un Estado constitucional de derechos, reconocer a niñas y niños como grupo de atención prioritaria (art. 35) y ordenar al Estado, la sociedad y la familia, promover de forma prioritaria su desarrollo integral (art. 44). En este marco, la Ley Orgánica de la Primera Infancia (LOPI) no solo desarrolla estos derechos, sino que establece expresamente al PNPI como instrumento rector de la política pública en la materia, de actualización periódica y articulación con la planificación territorial (arts. 15 y 16), dotándolo de institucionalidad (Comité Nacional de Primera Infancia, organismo articulador), de un Paquete Integral de Servicios (art. 19) y de mecanismos de financiamiento y seguimiento nominal (arts. 23 y 24). En este sentido, El PNPI es el instrumento mediante el cual el Estado ecuatoriano materializa un mecanismo único de planificación, coordinación y rendición de cuentas con base en lo establecido en la Ley (Asamblea Nacional, 2025).

El Plan se sustenta en la magnitud y naturaleza del problema público que busca atender. El proceso de diagnóstico y el diagrama de causas y efectos construidos de manera participativa identifican como problema central que las niñas, niños y gestantes, en particular quienes viven en contextos de pobreza, violencia y exclusión, no acceden de manera oportuna, completa, de calidad y pertinente a los servicios, cuidados y entornos protectores necesarios para su desarrollo integral. Este problema no se explica por una causa única ni sectorial, sino que, de acuerdo con la información recopilada en el diagnóstico y el diagrama de causas y efectos construido de manera participativa, responde simultáneamente a un acceso insuficiente y fragmentado a servicios integrales, a debilidades institucionales para planificar, coordinar, financiar y monitorear la respuesta estatal, y a limitaciones en las capacidades familiares y comunitarias para sostener el cuidado cariñoso y sensible. Estas causas directas se profundizan por

determinantes estructurales como la pobreza y desigualdad, fragmentación de la política pública, deficiencias presupuestales, déficit en la aplicación del enfoque territorial y prácticas socioculturales excluyentes, cuya persistencia compromete las trayectorias de desarrollo en los primeros años de vida e inclusive desde la concepción. Un problema de esta naturaleza, multicausal y transversal a varios sectores, no puede resolverse mediante intervenciones aisladas y requiere un instrumento de política nacional con capacidad de articular respuestas intersectoriales, intergubernamentales y sostenibles en el tiempo. El Plan se basa en la evidencia sobre la ventana de oportunidad que representa la primera infancia. La neurociencia del desarrollo confirma que los primeros años de vida constituyen el período de mayor velocidad de formación de conexiones neuronales del ciclo vital, sentando las bases de las capacidades cognitivas, socioemocionales y físicas que se desplegarán a lo largo de la vida. La evidencia acumulada muestra que invertir en el desarrollo infantil temprano genera retornos económicos y sociales superiores a los de intervenciones equivalentes en etapas posteriores, al tiempo que contribuye a romper ciclos intergeneracionales de pobreza (Nelson, 2024; Suri, 2025; Heckman & Masterov, 2007).

El PNPI se reconoce como el instrumento de referencia para fortalecer la articulación institucional identificada en el diagnóstico a través de la participación ciudadana y el análisis de los servicios disponibles[1]. La oferta pública actual para la primera infancia se encuentra dispersa entre múltiples entidades del nivel nacional y local con superposición de roles, coordinación interinstitucional insuficiente, baja interoperabilidad de sistemas de información y una aplicación limitada del enfoque territorial. Frente a este escenario, la Política ofrece un marco único que integra los ejes validados con las instituciones del sector, bajo una misma teoría de cambio, permitiendo que las entidades sectoriales, los gobiernos locales, las familias y las comunidades actúen de manera coordinada y concurrente en torno a objetivos, indicadores y mecanismos comunes de implementación[2]

El Plan está estructurado en coherencia con la planificación nacional de desarrollo y con los compromisos internacionales del país, en particular los Objetivos de Desarrollo Sostenible vinculados a la erradicación de la pobreza, la salud, la educación de calidad, la igualdad de género y la reducción de las desigualdades.[3] El PNPI traduce estos compromisos globales y nacionales en objetivos, líneas estratégicas, metas e indicadores verificables, con mecanismos de seguimiento, evaluación y financiamiento que aseguran su implementación efectiva y la rendición de cuentas periódica ante el Comité Nacional de Primera Infancia, la ciudadanía y los organismos de control. De este modo, el PNPI constituye el instrumento nacional de política pública que articula las definiciones de ley, la evidencia

[1] Para referencia, ver documento de diagnóstico (Comité Nacional de Primera Infancia, 2026)

[2] Durante el proceso de construcción del PNPI, en la fase de diagnóstico, durante los procesos de participación ciudadana, se identificó la fragmentación y la falta de adaptación territorial.

[3] El PNPI se formula dentro del Sistema Nacional Descentralizado de Planificación Participativa (SNDPP) y adopta la secuencia metodológica de preparación, diagnóstico, identificación de determinantes, población objetivo, alternativas de solución, priorización, objetivos, estrategias, metas, indicadores, responsabilidades, presupuesto, vinculación al SNDPP, validación, aprobación, seguimiento y evaluación. La Guía Metodológica para la Formulación de Política Pública emitida por la Secretaría Nacional de Planificación en 2025 constituye el referente metodológico central de esta versión. La Norma Técnica del Sistema Nacional de Planificación Participativa debe citarse en su versión vigente y con sus reformas aplicables al momento de aprobación del PNPI.

técnica, la voz territorial recogida en el proceso participativo y la capacidad institucional del Estado, para garantizar de manera integral, oportuna y sostenible el derecho al desarrollo integral de niñas, niños y gestantes en el Ecuador.

1.2. Alcance temporal, institucional y territorial

Alcance Temporal

El Plan Nacional de Primera Infancia tiene un primer horizonte de implementación 2026-2030. Este periodo responde al mandato establecido en la Ley Orgánica de la Primera Infancia, que define al PNPI como instrumento rector de actualización periódica cada cuatro años de acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo y las Agendas Nacionales de Igualdad, enmarcados en las realidades de las niñas y niños de primera infancia en función de los resultados de los diagnósticos periódicos y estudios especializados (Asamblea Nacional, 2025).

En este intervalo de tiempo, las metas, indicadores y asignaciones presupuestales para la atención a la primera infancia se inserten de manera coherente en los ciclos de programación, seguimiento y rendición de cuentas del Estado, evitando la superposición de agendas y facilitando la evaluación conjunta de resultados.

El horizonte 2026-2030 contempla, además, una lógica de despliegue progresivo, que implica que los dos primeros años se orientarán a consolidar la institucionalidad, estandarizar el Paquete Integral de Servicios y fortalecer los sistemas de información y financiamiento; los años intermedios priorizan la ampliación de cobertura y el cierre de brechas territoriales identificadas en el diagnóstico; y el cierre del periodo permite una evaluación integral que retroalimenta la actualización del siguiente ciclo del PNPI, en cumplimiento del mandato legal de revisión cuatrienal.

Alcance institucional

El alcance institucional del PNPI está determinado por la arquitectura de gobernanza que la LOPI establece para garantizar la corresponsabilidad del Estado, la sociedad y la familia. En el nivel de conducción política y decisoria se encuentra el Comité Nacional de Primera Infancia, presidido por la Presidencia de la República o su delegado, e integrado por los entes rectores de inclusión social, salud, educación y finanzas, el Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional y representantes de los Gobiernos Autónomos Descentralizados, instancia responsable de aprobar y evaluar el PNPI.

La articulación y la conducción del proceso de formulación e implementación recaen en el Ministerio de Trabajo y Desarrollo Humano (MTDH) que asume el rol de organismo articulador de la oferta sectorial y de estandarización del Paquete Integral de Servicios, mientras que la Vicepresidencia de la República cumple un rol de acompañamiento político e interlocución en la agenda pública. A nivel técnico, el PNPI se articula a través de la Mesa Técnica. A este núcleo se suman los ministerios y entidades con competencias directas en salud y nutrición, desarrollo infantil, educación inicial y preparatoria, inclusión económica y social, protección de derechos, gestión de riesgos e identidad, cuya actuación coordinada configura el carácter intersectorial del Plan.

En el nivel local, el alcance institucional se extiende a los Gobiernos Autónomos Descentralizados provinciales, municipales y parroquiales, a los Consejos Cantonales de Protección de Derechos y a las mesas de coordinación intersectorial cantonal y parroquial, que traducen las decisiones nacionales en acciones concretas en cada territorio. La implementación se articula, además, con el Sistema Nacional Descentralizado de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia, para evitar duplicidades y garantizar coherencia con otras políticas y comités existentes, y reconoce a las familias, cuidadoras y cuidadores, comunidades y organizaciones de la sociedad civil como corresponsables activos y no solo beneficiarios de la garantía de derechos.

En términos de población, el alcance institucional cubre a niñas y niños desde la concepción hasta antes de cumplir los 6 años, así como a las gestantes y a las familias y personas cuidadoras que sostienen su desarrollo.

Alcance territorial

El presente PNPI, a través del Paquete Integral de Servicios y los mecanismos de seguimiento tiene alcance nacional con implementación en las 24 provincias del país, bajo el principio de que todas las niñas y niños desde la concepción hasta antes de cumplir los 6 años y gestantes, independientemente de su lugar de residencia, deben acceder a condiciones equivalentes para su desarrollo integral.

No obstante, esta cobertura universal se combina con un enfoque territorial diferenciado que reconoce dos realidades identificadas en el diagnóstico. Por un lado, provincias como Morona Santiago, Pastaza, Orellana y Esmeraldas concentran la mayor proporción relativa de población de primera infancia respecto de su población total, con una alta ruralidad (hasta 75 % en el caso de Morona Santiago), lo que exige adaptar la oferta de servicios a las condiciones geográficas, de dispersión poblacional y de pertinencia cultural propias de estos territorios, incluidos los pueblos y nacionalidades indígenas.

Esta doble lógica de focalización y escalamiento orienta la asignación de recursos y la priorización de intervenciones a lo largo del periodo 2026-2030, sin que ello implique excluir a ningún territorio de la cobertura nacional del Plan. El alcance territorial opera bajo un esquema de gobernanza multinivel que articula las decisiones del nivel nacional con la planificación provincial, cantonal y parroquial, fortaleciendo las capacidades técnicas locales para el diálogo intersectorial y asegurando, mediante el Sistema Unificado y Universal de Seguimiento Nominal (SUUSEN) y otros mecanismos de información interoperable, la trazabilidad de la atención "niña a niña, niño a niño" en cada uno de los territorios del país.

1.3. ¿Qué es la Primera Infancia?

UNICEF define la primera infancia como “el periodo que va desde el nacimiento hasta el ingreso en la escuela primaria” y la reconoce como una etapa determinante del desarrollo humano. Desde la neurociencia, los primeros años constituyen un “periodo crítico”, durante el cual “las conexiones neuronales del cerebro ocurren a una velocidad que no se repetirá en la vida, siendo la base para el desarrollo de todas las habilidades fundamentales”. Esta evidencia sustenta la importancia de garantizar un buen comienzo en la vida y de priorizar, desde la política pública, el periodo en el que se presenta la

mayor ventana de oportunidad para el desarrollo de las capacidades humanas, especialmente durante los primeros cinco años (UNICEF, 2023).

Por su parte, el Comité de los Derechos del Niño, en la Observación General núm. 7 sobre la realización de los derechos del niño en la primera infancia, comprende esta etapa desde el nacimiento y el primer año de vida, pasando por el periodo preescolar, hasta la transición al periodo escolar. Como definición de trabajo, propone considerar la primera infancia como el periodo comprendido hasta los ocho años y señala que los Estados Parte deben examinar sus obligaciones a la luz de esta definición. (Comité de los Derechos del Niño, 2006)

En este marco, los Estados Parte de la Convención sobre los Derechos del Niño tienen la obligación de respetar, proteger y garantizar los derechos de niñas y niños, así como de adoptar las medidas necesarias para asegurar su ejercicio efectivo y sin discriminación (Organización de las Naciones Unidas, 1989). En particular, el Comité de los Derechos del Niño reconoce que la primera infancia constituye un período esencial para la realización de los derechos y destaca características específicas de esta etapa que requieren una atención diferenciada por parte de los Estados (Comité de los Derechos del Niño, 2006). Entre ellas se encuentran: Durante la primera infancia se presenta el proceso más rápido de crecimiento y cambio del ciclo vital, expresado en la maduración del cuerpo y del sistema nervioso, el aumento de la movilidad y el desarrollo de la comunicación y de las aptitudes intelectuales.

- En esta etapa se establecen vínculos emocionales fuertes con madres, padres y otras personas cuidadoras, de quienes se requiere cuidado, atención, orientación y protección respetuosos de la individualidad y de las capacidades progresivas.
- Las relaciones con pares y con personas de otras edades permiten aprender a negociar y coordinar actividades comunes, resolver conflictos, respetar acuerdos y asumir responsabilidades hacia otras personas.
- La población en primera infancia comprende activamente las dimensiones físicas, sociales y culturales de su entorno mediante sus actividades e interacciones con otras niñas, niños y personas adultas.
- Los primeros años constituyen la base de la salud física y mental, la seguridad emocional, la identidad cultural y personal y el desarrollo de las aptitudes.
- Las experiencias de crecimiento y desarrollo varían según las características individuales, el sexo, las condiciones de vida, la organización familiar, las estructuras de atención y los sistemas educativos.
- Estas experiencias también están influidas por las creencias culturales relacionadas con las necesidades, las formas adecuadas de cuidado y el papel activo de niñas y niños en la familia y la comunidad (Comité de los Derechos del Niño, 2006)

Para efectos del presente Plan y de conformidad con el artículo 2 de la Ley Orgánica de la Primera Infancia, la primera infancia comprende el periodo que va desde la concepción hasta antes de cumplir los seis años.

2. Marco Normativo

2.1. Marco jurídico internacional

La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) constituye el instrumento internacional más importante y vinculante en materia de niñez, al reconocer a niñas, niños y adolescentes como sujetos plenos de derechos, propios y específicos de su edad, que abarcan la supervivencia, el desarrollo integral, la protección y la participación. La Convención exige que sean respetados como personas por derecho propio y considerados miembros activos de sus familias, comunidades y sociedades, con sus propias inquietudes, intereses y puntos de vista (CDN, 1989).

En materia de salud, la CDN reconoce el derecho al más alto nivel posible de salud y obliga a los Estados a garantizar el acceso a servicios de atención prenatal y postnatal, combatir la malnutrición, proveer agua potable y orientación a las familias en salud, nutrición e higiene, y reducir la mortalidad infantil (art. 24). En materia educativa, reconoce el derecho a la educación orientada al pleno desarrollo de la personalidad y la dignidad, con enseñanza primaria gratuita y obligatoria (art. 28). Para dar efectividad a estos derechos, la Convención obliga a los Estados a adoptar todas las medidas legislativas, administrativas y de política pública necesarias, utilizando el máximo de los recursos disponibles y recurriendo, cuando sea preciso, a la cooperación internacional (art. 4).

Las Observaciones Generales del Comité de los Derechos del Niño desarrollan y refuerzan estos mandatos:

La Observación General N.° 7 (2006), sobre la primera infancia (0 a 8 años, incluida la etapa preescolar y la transición escolar), destaca sus necesidades específicas de cuidado físico, atención emocional y espacio para el juego y el aprendizaje, reafirma el rol central de las familias y cuidadores, y recomienda planes nacionales específicos, mecanismos de supervisión independiente y sistemas de datos desagregados para monitorear avances y desigualdades.

La Observación General N.° 14 (2013) establece que el interés superior del niño es en sí mismo un derecho que garantiza el cumplimiento de todos los demás derechos de la niñez, y debe aplicarse a toda decisión judicial, administrativa, legislativa o de política pública, incluida la asignación presupuestaria.

La Observación General N.° 19 (2016), sobre presupuestos públicos para la efectividad de los derechos del niño, señala que los Estados deben movilizar el máximo de recursos disponibles y evitar el retroceso en los niveles ya alcanzados, subrayando que invertir en el desarrollo infantil temprano rompe los ciclos de pobreza y genera una alta rentabilidad económica y social.

Cabe destacar, que el Comité de los Derechos del Niño, en las Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados del Ecuador (2017), en el literal A, Medidas generales de aplicación, numeral 9, recomienda al Estado que: “h) Establezca un órgano adecuado a un alto nivel interministerial que tenga el mandato claro y la autoridad suficiente para coordinar todas las actividades relacionadas con los derechos del niño en la primera infancia” (Comité de los Derechos del Niño, 2017).

Este marco se complementa con otros instrumentos del Sistema Universal (PIDCP, PIDESC, CEDAW, CDPD, Declaración de Incheon) y del Sistema Interamericano de Derechos Humanos (Convención Americana sobre Derechos Humanos, Agenda Regional para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia), que refuerzan las obligaciones estatales en igualdad y no discriminación, protección especial de la niñez, salud materno-infantil, educación de calidad y apoyo a las familias. La jurisprudencia de la Corte Interamericana, por su parte, exige políticas integrales y la intervención de instituciones calificadas para garantizar el desarrollo armonioso de la infancia.

2.2. Marco constitucional

En coherencia con los compromisos internacionales asumidos en materia de derechos humanos, la Constitución de la República del Ecuador CRE declara al país como un Estado constitucional de derechos y justicia social, sometiendo todos los actos públicos y privados a la Carta Fundamental y a los derechos que ella garantiza (CRE, 2008).

La Constitución reconoce a niñas, niños y adolescentes como sujetos plenos de derechos (art. 45), dispone que gozarán de los derechos comunes del ser humano además de los específicos de su edad, y establece que el Estado, la sociedad y la familia deben promover de forma prioritaria su desarrollo integral en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad (art. 44). Introduce el principio del interés superior del niño, estipulando que sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas (art. 44). Dentro del numeral 1 del artículo 46, la Constitución dispone que el Estado adoptará, entre otras medidas, la atención a menores de seis años que garantice su nutrición, salud, educación y cuidado diario en un marco de protección integral de sus derechos, reforzando así la obligación estatal de asegurar servicios universales y articulados desde el inicio de la vida. La Carta constitucional reconoce a niñas, niños y adolescentes como grupo de atención prioritaria y dispone la obligación de asegurar atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado (art. 35).

Finalmente, la Constitución de la República del Ecuador protege a la familia y garantiza condiciones para sus fines y la igualdad de derechos entre sus integrantes (arts. 67), asegura protección frente a toda forma de violencia (art. 66) y promueve la corresponsabilidad de hombres y mujeres en las responsabilidades del cuidado humano (art. 333).

2.3. Marco normativo nacional

La Ley Orgánica de la Primera Infancia (LOPI) es el instrumento normativo especializado que desarrolla de manera integral los derechos de niñas y niños desde la concepción hasta antes de cumplir seis años que podrán ejercer los derechos comunes al ser humano; y reconoce derechos específicos para esta etapa de vida: vida digna y desarrollo, igualdad y no discriminación, ser escuchados y participar, expresar sus opiniones y sentimientos, juego, recreación, cultura y descanso (art. 5). Al mismo tiempo, la LOPI, dispone un deber reforzado del Estado de garantizar que todas las medidas que afecten a niñas y niños estén orientadas a proteger sus derechos y apoyar a progenitores y cuidadores (art. 6.c) (LOPI, 2025).

La LOPI dispone que el Estado diseñe políticas públicas universales, coordinadas y multisectoriales, con prioridad para niñas y niños en situación de vulnerabilidad, y establece el Plan Nacional de Primera

Infancia (PNPI) como instrumento rector, actualizado cada cuatro años y articulado con los planes locales (arts. 15 y 16). El Paquete Integral de Servicios dispuesto en la Ley (art. 19), incluye: salud integral, desarrollo infantil, educación inicial y entornos protectores, con responsabilidad compartida entre ministerios y gobiernos locales.

La Ley incorpora el Sistema Unificado y Universal de Seguimiento Nominal (SUUSEN), como mecanismo destinado a garantizar la trazabilidad, seguimiento y cobertura efectiva de las atenciones brindadas a esta población (art. 23); e introduce una obligación expresa en materia presupuestaria, disponiendo que el Estado debe priorizar la asignación de recursos para la primera infancia, incorporando una variable específica en el clasificador de gasto, vinculando recursos con resultados y obligando a los GAD cantonales y metropolitanos a destinar un porcentaje de su presupuesto para implementar los planes locales (art. 24). De este modo, la LOPI asegura que la atención integral a la primera infancia sea universal, gratuita, articulada y financiada de manera sostenible.

Adicionalmente, existen otras disposiciones normativas que tienen incidencia en el marco de la formulación del Plan Nacional de Primera Infancia:

El Código Orgánico de la Niñez y Adolescencia constituye el principal cuerpo normativo especializado en materia de niñez y adolescencia en Ecuador, orientado a garantizar la protección integral de sus derechos. (Ley 100-CONA, 2003).

Reconoce derechos específicos que refuerzan la obligación estatal de garantizar servicios universales y articulados: la protección prenatal (art. 23), la lactancia materna (art. 24), la atención adecuada durante embarazo y parto, especialmente en casos de madres adolescentes y recién nacidos con bajo peso (art. 25), el acceso gratuito a programas de nutrición (art. 27.1), la vacunación completa (art. 28.5), la identificación e inscripción de nacimiento de los recién nacidos (arts. 30 y 35), y la permanencia junto a la madre con orientación a progenitores sobre cuidado y atención (art. 30). En cuanto a institucionalidad, crea el Sistema Nacional Descentralizado de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia (SNDPINA) y asigna al MIES (actualmente Ministerio de Trabajo y Desarrollo Humano) la responsabilidad de definir y evaluar la política nacional, asegurar coherencia con políticas sectoriales y exigir su cumplimiento (arts. 193 y 195). De este modo, el CONA configura un marco normativo que vincula derechos, servicios y responsabilidades institucionales, consolidando la protección integral desde el inicio de la vida.

La Ley Orgánica de Educación Intercultural reconoce la obligatoriedad de la educación desde el nivel de educación inicial hasta el bachillerato, garantizando acceso, permanencia, movilidad y egreso sin discriminación alguna (art. 6, literal n). Articula la atención a la primera infancia, dirigida a niñas y niños desde el nacimiento hasta los tres años, como parte del Sistema Nacional de Educación, estableciendo que esta articula educación y atención integral (protección, salud, alimentación e higiene) en un contexto seguro y estimulante. Señala que los principales responsables son padres y madres de familia, y educadores especializados y enfatiza en la obligatoriedad de asegurar servicios regulados por el ente rector de inclusión económica y social y por la Autoridad Nacional de Salud (art. 53) (LOEI, 2024).

En relación con la educación inicial, dirigida a niñas y niños desde los tres a cinco años, la define como el proceso de acompañamiento al desarrollo integral (cognitivo, afectivo, psicomotriz, social, identidad, autonomía y pertenencia a la comunidad); y establece que la educación inicial es obligación del Estado a través de diversas modalidades certificadas por la Autoridad Educativa Nacional (art. 54).

La LOEI también define obligaciones claras de coordinación interinstitucional para el nivel inicial (art. 55), disponiendo que el Ministerio de Educación, Deporte y Cultura articule con instituciones públicas y privadas la oferta educativa en todo el territorio nacional.

La Ley Orgánica para Prevenir y Erradicar la Malnutrición en el Ecuador (LOPEME) constituye un instrumento normativo especializado que refuerza la política pública de primera infancia desde la perspectiva de la nutrición y la seguridad alimentaria. Establece que la Política de Estado para la prevención y reducción de la desnutrición infantil se implementará mediante el Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Infantil, aprobado, observado y evaluado por el Comité Intersectorial para la Prevención y Reducción de la desnutrición infantil (art. 15); y prevé la aprobación de planes locales (art. 13). La Ley crea el Paquete Priorizado de Bienes y Servicios (art. 11), que articula acciones en salud, educación, protección social y producción alimentaria; y dispone la implementación del Sistema Unificado y Universal de Seguimiento Nominal, ya referido en el marco de la LOPI, para el monitoreo del Paquete Priorizado de Bienes y Servicios (art. 22) (LOPEME, 2025).

En relación con la prevención y reducción de la desnutrición infantil, el Ecuador cuenta con la Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil (ENECSDI), aprobada mediante Decreto Ejecutivo No. 1211 de 2020, constituye la principal estrategia estatal para prevenir y reducir la desnutrición crónica infantil en niñas y niños menores de 24 meses, a través del Paquete Priorizado de Bienes y Servicios que incluye vacunación completa, controles prenatales y seguimiento del niño sano. Su implementación está a cargo de las entidades responsables del paquete priorizado de bienes y servicios, a través de coordinación intersectorial y en conjunto con la Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil (DE No. 92, 2021; DE No. 404, 2022). Posteriormente, mediante el proceso de reforma institucional y fusión dispuesto en los Decretos Ejecutivos Nos. 60 y 96 (2025), la Secretaría se integró al Ministerio que se denominó Ministerio de Desarrollo Humano. Mediante Decreto Ejecutivo 427 de junio de 2026, se crea el Ministerio de Trabajo y Desarrollo Humano (MTDH), asumiendo todas las competencias en materia de primera infancia y desnutrición infantil.

La Ley Orgánica de Salud (LOS) establece obligaciones específicas del Estado en materia de salud materno-infantil y nutrición, reconociendo la atención integral desde la concepción como condición indispensable para el desarrollo pleno de niñas y niños. Dispone, además que el sistema nacional de salud debe garantizar controles prenatales y postnatales, atención segura y gratuita en el parto, vacunación completa, prevención y tratamiento de enfermedades, así como programas de nutrición y suplementación para la primera infancia (arts. 6 y 7). Además, asegura la detección temprana de discapacidades y la provisión de servicios especializados, incluyendo rehabilitación y ayudas técnicas, en coherencia con el principio de interés superior del niño (Ley 2006-67, 2006).

La LOS obliga al Estado a coordinar intersectorialmente la atención en salud con educación y protección social, y a priorizar recursos para reducir la mortalidad infantil y garantizar condiciones de vida saludables, con enfoque de equidad territorial y cultural.

La Ley Orgánica del Derecho al Cuidado Humano (LODCH) reconoce el cuidado como un derecho humano fundamental, universal e irrenunciable (art. 11), estableciendo la obligación del Estado de promover, proteger y garantizar su ejercicio mediante políticas públicas y medidas interinstitucionales (art. 5). Regula expresamente el derecho al cuidado en el ámbito laboral, con protección reforzada para mujeres y personas gestantes durante embarazo, parto, postparto y lactancia (art. 14), ampliando

licencias y permisos de cuidado conforme a estándares internacionales (arts. 15, 19–25), e imponiendo la creación de salas de lactancia y centros de cuidado infantil con seguimiento obligatorio por parte de las autoridades competentes (arts. 26–28). La Ley crea el Sistema Nacional Integrado para el Cuidado (art. 37), que articula organismos públicos y privados para garantizar planes y servicios universales, accesibles y culturalmente pertinentes, priorizando a grupos de atención prioritaria y promoviendo corresponsabilidad social y de género (art. 38). Además, ordena la elaboración de un Plan Nacional de Cuidados como instrumento rector (arts. 39–40) y define la rectoría institucional en salud, educación e inclusión económica y social, bajo coordinación presidencial (art. 6) (LODCH, 2023).

El Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización (COOTAD) establece entre los fines de los Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD) garantizar la plena vigencia de los derechos y crear sistemas de protección integral (art. 4, b y h), asignando a los GAD municipales y metropolitanos la responsabilidad de diseñar políticas de equidad e inclusión y de instituir consejos cantonales y redes de protección de derechos (arts. 54, 57, 84 y 87). En materia de niñez y adolescencia dispone que los GAD ejerzan competencias para asegurar sus derechos en coordinación con el Sistema Nacional Descentralizado de Protección Integral (art. 148), y ordena destinar el 10% de ingresos no tributarios a programas sociales para grupos prioritarios (art. 249). Las reformas de 2026 introducen un nuevo marco de disciplina fiscal, redefiniendo la participación de los GAD en el presupuesto estatal (art. 192 reformado) y estableciendo la regla del 70% de gasto obligatorio en inversión, mantenimiento y reposición de infraestructura pública (arts. 198.1 y 198.3), asegurando sostenibilidad financiera y disponibilidad presupuestaria para la provisión de servicios, incluida la atención integral a la primera infancia (COOTAD, 2010).

La Ley Orgánica de Protección de Datos Personales (LOPDP) y la Ley del Sistema Nacional de Registro de Datos Públicos (LSINARDAP) constituyen el marco normativo que regula el tratamiento de información vinculada a niñas y niños de primera infancia. La LOPDP reconoce el derecho fundamental a la protección de datos, estableciendo principios de licitud, finalidad, proporcionalidad y seguridad en el manejo de información personal, y obliga a las instituciones públicas y privadas a garantizar confidencialidad y uso responsable de los datos (arts. 3–6). Por su parte, la LSINARDAP regula la administración y acceso a registros públicos, disponiendo que el Estado debe asegurar interoperabilidad y transparencia, pero también proteger la información sensible de grupos de atención prioritaria (arts. 2 y 5). En el marco de la primera infancia, estas normas son esenciales para el funcionamiento del Sistema Unificado y Universal de Seguimiento Nominal, pues garantizan que el monitoreo individualizado de niñas y niños se realice con seguridad jurídica, evitando vulneraciones de derechos y asegurando que la información se utilice exclusivamente para garantizar su desarrollo integral (LOPDP, 2021) (LSINARDAP, 2010).

El marco jurídico nacional e internacional configura un mandato coherente y articulado que reconoce a niñas y niños como sujetos plenos de derechos y obliga al Estado a garantizar su desarrollo integral, a través de un conjunto de normas que vinculan derechos, servicios, institucionalidad y financiamiento. En este contexto el Plan Nacional de Primera Infancia constituye un mandato jurídico y político que exige coordinación intersectorial para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de la primera infancia en Ecuador.

3. Etapa Preparatoria

3.1. Identificación de la necesidad de política pública

La necesidad de política pública se expresa en la brecha entre el reconocimiento de los derechos de la primera infancia y la capacidad efectiva para garantizar trayectorias integrales de desarrollo en todos los territorios. Aunque existe una oferta institucional, persisten accesos fragmentados, discontinuos y desiguales a servicios de salud, nutrición, aprendizaje, cuidado, protección e inclusión, con mayores barreras para la población en pobreza, ruralidad, territorios indígenas y amazónicos, contextos de violencia o movilidad humana y situaciones de discapacidad.

La respuesta requerida consiste en pasar de una oferta sectorial dispersa a un sistema integral, concurrente y verificable que ordene responsabilidades, reduzca brechas territoriales y sociales, asegure continuidad entre servicios y permita el seguimiento nominal de cada niña y niño. Esto exige articular los cinco componentes del cuidado cariñoso y sensible con cuatro soportes de implementación: gobernanza intersectorial, seguimiento e información, fortalecimiento de capacidades y financiamiento sostenible.

3.2. Conformación de equipos (político y técnico) para la formulación

De conformidad con el artículo 16 de la Ley Orgánica de la Primera Infancia, el PNPI debe ser un instrumento construido de manera participativa por el organismo articulador especializado en materia de primera infancia, en el marco del Comité Nacional de Primera Infancia. En aplicación de este mandato, la formulación se organizó en dos niveles complementarios: uno político-estratégico, responsable de orientar y respaldar las decisiones del Plan, y otro técnico-operativo, encargado de producir, integrar y validar sus contenidos (Asamblea Nacional, 2025).

La conducción político-estratégica correspondió al Comité Nacional de Primera Infancia (CNPI), presidido por la Presidencia de la República o su delegada o delegado permanente e integrado por las autoridades definidas en el artículo 10 de la LOPI. De acuerdo con el Decreto Ejecutivo 396, se asigna a la señora María José Pinto González Artigas, en su calidad de Vicepresidenta de la República del Ecuador, las funciones para que actúe en calidad de delegada permanente del Presidente de la República en el Comité Nacional de la Primera Infancia. Por lo tanto la participación de la Vicepresidencia de la República en el PNPI, no es solo de acompañamiento como instancia de interlocución y articulación, sino que también corresponde a las funciones como presidenta del CNPI

De acuerdo con el artículo 11, al Comité le compete aprobar el diagnóstico inicial y el PNPI de forma participativa y coordinada, conocer los avances del Paquete Integral de Servicios, establecer estándares y protocolos y evaluar la implementación del Plan. Durante la formulación, este nivel facilitó la concertación entre las entidades rectoras, la definición de prioridades y la adopción de acuerdos institucionales necesarios para dar viabilidad al instrumento. La Vicepresidencia de la República acompañó este proceso como instancia de interlocución y articulación política.

La conducción técnica y metodológica estuvo a cargo del Ministerio de Trabajo y Desarrollo Humano (MTDH), en su calidad de organismo articulador especializado. Conforme al artículo 12 de la LOPI, le

corresponde elaborar el diagnóstico y el PNPI en coordinación con las instituciones que integran el Comité, articular el Paquete Integral de Servicios, coordinar a los actores nacionales y locales y establecer las bases para el seguimiento, la evaluación, la sostenibilidad fiscal y el funcionamiento del Sistema Unificado y Universal de Seguimiento Nominal. Para cumplir estas funciones se conformó una Mesa Técnica Interinstitucional como mecanismo operativo complementario a la arquitectura establecida por la Ley. Esta Mesa reunió a delegadas, delegados y equipos técnicos de las entidades con competencias en primera infancia, quienes aportaron información sectorial y registros administrativos, revisaron el diagnóstico y el diagrama de causas y efectos, y construyeron y validaron los objetivos, líneas de política, acciones, indicadores y componentes del Paquete Integral de Servicios. El proceso contó, además, con asistencia técnica de organismos de cooperación internacional.

3.3. Actores e instancias de coordinación

La construcción del PNPI ha cumplido lo establecido en la LOPI en relación con la gobernanza y la participación de actores institucionales nacionales y territoriales, en su proceso de definición. El proceso tanto de formulación de diagnóstico como de validación del Plan ha contado con la participación de actores de la sociedad civil. A continuación, se presenta un resumen de los niveles de participación en la construcción del PNPI.

Tabla 1: Actores participantes

Actor o grupo de actores	Instituciones o representaciones identificadas	Aporte a la construcción del PNPI	Tipo de participación	Cobertura territorial
Organismo articulador especializado en primera infancia	Ministerio de Trabajo y Desarrollo Humano (MTDH) con apoyo técnico de UNICEF/ CAF y la mesa de cooperación (BID, Banco Mundial).	Conducción institucional; coordinación metodológica; asistencia técnica; organización de espacios participativos; revisión del diagnóstico, del Paquete Integral de Servicios y de la matriz de objetivos, líneas estratégicas y acciones. Consolidación del documento	Coordinación del diagnóstico y la formulación; reuniones técnicas; mesas temáticas; acompañamiento a talleres; mesa de cooperación internacional.	Nacional y apoyo a los territorios donde se realizó el diagnóstico y la validación
Gobierno central y entidades públicas nacionales que participan en la Mesa Técnica	Vicepresidencia de la República, MSP, MINEDEC, MAGAP, MIT, DIGERCIC, MEF	Aporte de registros administrativos y evidencia sectorial; identificación de oferta y brechas; revisión técnica; construcción y validación de objetivos, líneas	Talleres y reuniones técnicas, procesos de revisión y validación, talleres territoriales; mesas temáticas.	Nacional y apoyo a los territorios donde se realizó el diagnóstico y la validación

Actor o grupo de actores	Instituciones o representaciones identificadas	Aporte a la construcción del PNPI	Tipo de participación	Cobertura territorial
		estratégicas, acciones e indicadores.		
Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD)	Municipios, GAD parroquiales y GAD provinciales vinculados a la gestión territorial de la primera infancia: AME, CONAGOPARE	Conocimiento territorial; identificación de barreras de acceso y capacidades locales; análisis de factibilidad de implementación; articulación con planificación y servicios locales.	Talleres y reuniones técnicas, procesos de revisión y validación, talleres territoriales; mesas temáticas.	Nacional y territorial
Organizaciones de la sociedad civil y ONG	Organizaciones sociales, fundaciones, redes temáticas, organizaciones comunitarias y liderazgos territoriales.	Incorporación de experiencia comunitaria y social; identificación y priorización de problemas; propuestas de mejora; validación de pertinencia territorial y de respuestas para familias, niñas y niños.	Talleres participativos territoriales; mesas temáticas; espacios nacionales y locales de participación y validación.	Presencia en los territorios.
Universidades y academia	Instituciones de educación superior y centros académicos.	Evidencia técnica; análisis especializado; contraste de hallazgos; contribución a la identificación de problemas, prioridades y alternativas de política pública.	Talleres territoriales; mesas temáticas; espacios nacionales y locales de participación y validación.	Presencia en los territorios.
Organismos internacionales y cooperación	En los talleres nacionales y territoriales: UNICEF, ONU Mujeres, CAF y PMA/PAM. En los espacios de coordinación técnica del proceso: UNICEF, CAF, BID y Banco Mundial.	Asistencia técnica; provisión y revisión de evidencia; acompañamiento metodológico; retroalimentación especializada y revisión de componentes del Plan y del Paquete Integral de Servicios.	Talleres y reuniones técnicas, procesos de revisión y validación, talleres territoriales; mesas temáticas.	Participación nacional y presencia en talleres territoriales
Grupos de atención prioritaria y organizaciones comunitarias	Mujeres y hombres organizada/os, personas cuidadoras y	Conocimiento situado y experiencia directa sobre cuidados, servicios, barreras	Talleres territoriales y mesas participativas de	Presencia en los territorios.

Actor o grupo de actores	Instituciones o representaciones identificadas	Aporte a la construcción del PNPI	Tipo de participación	Cobertura territorial
	liderazgos comunitarios.	territoriales, interculturalidad, protección y necesidades de familias y comunidades.	diagnóstico y priorización.	
Equipos técnicos interinstitucionales	Delegados y equipos técnicos de las instituciones integrantes del Comité Nacional de Primera Infancia / mesa técnica interinstitucional.	Construcción y revisión de actividades por los ejes del cuidado cariñoso y sensible; ordenamiento de propuestas; retroalimentación entre sectores; documentación de acuerdos.	Talleres interinstitucionales y mesas temáticas de buena salud, nutrición adecuada, cuidado sensible y receptivo, oportunidades para el aprendizaje, y seguridad y protección.	Nivel nacional / interinstitucional.

3.4. Espacios de participación ciudadana

La metodología diseñada para la construcción del diagnóstico y del proceso de discusión y validación del Plan Nacional de Primera Infancia (PNPI) se estructuró como un proceso técnico, participativo y territorializado, orientado a generar evidencia para la toma de decisiones estratégicas en política pública. Su diseño respondió a los lineamientos de la Ley Orgánica de la Primera Infancia (2025), priorizando la construcción de un diagnóstico integral con enfoque territorial, intersectorial y de corresponsabilidad social.

El proceso tuvo como objetivo identificar y priorizar las principales problemáticas que afectan el desarrollo integral de niñas y niños, así como validar las alternativas de solución (líneas estratégicas y acciones) que fueron propuestas por los participantes de la mesa técnica y que están vinculadas al paquete integral de servicios definido en la normativa vigente.

Para esto, el levantamiento y validación de información se desarrolló mediante mesas de trabajo presenciales desarrolladas en dos etapas:

i. La etapa de diagnóstico del PNPI, incluyó el trabajo en mesas y talleres ejecutadas en cinco ciudades representativas de las tres regiones del país: Quito, Cuenca y Riobamba (Sierra), Guayaquil (Costa) y Tena (Amazonía). Esta distribución permitió incorporar realidades territoriales diferenciadas, reconociendo las brechas existentes en acceso a servicios, condiciones de cuidado, ruralidad, interculturalidad y capacidades institucionales.
ii. La etapa de validación de las líneas de política y acciones del PNPI incluyó el trabajo en mesas y talleres en las ciudades de: Ambato, Otavalo, Santo Domingo de los Tsáchilas, Puyo, Guayaquil y Quito. La selección de estos espacios buscó complementar los territorios que participaron en la fase de diagnóstico para contar con un conjunto amplio y diverso de participantes.

En relación con los actores participantes, las metodologías utilizadas tanto en la fase de diagnóstico como de validación convocaron a una amplia diversidad de actores, incluyendo: instituciones del sector público (nivel central y desconcentrado), gobiernos autónomos descentralizados, organizaciones de la sociedad civil, academia, cooperación internacional y personas usuarias de los servicios.

En la fase de diagnóstico las mesas de trabajo se organizaron en cuatro ejes estratégicos: 1) Nutrición adecuada y salud, 2) Crianza y cuidados, 3) Crianza y aprendizaje, y 4) Gestión para la primera infancia. Cada mesa trabajó sobre problemáticas previamente definidas por el equipo técnico, permitiendo validar, complementar y priorizar desafíos específicos, así como construir alternativas de solución desde una lógica multisectorial e interdependiente. Este diseño metodológico permitió superar miradas fragmentadas y avanzar hacia una comprensión integral del desarrollo infantil temprano.

De acuerdo con el marco del cuidado cariñoso y sensible, para la etapa de validación se trabajaron mesas de acuerdo con los ejes de la matriz de objetivos y lineamientos que incluyeron buena salud, nutrición adecuada, cuidado sensible y receptivo, oportunidades para el aprendizaje y seguridad y protección.

Las metodologías aplicadas incorporaron tanto en la fase diagnóstica como de validación el enfoque territorial como principio operativo central. Esto permitió recoger conocimiento situado de los actores locales y visibilizar diferencias sustantivas entre territorios urbanos, rurales, amazónicos e interculturales, validando las acciones del plan de acuerdo con el contexto local. Con respecto al alcance del levantamiento de información, los resultados fueron los siguientes:

Tabla 2: Talleres realizados

Dimensión	Resultado clave	Análisis técnico para política pública
Cobertura nacional	11 talleres territoriales realizados: 5 para la etapa de diagnóstico, 6 para la etapa de validación,	Cobertura multisectorial y multirregional que permite capturar heterogeneidad territorial (Costa, Sierra, Amazonía y nivel central), alineado con enfoque de territorialización.
Participación total	238 participantes en fase de diagnóstico y 368 en fase de validación	Se supera el número de personas estimadas (40 participantes por taller en promedio), evidenciando alta capacidad de convocatoria y legitimidad del proceso.

Fuente: Talleres participativos
Elaboración: Equipo técnico

Tabla 3: Perfil de participantes por territorio

Dimensión	Etapa	Resultado clave
Distribución territorial – Cuenca	Diagnóstico	25 participantes
Distribución territorial – Guayaquil	Diagnóstico	97 participantes
Distribución territorial – Quito	Diagnóstico	64 participantes
Distribución territorial – Tena	Diagnóstico	31 participantes
Distribución territorial – Riobamba	Diagnóstico	21 participantes
Distribución territorial – Ambato	Validación	29 participantes
Distribución territorial – Santo Domingo	Validación	38 participantes
Distribución territorial – Otavalo	Validación	69 participantes
Distribución territorial – Puyo	Validación	64 participantes

Distribución territorial – Quito	Validación	82 participantes
Distribución territorial – Guayaquil	Validación	86 participantes

Fuente: Talleres participativos
Elaboración: Equipo técnico

Como se ha presentado, el proceso de construcción del Plan ha sido altamente participativo tanto a nivel nacional como a nivel territorial. En esta lógica el MDH, como parte del proceso, activó además un enlace virtual para proponer recomendaciones sobre las líneas de política y acciones para el PNPI y su implementación. A continuación, se presenta un resumen del número de participantes y comentarios recibidos con cierre al 3 de agosto de 2026.

Tabla 4: Número de aportes ciudadanos en enlace virtual

Descripción	Número
Participantes con respuestas válidas	2.126
Número de aportes recibidos	38.094

El proceso participativo contó con 238 participantes en la fase de diagnóstico y 368 en la fase de validación, además de 2.126 personas que respondieron el enlace virtual y 38.094 aportes recibidos desde el 3 de julio hasta el 06 agosto de 2026. La memoria documental y la matriz de trazabilidad entre los aportes y las decisiones incorporadas al PNPI se consolidarán en el Anexo 1.

3.5. Hoja de ruta

La formulación del Plan Nacional de Primera Infancia (PNPI) se organizó en cinco fases sucesivas —Preparación, Diagnóstico, Propuesta, Validación técnica y Aprobación —, conducidas por la actual cartera de Trabajo y Desarrollo Humano (MTDH) —denominada Ministerio de Desarrollo Humano (MDH) hasta el 31 de julio de 2026— con el acompañamiento de un equipo consultor y la participación activa de las instituciones sectoriales, los gobiernos autónomos descentralizados y organismos de cooperación internacional.

Preparación (diciembre 2025 – mayo 2026)

El proceso arrancó en diciembre de 2025 con la identificación formal de la necesidad de una política pública de primera infancia y la conformación de los equipos técnicos y políticos que integrarían el Comité de Primera Infancia. En paralelo, el MDH definió junto con UNICEF, el Banco Mundial, el BID y la CAF el equipo de asistencia técnica internacional que acompañaría la construcción del Plan. Esta fase incluyó también el primer mapeo del paquete integral de servicios mediante fichas de caracterización remitidas por las instituciones, su validación técnica, y un proceso amplio de participación: talleres territoriales con representantes de pueblos y nacionalidades, organizaciones sociales y grupos con enfoque de género, cuya sistematización alimentó la definición de la estructura del documento final.

Diagnóstico (marzo – mayo 2026)

Con base en los insumos participativos, el equipo consultor y el MDH trabajaron en paralelo la definición del problema público, la identificación de la población objetivo y de los determinantes estructurales,

intermedios e inmediatos que lo explican. Este trabajo desembocó en el documento de diagnóstico, con desagregación territorial y por condiciones socioeconómicas y de autoidentificación étnica, que fue revisado por el MDH y ajustado por el equipo consultor hasta su verificación final a inicios de mayo y aprobado por el Comité Nacional de Primera Infancia en julio del 2026.

Propuesta (mayo – agosto 2026)

A partir del diagnóstico, se elaboraron y priorizaron alternativas de solución, y se desarrollaron los objetivos, ejes estratégicos y acciones del Plan, validados posteriormente por las instituciones. En paralelo se diseñó el paquete integral de servicios para la primera infancia, se construyeron y validaron los indicadores de seguimiento y se elaboró el componente de financiamiento y programa presupuestario, con su respectiva validación en territorio. Hacia el cierre de esta fase, se avanzó en la validación del paquete integral de servicios con cada cartera de Estado y en la elaboración de las fichas de cálculo de indicadores.

Validación técnica (agosto 2026)

Con el documento preliminar consolidado, el MTDH inició su revisión técnica, cuyas observaciones fueron subsanadas por el equipo consultor antes de pasar a la edición y diagramación final del documento.

Aprobación (agosto 2026)

El proceso cierra con la convocatoria al Comité Nacional de Primera Infancia por parte del MTDH y la aprobación formal del Plan en el Comité Nacional de Primera Infancia, hito con el que culmina un proceso de formulación que combinó trabajo técnico interinstitucional, participación ciudadana y territorial, y asistencia técnica de organismos de cooperación internacional.

Tabla 5: Hitos principales por fase

Fase	Hito principal	Mes(es)	Responsable
1. Preparación			
	Identificación de la necesidad de política pública	Diciembre 2025	MDH
	Conformación de equipos técnicos y del Comité de Primera Infancia	Diciembre 2025 – enero 2026	MDH
	Definición del equipo de asistencia técnica internacional	Enero – marzo 2026	Cooperantes (UNICEF, BM, BID, CAF)
	Mapeo y validación del paquete integral de servicios	Enero – abril 2026	MDH / Instituciones

Fase	Hito principal	Mes(es)	Responsable
	Talleres territoriales de participación institucional y ciudadana	Marzo 2026	Consultores – MDH
	Definición de la estructura del documento del Plan	Abril 2026	MDH
2. Diagnóstico			
	Definición del problema, población objetivo y determinantes	Marzo – abril 2026	Consultores – MDH
	Elaboración y verificación del documento de diagnóstico	Abril – mayo 2026	Consultores – MDH
3. Propuesta			
	Desarrollo de objetivos, ejes estratégicos y acciones	Mayo 2026	Consultores – MDH
	Diseño del paquete integral de servicios	Mayo – junio 2026	Consultores – MDH
	Construcción y validación de indicadores	Mayo – julio 2026	Consultores / MDH / Instituciones
	Elaboración del financiamiento y programa presupuestario	Junio 2026	MDH
	Validación del paquete integral de servicios con cada cartera de Estado	Julio – agosto 2026	Instituciones
	Elaboración de fichas de cálculo de indicadores	Junio – agosto 2026	Instituciones
	Redacción y consolidación del documento final del Plan	Junio – agosto 2026	Consultores (en curso)
4. Validación técnica			
	Revisión del documento preliminar	Agosto 2026	MTDH

Fase	Hito principal	Mes(es)	Responsable
	Subsanación de observaciones	Agosto 2026	Consultores
	Edición y diagramación del documento final	Agosto 2026	Consultores
5. Aprobación			
	Convocatoria al Comité Nacional de Primera Infancia	Agosto 2026	MTDH
	Aprobación del Plan por el Comité Nacional de Primera Infancia	Agosto 2026	Comité

3.6. Antecedentes del proceso de formulación del PNPI

La formulación del PNPI se organizó mediante una ruta técnica e intersectorial que combinó diagnóstico, revisión normativa, análisis de la oferta institucional, consulta territorial y construcción de la propuesta.

El proceso incorporó talleres nacionales y territoriales, mesas temáticas y reuniones técnicas con instituciones públicas, gobiernos autónomos descentralizados y sus organizaciones representativas, sociedad civil, academia y cooperación internacional. Estos espacios permitieron contrastar la evidencia nacional con las experiencias y prioridades territoriales.

Con estos insumos se definieron el problema público, sus determinantes, la población objetivo y una matriz de objetivos, líneas de política y acciones organizada alrededor del cuidado cariñoso y sensible y de los soportes requeridos para la implementación.

3.7. Insumos técnicos utilizados para la formulación

El proceso de construcción del PNPI tanto en su fase de diagnóstico como en su fase de análisis y construcción del documento, ha utilizado los siguientes insumos técnicos:

- Fuentes oficiales de información provistos por el INEC: Encuesta Nacional de Desnutrición Infantil, Censo de Población y Vivienda (incluyendo proyecciones poblacionales), ENEMDU, Registros Estadísticos de Nacidos Vivos y Defunciones Fetales.
- Registros administrativos de las instituciones participantes: SUUSEN, registros del MINEDEC, Registro Nacional de Discapacidad.
- Estudios nacionales e internacionales de primera infancia: estudio del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) sobre la información de la ENDI, estudios BID Unicef sobre programas de

desarrollo infantil, estudios del Instituto Nacional de Evaluación Educativa (INEVAL) sobre aprendizaje en primera infancia.

- Análisis sistemáticos de buenas prácticas nacionales e internacionales en implementación de políticas de primera infancia.
- Espacios de participación tanto a nivel nacional como local con actores de la sociedad civil y academia. Los espacios se desarrollaron tanto en la fase de diagnóstico como en la fase de validación
- Espacios de participación abiertos (enlace virtual MDH) para que los ciudadanos presenten sus recomendaciones para la construcción del PNPI.
- Espacios de coordinación con cooperantes internacionales. El proceso de construcción del PNPI incluyó el apoyo técnico y la construcción de espacios con la mesa de cooperación internacional: Unicef, CAF, BID y Banco Mundial.
- Revisión de marco normativo nacional e internacional.

4. Marco conceptual: el cuidado cariñoso y sensible como marco integrador

El marco para el cuidado cariñoso y sensible constituye una referencia central para comprender el desarrollo en la primera infancia desde una perspectiva integral. Su importancia para el Plan Nacional de Primera Infancia radica en que permite organizar la evidencia, los objetivos, las líneas estratégicas y las acciones sobre el desarrollo infantil temprano bajo una lógica integral que permite la vinculación con los enfoques planteados y con el enfoque conceptual de la protección integral.

Este marco ordena la política alrededor de componentes que son inseparables en la vida cotidiana de niñas y niños: salud, nutrición adecuada, cuidado sensible, oportunidades de aprendizaje temprano, seguridad y protección. Desde esta perspectiva, el desarrollo infantil no depende de un solo servicio, sino de la interacción continua entre familias, comunidades, instituciones y entornos.

En el contexto ecuatoriano, este enfoque orienta la estrategia para viabilizar el mandato jurídico de la atención integral. Desde una perspectiva de derechos, reconoce a las niñas y niños como titulares de derechos exigibles y al Estado como garante principal de las condiciones para su ejercicio. La protección integral, por su parte, exige superar respuestas parciales y reactivas para avanzar hacia políticas, programas y servicios capaces de promover activamente el desarrollo integral. El cuidado cariñoso y sensible es coherente con esta perspectiva porque identifica qué condiciones públicas, comunitarias y familiares deben concurrir para que tales derechos se materialicen. En consecuencia, el marco ayuda a conectar el deber ser normativo con el diseño de la política pública que guía su implementación.

Un aporte significativo de esta perspectiva es la importancia que otorga al período comprendido entre el embarazo y los 3 años. Este marco del cuidado cariñoso y sensible recuerda que en ese intervalo el cerebro crece con mayor rapidez que en cualquier otra etapa, y que las experiencias tempranas inciden de manera profunda en la salud, el aprendizaje, las habilidades sociales y la productividad futura. Esta evidencia conlleva tratar la primera infancia como una etapa prioritaria de inversión pública de alto retorno, así como también permite reforzar la importancia de los primeros mil días sin perder la

continuidad de acciones hasta la transición a la educación inicial y escolar. (OPS, 2021). A continuación, se describe los componentes del marco conceptual:

Buena salud. Esta incluye la salud física y mental de niños, niñas y de sus cuidadores, la prevención, la atención prenatal, el parto seguro, la inmunización y el tratamiento oportuno. La OPS destaca que los cuidadores deben poder observar las condiciones físicas y emocionales de los niños, protegerlos de riesgos y acceder a los servicios necesarios, pero subraya también que esto depende del propio bienestar de quienes cuidan. Esta idea es central porque obliga a incorporar en la agenda de primera infancia la salud materna, la salud mental perinatal y el acompañamiento a cuidadores como condiciones habilitantes del desarrollo infantil. (OPS, 2021).

Nutrición adecuada. Aquí se vincula la nutrición materna durante el embarazo, la promoción de una alimentación saludable, la lactancia materna exclusiva y continua, la alimentación complementaria oportuna, suficiente y de calidad, la prevención de todas las formas de malnutrición, así como la seguridad y soberanía alimentaria del hogar y el acceso a entornos alimentarios saludables. Esta perspectiva es especialmente relevante para Ecuador, donde persisten desafíos en malnutrición por déficit como desnutrición crónica, malnutrición por exceso como sobrepeso y obesidad, déficit de micronutrientes como la anemia y calidad de la dieta. La contribución de esta aproximación consiste en mostrar que la nutrición no puede entenderse únicamente desde indicadores antropométricos o de consumo, sino como una práctica material, afectiva y social que requiere consejería, servicios, tiempo de cuidado, entornos protectores y seguridad alimentaria. Para el PNPI, esto significa integrar las acciones de nutrición con las políticas de salud, cuidado, trabajo, soberanía alimentaria y protección social tanto a nivel nacional como subnacional.

Atención receptiva. Esta consiste en observar, comprender y responder de manera adecuada y oportuna a los movimientos, sonidos, gestos, necesidades e intereses del niño o niña pequeño, y constituye la base de la protección frente al estrés, el vínculo afectivo y el aprendizaje temprano (OPS, 2021). Es fundamental porque devuelve al centro de la política pública, al vínculo cotidiano y a la calidad de la interacción. Ello implica fortalecer programas de consejería familiar, visitas domiciliarias, acompañamiento a prácticas de crianza y apoyo a la salud mental de cuidadores incluyendo el trabajo adaptado para niños con discapacidad. En otras palabras, la atención receptiva convierte el cuidado en un campo de intervención pública necesario.

Oportunidades para el aprendizaje temprano. El marco subraya que el aprendizaje empieza antes del ingreso al preescolar y se construye mediante interacciones cotidianas: hablar, cantar, leer, jugar, explorar y participar en la vida diaria. Es muy relevante para el PNPI porque evita una mirada escolarizada del desarrollo temprano. Desde esta perspectiva, la educación inicial y los servicios de desarrollo infantil integral forman parte de un ecosistema más amplio de aprendizaje, en el que el hogar, la comunidad y los servicios públicos cumplen funciones complementarias. La política debe, por tanto, ampliar las oportunidades de aprendizaje dentro y fuera de los servicios, con pertinencia cultural, territorial e inclusiva. (OPS, 2021)

Protección y seguridad. El marco la vincula con la prevención de la violencia, la mitigación del estrés, la reducción de riesgos ambientales, el acceso a protección social y la construcción de entornos familiares y comunitarios e institucionales seguros y previsibles. La OPS advierte que los niños y niñas pequeños son particularmente vulnerables a la violencia física y emocional, a la negligencia y a las privaciones

asociadas con la pobreza extrema, por lo que la protección requiere tanto medidas de apoyo social como servicios especializados y acciones de prevención del maltrato. Para el PNPI, esta dimensión es clave porque integra prevención, y erradicación de la violencia, salud mental, protección social, agua y saneamiento en una misma lectura del desarrollo infantil integral. Desde la construcción de la política pública, se busca asegurar entornos protectores. (OPS, 2021)

La fortaleza principal del marco para el cuidado cariñoso y sensible es su carácter integrador. Las cinco dimensiones se refuerzan mutuamente. La utilidad de este marco para el PNPI radica en que permite pasar de una lógica sectorial a una lógica de promoción del desarrollo integral, que significa responder a la pregunta de qué se requiere para asegurar el desarrollo infantil. Una niña o un niño no experimenta la salud, la nutrición, la educación inicial, la protección o el cuidado como compartimentos separados. Estas dimensiones se combinan desde la gestación, durante el nacimiento, en los primeros mil días y en la transición hacia la educación inicial y la vida comunitaria. Por ello, se insiste en que la integralidad debe expresarse en concertación de rutas, el paquete integral de servicios, seguimiento nominal, coordinación nación-territorios y fortalecimiento de las capacidades territoriales.

El marco también tiene gran valor porque introduce explícitamente la corresponsabilidad; plantea que las familias y cuidadores son los actores más cercanos a los niños y niñas, pero enfatiza que solo pueden brindar un cuidado de calidad cuando cuentan con seguridad emocional, económica y social, redes de apoyo y un entorno favorable de políticas y servicios. Esta idea apoya un enfoque sistémico que asume que la corresponsabilidad supone una alianza entre Estado, comunidad y familias, en la que las instituciones públicas generan condiciones, conocimientos, apoyos y servicios para que el cuidado cotidiano sea posible, digno y de calidad. (OPS, 2021)

En la formulación del PNPI, este marco se evidencia en las cinco acciones estratégicas que se proponen para asegurar la viabilidad: i) liderar e invertir; ii) centrarse en las familias y sus comunidades; iii) fortalecer los servicios; iv) hacer seguimiento a los avances; y, v) usar los datos e innovar (OPS, 2021). Estas acciones ofrecen una arquitectura de implementación pertinente para el país. Primero, establece que sin articulación, coordinación y financiamiento sostenida no es posible construir entornos favorables. Segundo, ubica a las familias y comunidades como sujetos centrales de la política. Tercero, busca fortalecer los servicios existentes y su articulación. Cuarto, coloca el seguimiento y la rendición de cuentas en un lugar central. Y quinto, promueve el uso de evidencia para adaptar y escalar intervenciones.

En el contexto ecuatoriano, el marco de cuidado cariñoso y sensible constituye una base integradora para el Plan Nacional de Primera Infancia, al articular acciones de salud, nutrición, desarrollo infantil, educación inicial, protección social y prevención de la violencia, bajo enfoques de igualdad, inclusión, interculturalidad y no discriminación. Así, este marco permite traducir el enfoque de derechos y la protección integral en una lógica clara de política pública, orientada a garantizar entornos seguros, afectivos y favorables para el desarrollo integral de niñas y niños.

Gráfico 1: Componentes del marco para el cuidado cariñoso y sensible y su implicación para el PNPI



Fuente: (OPS, 2021)
Elaboración: Equipo técnico

5. Diagnóstico

5.1. Diagnóstico de contexto general

5.1.1. Caracterización de la situación de la primera infancia

La definición del problema nacional exige, tal como plantea el marco del cuidado cariñoso y sensible, partir de una comprensión integral de las condiciones en las que se desarrollan las niñas y niños desde la concepción hasta antes de cumplir los seis años, así como de las brechas que limitan su pleno desarrollo. Por ello, el análisis de la situación de la primera infancia examina de manera articulada los factores sociales, territoriales, económicos e institucionales que configuran las oportunidades y restricciones para su desarrollo integral.

En este marco, la presente sección introduce una lectura diagnóstica orientada a identificar las principales desigualdades y privaciones que afectan a la primera infancia en el Ecuador. Las fuentes de información son la Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil – ENDI Ronda 1 (2022 - 2023) y Ronda 2 (2023 - 2024), el Censo de Población y Vivienda (2022), la ENEMDU (2025), además de información administrativa del MDH, MSP, MINEDEC, MDI (2026), así como estudios de UNICEF y BID (2025). El marco de referencia para la presentación de resultados, son los componentes del cuidado cariñoso y sensible adaptados por temática.

El objetivo es reconocer no sólo la magnitud de los desafíos, sino también su distribución inequitativa entre los diferentes grupos poblacionales y territorios, de modo que la presente política responda de manera más pertinente, equitativa y efectiva. A partir de esta entrada general, los siguientes subapartados desarrollan el análisis de la situación sociodemográfica, de salud y nutrición, desarrollo y aprendizaje y de crianza y cuidado, como dimensiones clave del problema público que aborda el PNPI.

En esta aproximación, se reconoce la vulnerabilidad específica de la niñez con discapacidad y los niños a cargo de cuidadores principales que tienen una condición de discapacidad, identificando las brechas de desarrollo que se profundizan cuando no existe una detección y certificación temprana de la condición del niño o niña.

5.1.2. Caracterización sociodemográfica

El Censo de Población y Vivienda de 2022 registró una población total de 16.938.986 personas en el país. Dentro de esta estructura demográfica, el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) identificó 3.344.947 personas menores de 12 años que representan el 19,75% del total nacional. De estas, 1.708.381 eran niños y 1.636.566 niñas. Para el grupo de edad que corresponde a primera infancia, el Censo identificó una población de 1.574.192 niños y niñas menores de 6 años de edad. Este grupo representa alrededor del 9,3%.

Desde el punto de vista de política pública, esta estructura demográfica implica que las decisiones en sectores clave, como salud, nutrición, desarrollo infantil, educación inicial, agua, saneamiento y protección, tienen efectos directos sobre una proporción sustantiva de la población nacional, con impactos potenciales en el desarrollo de un país.

Para el año 2025 y de acuerdo con la información del INEC, Ecuador registró 208.985 nacidos vivos y una tasa de natalidad de 11,5 por cada 1.000 habitantes, 0,5 puntos menos que en 2024 (12,0) (INEC, 2026a). La tasa global de fecundidad se ubicó en 1,79 hijos por mujer, por debajo del umbral de reemplazo (2,1 hijos por mujer) (INEC,2024). En cuanto a la mortalidad entre 2023 y 2024 la tasa de mortalidad infantil descendió de 9,9 a 8,9 por cada 1000 nacidos vivos, la mortalidad neonatal de 5,9 a 5,4 y la mortalidad en menores de 5 años de 12,5 a 11,4 por cada 1.000 nacidos vivos (INEC, 2025)

De acuerdo con las proyecciones poblacionales actualizadas por el INEC en 2024, se estima que para el año 2026 la población de niños y niñas de 0 hasta antes de los 6 años en Ecuador alcanzará los 1.590.731, equivalente aproximadamente al 8,72% de la población total estimada para ese año. Para el año 2030, se proyecta que la población de niños y niñas en este grupo etario se ubicará en 1.531.729, representando el 8,14% de la población total estimada (ver tabla 6). Esta tendencia se mantiene a nivel agregado como en su desagregación por sexo, evidenciando una reducción en la proporción de niños y niñas en relación con la población de hombres y mujeres (ver tabla 7).

Estas cifras reflejan una reducción en términos absolutos y en la participación relativa de este grupo etario dentro de la población total. Este escenario lejos de reducir su relevancia refuerza la necesidad de sostener y fortalecer las inversiones en primera infancia, asegurando intervenciones de calidad que potencien el desarrollo integral de esta población estratégica para el futuro del país.

Tabla 6: Proyección poblacional de niños y niñas de 0 hasta antes de cumplir los 6 años en relación con la población total para 2026 y 2030

Población total	2026	2030
0 hasta antes de los 6 años	1.590.731	1.531.729
Población Total	18.243.816	18.815.497
Porcentaje de la primera infancia (0 hasta antes de los 6 años) de la población total	8,72%	8,14%

Fuente: Proyecciones poblacionales nacionales por edades simples revisión 2024
Elaboración: Dirección de Política Pública y Presupuesto por Resultado

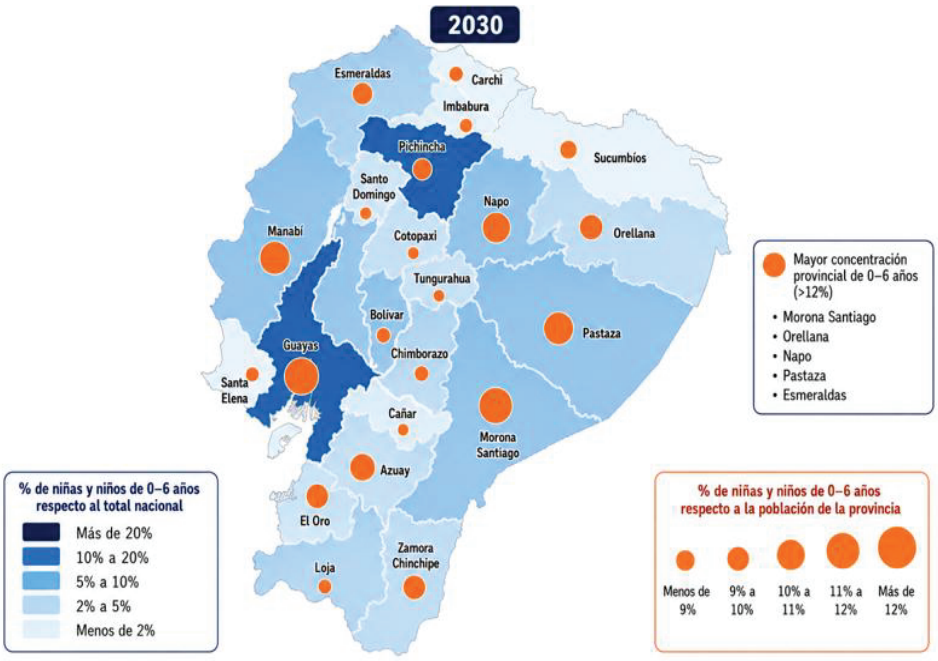
Tabla 7: Proyección poblacional de niños y niñas de 0 hasta antes de cumplir los 6 años en relación con la población total para 2026 y 2030 desagregado por sexo

Población por sexo	2026	2026	2026	2030	2030	2030
Población por sexo	0 hasta antes de cumplir los 6 años	Población Total	Porcentaje	0 hasta antes de cumplir los 6 años	Población Total	Porcentaje
Mujeres	778.595	9.196.908	8,47%	750.043	9.496.477	7,90%
Hombres	812.136	9.046.908	8,98%	781.686	9.319.020	8,39%

Fuente: Proyecciones poblacionales nacionales por edades simples desagregadas por sexo revisión 2024
Elaboración: Dirección de Política Pública y Presupuesto por Resultado

La distribución provincial presenta dos patrones. Morona Santiago, Pastaza, Orellana y Esmeraldas registran las mayores proporciones relativas de primera infancia. En términos absolutos, Guayas, Pichincha, Manabí, Los Ríos y El Oro concentran cerca del 61% de las niñas y los niños del país.

Gráfico 2: Población de 0 hasta antes de cumplir los 6 años en relación con la población total y población provincial (2030)



Fuente: Proyecciones poblacionales nacionales por edades simples revisión 2024

Elaboración: Equipo técnico

Por otro lado, la misma información del Censo de Población y Vivienda 2022 permite dimensionar la magnitud de pobreza estructural que afecta a la niñez en el país. Según el INEC, las niñas y niños de 0 a 11 años tienen la mayor incidencia de pobreza por necesidades básicas insatisfechas (NBI) de todos los grupos de edad: el 49,4% (1.651.134) vivían en 2022 en hogares con esta condición, por encima de adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores. A nivel de hogares, el mismo indicador, aunque no se restringe a aquellos con niños y niñas de la primera infancia, ofrece una referencia complementaria: en 2022, el 37,1% de los hogares del país (1.925.141) se encontraban en pobreza por NBI. Que la incidencia sea mayor en la niñez (49,4%) que en el conjunto de hogares (37,1%) es consistente con el patrón general que reporta el INEC: la pobreza por NBI disminuye a medida que aumenta la edad (INEC, 2025). Este hallazgo es particularmente relevante para el PNPI: la población que constituye su ámbito de intervención directa es, precisamente, la más expuesta a privaciones estructurales de vivienda, servicios básicos y dependencia económica, que inciden directamente en sus oportunidades de desarrollo integral en los primeros años.

En relación con la pobreza multidimensional, la tasa recoge al porcentaje de personas que viven en hogares que tienen privaciones en educación, acceso a trabajo y seguridad social, salud, agua, alimentación y hábitat y vivienda. De acuerdo con INEC, la tasa de pobreza multidimensional ha tenido un incremento desde el año 2023, donde la tasa pasó del 37,3% al 41,7% para el año 2025. Este incremento se ha dado sobre todo en el sector urbano que ha pasado de tener el 23% de pobreza al 29,9% para el mismo período.

Con el objetivo de caracterizar la evolución de las condiciones económicas de los hogares con niñas y niños menores de 6 años, se procesaron los microdatos de la Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo Anual (ENEMDU) del INEC para el período 2021-2025. Es importante señalar, que, de acuerdo con información del INEC, el grupo de 0 a 4 años es el más próximo al universo de primera

infancia, en el que en el 2024 la pobreza por ingresos en este grupo se ubicó en 36,5% y en 2025 en 32,3%, lo que representa una reducción de 4,2 puntos porcentuales en un año.

La serie histórica muestra una tendencia general de reducción de la pobreza en hogares con primera infancia, con una caída de 6,6 puntos porcentuales entre 2021 (38,9%) y 2025 (32,3%), aunque con un repunte en 2024 (36,5%) que interrumpió la tendencia decreciente antes de retomar la baja en 2025. Este comportamiento sugiere una vulnerabilidad estructural de estos hogares ante shocks económicos, dado que la pobreza en este grupo no sigue una trayectoria lineal de mejora, sino que presenta fluctuaciones que puede reflejar la precariedad de las condiciones laborales de los cuidadores principales Los coeficientes de variación de los estimados oscilan entre 2,6% y 4,0%, muy por debajo del umbral de 15% que el INEC establece como criterio de fiabilidad estadística para estimaciones de encuestas de hogares, lo que indica niveles de precisión estadística adecuados para el análisis a nivel nacional (INEC, 2025).

Tabla 8: Pobreza por ingresos en menores de 5 años 2021-2025.

Año	Pobreza en niñas y niños menores de 5 años	Coeficiente de variación
2021	38,9%	2,6%
2022	35,2%	3,2%
2023	34,8%	3,7%
2024	36,5%	3,3%
2025	32,3%	4,0%

Fuente: ENEMDU Anual 2021 - 2025, INEC.
Elaboración: Equipo técnico

Los valores anteriores evidencian que en Ecuador la mayoría de los hogares con niñas y niños de la primera infancia se encuentran en condiciones de precariedad económica y laboral que condicionan el entorno de desarrollo de estas niñas y niños.

Esta realidad evidencia una desigualdad intergeneracional significativa, en la que los niños y niñas enfrentan una mayor exposición a condiciones de privación desde el inicio de la vida. Si además, esto se suma a las brechas entre grupos etarios, se refuerza la lectura de que la pobreza continúa operando como un determinante estructural transversal que condiciona el cuidado, la protección y el desarrollo en la primera infancia. En contextos de restricción económica, las capacidades de los hogares para garantizar prácticas de cuidado, acceso a bienes esenciales, alimentación de calidad y entornos protectores se ven limitadas, reproduciendo desigualdades desde los primeros años de vida (INEC, 2024).

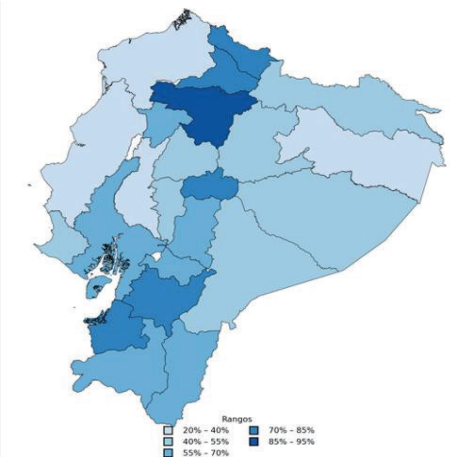
En este sentido, la pobreza infantil emerge como uno de los retos para el Plan Nacional de Primera Infancia, no solo por su magnitud, sino por su carácter persistente y desigual. Abordarla de manera integral es una condición indispensable para garantizar derechos y mejorar la efectividad de las intervenciones públicas, así como para reducir de manera sostenible las brechas en el desarrollo infantil temprano.

Las condiciones materiales de los hogares refuerzan la lectura previa. Según el INEC, en 2022, el acceso al agua por red pública a nivel nacional alcanzó el 84,2%, la energía eléctrica el 97,5%, el alcantarillado

el 65,8% y la recolección de basura el 88,7%. Utilizando la información referente a un indicador proxy de saneamiento básico (adecuada eliminación de excretas) de la segunda ronda de la ENDI, se puede identificar que el menor acceso se da en hogares de los quintiles 1 y 2 con 61,6% y 66,3% respectivamente. A nivel de región, la menor cobertura se evidencia en la Costa con el 65,3% (Segunda ronda). Estos indicadores permiten caracterizar el entorno básico en el que se desarrolla la primera infancia y resultan especialmente relevantes porque varias de las privaciones que afectan a niñas y niños surge en las condiciones de los hogares.

De acuerdo con la información del INEC (2022), a nivel provincial, en la Costa y en la Amazonía presentan los menores valores de disponibilidad completa de servicios básicos. La provisión completa incluye el agua potable, electricidad, alcantarillado y recolección de basura. Las provincias con menor acceso completo a servicios son Los Ríos (24,5%), Esmeraldas (36,1%), Orellana (36,2%), Manabí (38,7%), Bolívar (40,2%), Morona Santiago (40,2%), Sucumbíos (42,9%) y Napo (47%). Los porcentajes corresponden a la proporción de hogares con los 4 servicios especificados.

Gráfico 3: Población con disponibilidad a todos los servicios básicos



Fuente: INEC REDATAM Censo de Población y Vivienda 2022
Elaboración: Equipo técnico

En este contexto, la brecha más crítica se observa en el acceso a alcantarillado, cuya cobertura se mantiene de manera significativa por debajo del resto de servicios básicos con un valor de 65,8% a nivel nacional y 35,8% en la zona rural de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2022. Esta limitación tiene implicaciones directas sobre la salud, la nutrición y las condiciones de desarrollo infantil temprano.

Para el PNPI, esta evidencia subraya que la atención a primera infancia no puede restringirse a la provisión de servicios sociales especializados, sino que debe articularse con la agenda territorial de vivienda, agua y saneamiento, así como con la gestión local de servicios, para abordar de manera integral los determinantes estructurales que inciden en el bienestar de niñas y niños.

Es fundamental reconocer que la pobreza por NBI se agrava en los hogares con personas con discapacidad. De acuerdo con la información del INEC (2022), la pobreza por NBI para personas con necesidades funcionales es 10 puntos porcentuales más alta que en personas sin necesidades funcionales (49,1% y 39% respectivamente). Si bien este dato no corresponde a la primera infancia, se

requiere una atención integral en áreas como estimulación temprana, terapia física, psicología educativa y además del fortalecimiento de su inclusión educativa y comunitaria.

Con lo anterior se observa, que es necesario profundizar en las políticas de protección dirigidas tanto a las niñas y niños como a sus cuidadores; esto implica dimensionar que las condiciones de pobreza se exacerban debido a los altos costos de salud y a la inevitable reducción de los ingresos laborales del núcleo familiar. La falta de servicios básicos, servicios sociales y servicios de salud no solo limitan el desarrollo, sino que exacerban las complicaciones de salud de niñas y niños con condiciones crónicas, convirtiendo la pobreza en una barrera infranqueable para su bienestar e integridad.

En este contexto, se resalta que la pobreza en la primera infancia con discapacidad debe ser abordada como un determinante estructural que requiere intervenciones de protección social.

5.1.2.1. Salud y nutrición adecuada

El eje de salud y nutrición adecuada presenta una señal mixta. Existen mejoras en indicadores sensibles a intervenciones de corto plazo, como anemia, IRA y EDA, pero persisten problemas estructurales que no se modifican con la misma velocidad, especialmente la desnutrición crónica infantil[4].

En controles prenatales, el promedio durante la gestación aumentó de 7,2 a 7,5 entre las dos rondas de la ENDI (2022-2023 y 2023-2024 respectivamente), y el porcentaje de niñas y niños menores de dos años cuyas madres recibieron al menos cinco controles prenatales pasó de 87,8% a 89,9%. Este avance es positivo, pero permanece por debajo del estándar de ocho contactos prenatales recomendado por la OMS. La brecha no es solo cuantitativa, se requiere oportunidad, calidad, consejería, detección de riesgos y continuidad entre gestación, nacimiento y seguimiento del niño sano.

La vacunación mantiene coberturas altas en varios biológicos, pero muestra señales de deterioro. En la segunda ronda (2023-2024), las coberturas fueron 93,8% para rotavirus, 90,0% para neumococo, 95,4% para BCG, 90,3% para pentavalente, 80,9% para hepatitis B y 89,5% para IPV/OPV. Al comparar rondas, se observan reducciones en rotavirus, neumococo, BCG, pentavalente e IPV/OPV, mientras hepatitis B registra un incremento leve. La alerta es que una cobertura agregada aparentemente alta puede ocultar problemas de oportunidad, rezago territorial y seguimiento incompleto.

La morbilidad infecciosa presenta una mejora. La prevalencia combinada de infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas disminuyó de 62,8% a 57,3%; las IRA pasaron de 55,7% a 49,4%; y las EDA bajaron de 19,8% a 18,2%. Estas reducciones son relevantes y reflejan una tendencia positiva, pero deben interpretarse junto con estacionalidad, condiciones ambientales, saneamiento, agua segura, calidad de vivienda y acceso oportuno a atención, por lo que es imprescindible que no se separe morbilidad infantil de condiciones del entorno.

En nutrición, el hallazgo más crítico es la prevalencia de la desnutrición crónica infantil en niñas y niños menores de 5 años. El indicador se mantiene en 17,5% en ambas rondas, sin variación significativa y sin

[4] La información incluida en la sección diagnóstico corresponde sobre todo a datos de la ENDI. Durante la fase de implementación, como parte del proceso de monitoreo, seguimiento, que permita evaluar la calidad de los servicios recibidos, así como su oportunidad, pertinencia y condiciones de acceso

cambios relevantes en subgrupos (ver tabla 9). Este dato confirma que la desnutrición crónica infantil continúa siendo uno de los principales problemas estructurales de la primera infancia en el país y que no ha sido sensible, a las intervenciones desplegadas en el período de referencia. La ausencia de cambio es especialmente relevante porque se trata de un resultado acumulativo que expresa rezagos en salud, nutrición, condiciones de vida y calidad de los servicios en la etapa más temprana del desarrollo.

Tabla 9: DCI en niñas y niños menores de 5 años

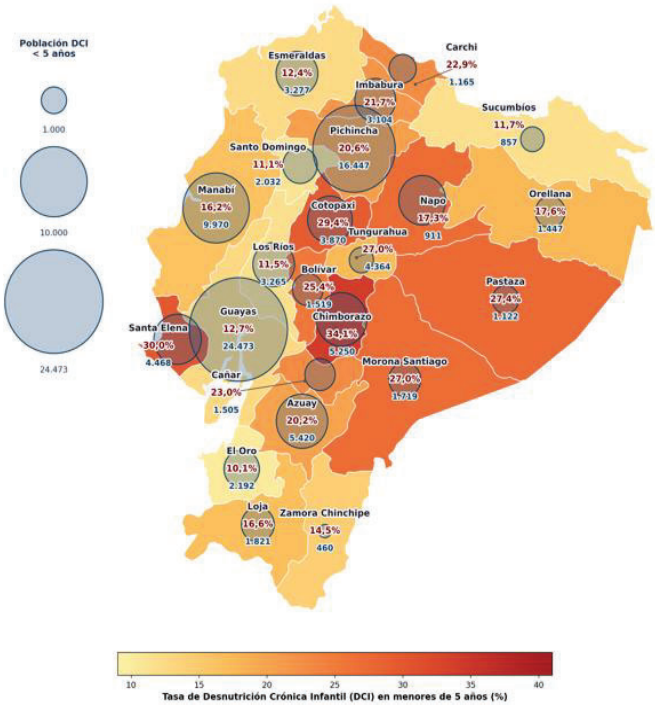
Indicador	R1	R2	Variación absoluta	Sig. 5%
Desnutrición Crónica (Z-talla < -2 DE)	17,49%	17,46%	-0,03 pp	No

Fuente: ENDI 2022 – 2024
Elaboración: Equipo técnico

Estimaciones incorporan diseño muestral complejo. No se registran cambios estadísticamente significativos en ningún subgrupo.

A nivel provincial, Chimborazo con el 34,1%, en Santa Elena con el 30%, en Cotopaxi con 29,4%, en Pastaza con 27,4%, en Morona Santiago con 27%, en Tungurahua con 27% y en Bolívar con 25,4% son las que presentan niveles elevados de desnutrición crónica infantil, con casos que duplican o se ubican muy por encima del promedio nacional. El gráfico 4 muestra la importancia de la escalabilidad para tomar acciones a nivel territorial. El mapa coroplético muestra en sus colores la prevalencia de la DCI, mientras que los círculos de concentración representan la cantidad de niños que sufren de esta condición. Esta dualidad muestra cómo las decisiones deben considerar tanto la prevalencia como el volumen para generar acciones con impacto a nivel de territorio.

Gráfico 4: DCI en menores de 5 años por provincia



Elaboración: Equipo técnico.

La anemia muestra una mejora más marcada en niñas y niños de 6 a 59 meses donde disminuyó de 38,6% a 32,0%, con una reducción de 6,62 puntos porcentuales (ver tabla 10). El descenso se observa en diversos subgrupos y en los cinco quintiles de ingreso, con contribuciones importantes de los quintiles más bajos. Esta mejora se debe sostener y profundizar para que la anemia no afecte el desarrollo cognitivo, la energía, la interacción y la capacidad de aprendizaje temprano.

Tabla 10: Prevalencia de anemia en niñas/os de 6 a 59 meses de edad

Categoría		Subgrupo	R1	R2	Variación	Contrib. %
NACIONAL		—	38,6%	32,0%	-6,62 pp	100%
Sexo		Hombre	40,4%	33,7%	-6,71 pp	47,6%
Sexo		Mujer	36,8%	30,2%	-6,57 pp	52,4%
Grupo de edad		2–4 años	36,5%	29,8%	-6,72 pp	69,6%
Grupo de edad		0–1 años	43,0%	36,9%	-6,03 pp	30,4%
Quintil		Quintil 1	43,1%	35,8%	-7,29 pp	23,0%
Quintil		Quintil 2	40,9%	31,8%	-9,09 pp	24,6%
Quintil		Quintil 3	40,3%	31,1%	-9,15 pp	27,5%
Quintil		Quintil 4	36,0%	32,0%	-4,04 pp	15,1%
Quintil		Quintil 5	32,9%	29,3%	-3,60 pp	9,8%
Etnia		Blanco	33,1%	20,4%	-12,74 pp	4,8%
Etnia		Mestizo	37,5%	30,7%	-6,80 pp	85,6%
Etnia		Indígena	48,5%	42,1%	-6,45 pp	5,0%
Región		Costa	34,4%	26,9%	-7,51 pp	61,2%
Región		Sierra	44,1%	38,3%	-5,71 pp	32,9%
Región		Amazonía	40,4%	35,4%	-5,02 pp	6,0%

Fuente: ENDI 2022 – 2024

Elaboración: Equipo técnico

El análisis nutricional también evidencia la presencia de una doble carga. De acuerdo con la ENDI, la desnutrición crónica en niñas y niños menores de 5 años permanece estancada, el sobrepeso y la obesidad muestran una leve tendencia a la reducción, de 5,5 por ciento a 5,0 por ciento. La coexistencia de desnutrición crónica con sobrepeso u obesidad en la primera infancia refleja una transición nutricional compleja y confirma que la política pública no puede abordar los problemas alimentarios desde una sola dimensión, sino que requiere un enfoque integral que considere tanto el déficit como el exceso nutricional.

En cuanto a las prácticas de alimentación, se observan resultados más favorables. La lactancia materna continua con alimentación complementaria aumentó de 46,2% a 50,0%; mientras que la diversidad alimentaria pasó de 74,5% a 79,0%. Por su parte, la lactancia materna exclusiva en niñas y niños menores de seis meses se mantuvo relativamente estable, de 51,2 % a 53,1 %. Estas tendencias sugieren avances en algunos componentes de la alimentación infantil; sin embargo, también evidencian limitaciones en términos de cobertura y desigualdad territorial. Las mejoras en alimentación complementaria y

diversidad se concentran principalmente en la Costa, especialmente en la provincia de Guayas. En el caso del indicador de diversidad alimentaria sube de 74,7% a 81,1% para la región costa.

En síntesis, la situación de salud y nutrición muestra avances parciales, pero aún enfrenta desafíos estructurales. La reducción de la morbilidad infecciosa y de la anemia, así como en la mejora en ciertas prácticas de alimentación, constituyen progresos relevantes. No obstante, la persistencia de la desnutrición crónica, la estabilidad de las condiciones perinatales, las bajas tasas de lactancia materna exclusiva y la heterogeneidad territorial de los resultados indican que el país mantiene brechas importantes en los determinantes más críticos del desarrollo infantil temprano.

5.1.2.2. Desarrollo y aprendizaje

En atención al compromiso definido en la LOPI de asegurar el desarrollo integral de las niñas y los niños, el diagnóstico amplía la mirada más allá de salud y nutrición e incorpora dimensiones de desarrollo, aprendizaje temprano, crianza, salud mental y discapacidad. Esta decisión es estratégica: una política de primera infancia centrada exclusivamente en peso, talla o controles no garantiza desarrollo integral. El desarrollo de las niñas y niños conlleva interacción, lenguaje, juego, vínculos afectivos, exploración, protección frente a violencia, inclusión y acompañamiento familiar.

La información de la ENDI en sus dos rondas permite aproximarse a estos procesos mediante indicadores de lenguaje y vocabulario, así como a través del entorno material de aprendizaje en el hogar. En conjunto, los resultados muestran que los avances aún no son generalizados y que las mejoras en capacidades tempranas de aprendizaje continúan siendo desiguales.

En el campo del lenguaje, el Test de Vocabulario en Imágenes Peabody, aplicado a niñas y niños de 43 a 59 meses, no presenta un cambio significativo a nivel nacional. El puntaje promedio pasó de 30,2 a 29,5, sin variación estadísticamente significativa. A nivel territorial, la información de la ENDI identifica una reducción significativa de 1,6 puntos en la Sierra, especialmente en provincias como Pichincha e Imbabura.

Los inventarios MacArthur-Bates muestran un comportamiento heterogéneo según la edad. En el grupo de 12 a 18 meses no se observan cambios significativos en vocabulario comprendido ni producido. En contraste, en el grupo de 19 a 30 meses registra una mejora significativa en vocabulario productivo; el promedio pasa de 16,1 a 17,5 palabras, con un incremento de 1,4 palabras. Este resultado coincide con la etapa de expansión acelerada del lenguaje y sugiere que, en esta ventana de desarrollo, podrían estar operando factores favorables. Para el grupo de 31 a 42 meses, el CDI-III permanece estable a nivel agregado, aunque con diferencias entre subgrupos.

Desde una perspectiva de política pública, estos resultados muestran que la mejora del desarrollo del lenguaje no es uniforme. Si bien existen avances en determinados grupos etarios, especialmente entre los 19 y 30 meses, no se observa una mejora consistente en el conjunto de indicadores. Esto sugiere que los efectos de las políticas y servicios de desarrollo infantil y educación inicial requieren horizontes más largos de maduración, mayor intensidad de intervención y mejores condiciones del entorno familiar y comunitario.

Por otro lado, sobre las habilidades y destrezas alcanzadas por niñas y niños al finalizar el primer grado de Educación General Básica, los resultados muestran mejoras en varios indicadores entre los períodos 2022-2023 y 2023-2024, particularmente en criterios vinculados con clasificación, diferenciación, secuencias y reconocimiento de patrones. Por ejemplo, la destreza "establece diferencias en objetos del entorno" aumentó a nivel nacional de 81,9% a 88,0%, mientras que "reproducir series de figuras geométricas" pasó de 65,2% a 73,0%. Asimismo, se observan incrementos importantes en Sierra-Amazonía en varios criterios, como "cuenta colecciones de objetos de quince a veinte unidades", que pasó de 73,2% a 85,1%, y "reproduce series de figuras geométricas", que aumentó de 64,9% a 79,0%. (INEVAL, 2024).

Sin embargo, los resultados también evidencian la persistencia de diferencias entre grupos analizados. En varios criterios, las instituciones urbanas mantienen porcentajes superiores a las rurales. Por ejemplo, en "establece semejanzas en objetos del entorno", el área urbana alcanzó 85,0 %, frente a 81,8 % en el área rural durante 2023-2024. (INEVAL, 2024).

Así mismo, el entorno de aprendizaje en el hogar presenta brechas persistentes. La disponibilidad de al menos un libro infantil disminuyó de 43,3% a 40,9% (tabla 11); la tenencia de al menos tres libros se mantuvo prácticamente estable, de 16,7% a 16,8%; y el juego con tres o más juguetes pasó de 49,6% a 49,3%. Estos valores sugieren que una proporción relevante de niñas y niños crece sin materiales básicos para favorecer el lenguaje, imaginación, interacción y exploración.

Tabla 11: Indicadores del entorno de aprendizaje en el hogar

Indicador	R1	R2	Variación absoluta	Sig. 5%
Tiene al menos 1 libro infantil	43,3%	40,9%	–2,39 pp	No
Tiene al menos 3 libros infantiles	16,7%	16,8%	+0,10 pp	No
Juega con 3 o más juguetes	49,6%	49,3%	–0,33 pp	No

Fuente: ENDI 2022 – 2024
Elaboración: Equipo técnico

A nivel nacional, ninguno de los indicadores del entorno material de aprendizaje registra cambios estadísticamente significativos entre las dos rondas de la ENDI (2023 y 2024). Sin embargo, el indicador de disponibilidad de al menos un libro infantil sí presenta reducciones significativas en subgrupos específicos: 4,06 puntos porcentuales en niñas y niños de 2 a 4 años, 6,33 puntos en el quintil de menores ingresos y 4,61 puntos en la región Costa. El contraste entre quintiles resulta particularmente revelador: mientras en el quintil de menores ingresos la disponibilidad de al menos un libro infantil descendió de 32,7% a 26,3%, en el quintil de mayores ingresos se mantuvo prácticamente estable (de 66,3% a 66,4%). Como resultado, la brecha entre ambos extremos se amplió de 33,6 a 40,1 puntos porcentuales en un solo año, lo que evidencia que la estabilidad del promedio nacional oculta un deterioro concentrado en los hogares con menores recursos.

La combinación de avances limitados en desarrollo del lenguaje y la ausencia de mejoras en el acceso a recursos sugiere que el Ecuador aún no consolida una base que permita un entorno que facilite las

oportunidades de aprendizaje, tanto en el hogar como en los servicios de desarrollo infantil y de educación inicial. Aunque existen señales positivas, estas tienden a concentrarse en hogares con mejores condiciones relativas. La información de la ENDI advierte que el enriquecimiento del entorno material sigue siendo un desafío, especialmente en hogares en situación de pobreza, áreas rurales y territorios con mayores rezagos.

Desde una perspectiva analítica, resulta clave reconocer que el desarrollo y aprendizaje temprano no depende únicamente de la disponibilidad de servicios, sino también de la calidad de las interacciones cotidianas y del acceso a materiales y oportunidades que estimulen el lenguaje, el juego y la exploración. En este sentido, la Política refuerza las acciones orientadas a promover entornos de aprendizaje en el hogar, la corresponsabilidad, la consejería a cuidadores y ampliar el acceso a materiales pertinentes según edad y contextos territoriales. En términos generales, la evidencia muestra una mejora puntual en el vocabulario de un grupo etario crítico, pero no una mejora generalizada en las capacidades lingüísticas ni en los recursos domésticos que las sostienen. Esto obliga a abordar el aprendizaje temprano como un campo de política que requiere intervenciones simultáneas sobre prácticas de cuidado, disponibilidad material, acompañamiento a familias y servicios especializados a nivel territorial.

La evidencia cualitativa y cuantitativa sobre los servicios de la Subsecretaría de Desarrollo Infantil Integral (SDII), levantada por UNICEF y el BID, complementa este diagnóstico al evidenciar que las oportunidades de aprendizaje temprano dependen también de la calidad, pertinencia y capacidad de adaptación de la oferta pública de los servicios dirigidos a la primera infancia.

En los Centros de Desarrollo Infantil (CDI), si bien los lineamientos normativos promueven la adecuación de materiales por edad, el uso de recursos culturalmente relevantes y la participación familiar, persisten limitaciones en la adaptación de la infraestructura y materiales para niñas y niños con discapacidad, así como para poblaciones indígenas y en movilidad humana, especialmente en contextos rurales y en servicios por convenio. (UNICEF y BID, 2025)

Por lo cual, la falta de recursos didácticos adaptados (macrotipos, materiales con texturas, sistemas aumentativos de comunicación) y recursos humanos especializados en estimulación temprana, impide que los niños y niñas alcancen los hitos de desarrollo esperados.

En el caso del programa CNH, se identifica una mayor flexibilidad metodológica, con un enfoque que integra juego, lenguaje, nutrición y salud. Sin embargo, también enfrenta desafíos para responder de manera efectiva a poblaciones con discapacidad, pueblos indígenas y población en movilidad humana, lo que evidencia que la calidad del aprendizaje temprano está estrechamente vinculada con la pertinencia territorial, cultural e inclusiva de los servicios. Por lo cual, la falta de talento humano con formación especializada en estimulación temprana y ajustes razonables impide que este grupo poblacional alcance los hitos de desarrollo esperados en igualdad de condiciones y sin discriminación.

El informe de UNICEF y el BID, destaca que el aprendizaje temprano mejora cuando la relación entre servicios y familias se consolida como una alianza sostenida. En los CDI, las actividades comunitarias y las mingas fortalecen la participación, la identidad colectiva y la protección integral, mientras que los reportes de progreso dirigidos a las familias incorporan, en algunos casos, recomendaciones prácticas para la estimulación temprana en el hogar (UNICEF y BID, 2025).

No obstante, la participación familiar enfrenta barreras persistentes, como horarios laborales, distancias, limitaciones de transporte y conectividad, así como contextos de inseguridad y violencia en ciertos territorios. Estos elementos son clave para evidenciar que el desarrollo y aprendizaje temprano no pueden analizarse únicamente desde los resultados de las pruebas de desarrollo infantil, sino también desde la capacidad del sistema para sostener entornos de interacción continua entre familias y servicios, que acompañen de manera cotidiana el desarrollo del lenguaje, el juego, la exploración y la socialización temprana (UNICEF BID, 2025)

En relación con la información de cobertura, hasta junio de 2026, los servicios de desarrollo infantil atienden 241.349 niños de hasta 3 años y 14.923 gestantes. Por otro lado, los servicios de educación inicial, para el período 2024-2025 atendieron 103.563 niños del grupo de 3 años y 200.510 del grupo de niños de 4 años (304.073 en total). La cobertura de atenciones de desarrollo infantil y educación inicial alcanza los 545.422 niñas y niños.

En cobertura de servicios para primera infancia, la ENDI-Ronda 2 del INEC reporta incrementos entre 2022-2023 y 2023-2024. La asistencia a CNH para menores de 3 años pasó de 22,9% a 26,3% (+3,4 p.p.) y la asistencia a CDI de 28,4% a 31,2% (+2,7 p.p.). En educación inicial, el MINEDEC reporta una tasa neta de matrícula de 58,36% en 2023-2024. En conjunto, los datos muestran avances, aunque todavía con brechas de acceso relevantes para garantizar trayectorias integrales desde el desarrollo infantil hasta la educación inicial. (MINEDEC, 2024).

5.1.2.3. Crianza, cuidado y entornos protectores

La crianza y el cuidado en la primera infancia deben entenderse como un sistema integral que articula el bienestar de las personas cuidadoras, habilidades de parentalidad, prácticas cotidianas de interacción con niñas y niños y las condiciones materiales y sociales del entorno de protección. La información de la ENDI permite aproximarse a este campo a partir de dos dimensiones. Por una parte, la atención receptiva, que incluye indicadores de depresión materna y de actividades de estimulación, y, por otro, las habilidades de parentalidad y los entornos protectores, medidos a través de variables como la disciplina violenta, el agua segura, el saneamiento y la pobreza por ingresos. En conjunto, los resultados muestran un panorama tensionado dado que se registran avances en algunos componentes del entorno protector, pero también señales preocupantes de deterioro del bienestar emocional de las cuidadoras y en las prácticas de trato hacia las niñas y niños por parte de las personas cuidadoras.

Un hallazgo importante de este apartado es el incremento de la depresión materna. La prevalencia de síntomas depresivos moderados o severos, medida mediante el PHQ-8, pasó de 17,2% a 19,4%, con un aumento de 2,25 puntos porcentuales (ver tabla 12). Se trata de uno de los pocos indicadores del diagnóstico que muestra un deterioro a nivel nacional, junto con la cobertura de vacunación en la cohorte de 12 a 23 meses, donde cinco de los seis biológicos evaluados registraron reducciones entre rondas.

Además, el cambio se concentra de manera marcada en la Costa, territorio que también ha experimentado un incremento sostenido de la violencia. La expansión de la violencia (homicidios, extorsión, desplazamiento, amenazas) genera entornos de estrés sostenido, en el que las mujeres cuidadoras se ven expuestas, directa o indirectamente, elevando el riesgo de síntomas depresivos y otros problemas de salud mental. (WHO, 2014).

De acuerdo con la información reportada por el Observatorio Ecuatoriano de Crimen Organizado, con información del Ministerio del Interior (MDI) para homicidios intencionales. Con un total de 7.033 homicidios entre una población de 18,1 millones de habitantes, se reporta una tasa de homicidios intencionales para el año 2024de 38,85 por cada 100.000 habitantes. Para ese año, 9 de las 24 provincias del Ecuador superan el promedio regional de 20,2 por cada 100.000 habitantes. Las provincias de Los Ríos (84,14), El Oro (78,94), Sucumbíos (76,0) Guayas (68,34) y Orellana (56,0) tienen las tasas de homicidio intencional más altas del país (OECO, 2024).

La información reportada por la Fiscalía General del Estado, muestra que entre el año 2024 y 2025 el número de feminicidios y otras Muertes Violentas de Mujeres (MVM) subió de 523 a 788 con un crecimiento de 50,7%. El incremento más importante en términos absolutos se da en la provincia de Guayas donde el número de estos acontecimientos sube de 230 a 376 en el mismo período (FISCALIA GENERAL DEL ESTADO, 2026).

A este contexto se suma la sobrecarga de cuidados en un escenario de inseguridad y crisis económica, las redes de apoyo como la familia extendida, servicios públicos y comunidad tienden a debilitarse, lo que incrementa la carga de trabajos no remunerados que asumen las mujeres. Esta intensificación del cuidado, en condiciones adversas, puede estar directamente asociada con un mayor riesgo de depresión materna (Maureen M Black, 2017).

Esta tendencia es especialmente preocupante, ya que la salud mental de la madre o cuidadora constituye una condición habilitante para la calidad del vínculo, la capacidad de respuesta a las señales del niño y la consistencia del cuidado diario. En consecuencia, es importante priorizar el bienestar de niñas, niños y sus cuidadores a través de una acción pública integral, intersectorial y basada en evidencia.

Tabla 12: Depresión materna (PHQ-8 mayor o igual a 10) - variación interanual y descomposición

Categoría	Subgrupo	R1	R2	Variación absoluta	Contrib. %
NACIONAL	—	17,2%	19,4%	+2,25 pp	100%
Grupo de edad	2–4 años	17,3%	20,4%	+3,09 pp	86,9%
Quintil	Quintil 5	10,9%	13,8%	+2,87 pp	17,1%
Etnia	Mestizo	16,4%	19,2%	+2,79 pp	91,7%
Región	Costa	16,0%	20,0%	+4,03 pp	91,7%

Fuente: ENDI 2022 – 2024

Elaboración: Equipo técnico

Solo subgrupos con p<0,05. Provincial: Los Ríos, Manabí, Santo Domingo de los Tsáchilas.

En materia de violencia hacia la niñez, la ENDI reporta una reducción estadísticamente significativa en el indicador combinado de cualquier tipo de violencia, que pasó de 62,6% a 59,7%. Los cambios que son estadísticamente significativos se dan en el grupo de niños de 2 a 4 años en donde existe un descenso de 75% a 71,7% y en la región Sierra en donde hay un descenso del indicador de 60% a 56,6%.

Este cambio se explica fundamentalmente por la disminución de la violencia psicológica, cuya prevalencia cayó de 53,4% a 47,4%, mientras que la violencia física no presenta cambios significativos. Estos resultados deben interpretarse con cautela, ya que puede reflejar tanto cambios reales en las

prácticas de crianza como variaciones en la disposición de los hogares a reportarlas. Aun así, la prevalencia de prácticas violentas sigue siendo alta y constituye un riesgo crítico para el desarrollo infantil.

En relación con las gestantes y madres adolescentes menores de 20 años que se mantienen dentro del sistema escolar, de acuerdo con la información del SUUSEN para diciembre de 2025, el dato es de 47,9% para el nivel nacional lo que refleja las condiciones estructurales que limitan o facilitan que las adolescentes se mantengan dentro del sistema escolar. A nivel provincial son especialmente críticos los casos de Morona Santiago (32,14%), Los Ríos (38,56%), Pastaza (40,29%) y Esmeraldas (42,73%) donde entre 6 y 7 adolescentes abandonan sus estudios en su etapa de gestación o cuando son madres. Para el año 2024 al mes de diciembre, el valor nacional fue de 46,7%. Cerca de la mitad de las adolescentes que se encuentran en etapa de gestación o son madres, abandonan el sistema escolar. La deserción escolar asociada a la maternidad adolescente constituye un mecanismo de transmisión intergeneracional de desigualdad que limita las oportunidades educativas y laborales de la madre y se asocia con mayores riesgos de pobreza, menor logro educativo y trayectorias de desarrollo más vulnerables para sus hijas e hijos.

En cuanto a las condiciones físicas del entorno protector, se observan avances en calidad del agua y saneamiento. El acceso a agua libre de E. coli en el vaso del niño mejoró de 63,3% a 69,5% (ver tabla 13), mientras que la eliminación adecuada de excretas pasó de 75,8% a 76,0%. Aunque estos resultados son positivos, es importante considerar la posible influencia de factores estacionales y ambientales, en especial en el caso del agua. En todo caso, reflejan mejoras en condiciones fundamentales del entorno cotidiano de cuidado, estrechamente vinculadas a la salud, prevención de enfermedad y condiciones de crianza.

Tabla 13: Agua libre de E. Coli en vaso

Categoría	Subgrupo	R1	R2	Variación absoluta (pp)
Nacional	-	63,3%	69,5%	6,2
Área	Urbano	74,1%	79,3%	5,2
	Rural	43,5%	51,1%	7,6
Región Natural	Sierra	74,5%	78,6%	4,1
	Costa	59,1%	66,4%	7,3
	Amazonía	32,4%	40,1%	7,7
Parroquias	Priorizadas	46,6%	54,9%	8,3
	No priorizadas	77,2%	81,4%	4,2
Quintiles	Quintil 1	50,2%	56,1%	5,9
	Quintil 2	54,1%	63,8%	9,7
	Quintil 3	62,0%	68,3%	6,3
	Quintil 4	68,9%	73,8%	4,9
	Quintil 5	77,8%	82,7%	4,9

Fuente: ENDI 2022 – 2024
Elaboración: Equipo técnico

15 subgrupos con cambio sig. Provincial: Bolívar, Cañar, Cotopaxi, Chimborazo, Los Ríos, Manabí, Pastaza, Tungurahua, Orellana, Santo Domingo, Santa Elena.

En relación con el acceso a los servicios del Registro Civil para niñas y niños hasta antes de los 5 años, los datos de la ENDI en su segunda ronda muestran una cobertura del 96,6% a nivel nacional. La cobertura para quintil 1 es de 94,6% que es el valor más bajo.

En conjunto, la situación de crianza y cuidado revela que los avances en el entorno protector coexisten con limitaciones persistentes en las condiciones de cuidado y las habilidades de crianza positiva de sus cuidadores. La mejora en agua segura y saneamiento es importante, pero no compensa el deterioro del bienestar emocional de las personas cuidadoras y la persistencia de las prácticas asociadas a distintos tipos de violencia.

Este apartado deja una implicación clara sobre la crianza y el cuidado, que deben abordarse como un campo integral de política pública, donde confluyen la salud mental, prácticas de estimulación, disciplina no violenta, acceso a servicios básicos y condiciones materiales del hogar y las atenciones especializadas para gestantes y familias. La protección efectiva de la primera infancia depende tanto de entornos físicos seguros como de relaciones de cuidado estables, sensibles y libres de violencia.

La evidencia cualitativa y cuantitativa, levantada por UNICEF y el BID, sobre los servicios de desarrollo infantil complementa este análisis, al mostrar que la calidad del cuidado no depende exclusivamente del ámbito privado/doméstico, sino también de la capacidad del sistema público para acompañar a las familias. El estudio destaca que la protección integral se sustenta en la corresponsabilidad efectiva entre Estado, familias y sociedad, y que requiere de una articulación funcional entre los servicios de salud, educación, protección social y registro civil (UNICEF BID, 2025).

En síntesis, desde esta perspectiva, la crianza y el cuidado no pueden concebirse como prácticas exclusivamente privadas, sino como procesos sostenidos por una estructura institucional que fortalece las capacidades familiares y garantiza condiciones adecuadas para configurar el ecosistema que contribuye al desarrollo infantil (UNICEF BID, 2025).

5.1.2.4. Discapacidad

El análisis sobre situación de discapacidad y atención a la primera infancia, tiene brechas de información por los retos tanto en la identificación de la discapacidad como en el registro de esta. En este contexto, en el caso de Ecuador, el Censo de Población y Vivienda 2022, identificó que el 7% de la población declaró tener mucha o total dificultad funcional permanente en al menos una esfera de funcionamiento, con mayor concentración en Cañar (10,6%), Bolívar (10,2%) y Cotopaxi (8,8%).

Por otro lado, el Registro Nacional de Discapacidades del MSP (2023) registra 5.069 niños menores de 6 años con discapacidad en Ecuador. De este registro, 61% son niños varones; por edad, 1.718 son niños de 0–3 años y 3.351 de 4–5 años. La discapacidad física (40%) y psicosocial (28%) son las más frecuentes, seguidas de la intelectual (25%). A nivel provincial, Pichincha (1.195), Guayas (926) y Manabí (791) concentran el 58% del total de niñas y niños con discapacidad. Es importante reconocer que el registro subestima la prevalencia real, pues excluye casos no certificados, especialmente en zonas rurales.

El análisis territorial revela brechas críticas en la detección temprana. Se observa una capacidad resolutiva insuficiente en el primer nivel de salud para diagnosticar discapacidades sensoriales y del desarrollo. Es imperativo integrar la detección temprana como estándar obligatorio en los controles del niño sano, vinculando estos servicios con el sistema de cuidados y protección integral.

Hallazgos territoriales

Desde la fase de preparación y diagnóstico hasta la fase de validación, la construcción del PNPI se realizó de manera participativa. En este ejercicio, las demandas que se presentaron hicieron énfasis en la necesidad de una transformación estructural del modelo de política pública para la atención a la primera infancia. La principal demanda es la construcción de un modelo integral de desarrollo infantil temprano que articule salud, nutrición, cuidado, aprendizaje y protección bajo un enfoque de derechos y ciclo de vida, superando la actual fragmentación sectorial.

De manera explícita, los actores territoriales demandan la consolidación de un Sistema Nacional de Cuidados que reconozca, redistribuya y apoye el trabajo de cuidado, incorporando un enfoque de género que reduzca la sobrecarga en mujeres y fortalezca la corresponsabilidad familiar, comunitaria e institucional. La atención requerida considera acompañamiento psicosocial, prevención de violencias y fortalecimiento de capacidades familiares y comunitarias.

En esta misma línea, se plantea la necesidad de fortalecer la gobernanza multinivel mediante una articulación clara, definición precisa de competencias y consolidación de mecanismos vinculantes de articulación entre niveles de gobierno e instituciones sectoriales. Los territorios también demandan sistemas interoperables de información, seguimiento nominal y financiamiento orientada a resultados, con mayor capacidad de respuesta territorial y pertinencia intercultural.

A partir de los hallazgos identificados, el proceso participativo plantea tres propuestas estratégicas para la construcción del PNPI. La primera es la implementación de un Modelo Integral de Desarrollo Infantil Temprano, articulado desde la concepción hasta antes de cumplir los seis años, con énfasis en los primeros 1000 días, seguimiento nominal y provisión de servicios bajo estándares de calidad, pertinencia territorial e interculturalidad.

La segunda propuesta, es la consolidación de un Sistema Nacional de Cuidados como eje estructurante de la política pública de primera infancia. Este sistema debe incorporar servicios de apoyo a cuidadoras, mecanismos de corresponsabilidad, prevención de violencia y reconocimiento del cuidado como función social y económica, integrando transversalmente el enfoque de género.

El tercer aspecto plantea el diseño de un Modelo de Gobernanza y Gestión Territorial del PNPI, basado en articulación intersectorial vinculante, fortalecimiento de capacidades locales y financiamiento orientada a resultados. Este modelo debe incorporar sistemas integrados de información, mecanismos de rendición de cuentas y estrategias de cambio social y de comportamiento encaminados a transformar prácticas de nutrición, crianza y aprendizaje.

5.1.3. Desigualdades territoriales y brechas de acceso

Las condiciones en las que nacen, crecen y se desarrollan las niñas y los niños no se distribuyen de manera homogénea en el territorio nacional. Los rezagos en salud, nutrición, desarrollo y aprendizaje, cuidado, protección, discapacidad y servicios básicos se combinan de forma distinta entre provincias y, dentro de ellas, entre áreas urbanas y rurales. Por ello, el diagnóstico territorial del PNPI busca reconocer dónde se concentran las principales brechas y qué dimensiones explican esas diferencias, sin convertir esta lectura diagnóstica en una clasificación de territorios.

La identificación de brechas se apoya en un conjunto de variables complementarias: concentración absoluta y peso relativo de la población de primera infancia, ruralidad, disponibilidad de servicios básicos y saneamiento, desnutrición crónica infantil (DCI), desarrollo y aprendizaje, cuidado y protección, salud mental y discapacidad. Estas variables cumplen funciones distintas. Algunas expresan directamente una brecha —por ejemplo, menor disponibilidad de servicios básicos o mayores rezagos en determinados resultados—, mientras que otras, como la concentración poblacional, sirven para dimensionar la magnitud potencial de la demanda y la capacidad requerida para garantizar cobertura y continuidad.

La DCI se incorpora como un indicador relevante de las condiciones acumuladas que afectan el desarrollo infantil, pero no debe utilizarse de manera aislada para definir una prioridad territorial del PNPI. Para mantener la coherencia con el Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil 2025–2030, su lectura debe integrarse con otras variables sociales, territoriales y de acceso a servicios. En consecuencia, las provincias con mayores niveles de DCI —entre ellas Chimborazo, Santa Elena, Cotopaxi, Pastaza, Morona Santiago, Tungurahua y Bolívar— se presentan como territorios donde existe una brecha nutricional relevante, sin que esa condición determine por sí sola un orden de intervención.

La información disponible permite una lectura comparativa principalmente a escala provincial. Para fines de implementación, seguimiento y gestión territorial, esta lectura deberá profundizarse, cuando la disponibilidad y calidad de los datos lo permitan, a nivel cantonal o parroquial. Esta desagregación posterior es necesaria para evitar que los promedios provinciales oculten desigualdades intraterritoriales y para vincular las brechas con la cobertura efectiva de las prestaciones del Paquete Integral de Servicios

Tabla 14: Variables para la identificación y caracterización de brechas territoriales a nivel provincial

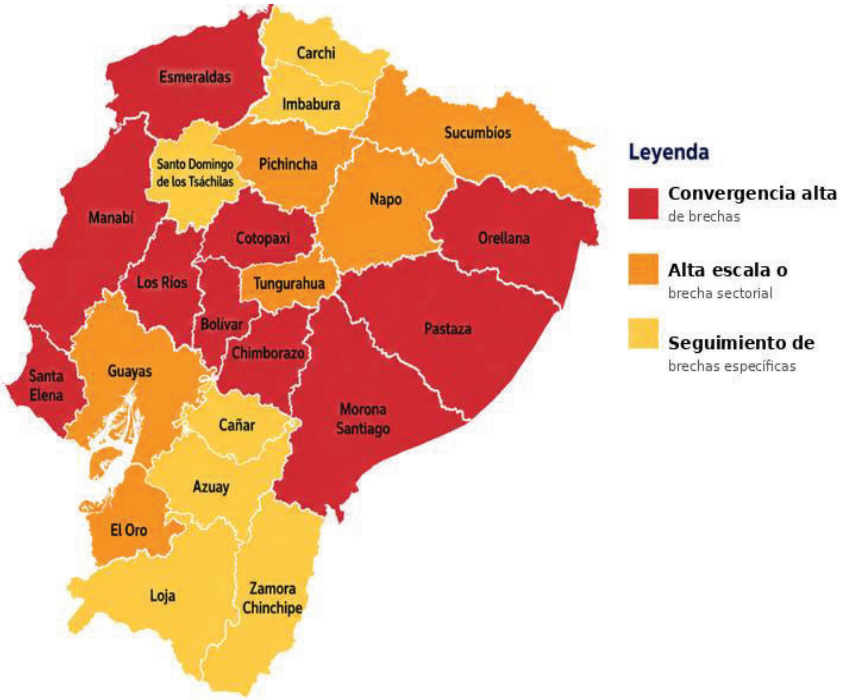
Criterio / variable	Información territorial identificada	Lectura diagnóstica
Concentración de niñas y niños en la población	Guayas, Pichincha, Manabí, Los Ríos y El Oro concentran aproximadamente el 61 % de niñas y niños del país.	La concentración poblacional no constituye una brecha por sí sola. En estas cinco provincias debe contrastarse el tamaño de la población objetivo con la cobertura efectiva, continuidad y capacidad instalada de las prestaciones del PIS. El seguimiento puede apoyarse en los indicadores sectoriales y el SUUSEN, con responsabilidades según la prestación entre MDH, MSP, MINEDEC y GAD.
Peso relativo de la primera infancia y ruralidad	Morona Santiago, Pastaza, Orellana y Esmeraldas tienen alta proporción relativa de población de primera infancia. Morona Santiago, Orellana y Pastaza presentan además mayor presencia de población rural.	La ruralidad y dispersión territorial pueden ampliar barreras de acceso y continuidad. En estos territorios conviene desagregar los indicadores de cobertura y continuidad por área urbana/rural y verificar la pertinencia territorial y cultural de la oferta. Actores de referencia: MDH, MSP, MINEDEC y GAD, según competencia.
Servicios básicos y saneamiento	Los Ríos, Esmeraldas, Orellana, Manabí, Bolívar, Morona Santiago, Napo y Sucumbíos presentan menor disponibilidad completa de servicios básicos.	En estos ocho territorios la brecha debe seguirse mediante indicadores de acceso a agua segura, saneamiento y otros servicios básicos, articulando su lectura con salud y nutrición. La planificación posterior deberá vincular las metas correspondientes con los GAD y las entidades sectoriales competentes, en coherencia con el PEI-DCI 2025–2030 cuando aplique.
Salud y nutrición	La DCI se mantiene alta en Chimborazo, Santa Elena, Cotopaxi, Pastaza, Morona Santiago, Tungurahua y Bolívar.	La DCI debe analizarse como una brecha de resultado dentro de un conjunto mayor de determinantes, no como criterio único de clasificación territorial. En estas provincias corresponde monitorear conjuntamente DCI, acceso a atenciones de salud y nutrición, agua segura y seguimiento nominal, articulando el PNPI con el PEI-DCI 2025–2030. Actores principales: MSP, MDH y GAD.
Desarrollo y aprendizaje	Persisten diferencias urbano-rurales y por condiciones socioeconómicas en resultados de desarrollo y en el acceso a materiales de aprendizaje, con mayores rezagos en hogares pobres y territorios rurales.	La brecha debe observarse desagregando resultados de desarrollo y aprendizaje, acceso a educación inicial y preparatoria, servicios de desarrollo infantil y disponibilidad de materiales en el hogar. El seguimiento territorial corresponde principalmente a MDH y MINEDEC, con articulación local cuando proceda.
Cuidado, protección y salud mental	Aumentan los síntomas depresivos maternos y persisten prácticas de violencia, contextos de inseguridad y sobrecarga de cuidado.	Estas condiciones requieren seguimiento territorial diferenciado de salud mental, violencia, activación de rutas de protección y apoyos a personas cuidadoras. El diagnóstico debe identificar dónde se concentran estos riesgos y su relación con la continuidad del cuidado. Actores de referencia: MSP, MDH y las instancias del sistema de protección de derechos.
Discapacidad	El registro de niñas y niños con discapacidad subestima la prevalencia real; Pichincha, Guayas y Manabí concentran el 58 % del registro, mientras las zonas rurales enfrentan barreras de certificación y detección.	El registro administrativo no debe interpretarse como prevalencia. El seguimiento debe diferenciar certificación, detección temprana, acceso a intervención oportuna y ajustes razonables en CDI, CNH y educación inicial y preparatoria. Actores de referencia: CONADIS, MSP, MDH y MINEDEC.

Elaboración: Equipo técnico

A partir de estas variables pueden reconocerse patrones o perfiles territoriales descriptivos. Un primer perfil muestra territorios donde convergen varias brechas; un segundo agrupa territorios con alta escala poblacional o con una brecha sectorial relevante; y un tercer perfil identifica territorios con brechas específicas que requieren seguimiento. Estos perfiles no son jerárquicos, no equivalen a niveles de prioridad del PIS y no determinan una secuencia de intervención.

La utilidad de estos perfiles es hacer visible la heterogeneidad territorial y evitar interpretaciones basadas en un único indicador. Una misma provincia puede mostrar mejores condiciones en una dimensión y rezagos importantes en otra. Por ello, el diagnóstico debe conservar una lectura multidimensional y actualizarse con información de cobertura, resultados y calidad de los servicios, incorporando desagregaciones provinciales cuando sean técnicamente viables.

Gráfico 5: Esquema descriptivo de provincias según perfiles de brechas territoriales



Elaboración: Equipo técnico

En síntesis, esta sección cumple una función diagnóstica: identifica dónde se observan brechas, en qué dimensiones se expresan y qué diferencias deben ser consideradas por el PNPI. La decisión sobre dónde intensificar o secuenciar intervenciones corresponde a la etapa de planificación e implementación y debe sustentarse en una metodología específica, transparente y articulada con los instrumentos sectoriales vigentes. Cuando sea posible, esa metodología deberá utilizar información cantonal o parroquial para aumentar su utilidad operativa.

5.1.4. Resultados de las intervenciones previas

El país ha avanzado en procesos de implementación de políticas integrales que demandan la consolidación de mecanismos intersectoriales de gestión a nivel territorial. Ecuador cuenta con la experiencia de implementación de la Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil, sobre la cual se ha socializado un documento de análisis de la Evaluación del Esquema de Articulación

Intersectorial EAI que señala algunos aciertos y fortalezas que pueden ser insumo para orientar el trabajo que se propone desarrollar en relación con la concreción de las definiciones de la Ley Orgánica de Primera Infancia. Estos hallazgos son pertinentes para ser integrados en el PNPI. (Secretaría Nacional de Planificación, 2024).

Arquitectura multinivel con asignación de funciones específicas. La existencia de cinco estructuras específicas (Comité Intersectorial, Subcomité Técnico, Consejo Consultivo, Mesas Intersectoriales Cantonales y Mesas Intersectoriales Parroquiales) para abordar la DCI en diferentes niveles. Esta organización ha permitido visibilizar la importancia de unir esfuerzos intersectoriales, promoviendo alternativas para que la política pública llegue hasta el nivel local.

Inclusión y participación de diversos actores en la gobernanza de la política, especialmente a través del Consejo Consultivo para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Infantil (CCDCI), que integra a la sociedad civil, la academia y el sector privado.

En el nivel territorial, la vinculación de actores sociales, tales como veedores comunitarios voluntarios y miembros de comités locales de salud. Las Mesas Intersectoriales Parroquiales (MIP) son consideradas un aspecto positivo y un factor de éxito para la participación comunitaria.

Coordinación entre las partes involucradas y definición de roles. Sinergia entre el nivel nacional y el local. Los roles y responsabilidades de los integrantes de cada estructura deben estar definidos y alineados con los objetivos de la Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil (ENECSDI). Además, la participación activa de autoridades de alto nivel en las estructuras nacionales asegura que las decisiones cuenten con respaldo institucional.

Enfoque Territorial y Adaptación Local. El enfoque acogido responde al principio de "No Dejar a Nadie Atrás". Las estructuras locales, Mesas Intersectoriales Cantonales MIC y Mesas Intersectoriales Parroquiales MIP, funcionan como instancias facilitadoras que identifican necesidades reales y responden a las particularidades de cada territorio y también, como mecanismos de acercamiento con la población beneficiaria en cada una de las localidades.

Herramientas Tecnológicas y de Monitoreo. Disponer del Sistema Unificado y Universal de Seguimiento Nominal (SUUSEN) para el seguimiento continuo de los beneficiarios. Este sistema permite la identificación precisa de la población objetivo y la generación de alertas tempranas para asegurar que los servicios lleguen a quienes más los necesitan.

Compromiso Operativo y foco en el mejoramiento continuo. Cumplimiento del acuerdo de trabajo constante, evidenciado, por ejemplo, en el desarrollo de reuniones frecuentes de todas las estructuras que conforman la arquitectura institucional sin restricción frente al mínimo esperado en los documentos normativos. Así mismo, se reconoce la receptividad y capacidad de adaptación y mejora continua, evidenciada en la actualización de instrumentos y metodologías como las que aplican las Mesas Intersectoriales Cantonales.

Como aspectos que deben seguirse afianzando para mantener y proyectar la estrategia, el documento resalta los siguientes puntos que necesitan ser tomados en cuenta:

Confusión en las competencias. Persisten ambigüedades legales en la articulación de competencias entre el gobierno nacional y los Gobiernos Autónomos Descentralizados, especialmente en áreas como agua, saneamiento y seguridad alimentaria.

La operatividad del esquema, especialmente a nivel territorial, refleja carencias estructurales asociadas a:

i. Déficit presupuestal permanente que afecta el funcionamiento de las mesas intersectoriales en términos de los compromisos de gestión operativa que en realidad pueden asumir las diferentes entidades que intervienen en los territorios, situación que modifica las agendas de trabajo a las que se hace seguimiento en las mesas intersectoriales.

ii. Sobrecarga y falta de incentivos: los delegados institucionales, particularmente de salud e inclusión social, manifiestan sobrecarga de tareas y, en ocasiones deben cubrir con sus propios recursos los gastos de movilidad y logística para asistir a las reuniones en los territorios más alejados.

Brechas en la Coordinación y Articulación. La comunicación entre las estructuras nacionales y locales que configuran la arquitectura institucional todavía es frágil. Se observa desconexión vertical; la comunicación es en la mayoría de los casos unidireccional (de lo nacional a lo local). Falta un flujo de retroalimentación sistemático que permita a las estructuras nacionales conocer y aprovechar las estrategias y buenas prácticas locales.

El Consejo Consultivo para la prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil opera de forma aislada del resto del sistema, sin una interacción clara con las mesas territoriales ni una incidencia real en la toma de decisiones nacional.

Equipo Humano. Con frecuencia hay rotación de las personas que integran los equipos de trabajo (autoridades y delegados) situación que altera la gestión de conocimiento y la continuidad de los procesos.

Desigualdad en el liderazgo de los Gobiernos Autónomos Descentralizados GAD. En algunos territorios hay resistencia política y desinterés, situación que debilita el liderazgo que las autoridades deben ejercer en las mesas locales.

Gestión de seguimiento nominal que permita hacer seguimiento a la atención que recibe cada niño-niña.

Los aportes del informe para estructurar el esquema de gestión de la LOPI se sintetizan en:

Base normativa que respalda la rigurosidad del trabajo a desarrollar. Es una fortaleza contar con el sustento de la Ley Orgánica para institucionalizar las estructuras de coordinación mediante una política de Estado que defina la asignación presupuestal.

Integración de los Niveles Territoriales en el Plan Nacional de Primera Infancia, considerando las Mesas Intersectoriales Cantonales MIC y las Mesas Intersectoriales Parroquiales MIP que tienen un rol importante porque son las estructuras más cercanas a la población que ayudan a asegurar la puesta de "No Dejar a Nadie Atrás".

Base legal que haga obligatoria la participación de todas las instituciones en las mesas territoriales advirtiendo que no se trata de una labor voluntaria que ponga en riesgo la efectividad y eficiencia de la gestión.

Ausencia de mecanismos vinculantes de cumplimiento, seguimiento, financiamiento y rendición de cuentas, que enfatiza en la necesidad de fortalecer la corresponsabilidad operativa, especificando instrumentos concretos de articulación entre todas las instituciones involucradas.

Conexión del Consejo Consultivo con las comunidades territoriales.

Sistema Unificado y Universal de Seguimiento Nominal SUUSEN que continúe garantizando confiabilidad y no duplicación ni distorsión de datos.

Para fortalecer la relación entre niveles, también se propone que el sistema de información asegure un mecanismo de escalamiento de alertas territoriales para que los problemas detectados en el nivel local lleguen a la instancia nacional donde se toman decisiones.

En relación con el enfoque de reducción de brechas que determina la LOPI el informe sugiere que el esquema de gestión de la Ley no solo debe buscar metas globales, sino adoptar un enfoque explícito de reducción de brechas territoriales, étnicas y socioeconómicas.

Así, la planificación nacional debe considerar las disparidades en poblaciones indígenas y rurales o personas con discapacidad para asegurar que el Paquete Integral de Servicios (PIS) se adapte a las realidades culturales y geográficas específicas identificadas en los diagnósticos.

El informe concluye, que la aplicación del esquema de articulación intersectorial aplicado en la Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil todavía tiene desafíos en cuanto a: coordinación efectiva entre sectores, integración operativa de servicios y fortalecimiento de la gestión territorial.

Teniendo en cuenta que el alcance del Plan Nacional de Primera Infancia tiene un horizonte más amplio porque involucra a salud, nutrición, educación inicial, cuidado, protección, discapacidad, identidad, violencia, gestión de riesgos y entornos protectores, el aprendizaje central, resalta, que se deben establecer acuerdos de corresponsabilidad, coordinación, financiamiento, interoperabilidad y toma de decisiones vinculantes.

Con el propósito de recopilar experiencias y lecciones de escenarios internacionales que contribuyan con la formulación del Plan Nacional de Primera Infancia PNPI, se estableció como necesidad, la identificación de las características de los procesos de gestión de atención integral a la primera infancia en cuatro países de la región sobre los cuales existen referencias acerca de sus logros frente a la consolidación de una trayectoria de ejecución de una política pública para garantizar los derechos de las niñas y los niños de la primera infancia.

Los cuatro países seleccionados fueron: Colombia, Chile, Perú y Uruguay. En cada uno se revisaron aspectos relacionados con la estructura del diagrama de causas y efectos que construyó el equipo líder del diseño del Plan Nacional de Primera Infancia en Ecuador. De este modo, se buscó extraer

aprendizajes alrededor de: marco normativo, gobernanza y planeación y oferta de servicios dirigidos a las niñas, niños y sus familias.

Del análisis realizado se concluyó, que no hay rutas estandarizadas ni modelos específicos que sean replicables, sino que cada país construye de acuerdo con sus características, comprensiones, fortalezas y prioridades un camino que, sustentado en el enfoque de derechos humanos, le permita asegurar el desarrollo integral de las niñas y los niños de la primera infancia.

En todos los casos se observó, que el camino se delinea, se despeja y se enriquece en un ejercicio paulatino que conlleva principalmente, visibilidad y reconocimiento de actores, disposición para el diálogo, intercambio de ideas, inquietudes y aprendizajes, análisis de situaciones a resolver para transformar las situaciones de vulnerabilidad que viven las niña, los niños y sus familias, asignación de responsabilidades, construcción de un marco normativo y técnico específico en el que predomina la concertación para actuar bajo esquemas de articulación y coordinación interinstitucional e intersectorial que comparten el objetivo común de asegurar el desarrollo integral de las niñas y los niños.

Dentro de los aprendizajes destacados, se incluyen los siguientes:

Establecer una gobernanza intersectorial de alto nivel, con liderazgo político, conducción técnica y capacidad efectiva de seguimiento. La experiencia de Colombia muestra que la existencia de una instancia intersectorial con respaldo normativo, como la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia, facilita la definición de acuerdos comunes entre sectores y la articulación entre la nación y los territorios para asegurar la generación de condiciones que promuevan el desarrollo infantil.

Chile, evidencia la importancia de contar con una institucionalidad robusta que vincule protección social, salud, educación y gestión con coordinación intersectorial en el contexto local, fortaleciendo redes territoriales y sistemas de información.

Para Ecuador, esto supone, por ejemplo, precisar el rol de respaldo político de la Vicepresidencia de la República ante de la definición de la agenda de trabajo; el liderazgo técnico del Ministerio de Trabajo y Desarrollo Humano como instancia responsable de organizar la coordinación intersectorial, convocar a los sectores, hacer seguimiento a compromisos y asegurar que las decisiones del Plan se traducen en orientaciones operativas que se evidencian en los territorios.

La apuesta de integralidad de la atención se concreta en un instrumento ordenador que define las atenciones que deben recibir las niñas y los niños según su edad, condición, territorio y situación de vulnerabilidad. La Ruta Integral de Atenciones de Colombia, el Catálogo de Prestaciones de Chile Crece Más y el Paquete Integrado de Servicios Priorizados de Perú muestran distintas formas de organizar la oferta pública alrededor de la trayectoria de desarrollo de cada niña y niño. En el caso ecuatoriano, esta lección sugiere avanzar en la definición progresiva de un Paquete Integral de Servicios que incluya salud y nutrición adecuada, cuidado sensible, crianza, aprendizaje temprano, protección, identidad y acompañamiento familiar, con responsables institucionales definidos, estándares mínimos de calidad y mecanismos de seguimiento nominal.

La sostenibilidad de la gestión está soportada en la vinculación entre la planeación, la asignación de presupuesto y la verificación de resultados. Perú ofrece una referencia particularmente relevante por la articulación entre presupuesto orientado a resultados, metas territoriales, incentivos institucionales y

seguimiento del desarrollo infantil temprano. Esta experiencia demuestra que la sostenibilidad de las políticas de primera infancia depende de la capacidad de relacionar la teoría de cambio, los servicios priorizados, las fuentes de financiamiento y los indicadores de resultado.

En el caso de Ecuador, se sugiere que el PNPI incorpore desde su diseño una matriz de correspondencia entre objetivos, líneas estratégicas, metas, indicadores, responsables y fuentes de financiamiento, de manera que la implementación no dependa únicamente de acuerdos generales, sino de compromisos verificables con una estrategia de seguimiento y monitoreo.

El seguimiento a la efectividad de la gestión de una política integral requiere sistemas de información confiables, seguimiento nominal (niño a niño), la participación de actores clave, incluidas las familias.

Colombia, Chile y Perú han desarrollado mecanismos que permiten identificar brechas de atención, generar alertas y hacer seguimiento a niñas, niños y familias. Uruguay, mediante la Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud y otros instrumentos de seguimiento, muestra la importancia de contar con evidencia periódica para ajustar las decisiones de política.

En este sentido, Ecuador cuenta con aprendizajes valiosos derivados de la agenda de desnutrición crónica infantil y de los desarrollos asociados al seguimiento nominal a través del SUUSEN. El desafío del PNPI consistiría en ampliar esa capacidad para incorporar otras dimensiones del desarrollo integral, tales como aprendizaje temprano, calidad del cuidado, protección, participación familiar y acceso a servicios de educación inicial.

La articulación nivel central– territorio y el fortalecimiento de la operación para responder a las características de cada contexto local, visibilizando las situaciones de las niñas, niños y sus familias son pilares que dan viabilidad a la gestión, considerando criterios de equidad, calidad y pertinencia.

Las experiencias de Colombia, Chile, Perú y Uruguay muestran que la implementación efectiva ocurre cuando los gobiernos locales, las redes comunitarias y los equipos territoriales cuentan con orientaciones claras, información útil y capacidades para gestionar la oferta disponible.

En Ecuador, esto supone fortalecer la relación con los Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD), definir mecanismos de coordinación entre el nivel nacional y local, y reconocer la diversidad territorial, cultural y lingüística del país. La Amazonía, las zonas rurales, los territorios indígenas, las áreas urbanas con alta vulnerabilidad y los contextos de movilidad humana requieren respuestas diferenciadas, flexibles e interculturales. Trabajo que combina fortalecimiento simultáneo en cobertura y calidad. Esto implica, definir estándares, indicadores, fortalecimiento de los equipos de trabajo y estrategias de seguimiento y evaluación para tomar decisiones que representen mejoras continuas.

En relación con este aspecto, el PNPI de Ecuador debe incorporar criterios de calidad asociados no solo a infraestructura, dotación o cumplimiento administrativo, sino también a la calidad de las interacciones, la pertinencia cultural, la seguridad y protección, el acompañamiento a familias, la inclusión de niñas y niños con discapacidad y la capacidad de los servicios para promover aprendizaje y bienestar. Esta recomendación es especialmente relevante para fortalecer modalidades familiares, comunitarias, institucionales e interculturales, así como para robustecer estrategias como Creciendo con Nuestros Hijos CNH mediante equipos con capacidades complementarias en desarrollo infantil, nutrición, salud, protección y trabajo social.

Uruguay aporta una lección significativa sobre el acompañamiento familiar y la proximidad territorial. El Programa de Acompañamiento Familiar y la estrategia de visitas domiciliarias realizadas por equipos interdisciplinarios muestran que las familias requieren apoyos concretos, oportunos y culturalmente pertinentes para fortalecer prácticas de cuidado, crianza y estimulación temprana.

A Ecuador, esta experiencia le sugiere que el PNPI integre una estrategia de acompañamiento familiar que articule visitas domiciliarias, orientación en crianza, seguimiento nutricional, promoción del aprendizaje temprano, prevención de violencias y activación de rutas de protección. En territorios con mayores brechas, esta estrategia podría convertirse en una de las principales herramientas para conectar la oferta institucional con las necesidades reales de los hogares.

A partir de las lecciones resaltadas, se puede sintetizar, que el PNPI en el Ecuador debe incluir al menos cinco decisiones estratégicas que han sido identificadas durante la fase de diagnóstico y de validación: fortalecer una gobernanza intersectorial con liderazgo político y técnico; definir un paquete integral de servicios organizado alrededor de la trayectoria de niñas y niños; vincular metas, presupuesto y seguimiento; acompañar en los territorios los esquemas operativos con enfoque intercultural y de equidad; y fortalecer la calidad de los servicios y el acompañamiento familiar. Con estas decisiones, la LOPI se traducirá en una política pública viable, evaluable y sostenible, que garantice la ampliación de oportunidades para evidenciar el desarrollo integral de la primera infancia y reducir las desigualdades desde los primeros años de vida.

5.2. Identificación de los determinantes del problema público

5.2.1. Formulación del problema público

“Las niñas y niños en primera infancia no cuentan de manera equitativa, oportuna, continua y pertinente con las condiciones, cuidados, servicios y entornos necesarios para garantizar su desarrollo integral, situación que se profundiza en contextos de pobreza, exclusión, violencia, discapacidad, ruralidad, dispersión territorial y pertenencia a pueblos y nacionalidades.”

Este problema trasciende la cobertura de servicios. Se relaciona con la capacidad del Estado, las familias y las comunidades para garantizar condiciones adecuadas de desarrollo infantil temprano. Involucra la disponibilidad, accesibilidad, calidad y pertinencia de los servicios; la existencia de entornos seguros y protectores; y el fortalecimiento de capacidades familiares y comunitarias que permitan asegurar el ejercicio pleno de derechos desde la concepción y durante los primeros años de vida.

5.2.2. Determinantes estructurales, intermedios e inmediatos

Los determinantes estructurales se relacionan con condiciones persistentes que limitan el desarrollo integral de la primera infancia. La pobreza y la desigualdad restringen el acceso de las familias a oportunidades, servicios y condiciones adecuadas de bienestar. La fragmentación de la política pública, las limitaciones presupuestarias y la debilidad en la aplicación del enfoque territorial reducen la capacidad estatal para ofrecer respuestas integrales y sostenibles.

A ello se suman prácticas socioculturales excluyentes, estereotipos de género y formas de discriminación que perpetúan barreras para el ejercicio de derechos. La inseguridad alimentaria y la exposición a amenazas de origen natural y antrópico incrementan la vulnerabilidad de las familias y comprometen las oportunidades de desarrollo desde los primeros años de vida.

En relación con los determinantes intermedios se encuentran la falta de acceso, pertinencia, territorialidad y calidad de servicios; la limitada interoperabilidad de sistemas; los deficientes mecanismos de evaluación y seguimiento; el uso insuficiente de herramientas de planificación para la toma de decisiones; la superposición de roles y competencias; la baja coordinación interinstitucional y con los GAD; el déficit de talento humano; y las limitaciones operativas para implementar políticas públicas en territorio.

El proceso participativo en su fase diagnóstica incorporó además factores emergentes que deben ser considerados en la formulación del PNPI, como la limitación en la planificación frente a la movilidad humana y sus efectos en los núcleos familiares, la deficiente atención a las realidades de la discapacidad y el desconocimiento de las consecuencias del uso de dispositivos digitales en la crianza de niñas y niños.

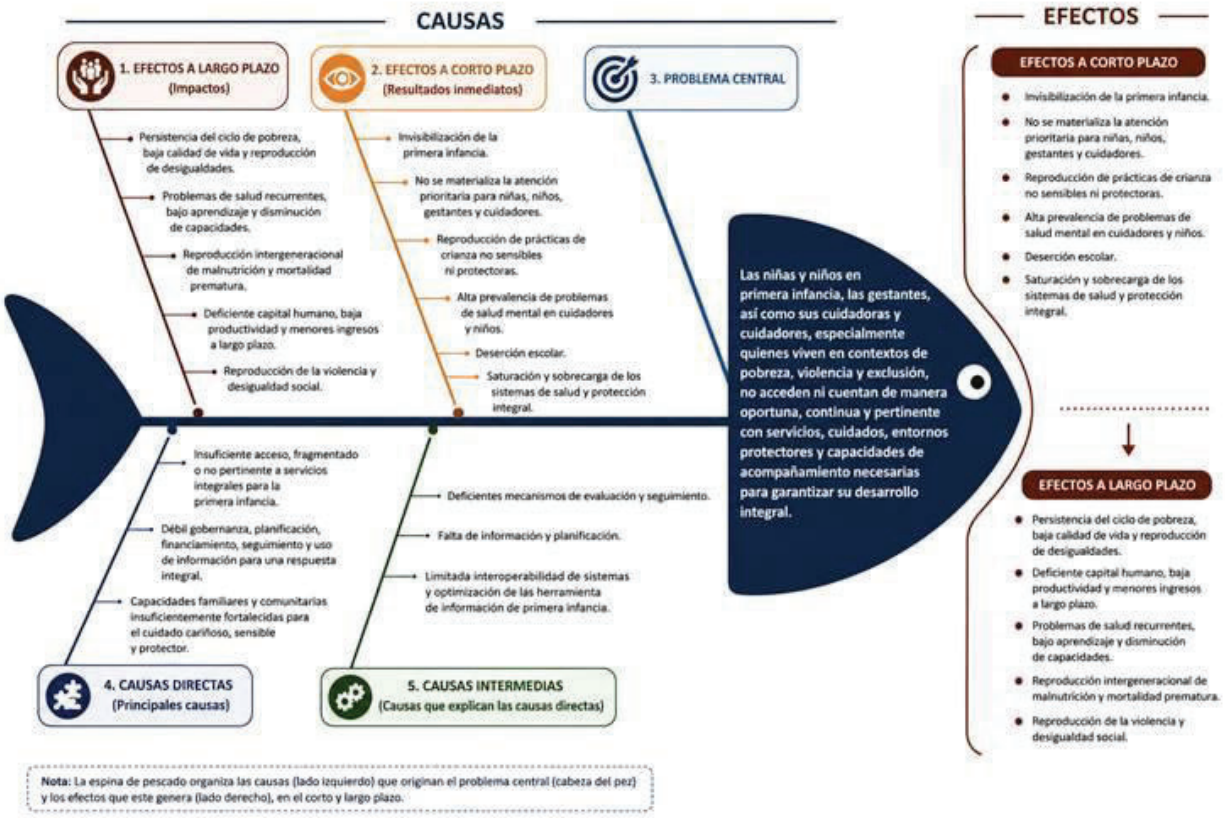
Diagrama de causas y efectos

El diagrama de causas y efectos evidencia que las brechas que afectan a la primera infancia son resultado de la interacción de factores estructurales, institucionales, territoriales, familiares y comunitarios que se refuerzan mutuamente. La pobreza, la desigualdad, la fragmentación institucional y las capacidades familiares limitadas dificultan el acceso a servicios de calidad y a entornos protectores, generando efectos que perpetúan las mismas condiciones de vulnerabilidad.

Frente a esta realidad, el PNPI requiere una respuesta integral de política pública que fortalezca la gobernanza, mejore la articulación y calidad de los servicios, potencie las capacidades de las familias y comunidades, reduzca las brechas territoriales e incorpore enfoques de derechos, género, interculturalidad, pertinencia cultural, discapacidad y ciclo de vida para garantizar el desarrollo integral de todas las niñas y niños.

A continuación, se presenta el diagrama de causas y efectos que ha sido identificado:

Gráfico 6: Diagramación de causas y efectos del Plan Nacional de Primera Infancia



Elaboración: Equipo Técnico

5.2.3. Principales nudos críticos y brechas estructurales

El diagnóstico desarrollado en las secciones precedentes permite sintetizar las brechas que explican el problema público en cinco nudos críticos y dos brechas estructurales transversales. Esta síntesis no introduce elementos nuevos: organiza la evidencia ya presentada según la jerarquía de determinantes —estructurales, intermedios e inmediatos— identificada en la sección 5.2.2 y en el diagrama de causas y efectos, y la conecta de manera explícita con los objetivos que el Plan se propone alcanzar. Cada nudo crítico corresponde a un punto de la cadena causal en el que la interacción de determinantes concentra el mayor potencial de transformación, y cada uno anticipa la respuesta que el objetivo general y los objetivos específicos del PNPI despliegan en el capítulo de propuesta.

La priorización de estos nudos no es un ejercicio exclusivamente técnico-documental: se construyó y validó de manera participativa. En la fase de diagnóstico, las mesas y talleres territoriales realizados en Quito, Cuenca, Riobamba, Guayaquil y Tena —con 238 participantes de instituciones públicas, gobiernos autónomos descentralizados, sociedad civil, academia, cooperación internacional y personas usuarias— se organizaron en cuatro ejes de trabajo (nutrición adecuada y salud; crianza y cuidados;

crianza y aprendizaje; y gestión para la primera infancia) y trabajaron sobre las problemáticas previamente identificadas por el equipo técnico, con el mandato de validarlas, complementarlas y priorizar los desafíos específicos de cada territorio. Ese ejercicio permitió contrastar la evidencia estadística nacional con el conocimiento situado de los actores locales, incorporar factores emergentes que el diagnóstico documental no capturaba —como los efectos de la movilidad humana en los núcleos familiares, las brechas de atención a la discapacidad y las consecuencias del uso de dispositivos digitales en la crianza— y confirmar la relevancia transversal de los determinantes que finalmente se sintetizan en estos nudos. La priorización definitiva aplicó tres criterios combinados: la incidencia transversal de cada determinante en los resultados de desarrollo integral, su capacidad para explicar las brechas observadas en el diagnóstico y la necesidad de una respuesta intersectorial para abordarlo. Los nudos que se presentan a continuación son los que satisfacen simultáneamente los tres criterios, con el respaldo de la evidencia cuantitativa y de la validación territorial.

Nudo crítico 1. La atención a la salud y el bienestar no logra convertir cobertura en resultados sostenidos. El primer nudo se ubica en la articulación entre los determinantes intermedios del sistema de salud y los determinantes inmediatos de los hogares. El diagnóstico muestra avances reales —los controles prenatales aumentaron, la anemia descendió 6,6 puntos porcentuales y la morbilidad infecciosa se redujo—, pero también señales de fragilidad que impiden consolidar esos logros: las coberturas de vacunación se deterioraron en cinco de los seis biológicos evaluados, el promedio de controles prenatales permanece por debajo del estándar de ocho contactos recomendado por la OMS y la depresión materna se incrementó de 17,2% a 19,4%, constituyéndose en uno de los pocos indicadores del diagnóstico que empeora a nivel nacional. La brecha no es solo de acceso, sino de oportunidad, calidad, continuidad entre gestación, nacimiento y seguimiento del niño sano, y de atención al bienestar emocional de quienes cuidan. Este nudo explica por qué los resultados de salud no se modifican a la velocidad que la cobertura sugeriría, y fundamenta directamente el primer objetivo específico del Plan: asegurar el acceso universal y continuo a servicios integrales de salud física, mental y psicoemocional, con detección temprana, referencia oportuna, seguimiento nominal y calidad de la atención.

Nudo crítico 2. La nutrición adecuada permanece como un resultado estructural insensible a las intervenciones desplegadas. El segundo nudo concentra la expresión más visible de la acumulación de determinantes: la desnutrición crónica infantil se mantiene estancada en 17,5% en ambas rondas de la ENDI, sin variación significativa en ningún subgrupo, con provincias como Chimborazo (34,1%), Santa Elena (30,0%) y Cotopaxi (29,4%) que duplican el promedio nacional, y coexistiendo con una doble carga de sobrepeso y obesidad. La persistencia de este resultado —que resume rezagos en salud, alimentación, condiciones de vida y calidad de servicios en la etapa más temprana del desarrollo— evidencia que las intervenciones sectoriales aisladas no alcanzan a modificar los determinantes compartidos de la nutrición: la inseguridad alimentaria de los hogares, la calidad del agua y el saneamiento, las prácticas de lactancia y alimentación complementaria, y la protección social. Este nudo fundamenta el segundo objetivo específico del Plan, que articula salud, nutrición, alimentación, agua segura, saneamiento, protección social y acompañamiento familiar como una intervención integral y no como servicios separados.

Nudo crítico 3. Las capacidades familiares y comunitarias para el cuidado cariñoso y sensible se debilitan en lugar de fortalecerse. El tercer nudo se sitúa en los determinantes inmediatos del hogar y

la comunidad. El diagnóstico documenta un panorama tensionado: mientras mejoran las condiciones físicas del entorno (el agua libre de E. coli pasó de 63,3% a 69,5%), se deteriora el bienestar emocional de las personas cuidadoras y persisten prácticas de crianza violentas que, pese a la reducción de la violencia psicológica, afectan aún a seis de cada diez niñas y niños. El entorno material de aprendizaje en el hogar no mejora —la disponibilidad de al menos un libro infantil descendió de 43,3% a 40,9%, con una brecha entre quintiles extremos que se amplió de 33,6 a 40,1 puntos porcentuales en un año— y la sobrecarga de cuidado recae sobre las mujeres en un contexto de inseguridad y crisis económica que debilita las redes de apoyo. Este nudo fundamenta el tercer objetivo específico del Plan: fortalecer el cuidado sensible y receptivo no como una exigencia a las familias, sino como la construcción de capacidades, redes locales y entornos protectores que sostengan vínculos afectivos, parentalidad positiva y corresponsabilidad del cuidado.

Nudo crítico 4. Las oportunidades de aprendizaje temprano no se generalizan ni se sostienen en trayectorias continuas. El cuarto nudo articula los determinantes intermedios de la oferta de servicios con los inmediatos del hogar. La evidencia muestra avances puntuales —la mejora del vocabulario productivo entre los 19 y 30 meses, los progresos en destrezas al finalizar el primer grado— junto a un estancamiento del conjunto: el Test Peabody no registra cambios significativos, la tasa neta de educación inicial se ubica en 58,4% y persisten brechas urbano-rurales en las destrezas alcanzadas. La calidad del aprendizaje temprano depende de condiciones que el sistema aún no garantiza de manera uniforme: talento humano con formación en estimulación temprana, materiales adaptados para niñas y niños con discapacidad y pertinencia cultural y territorial de la oferta, continuidad entre los servicios de desarrollo infantil y el sistema educativo, y alianzas sostenidas entre servicios y familias. Este nudo fundamenta el cuarto objetivo específico del Plan: garantizar oportunidades para el aprendizaje desde la concepción y durante toda la primera infancia, con experiencias continuas, inclusivas, accesibles y de calidad.

Nudo crítico 5. La seguridad y la protección integral enfrentan un entorno de violencia creciente que vulnera derechos y debilita todos los demás resultados. El quinto nudo condensa la interacción entre determinantes estructurales —pobreza, inseguridad, desigualdad— y los mecanismos de protección. El diagnóstico registra un contexto de violencia en expansión (la tasa de homicidios intencionales alcanzó 38,85 por 100.000 habitantes en 2024, con nueve provincias por encima del promedio regional, y las muertes violentas de mujeres crecieron 50,7% entre 2024 y 2025), que genera entornos de estrés sostenido para las familias cuidadoras y riesgos directos para la niñez. A ello se suman la deserción escolar de las gestantes y madres adolescentes —cerca de la mitad abandona el sistema educativo, con provincias donde la proporción supera el 60%— como mecanismo de transmisión intergeneracional de la desigualdad, y las brechas en la detección temprana y atención de la discapacidad, con un registro que subestima la prevalencia real y una capacidad resolutiva insuficiente en el primer nivel de salud. Este nudo fundamenta el quinto objetivo específico del Plan: garantizar la seguridad y protección integral mediante entornos libres de violencia, rutas de protección, inscripción oportuna, acceso a justicia y eliminación de barreras administrativas, geográficas y culturales.

Brecha estructural transversal 1. La pobreza y la desigualdad condicionan todos los resultados de la primera infancia. Por encima de los cinco nudos, el diagnóstico identifica una primera brecha estructural que opera como determinante compartido de todos ellos: las niñas y niños de 0 a 11 años

presentan la mayor incidencia de pobreza por necesidades básicas insatisfechas de todos los grupos etarios (49,4%), la pobreza multidimensional se incrementó de 37,3% a 41,7% entre 2023 y 2025, y los hogares con primera infancia muestran una vulnerabilidad estructural ante shocks económicos, con fluctuaciones que interrumpen la tendencia de mejora. Las condiciones materiales refuerzan esta brecha: el acceso a alcantarillado es de apenas 35,8% en la zona rural y ocho provincias concentran la menor disponibilidad completa de servicios básicos. Esta brecha no se resuelve con un servicio adicional, sino con la articulación de protección social, vivienda, agua y saneamiento que el objetivo general del Plan reconoce al exigir una respuesta "integral, intersectorial, territorial, pertinente, inclusiva y sostenible".

Brecha estructural transversal 2. La capacidad institucional del Estado no está a la altura de la integralidad que el problema exige. La segunda brecha estructural corresponde a los determinantes intermedios del sistema y recoge las lecciones de la experiencia ecuatoriana de articulación intersectorial: la fragmentación de la política pública, la superposición de competencias entre el gobierno nacional y los GAD, el déficit presupuestal permanente de las mesas intersectoriales, la comunicación vertical unidireccional sin retroalimentación territorial, la rotación de equipos que interrumpe la continuidad, la limitada interoperabilidad de los sistemas de información y la ausencia de mecanismos vinculantes de cumplimiento, seguimiento y financiamiento. En este último punto, la brecha es particularmente crítica: sin información nominal interoperable entre las instituciones no es posible verificar la concurrencia de las prestaciones sobre cada niña y cada niño, identificar a quién falta qué atención, ni activar respuestas oportunas frente a las brechas que el propio diagnóstico documenta. La interoperabilidad de los sistemas de información —con el SUUSEN como plataforma articuladora— es, en consecuencia, la condición técnica sin la cual la integralidad que exige el problema público no puede operar en la práctica. Esta brecha explica por qué las intervenciones sectoriales, aun cuando son técnicamente correctas, no producen resultados integrales ni sostenidos. Su superación es la condición habilitante de todo el Plan y se traduce en los cuatro ejes de soporte que acompañan a los objetivos específicos: gobernanza y articulación intersectorial, seguimiento e información, fortalecimiento de capacidades institucionales y financiamiento y presupuesto.

En síntesis, los cinco nudos críticos ordenan la evidencia del diagnóstico según la cadena causal del problema público y anticipan, uno a uno, los cinco objetivos específicos del Plan; las dos brechas estructurales transversales —la pobreza y desigualdad que condiciona todos los resultados, y la capacidad institucional que determina la viabilidad de la respuesta— fundamentan la arquitectura del objetivo general y de los ejes de soporte. Esta correspondencia entre diagnóstico y propuesta se desarrolla en términos de líneas causales, garantiza que el PNPI no sea un catálogo de buenas intenciones, sino una respuesta causalmente fundamentada: cada objetivo del Plan responde a un nudo crítico documentado, y cada nudo crítico encuentra en el Plan una respuesta específica, medible y con responsables definidos.

5.3. Identificación y caracterización de la población objetivo

Población objetivo:

Mujeres gestantes y niñas y niños desde el nacimiento hasta antes de cumplir seis años, en el marco del desarrollo integral durante la primera infancia.

Población vinculada/corresponsable:

Familias, madres, padres y personas cuidadoras, comunidades y actores institucionales y territoriales que participan en la provisión de cuidados, protección, servicios y condiciones habilitantes.

6. Propuesta

6.1. Base científica para la propuesta

Como se anotó en un apartado anterior, desde la etapa de preparación y diagnóstico del Plan, se optó por la utilización del Marco del Cuidado Cariñoso y Sensible, considerando que el mismo está basado en evidencia científica y que utiliza una aproximación integral para la definición de respuestas y políticas públicas para la atención a la primera infancia. En este contexto, el proceso de definición de alternativas se basa en la evidencia científica de respaldo del marco del cuidado cariñoso y sensible (Chan et al., 2017; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021).

La base científica de dicho Marco muestra que el desarrollo infantil resulta de la interacción dinámica entre la biología y las experiencias. Durante el embarazo y los primeros tres años se establecen componentes fundamentales de la salud, el bienestar, el aprendizaje y la productividad futura. El cerebro del recién nacido contiene casi todas las neuronas que tendrá durante la vida y, hacia los dos años, ha formado un número extraordinario de conexiones en respuesta al entorno y, de manera especialmente importante, a las interacciones con las personas cuidadoras (Black et al., 2017; Lagercrantz, 2016; Shonkoff et al., 2012).

Las experiencias tempranas no actúan únicamente sobre el desarrollo cognitivo. También influyen en la salud física y mental, el lenguaje, la regulación emocional, el comportamiento, las relaciones sociales y la capacidad posterior para aprender y participar en la sociedad. La evidencia longitudinal incluida en el Marco documenta efectos de las intervenciones tempranas sobre la salud adulta, la escolaridad, los ingresos y la transmisión intergeneracional de oportunidades (Britto et al., 2017; Campbell et al., 2014; Gertler et al., 2014; Heckman, 2006; Hoddinott et al., 2008; Richter et al., 2017).

La adversidad grave y persistente, cuando no existen apoyos protectores, puede alterar el desarrollo neurológico y psicológico. La prematuridad, el bajo peso al nacer, la mala nutrición materna e infantil, la enfermedad, la exposición a sustancias tóxicas, la violencia, el maltrato, la depresión de las personas cuidadoras, la falta de estimulación y la pobreza suelen acumularse y reducir la capacidad familiar para responder de manera afectuosa y oportuna (Black et al., 2017; Jordans & Tol, 2015; Sameroff, 2010; Shonkoff et al., 2012; van IJzendoorn et al., 2011).. En consecuencia, las alternativas de solución no pueden limitarse a una prestación aislada ni a un único sector. (Shonkoff & Garner, 2012).

El Marco denomina cuidado cariñoso y sensible al conjunto de condiciones que permiten asegurar buena salud, nutrición adecuada, protección y seguridad, atención receptiva y oportunidades para el

aprendizaje temprano. Estas condiciones se producen mediante políticas, programas, servicios, comunidades empoderadas y capacidades fortalecidas de las familias y las personas cuidadoras (Britto et al., 2017; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021; Richter et al., 2017).

En este escenario, las alternativas planteadas, que corresponden a la evidencia científica del marco del cuidado cariñoso y sensible, se relacionan con el cumplimiento o no de condiciones que facilitan el desarrollo integral de niñas y niños antes de los 6 años. Estas, además, reconocen la importancia de las acciones integrales e intersectoriales (Britto et al., 2017; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021).

Tabla 15: Criterios para la implementación del PNPI

Criterio	Implicación para el PNPI
Integralidad	Actuar simultáneamente sobre salud, nutrición, atención receptiva, aprendizaje temprano y protección, evitando programas sectoriales desconectados.
Inicio temprano y continuidad	Priorizar el período desde la concepción hasta los 3 años y sostener los apoyos, adaptados al desarrollo, hasta antes de los 6 años.
Centralidad de las familias	Fortalecer las capacidades, el tiempo, la salud mental, los recursos y las redes de madres, padres, familias y otras personas cuidadoras.
Proporcionalidad de la respuesta	Ofrecer apoyo universal a todas las familias y añadir apoyo dirigido o indicado cuando existan riesgos o necesidades adicionales.
Equidad e inclusión	Asegurar acceso efectivo a niñas y niños en pobreza, con discapacidad, prematuros, expuestos a violencia, desplazamiento, discriminación u otras adversidades.
Uso de contactos y sistemas existentes	Integrar las intervenciones en atención prenatal, parto, controles infantiles, vacunación, visitas domiciliarias, servicios sociales, cuidado infantil y educación inicial.
Calidad y capacidad del personal	Definir competencias, capacitación, mentoría, supervisión y mecanismos de derivación para el personal profesional, comunitario y de cuidado.
Medición, aprendizaje y adaptación	Vincular los indicadores con decisiones, generar evidencia local, adaptar las intervenciones al contexto y ampliar su escala de forma gradual.

Elaboración: Equipo técnico

6.1.1. Teoría del cambio del PNPI

El ejercicio de construcción de la teoría de cambio para el Plan Nacional de Primera Infancia se basa en el proceso de construcción participativa con las instituciones que permitió la identificación de los objetivos, líneas estratégicas y actividades que son parte del PNPI. Este proceso, como se ha presentado, incluyó la realización de talleres que permitieron además la validación de indicadores y metas. El trabajo realizado se complementa con una etapa que facilitó la revisión y validación de los insumos generados, con la mesa técnica conformada como parte del proceso.

Dentro de esta cadena causal, el Paquete Integral de Servicios (PIS) cumple la función central de constituirse en el mecanismo operativo que transforma las orientaciones de política en bienes y servicios concretos entregados a gestantes, mujeres que han tenido un parto, niñas y niños y sus familias. Por tanto, el PIS es el puente principal entre las capacidades que el Estado organiza y los resultados que el

PNPI busca producir. Si las prestaciones no se entregan de manera efectiva, concurrente, oportuna, continua, pertinente y con calidad, la cadena causal no puede materializarse ni verificarse a través de los indicadores del Plan.

Para esto, en conjunto se cuenta con 28 líneas de política,109 acciones estratégicas y 95 prestaciones del PIS de acuerdo con su nivel de prioridad. Del conjunto de indicadores, 35 se encuentran vigentes en los niveles N1 (Indicadores de Impacto) y N2 (Indicadores de Resultados). Los correspondientes a los niveles N3 (Indicadores de Gestión) y N4 (Indicadores de Información) se detallarán en la fase de implementación del presente instrumento; en tal sentido no forman parte directa de análisis actual. La teoría de cambio propuesta ordena estos elementos mediante un modelo de determinantes que distingue condiciones estructurales, determinantes intermedios del sistema y de los entornos, determinantes inmediatos en hogares y servicios, productos, prestaciones, resultados e impacto.

En concordancia con el marco del cuidado cariñoso y sensible, la salud, la nutrición, el cuidado, el aprendizaje y la protección dependen de determinantes compartidos: pobreza y protección social, agua y saneamiento, disponibilidad y calidad de los servicios, bienestar de las personas cuidadoras, accesibilidad, pertinencia intercultural, gobernanza territorial, información nominal, capacidades institucionales y financiamiento. Por ello, los cuatro ejes de soporte se modelan como condiciones habilitantes transversales y no como resultados paralelos desconectados.

El PIS es una estructura concurrente de bienes y servicios. Una misma prestación puede operar sobre varias líneas de política: por ejemplo, el acceso a agua segura contribuye a salud, nutrición y protección; los servicios CDI/CNH aportan al cuidado sensible, al aprendizaje y a la detección de rezagos; y la identificación temprana de discapacidad conecta salud, educación inclusiva y protección. La teoría de cambio mantiene una línea principal para fines de responsabilidad, pero reconoce contribuciones secundarias para el análisis causal y el seguimiento.

Enunciado central

Si el Estado consolida una gobernanza intersectorial y territorial con capacidad de decisión, seguimiento y escalamiento; dispone de información nominal interoperable; fortalece las capacidades de los equipos nacionales y territoriales; y asegura el costeo, la programación y el financiamiento progresivo del Paquete Integral de Servicios, entonces las prestaciones podrán entregarse de manera concurrente, oportuna, continua, inclusiva y con calidad. Si, además, se reducen barreras estructurales y territoriales y se fortalecen las condiciones materiales, emocionales y comunitarias para cuidar, aumentará el acceso efectivo a servicios integrales, se fortalecerán prácticas saludables, sensibles y protectoras, y se activarán respuestas tempranas frente a riesgos, vulneraciones y rezagos. Como resultado, mejorarán la supervivencia, la salud, la nutrición, el bienestar psicoemocional, el desarrollo, el aprendizaje, la inclusión y la protección integral de niñas y niños, con reducción progresiva de brechas sociales, territoriales, culturales, de género y discapacidad.

Impacto y resultados finales

***Impacto propuesto*:** las niñas y niños, desde la concepción hasta antes de cumplir los seis años, desarrollan progresivamente su máximo potencial, ejercen sus derechos y crecen saludables, bien

nutridos, cuidados con sensibilidad, incluidos, protegidos y con oportunidades continuas de aprendizaje, con reducción de brechas territoriales y sociales.

Buena salud y bienestar: reducción de mortalidad y morbilidad prevenible; mejores condiciones de salud física, mental y psicoemocional de gestantes, niñas, niños y personas cuidadoras.

Nutrición adecuada: reducción de la malnutrición, anemia e inseguridad alimentaria y mejora de la lactancia materna exclusiva y continua, alimentación complementaria, suplementación y calidad del agua y saneamiento.

Cuidado sensible y corresponsable: interacciones sensibles y receptivas, prácticas de crianza positiva, mayor corresponsabilidad y mejor bienestar de personas cuidadoras.

Desarrollo, aprendizaje e inclusión: fluidez en el desarrollo verbal y oportunidades de aprendizaje, acceso, permanencia y transiciones educativas continuas, ambientes de calidad y atención oportuna de discapacidad.

Seguridad, protección y equidad: eliminación de prácticas de violencia y vulneración de derechos, acceso a identidad y justicia, entornos seguros y reducción de barreras asociadas a pobreza, territorio, cultura y discapacidad.

En el Anexo 2 se puede revisar la matriz de teoría de cambio del PNPI con la secuencia causal de resultados. En la Tabla 16 se incluye la relación entre los ejes, los resultados esperados del PNPI y el Paquete Integral de Servicios.

Tabla 16: Relación entre los ejes de acción y las prestaciones del PIS

Eje	Ejemplos de prestaciones del PIS	Cambio intermedio esperado	Resultado al que contribuye
Buena salud y bienestar	Controles prenatales; controles de crecimiento y desarrollo; vacunación; tamizajes; atención odontológica; salud mental materna y familiar; calificación de discapacidad.	Uso oportuno y continuo de atenciones, mayor detección y referencia temprana, continuidad del cuidado.	Mejor salud física y mental, menor morbilidad y mortalidad prevenible.
Nutrición adecuada	Micronutrientes; consejería nutricional y lactancia; acceso a alimentos nutritivos; alimentación escolar; agua potable y saneamiento.	Mejores prácticas de alimentación, suplementación y seguridad alimentaria; reducción de exposición a agua insegura.	Menor DCI, anemia, malnutrición e inseguridad alimentaria.
Cuidado sensible y receptivo	CNH y consejería familiar; fortalecimiento de capacidades de cuidado y crianza; habilidades parentales positivas; apoyo a salud mental de cuidadores.	Mejores interacciones, corresponsabilidad, bienestar de personas cuidadoras y capacidad familiar de respuesta.	Crianza positiva, vínculos sensibles y mejores condiciones para desarrollo y aprendizaje.
Oportunidades para el aprendizaje	CDI; identificación de rezagos; educación inicial y preparatoria; atención especializada y ajustes razonables; acompañamiento a familias; espacios de juego.	Mayor acceso, permanencia y continuidad; detección y atención oportuna de rezagos; ambientes inclusivos.	Mejor desarrollo y aprendizaje, transiciones educativas e inclusión.

Eje	Ejemplos de prestaciones del PIS	Cambio intermedio esperado	Resultado al que contribuye
Seguridad y protección	Prevención de violencia; servicios integrales ante vulneración o riesgo; inscripción de nacimiento; acceso a justicia; protección especial; entornos resilientes frente a riesgos.	Prevención, alerta y activación de rutas; restitución de derechos; reducción de barreras y exposición a riesgos.	Menor violencia y vulneración, identidad, acceso a justicia y entornos protectores.

Elaboración: Equipo técnico

Narrativa de la teoría de cambio del PNPI

Buena salud y bienestar

La disponibilidad de un paquete integral de servicios, con infraestructura, medicamentos, insumos, personal y servicios interoperables genera una capacidad efectiva de atención. A partir de esta capacidad, la entrega oportuna de controles prenatales, tamizajes, inmunizaciones, controles de niña y niño sano, controles de la madre después del parto y servicios de odontología y salud mental reduce las brechas de detección y tratamiento. A su vez, la corresponsabilidad familiar, las campañas y los entornos saludables favorecen el uso oportuno de estos servicios y la continuidad del cuidado. Como resultado, se espera reducir el bajo peso, los nacimientos prematuros, mejorar los controles, disminuir la incidencia de IRA y EDA y, finalmente, reducir la mortalidad y mejorar el bienestar materno infantil.

Nutrición adecuada

Las normas y estrategias de lactancia, suplementación, alimentación escolar, protección social y sistemas agroalimentarios inciden en la disponibilidad y calidad de la alimentación. En este marco, el PIS combina consejería, apoyo a la lactancia, micronutrientes, alimentación escolar y condiciones WASH, cuya prestación requiere la coordinación entre salud, educación, GAD y protección social. La adopción de prácticas saludables y el fortalecimiento de la seguridad alimentaria contribuyen a reducir la anemia, la desnutrición crónica y aguda, el sobrepeso y la obesidad. La calida ded del agua y el saneamiento constituyen determinantes intermedios compartidos con salud y protección y, por tanto, no deben quedar asociados únicamente a una línea.

Cuidado sensible y receptivo

Las orientaciones para enriquecer las pautas de crianza, el acompañamiento familiar, los servicios de autocuidado, las redes comunitarias y los procesos formativos para desarrollar habilidades generan condiciones para promover interacciones sensibles y corresponsables. Las prestaciones de CNH, las escuelas para padres y las medidas de apoyo al cuidado inciden en los vínculos, el juego, la comunicación, el bienestar psicoemocional y la participación paterna y comunitaria. La reducción de la sintomatología depresiva y el fortalecimiento de las capacidades familiares permiten una mayor estimulación y regulación emocional, así como la prevención temprana de riesgos. Esta ruta contribuye simultáneamente al aprendizaje y la protección, por lo que sus productos y prestaciones deben entenderse como aspectos transversales.

Oportunidades para el aprendizaje

Los estándares de calidad, los diagnósticos de brechas, los materiales, la infraestructura accesible, la formación pedagógica y los protocolos de transición fortalecen la oferta. El acceso a CDI y CNH, a la educación inicial y preparatoria y a la atención de la discapacidad, de otras diferencias cognitivas no relacionadas con la discapacidad favorece la continuidad de las trayectorias y la existencia de ambientes inclusivos. La participación familiar, el juego, la lectura, la comunicación y la pertinencia intercultural mejoran la experiencia cotidiana de aprendizaje. Como resultado, se espera aumentar la matrícula y la permanencia, facilitar transiciones armónicas, mejorar el desarrollo verbal y reducir las exclusiones asociadas con la discapacidad, el territorio o la cultura.

Seguridad y protección

Los protocolos universales, las rutas de protección, la inscripción de nacimiento, el acceso a la justicia y los mecanismos comunitarios de alerta convierten la protección en una respuesta operativa. Los espacios públicos seguros, la vivienda y la inclusión económica y productiva reducen la exposición a riesgos y las barreras materiales. Asimismo, la sensibilización de las familias y los servidores públicos, junto con la coordinación interinstitucional, contribuye a reducir la disciplina violenta, la revictimización y las demoras en la restitución de derechos. La protección constituye, además, una condición para la salud, la nutrición y el aprendizaje, dado que una vulneración no resuelta interrumpe la concurrencia del PIS.

Función de los ejes de soporte

Gobernanza y articulación intersectorial: define liderazgo, decisiones, coordinación nacional-territorial, integración del PNPI en instrumentos de planificación, gestión de riesgos y mecanismos cantonales. Su efecto principal es la capacidad de hacer concurrentes las prestaciones y resolver cuellos de botella intersectoriales.

Seguimiento, monitoreo e información: asegura trazabilidad nominal, interoperabilidad, alertas, seguimiento de trayectorias, evaluación y uso territorial de datos. SUUSEN no es un fin, es el mecanismo que permite identificar quién recibe qué prestación, cuándo y con qué brecha. Es la base para el seguimiento de las prestaciones del Paquete Integral de Servicios y del Plan.

Fortalecimiento de capacidades institucionales: permite desarrollar competencias técnicas, operativas, pedagógicas y de gestión; estándares de calidad, formación continua, certificación, asistencia técnica y capacidad para usar información.

Financiamiento y presupuesto: convierte el Paquete Integral de Servicios en un compromiso programable: establece costeo, identificación de brechas, trazabilidad, reportes físico-financieros, recursos territoriales y mecanismos de sostenibilidad. Sin financiamiento, la progresividad del paquete no es verificable.

6.2. Enfoques orientadores

6.2.1. Enfoque de derechos humanos

El enfoque de derechos humanos orienta la acción pública a asegurar el respeto, protección, garantía y promoción irrestricta de los derechos de todas las personas, pueblos y nacionalidades como titulares de derechos. Estos derechos generan obligaciones concretas para el Estado, que no solo deben ser respetados, protegidos, garantizados y propiciar las condiciones necesarias para su ejercicio pleno, sino también adoptar las medidas necesarias para asegurar su ejercicio pleno y efectivo (ACNUDH, 2006).

En este marco, las responsabilidades se distribuyen entre los distintos niveles de gobierno, en función de las competencias, garantizando que los derechos se vuelvan realidad en la práctica. En el caso del Plan Nacional de la Primera Infancia, este enfoque implica que toda decisión pública debe evaluarse en función de su impacto y ejercicio de los derechos de las niñas y niños en la primera infancia, priorizando de manera permanente el principio de interés superior del niño. (Secretaría Nacional de Planificación, 2025)

6.2.2. Enfoque de género

El enfoque de género reconoce que las construcciones socioculturales basadas en el sexo, género y roles históricamente asignados han generado relaciones de desigualdad, discriminación, exclusión y violencia, afectando de manera diferenciada a mujeres, hombres y diversidades sexo-genéricas (Secretaría Técnica Planifica Ecuador, 2019). Su finalidad es promover la igualdad sustantiva, mediante la transformación progresiva de las relaciones asimétricas de poder y la eliminación de toda forma de discriminación y violencia. (Facio, 2002).

En el marco del Plan Nacional de Primera Infancia, este enfoque implica analizar cómo las desigualdades de género inciden en las condiciones de desarrollo, cuidado y protección de niñas y niños durante la primera infancia, así como reconocer el papel históricamente asignado a las mujeres en las tareas de cuidado y crianza. De igual manera, permite visibilizar las brechas existentes, incluidas aquellas relacionadas con la feminización de la pobreza, el acceso desigual a oportunidades y la sobrecarga de trabajo de cuidado no remunerado.

La incorporación del enfoque de género en la política pública de primera infancia promueve la corresponsabilidad entre el Estado, la familia, la comunidad y la sociedad en las tareas de cuidado, fortaleciendo servicios y acciones orientadas a garantizar condiciones equitativas para el desarrollo integral de niñas y niños. Asimismo, busca fomentar entornos seguros, inclusivos y libres de violencia y discriminación, contribuyendo a la construcción de sociedades más justas, igualitarias y respetuosas de los derechos humanos desde los primeros años de vida.

6.2.3. Enfoque intercultural

El enfoque intercultural constituye una perspectiva que promueve la interacción, el diálogo y la colaboración equitativa entre diferentes culturas (Secretaría Técnica Planifica Ecuador, 2019). Busca

eliminar jerarquías, desigualdades y discriminación, valorando la diversidad como una riqueza social y construyendo relaciones horizontales basadas en el reconocimiento, respeto, valoración e interacción entre diferentes culturas, promoviendo el diálogo e intercambio de saberes entre las cosmovisiones de los pueblos y nacionalidades.

En el ámbito de la primera infancia su aplicación implica reconocer y valorar las prácticas positivas, favorables que promuevan el desarrollo integral y conocimientos de los pueblos y nacionalidades, integrándose en la provisión de servicios y políticas públicas. Asimismo, permite abordar las desigualdades desde una perspectiva de complementariedad, asegurando una atención integral a la primera infancia, pertinente y culturalmente adecuada.

6.2.4. Enfoque interseccional

El enfoque de interseccionalidad permite comprender cómo múltiples categorías sociales que configuran la identidad individual y colectiva de las personas – género, etnia, edad, así como condiciones sociales, económicas, culturales, políticas, religiosas, geográficas y físicas- interactúan entre sí, generando normas específicas y acumulativas de discriminación, exclusión o desigualdad en el ejercicio de los derechos. (Viveros, 2016).

En su aplicación, este enfoque exige valorar cómo dichas categorías se entrecruzan en la vida cotidiana de niñas y niños en la primera infancia, reconociendo que las condiciones sociales, económicas, políticas, culturales y territoriales forman parte inseparable de sus realidades. Supone adecuar las políticas, acciones y servicios para asegurar el ejercicio de los derechos, evitando respuestas homogéneas y promoviendo soluciones que reconozcan la complejidad de las identidades.

6.2.5. Enfoque territorial

El enfoque territorial reconoce las dinámicas sociales, económicas, culturales y ambientales que varían entre territorios, por lo que la política pública debe diseñarse e implementarse atendiendo las particularidades locales para lograr transformaciones estructurales a escala nacional (SNP, 2025). Se concibe como una construcción social compleja resultado de la interacción entre la población, biodiversidad, espacio físico, infraestructura, institucionalidad e identidad colectiva.

Aplicado a la primera infancia, este enfoque exige conocer las necesidades e intereses de niñas y niños en cada territorio, incorporar estas realidades en las políticas públicas y reconocer las diversidades existentes. Supone promover la participación de actores sociales e institucionales, asegurar una planificación ajustada a la realidad territorial y articular la relación entre lo urbano y lo rural como espacios complementarios para garantizar cohesión y sostenibilidad.

Este enfoque aporta una visión multidimensional y multinivel a la atención integral de la primera infancia, vinculando la realidad local con el contexto nacional. Permite concertar esfuerzos multisectoriales y fortalecer la acción pública, asegurando que las políticas respondan a las particularidades culturales, sociales y ambientales de cada territorio, y que cada niña y niño acceda a servicios pertinentes y efectivos.

6.3. Ejes, objetivos y lineamientos del Plan

6.3.1. Ejes estratégicos de acción

El Plan Nacional de Primera Infancia (PNPI) organiza su propuesta estratégica a partir de una lectura integral del desarrollo infantil temprano. Durante el ejercicio de definición de objetivos, se reconoce que la garantía de derechos de las niñas y niños, desde la concepción hasta antes de cumplir los seis años, no depende de una intervención aislada, sino de la concurrencia ordenada de servicios, entornos, capacidades institucionales y mecanismos de seguimiento que permitan acompañar de manera continua la trayectoria de cada niña y niño. En este sentido, los ejes estratégicos de acción articulan los componentes centrales del cuidado cariñoso y sensible con los procesos de soporte requeridos para que la política pueda implementarse de manera progresiva, territorial y sostenible.

Los cinco ejes estratégicos del Plan son: buena salud y bienestar; nutrición adecuada; cuidado sensible y receptivo; oportunidades para el aprendizaje; y seguridad y protección. Estos ejes traducen, en términos de política pública, las condiciones que deben estar presentes para que niñas y niños sobrevivan, crezcan, aprendan, sean protegidos y desarrollen su potencial. Cada eje responde a necesidades concretas de la primera infancia y, al mismo tiempo, requiere acciones coordinadas entre las entidades responsables de salud, desarrollo humano, educación, protección social, registro civil, gobiernos autónomos descentralizados y otros actores nacionales y territoriales.

Junto a estos ejes de acción, dados los retos del Plan, se han incorporado cuatro procesos de soporte: gobernanza y articulación intersectorial; seguimiento, monitoreo e información; fortalecimiento de capacidades institucionales; y financiamiento y presupuesto. Estos procesos no constituyen componentes accesorios, sino condiciones habilitantes para que el paquete integral de servicios pueda operar con calidad, continuidad y trazabilidad. La incorporación de procesos de soporte permite pasar de una lógica de servicios sectoriales fragmentados hacia un esquema de gestión intersectorial, en el que la información, el presupuesto, las capacidades y la coordinación territorial sostienen la implementación efectiva del Plan.

Se ha tomado además como referencia experiencias internacionales que presentan evidencia de resultados sobre procesos de gestión ya implementados.

6.3.2. Objetivos

6.3.2.1. Objetivo general

Garantizar progresivamente las condiciones necesarias para el desarrollo integral de las niñas y niños desde la concepción hasta antes de cumplir seis años, mediante una respuesta pública integral, intersectorial, territorial, pertinente, inclusiva y sostenible que asegure la concurrencia, calidad y continuidad de servicios, cuidados y entornos protectores.

Este objetivo establece el resultado estratégico del PNPI que es el Paquete Integral de Servicios, incluyendo gobernanza, financiamiento, capacidades institucionales y seguimiento nominal como mecanismos de implementación que le dan consistencia a la política.

6.3.2.2. Objetivos específicos

Los siguientes objetivos específicos se derivan de los ejes estratégicos.

- Asegurar el acceso universal y continuo a servicios integrales de salud física, mental y psicoemocional, con énfasis en gestantes, recién nacidos, niñas y niños, mujeres que han tenido un parto, familias y cuidadores. Esto implica fortalecer la promoción de la salud, la prevención de riesgos, la detección temprana, la referencia y contrarreferencia, el seguimiento nominal y la calidad de la atención.

- Asegurar condiciones para una nutrición adecuada durante la gestación, la lactancia y la primera infancia, mediante intervenciones integrales de salud, nutrición, alimentación, agua segura, saneamiento, protección social y acompañamiento familiar y comunitario. Este objetivo reconoce que la prevención de la malnutrición requiere combinar prácticas alimentarias saludables, lactancia materna exclusiva y continua, suplementación, detección oportuna, seguridad alimentaria y entornos comunitarios que faciliten decisiones saludables.

- Fortalecer el cuidado sensible y receptivo como dimensión esencial del desarrollo infantil. Esto supone promover vínculos afectivos, parentalidad responsable, corresponsabilidad del cuidado, paternidad activa, apoyo a personas cuidadoras y prevención de riesgos psicosociales y violencias. El objetivo no se limita a modificar prácticas familiares de manera individual, sino que busca construir capacidades y redes locales que acompañen a las familias y sostengan entornos protectores y emocionalmente seguros.

- Garantizar oportunidades para el aprendizaje desde la concepción y durante toda la primera infancia, asegurando experiencias continuas, inclusivas, accesibles y seguras de juego, comunicación, exploración, arte, literatura, movimiento, recreación, desarrollo infantil, educación inicial y preparatoria. Este objetivo reconoce la importancia de la continuidad entre servicios de desarrollo infantil y el sistema educativo, así como la necesidad de ambientes de aprendizaje de calidad, talento humano formado, pertinencia intercultural e inclusión de niñas y niños con discapacidad o necesidades educativas especiales.

- Garantizar la seguridad y protección integral de niñas y niños mediante la consolidación de entornos familiares, institucionales y comunitarios libres de violencia, negligencia, exclusión, barreras de acceso y vulneración de derechos. Para ello, plantea fortalecer rutas nacionales y locales de protección, inscripción oportuna de nacimiento, acceso a justicia, restitución de derechos, acompañamiento en situaciones críticas y eliminación de barreras administrativas, geográficas y culturales.

Finalmente, el logro de estos objetivos depende de procesos de soporte sólidos. La gobernanza intersectorial debe ordenar la coordinación entre niveles de gobierno y sectores; el seguimiento y la gestión de información deben permitir decisiones basadas en evidencia y alertas tempranas; el fortalecimiento de capacidades debe asegurar que los equipos nacionales y territoriales puedan

implementar el Plan con calidad; y el financiamiento debe permitir identificar, costear, programar y monitorear los recursos requeridos para cerrar brechas de manera progresiva.

6.3.3. Lineamientos de política y acciones (responsables y corresponsables)

A partir del proceso de construcción intersectorial se definieron los lineamientos de política y las acciones con base en los ejes de acción y de soporte. La matriz completa con los ejes y sus lineamientos y acciones se puede encontrar en el Anexo 3. Los lineamientos de política permiten traducir los objetivos en campos concretos de acción pública. Cada lineamiento define una dirección estratégica y agrupa acciones que pueden ser ejecutadas, ajustadas y monitoreadas por las instituciones responsables y corresponsables. El Plan no se concentra en ampliar cobertura, busca fortalecer la intersectorialidad, mejorar la calidad, asegurar continuidad entre servicios, fortalecer capacidades familiares y comunitarias, incorporar pertinencia territorial e intercultural, reducir barreras de acceso y generar condiciones institucionales para una implementación sostenida. Esta sección contiene una síntesis de los lineamientos de política y acciones en función de cada eje.

EJES ESTRATÉGICOS DE ACCIÓN

6.3.3.1. Buena salud y bienestar

El eje de buena salud y bienestar busca convertir las prestaciones de salud en una ruta continua y oportuna para gestantes, niñas, niños y familias. Prioriza la prevención, los controles prenatales, posparto y de niña y niño sano, la detección temprana de riesgos y discapacidad, la salud mental materno-infantil y cuidadores y la disponibilidad de servicios, personal e insumos, con especial atención a los territorios con mayores brechas.

6.3.3.2. Nutrición adecuada

El eje de nutrición adecuada articula salud, protección social, educación, cuidado y sistemas alimentarios para prevenir todas las formas de malnutrición. Sus lineamientos integran lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria, suplementación y detección oportuna, transferencias y apoyos para hogares en inseguridad alimentaria, alimentación escolar pertinente y producción local sostenible.

6.3.3.3. Cuidado sensible y receptivo

El eje de cuidado sensible y receptivo fortalece los vínculos afectivos, las interacciones de calidad y el bienestar de las personas cuidadoras. Promueve crianza positiva, parentalidad responsable, corresponsabilidad de género, prevención de violencias y riesgos psicosociales, acompañamiento familiar y redes comunitarias de cuidado. Además del fortalecimiento de capacidades de las personas cuidadoras.

6.3.3.4. Oportunidades para el aprendizaje

El eje de oportunidades para el aprendizaje asegura experiencias continuas, inclusivas y culturalmente pertinentes de juego, comunicación, exploración, arte, literatura y movimiento. Sus lineamientos fortalecen la calidad de los ambientes y las prácticas pedagógicas, la inclusión, las transiciones entre servicios y niveles educativos, el talento humano y la participación de familias y comunidades.

6.3.3.5. Seguridad y protección

El eje de seguridad y protección busca asegurar entornos familiares, institucionales y comunitarios libres de violencia y fortalecer las rutas de prevención, protección especial, acceso a justicia y reparación y restitución de derechos. Requiere coordinación entre salud, protección social, justicia, gobiernos locales y comunidades para remover barreras y activar respuestas oportunas sin revictimización.

EJES DE SOPORTE

6.3.3.6. Gobernanza y articulación intersectorial

La gobernanza y articulación intersectorial organiza la conducción nacional y territorial del PNPI, define responsabilidades y vincula al Comité Nacional, las entidades rectoras, los GAD, las mesas cantonales y los planes locales. Su función es sostener decisiones concurrentes, coordinación multinivel y respuestas territoriales que no dependan exclusivamente de iniciativas sectoriales aisladas.

6.3.3.7. Seguimiento, monitoreo e información

El seguimiento, monitoreo e información consolida un sistema interoperable para verificar las trayectorias de atención, generar alertas, medir resultados y orientar la mejora continua. Su valor estratégico consiste en transformar el seguimiento nominal y la evidencia territorial en decisiones oportunas sobre la implementación del paquete integral de servicios.

6.3.3.8. Fortalecimiento de capacidades institucionales

El fortalecimiento de capacidades institucionales desarrolla competencias técnicas, operativas y de gestión en los equipos nacionales y territoriales. Incluye formación continua, asistencia técnica, uso de datos, innovación y mejora de la calidad, reconociendo que la implementación depende de equipos formados, acompañados y dotados de herramientas comunes.

6.3.3.9. Financiamiento y presupuesto

El financiamiento y el presupuesto vincula la planificación con la sostenibilidad fiscal mediante el costeo del paquete integral de servicios, la identificación de brechas, la trazabilidad por entidad, fuente y territorio y el seguimiento físico-financiero. Este soporte orienta la priorización de recursos y la

programación presupuestal enfocada en resultados verificables. En el anexo 3 se presenta la matriz de líneas y acciones estratégicas.

6.4. Planificación y priorización del Paquete Integral de Servicios

El Paquete Integral de Servicios (PIS) constituye el núcleo operativo del Plan Nacional de Primera Infancia. Su función es traducir los objetivos y lineamientos de política en prestaciones concretas que deben llegar a las gestantes, las mujeres que han tenido un parto, las niñas y los niños desde el nacimiento hasta antes de cumplir seis años, sus familias y las personas cuidadoras. El paquete organiza cada prestación según el grupo objetivo, la institución o sector responsable, la frecuencia esperada de entrega y el nivel de priorización. De esta manera, vincula la orientación estratégica del PNPI con la provisión efectiva, continua e intersectorial de servicios.

La composición del PIS muestra que la atención integral no depende de una única institución ni se limita a los servicios tradicionales de salud o educación. El paquete incorpora prestaciones de salud materna e infantil, nutrición, desarrollo infantil, educación inicial y preparatoria, cuidado y acompañamiento familiar, agua segura, saneamiento e higiene, protección social, registro e identidad, detección de discapacidades, protección especial, acceso a justicia, vivienda, espacios seguros y medidas de conciliación entre el trabajo y el cuidado. Esta amplitud responde a la necesidad de asegurar trayectorias integrales, en las que las prestaciones se complementen y no sean entregadas como respuestas aisladas.

El PIS no reemplaza la Matriz de objetivos y lineamientos del Plan. Ambos instrumentos cumplen funciones diferentes y complementarias: la Matriz establece los propósitos, líneas de política, acciones estratégicas y resultados esperados; el PIS identifica las prestaciones que hacen operativa una parte sustantiva de esas orientaciones. La Matriz también contiene medidas normativas, regulatorias, institucionales, presupuestarias, de fortalecimiento de capacidades y de gestión de información que no necesariamente aparecen como una prestación directa a la población, pero que son indispensables para que el paquete pueda implementarse con calidad y sostenibilidad.

6.4.1. Lógica de priorización progresiva

La organización del Paquete Integral de Servicios en cuatro niveles de priorización expresa una lógica progresiva y acumulativa de implementación. Los niveles de prioridad no representan cuatro paquetes independientes ni implican que las prestaciones de un nivel anterior deban suspenderse cuando se avanza al siguiente. Por el contrario, la estructura muestra que las prestaciones se consolidan, amplían su cobertura y calidad, incorporan respuestas especializadas y avanzan hacia la universalización. Esta lógica tiene fundamento normativo: el artículo 19 de la Ley Orgánica de la Primera Infancia define el PIS como un conjunto único de bienes y servicios, y el principio de progresividad de los derechos —recogido en la Convención sobre los Derechos del Niño (art. 4) y desarrollado por la Observación General No. 19 del Comité de los Derechos del Niño— exige que el Estado avance de manera sostenida y sin retrocesos hacia la plena efectividad de los derechos, utilizando el máximo de los recursos disponibles. Los niveles del PIS son la traducción operativa de ese mandato: ordenan la secuencia en que el país garantiza, amplía y consolida las prestaciones a lo largo del horizonte 2026–2030.

La progresividad del PIS no es una simple sucesión cronológica: responde a criterios explícitos que determinan qué prestaciones integran cada nivel, qué condiciones deben verificarse para activar el nivel siguiente y cómo se distribuye el esfuerzo público en el territorio. Estos criterios son los siguientes:

a) Criterio de riesgo y ventana de oportunidad. Las prestaciones se ordenan según la magnitud del riesgo que enfrentan las niñas y los niños y la sensibilidad temporal de la intervención. El Nivel de prioridad 1 concentra las prestaciones que previenen daños irreversibles en el período de mayor plasticidad del desarrollo —la gestación y los primeros mil días— y que sostienen la supervivencia, la nutrición básica, la inmunización y la identificación registral. Los niveles siguientes incorporan respuestas para riesgos que, sin dejar de ser prioritarios, admiten una secuenciación posterior sin comprometer el resultado de desarrollo. Este criterio explica por qué los controles prenatales, la vacunación, la lactancia y la inscripción de nacimiento abren el paquete, mientras que las respuestas especializadas o estructurales se ubican en niveles posteriores.

b) Criterio de capacidad instalada y factibilidad. Cada nivel exige condiciones institucionales previas como talento humano, infraestructura, insumos, interoperabilidad de información y coordinación intersectorial— que determinan su factibilidad real. El Nivel de prioridad 1 se apoya en servicios que el país ya opera y que cuentan con cobertura nacional verificable; los Niveles de prioridad 2 y 3 requieren capacidades adicionales de detección, referencia y especialización que deben construirse o fortalecerse durante la implementación; y el Nivel de prioridad 4 demanda condiciones estructurales —normativas, presupuestarias y de gestión— cuya consolidación es un objetivo del propio Plan. Ningún nivel se activa por declaración: su despliegue supone que las capacidades del nivel precedente están instaladas y operando.

c) Criterio de umbral de consolidación. Un nivel se considera consolidado cuando sus prestaciones alcanzan simultáneamente tres condiciones verificables: cobertura efectiva de la población objetivo definida en el Anexo 4, cumplimiento de los estándares de calidad y frecuencia establecidos para cada prestación, y continuidad de la entrega sin interrupciones atribuibles a fallas de gestión, financiamiento o coordinación. La consolidación se verifica con los instrumentos de seguimiento del Plan —el SUUSEN, los indicadores de la arquitectura de medición y las evaluaciones anuales— y constituye la señal objetiva que habilita la activación plena del nivel siguiente. Esta definición da contenido operativo a la fila recurrente del Anexo 4 "todas las prestaciones del nivel anterior consolidadas": no se trata de una fórmula declarativa, sino de un compromiso medible.

d) Criterio de intensidad y especialización de la respuesta. Los niveles expresan una graduación en la intensidad de la intervención: el Nivel 1 de prioridad es universal y preventivo; el Nivel 2 añade prevención especializada y detección temprana; el Nivel 3 incorpora respuestas intensivas, terapéuticas o de protección especial para poblaciones que enfrentan barreras, riesgos o necesidades adicionales; y el Nivel 4 integra medidas estructurales de protección social y universalización de derechos. Esta graduación permite que el sistema concentre los recursos de mayor costo y complejidad en quienes efectivamente los requieren, sin renunciar al piso universal.

e) Criterio de equidad territorial y poblacional. La activación de cada nivel se ordena con la doble lógica definida en el diagnóstico (sección 5.1.3): escala en las provincias que concentran la mayor población de primera infancia en términos absolutos, y focalización prioritaria en los territorios con mayores brechas: alta proporción relativa de primera infancia, ruralidad, prevalencia de desnutrición crónica y baja

disponibilidad de servicios básicos. En la práctica, esto significa que la consolidación de un nivel no se mide solo como promedio nacional: un nivel de prioridad no se considera consolidado mientras persistan brechas territoriales sustantivas en sus prestaciones esenciales.

f) Criterio de sostenibilidad financiera. Cada nivel incorpora compromisos de mayor compromiso presupuestario. El Nivel de prioridad 1 se financia con partidas recurrentes ya identificadas en el presupuesto referencial (sección 6.8); los niveles posteriores requieren la programación plurianual de recursos adicionales, la identificación de brechas de financiamiento y, en el caso del Nivel 4, la institucionalización de medidas cuya sostenibilidad depende de decisiones normativas y fiscales de largo plazo. El costeo progresivo y acumulativo descrito en la estrategia de sostenibilidad financiera (sección 6.8.4) es la contraparte presupuestaria de este criterio.

g) Criterio de secuencia temporal. Los niveles se articulan con las fases de despliegue del Plan definidas en el alcance temporal (sección 1.2): los dos primeros años (2026–2027) se orientan a consolidar el Nivel de prioridad 1 y activar el Nivel de prioridad 2, junto con la institucionalidad, la estandarización del PIS y los sistemas de información; los años intermedios (2028–2029) priorizan la ampliación de cobertura, la activación del Nivel de prioridad 3 y el cierre de brechas territoriales; y el cierre del período (2030) consolida el Nivel de prioridad 4 como horizonte de universalización y alimenta la evaluación cuatrienal que actualiza el siguiente ciclo del Plan. La correspondencia entre niveles y años es orientativa y se ajusta con base en el seguimiento anual: la regla es que ningún año cierre con un nivel activado sobre prestaciones no consolidadas del nivel anterior.

En conjunto, estos criterios garantizan que la progresividad del PIS sea verificable. Cada nivel tiene un contenido definido (Anexo 4), una justificación explícita, condiciones de activación medibles, una lógica territorial y una contraparte financiera. La Tabla 17 resume la lógica acumulativa de los niveles y las condiciones que cada uno habilita para el siguiente.

Tabla 17: Lógica acumulativa de los niveles del Paquete Integral de Servicios

Nivel de prioridad	Qué significa	Condiciones que lo caracterizan	Condiciones para consolidar y avanzar
1	Piso universal y preventivo. Prioriza las prestaciones cuya oportunidad es crítica para la supervivencia y el desarrollo temprano.	● Actúa primero frente a riesgos que pueden producir daños difíciles de revertir, especialmente durante la gestación y los primeros mil días. ● Concentra prestaciones esenciales vinculadas con supervivencia, nutrición básica, inmunización e identificación registral. ● Incluye, como ejemplos señalados en la fuente, controles prenatales, vacunación, lactancia e inscripción de nacimiento. ● Se apoya en servicios que el documento considera ya operativos y con cobertura nacional verificable. ● Requiere disponibilidad básica de talento humano, infraestructura, insumos, información y coordinación intersectorial.	● Cobertura efectiva de la población objetivo. ● Cumplimiento de estándares de calidad y frecuencia. ● Continuidad de la prestación sin interrupciones por fallas de gestión, financiamiento o coordinación. ● Ausencia de brechas territoriales sustantivas en las prestaciones esenciales. ● Solo cuando estas condiciones se verifican puede activarse plenamente el Nivel 2.
2	Amplía el piso básico e incorpora prevención especializada y detección temprana.	● Mantiene todas las prestaciones consolidadas del Nivel 1. ● Añade capacidades de prevención especializada y detección temprana. ● Requiere fortalecer mecanismos de identificación de riesgos, referencia y seguimiento. ● Demanda capacidades institucionales adicionales, incluyendo talento humano, información interoperable e instrumentos de coordinación. ● Su despliegue debe adaptarse a territorios con mayores brechas y a zonas que requieren mayor escala de servicios.	● El Nivel 1 debe mantenerse funcionando mientras se amplía el Nivel 2. ● Las nuevas prestaciones deben alcanzar cobertura, calidad, frecuencia y continuidad verificables. ● La ampliación no debe aumentar desigualdades entre territorios. ● Las capacidades de detección y referencia deben estar instaladas y operativas antes de avanzar a respuestas más intensivas del Nivel 3.

Nivel de prioridad	Qué significa	Condiciones que lo caracterizan	Condiciones para consolidar y avanzar
3	Incorpora respuestas de mayor intensidad, especialización o protección para niñas, niños y familias con necesidades adicionales.	● Conserva y consolida las prestaciones de los Niveles 1 y 2. ● Añade respuestas intensivas, terapéuticas o de protección especial. ● Concentra recursos de mayor costo y complejidad en quienes enfrentan barreras, riesgos o necesidades adicionales, sin retirar el piso universal. ● Requiere capacidades especializadas de atención, derivación, seguimiento y coordinación intersectorial. ● Debe priorizar el cierre de brechas territoriales y poblacionales, no solo mejorar promedios nacionales.	● Las prestaciones de los niveles anteriores deben permanecer consolidadas. ● Los servicios especializados deben tener capacidad real de respuesta y continuidad. ● El seguimiento debe demostrar que las brechas de acceso y calidad se reducen en los territorios priorizados. ● La sostenibilidad financiera debe estar programada antes de ampliar compromisos estructurales del Nivel 4.
4	Horizonte de universalización y sostenibilidad estructural del PIS.	● Mantiene consolidadas las prestaciones de los tres niveles anteriores. ● Integra medidas estructurales de protección social y universalización de derechos. ● Requiere condiciones normativas, presupuestarias y de gestión de largo plazo. ● Supone que el sistema puede sostener cobertura, calidad, continuidad, especialización y equidad territorial de forma estable. ● La universalización debe alcanzarse sin retrocesos en los niveles previamente consolidados.	● Debe existir sostenibilidad fiscal y normativa suficiente para mantener los compromisos. ● Las brechas territoriales sustantivas deben haberse reducido de manera verificable. ● La información de seguimiento y evaluación debe demostrar capacidad de respuesta estable. ● El cierre del ciclo debe alimentar la evaluación y la actualización del siguiente período del Plan.

Elaboración: equipo técnico

6.4.2. Nivel 1: base esencial de acceso y protección

El Nivel de prioridad 1 se justifica por el criterio de riesgo y ventana de oportunidad: reúne las prestaciones cuya ausencia o retraso produce daños difícilmente reversibles en el período de mayor sensibilidad del desarrollo, desde la gestación hasta los primeros mil días, y cuya entrega oportuna tiene el mayor retorno en términos de supervivencia, nutrición y desarrollo temprano. Se apoya, además, en el criterio de factibilidad: está compuesto por servicios que el país ya opera con cobertura nacional, de modo que su garantía no depende de crear capacidades nuevas sino de asegurar la continuidad, la calidad y el acceso efectivo de la oferta existente, con énfasis en los territorios y grupos donde el diagnóstico identifica las mayores brechas.

Este nivel reúne las prestaciones que permiten establecer una base inmediata de atención desde la gestación y a lo largo de la primera infancia. Incluye el acceso al Registro Social, controles prenatales, exámenes y tamizajes conforme a la normativa, vacunación, micronutrientes, consejería nutricional y de lactancia, acompañamiento familiar, agua segura e higiene, fortalecimiento de capacidades protectoras y acceso prioritario a transferencias monetarias. Para las mujeres que han tenido un parto incorpora controles de salud posparto, suplementación, tamizaje de infecciones de transmisión sexual, consejería en lactancia y planificación familiar.

Para las niñas y niños, el nivel comprende inscripción oportuna del nacimiento, controles de crecimiento y desarrollo, vacunación, apoyo a la lactancia y alimentación complementaria, servicios de desarrollo infantil mediante CNH y CDI, educación inicial o preparatoria, alimentación escolar, agua y saneamiento en los entornos educativos y atención prioritaria ante situaciones de riesgo o vulneración. Su énfasis es asegurar que las prestaciones fundamentales estén disponibles y que las familias puedan ingresar oportunamente a las rutas de atención.

6.4.3. Nivel 2: ampliación de cobertura, prevención y calidad

El Nivel de prioridad 2 se activa sobre el piso consolidado del Nivel 1 y responde al criterio de intensidad preventiva: su propósito es anticipar riesgos antes de que se conviertan en rezagos de desarrollo, mediante la detección temprana y el fortalecimiento de la calidad de las prestaciones ya garantizadas. Su despliegue exige capacidades adicionales verificables —protocolos de tamizaje, rutas de referencia y contrarreferencia operativas, y talento humano entrenado en detección—, de modo que su activación territorial está condicionada a que esas capacidades existan y a que el Nivel 1 haya alcanzado el umbral de consolidación definido en la sección 6.5.1.
Este nivel consolida prestaciones del nivel anterior con una expectativa explícita de mayor cobertura y calidad, y agrega servicios preventivos y de detección temprana. Para la atención durante la gestación incorpora, entre otros elementos, un mayor número de controles prenatales conforme a la normativa aplicable, tamizaje de salud mental materna, escuelas para padres o programas de habilidades parentales, atención odontológica preventiva y calificación o recalificación de discapacidad.

Para niñas y niños de cero a tres años añade tamizaje neonatal metabólico y auditivo, identificación temprana de rezagos en el desarrollo, consejería familiar, atención odontológica preventiva y calificación de discapacidad. Entre los tres y seis años refuerza el tamizaje, la evaluación del desarrollo, la referencia y el seguimiento; incorpora espacios públicos seguros y áreas de juego, escuelas para familias vinculadas a las instituciones educativas y medidas preventivas de salud. El sentido del nivel es anticipar riesgos y mejorar la calidad de la respuesta antes de que las brechas de desarrollo se profundicen.

6.4.4. Nivel 3: expansión con respuestas especializadas

El Nivel de prioridad 3 responde a los criterios de especialización y equidad poblacional: concentra las respuestas de mayor intensidad, complejidad técnica y costo unitario, dirigidas a niñas, niños, gestantes y familias que enfrentan barreras, riesgos o necesidades adicionales —discapacidad, vulneración de derechos, vulnerabilidad habitacional o riesgos clínicos específicos—. Su activación supone que los

Niveles 1 y 2 están consolidados y que el territorio dispone de la capacidad especializada y de la articulación intersectorial que estas prestaciones requieren, incluidos los mecanismos de referencia a servicios de mayor complejidad y la coordinación con protección especial y justicia.

Este nivel mantiene y consolida las prestaciones precedentes e incorpora respuestas que requieren mayor especialización, intensidad o articulación intersectorial. En la gestación incluye atención integral en salud mental, mejoramiento de condiciones de vivienda para gestantes en situación de vulnerabilidad y entrega de calcio a mujeres con mayor riesgo de preeclampsia. Para niñas y niños de cero a tres años contempla la ampliación de cobertura en CDI para población vulnerable, terapias continuas para discapacidades, acceso a justicia y protección especial, y mejoramiento de vivienda y hábitat.

Entre los tres y seis años incorpora ajustes razonables y atención especializada para discapacidades, protección especial, estándares de calidad certificados en los servicios y mejoramiento de vivienda y hábitat. Este nivel refuerza el principio de equidad: la ampliación de cobertura debe acompañarse de respuestas diferenciadas para quienes enfrentan barreras, riesgos o necesidades adicionales.

6.4.5. Nivel 4: universalización y sostenibilidad estructural

El Nivel de prioridad 4 expresa los criterios de universalización y sostenibilidad estructural: integra las medidas que transforman prestaciones en derechos plenamente garantizados para toda la población, con condiciones de largo plazo que trascienden el ciclo de un gobierno. A diferencia de los niveles precedentes, su activación no depende solo de capacidad de servicio, sino de decisiones normativas y fiscales estructurales como licencias parentales, inclusión económica, universalización de la educación inicial y del cuidad, cuya programación plurianual se articula con la estrategia de sostenibilidad financiera del Plan (sección 6.8.4) y con la evaluación cuatrienal que cierra el ciclo 2026–2030

Este nivel representa el horizonte de consolidación de todas las prestaciones de los niveles anteriores. Su contenido añade medidas estructurales destinadas a ampliar la protección de las familias y garantizar la universalidad: licencias de maternidad y paternidad extendidas, inclusión económica y productiva para gestantes y familias en pobreza, atención integral en salud mental, universalización de los servicios de cuidado CDI y CNH y acceso universal a la educación inicial desde los tres años, asegurando incorporación, permanencia y continuidad.

La universalización no se limita al aumento de cupos. Requiere que las prestaciones acumuladas mantengan calidad, pertinencia territorial, accesibilidad, capacidad institucional, financiamiento sostenible y mecanismos de seguimiento. Por ello, el Nivel 4 debe entenderse como una meta de política que integra cobertura universal con condiciones estructurales favorables para el cuidado.

6.4.6. Productos del paquete integral de servicios

El detalle del Paquete Integral de Servicios, así como sus responsables institucionales se encuentran en el Anexo 4.

6.5. Metas e indicadores

Las metas e indicadores del PNPI se formulan con base en líneas de base verificables, fuentes de información identificadas, responsables institucionales, periodicidad de medición y relación directa con la teoría de cambio. No todas las metas son de resultado final; el Plan requiere metas de gestión, cobertura, oportunidad, calidad, financiamiento y resultado para monitorear la implementación de manera oportuna.

El sistema está conformado por 35 indicadores activos, distribuidos entre los cinco ejes de acción del Plan y organizados según los niveles de la cadena de resultados: 17 indicadores de Nivel 1 (N1), que miden el impacto y los resultados finales sobre la población, y 18 indicadores de Nivel 2 (N2), que miden los efectos y las condiciones habilitantes necesarias para alcanzar dicho impacto. Cada indicador se vincula a una línea de política principal, que expresa la responsabilidad institucional directa sobre su cumplimiento, y a un conjunto de líneas relacionadas que actúan como condiciones habilitantes complementarias necesarias para alcanzar el resultado esperado.

La alineación del sistema de indicadores con los instrumentos de planificación nacional e internacional se realiza de manera programática, tomando como insumo la matriz de ejes, objetivos y líneas de política del Plan Nacional de Primera Infancia. A partir de esta matriz, cada indicador se articula con el Plan Nacional de Desarrollo 2025-2029 y con los Objetivos de Desarrollo Sostenible a través de la línea de acción que incide directamente sobre el determinante que mide, y no únicamente del eje al que pertenece por clasificación temática. (ver Anexo 5)

De los 35 indicadores del sistema, 8 cuentan con una meta específica del PND directamente asociada, mientras que los 27 restantes se alinean a nivel de objetivo o política, lo que evidencia la necesidad de precisar metas sectoriales en los instrumentos de planificación de mediano plazo. Las metas se actualizan y validan con las instituciones responsables, considerando disponibilidad de información, capacidad presupuestal, niveles de progresividad del PIS y brechas territoriales. El criterio principal es que cada meta permita verificar avance real hacia la garantía de derechos y no solo cumplimiento administrativo.

La validación de indicadores se desarrolló mediante seis sesiones técnicas realizadas los días 2 y 3 de junio de 2026 con las instituciones responsables de producir y utilizar la información. Cada indicador fue revisado en cuanto a fuente, periodicidad, homologación, rango etario, función causal y ubicación dentro de la cadena de resultados. Luego se realizó un proceso de validación técnica adicional mediante consultas entre las instituciones.

Ese proceso derivó en decisiones concretas de depuración: la mortalidad materna se reclasificó del Nivel 2 al Nivel 1, por tratarse de un resultado final y no de una condición intermedia; el indicador de calidad del agua se dividió en dos indicadores independientes, uno para la fuente de abastecimiento y otro para el punto de consumo en el hogar; las transferencias monetarias se ubican exclusivamente en el Nivel 2, por tratarse de un producto y no de un resultado; y la tasa neta de matrícula se desagrega entre educación inicial y primer año de educación general básica, dado que responden a poblaciones e instituciones distintas.

Cada indicador cumple una función causal dentro de la teoría de cambio (Ver anexo 2)y permite verificar un tramo específico de la cadena de resultados. Esta trazabilidad justifica su ubicación en cada nivel y evita una batería de mediciones aisladas.

Durante julio y agosto de 2026, el MTDH y las instituciones responsables revisaron las definiciones, fórmulas, fuentes y metas.

Para asegurar comparabilidad, los indicadores compartidos con el PEI-DCI 2025–2030 utilizan las fichas vigentes de ese instrumento, evitando mediciones paralelas para resultados comunes. Para asegurar que las metas del Plan respondan a una base metodológica común, y no a criterios dispares entre instituciones, se presentaron a los responsables técnicos, seis métodos de proyección organizados en dos ejes complementarios, con la recomendación de aplicar al menos un método de cada eje a cada indicador[5].

Considerando que los instrumentos de planificación deben guardar coherencia, complementariedad y articulación entre sí, y con el propósito de evitar la duplicidad de indicadores, metas y mecanismos de reporte, así como posibles inconsistencias en su medición e interpretación, cuando exista convergencia temática o vinculación entre indicadores contemplados en distintos instrumentos de planificación, estos serán considerados para el seguimiento y reporte del presente Plan conforme fueron concebidos, definidos y establecidos en el instrumento de planificación inicial. Para el efecto, se respetarán su definición, metodología de cálculo, línea base, metas, periodicidad, fuente de información y entidad responsable, garantizando así la trazabilidad de los resultados, la comparabilidad de la información y la coherencia entre los diferentes instrumentos de planificación.

6.6. Asignación de responsabilidades

La asignación de responsabilidades se articula mediante la matriz de objetivos, líneas de política y acciones; el Paquete Integral de Servicios con responsables institucionales; y la arquitectura de gobernanza. La matriz consolidada que vincule objetivos, estrategias, metas, indicadores, responsables y corresponsables se completará durante la fase de implementación. En los Anexos 4 y 5, se identifican los responsables institucionales.

[5] En el eje empírico, la tendencia lineal proyecta la serie histórica asumiendo un cambio constante y requiere un mínimo de tres observaciones; la tendencia exponencial o logarítmica resulta más realista para indicadores de desarrollo humano que se acercan a un límite superior, donde los rendimientos son decrecientes; la suavización Holt-Winters pondera más las observaciones recientes y ofrece una alternativa para series cortas con volatilidad entre mediciones.
En el eje normativo o prospectivo, el benchmark de los Objetivos de Desarrollo Sostenible actúa como ancla internacional y no requiere serie histórica; el promedio o la frontera de países de América Latina y el Caribe sirve como referencia de lo alcanzable en la región; y el método de proporción de brecha define, mediante un coeficiente entre 0,30 y 0,70, qué fracción de la distancia entre la línea base y el techo normativo se propone cerrar Ecuador en el horizonte del Plan, de acuerdo con la ambición política acordada para cada sector.

6.7. Presupuesto referencial

6.7.1. Criterios para el costeo del PNPI

El Ministerio Desarrollo Humano (MDH), como ente articulador del Plan Nacional de Primera Infancia (PNPI), consolidó en julio de 2026 un ejercicio de costeo referencial de la política pública de primera infancia a partir de la información presupuestaria remitida por nueve entidades con corresponsabilidad en la atención a la primera infancia: Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca (MAGP), Dirección General de Registro Civil (DIGERCIC), Ministerio de Salud Pública (MSP), Ministerio de Ambiente y Energía (MAE), Ministerio de Educación, Deporte y Cultura (MINEDEC), Ministerio de Gobierno (MDG), Servicio Nacional de Gestión de Riesgos (SNGR), Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y el propio MDH. El resultado es la base cuantitativa para la sección de "Criterios o costeo" del Diagnóstico del PNPI.

El ejercicio cubre a las entidades que prestan servicios de salud, desarrollo infantil, educación inicial, protección, entornos protectores y seguimiento y evaluación para la primera infancia, conjunto de servicios y funciones de soporte que corresponde al Paquete Integral de Servicios definido en el artículo 19 de la Ley Orgánica de la Primera Infancia (LOPI).

El ejercicio corresponde a una identificación de la información presupuestaria oficial reportada en e-SIGEF por cada entidad, y agrega las partidas del clasificador del gasto vinculadas a la atención de primera infancia.

Sobre la asignación 2026 de gasto corriente se proyectan los años 2027 a 2030 aplicando una tasa de crecimiento anual uniforme del 2,0%, como "escenario de planificación prudente" que se sustenta en el valor intermedio entre la inflación anual registrada por el Banco Central del Ecuador en abril (2,60%) y mayo (0,92%) de 2026. Con respecto al gasto de inversión, se usa como fuente de información el cronograma valorado de cada proyecto, conforme al artículo 52 del Reglamento del COPLAFIP, que establece que los proyectos de inversión se programan según su Plan Anual y Plurianual de Inversiones. En este ejercicio, dos componentes cuentan con esa programación propia disponible: el proyecto FOGAPRYD II del MAE, que se proyecta según el cronograma valorado de su Plan Operativo Anual con corte a junio de 2026, y el presupuesto del INEC para el levantamiento de la ENDI, incorporado desde 2026 según su propia asignación codificada y su cronograma valorado para 2027-2030. El resto de los proyectos de inversión del ejercicio, al no contar aún con cronograma valorado propio disponible, se proyecta bajo el mismo criterio de planificación prudente que el gasto corriente.

6.7.2. Presupuesto referencial

Las cifras que siguen identifican recursos presupuestarios asignados y proyectados por entidad, tipo y grupo de gasto. Es importante leerlas como una identificación de recursos históricos con base en el presupuesto asignado y no como una medición de brecha financiera o de costos por ítems que corresponden a la fase de implementación. Considerando lo anterior, la proyección 2027-2030 aplica, para la generalidad de las entidades, una tasa uniforme de crecimiento sobre el gasto corriente ya consolidado (véase la tabla de proyección presupuestaria 2026–2030), por lo que buena parte de su crecimiento nominal refleja el efecto compuesto de la inflación esperada y no necesariamente una

expansión planificada de cobertura. En este escenario únicamente el MAE y, parcialmente, el INEC cuentan con programación plurianual propia que permite distinguir continuidad de gasto de nueva inversión.

El presupuesto referencial 2026 para el conjunto de entidades asciende a USD 834,21 millones. La estructura del gasto está fuertemente concentrada en el MDH (39,8%) y el MINEDEC (36,6%), instituciones que en conjunto con el MSP (17,0%) representan el 93,4% del presupuesto asignado, lo que refleja el peso presupuestario de los servicios de desarrollo infantil, educación inicial, salud materno-infantil y alimentación escolar temprana. Las seis entidades restantes —MDG, MAE, SNGR, INEC, DIGERCIC y MAGP— representan en conjunto el 6,6% del presupuesto.

Tabla 18: Presupuesto referencial 2026 por entidad

Entidad	Presupuesto 2026 (USD)	Participación
MDH	332.079.207,72	39,8%
MINEDEC	305.276.784,70	36,6%
MSP	141.643.401,14	17,0%
MDG	22.927.164,33	2,7%
MAE	14.200.905,98	1,7%
SNGR	11.818.017,88	1,4%
INEC	4.097.836,20	0,5%
DIGERCIC	1.521.131,80	0,2%
MAGP	648.993,46	0,1%
TOTAL	834.213.443,21	100,0%

Elaboración: Equipo Técnico

Sobre esta base 2026, la Tabla 19 presenta la proyección referencial para el quinquenio 2026-2030, una tasa uniforme de crecimiento para el gasto corriente, y el cronograma valorado propio para los proyectos de inversión que cuentan con esa información. Bajo este criterio, el presupuesto anual proyectado pasa de USD 834,21 millones en 2026 a USD 892,99 millones en 2030, acumulando USD 4.346,42 millones en el quinquenio.

Tabla 19: Proyección referencial 2026–2030 por entidad

Entidad	2026	2027	2028	2029	2030	Total quinquenio
MAGP	648.993	661.973	675.213	688.717	702.491	3.377.388
DIGERCIC	1.521.132	1.551.554	1.582.586	1.614.237	1.646.522	7.916.031
MSP	141.643.401	144.476.269	147.365.795	150.313.110	153.319.373	737.117.948
MAE	14.200.906	22.437.774	20.666.322	13.855.846	3.839.152	75.000.000
MINEDEC	305.276.785	311.382.320	317.609.967	323.962.166	330.441.409	1.588.672.647
MDG	22.927.164	23.385.708	23.853.422	24.330.490	24.817.100	119.313.884
MTDH	332.079.208	338.720.792	345.495.208	352.405.112	359.453.214	1.728.153.533
SNGR	11.818.018	12.054.378	12.295.466	12.541.375	12.792.203	61.501.440
INEC	4.097.836	3.305.581	5.990.941	5.985.441	5.985.441	25.365.240
TOTAL	834.213.443	857.976.350	875.534.918	885.696.495	892.996.905	4.346.418.111

Elaboración: Equipo Técnico

Clasificando el presupuesto 2026 según su naturaleza económica, en gasto corriente y gasto de inversión, se obtiene la distribución de la Tabla 20. El 88,3% del presupuesto referencial 2026 (USD 736,57 millones) corresponde a gasto corriente —personal, bienes y servicios de consumo, y transferencias corrientes— mientras que el 11,7% (USD 97,64 millones) corresponde a gasto de inversión. La alta participación del gasto corriente, y en particular de las transferencias corrientes y el gasto permanente en personal, sugiere que gran parte del financiamiento de la primera infancia está anclado en partidas presupuestarias recurrentes, lo que favorece su continuidad interanual, pero limita el margen fiscal disponible para expandir cobertura, infraestructura o equipamiento y cerrar brechas de acceso territorial, dado que la inversión representa poco más de una décima parte del presupuesto total.

Tabla 20: Presupuesto 2026 por tipo de gasto

Tipo de gasto	Grupos MEF	Monto 2026 (USD)	Participación
Corriente	51, 53, 57, 58, 99	736.570.164,94	88,3%
Inversión	71, 73, 75, 77, 78, 84	97.643.278,27	11,7%
TOTAL		834.213.443,21	100,0%

Elaboración: Equipo Técnico

El detalle detrás de esta clasificación se refleja en la estructura por grupo de gasto del clasificador presupuestario del MEF (Tabla 21), que revela el tipo de esfuerzo fiscal detrás de cada asignación.

Tabla 21: Distribución del presupuesto 2026 por grupo de gasto

Grupo	Denominación / detalle	Monto 2026 (USD)	Participación
51	Egresos en personal	366.076.654,90	43,9%
53	Bienes y servicios de consumo	87.255.211,04	10,5%
57	Otros gastos corrientes	958.372,45	0,1%
58	Bono de Desarrollo Humano 1000 días (MTDH)	107.343.720,00	12,9%
58	A Gobiernos Autónomos Descentralizados (MDH)	63.216.837,90	7,6%
58	Al sector privado no financiero (MTDH)	62.119.289,36	7,4%
58	A empresas públicas (MDH)	1.699.703,18	0,2%
58	Al sector privado financiero (MTDH)	99.171,87	0,0%
58	Transferencia de vacunas y distribución (MSP)	42.840.471,00	5,1%
58	Transferencias corrientes sin desagregar (MDG)	3.479.491,51	0,4%
99	Otros pasivos	1.481.241,73	0,2%
71	Egresos en personal para inversión	40.608.846,06	4,9%
73	Bienes y servicios para inversión	24.962.286,49	3,0%
75	Obra pública	1.096.001,42	0,1%
77	Otros egresos de inversión (INEC)	100,00	0,0%
78	Transferencias y donaciones para inversión	13.702.265,23	1,6%
84	Bienes de larga duración	17.273.779,07	2,1%

Elaboración: Equipo Técnico

La estructura por grupo de gasto muestra que el 43,9% del presupuesto 2026 (USD 366,08 millones) corresponde a personal permanente (grupo 51), concentrado en MINEDEC —docentes y personal de acompañamiento familiar— y en MSP —personal de salud—, lo que refleja el peso de los servicios que requieren nómina continua de talento humano.

El segundo bloque en importancia son las transferencias corrientes del grupo 58 (USD 280,80 millones en conjunto, 33,7% del presupuesto), que agrupan mecanismos de prestación distintos bajo una misma naturaleza presupuestaria. El Bono de Desarrollo Humano de los primeros 1.000 días (USD 107,3 millones, MDH) es una transferencia monetaria condicionada dirigida a mujeres embarazadas, niñas y niños hasta los dos años de edad, orientada a incentivar el uso de servicios de salud y desarrollo infantil y la nutrición materno-infantil, sujeta al cumplimiento de corresponsabilidades.

Las transferencias a Gobiernos Autónomos Descentralizados, sector privado no financiero y empresas públicas (USD 127,1 millones en conjunto, MDH) cofinancian la operación de Centros de Desarrollo Infantil bajo modalidad indirecta, típicamente mediante una subvención del 70% del MDH y 30% de la entidad u organización ejecutora. La transferencia de vacunas (USD 42,8 millones, MSP) corresponde al convenio de cooperación técnica internacional para la participación del MSP en el Fondo Rotativo de Vacunas, que financia la adquisición de biológicos, jeringas e insumos de cadena de frío para el Programa Ampliado de Inmunizaciones. A esto se suman USD 3,5 millones adicionales sin desagregar del MDG. En conjunto, personal y transferencias corrientes explican el 77,5% del presupuesto, mientras que bienes y servicios de consumo (grupo 53, 10,5%) y el resto de los grupos, individualmente, no superan el 5% del total.

Inversión pública

Dentro de este concepto, el grupo de gasto 71 (egresos en personal para inversión) asciende a USD 40,61 millones, con una distribución claramente concentrada por entidad: MSP con USD 27,22 millones (67%), MDH con USD 12,51 millones (31%), e INEC, MAGP y MAE con montos menores (USD 0,66, 0,11 y 0,12 millones, respectivamente). En el MSP, este grupo financia al personal clínico de los Equipos de Atención Integral de Salud —médicos, enfermeras, obstetras y personal técnico— adscritos al proyecto Fortalecimiento a la Atención Integral en Salud en el Primer Nivel de Atención, que por sí solo concentra USD 22,18 millones (55% del grupo). El MDH e INEC, financia personal técnico de apoyo a la ejecución de sus respectivos proyectos de inversión. La continuidad de estos equipos, y de los servicios que prestan, queda sujeta a la renovación del proyecto una vez concluya su ciclo de inversión: una parte significativa del gasto en personal para primera infancia está clasificada presupuestariamente como inversión y no como gasto permanente, con un horizonte de financiamiento acotado por definición.

6.7.2.1. Implicaciones de política pública

Este ejercicio, más allá de sus resultados agregados, permite identificar elementos para la formulación y sostenibilidad de la política de primera infancia. Se trata de una identificación de recursos basada en asignaciones históricas, y no de un costeo por ítems vinculado a estándares de prestación, metas de cobertura o brechas territoriales, lo cual es válido en esta fase de identificación y construcción del PNPI.

La identificación de recursos asignados en 2026 confirma que, en términos cuantitativos, el 93,4% se concentra en tres entidades: MDH (39,8%), MINEDEC (36,6%) y MSP (17,0%). Esta concentración, sin embargo, corresponde a una asignación a programas presupuestarios que no necesariamente permite identificar la totalidad de los productos del paquete integral establecido en el Plan de Primera Infancia; en ese sentido, la cuantificación del gasto puede no corresponder de manera directa a los recursos efectivamente necesarios para promover la reducción de brechas.

6.7.3. Fuentes de financiamiento

El ejercicio realizado se sustenta principalmente en fuentes fiscales, y el escenario de crecimiento moderado supone que el financiamiento se mantendrá mediante esta misma fuente. Durante la implementación, una vez identificadas las brechas territoriales e institucionales relacionadas con el Paquete Integral de Servicios, será posible realizar un ejercicio más preciso que permita estimar las necesidades de recursos e identificar fuentes complementarias de financiamiento, incluida la cooperación internacional y los aportes de organizaciones privadas. Asimismo, una vez consolidada la implementación y establecido el seguimiento de los indicadores, será importante que Ecuador avance progresivamente hacia experiencias de presupuesto basado en resultados, que permitan vincular la asignación y ejecución de los recursos con los resultados alcanzados por el PNPI.

6.7.4. Estrategia de sostenibilidad financiera

El ejercicio de identificación de financiamiento y sostenibilidad del PNPI, parte de reconocer dos momentos para la ejecución de la política pública: un primer momento, en donde es necesario identificar la inversión y los servicios que el país ya implementa en relación con la primera infancia y; un segundo momento que se relaciona con aquellos servicios que son parte del paquete integral y que necesitan diseñarse e implementarse en el tiempo.

Esta diferenciación de momentos reconoce que la sostenibilidad del PNPI no depende únicamente de identificar recursos existentes (momento uno), sino de vincular presupuesto con acciones, responsables, metas, estándares, brechas territoriales, niveles de progresividad y resultados esperados. Esta relación es necesaria durante el proceso de implementación para que el Plan sea viable, verificable y sostenible en el tiempo.

La Guía Metodológica para la Formulación de Política Pública incorpora el presupuesto referencial como un componente de la propuesta de política pública. En coherencia con ello, el PNPI plantea avanzar desde un presupuesto referencial agregado que ya ha sido identificado, hacia un modelo de costeo y seguimiento financiero asociado al PIS y a la cadena de resultados que debe reconocerse en la fase de implementación.

Dentro de las condiciones para el financiamiento del PNPI en el segundo momento, se sugiere aplicar al menos los siguientes criterios:

Tabla 22: Criterios de aplicación para el financiamiento

Criterio	Aplicación en el PNPI
Trazabilidad	Cada recurso se vincula con ejes, líneas, acciones, metas, responsables y resultados.
Progresividad	El financiamiento acompaña los niveles del PIS y la expansión gradual de cobertura, calidad y especialización.
Priorización territorial	Las brechas territoriales orientan asignaciones, ampliaciones e incentivos de implementación.
Sostenibilidad	Las fuentes se evalúan según continuidad, suficiencia, flexibilidad y capacidad de financiar servicios recurrentes.
Eficiencia	La asignación debe evitar duplicidades, optimizar recursos existentes y priorizar intervenciones de alto impacto.
Corresponsabilidad	Identifica aportes nacionales, sectoriales, territoriales, cooperación y fuentes complementarias cuando corresponda.
Transparencia	El presupuesto debe reportarse de forma periódica junto con avances físicos, metas e indicadores.

Como se ha presentado, el PNPI incluye un presupuesto referencial con proyecciones por entidad, distribución por tipo de gasto y distribución por grupo de gasto. Este esquema constituye una línea base financiera inicial para observar recursos vinculados a primera infancia, identificar concentración institucional, reconocer fuentes fiscales existentes y aproximar el punto de partida para la sostenibilidad del Plan. El ejercicio, en su diseño, usó fichas estandarizadas y reuniones de validación con cada institución para identificar la inversión actual en primera infancia. Se relaciona además con el primer nivel de implementación de acuerdo con los criterios de progresividad.

En este contexto, si bien el ejercicio plantea escenarios sobre el presupuesto requerido para la implementación en los siguientes años, debe entenderse como una primera aproximación que reconoce los servicios del paquete que ya se están dando, sin identificar brechas territoriales. Para efectos de la implementación en el momento dos, será necesario avanzar hacia un costeo por acciones, intervenciones, estándares de prestación, metas de cobertura y niveles del PIS. Esta transición permitirá distinguir entre recursos disponibles, recursos flexibles, brechas de financiamiento, necesidades de expansión y costos de sostenibilidad.

La línea base financiera debe articularse con la matriz estratégica del PNPI. Cada línea de política y cada atención priorizada del PIS debe contar con una identificación preliminar de responsable, fuente de financiamiento, tipo de gasto, brecha, fase, indicador y meta asociada.

El costeo del PIS es progresivo y acumulativo. El Nivel 1 calcula el costo de un piso esencial de atenciones prioritarias y medibles y es el que se reconoce en la estimación realizada. Los niveles posteriores incorporan ampliaciones de cobertura, mejoras de calidad, respuestas especializadas, adecuaciones territoriales, fortalecimiento de sistemas de información, asistencia técnica y sostenibilidad operativa.

El costeo en el momento de implementación se realiza por atención o intervención, entidad responsable, población objetivo, frecuencia, estándar de prestación, territorio, fuente de financiamiento y fase de implementación. La aproximación de gestión por resultados permite saber no solo cuánto cuesta el Plan, sino qué resultados puede producir cada asignación y qué brechas se mantienen si los recursos no son suficientes.

Financiamiento identificado

En el ejercicio analítico realizado, el financiamiento del PNPI corresponde a lo identificado como parte del Presupuesto General del Estado (PGE) incluyendo recursos fiscales y sectoriales ya existentes, así como otras fuentes de financiamiento del propio PGE como créditos y cooperación internacional. No se consideraron para este ejercicio, los recursos para primera infancia que destinan, en el ámbito de sus competencias, los Gobiernos Autónomos Descentralizados así como los recursos de las organizaciones de la sociedad civil incluyendo los recursos de cooperación internacional que no están registrados en el PGE.

En el segundo momento, es necesario identificar fuentes complementarias para fortalecer inversión, innovación, asistencia técnica, capacidades territoriales y expansión progresiva. Como parte de este ejercicio y por experiencia del país, se puede avanzar en la identificación de mecanismos innovadores de financiamiento. La identificación de fuentes, debe diferenciar recursos recurrentes de recursos temporales, evitando financiar servicios permanentes únicamente con fuentes no sostenibles.

Para sostener la implementación, el PNPI durante la etapa de implementación, se debe contar con una matriz financiera que vincule planificación, presupuesto y resultados. Esta matriz debe actualizarse periódicamente y servir como instrumento de diálogo entre sectores, planificación, finanzas, territorios y cooperación.

Sostenibilidad

La sostenibilidad financiera del PNPI requiere combinar tres líneas de acción. La primera consiste en proteger y ordenar los recursos existentes vinculados a primera infancia, evitando duplicidades y mejorando trazabilidad utilizando la metodología que ya ha sido planteada. La segunda implica costear progresivamente el PIS para identificar brechas reales de financiamiento a nivel territorial. La tercera consiste en construir escenarios plurianuales que permitan ampliar cobertura y calidad sin comprometer la continuidad de servicios esenciales.

La sostenibilidad también exige que el presupuesto se vincule con resultados. Las decisiones financieras deben responder a evidencia sobre brechas territoriales, población objetivo, costo de atenciones, metas y capacidad de ejecución. Esto permitirá que la inversión en primera infancia tenga mayor legitimidad, transparencia y capacidad de rendición de cuentas. En este caso, el país, cuenta con experiencia en el trabajo para la reducción de desnutrición crónica infantil. El esquema planteado, tanto para la identificación de la inversión actual en primera infancia, como para la implementación del PIS, busca replicar el esquema para el logro de resultados en los indicadores que han sido identificados como parte de la construcción del PNPI.

7. Vinculación con el Sistema Nacional Descentralizado de Planificación Participativa - SNDPP

La vinculación del Plan Nacional de Primera Infancia (PNPI) con el Sistema Nacional Descentralizado de Planificación Participativa se organiza a partir de los objetivos del propio Plan. Esto permite establecer, cómo los cambios que el PNPI busca producir en la primera infancia se relacionan con las prioridades

nacionales, los compromisos internacionales y los instrumentos sectoriales, institucionales y territoriales de planificación.

En concordancia con la Guía Metodológica para la Formulación de la Política Pública de la Secretaría Nacional de Planificación, la alineación considera la relación entre objetivos, políticas, metas e indicadores.

7.1. Alineación programática – PND – ODS (Agenda 2030)

El PNPI contribuye al Plan Nacional de Desarrollo 2025–2029 "Ecuador No Se Detiene" desde su carácter integral e intersectorial lo que plantea un reto por las áreas que abarca el PNPI. La unidad de análisis utilizada es el objetivo del PNPI. De esta manera primero se identifica el objetivo y la política del PND que guardan correspondencia con el cambio esperado; posteriormente se verifican las metas nacionales pertinentes y, finalmente, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y sus metas asociadas. Esta secuencia permite que la relación pueda verificarse posteriormente mediante los indicadores del Plan.

La alineación se clasifica como principal cuando existe correspondencia directa entre el objetivo del PNPI y un objetivo o política del PND, y como complementaria cuando el instrumento nacional constituye una condición habilitante para alcanzar el objetivo del PNPI. Los ODS se presentan en concordancia con la estructura PND–Agenda 2030 y con la correspondencia específica definida en el Anexo 5 del PNPI para sus indicadores.

Tabla 23: Alineación sintética entre los objetivos del PNPI, el PND 2025–2029 y los ODS

Objetivo PNPI	Formulación del objetivo	Correspondencia con el PND	ODS vinculados
Objetivo general del PNPI	Garantizar progresivamente las condiciones necesarias para el desarrollo integral de las niñas y niños desde la concepción hasta antes de cumplir seis años, mediante una respuesta pública integral, intersectorial, territorial, pertinente, inclusiva y sostenible que asegure la concurrencia, calidad y continuidad de servicios, cuidados y entornos protectores.	PND Obj. 1 (bienestar y derechos); Obj. 2 (educación inclusiva); Obj. 3 (seguridad y derechos humanos); Obj. 6 (recursos naturales/agua); Obj. 8 (institucionalidad pública); Obj. 9 (resiliencia y riesgos).	ODS 1, 2, 3, 4, 5, 6, 11 y 16.
OE1. Buena salud y bienestar	Asegurar el acceso universal y continuo a servicios integrales de salud física, mental y psicoemocional, con énfasis en gestantes, recién nacidos, niñas y niños, mujeres que han tenido un parto, familias y cuidadores.	Principal: PND Obj. 1. Complementaria: PND Obj. 6, por agua potable, saneamiento y determinantes ambientales vinculados con salud.	ODS 3 (metas 3.1, 3.2 y 3.8) y ODS 6 (metas 6.1 y 6.2).
OE2. Nutrición adecuada	Asegurar condiciones para una nutrición adecuada durante la gestación, la lactancia y la primera infancia, mediante intervenciones integrales de salud, nutrición, alimentación, agua segura, saneamiento, protección social y acompañamiento familiar y comunitario.	Principal: PND Obj. 1, especialmente la política 1.6 sobre determinantes del desarrollo integral y primera infancia.	ODS 2 (metas 2.1 y 2.2).

Objetivo PNPI	Formulación del objetivo	Correspondencia con el PND	ODS vinculados
OE3. Cuidado sensible y receptivo	Fortalecer el cuidado sensible y receptivo como dimensión esencial del desarrollo infantil.	Principal: PND Obj. 1, especialmente la política 1.6 sobre desarrollo integral y primera infancia.	ODS 3 (meta 3.4, bienestar y salud mental) y ODS 4 (meta 4.2, atención y desarrollo en primera infancia).
OE4. Oportunidades para el aprendizaje	Garantizar oportunidades para el aprendizaje desde la concepción y durante toda la primera infancia, asegurando experiencias continuas, inclusivas, accesibles y seguras de juego, comunicación, exploración, arte, literatura, movimiento, recreación, desarrollo infantil, educación inicial y preparatoria.	Principal: PND Obj. 1 (política 1.6) y PND Obj. 2 (política 2.1 sobre acceso universal a educación inclusiva, equitativa e intercultural).	ODS 4 (metas 4.2 y, para continuidad hacia preparatoria, 4.1).
OE5. Seguridad y protección	Garantizar la seguridad y protección integral de niñas y niños mediante la consolidación de entornos familiares, institucionales y comunitarios libres de violencia, negligencia, exclusión, barreras de acceso y vulneración de derechos.	Principal: PND Obj. 1, Obj. 2 y Obj. 3. Complementaria: PND Obj. 9 para prevención, respuesta y resiliencia frente a riesgos y desastres.	ODS 1 (1.2 y 1.3), ODS 4 (4.1), ODS 5 (5.2), ODS 16 (16.2 y 16.9) y, de forma complementaria, ODS 11 (11.b/11.5).

Elaboración: Equipo técnico

La Tabla 24 muestra que el PND no se relaciona con el PNPI como un bloque único. El Objetivo 1 del PND constituye la principal referencia para salud, nutrición, cuidado y parte de la protección; el Objetivo 2 sustenta la continuidad educativa; el Objetivo 3 sustenta la prevención de violencias y la restitución de derechos; el Objetivo 6 aporta a las condiciones de agua y saneamiento; y los Objetivos 8 y 9 operan como marcos habilitantes para la gobernanza, la territorialización y la gestión de riesgos. Esta lectura es consistente con la arquitectura del PNPI, que combina cinco ejes de acción con cuatro ejes de soporte.

Tabla 24: Alineación programática entre objetivos del PNPI, políticas y metas seleccionadas del PND

Objetivo PNPI	Objetivo PND	Política PND	Meta PND	Meta ODS
Objetivo general / soporte	Objetivo 8. Fortalecer la institucionalidad pública de forma eficiente, transparente y participativa.	Política 8.2: consolidar la gobernabilidad democrática y la cohesión territorial, con servicios públicos de calidad y gestión articulada en territorio.	Incrementar el índice de percepción de la calidad de los servicios públicos de 6,35 (2024) a 6,67 (2029).	ODS 16.6 – Instituciones eficaces, responsables y transparentes.
Objetivo general / OE5	Objetivo 9. Fortalecer la capacidad de respuesta y resiliencia de las ciudades y comunidades ante riesgos de origen natural y antrópico.	Política 9.1: mejorar las capacidades institucionales para responder coordinada y oportunamente a emergencias o desastres.	Incrementar el IFGLM cantonal de 42,57 (2024) a 46,99 (2029).	ODS 11.b – Políticas y planes integrados para resiliencia y gestión del riesgo de desastres.
OE1 Salud	Objetivo 1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	Política 1.3: mejorar la prestación integral y de calidad de los servicios de salud.	Rotavirus: 80,94% a 84,86%; Neumococo: 82,33% a 86,00%; SRP: 70,10% a 73,74% (2024–2029).	ODS 3.8 – Cobertura sanitaria universal y acceso a servicios esenciales de salud de calidad.

Objetivo PNPI	Objetivo PND	Política PND	Meta PND	Meta ODS
OE1 Salud	Objetivo 1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	Política 1.5: garantizar servicios de salud sexual y reproductiva de calidad.	Reducir la razón de mortalidad materna de 35,62 (2023) a 33,06 (2029).	ODS 3.1 – Reducir la mortalidad materna.
OE1 Salud	Objetivo 1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	Política 1.6: fortalecer servicios alrededor de los determinantes del desarrollo integral, con énfasis en primera infancia.	Incrementar gestantes, niñas y niños menores de 6 años que reciben servicios para primera infancia de 38,91% (2024) a 42,51% (2029).	ODS 3.8 – Cobertura sanitaria universal y acceso a servicios esenciales de salud de calidad.
OE1 Salud	Objetivo 6. Precautelar el uso sostenible de los recursos naturales, la protección del ambiente, y el desarrollo de energía sostenible.	Política 6.5: gestión integral del recurso hídrico y acceso al agua potable y saneamiento.	El PND no contiene, en la hoja analizada, una meta específica de acceso domiciliario a agua/saneamiento equivalente a los indicadores PNPI; la correspondencia se verifica a nivel de política y ODS.	ODS 6.1 y 6.2 – Acceso a agua potable; saneamiento e higiene adecuados y equitativos.
OE2 Nutrición	Objetivo 1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	Política 1.6: desarrollo integral con énfasis en primera infancia.	Reducir la prevalencia de DCI en menores de 2 años de 19,27% (2024) a 15,27% (2029).	ODS 2.2 – Poner fin a todas las formas de malnutrición.
OE3 Cuidado	Objetivo 1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	Política 1.6: desarrollo integral con énfasis en primera infancia.	Sin meta PND específica para cuidado sensible; el Anexo 5 del PNPI establece indicadores propios de bienestar de cuidadores y estimulación temprana.	ODS 3.4 y 4.2 – Promover la salud mental y el bienestar; asegurar atención y desarrollo de calidad en primera infancia.
OE4 Aprendizaje	Objetivo 2. Potenciar las capacidades de la ciudadanía con acceso universal a una educación inclusiva de calidad, acceso a espacios de intercambio cultural y una vida activa.	Política 2.1: acceso universal a educación inclusiva, equitativa e intercultural y permanencia.	Incrementar la Tasa Bruta de Matrícula del Sistema Nacional de Educación de 88,09% (2024–2025) a 90,46% (2029–2030). Meta agregada, no específica para educación inicial.	ODS 4.2 y 4.1 – Atención y desarrollo de calidad en primera infancia; continuidad y resultados de aprendizaje en la trayectoria educativa.
OE4 Aprendizaje	Objetivo 1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	Política 1.6: desarrollo integral con énfasis en primera infancia.	Sin meta PND específica para resultados de desarrollo temprano; el PNPI dispone de indicadores propios en el Anexo 5.	ODS 4.2 – Asegurar atención, desarrollo en primera infancia y educación preescolar de calidad.
OE5 Protección	Objetivo 3. Garantizar un estado soberano, seguro, y justo promoviendo la convivencia pacífica y el respeto a los derechos humanos.	Política 3.6: prevenir y erradicar la violencia en todas sus formas.	Incrementar víctimas de violencia sexual en el ámbito educativo con plan de acompañamiento de restitución de derechos de 93,59% (2024) a 97,30% (2029).	ODS 16.2 – Poner fin al maltrato, explotación, trata y todas las formas de violencia contra niñas y niños.

Objetivo PNPI	Objetivo PND	Política PND	Meta PND	Meta ODS
OE5 Protección	Objetivo 1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	Políticas 1.1 y 1.2: reducción de pobreza y acceso a protección social.	Pobreza extrema: 8,81% a 7,79%; pobreza multidimensional: 36,85% a 32,59%; usuarios pobres de protección social: 74,61% a 90,23% (2024–2029).	ODS 1.2 y 1.3 – Reducir la pobreza en todas sus dimensiones y ampliar sistemas y medidas de protección social.

Elaboración: Equipo técnico

El horizonte del PNPI comprende 2026–2030, mientras que el PND vigente cubre 2025–2029. En consecuencia, la alineación aquí descrita es aplicable durante la vigencia coincidente de ambos instrumentos y deberá ser verificada cuando se apruebe el siguiente Plan Nacional de Desarrollo, particularmente para la programación correspondiente a 2030, sin que ello implique modificar automáticamente los objetivos del PNPI.

7.2. Relación con políticas y estrategias nacionales vinculadas

Además del PND y la Agenda 2030, el PNPI se articula con instrumentos nacionales que desarrollan ámbitos específicos de la política de primera infancia. La relación se presenta desde los objetivos del PNPI y no únicamente desde los temas de cada instrumento, de modo que pueda identificarse qué resultado del Plan se fortalece mediante cada política o estrategia

7.2.1. Agenda Nacional para la Igualdad Intergeneracional

La Agenda Nacional para la Igualdad Intergeneracional aporta propuestas de política relevantes para la primera infancia y para la población vinculada al PNPI. La sección base identifica tres ámbitos de correspondencia: calidad educativa, desnutrición y embarazo en adolescentes. Su relación con el PNPI se ordena de la siguiente manera:

Tabla 23: Relación entre propuestas de la Agenda Nacional para la Igualdad Intergeneracional y objetivos del PNPI

Propuesta de política / ámbito	Objetivo(s) PNPI relacionado(s)	Tipo de relación
Calidad educativa – mejorar la calidad educativa mediante el fortalecimiento de competencias docentes y el acceso equitativo a recursos educativos.	OE4. Oportunidades para el aprendizaje.	Directa: fortalece calidad, inclusión y continuidad de las experiencias de aprendizaje.
Desnutrición – reducir la desnutrición en niñas y niños menores de 5 años mediante articulación de programas intersectoriales.	OE2. Nutrición adecuada; contribuye también a OE1. Buena salud y bienestar.	Directa para nutrición y contributiva para salud.
Embarazo en adolescentes – reducir el embarazo en adolescentes mediante educación integral de la sexualidad y acceso a métodos anticonceptivos.	OE1. Buena salud y bienestar y OE5. Seguridad y protección, considerando a gestantes adolescentes como población de especial vulnerabilidad vinculada al Plan.	Complementaria dentro del ciclo de vida y de la protección integral.

7.2.2. Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil en Ecuador 2025-2030

El Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil (PEI-DCI) constituye el instrumento intersectorial con mayor convergencia operativa con el PNPI en materia de nutrición y primera infancia. Su aporte no se limita al objetivo de nutrición: los ejes de gobernanza, financiamiento, territorialización, información, talento humano y corresponsabilidad coinciden con los procesos de soporte del PNPI y con las condiciones necesarias para que sus objetivos se implementen de forma concurrente.

Tabla 24: Alineación PEI con los objetivos del PNPI

Eje PEI-DCI	Objetivo del eje	Objetivo(s) PNPI relacionado(s)	Proceso de soporte PNPI
1. Generación de entorno habilitador	Asegurar un entorno habilitador sostenible para la implementación efectiva de la ENECSDI.	Objetivo general; OE1 y OE2.	Gobernanza y articulación intersectorial.
2. Movilización de recursos financieros	Consolidar la sostenibilidad de los recursos financieros para la política integral de prevención y reducción de la DCI.	Objetivo general; OE2 principalmente.	Financiamiento y presupuesto.
3. Articulación territorial	Afianzar la articulación territorial entre niveles de gobierno, sociedad civil y actores comunitarios.	Objetivo general; OE2 y, como condición habilitante, los cinco objetivos específicos.	Gobernanza y articulación intersectorial.
4. Gestión de información	Consolidar la gestión y calidad de la información sobre DCI.	Objetivo general; OE2 principalmente.	Seguimiento, monitoreo e información / SUUSEN.
5. Talento humano y mejora de la gestión	Mejorar la calidad de la atención a niñas, niños y gestantes mediante talento humano y fortalecimiento de servicios.	OE1 y OE2; contribuye a la calidad de la provisión del PIS.	Fortalecimiento de capacidades institucionales.
6. Corresponsabilidad y transparencia	Afianzar la corresponsabilidad social y la transparencia para la implementación de la ENECSDI.	OE2 y OE3; objetivo general en participación y rendición de cuentas.	Gobernanza, participación y cambio social y de comportamiento.

7.3. Alineación con las Agendas Nacionales para la Igualdad

El Plan Nacional de Primera Infancia se alinea con la Agenda Nacional para la Igualdad Intergeneracional 2025 - 2029 (ANII), instrumento de política pública de los Consejos Nacionales para la Igualdad que incorpora el enfoque de ciclo de vida y establece lineamientos específicos para el cierre de brechas en el eje social sobre la mejora en la calidad educativa y reducción de la desnutrición (en niños, niñas y gestantes), mientras que en el Eje económico, productivo y de empleo incluye sobre la reducción del trabajo infantil.

De igual manera, se articula con la Agenda Nacional para la Igualdad de Género 2025 - 2029, en lo referente a la protección especializada de las niñas frente a la violencia de género, la corresponsabilidad en el cuidado y la promoción de patrones de crianza libres de estereotipos, reconociendo que la primera

infancia es una etapa determinante para la transformación de las relaciones de género a lo largo del ciclo de vida.

El Plan incorpora un enfoque de interseccionalidad al vincularse con la Agenda Nacional para la Igualdad de Discapacidades, que, si bien se encuentra en construcción, la última disponible al 2025, garantiza la detección oportuna y la atención especializada de niñas y niños con discapacidad o en riesgo.

Sobre la Agenda Nacional para la Igualdad de Pueblos y Nacionalidades y de Movilidad Humana, también se alinea con el PNPI ya que incluyen la garantía de los derechos de estos grupos con lineamientos que fortalecen la incorporación del enfoque de igualdad y no discriminación en la gestión pública, asegurando pertinencia cultural en los servicios de cuidado y desarrollo infantil, y con los lineamientos de movilidad humana, en atención a la situación de niñas y niños en contextos de movilidad y refugio.

7.4. Vinculación con instrumentos sectoriales, institucionales y territoriales

La articulación del PNPI con los instrumentos sectoriales e institucionales permite trasladar sus objetivos a la planificación y programación de las entidades responsables. La vinculación funcional identificada en el documento base se mantiene y se precisa desde los objetivos del Plan:

- Salud: el Plan Decenal de Salud 2022–2031 y el Plan Estratégico Institucional del Ministerio de Salud Pública se relacionan directamente con el OE1 y contribuyen al OE2, particularmente en atención prenatal, parto y posparto, vacunación, vigilancia del crecimiento y desarrollo, nutrición, salud mental y detección temprana.
- Desarrollo humano, nutrición y protección social: la normativa y planificación para prevenir y erradicar la malnutrición, el PEI-DCI y la planificación institucional del organismo articulador se vinculan principalmente con los OE2 y OE3, y con el OE5 en protección social, reducción de barreras y atención a hogares en vulnerabilidad. Los procesos de gobernanza, seguimiento y financiamiento son transversales.
- Protección frente a la violencia: los instrumentos nacionales de prevención y erradicación de la violencia se vinculan directamente con el OE5 y contribuyen al OE3 en la promoción de prácticas de crianza no violentas y entornos emocionalmente seguros.
- Educación: el Currículo Nacional de Atención y Educación de la Primera Infancia de 0 a 3 años y la planificación institucional del sector educativo se vinculan con el OE4, especialmente en calidad pedagógica, inclusión, continuidad entre desarrollo infantil, educación inicial y preparatoria y participación de las familias.
- Territorio y gestión de riesgos: la territorialización del PNPI y los planes locales de primera infancia deben articularse con los Planes de Desarrollo y Ordenamiento Territorial. Esta relación se vincula con el objetivo general y con el OE5, y se sostiene en el eje de gobernanza y articulación intersectorial definido en el Anexo 3.

Durante la implementación, cada institución responsable deberá identificar en su planificación estratégica y operativa el objetivo institucional, programa, producto, indicador y asignación presupuestaria que materializan las responsabilidades del PNPI. Cuando un compromiso del Plan no se encuentre reflejado en el instrumento correspondiente, deberá analizarse su inclusión o actualización conforme a los procedimientos del SNDPP. Esta trazabilidad permitirá vincular el nivel nacional de política pública con la gestión sectorial, institucional y territorial.

8. Articulación intersectorial y Estructura de Gobernanza

La gobernanza del Plan Nacional de Primera Infancia (PNPI) se sustenta en la Ley Orgánica de la Primera Infancia (Asamblea Nacional, 2025) que establece un marco institucional robusto y con liderazgo claro para asegurar la coordinación intersectorial. Este marco garantiza la corresponsabilidad del Estado, la sociedad y la familia en la promoción y protección de los derechos de niñas y niños en la primera infancia.

La articulación intersectorial resulta indispensable porque la primera infancia enfrenta desafíos complejos que requieren respuestas integrales y coordinadas. Esta gobernanza debe orientarse hacia principios que fortalecen la acción pública:

- Horizontalidad, mediante relaciones basadas en confianza y compromisos compartidos.
- Gobierno relacional, con procedimientos flexibles y concertados para la toma de decisiones.
- Transversalidad, abordando los problemas con una mirada holística que supere la fragmentación.
- Gobernanza multinivel, articulando los distintos niveles de gobierno nacional y territorial.
- Participación, asegurando la representación de ciudadanía y actores diversos.

Esto se complementa con lo señalado por el Comité de los Derechos del Niño en su Observación General N.º 7 (Comité de los Derechos del Niño, 2006), que insta a los Estados a desarrollar estrategias multisectoriales basadas en derechos, coordinadas y sistemáticas, para que el interés superior del niño sea siempre el punto de partida en la planificación y prestación de servicios.

Cabe recordar que en las observaciones finales a los informes quinto y sexto combinados del Ecuador (Comité de los Derechos del Niño, 2017), el Comité recomendó la creación de un órgano nacional de alto nivel interministerial con mandato claro y autoridad suficiente para coordinar todas las actividades relacionadas con los derechos del niño en la primera infancia. La LOPI responde a esta recomendación al establecer el Comité Nacional de Primera Infancia y el organismo articulador especializado, asegurando que exista una estructura institucional capaz de liderar, coordinar y evaluar las políticas públicas en este ámbito (Arts. 10, 11 y 12 LOPI).

8.1. Coordinación intersectorial para el Plan Nacional de Primera Infancia

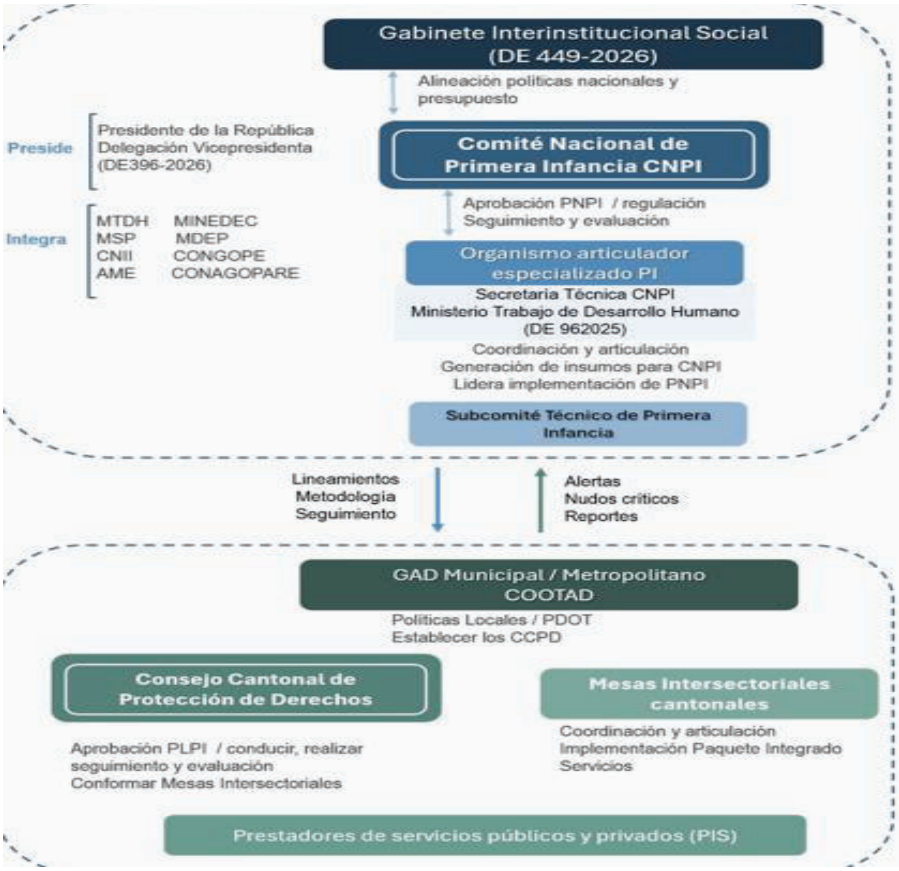
La coordinación intersectorial constituye la estrategia central de gobernanza que permite que el Plan Nacional de Primera Infancia (PNPI) se implemente de manera efectiva y con alcance nacional. La Ley Orgánica de la Primera Infancia (Asamblea Nacional, 2025) establece que el Estado, la sociedad y la familia tienen corresponsabilidad en la garantía de derechos de niñas y niños hasta antes de cumplir seis años (Arts. 4, 5 y 7). Esta estrategia asegura que las políticas, programas y servicios se articulen entre sectores y niveles de gobierno, evitando duplicidades y garantizando que la atención llegue a la población más vulnerable (Art. 12)

La coordinación intersectorial es necesaria porque los problemas que afectan a la primera infancia son multidimensionales (salud, nutrición, cuidado, aprendizaje, protección). Ningún sector por sí solo puede garantizar el desarrollo integral, por lo que se requiere una estructura que asegure la integración de

esfuerzos y la coherencia en la acción pública, dando cumplimiento al mandato constitucional que dispone asegurar políticas intersectoriales nacionales y locales (art. 44).

En este marco, la LOPI define el Paquete Integral de Servicios para la Primera Infancia como el conjunto de bienes y servicios destinados a gestantes y a las niñas y niños hasta antes de cumplir seis años, abarcando salud, nutrición, protección y educación inicial en un entorno familiar, comunitario e institucional (Art. 6, literal j). La coordinación intersectorial es el mecanismo que asegura que este paquete se implemente de manera articulada, con estándares comunes y con seguimiento nominal para garantizar cobertura y calidad (Art. 23).

Gráfico 7: Estructura de Gobernanza PNPI



Fuente: LOPI – COOTAD
Elaboración: Equipo técnico

Tabla 25: Responsabilidades críticas para la gobernanza del PNPI

Facultad crítica	Responsable principal propuesto	Producto o decisión	Periodicidad o activación
Rectoría	Comité Nacional de Primera Infancia, presidido por la Presidencia de la República o su delegada/o permanente.	Aprobación estratégica del PNPI, lineamientos nacionales, informes anuales y decisiones de alto nivel.	Sesiones ordinarias y extraordinarias según reglamento.
Articulación	Ministerio de Trabajo y Desarrollo Humano, como organismo articulador especializado.	Coordinación técnica, consolidación de información, seguimiento del PIS, asistencia técnica y secretaría del Comité.	Seguimiento permanente y reporte periódico al Comité.
Aprobación de modificaciones al PIS	Comité Nacional, con insumo técnico del MDH y entidades rectoras.	Actualización del PIS, niveles de progresividad y criterios de priorización.	Cuando existan cambios normativos, presupuestarios o técnicos.
Resolución de incumplimientos intersectoriales	Comité Nacional, previa alerta técnica del MTDH.	Acuerdos vinculantes, plan de mejora, reasignación de responsabilidades o escalamiento.	Cuando se detecten rezagos, duplicidades o incumplimientos.
Reporte y rendición de cuentas	MTDH y entidades sectoriales, con aportes territoriales de GAD y mesas cantonales.	Informe de avance físico, financiero, territorial y de resultados.	Anual, con alertas trimestrales cuando aplique.

8.1.1. Nivel Nacional

La Ley Orgánica de la Primera Infancia establece al Comité Nacional de Primera Infancia como la instancia máxima de coordinación intersectorial en el marco del Sistema Nacional Descentralizado de Protección Integral (Art. 10) (Asamblea Nacional, 2025). Este Comité asegura la conducción estratégica del PNPI y garantiza que las decisiones se adopten con visión integral y capacidad de incidencia en todos los niveles de gobierno.

El Comité está presidido por el Presidente de la República o su delegado permanente, y cuenta con la participación de las máximas autoridades de sectores clave: los ministerios rectores de inclusión económica y social, educación, salud pública y finanzas, el Consejo Nacional de Igualdad Intergeneracional, así como los representantes de los Gobiernos Autónomos Descentralizados municipales (AME), provinciales (CONGOPE) y parroquiales rurales (CONAGOPARE) (Art. 10). Esta composición asegura que las políticas de primera infancia se articulen de manera coherente entre el nivel nacional y territorial. Adicionalmente, participa en el Comité el organismo articulador especializado en primera infancia, que actúa como secretaría del Comité.

Mediante Decreto Ejecutivo No. 396 (2026) designó a la Vicepresidenta de la República como delegada permanente del Presidente de la República en el Comité Nacional de la Primera Infancia (DE No. 396, 2026).

Este espacio de articulación asegura la planificación estratégica, la aprobación del PNPI y la definición de estándares y protocolos. Entre sus atribuciones principales se encuentran: aprobar el diagnóstico inicial de la situación de la primera infancia en el país; aprobar el PNPI de forma participativa y coordinada; realizar la evaluación anual de los planes nacionales y locales; establecer estándares y protocolos para los prestadores de servicios; conocer los avances en la implementación del Paquete Integral de Servicios para la Primera Infancia; y aprobar el informe anual de rendición de cuentas (Art. 11).

Por otro lado, el Decreto Ejecutivo No. 449 (2026) creó los Gabinetes Interinstitucionales como instancias permanentes de coordinación para articular, armonizar y dar seguimiento a la política pública interinstitucional. Entre ellos, el Gabinete Interinstitucional de lo Social, integrado por las máximas autoridades de los ministerios de Trabajo, Salud Pública, Educación, Desarrollo Humano, Gestión de Riesgos y Gobierno, y presidido por la Secretaría General de la Administración Pública, Planificación y Gabinete. Este gabinete constituye un espacio clave para la coordinación de las políticas sociales. (DE No. 449, 2026)

En el marco de lo dispuesto en el Art. 8 del Decreto Ejecutivo No. 449, las decisiones del Comité Nacional de Primera Infancia deben alinearse con las resoluciones del Gabinete Interinstitucional de lo Social, asegurando coherencia en la formulación, ejecución y seguimiento de la política pública de primera infancia. Esta alineación permitirá fortalecer la gobernanza nacional al articular el PNPI con los mecanismos de coordinación interinstitucional de más alto nivel, consolidando la primera infancia como prioridad de Estado.

8.1.2. Nivel territorial

En el nivel territorial, la Ley Orgánica de la Primera Infancia establece al Consejo Cantonal de Protección de Derechos en materia de Primera Infancia como la instancia responsable de conducir la política pública en cada cantón (Art. 13) (Asamblea Nacional, 2025). Estos Consejos cumplen funciones clave: obtener y canalizar información para el diagnóstico inicial de la situación de la primera infancia; aprobar el Plan Local de Primera Infancia de forma participativa y coordinada, en observancia del PNPI y de los planes locales de desarrollo; conocer los avances en la implementación del Paquete Integral de Servicios para la Primera Infancia; realizar la evaluación anual de los planes locales; y conformar las Mesas Intersectoriales Cantonales de Primera Infancia, siguiendo los lineamientos del organismo articulador especializado.

En concordancia, el Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización (COOTAD) asigna a los Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD) municipales y metropolitanos la responsabilidad de diseñar e implementar políticas públicas de equidad e inclusión, así como de establecer sistemas de protección integral que aseguren el ejercicio y garantía de derechos (Arts. 54, 84 y 148). Los Consejos Cantonales de Protección de Derechos forman parte de estos sistemas, con atribuciones de formulación, seguimiento y evaluación de políticas públicas municipales de protección de derechos (Art. 598 COOTAD).

Asimismo, las Mesas Intersectoriales Cantonales son espacios operativos de coordinación interinstitucional e intersectorial, conformados con la participación de actores públicos, privados y comunitarios presentes en el territorio (Art. 14 LOPI). Su finalidad es asegurar la provisión oportuna de los bienes y servicios del Paquete Integral, analizar la oferta de servicios y priorizar la población a atender, tomando en cuenta los lineamientos generales definidos a nivel nacional. La LOPI dispone expresamente que las funciones de las mesas intersectoriales creadas por la Ley Orgánica para Prevenir y Erradicar la Malnutrición serán asumidas por las mesas de primera infancia, evitando duplicidades y asegurando coherencia institucional.

8.2. El rol del Ministerio del Trabajo y Desarrollo Humano MTDH

La Ley Orgánica de la Primera Infancia establece al organismo articulador especializado en primera infancia. Este organismo actúa como Secretaría Técnica del Comité Nacional de Primera Infancia (Art. 12 y Disposición General Primera). (Asamblea Nacional, 2025)

Mediante el Decreto Ejecutivo No. 96 de 2025, el Presidente de la República dispuso que el Ministerio de Inclusión Económica y Social, actualmente Ministerio de Trabajo y Desarrollo Humano (MTDH), asuma las competencias, atribuciones y funciones previstas en la LOPI para el organismo articulador especializado en primera infancia. De esta forma, el MTDH se constituye en el ente rector y articulador de la política pública de primera infancia en el país. [6]

[6] Mediante Decreto Ejecutivo 427 de 18 de junio de 2026, el Presidente de la República dispuso la fusión por absorción del Ministerio de Desarrollo Humano al Ministerio del Trabajo y ordena que el Ministerio del Trabajo y Desarrollo Humano asume todas las competencias, atribuciones ,funciones, representaciones, delegaciones, derechos y obligaciones que le correspondían al de Desarrollo Humano (artículo 3); y dispone que concluido el

Entre las atribuciones principales de este Organismo, se encuentran: elaborar y presentar al Comité Nacional de Primera Infancia el diagnóstico inicial de la situación de la primera infancia, incluyendo los servicios del Paquete Integral de Servicios y el presupuesto requerido; coordinar la elaboración del PNPI; realizar el monitoreo y seguimiento de los planes nacionales y locales; liderar la implementación del Paquete Integral en todos los niveles de gobierno; articular con instancias nacionales y locales para evitar duplicidades y garantizar la focalización en población vulnerable; construir y administrar el Sistema Unificado y Universal de Seguimiento Nominal; y coordinar con sociedad civil, academia, sector privado y cooperación internacional para alcanzar las metas del PNPI (Art. 12 LOPI).

El MTDH, en su rol de organismo articulador especializado, asegura la coherencia y efectividad de las políticas públicas de primera infancia, promueve la capacitación continua de los profesionales involucrados, impulsa campañas de sensibilización y educación pública, y garantiza la sostenibilidad fiscal del PNPI. Su liderazgo es fundamental para consolidar la gobernanza intersectorial y territorial, y para asegurar que el interés superior y la prioridad absoluta de niñas y niños sean el eje de todas las decisiones.

8.3. Coordinación multiactor

Las familias y personas cuidadoras se reconocen como actores centrales del ecosistema integral de cuidado, no solo como receptoras de orientación. La implementación del PNPI deberá reforzar tres dimensiones: cuidado de quien cuida; corresponsabilidad del cuidado; y condiciones materiales para cuidar, incluyendo salud mental, redes de apoyo, protección social, tiempo, servicios cercanos y entornos seguros.

La Ley Orgánica de la Primera Infancia reconoce la corresponsabilidad del Estado, la sociedad y la familia en la garantía de derechos de niñas y niños desde la concepción hasta antes de cumplir seis años (Art. 7) (Asamblea Nacional, 2025). En este marco, la gobernanza del PNPI se sustenta en una coordinación multiactor que asegura legitimidad, diversidad de perspectivas y sostenibilidad en la implementación de la política pública. La coordinación multiactor implica la participación activa de:

Familias y personas responsables del cuidado, quienes tienen responsabilidades directas en la crianza y protección de niñas y niños: cumplir con controles de salud y registro de nacimiento; garantizar el ingreso al sistema educativo; participar en programas y servicios; asistir a procesos de formación; asegurar entornos de crianza seguros y libres de violencia; denunciar vulneraciones de derechos; y ser vigilantes del cumplimiento de la política pública (Art. 25).

Entidades que brindan servicios a la primera infancia, responsables de entregar información para diagnósticos, cumplir lineamientos del PNPI y planes locales, mantener indicadores de avance, revisar la pertinencia y calidad de su oferta, y denunciar de manera inmediata cualquier tipo de violencia contra niñas y niños en sus instituciones (Art. 26).

proceso el MTDH ejercerá las rectorías, competencias, atribuciones y funciones que le hayan correspondido al Ministerio de Desarrollo Humano (Disposición General Sexta)

Sector privado y actores sociales, que deben ejercer responsabilidad social mediante prácticas empresariales y comerciales que protejan los derechos de la primera infancia, garanticen productos y servicios adecuados y sanos, y erradiquen cualquier práctica que afecte la vida, integridad y salud de niñas y niños (Art. 27).

Medios de comunicación y medios digitales, corresponsables de generar entornos protectores y de difundir campañas de sensibilización sobre derechos, prevención de violencias y promoción de la lactancia materna y alimentación saludable. Se les prohíbe la emisión de contenidos inadecuados para la edad en horarios familiares y cualquier exposición que ponga en riesgo a niñas y niños en primera infancia (Art. 28)

Sociedad civil, cooperación internacional, academia y organismos no gubernamentales, que participan en todo el ciclo de la política pública de primera infancia, aportando evidencia, innovación y acompañamiento técnico (Art. 29).

Consejos consultivos de primera infancia, creados a nivel nacional y facultativamente a nivel local, como espacios de asesoramiento y consulta sobre la construcción e implementación de las políticas de primera infancia. Estos consejos también asumen funciones vinculadas a la prevención y reducción de la desnutrición infantil, en articulación con lo dispuesto en la Ley Orgánica para Prevenir y Erradicar la Malnutrición (Art. 30).

De esta manera, la coordinación multiactor del PNPI asegura que la política pública de primera infancia se construya y ejecute con la participación activa de todos los sectores, bajo el principio de interés superior y prioridad absoluta, garantizando que las niñas y niños sean el centro de las decisiones y acciones del Estado y la sociedad.

9. Seguimiento, Monitoreo y Evaluación

El cumplimiento de los objetivos del Plan Nacional de Primera Infancia no puede depender únicamente de la voluntad institucional expresada en su formulación. Requiere un sistema que traduzca esos objetivos en indicadores verificables, con fuentes de información identificadas, líneas base conocidas y metas acordadas entre las entidades responsables.

Dentro de la estructura del Plan, este sistema constituye el séptimo eje, “Seguimiento, monitoreo, e información”, uno de los cuatro ejes de soporte que sostienen la implementación de los cinco ejes de acción del PNPI (buena salud y bienestar, nutrición adecuada, cuidado sensible y receptivo, oportunidades para el aprendizaje, y seguridad y protección). Los otros tres ejes de soporte son la gobernanza y articulación intersectorial (eje 6), el fortalecimiento de capacidades institucionales (eje 8) y el financiamiento y presupuesto (eje 9). A diferencia de los ejes de acción, que definen resultados esperados en la niña y el niño, los ejes de soporte definen las condiciones institucionales que hacen posible alcanzar esos resultados y verificar su cumplimiento.

9.1. Estrategia de seguimiento del PNPI

La estrategia de seguimiento operacionaliza la teoría de cambio presentada en la sección 6.1.2. Su función es verificar, mediante indicadores y fuentes periódicas, si los soportes institucionales, los servicios y las condiciones de los entornos producen los resultados previstos para gestantes, niñas, niños y personas cuidadoras.

El sistema adopta indicadores con fuentes periódicas existentes y reconocimiento de las entidades responsables de la información. El proceso interinstitucional de validación y consolidación de los 35 indicadores vigentes se presenta en la sección 6.6; este capítulo desarrolla su organización, operación, reporte y uso para el seguimiento y la evaluación

9.1.1. Evaluación y seguimiento

Antes de describir los niveles del sistema conviene distinguir dos funciones que, siguiendo el estándar internacional de seguimiento y evaluación, ordenan cualquier sistema de esta naturaleza. El seguimiento, que en la literatura internacional se usa como equivalente de monitoreo, es la función continua: la recolección sistemática de datos sobre indicadores específicos, apoyada en registros administrativos, que permite a la gestión advertir el avance o el rezago con mayor frecuencia. La evaluación es el ejercicio riguroso que compara un resultado observado contra una meta, apoyado en operaciones estadísticas nacionales representativas, tanto encuestas como registros administrativos, y que por su propio diseño no se repite con la frecuencia de una gestión periódica, sino conforme al ciclo con que esas operaciones producen información[7].

Esta distinción ordena los cuatro niveles del sistema y define qué parte de él se incorpora hoy de manera formal al Plan. El Nivel 1 y el Nivel 2, de resultado final y de condición habilitante, se apoyan sobre todo en fuentes de encuesta y de estadística vital con periodicidad anual, por lo que cumplen principalmente la función de evaluación, complementada con seguimiento continuo en aquellos indicadores que además cuentan con un registro administrativo mensual. Son estos 35 indicadores los que el Plan integra de manera formal. El Nivel 3 y el Nivel 4, de cobertura crítica y de calidad de la información, dependen siempre de un registro administrativo y por eso sostienen la función de seguimiento en su sentido más pleno, con reporte de mayor frecuencia, en principio mensual: seguirán un proceso propio e independiente de construcción y validación, y su incorporación como anexo al Plan quedará sujeta a una decisión posterior.[8]

El marco de Indicadores del Plan Nacional de Primera Infancia se sustentará inicialmente en los indicadores disponibles y técnicamente validados provenientes de la ENDI y de otras fuentes oficiales. Este marco podrá ser actualizado o complementado durante la implementación del Plan, de acuerdo con las necesidades definidas por la entidad rectora de primera infancia y sobre la base de resultados

[7] Se tomarán como referencia los lineamientos metodológicos nacionales establecidos en la Metodología de Seguimiento al Plan Nacional de Desarrollo y de la Estrategia Territorial Nacional (2025) y, en lo referente a la evaluación, en la Guía de Evaluación de Políticas Públicas (2021), emitidas por el ente rector de la planificación nacional. Estos lineamientos se complementarán con referentes internacionales en materia de seguimiento y evaluación

[8] Cabe anotar que el componente de evaluación será considerado en el plan de implementación del PNPI

oficiales, confiables y técnicamente validados, previa evaluación de su pertinencia estadística y para el seguimiento de la política pública.

El ente rector de primera infancia elaborará el Plan de Implementación del Plan Nacional de Primera Infancia, el cual deberá contemplar el análisis de la evidencia disponible, el paquete de servicios e intervenciones, sus costos y los mecanismos de seguimiento y evaluación.

En este marco, podrán evaluarse nuevas herramientas, fuentes de información e indicadores, a fin de determinar su pertinencia para complementar o actualizar el seguimiento del Plan.

9.1.2. La cadena de resultados como estructura de seguimiento

El sistema organiza los indicadores del PNPI según la lógica de una cadena de resultados de política pública, distinguiendo cuatro niveles jerárquicos. Cada nivel responde a una pregunta distinta sobre el estado de la primera infancia o sobre el desempeño de la propia gestión, y se apoya en fuentes de información con periodicidad y naturaleza distintas.

Tabla 26: Organización de indicadores de acuerdo con la teoría de cambio

Nivel	Denominación	Pregunta que responde	Fuente principal y periodicidad
N1	Resultados finales (impacto)	¿Cómo está la niña o el niño? Indicadores (DCI, desarrollo verbal, violencia, mortalidad materna, sobrepeso, entre otros)	ENDI, Registro de Nacidos Vivos y Defunciones (INEC). Periodicidad anual
N2	Condiciones habilitantes (efecto)	¿Qué factores están presentes o ausentes? Lactancia, saneamiento, pobreza; N2 agrupa indicadores que exigen corresponsabilidad de dos o más entes rectores	ENDI, ENEMDU. Periodicidad anual y trimestral, según indicador
N3	Cobertura crítica (producto)	¿Cuántas niñas y niños reciben el servicio? Cobertura CDI/CNH, Paquete Integral, inmunizaciones del PAI	SUUSEN, sujeto a homologación conjunta INEC-MTDH. Periodicidad mensual
N4	Calidad de la información (gestión)	¿Funciona bien el sistema de registro y entrega? Sub-registro del PAI, brecha entre mediciones antropométricas administrativas y de encuesta, error de inclusión o exclusión en el Registro Social o en los CDI	Cruce nominal ENDI-SUUSEN, principal mecanismo, pendiente de habilitación plena; admite también otros contrastes entre un registro administrativo y una fuente independiente

Elaboración: Equipo técnico

El Nivel 1 agrupa los indicadores de resultado final, los que en principio interesan más porque describen directamente la condición de la niña o del niño, pero también son los más lentos en modificarse y los que responden a múltiples causas de forma simultánea. Su lectura exige cautela: una meta no alcanzada en el Nivel 1 rara vez tiene una causa única identificable dentro del propio nivel.

El Nivel 2, y su variante N2, recoge las condiciones habilitantes que anteceden a esos resultados: lactancia, acceso a agua y saneamiento, situación de pobreza del hogar. La variante N2 se reservó para indicadores de efecto que exigen corresponsabilidad de dos o más entes rectores, como los controles prenatales oportunos y completos para la edad gestacional, cuyo cálculo involucra de forma conjunta al MSP y a los registros del SUUSEN. El Nivel 3 mide cobertura crítica: cuántas niñas y niños reciben

efectivamente el servicio. Su fuente principal es el Sistema Unificado y Universal de Seguimiento Nominal (SUUSEN) así como registros administrativos de cada ente rector.

El Nivel 4 mide la calidad del propio sistema que produce la información: verifica si lo que un registro administrativo documenta corresponde a lo que efectivamente ocurre. Esta verificación toma distintas formas según el registro que se audite: contrastar el sub-registro de vacunación del PAI frente al carné verificado en la encuesta, comparar la brecha entre las mediciones antropométricas que reportan los establecimientos de salud y las que releva la ENDI, o identificar el error de inclusión y exclusión de los beneficiarios del Registro Social o de los Centros de Desarrollo Infantil. El mecanismo más completo para sostener este nivel es un cruce nominal entre la ENDI y el SUUSEN, que a la fecha se encuentra pendiente de habilitación plena, pero no es el único: cualquier ejercicio que compare un registro administrativo contra una fuente independiente, ya sea la propia encuesta u otro registro, cumple la misma función de auditoría de calidad.

Dos premisas de validación se aplicaron a cada indicador antes de incorporarlo a cualquiera de los cuatro niveles. La primera exige que el indicador cuente con una fuente de información periódica ya existente, sin depender de una operación estadística por crear. La segunda exige que se trate de un indicador homologado. Aplicadas de forma sistemática, estas dos premisas evitaron que el sistema incorporara indicadores aspiracionales sin respaldo estadístico real.

9.2. Seguimiento, evaluación y sistemas de información y producción

El sistema combina dos tipos de fuentes con propiedades complementarias. Las encuestas y el censo permiten estimaciones con inferencia estadística: la Encuesta Nacional de Desnutrición Infantil (ENDI), del INEC, se aplica en rondas anuales con representatividad provincial y constituye la fuente oficial de los indicadores de desarrollo, nutrición, protección y entorno del hogar; la Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU) en su ronda anual tiene representatividad provincial y aporta los indicadores de pobreza por ingresos y multidimensional; el Censo de Población y Vivienda 2022 ofrece representatividad cantonal para las variables que solo un ejercicio censal puede sostener.

Los registros administrativos, en cambio, ofrecen cobertura universal y mayor frecuencia de actualización, aunque sin marco muestral: el SUUSEN realiza seguimiento nominal mensual de la población de 0 a 6 años inscrita en los servicios; el Registro de Nacidos Vivos, del INEC en coordinación con el MSP, cubre de forma universal las variables maternas y perinatales; las estadísticas de defunciones del INEC permiten calcular la mortalidad materna desagregada por provincia y etnia; y el REVIT, el Sistema Nacional de Registro de Datos Vitales del MSP en su módulo de nacimientos, aporta el bajo peso al nacer y la prematuridad. A ellos se suman dos sistemas propios del sector salud que alimentan indicadores puntuales: la Plataforma de Registro de Atención en Salud (PRAS) y el Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA), ambos del MSP, que sustentan los indicadores de sobrepeso y obesidad en la primera infancia. El conjunto de estas fuentes, encuestas y registros administrativos por igual, está inventariado en los instrumentos de planificación estadística del INEC, lo que permite verificar en cualquier momento su vigencia y su periodicidad oficial.

Esta combinación no es incidental. Las encuestas garantizan validez estadística, pero llegan con rezago y no permiten una desagregación territorial mayor; los registros administrativos permiten seguimiento

continuo y nominal, pero requieren un ejercicio de calidad para asegurar que lo que registran corresponde a lo que efectivamente ocurre. De ahí que el Nivel 4, dedicado a la calidad de la información, sea un componente estructural del sistema y no un añadido posterior.

La matriz de indicadores incorpora, además, una clasificación explícita del nivel de la cadena de valor, que ancla esta distinción en la naturaleza de su fuente y no solo en una convención de nombres. Los indicadores que dependen únicamente de una encuesta de aplicación anual (la ENDI, la ENEMDU, el Registro de Nacidos Vivos o las estadísticas de defunciones) se clasifican como de evaluación: ofrecen una medición estadísticamente robusta pero distanciada en el tiempo, apta para valorar el avance del Plan en cortes periódicos y no para decisiones operativas de corto plazo. Los indicadores que cuentan, además de la encuesta, con un registro administrativo de actualización mensual, principalmente el SUUSEN, se clasifican como de seguimiento y evaluación a la vez, porque permiten tanto la valoración periódica rigurosa como el monitoreo continuo de la gestión. Un tercer grupo, depende exclusivamente de registros administrativos de prestación del servicio, como la alimentación escolar o los espacios de juego en instituciones educativas, y se clasifica únicamente como de seguimiento, dado que mide la operación del propio servicio y no un resultado poblacional.

9.2.1. Institucionalidad para la producción estadística

La operación del sistema distingue con claridad los roles institucionales. El MTDH actúa como coordinador del sistema de seguimiento: convoca las mesas técnicas, recibe y valida las fichas remitidas por las instituciones, y consolida la matriz de indicadores. El INEC actúa como ente rector de la información estadística nacional: homologa directamente los indicadores de Nivel 1 y Nivel 2 que se construyen a partir de sus propias operaciones estadísticas, como la ENDI, la ENEMDU, el Censo, el Registro de Nacidos Vivos y las estadísticas de defunciones, y brinda soporte técnico en la homologación de los indicadores que dependen de registros administrativos de otras instituciones, sin ser el productor directo de esas fuentes; para los indicadores de Nivel 3 y Nivel 4, esa homologación conjunta con el MTDH es la regla general. Cada institución sectorial (MSP, MINEDEC, MAE, DIGERCIC, y los GAD a través de sus gremios) es responsable de sus propios indicadores: de la calidad de la fuente que los sostiene, de la definición de la línea base y la meta correspondiente, de la ficha técnica y del reporte periódico según la frecuencia definida para su nivel.

Las mesas técnicas de validación no se conciben como un evento único, sino como un espacio de coordinación recurrente, que deberá activarse cada vez que el sistema requiera actualizar líneas base, revisar metas o incorporar nuevos indicadores, ya sea por decisión de política o por cambios en la disponibilidad de fuentes de información.

9.2.2. Agenda de fortalecimiento estadístico

Tres indicadores adicionales, referidos a temáticas fundamentales para la primera infancia, se han definido como indicadores en construcción: la seguridad alimentaria de los hogares con niñas y niños de 0 a 6 años, a cargo del Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG); la transición de los servicios de Centros de Desarrollo Infantil y Creciendo con Nuestros Hijos hacia la educación inicial; y la transición de educación inicial a primer año de educación general básica, estas dos últimas a cargo del MINEDEC.

En los tres casos, la temática es prioritaria para el Plan, pero el indicador propuesto todavía no cumple las dos premisas que rigen la incorporación de cualquier indicador al sistema: contar con una fuente de información periódica y contar con la homologación de cálculo del ente rector de la estadística nacional.

Una vez que las instituciones responsables fortalezcan o desarrollen la fuente de información correspondiente, y una vez que el proceso de homologación de cálculo concluya, corresponderá analizar la incorporación formal de estos tres indicadores al Plan. El sistema de seguimiento deja así documentada, de manera explícita, la agenda de fortalecimiento estadístico necesaria para que estas temáticas prioritarias cuenten, en el mediano plazo, con un indicador oficial.

Esa misma agenda incluye dos brechas de información que, a diferencia de las anteriores, no admiten todavía un indicador propuesto en discusión, porque limitan de raíz la caracterización estadística de grupos de atención prioritaria: la medición de discapacidad y la de educación intercultural bilingüe en la primera infancia.

En materia de discapacidad, la limitación es de carácter estructural y no se resuelve con el fortalecimiento de una fuente existente, sino que requiere el desarrollo de un instrumento nuevo. La ENDI R2 no incorpora un módulo de discapacidad para menores de 5 años, y el Censo de Población y Vivienda (CPV 2022) tampoco cubre a este grupo etario, dado que aplica el conjunto corto de preguntas del Washington Group on Disability Statistics, cuya recomendación técnica internacional circunscribe su uso a la población de 5 años y más, por tratarse de un instrumento validado para captar dificultades funcionales cuyo umbral de desarrollo esperado no es comparable en la primera infancia. En consecuencia, la población objetivo del PNPI, niñas y niños desde la concepción hasta antes de cumplir los seis años, queda excluida de las dos principales fuentes estadísticas de discapacidad del país. Mientras tanto, la detección temprana depende de los registros administrativos de tamizaje del MSP y de la certificación de CONADIS, que presentan subregistro estructural en este rango de edad. Existen esfuerzos internacionales en curso, como el Washington Group/UNICEF Child Functioning Module, aplicable desde los 2 años, que constituyen la referencia técnica más pertinente para el desarrollo de un instrumento nacional adaptado a este grupo etario.

En materia de educación intercultural bilingüe, la naturaleza de la brecha es distinta: no se trata de una ausencia de fuente, sino de un registro administrativo existente que requiere fortalecimiento y articulación. El MINEDEC cuenta, a través del Archivo Maestro de Instituciones Educativas (AMIE), con el registro de matrícula en educación inicial desagregado por modalidad, incluyendo el Sistema de Educación Intercultural Bilingüe (SEIBE), que aplica el Modelo del Sistema de Educación Intercultural Bilingüe (MOSEIB) y la modalidad SAFPI. Sin embargo, esta información no se encuentra actualmente totalmente articulada que permitan valorar de manera integrada la cobertura, la pertinencia cultural y la calidad de la educación inicial que reciben las niñas y niños de pueblos y nacionalidades indígenas, afroecuatorianos y montubios, población de atención prioritaria explícita del PNPI bajo el enfoque de interculturalidad. El reto, por tanto, no es de generación de nueva información sino de fortalecimiento del registro existente y de su interoperabilidad con las fuentes poblacionales.

En discapacidad, el cierre de esta brecha requiere el desarrollo de un instrumento adaptado a la primera infancia, en coordinación entre el INEC, el MSP y CONADIS. En interculturalidad, requiere la articulación y el fortalecimiento del registro AMIE en coordinación con el MINEDEC. Solo así el sistema de seguimiento

del PNPI podrá integrar, con el mismo estándar de calidad que el resto del Plan, tanto los indicadores hoy en construcción como estas dos dimensiones todavía ausentes o insuficientemente conectadas.

9.3. Mecanismos de reporte y alerta

La periodicidad de reporte sigue la lógica de sus fuentes: los indicadores de Nivel 1 y Nivel 2/2* se reportan con periodicidad anual, en correspondencia con las publicaciones de las fuentes de información.

Para la evaluación anual de cumplimiento se adoptó un esquema de semáforo dual: un resultado anual, calculado sobre el avance de cada indicador frente a su meta, complementado con una capa de alerta temprana de mayor sensibilidad que permite identificar rezagos antes del cierre del período de reporte formal. Este esquema retoma la experiencia acumulada por el Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil (PEI-DCI 2025-2030), cuya metodología de monitoreo fue revisada y adaptada al marco de niveles N1-N4 del PNPI.

9.4. Evaluación de implementación, resultados e impacto

La teoría de cambio que estructura el PNPI orienta también su evaluación. Evaluar no consiste únicamente en verificar si un indicador alcanzó o no una meta: implica analizar qué se implementó, cómo se implementó, qué resultados se obtuvieron, por qué se produjeron —o no— esos resultados y qué efectos generó la intervención. En consecuencia, los indicadores, metas y fuentes de información constituyen insumos esenciales para la evaluación, pero deben complementarse con análisis de procesos, contexto, calidad de la implementación y relaciones causales a lo largo de la cadena de resultados.

La evaluación de implementación examina si se generaron las condiciones, productos y capacidades previstas por la teoría de cambio y si el Paquete Integral de Servicios (PIS) se entregó efectivamente a la población objetivo de manera concurrente, oportuna, continua, pertinente y con calidad. Además de verificar protocolos, infraestructura, insumos, talento humano y cobertura, deberá analizar cómo funcionaron la coordinación intersectorial y territorial, el seguimiento nominal, el financiamiento y los mecanismos de referencia, así como identificar cuellos de botella, adaptaciones y diferencias entre territorios que expliquen el desempeño observado. Los indicadores de cobertura y calidad constituyen evidencia para este análisis, pero no sustituyen la valoración integral del proceso de implementación.

La evaluación de resultados analiza en qué medida los cambios esperados en las condiciones habilitantes y en el bienestar de niñas, niños y sus familias se produjeron durante la implementación del Plan, cómo se distribuyeron entre territorios y grupos de población y qué factores contribuyeron a esos cambios. Los indicadores de Nivel 1 y Nivel 2, junto con sus metas y series de información, permiten medir la evolución de resultados. Sin embargo, la evaluación deberá interpretar esos cambios a la luz de la cobertura y calidad del PIS, de los determinantes identificados en el diagnóstico y de factores contextuales que puedan favorecer o limitar el logro de los resultados.

La evaluación de impacto responde a una pregunta distinta. Si los cambios observados en el desarrollo y bienestar de la primera infancia pueden atribuirse al PNPI y no únicamente a tendencias externas o intervenciones concurrentes. Esta evaluación requiere un diseño metodológico específico que permita construir una comparación válida —mediante un contrafactual, series de tiempo u otros métodos de atribución causal técnicamente pertinentes— y deberá considerar la naturaleza intersectorial, progresiva y territorial del Plan. Su análisis se concentrará en los resultados finales y en el impacto definido por la teoría de cambio, incluida la reducción de brechas sociales y territoriales.

La agenda de evaluación deberá definir, para cada ejercicio, las preguntas de evaluación, alcance, metodología, fuentes, responsables, temporalidad y mecanismos de participación y difusión. Su programación debe coordinarse con la disponibilidad de información de las operaciones estadísticas y los registros administrativos, así como con los hitos de implementación del PIS. De este modo, las evaluaciones podrán explicar no solo cuánto avanzó el Plan, sino también qué funcionó, para quién, en qué territorios, en qué condiciones y qué ajustes deben introducirse para mejorar la efectividad, equidad y sostenibilidad de la política pública.

La evaluación cuatrienal previa a la actualización del PNPI deberá integrar la evidencia disponible sobre implementación, resultados e impacto al cierre del ciclo, y sus hallazgos deberán ser analizados, socializados y difundidos de manera participativa. Sus conclusiones y recomendaciones constituirán un insumo para actualizar objetivos, prestaciones, metas, mecanismos de gestión y estrategias de implementación del siguiente período del Plan

9.5. Participación en el seguimiento y la rendición de cuentas

La participación ciudadana en el seguimiento del PNPI no es un componente añadido al sistema de indicadores, sino una condición reconocida desde el propio diagnóstico del Plan: los registros administrativos y las encuestas cubren cobertura, desempeño y uso de recursos, pero no logran, por sí solos, aproximarse a dimensiones de calidad que solo la observación directa de las familias y las comunidades puede advertir. El fundamento normativo de esta participación se encuentra en los artículos 95 y 100 de la Constitución, que garantizan la participación ciudadana en la formulación y el seguimiento de las políticas públicas, y en los artículos 11, 14, 16 y 19 de la Ley Orgánica de la Primera Infancia, que definen, respectivamente, la aprobación participativa del Plan por el Comité Nacional de Primera Infancia, las Mesas Intersectoriales Cantonales, la periodicidad cuatrienal de las consultas territoriales, y el paquete integral de servicios (Asamblea Nacional, 2025).

9.5.1. Mecanismos de retroalimentación ciudadana

La participación de las niñas y niños se recopilará mediante metodologías apropiadas a la edad y etapa de desarrollo, tales como observación situada, juego, dibujo, narrativas, recorridos de entorno, mediación familiar y escucha ética de experiencias cotidianas. Estos insumos deben alimentar el seguimiento, la evaluación y la mejora continua de los servicios, sin trasladar a niñas y niños responsabilidades que corresponden al Estado o a los adultos garantes.

El proceso de formulación del PNPI incluyó una consulta territorial realizada en la fase de diagnóstico y otra consulta en la fase de validación, cuyos hallazgos alimentaron tanto el diagnóstico como el diseño del propio sistema de seguimiento. A partir de esa experiencia, se proponen cuatro mecanismos para integrar la retroalimentación ciudadana al ciclo formal de seguimiento y evaluación: la activación de las Mesas Intersectoriales Cantonales para el reporte trimestral de avances y alertas del Plan a nivel cantonal; informes participativos anuales que presenten públicamente los resultados del PNPI en cada territorio, con un espacio estructurado de retroalimentación que alimente la revisión anual del Plan; comités de veeduría comunitaria, integrados por organizaciones de base y comunidades indígenas y afroecuatorianas en territorios prioritarios, con la función específica de validar los datos nominales del SUUSEN y reportar brechas que las estadísticas oficiales no capturan; y una plataforma ciudadana articulada al SUUSEN para el reporte sobre la prestación de servicios del paquete integral, con capacidad de alerta temprana.

10. Referencias Bibliográficas

ACNUDH. (2006). *Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la Cooperación para el desarrollo*. New York - Ginebra.

Black, M., Walker, S., Fernald, L., Andersen, C., DiGirolamo, A., Lu, C., . . . Grantham-McGregor, S. (2017). Early childhood development coming of age: Science through the life course. *The Lancet, 389*(10064), 77-90. doi:10.1016/S0140-6736(16)31389-7

Britto, P., Lye, S., Proulx, K., Yousafzai, A., Matthews, S., Vaivada, T., . . . Bhutta, Z. (2017). Nurturing care: Promoting early childhood development. *The Lancet, 389*(10064), 91-102. doi:10.1016/S0140-6736(16)31390-3

Campbell, F., Conti, G., Heckman, J., Moon, S., Pinto, R., Pungello, E., & Pan, Y. (2014). Early childhood investments substantially boost adult health. *Science, 343*(6178), 1478-1485. doi:10.1126/science.1248429

CDN. (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas. Resolución 44/25.

Chan, M., Lake, A., & Hansen, K. (2017). The early years: Silent emergency or unique opportunity? *The Lancet, 389*(10064), 11-13. doi:10.1016/S0140-6736(16)31701-9

Comité de los Derechos del Niño. (2006). *Observación General 7. Realización de los derechos del niño en la primera infancia (CRC/C/GC/7/Rev.1)*. Naciones Unidas.

Comité de los Derechos del Niño. (2006). *Observación General 7. Realización de los derechos del niño en la primera infancia (CRC/C/GC/7/Rev.1). Naciones Unidas*.

Comité de los Derechos del Niño. (2017). *Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto de Ecuador (CRC/C/ECU/CO75-6)*.

Congreso Nacional. (2006). *Ley Orgánica de Salud. (RO Suplemento 423 de 22 de diciembre de 2006 - última reforma Segundo Suplemento RO 53 de 29 de abril de 2022)*. Ecuador.

COOTAD. (2010). *Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización*. Asamblea Nacional (RO Suplemento No. 303 10-oct-2010 reforma RO Suplemento No. 309 12-may-23).

CRE. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Asamblea Nacional Constituyente (RO No. 449 de 20 de octubre de 2008).

DE No. 396. (28 de Mayo de 2026). *Asignar a la Vicepresidenta funciones para que Presida el Comité Nacional de Primera Infancia*. . Presidencia de la República (Decreto Ejecutivo No. 396 de 28 de mayo de 2026).

DE No. 449. (2026). *Gabinetes Interinstitucionales. (2026). Organización y funcionamiento de los gabinetes interinstitucionales.* . Presidencia de la República (Decreto Ejecutivo No. 449 de 16 de julio de 2026).

Facio, A. (2002). *Engenerando nuestras perspectivas. Otras Miradas*.

FISCALIA GENERAL DEL ESTADO. (AGOSTO de 2026). *https://www.fiscalia.gob.ec/*. Obtenido de https://www.fiscalia.gob.ec/analitica-muertes-de-mujeres-en-contexto-delictivo/.

Gertler, P., Heckman, J., Pinto, R., Zanolini, A., Vermeersch, C., Walker, S., . . . Grantham-McGregor, S. (2014). Labor market returns to an early childhood stimulation intervention in Jamaica. *Science, 344*(6187), 998-1001. doi:10.1126/science.1251178

Heckman, J. (2006). Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children. *Science, 312*(5782), 1900-1902. doi:10.1126/science.1128898

Heckman, J. J. (2006). *Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children*.

Heckman, J. J., & Masterov, D. V. (2007). The productivity argument for investing in young children. Review of Agricultural Economics, 29(3), 446-493.

Hoddinott, J., Maluccio, J., Behrman, J., Flores, R., & Martorell, R. (2008). Effect of a nutrition intervention during early childhood on economic productivity in Guatemalan adults. *The Lancet, 371*(9610), 411-416. doi:10.1016/S0140-6736(08)60205-6

INEC. (2024). *Principales Resultados de la Encuesta de Empleo, Desempleo, Subempleo -Anual-*. .

INEC. (2025). *Aproximación metodológica para la evaluación de precisión de la inferencia estadística en encuestas de hogares con diseños complejos*.

INEC. (2025). *Estadísticas Vitales*.

INEC. (2025). *Pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas Una mirada desde el Censo 2022*.

INEC. (2025a). *Registros Estadísticos de Nacidos Vivos y Defunciones Fetales 2024*.

INEVAL. (2024). *Informe Nacional de Resultados: Ser estudiante de la infancia 2023-2024. Posvaloración*. .

Jordans, M., & Tol, W. (2015). Mental health and psychosocial support for children in areas of armed conflict: Call for a systems approach. *BJPsych International, 12*(3), 72-75. doi:10.1192/S2056474000000490

Lagercrantz, H. (2016). *Infant brain development: Formation of the mind and the emergence of consciousness*. Cham: Springer International Publishing. doi:10.1007/978-3-319-44845-9

Ley 100-CONA. (2003). *Código Orgánico de la Niñez y Adolescencia. Congreso Nacional (RO No. 373 de 3 de enero de 2003)*. Ecuador.

Ley 2006-67. (2006). *Ley Orgánica de Salud*. Congreso Nacional (RO Suplemento 423 de 22 de diciembre de 2006 - última reforma Segundo Suplemento RO 53 de 29 de abril de 2022), Ecuador.

LODCH. (2023). *Ley Orgánica del Derecho al Cuidado Humano*. Asamblea Nacional del Ecuador (RO Suplemento No. 309 de 12 de mayo de 2023), Ecuador.

LOEI. (2024). *Codificación de la Ley Orgánica de Educación Intercultural*. Asamblea Nacional del Ecuador (RO Quinto Suplemento No. 689 de 22 de noviembre de 2024).

LOPDP. (2021). *Ley Orgánica de Protección de Datos Personales*. Asamblea Nacional (Quinto Suplemento RO No. 459 de 26 de mayo de 2021).

LOPEME. (2025). *Ley Orgánica para Prevenir y Erradicar la Malnutrición en el Ecuador*. Asamblea Nacional (Registro Oficial No. 750 de 24 de febrero de 2025).

LOPI. (2025). *Ley Orgánica de la Primera Infancia*. Ecuador: Asamblea Nacional (RO Suplemento No. 38 de 14 de mayo de 2025).

LSINARDAP. (2010). *Ley del Sistema Nacional de Registro de Datos Públicos*. Asamblea Nacional (Suplemento RO No. 162 31-03-210 ref: Quinto Sumplemento RIO No. 459 de 26 de mayo de 2021).

Maureen M Black, S. P.-B. (2017). *Early childhood development coming of age: science through the life course*. Lancet Early Childhood Development Series Steering Committee.

MINEDEC. (2024). Estadística educativa Volumen 5.

Nelson, C. A. (2024). Annual Research Review: Early intervention viewed through the lens of developmental neuroscience. Journal of Child Psychology and Psychiatry.

OECO. (2024). *Fundación Panamericana para el Desarrollo. (2024). Boletín Anual de Homicidios Intencionales.* .

OPS. (2021). *El cuidado cariñoso y sensible para el desarrollo en la primera infancia. Marco para ayudar a los niños y niñas a sobrevivir y prosperar a fin de transformar la salud y el potencial humano*.

Organización de las Naciones Unidas. (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño. United Nations Treaty Collection, No. 27531*. Obtenido de https://treaties.un.org/pages/viewdetails.aspx?chapter=4&clang=_en&mtdsg_no=iv-11&src=treaty

Organización Panamericana de la Salud. (2021). *El cuidado cariñoso y sensible para el desarrollo en la primera infancia: Marco para ayudar a los niños y niñas a sobrevivir y prosperar a fin de transformar la salud y el potencial humano*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de https://www.paho.org/es/documentos/cuidado-carinoso-sensible-para-desarrollo-primera-infancia-marco-para-ayudar-ninos-ninas

Richter, L., Daelmans, B., Lombardi, J., Heymann, J., Lopez Boo, F., Behrman, J., . . . Darmstadt, G. (2017). Investing in the foundation of sustainable development: Pathways to scale up for early childhood development. *The Lancet, 389*(10064), 103-118. doi:10.1016/S0140-6736(16)31698-1

Sameroff, A. (2010). A unified theory of development: A dialectic integration of nature and nurture. *Child Development, 81*(1), 6-22. doi:10.1111/j.1467-8624.2009.01378.x

Secretaría Nacional de Planificación. (2024). E*valuación del Esquema de Articulación Intersectorial de la política pública del Ecuador referente a la Desnutrición Crónica Infantil, en el marco de la Agenda 2030*. .

Secretaría Nacional de Planificación. (2025). *Guía Metodológica para la Formulación de la Política Pública*. *Quito: Secretaría Nacional de Planificación*.

Secretaría Nacional de Planificación. (s.f.). *Metodologías y normas técnicas del Sistema Nacional de Planificación Participativa*. . Obtenido de https://www.planificacion.gob.ec/metodologias/

Secretaría Nacional de Planificación. (2025). *Plan Nacional de Desarrollo 2025–2029 "Ecuador No Se Detiene"*. . Obtenido de https://www.planificacion.gob.ec/plan-nacional-de-desarrollo-2025-2029-ecuador-no-se-detiene/

Secretaría Técnica Planifica Ecuador. (2019). *Los enfoques de igualdad en la planificación local*. . Quito.

Shonkoff, J., & Garner, A. (2012). *The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress*. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health; Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care; Section on Developmental and Behavioral Pediatrics.

Shonkoff, J., & Garner, A. (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics, 129*(1), e232-e246. doi:10.1542/peds.2011-2663

STECSDI. (2025). *Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil en Ecuador*.

Suri, S. (2025). Editorial: The first 1000 days: window of opportunity for child development. Frontiers in Pediatrics.

UNICEF. (2023). *Early Childhood Development - UNICEF Vision for Every Child*.

UNICEF y BID. (2025). *Diagnóstico Cuantitativo y Cualitativo del Funcionamiento de los Servicios de Desarrollo Infantil y Acompañamiento Familiar*.

van IJzendoorn, M., Palacios, J., Sonuga-Barke, E., Gunnar, M., Vorria, P., McCall, R., . . . Juffer, F. (2011). Children in institutional care: Delayed development and resilience. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 76*(4), 8-30. doi:10.1111/j.1540-5834.2011.00626.x

Viveros. (2016). *La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. Debate Feminista, 52, 1-17*.

WHO. (2014). *Global status report on violence prevention*.

11. Anexos

Anexo 1: Memoria Documental y matriz de trazabilidad

La matriz elaborada por el equipo técnico del MDH, permite dar trazabilidad a los aportes realizados durante la validación territorial, pues distingue entre la acción estratégica formulada técnicamente y los aportes del territorio. El proceso de validación se basó en las líneas estratégicas que responde a los 5 ejes del marco del cuidado cariñoso y sensible. Desde este ejercicio, se registran 82 acciones estratégicas y 44 de ellas contienen una propuesta de modificación, observación o precisión territorial (53,7%). Este dato debe interpretarse como un indicador de trazabilidad de aportes y no como una tasa de aprobación o rechazo de las acciones.

Tabla A1. Trazabilidad de aportes territoriales en la validación del PNPI

Eje	Acciones	Con aporte territorial	Síntesis del aporte registrado
Buena salud y bienestar	17	12 de 17 (70,6 %)	Claridad del lenguaje; interoperabilidad e historia clínica; recursos y personal; calidad de atención; salud mental y seguimiento.
Nutrición adecuada	16	13 de 16 (81,2 %)	Pertinencia cultural; claridad de términos; lactancia y cumplimiento normativo; micronutrientes; alimentación saludable/local y evaluación de transferencias.
Cuidado sensible y receptivo	10	2 de 10 (20,0 %)	Respeto intercultural y bienestar/salud mental de los equipos vinculados con primera infancia.
Oportunidades para el aprendizaje	28	13 de 28 (46,4 %)	Evitar duplicaciones; capacidades y materiales; inclusión y atención a alteraciones del desarrollo; coordinación y claridad conceptual.
Seguridad y protección	11	4 de 11 (36,4 %)	Capacitación y seguimiento frente a violencia; sensibilización; inscripción oportuna del nacimiento y precisión de actores responsables.

Elaboración: Equipo técnico.

La mayor cantidad relativa de observaciones se registra en nutrición adecuada y buena salud y bienestar. En oportunidades para el aprendizaje también existe un número importante de ajustes, mientras que cuidado sensible y receptivo y seguridad y protección muestran menos registros explícitos. Esta distribución no permite inferir por sí sola mayor o menor aceptación de un eje; refleja únicamente dónde la matriz conserva comentarios o propuestas territoriales.

En términos cualitativos, los aportes se concentran en hacer las líneas estratégicas y acciones más comprensibles y aplicables: precisar responsabilidades y mecanismos de coordinación; reforzar recursos, personal e infraestructura; asegurar continuidad y seguimiento; incorporar pertinencia cultural e intercultural; evitar duplicaciones; y mejorar la accesibilidad e inclusión. Estos elementos añaden una capa de factibilidad territorial a la formulación técnica del PNPI.

Los ejes de soporte de gobernanza y articulación intersectorial; seguimiento, monitoreo e información; fortalecimiento de capacidades institucionales; y financiamiento y presupuesto, no presentan registros

en la columna de modificación territorial. Esto es consistente con la metodología descrita en el documento base, que organizó la validación territorial alrededor de los cinco ejes de acción. La ausencia de comentarios en esa columna no equivale a una aprobación o rechazo ciudadano de los procesos de soporte.

Procesos de participación para la construcción del Plan

Como se ha presentado, el proceso de construcción del Plan ha sido altamente participativo tanto a nivel nacional como a nivel territorial. En esta lógica el MDH, como parte del proceso, activó además un enlace virtual para proponer recomendaciones para el PNPI y su implementación. A continuación, se presenta un resumen del número de participantes y comentarios recibidos con cierre al 6 de agosto de 2026:

Tabla A2. Alcance de la consulta abierta mediante enlace virtual

Descripción	Número
Encuestas registradas	2.134
Respuestas válidas a P4	2.126
Respuestas abiertas a P20	1.861
Respuestas abiertas a P21	1.708

Resultados de la consulta abierta

La consulta abierta mediante enlace virtual amplió los canales de participación y permitió recoger opiniones de personas vinculadas directamente con la primera infancia. El reporte registra 2.134 encuestas. El número de respuestas válidas varía entre preguntas por omisiones parciales; por ejemplo, P4 registra 2.126 respuestas válidas. En las preguntas de selección múltiple una persona podía marcar más de una opción, por lo que los porcentajes no suman necesariamente 100 %.

Tabla A3. Caracterización sintética de quienes respondieron la consulta abierta

Dimensión	Resultado verificable	Lectura para el PNPI
Zona de residencia	Urbana: 53,3 %; rural: 46,7 % (N=2.002).	La consulta recoge aportes urbanos y rurales en proporciones relativamente cercanas.
Sexo de quien responde	Femenino: 91,6 %; masculino: 8,3%; otro: 0,1 % (N=1.959).	Existe un marcado predominio de mujeres entre quienes completaron este campo.
Vínculo con la primera infancia	Madres: 60,0 %; mujeres embarazadas: 17,0 %; personas cuidadoras: 11,1 %; padres: 4,3 % (N=2.110).	La mayoría de los aportes proviene de personas con experiencia directa de gestantes, maternidad o cuidado.
Provincias con mayor número de respuestas	Guayas: 21,4 %; Manabí: 13,2 %; Cotopaxi: 13,0 %; Chimborazo: 9,9 %; Pichincha: 9,6 % (N=2.025).	La participación es territorialmente diversa, aunque con concentraciones que deben considerarse al interpretar resultados.

Elaboración: Equipo técnico.

Los resultados cerrados muestran una agenda ciudadana coherente con la lógica integral del PNPI. La coordinación entre instituciones aparece como el cambio más mencionado cuando se pregunta por la

transformación deseada para los próximos cinco años (26,1% en P4), y vuelve a surgir a nivel local: 70,9% de quienes respondieron P18 seleccionaron la coordinación entre salud, educación y protección como una de las acciones prioritarias para municipios o gobiernos parroquiales.

Tabla A4. Principales prioridades identificadas en la consulta abierta

Dimensión	Resultados destacados	Pregunta(s)
Visión de cambio	Coordinación interinstitucional: 26,1%; eliminar desnutrición o malnutrición: 22,1%.	P4
Salud y nutrición	Mejor salud materna e infantil: 68,1%; reducir desnutrición: 58,9%; controles prenatales: 87,6%.	P7, P17
Condiciones económicas	Falta de ingresos: 85,5%; dificultad para acceder a servicios: 39,3%; apoyar a las familias: 42,4%.	P5, P17
Cuidado y corresponsabilidad	Orientación sobre crianza: 52,4%; apoyo económico: 46,1%; mayor participación de los padres: 45,3%.	P11
Aprendizaje temprano	Centros infantiles: 58,5%; tiempo en familia: 54,1%; juego: 49,4%.	P13
Seguridad y protección	Violencia familiar: 70,2%; falta de espacios seguros: 53,9%; consumo de drogas: 49,4%.	P15
Respuesta del Estado	Prevenir la violencia: 58,4%; fortalecer la protección social: 56 %.	P16
Gestión territorial	Coordinar salud, educación y protección: 70,9%; apoyar familias vulnerables: 52,3%; fortalecer centros infantiles: 49,7%; agua y saneamiento: 48,7%.	P18
Seguimiento ciudadano	Talleres: 34,1%; reuniones comunitarias: 22,0%; encuestas: 20,3%; plataforma digital: 16,7%.	P19

Elaboración: Equipo técnico.

Las preguntas abiertas complementan esta lectura. En P20 (1.861 respuestas válidas), entre las categorías temáticas específicas más frecuentes se encuentran mejorar el acceso y la calidad de salud, nutrición y alimentación (24,9%); fortalecer educación y estimulación temprana (15,3%); priorizar el bienestar y futuro de la niñez (14,9%); apoyo económico, empleo y familias vulnerables (12,5%); seguridad y protección frente a la violencia (11,0%); y escuchar a las comunidades y trabajar en territorio (9,0%). La categoría «otro/diverso» reúne 38,3%, lo que evidencia una amplia heterogeneidad de mensajes.

En P21 (1.708 respuestas válidas), las experiencias positivas más recurrentes son talleres y capacitación a familias (15,3%); unión, convivencia y solidaridad comunitaria (11,9%); centros infantiles y educadoras CNH/CDI (7,4%); alimentación y crianza saludable (5,9%); y espacios seguros, recreativos e infraestructura (5,0%). Otro/diverso alcanza 51,0 %, por lo que estos datos representan patrones recurrentes, no una clasificación exhaustiva.

En conjunto, la consulta abierta refuerza cuatro mensajes para el PNPI: la ciudadanía espera una respuesta intersectorial y territorialmente coordinada, las condiciones económicas del hogar son una barrera central para el cuidado, salud y nutrición mantienen alta prioridad y las familias valoran tanto servicios de calidad como vínculos afectivos, orientación para la crianza, juego, aprendizaje y entornos libres de violencia. La preferencia por talleres y reuniones comunitarias para el seguimiento sugiere mantener una combinación de mecanismos presenciales y digitales durante la implementación.

Anexo 2: Matriz de Teoría de Cambio

EJE DE ACCIÓN	INSUMOS Y HABILITANTES →	DETERMINANTES ESTRUCTURALES E INTERMEDIOS →	PRODUCTOS Y CAPACIDADES →	PIS, BIENES Y SERVICIOS →	RESULTADOS INTERMEDIOS →	RESULTADOS FINALES E INDICADORES →	**IMPACTO E INDICADORES**
BUENA SALUD Y BIENESTAR	EJES DE SOPORTE TRANSVERSALES: gobernanza y articulación intersectorial; seguimiento, monitoreo e información (incluido SUUSEN; fortalecimiento de capacidades institucionales; y financiamiento y presupuesto. INSUMOS: marco normativo, liderazgo,	**DETERMINANTES COMPARTIDOS: pobreza e inseguridad alimentaria; protección social y transferencias; vivienda, agua y saneamiento; organización social del cuidado y bienestar de cuidadores; accesibilidad, discapacidad e inclusión; pertinencia intercultural y lenguas; disponibilidad, calidad y continuidad de**	Paquete homologado de salud; protocolos; infraestructura, equipos, medicamentos e insumos; campañas.	Controles prenatales y de niña/niño sano; exámenes y tamizajes; vacunación; odontología; salud mental, controles madre después del parto,	Uso oportuno y continuo de controles, inmunizaciones, tamizajes, salud mental y atención odontológica. Detección y referencia temprana.	**Menor mortalidad y morbilidad prevenible. Mejor salud física, mental y psicoemocional. Indicadores de resultado disponibles:** Mortalidad materna (razón por 100 000 nacidos vivos); Mortalidad neonatal; Mortalidad infantil (0–5 años).	**Niñas y niños desarrollan su máximo potencial, ejercen sus derechos y crecen saludables, bien nutridos, cuidados, incluidos, protegidos y con oportunidades de aprendizaje, con reducción de brechas.**

EJE DE ACCIÓN	INSUMOS Y HABILITANTES →	DETERMINANTES ESTRUCTURALES E INTERMEDIOS →	PRODUCTOS Y CAPACIDADES →	PIS, BIENES Y SERVICIOS →	RESULTADOS INTERMEDIOS →	RESULTADOS FINALES E INDICADORES →	IMPACTO E INDICADORES
NUTRICIÓN	presupuesto y costeo, talento humano, infraestructura y equipamiento, sistemas de información, evidencia, coordinación multinivel y participación territorial.	**servicios; talento humano; redes comunitarias; articulación territorial y gestión de riesgos.**	Normas y estrategias de nutrición; sistemas de suplementación; protección social; sistemas agroalimentarios.	Consejería y apoyo a lactancia; micronutrientes; alimentación escolar; agua, saneamiento e higiene (WASH).	Lactancia, alimentación complementaria, suplementación, alimentación escolar y prácticas saludables. Agua segura y saneamiento.	**Menor DCI, desnutrición aguda, anemia, sobrepeso e inseguridad alimentaria. Indicadores de resultado disponibles:** Desnutrición Crónica Infantil (DCI) — retardo en talla; Sobrepeso y obesidad menores de 5 años; Sobrepeso y obesidad de 5 a 6 años; Anemia de 6 meses a 5 años.	**Indicadores de impacto seleccionados:** Mortalidad materna; Mortalidad neonatal; Mortalidad infantil (0–5 años); Desnutrición Crónica Infantil (DCI); Desarrollo verbal (TVIP o McArthur); Disciplina violenta, física y psicológica, contra el niño/a; Inscripción

EJE DE ACCIÓN	INSUMOS Y HABILITANTES →	DETERMINANTES ESTRUCTURALES E INTERMEDIOS →	PRODUCTOS Y CAPACIDADES →	PIS, BIENES Y SERVICIOS →	RESULTADOS INTERMEDIOS →	RESULTADOS FINALES E INDICADORES →	IMPACTO E INDICADORES
CUIDADO SENSIBLE			Lineamientos de crianza; programas de acompañamiento; servicios de autocuidado; redes comunitarias.	CNH y acompañamiento familiar; escuelas para familias; licencias y apoyos al cuidado.	Juego, comunicación, vínculos afectivos, acompañamiento familiar, salud mental y redes de apoyo.	**Crianza positiva, interacciones sensibles, corresponsabilidad y bienestar de personas cuidadoras. Indicadores de resultado disponibles:** Sintomatología depresiva en el cuidador/a (PHQ-8 ≥10); Acceso a 3 o más libros infantiles en el hogar; Acceso a 3 o más juguetes en el hogar; 4 o más actividades de juego con el cuidador/a (última semana).	temprana del nacimiento.

EJE DE ACCIÓN	INSUMOS Y HABILITANTES →	DETERMINANTES ESTRUCTURALES E INTERMEDIOS →	PRODUCTOS Y CAPACIDADES →	PIS, BIENES Y SERVICIOS →	RESULTADOS INTERMEDIOS →	RESULTADOS FINALES E INDICADORES →	IMPACTO E INDICADORES
APRENDIZAJE E INCLUSIÓN			Estándares y diagnósticos de calidad; materiales e infraestructura accesible; formación pedagógica; protocolos de transición.	CDI/CNH; educación inicial y preparatoria; identificación de rezagos; terapias y ajustes razonables, transiciones	Participación en CDI/CNH, educación inicial y preparatoria; ambientes pedagógicos de calidad; atención a rezagos y discapacidad.	**Mejor desarrollo verbal, acceso, permanencia, transiciones e inclusión educativa. Indicadores de resultado disponibles:** Desarrollo verbal (TVIP o McArthur); Tasa neta de matrícula — Educación Inicial (3–4 años); Tasa neta de matrícula — 1° EGB (5 años).	

EJE DE ACCIÓN	INSUMOS Y HABILITANTES →	DETERMINANTES ESTRUCTURALES E INTERMEDIOS →	PRODUCTOS Y CAPACIDADES →	PIS, BIENES Y SERVICIOS →	RESULTADOS INTERMEDIOS →	RESULTADOS FINALES E INDICADORES →	IMPACTO E INDICADORES
SEGURIDAD Y PROTECCIÓN			Protocolos universales y rutas; mecanismos de alerta; servicios de protección; acciones de inclusión y accesibilidad.	Espacios públicos seguros; inscripción; justicia y restitución; vivienda e inclusión económica y productiva.	Prevención, alertas, rutas de protección, registro de nacimiento, acceso a justicia y reducción de barreras.	**Menor violencia y vulneración; identidad, justicia, entornos seguros y acceso inclusivo. Indicadores de resultado disponibles:** Disciplina violenta, física y psicológica, contra el niño/a (indicador consolidado); Inscripción temprana del nacimiento (primeros 45 días), con ficha reutilizada del PEI-DCI; Permanencia educativa — madres y padres adolescentes (12–14 años).	

Paquete Integral de Servicios y asignación de líneas para Seguimiento y evaluación

Prestación o grupo de prestaciones	Línea principal	Líneas secundarias	Contribución causal
Controles, vacunación, tamizajes y odontología	1	3, 6 y 19	Salud, detección de malnutrición, salud mental y detección de rezagos o discapacidad.
Acceso a agua segura, saneamiento e higiene	2	6 y 23	Prevención de enfermedades, nutrición y condiciones materiales protectoras.
Consejería y apoyo a lactancia	5	1, 6 y 10	Salud materno infantil, nutrición y cuidado sensible.
CDI/CNH y educación inicial o preparatoria	15	10, 14, 17 y 19	Cuidado, calidad pedagógica, prácticas familiares, aprendizaje e inclusión.
Acompañamiento familiar y escuelas para padres	10	3, 17 y 21	Cuidado sensible, bienestar psicoemocional, aprendizaje y prevención de violencia.
Identificación de rezagos, terapias y ajustes razonables	19	1, 14 y 18	Detección en salud, calidad de aprendizaje, accesibilidad e inclusión.
Alimentación escolar	8	6, 9 y 15	Nutrición, sistemas alimentarios y permanencia educativa.
Inscripción de nacimiento y acceso a justicia	22	23, 24 y 26	Identidad, acceso a servicios, coordinación y seguimiento nominal.
Vivienda e inclusión económica o productiva	23	2, 6 y 11	Entornos saludables, seguridad alimentaria y bienestar del hogar cuidador.
Espacios públicos seguros y áreas de juego	21	14, 18 y 25	Protección, aprendizaje, accesibilidad y gestión territorial.
Prestaciones consolidadas de los niveles 1, 2 y 3	24	26, 27 y 28	Concurrencia, trazabilidad, calidad y sostenibilidad financiera del paquete.

Cadena de resultados y arquitectura de medición

Nivel causal	Referencia en matriz	Función de medición	Ejemplos del archivo	Observación
Insumos y gestión	N4	Calidad, consistencia y trazabilidad de datos y gestión.	Subregistro de inmunizaciones; consistencia SUUSEN–universo censal; consistencia antropométrica; reporte de calidad del agua.	Adecuado para verificar si el sistema puede gestionar y rendir cuentas.
Productos y cobertura	N3	Cobertura, acceso a servicios, concurrencia y despliegue institucional.	Controles al día; inmunizaciones; acceso CDI/CNH; cobertura del paquete; SUUSEN; formación de personal.	La depresión posparto aparece en N3, pero causalmente es un resultado de bienestar.
Determinantes intermedios	N2	Condiciones de salud, alimentación, entorno, calidad y capacidad institucional.	Bajo peso, prematuridad, lactancia, agua y saneamiento, pobreza, estándares, coordinación y presupuesto.	Algunos indicadores son estructurales — pobreza— o de continuidad — transiciones— y deben interpretarse según su función.
Resultados finales	N1	Cambios en supervivencia, nutrición, desarrollo, protección, identidad y trayectorias.	Mortalidad, DCI, anemia, desarrollo verbal, disciplina violenta, matrícula, registro de nacimiento.	Libros, juguetes y actividades de juego son determinantes inmediatos, aunque estén clasificados como N1.

Supuestos y riesgos críticos

La cadena causal depende de supuestos que se derivan de los ejes de soporte y de las condiciones señaladas por la matriz. Estos supuestos deben monitorearse porque pueden interrumpir la relación entre productos, PIS y resultados.

Ámbito	Supuesto crítico	Riesgo si no se cumple
Gobernanza	Las instituciones mantienen liderazgo, acuerdos y mecanismos de coordinación y los GAD participan en la territorialización.	Fragmentación, duplicidad de acciones y ausencia de responsables para cerrar brechas.
Financiamiento	El paquete integral de servicios se costea, programa y financia	Prestaciones nominales sin capacidad real de entrega y ampliación no sostenible.

	progresivamente, con trazabilidad de ejecución.	
Oferta y calidad	Existen infraestructura, insumos, medicamentos, materiales y talento humano suficientes y con estándares aplicados.	Cobertura aparente con baja calidad, demoras, discontinuidad y desigualdad territorial.
Información	Los sistemas sectoriales interoperan, el universo nominal es consistente y las alertas generan respuestas verificables.	Subregistro, alertas no accionables y decisiones sin evidencia nominal.
Demanda y corresponsabilidad	Familias y personas cuidadoras conocen, aceptan y utilizan los servicios, sin barreras geográficas, culturales o administrativas.	Baja utilización, pérdida de continuidad y persistencia de prácticas de riesgo.
Inclusión	Los servicios incorporan accesibilidad, ajustes razonables, pertinencia intercultural y respuestas diferenciadas.	Exclusión de niñas y niños con discapacidad, de pueblos y nacionalidades o de territorios remotos.
Continuidad	Las transiciones entre salud, cuidado, educación y protección son oportunas y no dependen de iniciativas aisladas.	Rupturas de trayectoria entre servicios y pérdida de oportunidades de desarrollo.
Contexto	Emergencias, riesgos y restricciones fiscales no provocan retrocesos sin mecanismos de continuidad y priorización.	Interrupciones de servicios y ampliación de brechas preexistentes.

Anexo 3: Matriz de líneas de política y acciones estratégicas del PNPI

Proceso / Eje	Propósito en la teoría de cambio	Foco principal	Momento de curso de vida	Necesidad/condición que garantiza	Línea de Política (Dirección Estratégica)	Acción Estratégica	Resultado Esperado (Estado Verificable)
1. Buena salud y bienestar	Asegurar el acceso universal, oportuno, continuo, pertinente e inclusivo de gestantes, niñas, niños, familias, cuidadoras y cuidadores a servicios integrales de salud física, mental y psicoemocional con enfoques territorial, intercultural y de género, orientados a la promoción de la salud, prevención de riesgos, detección temprana, atención, referencia, seguimiento y protección de la vida, favoreciendo el desarrollo	Gestantes, con énfasis en gestantes adolescentes y en situación de vulnerabilidad; niñas y niños desde la concepción hasta antes de cumplir los 6 años de edad; madres, padres, familias, cuidadoras y cuidadores; personal de salud y equipos territoriales vinculados a la atención integral.	Etapa preconcepcional cuando corresponda; gestación; parto; nacimiento y periodo neonatal; primera infancia de 0 hasta antes de cumplir los 6 años de edad; acompañamiento familiar y comunitario durante el cuidado cotidiano.	Salud materna integral, controles prenatales, planificación del parto, parto seguro, atención neonatal, tamizajes, inmunizaciones, controles de crecimiento y desarrollo, control de niño sano, controles a mujeres que han tenido un parto, salud mental y psicoemocional, consejería familiar, lactancia materna, nutrición, atención odontológica, acceso a medicamentos y vacunas, detección temprana de discapacidades o rezagos, referencia, contrarreferencia, seguimiento nominal y continuidad del paquete de servicios.	Aseguramiento del acceso universal, oportuno y continuo de gestantes, niñas, niños y sus familias al paquete integral de servicios de salud, con enfoque territorial, intercultural y de género.	1. Contar con un paquete homologado de servicios de salud para gestantes, niñas, niños y mujeres hasta dos años posparto.	Gestantes, niñas, niños y familias accediendo de manera continua y oportuna al paquete homologado de servicios de salud, con corresponsabilidad familiar e infraestructura adecuada.
						2. Asegurar la interoperabilidad de los servicios de atención entre los diferentes niveles e instituciones de salud.	
						3. Dotar de infraestructura, equipamiento, medicamentos, insumos médicos y personal calificado para brindar los servicios con calidad.	
						4. Desarrollar mecanismos que promuevan la corresponsabilidad familiar en la atención en salud integral.	
						5. Fomentar la asistencia a los controles prenatales, controles posparto y controles de niña y niño sano.	
						6. Realizar tamizaje, detección temprana y atención prioritaria a niños y niñas con discapacidad.	
						7. Asegurar asesoría en planificación familiar y acceso a métodos anticonceptivos.	
					Promoción de hábitos y entornos de vida saludable en la comunidad, orientados a la prevención de riesgos en la salud materno infantil.	1. Fomentar y sensibilizar a la comunidad respecto a la salud integral materno infantil.	Comunidades sensibilizadas y entornos de vida saludable establecidos, previniendo riesgos en la salud materno infantil a través de protocolos y normativas reguladas.
						2. Promover protocolos de regulación referentes a la buena salud y bienestar.	
						3. Promover entornos saludables en el marco de la salud integral materno infantil.	

integral y la calidad de vida.										

2. Nutrición adecuada	Asegurar condiciones para una nutrición adecuada en gestantes, mujeres en período de lactancia, niñas y niños en primera infancia, mediante intervenciones integrales, oportunas, equitativas y continuas de salud, nutrición, alimentación, agua segura, saneamiento, protección social, cuidado, seguimiento familiar y comunitario, promoviendo prácticas alimentarias saludables, lactancia materna exclusiva, alimentación complementaria adecuada, seguridad alimentaria y	Gestantes, con énfasis en gestantes adolescentes y en situación de vulnerabilidad; niñas y niños desde la concepción hasta antes de cumplir los 6 años de edad; madres, padres, familias, cuidadoras y cuidadores; hogares en riesgo de inseguridad alimentaria; comunidades; GAD; servicios de salud, desarrollo infantil, educación, protección social y actores vinculados a alimentación, agua y saneamiento.	Gestación; nacimiento y periodo neonatal; primeros 6 meses; de 6 a 23 meses; desde los 24 meses hasta antes de cumplir los 6 años; acompañamiento familiar y comunitario durante todo el ciclo de primera infancia.	Nutrición materna adecuada, controles nutricionales, prevención y atención de DCI, anemia, bajo peso, sobrepeso, obesidad y deficiencia de micronutrientes; lactancia materna en la primera hora, lactancia exclusiva hasta los 6 meses y lactancia continua; alimentación complementaria adecuada; suplementación; controles de hemoglobina; consejería nutricional; acceso a agua segura, saneamiento e higiene; seguridad alimentaria; seguimiento nominal, referencia, contrarreferencia y acompañamiento familiar.	Promoción de la lactancia materna exclusiva y continua, la alimentación complementaria y prácticas alimentarias saludables para prevenir la malnutrición infantil.	1. Fomentar y sensibilizar sobre la lactancia materna exclusiva y continua, la alimentación complementaria adecuada a partir de los seis meses y las prácticas alimentarias saludables y sostenibles.	2. Implementar la estrategia de cambio social y de comportamiento para la nutrición infantil.	3. Desarrollar un marco normativo actualizado a las nuevas prácticas y condiciones sociales (redes sociales, IA) para proteger y acompañar la lactancia materna y continua y alimentación complementaria para niños de hasta 2 años	4. Impulsar la actualización en el marco normativo vigente para promover la lactancia materna exclusiva y lactancia hasta los 2 años incluyendo la activación y fortalecimiento de sus mecanismos de gobernanza	Prácticas de lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria saludable adoptadas por las familias, respaldadas por un marco normativo actualizado y estrategias de cambio de comportamiento.
					Garantía de intervenciones integrales y articuladas de suplementación, identificación oportuna de malnutrición y formación técnica orientada a una dieta saludable.	1. Capacitar en el sistema NOVA en alimentos, considerando los alimentos naturales como base para una dieta saludable.	2. Fomentar los contenidos relacionados a tratamiento de la malnutrición en las mallas curriculares de carreras y procesos de formación para los profesionales vinculados a la atención a la primera infancia.	3. Fortalecer la suplementación con micronutrientes a mujeres en periodo de lactancia.		Niñas, niños y mujeres lactantes recibiendo suplementación adecuada, con malnutrición identificada oportunamente en servicios de atención mediante talento humano capacitado y entornos laborales favorables.

						4. Garantizar la suplementación con micronutrientes a niñas y niños hasta los dos años.		
						5. Promover entornos familiares y laborales que permitan la lactancia materna hasta los dos años.		
						6. Identificar oportunamente signos de malnutrición en niñas y niños atendidos en los servicios de desarrollo infantil, educación inicial y preparatoria, fortaleciendo las capacidades del talento humano en las entidades responsables, en consejería nutricional con contenidos comunes y protocolos articulados.		
					Articulación de los servicios de protección social y transferencias monetarias para hogares con niñas y niños en primera infancia en situación de inseguridad alimentaria.	1. Realizar una evaluación del Programa de Transferencias Condicionadas Bono 1000 Días sobre la desnutrición crónica infantil, con el objetivo de incluir los resultados en la implementación del Plan.	Programas de transferencias monetarias y protección social rediseñados y focalizados efectivamente, basados en evidencia de impacto, reduciendo la inseguridad alimentaria en hogares con primera infancia.	
						2. Realizar un estudio referencial basado en experiencias nacionales e internacionales para el diseño o rediseño de programas de transferencias monetarias, que incluyan componentes exclusivos para alimentación saludable.		
						3. Fortalecer los programas de protección social alimentaria mediante la provisión de alimentos y el desarrollo de servicios de alimentación comunitaria, garantizando el acceso a alimentos seguros y nutricionalmente adecuados que cubran los requerimientos mínimos y prevengan la malnutrición.		
entornos saludables.								

					Garantía de cobertura y pertinencia de los programas de alimentación escolar para niñas y niños en educación inicial y preparatoria.	1. Potenciar el programa de alimentación escolar ampliando su cobertura, calidad con pertinencia territorial.			Niñas y niños en educación inicial y preparatoria accediendo a programas de alimentación escolar pertinentes y con cobertura territorial ampliada.
					Fomento y protección de los sistemas agroalimentarios sostenibles para garantizar la seguridad alimentaria y la pertinencia territorial de la dieta poblacional.	1. Sensibilizar y promover la regulación del expendio de alimentos procesados y ultraprocesados en entornos de primera infancia.			Sistemas agroalimentarios locales fortalecidos que abastecen los servicios de primera infancia, con regulación efectiva del expendio de alimentos ultraprocesados en sus entornos.
						2. Promover la producción local de alimentos para el abastecimiento de los servicios de primera infancia y programas de alimentación escolar.			
				Crianza sin violencias, vínculos seguros, lectura de señales de niñas y niños, respuesta afectiva, cuidado cariñoso y sensible, salud mental y autocuidado de cuidadores, corresponsabilidad familiar y comunitaria, prevención de violencias, fortalecimiento de capacidades protectoras, acompañamiento a progenitores	Fomento de prácticas de crianza positiva, parentalidad responsable y corresponsabilidad en el cuidado, con perspectiva de género, interculturalidad e interseccionalidad.	1. Diseñar e implementar lineamientos técnicos y protocolos intersectoriales sobre prácticas de crianza positiva, parentalidad responsable y corresponsabilidad.		Familias, cuidadoras y cuidadores aplicando prácticas de crianza positiva y corresponsable, apoyados por lineamientos intersectoriales, espacios comunitarios de formación y programas de acompañamiento familiar.
							2. Incluir en los programas de acompañamiento durante el embarazo módulos sobre vínculos afectivos, depresión materna y corresponsabilidad.		
							3. Establecer y consolidar, en articulación con los Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD), espacios comunitarios permanentes de formación y acompañamiento integral para familias, cuidadoras y cuidadores		
			Transversal a gestación, nacimiento, 0 a 3 años y desde 3 hasta antes de cumplir los 6 años de edad; con énfasis en el acompañamiento familiar, comunitario e institucional durante las transiciones del cuidado cotidiano.						
		Gestantes, niñas y niños desde la concepción hasta antes de cumplir los 6 años de edad, madres, padres, progenitores adolescentes, familias, cuidadoras, cuidadores, maestras, equipos territoriales, comunidades,							
	3. Cuidado sensible y receptivo	Fortalecer las interacciones, vínculos, capacidades receptivas, que sostienen el desarrollo socioemocional, la protección integral, el bienestar y el desarrollo de niñas y niños durante la primera infancia, así como gestantes, personas							

cuidadoras (remuneradas y no remuneradas) con pertinencia cultural y territorial.	redes de cuidado e instituciones que prestan servicios de primera infancia.		adolescentes, promoción de servicios de primera infancia, seguimiento nominal de familias en vulnerabilidad, redes comunitarias e interinstitucionales de cuidado, y cambio de patrones socioculturales relacionados con el cuidado.			orientados a fortalecer la crianza positiva, el cuidado sensible y el desarrollo socioemocional infantil, promoviendo activamente la corresponsabilidad de género y la paternidad activa, bajo un enfoque de pertinencia cultural y territorial		
							4. Diseñar e implementar un programa nacional de acompañamiento familiar que incluya talleres de crianza respetuosa, regulación emocional y estrategias de sensibilización y cambio social sobre el reconocimiento del cuidado.	Personas cuidadoras remuneradas y no remuneradas accediendo a servicios de autocuidado y acompañamiento psicosocial que garantizan su bienestar integral.
				Garantía de servicios de cuidado, autocuidado y acompañamiento para personas cuidadoras remuneradas y no remuneradas, promoviendo su bienestar integral.	1. Diseñar e implementar servicios de cuidado, autocuidado y acompañamiento psicosocial para personas cuidadoras remuneradas y no remuneradas, y educadoras, en articulación con los GAD, con pertinencia territorial y enfoque de primera infancia.			
				Fortalecimiento de la prevención de violencias y la generación de entornos protectores mediante la detección temprana de riesgos psicosociales en niñas, niños, cuidadoras y cuidadores.	1. Construir y fortalecer protocolos y rutas intersectoriales de detección temprana de riesgos psicosociales y violencias, atención y restitución en, niñas y niños, articulados con la normativa vigente, garantizando estándares de protección, enfoque de género e interculturalidad a través de la implementación de las instituciones participantes			Riesgos psicosociales y violencias detectados tempranamente en niñas, niños, cuidadoras y cuidadores mediante protocolos intersectoriales aplicados en entornos protectores.
					2. Construir y fortalecer protocolos intersectoriales para la atención, cuidado y autocuidado de las personas cuidadoras remunerados			

						y no remunerados vinculados a la atención y protección de la primera infancia.		
						3. Implementar acciones de bienestar y salud mental para los equipos que trabajan con niñas, niños y familias.		
					Consolidación de redes locales y comunitarias de apoyo para garantizar entornos protectores y la atención integral de niñas y niños en primera infancia.	1. Promover, crear y fortalecer redes locales, comunitarias e interinstitucionales de cuidado y apoyo a personas cuidadoras y familias, con enfoque inclusivo, perspectiva de género, interculturalidad y pertinencia territorial, articuladas con servicios de protección integral y definiendo roles de liderazgo institucional y comunitario.	Redes locales y comunitarias de apoyo activas y articuladas con los servicios de protección, brindando acompañamiento efectivo a familias y personas cuidadoras en territorio.	
						2. Garantizar la coordinación y la participación activa de los Consejos Cantonales de Protección de Derechos, en la implementación del Plan a nivel territorial de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica para la Primera Infancia.		
					Aseguramiento progresivo de la calidad integral —estructural y pedagógica— de los ambientes de aprendizaje en los servicios de desarrollo infantil, educación inicial y preparatoria, con inclusión,	1. Definir condiciones de calidad estructurales y de proceso para los ambientes de aprendizaje.	Servicios de desarrollo infantil, educación inicial y preparatoria operando bajo estándares unificados de calidad, con brechas identificadas y planes de mejora continua en implementación.	
						2. Levantar un diagnóstico participativo de los servicios con base en los estándares, identificando brechas de calidad.		
						3. Construir lineamientos pedagógicos y técnicos intersectoriales que orienten el diseño de ambientes que potencien el desarrollo y aprendizaje.		
					Aprendizaje temprano, juego, lenguaje, comunicación, exploración, arte, literatura, movimiento, recreación, educación inicial, inclusión educativa, participación activa, ambientes seguros,				
				Gestación; 0 a 3 años y desde 3 hasta antes de cumplir los 6 años de edad; transición entre servicios de desarrollo infantil, educación inicial y preparatoria; continuidad					
			Niñas y niños desde la concepción hasta antes de cumplir los 6 años de edad, con énfasis en niñas y niños con discapacidad, rezagos del desarrollo,						
		Garantizar que niñas y niños, desde la concepción y durante la primera infancia, accedan a experiencias significativas de desarrollo: continuas,							
	4. Oportunidades para el aprendizaje								

	inclusivas, accesibles y seguras de juego, comunicación, vinculación, exploración, arte, literatura, movimiento, recreación, y educación inicial y preparatoria, con pertinencia intercultural y territorial, que favorezcan su desarrollo integral, la participación activa de las familias y la continuidad de sus trayectorias de aprendizaje.	barreras de acceso o condiciones de vulnerabilidad; familias, madres, padres, cuidadoras, cuidadores, maestras, educadores, servicios de desarrollo infantil, educación inicial, comunidad educativa, servicios de salud, protección social y actores territoriales.	hacia trayectorias educativas tempranas.	accesibilidad, pertinencia cultural e intercultural, atención temprana de discapacidades y rezagos, transición armónica entre servicios, seguimiento de trayectoria, trazabilidad de servicios y participación de familias y comunidad.	accesibilidad, interculturalidad y pertinencia territorial en todos los tipos de sostenimiento.	4. Generar capacidades técnicas y pedagógicas en los prestadores de servicios para la mejora continua.	
						5. Dotar a los servicios de materiales pedagógicos, equipamiento e infraestructura con criterios de inclusión y accesibilidad.	
						6. Emitir un marco normativo que oriente y obligue el cumplimiento progresivo de las condiciones de calidad.	
					Garantizar el acceso equitativo y oportuno de las niñas y niños en desarrollo infantil, educación inicial y preparatoria asegurando trayectorias integrales a lo largo de la primera infancia mediante la articulación territorial de la oferta, el seguimiento nominal, la interoperabilidad de la información y la implementación de mecanismos de transición.	1. Revisar y articular la oferta territorial de servicios en coordinación con los GAD y otros actores locales, garantizando acceso, continuidad y el cierre de brechas de cobertura en las transiciones.	Niñas y niños transitando armónicamente entre servicios de desarrollo infantil, educación inicial y preparatoria, sin barreras de movilidad y con alertas del desarrollo detectadas tempranamente.
						2. Garantizar la continuidad educativa a través de protocolos de transición pedagógica e inclusiva interministerial entre el ente encargado de desarrollo infantil y el ente encargado de educación.	
						3. Implementar protocolos de detección temprana de alertas en el desarrollo durante evaluaciones periódicas y momentos de transición.	
					Implementación de un proceso integral de formación, cualificación y bienestar del talento humano de	1. Implementar acciones de bienestar y salud mental para los equipos que trabajan con niñas, niños y sus familias, cuidadoras y cuidadores	Talento humano de primera infancia con competencias pedagógicas fortalecidas, bienestar psicoemocional garantizado y prácticas
						2. Desarrollar competencias pedagógicas en las educadoras y	

primera infancia, garantizando competencias pertinentes e incentivos.	educadores acordes a los enfoques de desarrollo integral, educación inicial y preparatoria.	3. Articular con universidades e instituciones formadoras para unificar criterios sobre competencias y habilidades del talento humano.	4. Implementar programas de formación permanente y cualificación innovadora para el personal en servicio.	5. Establecer mecanismos de estímulos, incentivos y reconocimiento a las prácticas destacadas de los profesionales.	6. Proveer material pedagógico pertinente que facilite el ejercicio profesional y la calidad de la atención.			destacadas reconocidas mediante incentivos.
Promoción de la transformación de las prácticas de crianza e interacciones, generando capacidades en familias y comunidades para construir entornos adecuados al desarrollo.	1. Diseñar e implementar una estrategia nacional de cambio del comportamiento, que promueva prácticas de crianza positiva, interacciones sensibles y receptivas, juego, lectura, comunicación y aprendizaje temprano mediante procesos de comunicación, formación y participación social con pertinencia territorial e intercultural.	2. Crear y fortalecer redes comunitarias de apoyo a la primera infancia como mecanismo sostenible de acompañamiento en territorio, con la participación de actores y organizaciones locales.	3. Fomentar la participación familiar activa y corresponsable en los servicios de desarrollo infantil, educación inicial y preparatoria.					Familias y comunidades empoderadas transformando sus prácticas de crianza e interactuando activamente en redes comunitarias y servicios institucionales.

| | | |

						infancia con pertinencia cultural y territorial	
						4. Promover la participación activa de sabios, parteras y portadores de conocimientos como agentes de transmisión intergeneracional.	
						5. Incorporar en las jornadas diarias actividades lúdicas con canciones, narrativas y frases en lengua materna.	
5. Seguridad y protección	Garantizar la protección integral de los derechos de niñas y niños en primera infancia, desde la concepción, mediante la consolidación de entornos protectores, seguros, inclusivos, accesibles y culturalmente pertinentes que prevengan y reduzcan riesgos, violencias, negligencia, explotación, exclusión, barreras de acceso, y que activen respuestas oportunas para la atención,	Niñas y niños desde la concepción hasta antes de cumplir los 6 años de edad; gestantes; familias; madres, padres, cuidadoras y cuidadores; hogares en situación de vulnerabilidad; niñas y niños con discapacidad; población en movilidad humana; comunidades; GAD; servicios de salud, educación, protección social, protección especial, justicia,	Transversal a gestación, nacimiento, 0 a 3 años y desde 3 hasta antes de cumplir los 6 años de edad; con énfasis en prevención, identificación temprana, respuesta inmediata, seguimiento nominal y restitución de derechos durante todo el ciclo de primera infancia.	Protección integral, entornos seguros, prevención de violencias, negligencia y explotación; acceso a servicios de protección especial; rutas de atención, referencia y contrarreferencia; mecanismos comunitarios de alerta temprana; inclusión y no discriminación; acceso a agua segura, saneamiento y condiciones materiales mínimas; permanencia educativa; ayudas técnicas; respuesta frente a riesgos y emergencias; seguimiento nominal; articulación interinstitucional y territorial.	Garantía de entornos familiares, institucionales y comunitarios libres de toda forma de violencia, fortaleciendo los mecanismos de prevención y protección integral.	1. Asegurar condiciones de calidad y protección en los entornos familiares, institucionales y comunitarios, fortaleciendo los mecanismos de sensibilización y protección que garanticen el desarrollo integral y la seguridad de niñas y niños.	Entornos familiares, institucionales y comunitarios operando como espacios seguros y protectores, con mecanismos preventivos que reducen la incidencia de violencias contra niñas y niños.
						2. Implementar protocolos universales para la prevención y atención oportuna de niñas y niños víctimas de violencia.	
						3. Ejecutar procesos de sensibilización sobre prevención de violencia basada en género y violencia intrafamiliar dirigidos a familias, cuidadoras, cuidadores y servidores públicos.	
					Fortalecimiento de las rutas nacionales y locales de protección especial, garantizando el acceso a la justicia, la restitución de derechos	1. Potenciar las acciones para las rutas nacionales y locales de protección especial, acceso a la justicia y restitución inmediata de derechos.	Niñas y niños con derechos vulnerados accediendo a rutas de protección especial efectivas, con restitución inmediata de derechos y brechas de registro de identidad cerradas.
						2. Desarrollar mecanismos para garantizar la inscripción de nacimiento de niñas y niños considerando las características de los territorios con brechas de registro, garantizando su derecho a la identidad.	

					3. Implementar un protocolo para el Sistema Nacional de Salud para garantizar la inscripción temprana de niños y niñas.			
					4. Sensibilizar a los entes de protección para evitar la revictimización de niñas y niños con seguimiento al cumplimiento de medidas.			
					5. Construir y fortalecer protocolos y rutas intersectoriales de detección temprana de riesgos psicosociales y violencias, atención y restitución en, niñas y niños, articulados con la normativa vigente, garantizando estándares de protección, enfoque de género e interculturalidad a través de la implementación de las instituciones participantes			
					6. Diseñar e implementar una ruta intersectorial para la identificación, seguimiento y acompañamiento integral en la entrega de los servicios para niñas y niños que sobreviven a una muerte materna.			
					7. Brindar acompañamiento psicológico, orientación y capacitación a la familia o persona cuidadora principal de las niñas y niños que sobreviven a una muerte materna.			
seguimiento y restitución de derechos evitando la revictimización.	consejos de protección, organizaciones sociales y actores comunitarios.			Eliminación de las barreras de acceso a derechos y servicios para asegurar una atención inclusiva y protectora a la primera infancia.	1. Identificar y remover barreras administrativas, geográficas y culturales que limitan el acceso a los servicios de protección integral.	Barreras administrativas, geográficas y culturales removidas, garantizando el acceso universal e inclusivo a los servicios de protección integral para la primera infancia.		

6. Gobernanza y articulación intersectorial	Implementar el mecanismo de articulación que oriente y facilite el trabajo concurrente entre sectores dirigido a la planeación, gestión intersectorial del plan y del paquete integral definido.	Instituciones nacionales, GAD, mesas intersectoriales y equipos territoriales, academia y sociedad civil.	Transversal	Mecanismo con liderazgo que permita la gobernanza, el direccionamiento y la sostenibilidad del PNPI a través de la unificación de criterios, toma de decisiones y la articulación intersectorial e interinstitucional en todos los niveles de gobierno.	Consolidación del mecanismo de gobernanza intersectorial y de la articulación del nivel nacional y territorial con liderazgo robusto para la toma de decisiones y el direccionamiento estratégico del PNPI articulado al Plan Nacional de Desarrollo.	1. Definir e implementar un procedimiento institucional para la gestión y uso de la información por parte del Comité Nacional dirigido a la toma de decisiones.	Comité Nacional y ministerios rectores ejerciendo liderazgo intersectorial efectivo, habilitando la concurrencia de atenciones mediante decisiones basadas en evidencia y priorización estratégica.
						2. Diseñar mecanismos de gobernanza y coordinación interinstitucional considerando el nivel territorial para la priorización de proyectos estratégicos, como agua potable y saneamiento.	
						3. Fortalecer la gobernanza rectora de cada ministerio (entes reguladores de política para el Desarrollo Humano, la Salud y la Educación) para asegurar la articulación de sus políticas sectoriales con el Plan Nacional de Primera Infancia y su implementación en el nivel territorial.	
						4. Generar mecanismos para garantizar la articulación de las agendas nacionales de igualdad con el PNPI	
						5. Implementar la gestión integral de riesgos y desastres mediante mecanismos de prevención, alerta temprana y respuesta articulada intersectorialmente.	
					Territorialización del PNPI promoviendo la articulación multinivel con los GAD a través de los planes locales de primera infancia, articulados a los PDOT.	1. Conformar y fortalecer las mesas intersectoriales y consejos consultivos cantonales de primera infancia bajo los lineamientos del ente rector.	Mesas intersectoriales cantonales operando bajo modelos de gestión territorial que habilitan la concurrencia de servicios del PNPI a nivel local y su integración en los PDOT.
						2. Diseñar e implementar un modelo de gestión territorial intersectorial para la primera infancia.	
						3. Definir el modelo de gestión provincial y cantonal de los servicios de atención integral de	

							manera focalizada por cada territorio.	
7. Seguimiento, monitoreo e información	Consolidar el sistema de información (SUUSEN) para que cuente con información oportuna, pertinente y de calidad, dirigida a todos los actores involucrados para que dispongan de datos que permitan y faciliten la toma de decisiones relacionadas con la planeación, el seguimiento, monitoreo y evaluación; y la generación de alertas sobre la implementación progresiva del paquete integral de servicios a nivel nacional y territorial.	Organismo articulador especializado en primera infancia (MDH), INEC, equipos técnicos institucionales, academia y responsables locales	Transversal	Trazabilidad nominal "niño a niño", interoperabilidad progresiva entre sistemas sectoriales y de los GAD, generación de alertas tempranas, medición de indicadores, toma de decisiones documentada y rendición de cuentas.	Consolidación del sistema de información para la toma de decisiones oportunas sobre planeación, seguimiento, alertas y evaluación del paquete integral de servicios a nivel nacional y territorial.	1. Implementar un mecanismo de seguimiento nominal a la trayectoria de cada niña y niño, a través de un sistema de información interoperable (SUUSEN), que permita garantizar la trazabilidad de las atenciones.	Sistema nominal interoperable consolidado que visibiliza la concurrencia niño a niño y habilita la evaluación, seguimiento y generación de alertas tempranas en territorio.
						2. Desarrollar mecanismos de identificación de vulnerabilidad, alertas tempranas y monitoreo de resultados que orienten la toma de decisiones en territorio.	
						3. Generar capacidades en equipos técnicos, profesionales y directivos sobre el uso y análisis de datos para la planeación y seguimiento.	
						4. Implementar mecanismos de evaluación, valoración y seguimiento a la implementación del paquete integral de servicios.	
						5. Realizar la evaluación cuatrienal del PNPI previo a su actualización, basada en la evidencia generada por el sistema de monitoreo.	
8. Fortalecimiento de capacidades institucionales	Desarrollar capacidades técnicas, operativas, de gestión, de uso de datos y de	Equipos nacionales, equipos territoriales y de los servicios de atención	Transversal	Apropiación del alcance del desarrollo integral, calidad pedagógica y operativa en los servicios, habilidades	Desarrollo de capacidades técnicas, operativas y de gestión en los equipos	1. Diseñar e implementar un plan de formación continua para los equipos técnicos de los servicios de atención, incorporando enfoques de género, interculturalidad e innovación.	Equipos nacionales y territoriales con capacidades fortalecidas en gestión intersectorial y calidad de atención, habilitando la prestación

	innovación en los equipos nacionales y territoriales para implementar, coordinar y acompañar y darle sostenibilidad al paquete integral de servicios con enfoque de concurrencia.	públicos, privados y comunitarios.			para el trabajo intersectorial, capacidad de análisis de información en territorio, y sostenibilidad y progresividad del proceso de implementación del PNPI.	nacionales y territoriales para implementar, coordinar y darle sostenibilidad al paquete integral de servicios.	2. Diseñar e implementar procesos de formación continua a equipos técnicos y educadoras territoriales en crianza positiva, género y masculinidades positivas.		concurrente y sostenible del paquete integral de servicios.
							3. Diseñar e implementar procesos de formación, capacitación y certificación para personas cuidadoras remuneradas y no remuneradas en coordinación con el ente regulador de la formación de capacidades para el trabajo.	4. Fortalecer las capacidades de los equipos operativos interinstitucionales (entes reguladores de política para el Desarrollo Humano, la Salud y la Educación) para la articulación de atenciones en territorio.	
							5. Brindar acompañamiento y asistencia técnica especializada a los servicios de atención para mejorar la gestión intersectorial territorial y local.		
							6. Implementar acciones dirigidas a mejorar de manera continua la calidad de los servicios a través de estándares definidos por el Comité Nacional.		
9. Financiamiento y presupuesto	Contribuir a la identificación, costeo, priorización, trazabilidad y seguimiento presupuestario de las intervenciones del PNPI, incluyendo los programas y	Ministerio rector de las finanzas públicas, Entidad rectora y articuladora especializado en primera infancia (MDH o instancia que corresponda); ministerios	Transversal	Costeo del paquete integral de servicios; registro, clasificación y trazabilidad presupuestaria; programación y priorización territorial y presupuestaria sujeta a disponibilidad fiscal; proyectos de inversión priorizados, seguimiento		Garantía de la identificación, costeo, trazabilidad y seguimiento presupuestario de las intervenciones del PNPI para apoyar la implementación territorial, progresiva y	1. Costear el paquete integral de servicios con metodología explícita, supuestos y parámetros técnicos, actualizándolo periódicamente.			Trazabilidad presupuestaria y costeo del paquete integral establecidos, habilitando la programación financiera sectorial y garantizando la sostenibilidad de la concurrencia de atenciones.
							2. Identificar las brechas de financiamiento e incorporarlas como insumos técnicos para la programación y formulación presupuestaria sectorial.		
							3. Fortalecer la trazabilidad presupuestaria de las intervenciones del PNPI por entidad		

	proyectos de inversión pública, en concordancia con el ciclo presupuestario, la programación fiscal y la disponibilidad de recursos, para apoyar la implementación progresiva y sostenible del paquete integral de servicios. Y, contribuir a la articulación para el cierre de la brecha de financiamiento.	rectores y entidades ejecutoras responsables de los servicios; ente rector de planificación nacional; GAD; cooperación internacional, organismos multilaterales y otros aliados, conforme a sus competencias.		financiero; reportes de ejecución y brechas; articulación de fuentes de financiamiento conforme a competencias.	sostenible del paquete integral de servicios.	responsable, estructura, fuente de financiamiento y territorio. 4. Generar una estrategia de financiamiento para programas estratégicos (como alimentación escolar) que incluya actores públicos, privados y cooperación internacional. 5. Elaborar reportes físico-financieros periódicos y alertas de ejecución presupuestaria para las instancias de gobernanza. 6. Generar lineamientos para reportar recursos de GAD y cooperación internacional vinculados al PNPI. 7. Promover el uso de mecanismos innovadores de financiamiento como parte de la gestión sostenible del PNPI.	

Anexo 4: Paquete Integral de Servicios (por niveles)

Paquete Integral de Servicios: Matriz de progresividad						
Grupo de Edad	**Prestación**	**Sector Responsable**	**NIVEL 1 (base)**	**NIVEL 2**	**NIVEL 3**	**NIVEL 4**
Gestantes	Registro social y actualización de la calificación	Registro Social/ventanilla de registro	**Esencial**	●	●	●

Gestantes	Controles prenatales (mínimo 5 durante el embarazo), incluyendo asesoría para la planificación familiar,	MSP	Esencial	●	●
Gestantes	Suplementación con micronutrientes (sales de hierro mas ácido fólico)	MSP	Esencial	●	●
Gestantes	Prácticas integradas de atención al parto, que incluyan contacto piel con piel inmediato, pinzamiento oportuno del cordón umbilical e inicio de la lactancia materna durante la primera hora de vida, cuando las condiciones de salud de la madre y del recién nacido lo permitan.	MSP	Esencial	●	●
Gestantes	Exámenes de protocolo y tamizaje de acuerdo a la normativa	MSP	Esencial	●	●
Gestantes	Esquema de vacunación oportuno y completo según la normativa	MSP	Esencial	●	●
Gestantes	Actividades colectivas de promoción en salud mental (hábitos de vida saludable, prevención de consumo de sustancias, y factores de riesgo y protección en suicidio), a las que pueden asistir las gestantes.	MSP	Esencial	●	●
Gestantes	Servicios de agua potable apta para consumo humano y saneamiento seguro	GAD	Esencial	●	●
Gestantes	Asistencia familiar / consejería familiar de calidad (modalidad CNH)	MTDH	Esencial	●	●
Gestantes	Consejería nutricional, promoción de lactancia materna exclusiva y continua y alimentación complementaria saludable.	MSP-MTDH	Esencial	●	●
Gestantes	Fortalecimiento de capacidades protectoras de familias y cuidadores, especialmente progenitores adolescentes.	MTDH-MSP	Esencial	●	●
Gestantes	Acceso prioritario a programas de transferencias monetarias para familias en condición de pobreza	MTDH	Esencial	●	●
Gestantes	Atención especializada de calidad a la gestante por condición de vulneración o riesgo (discapacidad y/o violencias)	MSP-MTDH-MDG	Esencial	●	●
Gestantes	Orientación sobre salud e higiene oral durante el embarazo, incluyendo cepillado dental con pasta fluorada, alimentación saludable y prevención de enfermedades bucales.	MSP	Esencial	●	●

Gestantes	Acceso a orientación para la prevención de la violencia y otras vulneraciones durante el embarazo, incluyendo reconocimiento de situaciones y factores de riesgo, promoción de relaciones libres de violencia, información sobre derechos, redes de apoyo y rutas de protección.	MSP/MTDH	Esencial	●	●		●
Gestantes	Servicios de calidad en el fortalecimiento de las capacidades de cuidado y crianza de las familias y personas cuidadoras.	MTDH- MSP-MINEDEC	Esencial	●	●		●
Gestantes	Calificación o recalificación de discapacidad a madres gestantes.	MSP	Esencial	●	●		●
Gestantes	Programas de calidad sobre habilidades parentales positivas.	MTDH/MSP		● NUEVO	●		●
Gestantes	Tamizaje de salud mental materna (depresión perinatal), conforme al proceso establecido en la normativa nacional vigente y acceso a actividades colectivas estandarizadas de promoción en salud mental (hábitos de vida saludable, prevención de consumo de sustancias, y factores de riesgo y protección en suicidio), a las que pueden asistir las gestantes.	MSP		● NUEVO	●		●
Gestantes	Valoración y atención odontológica preventiva durante el embarazo, incluyendo evaluación de riesgo de caries y enfermedad periodontal, medidas preventivas y tratamiento cuando corresponda.	MSP		● NUEVO	●		●
Gestantes	Acceso a atención integral, respetuosa y humanizada durante el trabajo de parto, parto y posparto inmediato, conforme a los estándares de la normativa ESAMyN, incluyendo acompañamiento por una persona de elección, libre posición, respeto a la privacidad y pertinencia cultural, prácticas integradas de atención al parto y apoyo al inicio oportuno de la lactancia materna.	MSP		● NUEVO	●		●
Gestantes	Especialización de calificación o recalificación de discapacidad a madres gestantes.	MSP		● NUEVO	●		●
Gestantes	Atención integral en salud mental materna (psicología)	MSP			● NUEVO		●
Gestantes	Mejoramiento de condiciones de vivienda (gestantes vulnerables)	MIDUVI/GAD			● NUEVO		●
Gestantes	Entrega de calcio durante el periodo de gestación a mujeres con mayor riesgo de preeclampsia.	MSP			● NUEVO		●

Gestantes	Acceso y ampliación de cobertura para la asistencia familiar / consejería familiar de calidad y de manera oportuna (modalidad CNH)	MTDH			● NUEVO	●
Gestantes	Acceso de las mujeres gestantes a alimentos nutritivos e inocuos, suficientes y adecuados a sus necesidades nutricionales durante el embarazo, complementado con orientación sobre alimentación saludable conforme a las normas nacionales.	MSP/MTDH/MDEP/GAD				● NUEVO
Gestantes	Licencia de maternidad extendida (prenatal)	MTDH/IESS				● NUEVO
Gestantes	Programas de inclusión económica y productiva para familias en pobreza, incluyendo emprendimientos.	MTDH/Min. Producción/GAD				● NUEVO
Gestantes	Atención integral en salud mental universal	MSP				● NUEVO
Mujer que tuvo un parto	Controles de salud posparto a la madre, dentro de los 45 días posteriores al parto, conforme a la Guía de Práctica Clínica de Atención del Parto y Posparto Inmediato y el Componente Normativo Materno.	MSP	**Esencial**	●	●	●
Mujer que tuvo un parto	Suplementación con micronutrientes (hierro, ácido fólico) durante los primeros 3 meses posparto.	MSP	**Esencial**	●	●	●
Mujer que tuvo un parto	Tamizaje de Infecciones de Transmisión Sexual después del parto, con un examen antes de los 45 días.	MSP	**Esencial**	●	●	●
Mujer que tuvo un parto	Consejería en promoción de lactancia materna exclusiva y complementaria y alimentación complementaria saludable en cada control considerando que este servicio se entrega hasta los dos años.	MSP	**Esencial**	●	●	●
Mujer que tuvo un parto	Asesoría en planificación familiar y entrega de método anticonceptivo, en cada control y según el caso.	MSP	**Esencial**	●	●	●
Mujer que tuvo un parto	Servicios de agua potable apta para consumo humano y saneamiento seguro	GAD	**Esencial**	●	●	●
0 a 3 años	Registro de nacimiento e identificación obligatoria dentro de los 45 días de nacido	Registro Civil	**Esencial**	●	●	●
0 a 3 años	Registro social y actualización de la calificación	Registro Social/ventanilla de registro	**Esencial**	●	●	●
0 a 3 años	Control de crecimiento y desarrollo infantil (niño sano)	MSP	**Esencial**	●	●	●
0 a 3 años	Evaluación del desarrollo infantil, referencia y seguimiento.	MSP	**Esencial**	●	●	●

0 a 3 años	Esquema de vacunación oportuno y completo según la normativa	MSP	Esencial	●	●		●
0 a 3 años	Acceso de madres, padres y personas cuidadoras a orientación sobre higiene oral de la niña o niño, de acuerdo con la edad, incluyendo limpieza de dientes y encías, cepillado y uso apropiado de pasta dental conforme al Manual de Atención Integral a la Niñez.	MSP	Esencial	●	●		●
0 a 3 años	Acceso de madres, padres y personas cuidadoras a orientación y acompañamiento para la prevención de la violencia y otras vulneraciones con reconocimiento temprano de señales de riesgo.	MSP/MTDH	Esencial	●	●		●
0 a 3 años	Promoción y apoyo a lactancia materna exclusiva, continua y alimentación complementaria saludable (hasta los 2 años).	MSP-MTDH	Esencial	●	●		●
0 a 3 años	Atención en CNH (asistencia familiar / consejería familiar)	MTDH	Esencial	●	●		●
0 a 3 años	Servicios de Desarrollo Infantil Integral: CDI, atención, alimentación, estimulación temprana y cuidado diario	MTDH	Esencial	●	●		●
0 a 3 años	Servicios de agua potable apta para consumo humano y saneamiento seguro	GAD-Juntas parroquiales de agua-ARCA	Esencial	●	●		●
0 a 3 años	Servicios de calidad en el fortalecimiento de las capacidades de cuidado y crianza de las familias y personas cuidadoras.	MTDH- MSP-MINEDEC	Esencial	●	●		●
0 a 3 años	Acceso prioritario a programas de transferencias monetarias a familias en situación de pobreza	MTDH	Esencial	●	●		●
0 a 3 años	Acceso a servicios de atención prioritaria de calidad e integrales para niñas y niños en condición de vulneración o riesgo, incluyendo condiciones específicas asociadas o no a la discapacidad, situaciones de violencia y malnutrición.	MTDH-MSP-MIN. GOBIERNO-MINEDEC-SEIBE	Esencial	●	●		●
0 a 3 años	Tamizaje neonatal metabólico y auditivo	MSP	Esencial	●	●		●
0 a 3 años	Calificación o recalificación de discapacidad.	MSP	Esencial	●	●		●
0 a 3 años	Servicios de identificación temprana y oportuna de rezagos en el desarrollo	MSP/MTDH		● NUEVO	●		●
0 a 3 años	Atención odontológica preventiva periódica, incluyendo valoración de riesgo de caries, higiene oral y medidas preventivas según edad y riesgo, según lo establecido en el Manual de Antención Integral a la Niñez.	MSP		● NUEVO	●		●

0 a 3 años	Acceso a atención especializada y de calidad a niños y niñas con necesidades específicas (ajustes razonables que incluyan la dotación de prótesis, ayudas técnicas, revisiones periódicas, evaluaciones sistemáticas, acompañamiento psicopedagógico y socioemocional cuando correspondan)	MSP		● NUEVO	●	●
0 a 3 años	Ampliación del tamizaje metabólico y auditivo.	MSP		● NUEVO	●	●
0 a 3 años	Especialización de calificación o recalificación de discapacidad.	MSP		● NUEVO	●	●
0 a 3 años	Acceso y ampliación de cobertura en Servicios de Desarrollo Infantil Integral: CDI, CNH, atención, alimentación, estimulación temprana y cuidado diario para población vulnerable	MTDH			● NUEVO	●
0 a 3 años	Atención especializada y de calidad a niños y niñas con necesidades específicas (terapias continuas)	MSP/MTDH			● NUEVO	●
0 a 3 años	Acceso a justicia: protección especial y restitución de derechos	Función Judicial			● NUEVO	●
0 a 3 años	Acceso a mejoramiento de vivienda y hábitat	MIDUVI/GAD			● NUEVO	●
0 a 3 años	Acceso a alimentos nutritivos e inocuos, suficientes y adecuados a la edad	MSP/MTDH/MDEP/GAD				● NUEVO
0 a 3 años	Universalización de Servicios de Desarrollo Infantil Integral (CDI/CNH para todos)	MTDH				● NUEVO
0 a 3 años	Licencias de paternidad y maternidad extendidas y compartidas	MTDH/IESS				● NUEVO
0 a 3 años	Atención integral en salud mental familiar	MSP				● NUEVO
3 a 6 años	Registro social y actualización de la calificación del Registro social	Registro Social/ventanilla de registro	Esencial	●	●	●
3 a 6 años	Control de crecimiento y desarrollo infantil (niño sano)	MSP	Esencial	●	●	●
3 a 6 años	Acceso a servicios de evaluación del desarrollo infantil, referencia y seguimiento.	MSP/MINEDEC	Esencial	●	●	●
3 a 6 años	Esquema de vacunación oportuna y completa de acuerdo a la normativa vigente (refuerzos, considerando que en este grupo etario las vacunas corresponden a dosis de refuerzo y no a primeras dosis).	MSP	Esencial	●	●	●
3 a 6 años	Atención odontológica preventiva periódica sobre higiene oral, según lo establecido en el Manual de Atención Integral a la Niñez	MSP	Esencial	●	●	●

3 a 6 años	Acceso a niñas, niños, madres, padres y personas cuidadoras a orientación y acompañamiento para la prevención de la violencia y otras vulneraciones con reconocimiento temprano de señales de riesgo.	MSP/MINEDEC	Esencial	●	●	●	
3 a 6 años	Servicios de educación inicial y/o preparatoria de calidad, incluida la modalidad de Educación Infantil Familiar Comunitaria, que favorezcan la permanencia y la transición armoniosa entre niveles educativos.	MINEDEC-SEIBE	Esencial	●	●	●	
3 a 6 años	Alimentación Escolar	MINEDEC	Esencial	●	●	●	
3 a 6 años	Servicios de calidad en el fortalecimiento de las capacidades de cuidado y crianza de las familias y personas cuidadoras.	MTDH- MSP-MINEDEC	Esencial	●	●	●	
3 a 6 años	Servicios de calidad en el fortalecimiento de las capacidades de cuidado y crianza de las familias y personas cuidadoras.	MTDH-MINEDEC-MSP-SEIBE	Esencial	●	●	●	
3 a 6 años	Servicios de agua potable apta para consumo humano y saneamiento seguro en entornos educativos	GAD/MINEDEC/MAE/ARCA/JUNTAS DE AGUA/SEIBE	Esencial	●	●	●	
3 a 6 años	Acceso prioritario a programas de transferencias monetarias a familias en situación de pobreza	MTDH	Esencial	●	●	●	
3 a 6 años	Servicios de atención prioritaria de calidad e integrales para niñas y niños en condición de vulneración o riesgo, incluyendo condiciones específicas asociadas o no a la discapacidad, situaciones de violencia y malnutrición.	MTDH-MSP-MIN. GOBIERNO-MINEDEC/ SEIBE	Esencial	●	●	●	
3 a 6 años	Calificación o recalificación de discapacidad.	MSP	Esencial	●	●	●	
3 a 6 años	Tamizaje, evaluación del desarrollo infantil, referencia y seguimiento.	MSP/MINEDEC		● NUEVO	●	●	
3 a 6 años	Procesos de formación y acompañamiento para familias, personas cuidadoras y a la comunidad educativa orientadas al fortalecimiento de competencias parentales positivas y al acompañamiento del proceso educativo y a las transiciones armoniosas.	MINEDEC/MTDH		● NUEVO	●	●	
3 a 6 años	Atención odontológica preventiva periódica, incluyendo valoración de salud bucal, riesgo de caries, considerando que los sellantes dentales se aplican entre los 6 y 9 años, con la aparición de los primeros molares permanentes, conforme a los lineamientos de la OMS.	MSP		● NUEVO	●	●	

3 a 6 años	Identificación temprana y oportuna de rezagos en el desarrollo infantil	MSP/MTDH		● NUEVO	●	●		
3 a 6 años	Atención especializada y de calidad a niños y niñas con necesidades específicas (ajustes razonables que incluyan la dotación de prótesis, ayudas técnicas, revisiones periódicas, evaluaciones sistemáticas, acompañamiento psicopedagógico y socioemocional cuando correspondan)	MINEDEC/MSP		● NUEVO	●	●		
3 a 6 años	Acceso en instituciones educativas a entornos protectores y resilientes frente a los efectos del cambio climático y los desastres, mediante acciones de prevención, preparación, atención y mitigación de riesgos, protección y continuidad de los servicios esenciales	MINEDEC/SNGR/GAD		● NUEVO	●	●		
3 a 6 años	Especialización de calificación o recalificación de discapacidad.	MSP		● NUEVO	●	●		
3 a 6 años	Servicios WASH en entornos educativos	GAD/MINEDEC			● NUEVO	●		
3 a 6 años	Espacios públicos de recreación y juego accesibles y seguros	GAD			● NUEVO	●		
3 a 6 años	Acceso a justicia: protección especial y restitución de derechos	Función Judicial			● NUEVO	●		
3 a 6 años	Estándares de calidad certificados en todos los servicios	Todos			● NUEVO	●		
3 a 6 años	Mejoramiento de vivienda y hábitat	MIDUVI/GAD			● NUEVO	●		
3 a 6 años	Acceso a atención especializada y de calidad a niños y niñas con necesidades específicas (terapias continuas)	MSP/MTDH			● NUEVO	●		
3 a 6 años	Acceso a alimentos nutritivos e inocuos, suficientes y adecuados a la edad, incluyendo alimentación saludable en los Servicio de Alimentación Escolar y de cuidado y orientación a las familias sobre selección, preparación, conservación e higiene de los alimentos.	MSP/MINEDEC/MDEP/GAD				● NUEVO		
3 a 6 años	Acceso universal a los servicios de educación inicial, garantizando la incorporación, permanencia y continuidad de niñas y niños de 3 a 6 años en el sistema educativo.	MINEDEC				● NUEVO		
3 a 6 años	Atención integral en salud mental familiar	MSP				● NUEVO		

Cómo leer la matriz	
● **NUEVO (relleno sólido de color)**	Nivel en el que la prestación se incorpora por primera vez (su 'nivel base').
● **(relleno claro del mismo color)**	La prestación ya existía en un nivel anterior y se mantiene consolidada (+cobertura +calidad) en este nivel.
Celda en blanco	La prestación aún no ha sido incorporada en ese nivel.
Color azul oscuro / azul claro	Prestaciones cuya base es el Nivel 1 (piso mínimo).
Color verde oscuro / verde claro	Prestaciones nuevas introducidas en el Nivel 2.
Color ámbar oscuro / ámbar claro	Prestaciones nuevas introducidas en el Nivel 3.
Color rojo oscuro / rojo claro	Prestaciones nuevas introducidas en el Nivel 4.
Fuente	Matriz_PIS_version_limpia.xlsx, hoja 'POR NIVELES - LIMPIA' (base: Propuesta de sugerencias de la Vicepresidencia). El nivel de cada prestación corresponde a la columna 'Prioridad PIS' del archivo fuente.

Anexo 5: Matriz de Indicadores

Nro	Código	Responsable institucional	Nivel	Nombre del indicador	FUENTE	PERIODICIDAD	Eje PNPI	Línea de política principal	PND - Objetivo	PND - Política	PND - Meta	ODS - Objetivo	ODS - Meta	Meta 2030
1	IND-N1-E1-01	MSP	N1	Razón de mortalidad materna (por cada 100.000 nacidos vivos).	Estadísticas de Defunciones - INEC	Anual	1. Buena salud integral y bienestar	1. Aseguramiento del acceso universal, oportuno y continuo de gestantes, niñas, niños y sus familias al paquete integral de servicios de salud, con enfoque territorial, intercultural y de género.	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.5 Garantizar el acceso y prestación de servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, que incluya educación integral de la sexualidad.	Reducir la razón de mortalidad materna de 35,62 en el 2023 a 33,06 al 2029.	3 Salud y Bienestar	3.1 De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos	32,70%

2	IND-N1-E1-02	MSP	N1	Tasa de mortalidad neonatal (por cada 1.000 nacidos vivos).	Estadísticas de Defunciones - INEC	Anual	1. Buena salud integral y bienestar	1. Aseguramiento del acceso universal, oportuno y continuo de gestantes, niñas, niños y sus familias al paquete integral de servicios de salud, con enfoque territorial, intercultural y de género.	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.6 Fortalecer la atención y prestación de servicios alrededor de las determinantes para el desarrollo integral de la población, con énfasis en la primera infancia.	Sin meta específica	3 Salud y Bienestar	3.2 De aquí a 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que la mortalidad neonatal se reduzca al menos a 12 por cada 1.000 nacidos vivos	4,94%
3	IND-N1-E1-03	MSP	N1	Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años (por cada 1.000 nacidos vivos).	Estadísticas de Defunciones - INEC	Anual	1. Buena salud integral y bienestar	1. Aseguramiento del acceso universal, oportuno y continuo de gestantes, niñas, niños y sus familias al paquete integral de servicios de salud, con enfoque territorial, intercultural y de género.	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.6 Fortalecer la atención y prestación de servicios alrededor de las determinantes para el desarrollo integral de la población, con énfasis en la primera infancia.	Sin meta específica	3 Salud y Bienestar	3.2 De aquí a 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que la mortalidad de los niños menores de 5 años se reduzca al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos	10,87%
4	IND-N1-E2-01	MTDH	N1	Prevalencia de desnutrición crónica en niñas y niños menores de 5 años	ENDI - INEC	Anual	2. Nutrición adecuada	6. Garantía de intervenciones integrales y articuladas de suplementación, identificación oportuna de malnutrición y formación técnica orientada a una dieta saludable.	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.6 Fortalecer la atención y prestación de servicios alrededor de las determinantes para el desarrollo integral de la población, con énfasis en la primera infancia.	Reducir la prevalencia de desnutrición crónica en niñas y niños menores de dos años de 19,27% en 2024 a 15,27% en 2029.	2 Hambre Cero	2.2 De aquí a 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición, incluso logrando las metas convenidas sobre el retraso del crecimiento y la emaciación de los niños menores de 5 años	14,88%

5	IND-N1-E2-02	MSP	N1	Prevalencia de sobrepeso y obesidad en niñas y niños menores de 5 años	ENDI - INEC	Anual	2. Nutrición adecuada	6. Garantía de intervenciones integrales y articuladas de suplementación, identificación oportuna de malnutrición y formación técnica orientada a una dieta saludable.	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.6 Fortalecer la atención y prestación de servicios alrededor de las determinantes para el desarrollo integral de la población, con énfasis en la primera infancia.	Sin meta específica	2 Hambre Cero	2.2 De aquí a 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición, incluso logrando las metas convenidas sobre el retraso del crecimiento y la emaciación de los niños menores de 5 años.	4,62%
6	IND-N1-E2-03	MSP	N1	Porcentaje de niñas y niños de 5 años 0 meses a 5 años 11 meses atendidos en establecimientos del Ministerio de Salud Pública que presentan sobrepeso u obesidad	RDACAA-PRAS	Anual	2. Nutrición adecuada	6. Garantía de intervenciones integrales y articuladas de suplementación, identificación oportuna de malnutrición y formación técnica orientada a una dieta saludable.	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.6 Fortalecer la atención y prestación de servicios alrededor de las determinantes para el desarrollo integral de la población, con énfasis en la primera infancia.	Sin meta específica	2 Hambre Cero	2.2 De aquí a 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición, incluso logrando las metas convenidas sobre el retraso del crecimiento y la emaciación de los niños menores de 5 años.	22,05%
7	IND-N1-E2-04	MSP	N1	Prevalencia de anemia en niñas y niños de 6 a 59 meses de edad	ENDI - INEC	Anual	2. Nutrición adecuada	6. Garantía de intervenciones integrales y articuladas de suplementación, identificación oportuna de malnutrición y formación técnica orientada a una dieta saludable.	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.6 Fortalecer la atención y prestación de servicios alrededor de las determinantes para el desarrollo integral de la población, con énfasis en la primera infancia.	Sin meta específica	2 Hambre Cero	2.2 De aquí a 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición	29,65%

8	IND-N1-E3-01	MSP	N1	Porcentaje de niñas y niños menores de 5 años cuyas madres presentan un estado psicológico de depresión	ENDI - INEC	Anual	3. Cuidado sensible y receptivo	11. Garantía de servicios de cuidado, autocuidado y acompañamiento para personas cuidadoras remuneradas y no remuneradas, promoviendo su bienestar integral.	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.6 Fortalecer la atención y prestación de servicios alrededor de las determinantes para el desarrollo integral de la población, con énfasis en la primera infancia.	Sin meta específica	3 Salud y Bienestar	3.4 De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar	18,00%
9	IND-N1-E3-02	MTDH	N1	Porcentaje de niñas y niños menores de 5 años que realizan 4 o más actividades de estimulación temprana con algún miembro del hogar.	ENDI - INEC	Anual	3. Cuidado sensible y receptivo	10. Fomento de prácticas de crianza positiva, parentalidad responsable y corresponsabilidad en el cuidado, con perspectiva de género, interculturalidad e interseccionalidad.	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.6 Fortalecer la atención y prestación de servicios alrededor de las determinantes para el desarrollo integral de la población, con énfasis en la primera infancia.	Sin meta específica	4 Educación de Calidad	4.2 De aquí a 2030, asegurar que todas las niñas y todos los niños tengan acceso a servicios de atención y desarrollo en la primera infancia y educación preescolar de calidad	61,91%
10	IND-N1-E4-01	MTDH | MINEDEC	N1	Promedio de puntaje del Test de Vocabulario en Imágenes Peabody (TVIP) para niñas/os de 43 a 59 meses	ENDI - INEC	Anual	4. Oportunidades para el aprendizaje	15. Garantizar el acceso equitativo y oportuno de las niñas y niños en desarrollo infantil, educación inicial y preparatoria asegurando trayectorias integrales a lo largo de la primera infancia mediante la articulación territorial de la oferta, el seguimiento nominal, la interoperabilidad de la información y la implementación de mecanismos de transición.	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.6 Fortalecer la atención y prestación de servicios alrededor de las determinantes para el desarrollo integral de la población, con énfasis en la primera infancia.	Sin meta específica	4 Educación de Calidad	4.2 De aquí a 2030, asegurar que todas las niñas y todos los niños tengan acceso a servicios de atención y desarrollo en la primera infancia y educación preescolar de calidad	31,95

11	IND-N1-E4-02	MTDH	N1	Porcentaje de niñas y niños menores de 5 años con acceso a tres o más libros infantiles en el hogar	ENDI - INEC	Anual	4. Oportunidades para el aprendizaje	15. Garantizar el acceso equitativo y oportuno de las niñas y niños en desarrollo infantil, educación inicial y preparatoria asegurando trayectorias integrales a lo largo de la primera infancia mediante la articulación territorial de la oferta, el seguimiento nominal, la interoperabilidad de la información y la implementación de mecanismos de transición.	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.6 Fortalecer la atención y prestación de servicios alrededor de las determinantes para el desarrollo integral de la población, con énfasis en la primera infancia.	Sin meta específica	4 Educación de Calidad	4.2 De aquí a 2030, asegurar que todas las niñas y todos los niños tengan acceso a servicios de atención y desarrollo en la primera infancia y educación preescolar de calidad	20,96%
12	IND-N1-E4-03	MTDH	N1	Porcentaje de niñas y niños menores de 5 años que tienen 3 o más elementos de juego y aprendizaje no electrónicos en el hogar.	ENDI - INEC	Anual	4. Oportunidades para el aprendizaje	15. Garantizar el acceso equitativo y oportuno de las niñas y niños en desarrollo infantil, educación inicial y preparatoria asegurando trayectorias integrales a lo largo de la primera infancia mediante la articulación territorial de la oferta, el seguimiento nominal, la interoperabilidad de la información y la implementación de mecanismos de transición.	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.6 Fortalecer la atención y prestación de servicios alrededor de las determinantes para el desarrollo integral de la población, con énfasis en la primera infancia.	Sin meta específica	4 Educación de Calidad	4.2 De aquí a 2030, asegurar que todas las niñas y todos los niños tengan acceso a servicios de atención y desarrollo en la primera infancia y educación preescolar de calidad	47,37%
13	IND-N1-E4-04	MINEDEC	N1	Tasa Neta de Matrícula de Educación Inicial	1. Archivo Maestro de Instituciones Educativas (AMIE) 2. Registros del Servicio de Atención Familiar para la Primera Infancia (SAFPI) 3. Proyecciones de Población de la República del Ecuador - INEC	Anual	4. Oportunidades para el aprendizaje	15. Garantizar el acceso equitativo y oportuno de las niñas y niños en desarrollo infantil, educación inicial y preparatoria asegurando trayectorias integrales a lo largo de la primera infancia mediante la articulación territorial de la oferta, el seguimiento nominal, la interoperabilidad de la información y	2. Potenciar las capacidades de la ciudadanía con acceso universal a una educación inclusiva de calidad, acceso a espacios de intercambio cultural y una vida activa.	2.1 Garantizar el acceso universal a una educación inclusiva, equitativa e intercultural para todos los niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adultos, asegurando su permanencia y la culminación de los estudios en todos los niveles del Sistema Nacional de Educación.	Incrementar la Tasa Bruta de Matrícula en el Sistema Nacional de Educación de 88,09% en el año lectivo 2024-2025 a 90,46% al 2029-2030. (meta agregada; no desagrega Educación Inicial)	4 Educación de Calidad	4.2 De aquí a 2030, asegurar que todas las niñas y todos los niños tengan acceso a servicios de atención y desarrollo en la primera infancia y educación preescolar de calidad	58,86%

| | | |

17	IND-N1-E5-03	MINEDEC	N1	Porcentaje de gestantes y madres (10 a 19 años) que permanecen o han culminado sus estudios en el Sistema Nacional de Educación en el año lectivo siguiente a su reporte.	1, Padrón Nominal - MTDH 2. Matriz de titulados - MINEDEC 3Gestión de Inscripción y Admisión (GIA) - MINEDEC	Anual	5. Seguridad y protección	23. Eliminación de las barreras de acceso a derechos y servicios para asegurar una atención inclusiva y protectora a la primera infancia.	2. Potenciar las capacidades de la ciudadanía con acceso universal a una educación inclusiva de calidad, acceso a espacios de intercambio cultural y una vida activa.	2.1 Garantizar el acceso universal a una educación inclusiva, equitativa e intercultural para todos los niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adultos, asegurando su permanencia y la culminación de los estudios en todos los niveles del Sistema Nacional de Educación.	Sin meta específica	4 Educación de Calidad	4.1 De aquí a 2030, asegurar que todas las niñas y todos los niños terminen la enseñanza primaria y secundaria, que ha de ser gratuita, equitativa y de calidad y producir resultados de aprendizaje pertinentes y efectivos	77,47%
18	IND-N2-E1-01	MSP	N2	Porcentaje de niñas y niños menores de 5 años de edad con infección respiratoria aguda (IRA)	ENDI - INEC	Anual	1. Buena salud integral y bienestar	1. Aseguramiento del acceso universal, oportuno y continuo de gestantes, niñas, niños y sus familias al paquete integral de servicios de salud, con enfoque territorial, intercultural y de género.	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.4 Fortalecer la prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, incluyendo vigilancia sanitaria e implementación de sistemas de calidad en los servicios de salud.	Sin meta específica	3 Salud y Bienestar	3.2 De aquí a 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años	39,05%
19	IND-N2-E1-02	MSP	N2	Porcentaje de niñas y niños menores de 5 años de edad con Enfermedad Diarreica Aguda (EDA).	ENDI - INEC	Anual	1. Buena salud integral y bienestar	1. Aseguramiento del acceso universal, oportuno y continuo de gestantes, niñas, niños y sus familias al paquete integral de servicios de salud, con enfoque territorial, intercultural y de género.	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.4 Fortalecer la prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, incluyendo vigilancia sanitaria e implementación de sistemas de calidad en los servicios de salud.	Sin meta específica	3 Salud y Bienestar	3.2 De aquí a 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años	15,28%

20	IND-N2-E1-03	MSP	N2	Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer.	REVIT	Trimestral	1. Buena salud integral y bienestar	Asegurar el acceso universal, oportuno, continuo, pertinente e inclusivo de gestantes, niñas, niños, familias, cuidadoras y cuidadores a servicios integrales de salud física, mental y psicoemocional con enfoques territorial, intercultural y de género, orientados a la promoción de la salud, prevención de riesgos, detección temprana, atención, referencia, seguimiento y protección de la vida, favoreciendo el desarrollo integral y la calidad de vida.	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.6 Fortalecer la atención y prestación de servicios alrededor de las determinantes para el desarrollo integral de la población, con énfasis en la primera infancia.	Sin meta específica	3 Salud y Bienestar	3.2 De aquí a 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años	8,93%
21	IND-N2-E1-04	MSP	N2	Porcentaje de nacimientos ocurridos antes de las 37 semanas de gestación.	REVIT	Trimestral	1. Buena salud integral y bienestar	Asegurar el acceso universal, oportuno, continuo, pertinente e inclusivo de gestantes, niñas, niños, familias, cuidadoras y cuidadores a servicios integrales de salud física, mental y psicoemocional con enfoques territorial, intercultural y de género, orientados a la promoción de la salud, prevención de riesgos, detección temprana, atención, referencia, seguimiento y protección de la vida, favoreciendo el desarrollo integral y la calidad de vida.	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.6 Fortalecer la atención y prestación de servicios alrededor de las determinantes para el desarrollo integral de la población, con énfasis en la primera infancia.	Sin meta específica	3 Salud y Bienestar	3.2 De aquí a 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años	7,08%

22	IND-N2-E1-05	MAE	N2	Porcentaje de hogares con niñas y niños menores de 5 años con presencia de la bacteria E-coli en el agua para beber tomada desde la fuente o punto de suministro.	ENDI - INEC	Anual	1. Buena salud integral y bienestar	2. Promoción de hábitos y entornos de vida saludable en la comunidad, orientados a la prevención de riesgos en la salud materno infantil.	6. Precautelar el uso sostenible de los recursos naturales, la protección del ambiente, y el desarrollo de energía sostenible.	6.5 Promover la gestión integral del recurso hídrico, el acceso al agua en calidad y cantidad, sus usos y aprovechamientos con énfasis en el derecho humano al agua potable, saneamiento, riego y drenaje.	Sin meta específica	6 Agua Limpia y Saneamiento	6.1 De aquí a 2030, lograr el acceso universal y equitativo al agua potable a un precio asequible para todos	16,02%
23	IND-N2-E1-06	MAE | MSP | MTDH	N2	Porcentaje de hogares con niñas y niños menores de 5 años con presencia de la bacteria E-coli en el agua para beber tomada del punto de consumo.	ENDI - INEC	Anual	1. Buena salud integral y bienestar	2. Promoción de hábitos y entornos de vida saludable en la comunidad, orientados a la prevención de riesgos en la salud materno infantil.	6. Precautelar el uso sostenible de los recursos naturales, la protección del ambiente, y el desarrollo de energía sostenible.	6.5 Promover la gestión integral del recurso hídrico, el acceso al agua en calidad y cantidad, sus usos y aprovechamientos con énfasis en el derecho humano al agua potable, saneamiento, riego y drenaje.	Sin meta específica	6 Agua Limpia y Saneamiento	6.1 De aquí a 2030, lograr el acceso universal y equitativo al agua potable a un precio asequible para todos	25,93%
24	IND-N2-E1-07	MAE	N2	Porcentaje de hogares en los cuales habita al menos una niña o niño menor a 5 años, sin un sistema adecuado de eliminación de excretas.	ENDI - INEC	Anual	1. Buena salud integral y bienestar	2. Promoción de hábitos y entornos de vida saludable en la comunidad, orientados a la prevención de riesgos en la salud materno infantil.	6. Precautelar el uso sostenible de los recursos naturales, la protección del ambiente, y el desarrollo de energía sostenible.	6.5 Promover la gestión integral del recurso hídrico, el acceso al agua en calidad y cantidad, sus usos y aprovechamientos con énfasis en el derecho humano al agua potable, saneamiento, riego y drenaje.	Sin meta específica	6 Agua Limpia y Saneamiento	6.2 De aquí a 2030, lograr el acceso a servicios de saneamiento e higiene adecuados y equitativos para todos y poner fin a la defecación al aire libre	22,80%
25	IND-N2-E1-08	MSP	N2	Porcentaje de gestantes atendidas en los establecimientos de salud del MSP con controles al día para su edad gestacional.	SUUSEN	Mensual	1. Buena salud integral y bienestar	1. Aseguramiento del acceso universal, oportuno y continuo de gestantes, niñas, niños y sus familias al paquete integral de servicios de salud, con enfoque territorial, intercultural y de género.	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.5 Garantizar el acceso y prestación de servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, que incluya educación integral de la sexualidad.	Sin meta específica	3 Salud y Bienestar	3.1 De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos	93,71%

26	IND-N2-E1-09	MSP	N2	Porcentaje de niños y niñas de 5 años 0 meses hasta 5 años 11 meses de edad con control del niño sano en un período (t) determinado.	RDACAA-PRAS	Anual	1. Buena salud integral y bienestar	1. Aseguramiento del acceso universal, oportuno y continuo de gestantes, niñas, niños y sus familias al paquete integral de servicios de salud, con enfoque territorial, intercultural y de género.	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.6 Fortalecer la atención y prestación de servicios alrededor de las determinantes para el desarrollo integral de la población, con énfasis en la primera infancia.	Incrementar el porcentaje de gestantes, niñas y niños menores de 6 años que reciben servicios para la primera infancia de 38,91% en agosto del 2024 a 42,51% en agosto del 2029.	3 Salud y Bienestar	3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad	3,56%
27	IND-N2-E2-01	MSP	N2	Porcentaje de niñas y niños menores de 6 meses que recibieron lactancia materna exclusiva.	ENDI - INEC	Anual	2. Nutrición adecuada	5. Promoción de la lactancia materna exclusiva y continua, la alimentación complementaria y prácticas alimentarias saludables para prevenir la malnutrición infantil.	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.6 Fortalecer la atención y prestación de servicios alrededor de las determinantes para el desarrollo integral de la población, con énfasis en la primera infancia.	Sin meta específica	2 Hambre Cero	2.2 De aquí a 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición, incluso abordando las necesidades de nutrición de las adolescentes, mujeres embarazadas y lactantes	57,25%
28	IND-N2-E2-02	MSP	N2	Porcentaje de niñas y niños entre 6 a 24 meses con lactancia materna continua	ENDI - INEC	Anual	2. Nutrición adecuada	5. Promoción de la lactancia materna exclusiva y continua, la alimentación complementaria y prácticas alimentarias saludables para prevenir la malnutrición infantil.	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.6 Fortalecer la atención y prestación de servicios alrededor de las determinantes para el desarrollo integral de la población, con énfasis en la primera infancia.	Sin meta específica	2 Hambre Cero	2.2 De aquí a 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición	68,62%

29	IND-N2-E2-03	MINEDEC	N2	Porcentaje de niñas y niños de Educación Inicial y 1.º de Educación General Básica que reciben alimentación escolar en instituciones educativas fiscales, fiscomisionales y municipales	1, Sistema de Gestión, Inscripción y Admisión – GIA (extensión alimentación escolar) 2. Servicio de Atención Familiar para la Primera Infancia (SAFPI)	Anual	2. Nutrición adecuada	8. Garantía de cobertura y pertinencia de los programas de alimentación escolar para niñas y niños en educación inicial y preparatoria.	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.6 Fortalecer la atención y prestación de servicios alrededor de las determinantes para el desarrollo integral de la población, con énfasis en la primera infancia.	Sin meta específica	2 Hambre Cero	2.1 De aquí a 2030, poner fin al hambre y asegurar el acceso de todas las personas, en particular los pobres y las personas en situaciones de vulnerabilidad , incluidos los niños menores de 1 año, a una alimentación sana, nutritiva y suficiente durante todo el año.	100,00%
30	IND-N2-E4-01	MTDH / MINEDEC	N2	Promedio del número de palabras que dicen niñas y niños de 12 a 18 meses en el Inventario de Desarrollo Comunicativo MacArthur.	ENDI - INEC	Anual	4. Oportunidades para el aprendizaje	15. Garantizar el acceso equitativo y oportuno de las niñas y niños en desarrollo infantil, educación inicial y preparatoria asegurando trayectorias integrales a lo largo de la primera infancia mediante la articulación territorial de la oferta, el seguimiento nominal, la interoperabilidad de la información y la implementación de mecanismos de transición.	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.6 Fortalecer la atención y prestación de servicios alrededor de las determinantes para el desarrollo integral de la población, con énfasis en la primera infancia.	Sin meta específica	4 Educación de Calidad	4.2 De aquí a 2030, asegurar que todas las niñas y todos los niños tengan acceso a servicios de atención y desarrollo en la primera infancia y educación preescolar de calidad	7,58
31	IND-N2-E4-02	MTDH / MINEDEC	N2	Promedio del número de palabras que dicen niñas y niños de 19 a 30 meses en el Inventario de Desarrollo Comunicativo MacArthur.	ENDI - INEC	Anual	4. Oportunidades para el aprendizaje	15. Garantizar el acceso equitativo y oportuno de las niñas y niños en desarrollo infantil, educación inicial y preparatoria asegurando trayectorias integrales a lo largo de la primera infancia mediante la articulación territorial de la oferta, el seguimiento nominal, la interoperabilidad de la información y la implementación	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.6 Fortalecer la atención y prestación de servicios alrededor de las determinantes para el desarrollo integral de la población, con énfasis en la primera infancia.	Sin meta específica	4 Educación de Calidad	4.2 De aquí a 2030, asegurar que todas las niñas y todos los niños tengan acceso a servicios de atención y desarrollo en la primera infancia y educación preescolar de calidad	19,12

																	18,57
																	4.2 De aquí a 2030, asegurar que todas las niñas y todos los niños tengan acceso a servicios de atención y desarrollo en la primera infancia y educación preescolar de calidad
																4 Educación de Calidad	
																Sin meta específica	
																1.6 Fortalecer la atención y prestación de servicios alrededor de las determinantes para el desarrollo integral de la población, con énfasis en la primera infancia.	
																1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	
de mecanismos de transición.																15. Garantizar el acceso equitativo y oportuno de las niñas y niños en desarrollo infantil, educación inicial y preparatoria asegurando trayectorias integrales a lo largo de la primera infancia mediante la articulación territorial de la oferta, el seguimiento nominal, la interoperabilidad de la información y la implementación de mecanismos de transición.	
																4. Oportunidades para el aprendizaje	
																Anual	
																ENDI - INEC	
																Promedio del número de palabras que dicen niñas y niños de 31 a 42 meses en el Inventario de Desarrollo Comunicativo MacArthur.	
																N2	
																MTDH / MINEDEC	
																IND-N2-E4-03	
32																	
																1.2 De aquí a 2030, reducir al menos a la mitad la proporción de hombres, mujeres y niños de todas las edades que viven en la pobreza en todas sus dimensiones	27,00%
																1 Fin de la Pobreza	
																Reducir la tasa de pobreza extrema por ingresos de 8,81% en el 2024 a 7,79% en 2029. (meta poblacional general; el PNPI acota a hogares con niñez <6 años)	
																1.1 Promover el ejercicio de derechos y contribuir a la reducción de la pobreza debido a diferentes factores y pobreza extrema.	
																1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	
																23. Eliminación de las barreras de acceso a derechos y servicios para asegurar una atención inclusiva y protectora a la primera infancia.	
																5. Seguridad y protección	
																Anual	
																ENEMDU ANUAL - INEC	
																Porcentaje de hogares con niñas y niños menores de 6 años en situación de pobreza por ingresos.	
																N2	
																MTDH	
																IND-N2-E5-01	
33																	
																1.2 De aquí a 2030, reducir al menos a la mitad la proporción de hombres, mujeres y niños de todas las edades que viven en la pobreza en todas sus dimensiones	40,40%
																1 Fin de la Pobreza	
																Reducir la tasa de pobreza multidimensional de 36,85% en el 2024 a 32,59% al 2029. (meta poblacional general; el PNPI acota a hogares con niñez <6 años)	
																1.1 Promover el ejercicio de derechos y contribuir a la reducción de la pobreza debido a diferentes factores y pobreza extrema.	
																1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	
																23. Eliminación de las barreras de acceso a derechos y servicios para asegurar una atención inclusiva y protectora a la primera infancia.	
																5. Seguridad y protección	
																Anual	
																ENEMDU ANUAL - INEC	
																Porcentaje de hogares con niñas y niños menores a 6 años en situación de pobreza multidimensional.	
																N2	
																MTDH	
																IND-N2-E5-02	
34																	

35	IND-N2-E5-03	MTDH	N2	Porcentaje de hogares con niñas y niños menores de 6 años en situación de pobreza que reciben transferencias monetarias.	ENEMDU ANUAL - INEC	Anual	5. Seguridad y protección	7. Articulación de los servicios de protección social y transferencias monetarias para hogares con niñas y niños en primera infancia en situación de inseguridad alimentaria.	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.2 Garantizar el acceso a los servicios de protección social de las personas y grupos de atención prioritaria durante su ciclo de vida.	Incrementar el porcentaje de usuarios de los servicios de protección social que se encuentran en condición de pobreza y pobreza extrema de 74,61% en el 2024 a 90,23% al 2029.	1 Fin de la Pobreza	1.3 Poner en práctica a nivel nacional sistemas y medidas apropiadas de protección social para todos y lograr una amplia cobertura de los pobres y los más vulnerables	49,01%

REFERENCIAS
N1: Indicadores de Impacto
N2: Indicadores de Resultado



Mgs. Jaqueline Vargas Camacho
DIRECTORA (E)

Quito:
Calle Mañosca 201 y Av. 10 de Agosto
Atención ciudadana
Telf.: 3941-800
Ext.: 3134

www.registroficial.gob.ec

MG/PC

El Pleno de la Corte Constitucional mediante Resolución Administrativa No. 010-AD-CC-2019, resolvió la gratuidad de la publicación virtual del Registro Oficial y sus productos, así como la eliminación de su publicación en sustrato papel, como un derecho de acceso gratuito de la información a la ciudadanía ecuatoriana.

"Al servicio del país desde el 1º de julio de 1895"

El Registro Oficial no se responsabiliza por los errores ortográficos, gramaticales, de fondo y/o de forma que contengan los documentos publicados, dichos documentos remitidos por las diferentes instituciones para su publicación, son transcritos fielmente a sus originales, los mismos que se encuentran archivados y son nuestro respaldo.