

Bono 1000 Días: Evaluación de Impacto y Recomendaciones Estratégicas



© 2025 Grupo Banco Mundial

1818 H Street NW

Washington DC 20433

Teléfono: 202-473-1000

Internet: www.bancomundial.org

Este volumen es un producto del personal del Banco Mundial con contribuciones externas. Los hallazgos, interpretaciones y conclusiones expresados en este volumen no necesariamente reflejan las opiniones del Banco Mundial, su Junta de Directores Ejecutivos, ni de los gobiernos a los que representan.

El Banco Mundial no garantiza la precisión, exhaustividad o vigencia de los datos incluidos en este trabajo y no asume responsabilidad alguna por cualquier error, omisión o discrepancia en la información, ni obligación alguna con respecto con el uso o falta de uso de la información, métodos, procesos o conclusiones expuestos. Los límites, colores, denominaciones y demás información expuesta en cualquier mapa de este trabajo no implica ningún tipo de juicio de valor de parte del Banco Mundial con relación a la condición jurídica de cualquier territorio, ni tampoco implica un aval ni aceptación de dichos límites.

Nada de lo aquí dispuesto constituirá o será interpretado o considerado como una limitación o renuncia a los privilegios e inmunidades del Banco Mundial, todos los cuales están específicamente reservados.

Derechos y permisos

El material en este volumen está sujeto a derechos de autor. Ya que el Banco Mundial fomenta la difusión de su conocimiento, este volumen puede ser reproducido, total o parcialmente, sin fines comerciales siempre que se lo cite.

Cualquier pregunta acerca de los derechos y licencias, incluyendo derechos subsidiarios, deberá realizarse a Publicaciones del Banco Mundial, Grupo Banco Mundial, 1818 H Street NW, Washington, DC 20433, EE. UU.; fax: 202-522-2625; e-mail: pubrights@worldbank.org.

Autores:

Nelson Gutiérrez

Megan Rounseville

David Puebla

Maí Suárez Guayasamin

Juan Carlos Palacios

Agradecimiento al Gobierno Nacional del Ecuador, a través de la ex Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil -hoy Ministerio de Desarrollo Humano-, por facilitar el acceso a los datos utilizados.

RESUMEN EJECUTIVO

En el marco de la Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil (ENECSDI), el Bono 1000 Días (BMD) es una herramienta crítica para acercar el paquete priorizado de servicios para la prevención de la desnutrición crónica infantil (DCI) a la población en situación de pobreza, un problema que afecta a uno de cada cinco niños menores de dos años en el país y cuyo riesgo aumenta con la pobreza. Su diseño teórico está alineado con la evidencia científica global. Combina tres componentes: **1) una transferencia monetaria fija** de USD 50 mensuales para aliviar la pobreza; **2) pagos condicionados** a comportamientos clave como asistencia a controles prenatales y de niño sano, y la inscripción temprana del nacimiento; y **3) acceso prioritario a servicios de consejería y desarrollo infantil** (Creciendo con Nuestros Hijos (CNH) y Centros de Desarrollo Infantil (CDI)), una sinergia que la literatura identifica como crucial para lograr resultados nutricionales.

Una evaluación de impacto cuasiexperimental muestra resultados mixtos. El programa ha sido **exitoso en aumentar el uso de servicios de salud**, incrementando la asistencia a controles de niño sano entre 10 y 15 puntos porcentuales. Sin embargo, **no se encontró un efecto consistente en la reducción de la DCI**. La evidencia sugiere que el potencial del diseño se ve severamente limitado por fallas operativas críticas. Entre las principales brechas se encuentran: **desconocimiento del programa** por parte de los beneficiarios, quienes no conocen las condicionalidades; una **cobertura insuficiente** de los servicios de consejería (solo el 52,6 % de los beneficiarios accede a CNH); y un porcentaje considerable de **beneficiarios habilitados que no cobra**, lo cual incluye **desconocimiento del programa, retrasos significativos en los pagos y un muy bajo cobro de los hitos condicionales**, donde solo se entrega uno de cada tres dólares previstos para este fin. Estas barreras afectan de manera desproporcionada a las poblaciones más vulnerables, como madres adolescentes, indígenas y de zonas rurales.

Dado que las fallas de implementación impiden validar el diseño teórico, las recomendaciones se centran en un rediseño operativo antes de considerar cambios conceptuales en el programa. La acción más urgente es implementar una **estrategia de comunicación integral y segmentada** para asegurar que las familias comprendan la elegibilidad, los mecanismos de pago y las responsabilidades del bono. En segundo lugar, es fundamental **garantizar la cobertura universal de los servicios de CNH** a todos los beneficiarios para activar la sinergia clave del programa. Finalmente, se recomienda **establecer un sistema de evaluación continua** y analizar la integración del BMD con otras transferencias para optimizar la inversión social del Estado.

Impacto y Recomendaciones Estratégicas para el BONO 1000 DÍAS

1. INTRODUCCIÓN

La desnutrición crónica infantil (DCI) es uno de los desafíos más apremiantes para el desarrollo del capital humano en Ecuador.

A pesar de los avances en las últimas décadas, el país presenta una de las tasas más altas de América Latina y el Caribe, solo por debajo de Guatemala, Haití y Honduras. Este problema estructural y persistente afecta de manera desproporcionada a las poblaciones más vulnerables, perpetuando ciclos de pobreza y desigualdad.

Según la Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil (ENDI 2023–2024), uno de cada cinco niños menores de dos años (19,3 %) sufre de DCI. Aunque esta cifra representa una mejora respecto al 23,6 % registrado en 2018, Ecuador continúa entre los países con mayores niveles de esta condición en la región. Además, la DCI no se distribuye de manera homogénea en la población, sino que muestra profundas brechas de inequidad. Las tasas son especialmente elevadas en la población indígena (32,3 %), en niños cuyas madres tienen bajo nivel educativo (24,6 %), en hogares del primer quintil de ingresos (21,8 %) y en zonas rurales de la Sierra (26,8 %).

En el marco del ciclo de política pública, la evaluación es un componente crucial que permite medir la efectividad, eficiencia y pertinencia de una intervención¹. No se trata solo de un ejercicio de rendición de cuentas,

sino de una herramienta estratégica para el aprendizaje y la mejora continua. Una evaluación rigurosa permite identificar brechas entre el diseño teórico y la implementación real, orientar la asignación de recursos y generar evidencia sólida para la toma de decisiones informadas. La evaluación del BMD cobra una mayor relevancia considerando que hasta marzo de 2025 más de 300 mil personas han accedido al programa con una inversión de USD 127,8 millones².

Siguiendo este enfoque, esta nota de política presenta una evaluación integral del Bono 1000 Días (BMD), un programa integral de prevención de la desnutrición crónica infantil (DCI) que combina una transferencia monetaria condicionada que incentiva el uso de servicios preventivos de salud e identificación, una transferencia mensual no condicionada para brindar un piso mínimo de consumo y el acceso prioritario a servicios de consejería mediante visitas domiciliarias. El BMD se implementó en 2022 para enfrentar la DCI entre la población en condiciones de pobreza. Se analiza su diseño y operatividad, se estiman sus efectos mediante una estrategia cuasiexperimental y se contrasta con la evidencia científica global. El objetivo es ofrecer recomendaciones estratégicas y operativas que guíen el fortalecimiento y la sostenibilidad del programa, asegurando que esta inversión social clave maximice su impacto en la reducción de la DCI en los hogares más vulnerables de Ecuador.

¹ Este programa es parte sustancial del proyecto Redes de Protección Social financiado por el Banco Mundial que inició en 2020

² El BM ha aportado con el USD 55 Millones vía reembolso al financiamiento de este programa entre 2022 y 2025, equivalente al 43 % de lo ejecutado durante ese tiempo.

2. El Bono 1000 Días (BMD): descripción y relevancia para la política pública

2.1. El Diseño del BMD

El Bono 1000 Días (BMD) fue creado mediante decreto ejecutivo 435 del 1 de junio de 2022 y, operativamente, inició en julio de 2022 con los primeros desembolsos.

El BMD se enmarca en la Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil (ENECSDI), la política pública que articula las acciones del Estado para prevenir y reducir la DCI. La estrategia entrega un Paquete Priorizado de servicios de salud y desarrollo infantil durante los primeros 1000 días de vida (desde

la gestación hasta cumplir dos años), que incluye controles prenatales y de niño sano, vacunación, suplementación nutricional y consejería especializada como el vehículo para prevenir la DCI. En este contexto, el BMD fue creado como una herramienta estratégica para incentivar y facilitar que las familias en situación de pobreza y extrema pobreza accedan y hagan uso efectivo de este paquete de servicios, combinando para ello tres herramientas clave:

ESQUEMA GRÁFICO DEL BONO 1000 DÍAS (BMD)



Transferencia fija

\$50

Mensuales

No condicionado



Pagos condicionados

\$90 (Nacimiento)

Insc. Nacimiento + 3 C.
prenatales

\$120 (Año 1)

6 Controles de niño sano

\$120 (Año 2)

4 Controles de niño sano



Servicios
complementarios

Acceso prioritario a:
Visitas domiciliarias (CNH)
Centros de Desarrollo (CDI)



Focalización en pobreza

Dirigido a familias en pobreza y
extrema pobreza según el Registro Social.



Operado por el SUUSEN

Sistema integrado nominal para
identificación y verificación
automática de condicionalidades.

1. **Transferencia mensual fija (no condicionada):** se entrega un monto fijo de USD 50 mensuales a mujeres embarazadas y a familias con niños de hasta dos años para aliviar las restricciones económicas y mejorar la seguridad alimentaria.
2. **Transferencias adicionales condicionadas:** se otorgan tres pagos adicionales para incentivar la demanda de servicios de salud clave en momentos críticos:
 - a. **Hito 1 – USD 90 al nacimiento:** condicionado al registro oportuno del recién nacido (primeros 45 días) y a la asistencia de al menos tres controles prenatales.
 - b. **Hito 2 – USD 120 al cumplir el primer año:** condicionado a la asistencia de al menos seis controles de salud del niño o la niña.
 - c. **Hito 3 – USD 120 al cumplir el segundo año:** condicionado a la asistencia de al menos cuatro controles de salud del niño o la niña.
3. **Acceso prioritario a servicios de desarrollo infantil:** las familias beneficiarias tienen acceso prioritario a programas del MIES. Los servicios infantiles ofrecidos dependen de las necesidades de las familias e incluyen opciones de visitas domiciliarias desde la gestación hasta los tres años de edad, realizadas cuatro veces al mes por educadoras capacitadas en brindar sesiones de acompañamiento e información para promover comportamientos y prácticas sobre salud, nutrición y desarrollo de los niños (Creciendo con Nuestros Hijos, CNH), o participación en servicios públicos de cuidado infantil a los que pueden acceder a partir del primer año de edad (Centros de Desarrollo Infantil, CDI). El decreto de creación del BMD establece la obligación del MIES de ofrecer el acceso a dichos servicios a todos los beneficiarios del programa.

El Peso del BMD en el ingreso de los hogares vulnerables

El monto del BMD representa una porción significativa del ingreso de los hogares más pobres, entre quienes se enfoca el programa. Como se observa en la tabla 1 el peso del bono es especialmente alto para las familias en situación de pobreza extrema. El monto mensual del BMD equivale al 70 % del ingreso per cápita de los hogares en pobreza moderada; no obstante, para aquellos por debajo de la línea de pobreza extrema, el BMD representa, en promedio, más del 100 % del ingreso per cápita.

En términos del ingreso total de los hogares, para un hogar en pobreza extrema, en promedio, el componente fijo de USD 50 representa el 24,1 % de su ingreso total mensual. En los hogares que cumplen con los hitos, el monto adicional recibido por el componente variable del BMD puede representar más del 40 % del ingreso en los hogares en pobreza no extrema y superar el 80 % en los hogares en pobreza extrema.

Esta inyección de recursos es sustancial y refuerza el potencial del BMD no solo para incentivar el uso de servicios, sino también para aliviar las restricciones presupuestarias de los hogares más pobres y vulnerables a sufrir de desnutrición crónica.

Tabla 1. Peso promedio del BMD en el ingreso per cápita e ingreso total del hogar – año 2024

Monto del Bono	Ingreso per cápita del hogar		Ingreso total del hogar	
	Pobreza extrema	Pobreza moderada	Pobreza extrema	Pobreza moderada
USD 50	139,7 %	70,0 %	24,1 %	12,7 %
USD 140 (hito 1 + USD 50)	391,2 %	195,9 %	67,4 %	35,7 %
USD 170 (hitos 2/3 + USD 50)	475,0 %	237,9 %	81,9 %	43,3 %

Fuente: ENDI, Ronda 2.

A modo de referencia, el peso de las transferencias monetarias varía regionalmente. En un análisis comparativo del tamaño de transferencias, realizado por el Banco Mundial y Innovations for Poverty Action (2024), se identifican transferencias de “alto valor”, aquellas que representan más del 30 % del ingreso del hogar promedio anual per cápita para hogares en el último 40 % de la distribución nacional. Aplicando este criterio, el BMD se clasifica como una transferencia de alto valor. En contextos como México, estas pueden representar entre el 4% y el 40 % del ingreso per cápita del 40 % de los hogares de menores ingresos (Innovations for Poverty Action y World Bank, 2024).

A nivel de América Latina, las transferencias cubren, en promedio, cerca del 33 % de la brecha de pobreza (diferencia entre el ingreso del hogar y la línea de pobreza), siendo Argentina el más alto (88 %) y Honduras el más bajo (4 %) (Stampini, Medellín e Ibararán, 2025).

En Ecuador, la Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil (ENDI) 2024 sitúa la brecha mensual de pobreza promedio para hogares con niños menores de dos años en USD 171. En este escenario, el componente fijo del BMD (USD50) ya representa el 29,2 % de dicha brecha. Sin embargo, los pagos durante los hitos (que incluyen el componente condicional y el no condicional) logran cubrir el 81,9 % y 99 % de la brecha promedio.

2.2. El Rol Clave del SUUSEN en el diseño del BMD

Dentro del funcionamiento del BMD, el Sistema Unificado y Universal de Seguimiento Nominal (SUUSEN) ha sido su principal soporte operativo³. Esta plataforma tecnológica es fundamental para la operatividad del programa, ya que integra a diario los registros administrativos del Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), el Ministerio de Educación, el Registro Civil y el Registro Social. Gracias a esta integración, el SUUSEN permite:

- **Identificación temprana de beneficiarios:** el sistema cruza la información para identificar a las familias que cumplen con el criterio de elegibilidad por su puntaje en el Registro Social (pobreza y extrema pobreza) desde la gestación o inmediatamente después del nacimiento.
- **Verificación automática de condicionalidades:** el cumplimiento de los controles de salud (MSP) y el registro de nacimiento (Registro Civil) se verifica de forma sistémica, eliminando la necesidad de que las familias presenten certificados en papel y reduciendo las barreras de acceso.

El rol estratégico del SUUSEN no está exento de las limitaciones propias del uso de registros administrativos como el subregistro o el registro tardío de prestaciones, errores en el ingreso de datos, así como restricciones en infraestructura tecnológica y problemas de conectividad en zonas rurales y dispersas. A pesar de ello, el SUUSEN se ha constituido en una herramienta estratégica para mejorar sustancialmente la identificación temprana de beneficiarios y el seguimiento nominal de la población objetivo de la ENECSDI.

³ Dentro de la cadena de entrega del BMD, el Registro Social es otra pieza importante en la identificación de los hogares en situación de pobreza y su implementación ha sido apoyada por el proyecto del BM con una inversión de USD 98,2 millones de dólares desde 2021 hasta la fecha.

2.3. Peso del BMD en las finanzas públicas

El BMD ha alcanzado una cobertura de 345 660 beneficiarios y el presupuesto ejecutado ha alcanzado los USD 127,8 millones desde la creación del programa en julio de 2022 hasta marzo de 2025.

Tabla 2. Ejecución presupuestaria del BMD desde julio 2022 hasta marzo 2025 – Millones de USD.

Concepto	Datos del programa a marzo de 2025	Datos del programa a marzo de 2025 (Solo Hitos)	Simulación de potenciales cobros a marzo de 2025 (Solo hitos) ⁴
Monto asignado a usuarios	USD 178,4	USD 13,1	USD 31,2
Hito 1 (USD 90)	—	USD 7,0	USD 13,0
Hito 2 y 3 (USD 120)	—	USD 6,1	USD 18,2
Monto cobrado por usuarios (monto ejecutado)	USD 127,8	USD 10,2	USD 10,2
Hito 1 (USD 90)	—	USD 4,7	USD 4,7
Hito 2 y 3 (USD 120)	—	USD 5,5	USD 5,5
Diferencia entre monto asignado y cobrado (subejecución)	USD 50,5	USD 2,9	USD 21,0
Porcentaje de monto cobrado sobre monto asignado (subejecución)	71,7 %	78 %	32,8 %

Fuente: Registros administrativos del SUUSEN - STECSDI

El BMD se ha consolidado como uno de los principales programas de protección social del país. Sin embargo, su componente condicional, diseñado para incentivar el cumplimiento de hitos, presenta importantes brechas de ejecución que limitan su efectividad. En términos agregados, el Estado asignó USD 178,4 millones para el programa; sin embargo, solo se ejecutó efectivamente el 71,7 % (USD 127,8 millones).

En términos de cobros condicionales, el análisis financiero a marzo de 2025 (tabla 2) revela una doble problemática. Primero, el incumplimiento de las condiciones por parte de los beneficiarios redujo la asignación de recursos para este fin a solo USD 13,1 millones, frente a un potencial de USD 31,2 millones si todos hubieran cumplido. Segundo, a esta brecha se suma la falta de cobro: de los fondos ya asignados, los usuarios retiraron efectivamente solo USD 10,2 millones. Como resultado, la ejecución real del componente condicional es de apenas el 32,8 %. En otras palabras, solo se entregó uno de cada tres dólares previstos para incentivar las corresponsabilidades, lo que debilita significativamente el impacto del programa.

Finalmente, existen otros programas como el BDH y BDH-V, además de ciertas condiciones que impiden que toda la población objetivo del BMD acceda al mismo. A marzo de 2025, se tenían registrados a 304,4 mil gestantes y menores de dos años en condiciones de pobreza según el Registro Social (RS); siendo 53,3 mil gestantes y 251,1 mil menores de dos años.

⁴ La columna “Simulación de potenciales cobros” representa el monto máximo que se habría desembolsado si todas las familias elegibles hubieran cumplido con las condicionalidades del programa. El objetivo de esta simulación no es asumir que el 100 % de cumplimiento es una meta realista, sino ilustrar la brecha entre el diseño teórico del incentivo y el monto efectivamente ejecutado.

Esta brecha puede atribuirse a varios factores. El diseño del BMD se enfoca en resolver problemas de demanda de servicios, incentivando a las familias a acudir a los controles. Sin embargo, la brecha también puede deberse a limitaciones en la oferta (falta de disponibilidad de servicios en ciertas zonas) y a desafíos en el registro administrativo de la información. Por ejemplo, en noviembre de 2024 se observó una caída en los registros de atenciones de salud debido a cortes eléctricos que impidieron a los médicos ingresar los datos a la PRAS. Aunque se han implementado mejoras informáticas y nuevos protocolos para estabilizar el registro, cuantificar el impacto exacto de estos factores requeriría análisis complementarios.

Tabla 3. Esfuerzo fiscal anual al cubrir toda la población objetivo.

Concepto	Esfuerzo fiscal anual al cubrir toda la población objetivo
Total	USD 219,13
Monto base	USD 182,61
Hito 1 (USD 90)	USD 6,39
Hito 2 (USD 120)	USD 14,64
Hito 3 (USD 120)	USD 15,49

Fuente: Registros administrativos del SUUSEN – STECSDI

Asumiendo que se mantiene el mismo tamaño de población objetivo y que todos cumplen las condicionalidades para los hitos, el esfuerzo fiscal anual ascendería a USD 219,1 millones (tabla 3), con tendencia a decrecer en el tiempo, considerando la reducción de natalidad en la población ecuatoriana. No obstante, es importante también considerar que pueden generarse otras fluctuaciones en el tiempo según los ajustes y despliegues del Registro Social.

3. Contexto de la evidencia científica

La evidencia internacional sobre el impacto de las transferencias monetarias en la DCI es mixta. Sin embargo, de la literatura científica surgen consensos clave que son fundamentales para analizar el diseño del BMD.

3.1. Transferencias condicionadas vs. incondicionales

La literatura científica distingue los efectos de las transferencias según el objetivo principal del programa. Las transferencias monetarias incondicionales (TMI) **son efectivas para aliviar la pobreza de forma directa**, permitiendo a los hogares ampliar su consumo de alimentos y otros bienes básicos (de Groot et al., 2017). Por su parte, **para incentivar el uso de servicios de salud**, la evidencia muestra que **las transferencias monetarias condicionadas (TMC) son consistentemente más efectivas**. Su diseño, que requiere cumplir con visitas

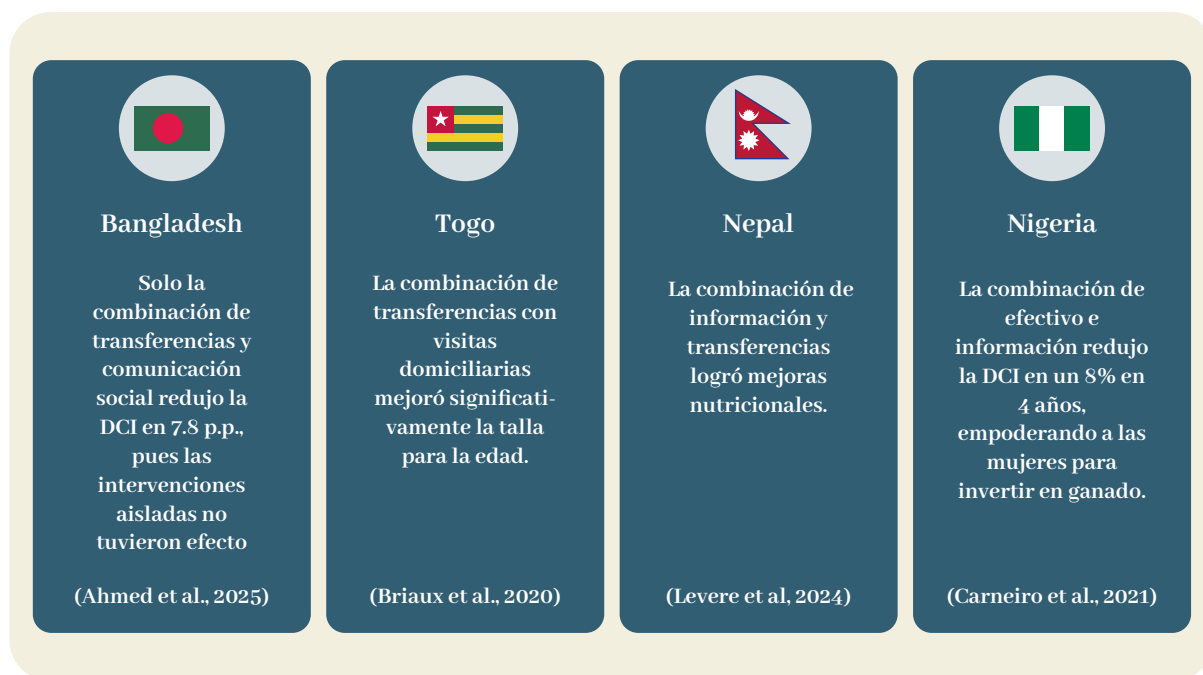
prenatales o controles de niño sano, ha demostrado aumentar significativamente la demanda y utilización de estos servicios preventivos (Bastagli et al., 2016, Manley et al., 2022). Sin embargo, **cuando el resultado a medir es la prevalencia de DCI** (talla para la edad por debajo de dos desviaciones estándar del estándar de la OMS), la evidencia es menos clara para ambos tipos de transferencia, pues **el impacto final depende también de la calidad de los servicios de salud y mecanismos de comunicación y seguimiento complementarios que promuevan el cambio de prácticas de cuidado en el hogar** (Aubra et al., 2019).

3.2. Lecciones de las TMC en la Primera Infancia

Aunque hay evidencia de que las TMC pueden aumentar el uso de servicios, su éxito no es automático. La evidencia global subraya la importancia crítica de una implementación de alta calidad (Barber & Gertler, 2008, Rawlings & Rubio, 2005). **Los programas pueden fracasar si la comunicación sobre las corresponsabilidades es deficiente, si la calidad de los servicios de salud es baja, o si existen barreras geográficas o culturales que impiden el acceso** (Arriagada et al., 2009). Por ejemplo, una evaluación de procesos de un programa en Malí encontró que **la falta de conocimiento de las beneficiarias sobre las condiciones y los retrasos en los pagos limitaron severamente el valor del incentivo y, por ende, el impacto del programa** (Le Port et al., 2019). Por tanto, el impacto de una TMC no solo depende del incentivo económico, sino de la fortaleza del sistema de salud y de los mecanismos de comunicación y seguimiento que lo acompañan.

3.3. Sinergias con programas complementarios

La literatura reciente muestra evidencia que la combinación de transferencias monetarias con intervenciones de cambio de comportamiento (incluyendo Social and Behavior Change Communication – SBCC) puede generar impactos significativamente mayores en la reducción de la DCI que cualquiera de las dos intervenciones por separado (Ahmed et al., 2025; Briaux et al., 2020; Carneiro et al., 2021, Field & Maffioli, 2025, Levere et al., 2024, Soofi et al., 2022). Por ejemplo, en Bangladesh, la combinación de transferencias y comunicación social logró reducir la DCI en 7,8 puntos porcentuales, mientras que las intervenciones aisladas no tuvieron efecto (Ahmed et al., 2025). En Togo, la combinación de transferencias con visitas domiciliarias y sesiones informativas a nivel comunitario mejoró significativamente la talla para la edad (Briaux et al., 2020). En Nepal, aunque la información por sí sola mejoró el conocimiento, solo al combinarla con transferencias se lograron mejoras nutricionales (Levere et al., 2024). Asimismo, en Nigeria, la combinación de efectivo e información resultó en una reducción del 8 % en la DCI después de 4 años (Carneiro et al., 2021). Esta evidencia ilustra cómo la integración de intervenciones de cambio de comportamiento, como las consejerías familiares, es crucial para traducir los recursos económicos en prácticas óptimas de cuidado y alimentación. Si bien la evidencia es prometedora, se requiere más investigación en diferentes contextos, intensidad, y comparando las diversas estrategias complementarias para generar cambios comportamentales (información de forma masiva (campañas públicas) o directa (mensajes de texto), sesiones grupales, y/o visitas domiciliarias).



3.4. Evidencia en Ecuador: Bono de Desarrollo Humano (BDH) al Bono 1000 Días (BMD)

En Ecuador, el principal antecedente de transferencias monetarias es el Bono de Desarrollo Humano (BDH), un programa incondicional. **Evaluaciones del BDH mostraron efectos positivos en la matrícula escolar y el desarrollo infantil en lenguaje, pero sus impactos en salud y nutrición infantil fueron limitados o nulos** (Schady & Araujo, 2007, Paxson & Schady, 2010, Fernald & Hidrobo, 2011, Buser et al., 2014). En particular, Fernald & Hidrobo (2011) encuentran un efecto positivo en el desarrollo de lenguaje para niños 12-35 meses de edad para un grupo muy específico, pero no identifican efectos en otros indicadores de salud y nutrición infantil. El estudio de Buser et al., (2014) demostró que perder el acceso al BDH generaba impactos negativos en el crecimiento infantil, aumentando la DCI entre los niños de hogares que perdieron el acceso al programa dos años después, sin embargo, cuando evaluaban los efectos

de acceder al BDH dos años después, no identificaron efectos en indicadores de salud o nutrición.

El BMD, que inició operaciones en julio de 2022, se diferencia fundamentalmente del BDH al ser un programa diseñado específicamente para la primera infancia, con un componente condicional explícito y con un acceso prioritario a los servicios públicos de consejería y desarrollo infantil (CNH y CDI). Esta estructura multifacética busca superar las limitaciones del BDH, abordando no solo las restricciones de ingreso, sino también las barreras de información y de demanda de servicios preventivos.

En particular, el BMD se diferencia del BDH y del BDH con componente variable (BDH-V) en que el BDH y BDH-V son programas enfocados al hogar, mientras que el BMD se enfoca en singularizar el beneficiario a nivel personal, sea este una gestante o un niño o niña. En segunda instancia, el BMD provee un acceso prioritario a los servicios de consejería mediante visitas domiciliarias para sus beneficiarios, rompiendo la falta de comunicación entre los programas de transferencias monetarias y desarrollo infantil integral que adolecía al BDH y BDH-V. Finalmente, el BMD se apoya operativamente en un sistema de información de seguimiento nominal (SUUSEN) que permite validar el cumplimiento de

las condicionalidades e identificar tempranamente a gestantes y menores beneficiarios, pues el BDH y BDH-V son conceptualmente condicionados, pero operativamente nunca han implementado la verificación de su cumplimiento. En términos monetarios, el monto base del BMD es comparable al monto del BDH y al monto base del BDH-V, aunque este último puede llegar hasta USD 150 mensuales en casos extraordinarios.

El BMD culmina a los dos años de edad, posterior a lo cual no existe una transición hacia el BDH o BDH-V, lo que llama a una integración de los programas de transferencias monetarias en Ecuador para que las inversiones sean sostenibles en el tiempo. Adicionalmente, los programas son excluyentes entre sí; es decir, en un núcleo familiar (padres e hijos) no pueden existir beneficiarios del BDH y BMD al mismo tiempo.

3.5. Contraste: alineación del BMD con la evidencia

Con base en la experiencia ecuatoriana con el BDH, así como en los demás elementos aprendidos a partir de la evidencia internacional, el BMD se alinea con muchas de las mejores prácticas registradas para conseguir resultados en términos de prevención de la DCI.



Combina TMI y TMC

La evidencia sugiere usar TMI para aliviar la pobreza y TMC para incentivar el uso de servicios. El BMD integra un componente fijo (TMI) y pagos variables por responsabilidades (TMC), abordando ambas dimensiones.

Asegura una identificación temprana y la verificación del cumplimiento de condicionalidades

La evidencia resalta que la implementación es clave. El BMD se apoya operativamente en el SUUSEN como mecanismo para la captación temprana y automática de beneficiarios y para la verificación integrada de condicionalidades, reduciendo barreras y mejorando la agilidad del programa.

Genera sinergias con servicios complementarios

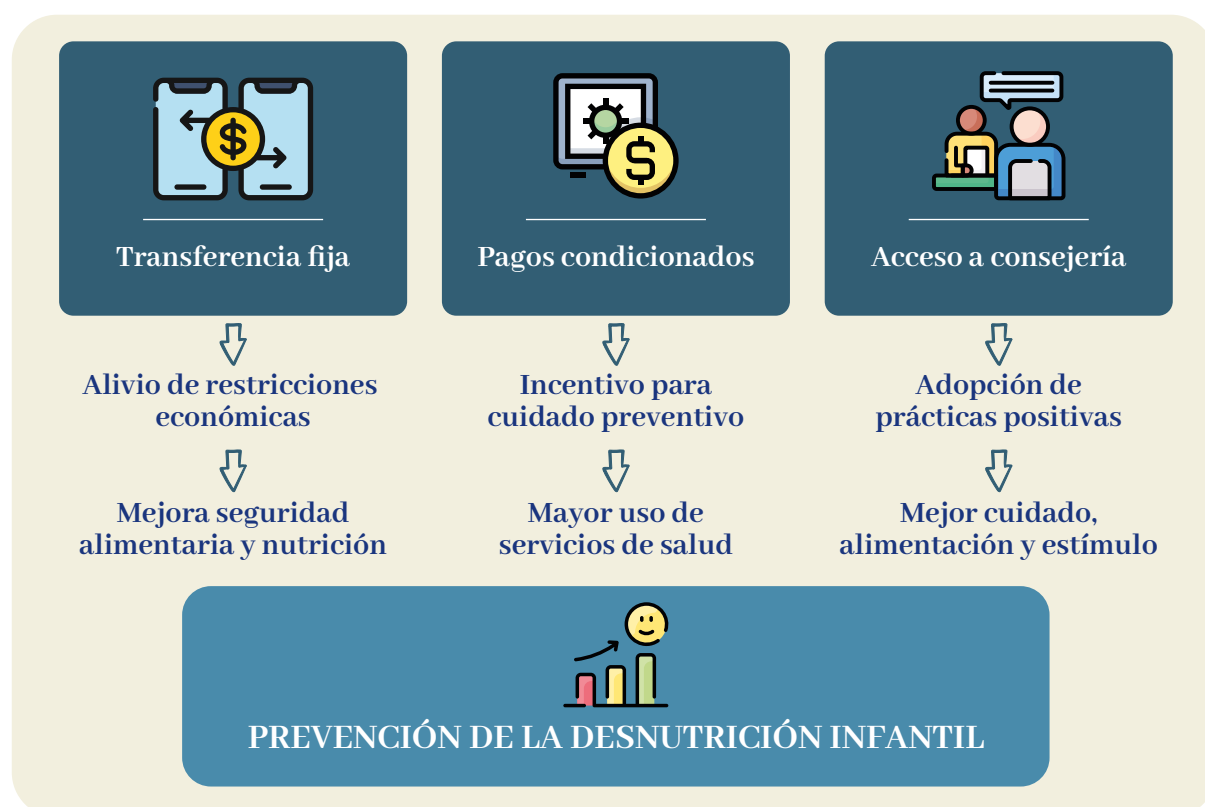
La evidencia más robusta apunta a la necesidad de combinar transferencias con consejería (SBCC). El BMD cumple este criterio al dar acceso prioritario a sus beneficiarios a servicios públicos de desarrollo infantil como CNH y CDI.

Aprende de la experiencia nacional

A diferencia del BDH, el BMD está específicamente diseñado para la primera infancia e integra condicionalidades fuertes, alineándose mejor con el objetivo de prevenir la DCI.

4. Efectos esperados del BMD: Teoría de Cambio

Combinando los elementos detallados en las secciones previas, se postula una teoría de cambio del BMD. Esta teoría postula que la combinación sinérgica de sus componentes desencadena una serie de cambios en el comportamiento de las familias que, en última instancia, conducen a la prevención de la DCI (Palacios, 2025):



La teoría de cambio del BMD se fundamenta en la evidencia descrita en las secciones previas. Responde al contexto nacional (sección 1) focalizándose en la población más vulnerable. Su diseño es multifacético (sección 2) y aplica las lecciones de la evidencia científica (sección 3): utiliza una transferencia incondicional para aliviar la pobreza para aumentar el consumo, incentivos condicionados para aumentar el uso de servicios clave de salud e identificación, y lo combina con servicios de consejería (CNH y CDI), que la literatura identifica como el componente sinérgico para lograr resultados nutricionales. Se espera que este diseño integral, operado a través de un sistema eficiente como el SUUSEN, conduzca a una prevención efectiva de la DCI.

5. Evaluación del Bono 1000 Días

5.1. Evaluación de impacto

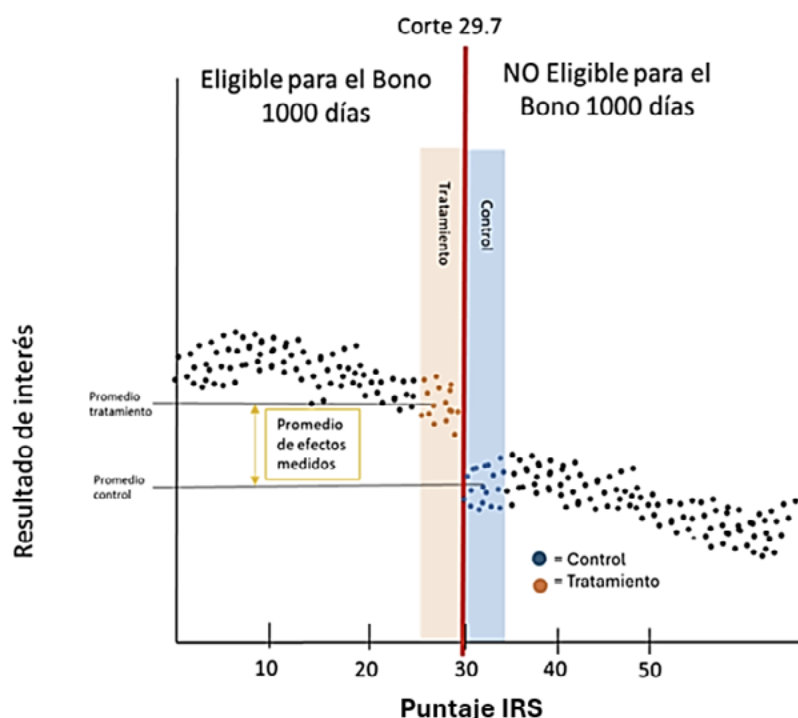
Estrategia metodológica

Para estimar el efecto causal del BMD se utilizó una estrategia cuasiexperimental de Regresión en Discontinuidad (RDD). Este método aprovecha la regla de asignación del programa, que se basa en un puntaje del Índice del Registro Social (IRS), para comparar a individuos que están justo por debajo del umbral de elegibilidad (tratamiento) con aquellos que están justo por encima (control).

Con esta metodología, los resultados identifican el “efecto tratamiento local promedio” (LATE) y son válidos solo para la población alrededor del punto de corte, por lo que no se pueden extrapolar al resto de la población (Jacob et

al., 2012). Se aplicó un diseño de regresión discontinua difusa mediante una estrategia no paramétrica de dos etapas, con covariables y una ventana de 5 puntos ($h=5$) para siete trimestres desde septiembre 2023 hasta marzo 2025⁵.

Ilustración 1. Diseño de regresión discontinua para el análisis del BMD.



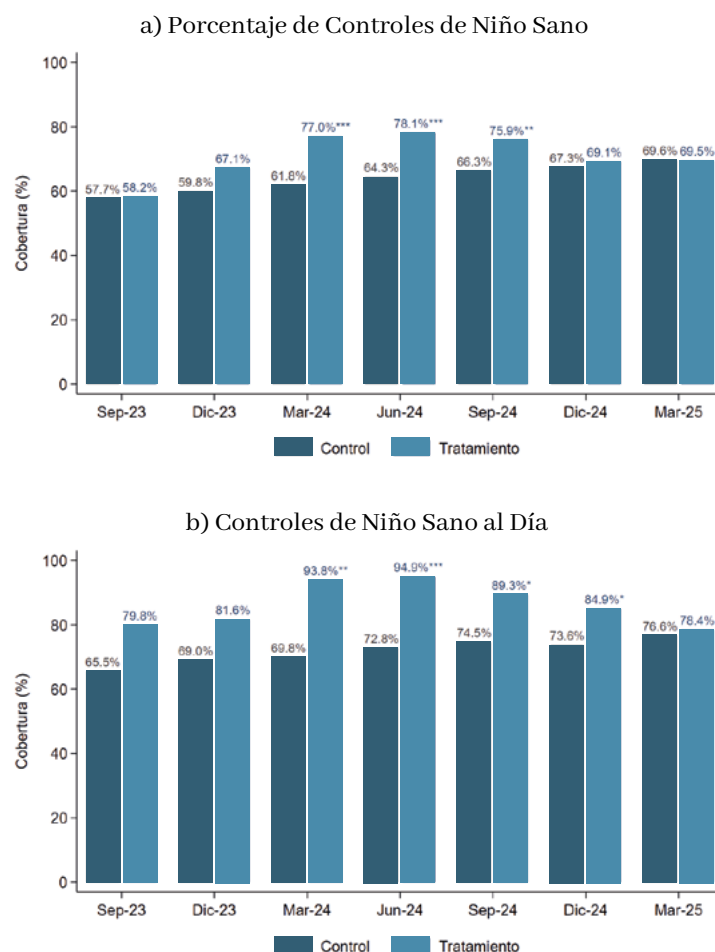
⁵ Los datos del primer año de implementación del BMD (septiembre 2022 hasta junio 2023) se excluyeron del análisis por ser meses con un nivel bajo de implementación (sección 6) y la falta de precisión que resultó de este análisis. La definición de tratamiento en este análisis corresponde a ser asignado al BMD, es decir, haber sido habilitado en algún periodo previo al periodo de evaluación. Con esta definición de tratamiento, es importante reconocer que los estimados representan los efectos de la intención de tratar, no el efecto de haber recibido el programa BMD en su totalidad. Los detalles metodológicos completos, incluyendo las pruebas de validación del supuesto de continuidad de las covariables, se pueden encontrar en el Suplemento Metodológico.

Resultados principales

La evaluación de impacto demuestra que el BMD tuvo un efecto positivo y estadísticamente significativo en el acceso a servicios de salud para niños de 0 a 24 meses⁶. Específicamente, la asignación al BMD aumentó el porcentaje de asistencia a controles de niño sano de acuerdo a los recomendados para la edad entre 10 y 15 puntos porcentuales, en promedio. Este resultado se observó en tres de los siete periodos evaluados y representa un incremento importante sobre la base de asistencia del grupo de control (62 %-66 %) (ilustración 2a).

Además, un indicador más sensible a cambios recientes confirma esta tendencia: ser asignado al BMD incrementó entre 11 y 24 puntos porcentuales la proporción de niños con su último control al día (ilustración 2b). Este efecto fue significativo en cuatro de los siete periodos que fueron analizados, y es una diferencia relevante respecto a un promedio del grupo de control del 70 % al 75 %. En la misma figura se puede observar que la magnitud y significancia de ambos indicadores varían según el periodo, pero los efectos se mantienen positivos en todos los casos. No obstante, la menor diferencia observada en el último periodo con información disponible aconseja prudencia en la interpretación e invita a un monitoreo y evaluación continuos en los próximos años.

Ilustración 2. Impacto del Bono 1000 Días en acceso a controles de niño sano.



Nota: Asteriscos indican el nivel de significancia: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. Control: promedio de la variable de resultado del grupo de control. Tratamiento: resultados de la regresión RD con covariables.

⁶ Nota metodológica: Los registros administrativos utilizados no permiten desagregar el motivo de la consulta. Por ello, el indicador de “uso de servicios” agrega tanto los controles preventivos —que el programa busca incentivar— como las atenciones por morbilidad (uso recuperativo). Esta confusión podría atenuar la asociación esperada entre un mayor uso de servicios y mejores resultados antropométricos, pues parte de la diferencia por encima y por debajo del punto de corte podría no corresponder a una mayor cobertura preventiva oportuna.

A pesar de que la asignación al BMD aumenta el uso de servicios de salud, la evaluación no encontró un efecto consistente sobre los resultados antropométricos. Se analizaron cuatro indicadores clave (talla para la edad, peso para la talla, desnutrición crónica infantil y sobrepeso), y en la mayoría de los periodos, los resultados no fueron estadísticamente significativos. Sin embargo, en el z-score de peso para la talla se observan mejoras de 0,37 y 0,65 desviaciones estándar (DE) en junio y septiembre de 2024. En otros indicadores como talla para la edad y DCI, no se evidencia un efecto del programa a lo largo del periodo de implementación estudiado. La ausencia de persistencia temporal en los efectos observados limita la solidez de las conclusiones, por lo que los resultados deben interpretarse como evidencia sugestiva, aunque no concluyente, de un posible efecto positivo del BMD en el estado nutricional infantil.

Finalmente, la evaluación no incluye análisis ni conclusiones sobre la asistencia a controles prenatales ni estadísticas antropométricas al nacer. Si bien el BMD está pensado para que inicie su cobertura desde la gestación, una proporción importante de participantes ingresó al programa durante el último trimestre del embarazo o después del nacimiento, y el tiempo promedio entre la habilitación y el primer cobro fue prolongado (112 días; véase sección 6). Estas condiciones limitan la validez de cualquier inferencia sobre controles prenatales y estadísticas antropométricas al nacer.

Efectos diferenciados para familias habilitadas en CNH

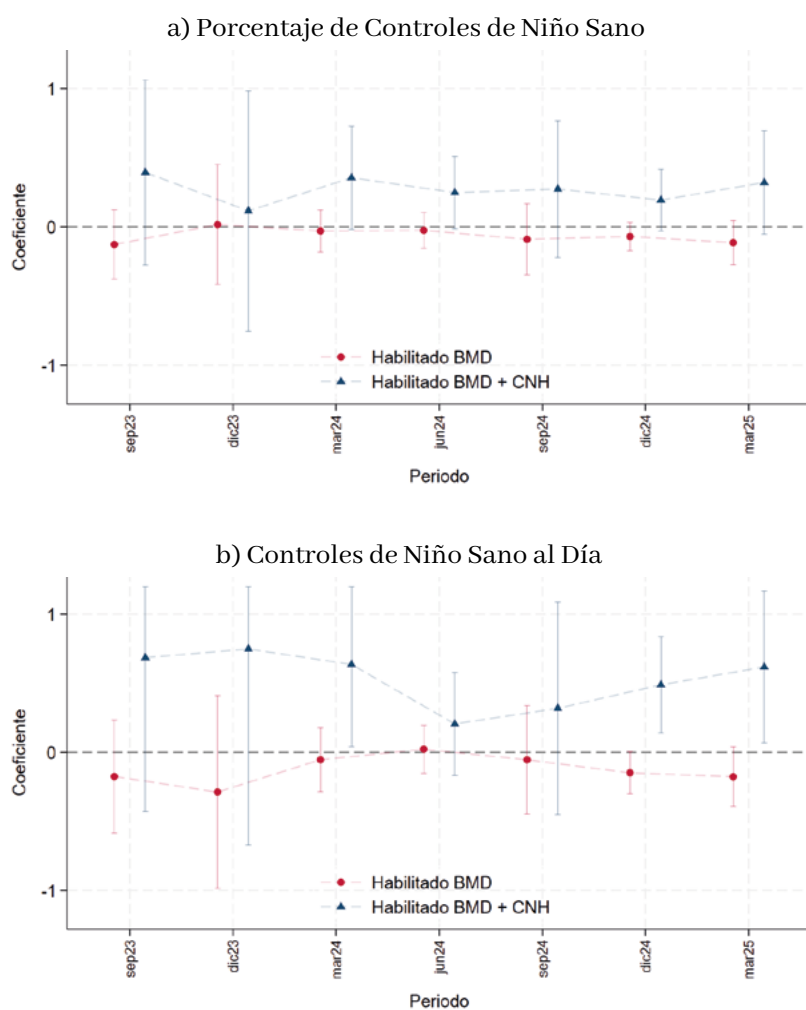
Ante la alta heterogeneidad en la implementación del programa, presentada en la revisión de implementación del BMD, se

realizó un análisis adicional para evaluar cómo distintas intensidades de tratamiento podrían afectar los resultados. Dada la evidencia internacional de mayores impactos en la combinación entre transferencias monetarias y servicios de consejería como el CNH, en esta sección se analiza el efecto local de la asignación al BMD diferenciando las familias que sí recibieron servicios CNH y las que no⁷. Para explorar esta pregunta de investigación, se utiliza la metodología de RD con múltiples niveles de tratamiento (Caetano et al. 2023), en la que los efectos se interpretan como una descomposición del efecto promedio, y son comparables con el promedio del grupo de control definido de igual manera que el análisis principal. Para este análisis, se definió dos categorías de tratamiento: (i) asignación al BMD sin servicios de desarrollo infantil y (ii) asignación al BMD con servicios de desarrollo infantil, ambos en el período medido.

Se encontró que, en promedio, los efectos sobre la asistencia a controles para niños de 0 a 24 meses fueron mayores en todos los periodos para las familias asignadas al BMD que además recibieron los servicios de desarrollo infantil (ilustración 3). Esta evidencia se considera sugestiva, dado que los intervalos de confianza de los subgrupos se superponen en la mayoría de los casos, lo cual muestra que no existen diferencias estadísticamente significativas. No obstante, los patrones son consistentes entre los diferentes modelos estimados y coherentes con la literatura internacional, la cual documenta varios ejemplos de efectos mayores para programas de transferencias monetarias cuando se implementan conjuntamente con intervenciones que promueven cambios comportamentales (Ahmed et al., 2025, Field & Maffioli, 2025, Soofi et al., 2022).

7 La sección 6 presenta en mayor detalle la valoración positiva de los usuarios del BMD que también acceden a servicios de desarrollo infantil, destacando el mayor conocimiento del programa que adquieren a través de ese canal. Este hallazgo justificó la decisión de establecer un tratamiento diferenciado, bajo el supuesto de que la intensidad de la intervención en estos casos es mayor.

Ilustración 3 Impacto del Bono 1000 Días en acceso a controles de niño sano. Efectos diferenciados de usuarios del BMD y BMD + CNH



Discusión

Los hallazgos de la evaluación de impacto son consistentes con la evidencia científica internacional discutida en la Sección 3. La asignación al BMD incentiva la demanda de servicios de salud, en línea con los efectos encontrados principalmente entre programas condicionados (TMC). No obstante, la falta de resultados consistentes en indicadores de estado nutricional medido a través de antropometría, a pesar de contar con elementos de SBCC (acceso a CNH/CDI) en el diseño, plantea interrogantes sobre cómo lograr mejoras en la nutrición infantil. La primera línea de análisis necesaria es examinar si el BMD se ajustó efectivamente a su diseño original, ya que el solo hecho de que un programa tenga un buen diseño no garantiza el impacto final si la cadena de implementación presenta fallas o si el propio diseño resulta complejo de operacionalizar (Le Port et al., 2019).

6. Evaluación operativa: brechas entre el diseño y la realidad

En esta sección se analiza cómo ha venido funcionando operativamente el BMD, apoyándose en evaluaciones operativas realizadas tanto por el Gobierno del Ecuador como por un equipo consultor del Banco Mundial, y en estadísticas de los múltiples componentes del BMD utilizando datos del SUUSEN y de los registros de cobros empleados en la evaluación de impacto. Para un mayor detalle de los aspectos positivos y desafíos se puede revisar el anexo 1.

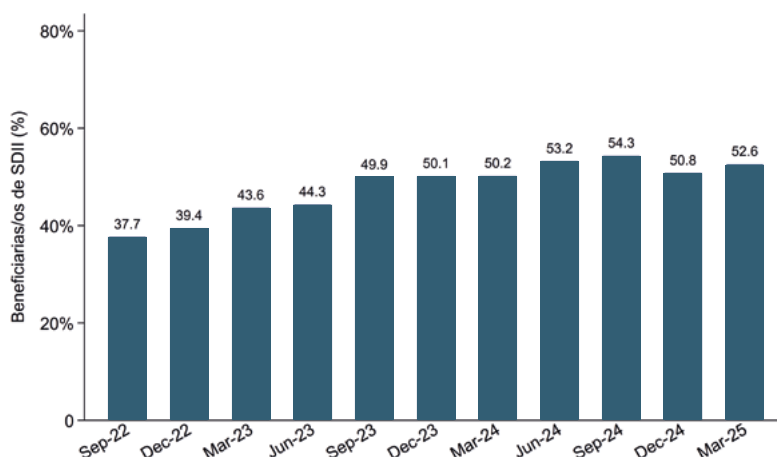
Operatividad actual del BMD

Conocimiento del programa: las evaluaciones operativas (STECSDI-octubre 2023 y Banco Mundial-enero 2025) muestran que el nivel de conocimiento de los beneficiarios sobre el BMD es limitado. Menos de la mitad de los beneficiarios conocían sobre el funcionamiento del BMD en noviembre de 2024,

cuando se realizó la última evaluación operativa del programa. La evaluación cualitativa para el Banco Mundial (2025) encontró que la mayoría de los beneficiarios no comprende la estructura del BMD, no conoce las condicionalidades para recibir los pagos variables, ni asocia el bono con la ENECSDI. Muchos lo perciben como una extensión del BDH. Esta falta de información reduce drásticamente el poder del componente condicional como incentivo para el cambio de comportamiento.

Acceso a los servicios de desarrollo infantil y su relevancia: la evaluación de procesos identificó que las educadoras de los servicios CNH son la principal fuente de información para las familias, facilitando una mejor comprensión del programa. Su rol es fundamental, ya que no solo cumplen una función pedagógica, sino que también apoyan en el seguimiento de las corresponsabilidades, asisten a las beneficiarias para cumplir con los controles de salud e incluso actúan como intermediarias ante el MSP para superar barreras de acceso.

Ilustración 4. Porcentaje de beneficiarios del BMD con acceso a CNH o CDI.

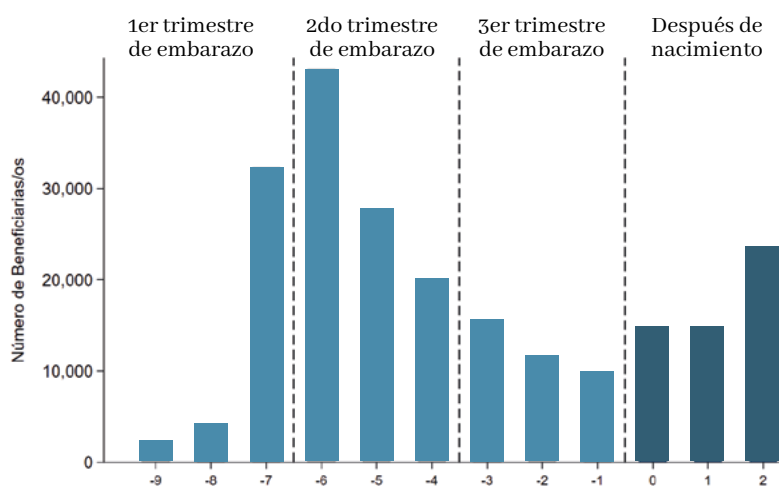


Sin embargo, este acompañamiento crucial no es universal. A marzo de 2025, solo el 52,6 % de usuarios del BMD reciben los servicios CNH (alrededor de 60.000; ver Ilustración 4). Esto significa que cerca de la mitad de los beneficiarios (47,4 %) carece de este apoyo indispensable. Esta brecha presenta una importante oportunidad de mejora, pues la cobertura nacional del CNH (aprox. 190.000 usuarios) permitiría expandir esta colaboración y reforzar significativamente la operatividad del BMD.

Captación tardía: la mayoría de los beneficiarios del BMD es incorporada al programa durante el período de gestación, representando el 76 % del total (Ilustración 5). Del total de usuarios

habilitados al programa, la mayor proporción corresponde a mujeres identificadas en el segundo trimestre de embarazo (41,5 %), seguidas por niñas y niños incorporadas después del nacimiento (24 %); en tercer lugar, embarazadas en el primer trimestre (17,7 %) y finalmente aquellas en el tercer trimestre (16,8 %). Estos resultados indican un margen de mejora en la captación temprana, particularmente en los primeros meses de embarazo, lo que permitiría aprovechar plenamente toda la ventana crítica de los primeros 1.000 días.

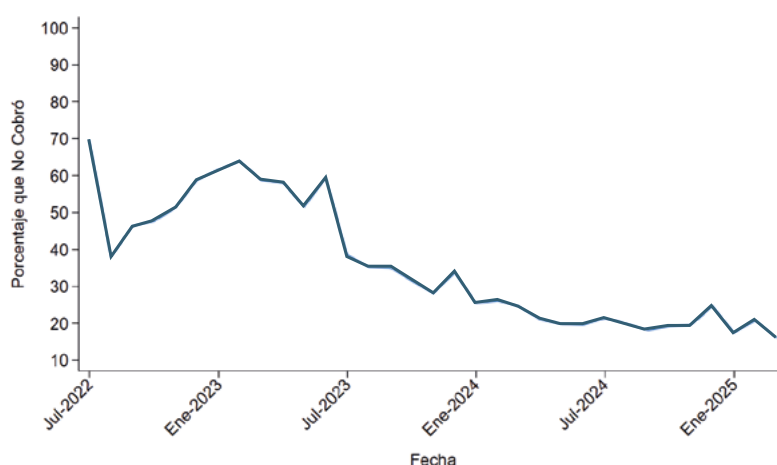
Ilustración 5. Distribución de usuarios según la edad de captación al programa (habilitados entre julio de 2022 y marzo de 2025).



Nota: los valores negativos en el eje horizontal indican los meses previos al nacimiento, es decir, durante el embarazo. El gráfico incluye a niñas y niños hasta 45 días, que es el límite de edad para ser elegibles para el programa.

Habilitados que no cobran: un porcentaje considerable de beneficiarios habilitados no cobra los componentes monetarios del BMD. Entre las principales barreras identificadas están la falta de conocimiento del programa y la falta de una cuenta bancaria, a menudo por desconocimiento de este requisito.

Ilustración 6. Población habilitada que no cobra por mes (%)



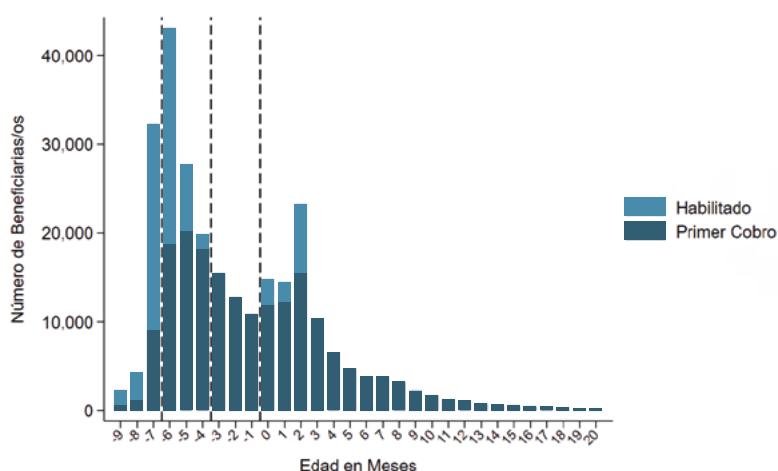
Esta situación fue especialmente notable durante el primer año del programa (julio de 2022–julio de 2023), cuando en promedio, el 54,1 % de las personas habilitadas para esos meses no cobraba. En respuesta, la STECSDI y el MIES han realizado importantes esfuerzos para fortalecer la comunicación, logrando una mejora sustancial. Gracias a estas acciones, el porcentaje de no cobro se redujo y, desde julio de 2024, se ha estabilizado en un 19,7 % (ilustración 6). No

obstante, **la brecha persiste: uno de cada cinco beneficiarios habilitados aún no accede a los pagos de la transferencia monetaria**. El BMD requiere que se registre una cuenta bancaria en un plazo máximo de cuatro meses desde la primera habilitación, tiempo en el cual se puede cobrar desde la ventanilla de cualquier institución financiera. La falta de conocimiento de este requisito interrumpe muchas veces la entrega del BMD entre quienes ya lo vienen recibiendo. Esto subraya la necesidad de continuar optimizando los mecanismos de información y pago.

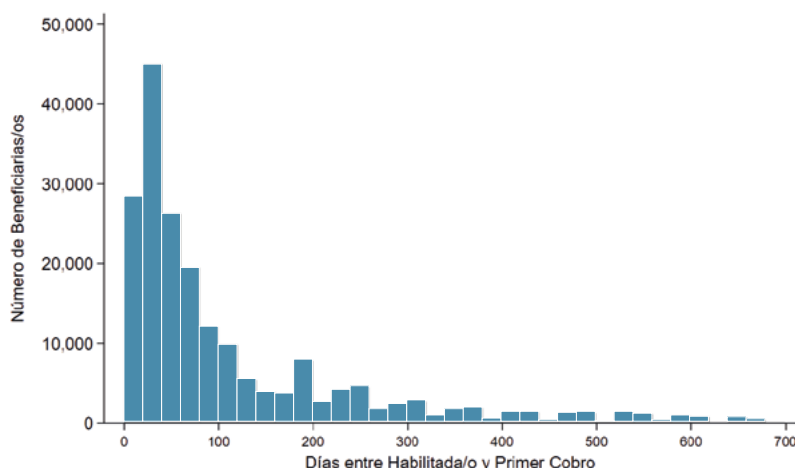
Retrasos en el primer cobro: existe una demora significativa entre que una persona es habilitada para recibir el bono y el momento en que efectúa su primer cobro.

Ilustración 7. Tiempo entre habilitación y primer cobro (habilitados entre julio de 2022 y marzo de 2025).

a) Distribución de usuarios según la edad de captación al programa y la edad del primer cobro.



b) Distribución de usuarios según demora entre captación y primer cobro - en días.



Un análisis detallado del tiempo que transcurre entre la habilitación de un beneficiario al BMD y su primer cobro revela demoras operativas significativas. La Ilustración 7a muestra un claro desfase: aunque la mayoría de las usuarias son inscritas durante el embarazo (76 %), solo un 56,9 % de ellas recibe su primer pago en ese mismo período. Esta brecha se invierte después

del parto, pues mientras solo el 24 % se inscribe en esa etapa, el 43,1 % de los primeros cobros se concentra en el período postnatal, evidenciando que el apoyo económico no siempre llega en la ventana crítica de la gestación, limitando su efectividad y potencialmente minando la credibilidad de los beneficiarios en el programa.

Esta demora se cuantifica en la Ilustración 7b, que muestra que solo un 27,1 % de los beneficiarios cobra dentro de los primeros 30 días tras su habilitación, mientras un grupo considerable enfrenta esperas más largas. Como resultado, el tiempo promedio entre la habilitación y el primer cobro es de 112 días.

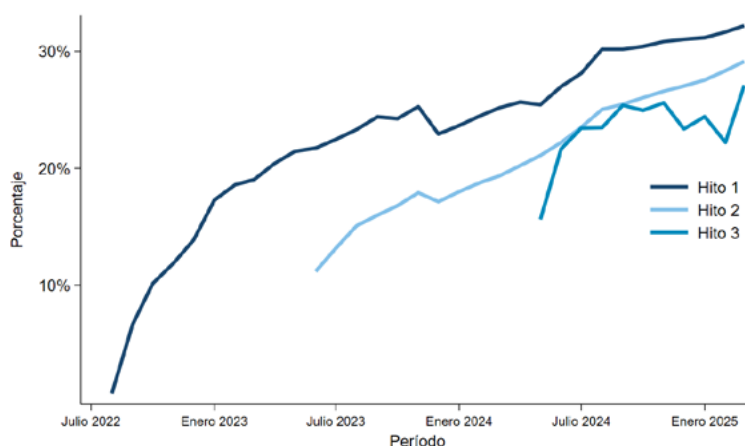
Tabla 4. Evolución del promedio de tiempo entre habilitación y primer cobro del BMD.

Periodo	Promedio de demora cobro (días)
2022(jul-dic)	155
2023	127
2024	84
2025(ene-mar)	51

Al analizar la evolución del tiempo de cobro (tabla 4), se observa una reducción sostenida en el promedio de días. Entre julio y diciembre de 2022 el promedio fue de 155 días, en 2023 descendió a 127 días, en 2024 se redujo a 84 días y entre enero y marzo de 2025 bajó a 51 días, mostrando una mejora en la operatividad.

Bajo cobro de los hitos condicionados: el porcentaje de beneficiarios que logran cobrar los pagos variables por cumplir las condicionalidades ha aumentado de forma sostenida en el tiempo, pero sigue siendo bajo, lo que sugiere problemas en la comunicación, en el acceso a los servicios de salud, o en la verificación administrativa.

Ilustración 8 Porcentaje de usuarios que cobraron los hitos relacionados al componente condicional



Nota: Se reportan los indicadores desde el momento en que se empezaron a cobrar los hitos por parte de los usuarios del programa

El bajo porcentaje de beneficiarios que cobra los pagos condicionados es una debilidad operativa clave. Estos pagos, diseñados como incentivos, se entregan en tres hitos: nacimiento, primer y segundo año de vida. Sin embargo, el cobro efectivo de estos montos es limitado.

Aunque la Ilustración 8 muestra una mejora progresiva desde el inicio del programa, las cifras de marzo de 2025 indican que la brecha sigue siendo considerable: solo el 32,1 % de los

beneficiarios elegibles cobró el primer hito (nacimiento). El cumplimiento es aún menor para los hitos posteriores, alcanzando un 29,1 % para el segundo (primer año) y un 27,1 % para el tercero (segundo año).

Más importante aún, las limitaciones operativas del BMD son más evidentes si se toma en cuenta que los usuarios que afrontan más inconvenientes pertenecen a grupos vulnerables. La probabilidad de cobrar los hitos condicionales se asocia a factores como la edad de la madre, su nivel educativo, la pertenencia étnica, la ruralidad y la condición socioeconómica (Tabla 5 del Anexo 2). Madres adolescentes, indígenas o con menor nivel educativo presentan mayores demoras en el primer cobro y menores tasas de cumplimiento de hitos; asimismo, vivir en áreas rurales se asocia con menores probabilidades de cumplir y cobrar los hitos del programa (Tabla 5 del Anexo 2). Estos resultados subrayan la importancia de diseñar estrategias operativas más focalizadas que aborden las barreras específicas que enfrentan los grupos más vulnera-

bles, con el fin de mejorar la equidad y efectividad del programa.

El bajo cumplimiento de las responsabilidades, sumado al desconocimiento de los beneficiarios sobre las condiciones del programa, apunta a un desafío fundamental en la implementación operativa del BMD. Estas **fallas limitan la capacidad del bono para incentivar los cambios de comportamiento esperados.**

Las limitaciones operativas identificadas alejan la implementación del diseño teórico y de los resultados esperados según la teoría de cambio presentada en la sección 4. La evidencia sugiere la necesidad de continuar con las reformas operativas y plantea una pregunta clave: ¿vale la pena mantener el diseño actual, que ha requerido tanto tiempo y esfuerzo para ser corregido, o sería más apropiado simplificarlo? La disponibilidad de herramientas como el SUUSEN y la ENDI permite abordar esta cuestión con mayor rigor y orientar decisiones futuras para maximizar los resultados del programa.



7. Limitaciones

Existen varias limitaciones respecto a las preguntas que puede responder el análisis presentado. En la evaluación de políticas públicas, el estándar de oro es un estudio experimental con asignación aleatoria.

Ante su ausencia, se aplicó una metodología de regresión discontinua, una de las más robustas entre los enfoques cuasiexperimentales. Sin embargo, la RD en el contexto del BMD presenta limitaciones específicas que deben considerarse:

- Los resultados estiman el “efecto tratamiento local promedio” (LATE), válido únicamente para la población alrededor del punto de corte del puntaje IRS. Debido al diseño de la metodología de regresión discontinua (RD), los efectos se identifican solo dentro del ancho de banda utilizado, lo que limita su generalización al resto de la población y no permite evaluar efectos diferenciados por nivel de pobreza. Esta limitación es relevante, ya que podrían existir efectos diferentes en población en extrema pobreza.
- El análisis mide el uso de servicios y los resultados antropométricos de manera casi simultánea. Sin embargo, los indicadores como la talla para la edad responden lentamente a las intervenciones, por lo que los resultados podrían tomar más tiempo en evidenciarse.
- Los efectos de este tipo de programas sobre la talla para la edad (HAZ) suelen ser pequeños en horizontes de tiempo cortos, lo que sumado a un número limitado de observaciones alrededor del punto de corte, podría llevar a que el estudio tenga un poder estadístico insuficiente para detectar impactos significativos en la DCI, incluso si existieran.
- El uso exclusivo de datos administrativos, como es el caso del presente estudio, restringe el análisis a los resultados observables en estos registros, dejando fuera otras dimensiones relevantes como el consumo alimentario, las prácticas de cuidado, los indicadores de desarrollo infantil, el apego o el bienestar mental de los cuidadores, que podrían ser medidos mediante otros métodos de recolección de datos, como encuestas. En consecuencia, es posible que el programa esté siendo efectivo en otros resultados no medidos. Asimismo, solo se considera para el análisis a la población que asiste a los servicios de salud, lo cual incluye sesgo por inclusión: si la población que no se atiende tiene una menor talla para la edad (mayor desnutrición), esa diferencia no es captada por la información utilizada, subestimando el efecto.
- Los registros administrativos utilizados no permiten desagregar el motivo de la consulta. Por ello, el indicador de “uso de servicios” agrega tanto los controles preventivos —que el programa busca incentivar— como las atenciones por morbilidad (uso recuperativo). Esta confusión podría atenuar la asociación esperada entre un mayor uso de servicios y mejores resultados antropométricos, pues parte de la diferencia por encima y por debajo del punto de corte podría no corresponder a una mayor cobertura preventiva oportuna.
- Las diferencias encontradas entre la habilitación de nuevas beneficiarias durante su periodo de gestación con el momento de su primer cobro realizado, impidieron la formulación de conclusiones válidas sobre efectos durante la gestación o al nacer.
- Finalmente, en el marco metodológico empleado, comparar efectos según la intensidad de cobros puede introducir sesgos, dado que existen diferencias en las características subyacentes de las beneficiarias que cobraron alguna vez, tardaron en cobrar o completaron los hitos.

La aplicación de una evaluación experimental en el futuro podría mitigar varias de estas limitaciones, aunque también presenta sus propias restricciones.

8. Hallazgos y recomendaciones de fortalecimiento del programa

El análisis del Bono 1000 Días (BMD), su fundamentación teórica y los resultados observados hasta la fecha, conducen a un conjunto de conclusiones críticas que deben orientar la política pública futura.

8.1. Principales hallazgos



1. **Fortaleza del diseño teórico (modelo mixto):** el diseño del BMD se enfoca en promover hitos de desarrollo indispensables mediante la combinación de un monto fijo y un monto condicional basado en tres aspectos: (a) una transferencia monetaria fija e incondicional (USD 50) destinada a aliviar restricciones de liquidez; (b) pagos condicionales (hitos) diseñados para incentivar la demanda de servicios preventivos de salud; y (c) una vinculación directa a los servicios de consejería y acompañamiento en el hogar (CNH) provistos por el MIES. Estos componentes están respaldados por la evidencia disponible de programas enfocados en la prevención de la DCI.



2. **Resultados de la evaluación de impacto (mixtos y atenuados):** los resultados de la evaluación de impacto son mixtos. Consistentemente se identifica que la asignación al BMD aumenta la asistencia a controles de niño sano para niños 0-24 meses, un efecto positivo. En otras dimensiones clave como el estado nutricional (medidos a través de la talla para la edad, peso para la edad y peso para la talla), la evaluación sugiere efectos positivos, pero no es concluyente. Si bien se observaron efectos estadísticamente significativos en ciertos periodos, estos no fueron consistentes a lo largo del tiempo.



3. **Limitaciones operativas que se reducen progresivamente:** el programa sufre de limitaciones operativas críticas que impiden que el diseño teórico funcione. Estas incluyen: (a) brechas severas de comunicación (desconocimiento de la elegibilidad, del proceso de cobro y de las condicionalidades); (b) demoras en los pagos; (c) cobertura limitada de los servicios de desarrollo infantil (CNH); y (d) un bajo cobro efectivo de los hitos condicionales. No obstante, se debe destacar que, si bien aún existen brechas en estos ámbitos, la operatividad del programa se ha venido fortaleciendo gracias a un trabajo institucional destacable de las entidades gubernamentales. Destacan el aumento de cobertura de los servicios de desarrollo infantil integral (CDI/CNH), la reducción en los tiempos de espera entre la habilitación y el primer cobro, y el aumento sostenido de cumplimiento de los hitos. Una estrategia asertiva y continua de comunicación se mantiene como el aspecto que más requiere fortalecerse.



4. **Dilema central (diseño, operatividad o ambos):** los resultados actuales no permiten concluir si el diseño del BMD es subóptimo para lograr reducciones de DCI en el contexto ecuatoriano. La ausencia de resultados concluyente en DCI, asociada a limitaciones de la operatividad del programa, evidencia un dilema fundamental: no está claro si el diseño actual del BMD con una implementación operativa robusta generaría resultados en DCI, o si, por el contrario, requiere ajustes del diseño que simplifique la operatividad y una mayor apropiación por parte de la ciudadanía y la obtención de resultados más tangibles.

8.2. Recomendaciones estratégicas: fortalecimiento operativo para validar el diseño

Dado que la evidencia sugiere que el diseño de vinculación con la ENECSDI funciona (Hallazgos 1 y 2), pero se ve obstaculizado por la operatividad (Hallazgo 3), las acciones prioritarias deben centrarse en resolver los cuellos de botella de la implementación antes de considerar rediseños teóricos.



1. **Estrategia de comunicación como eje central:** la principal barrera identificada es el desconocimiento generalizado de los beneficiarios. Se recomienda implementar urgentemente una estrategia de comunicación integral, segmentada y multicanal, que asegure la comprensión en todas las etapas críticas del programa:

- **Notificación de elegibilidad:** hay que asegurar que las familias sepan que son beneficiarias y el objetivo del programa.
- **Mecanismos de pago:** instrucción clara y asistencia proactiva para la apertura y registro de las cuentas bancarias para el cobro del bono.
- **Condicionalidades e hitos:** comunicación constante y simple sobre las acciones exactas requeridas (controles prenatales, inscripción de nacimiento, controles de niño sano) para la activación de los pagos condicionales.

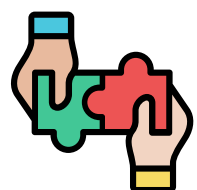
Estas estrategias deben estar especialmente reforzadas en hogares con madres jóvenes, con bajo nivel educativo, de población indígena y que habitan en áreas rurales, ya que actualmente son quienes más dificultades tienen para beneficiarse efectivamente del programa.



2. **Garantizar la oferta de servicios (CNH):** el diseño del bono asume que la oferta de servicios, específicamente las visitas domiciliarias de CNH, está disponible para todos los beneficiarios. Dado que la cobertura es limitada, esto representa una barrera de oferta que rompe la cadena causal. Se recomienda al ente rector (MDH) diseñar e implementar mecanismos de provisión alternativos (por ejemplo, brigadas móviles, modelos diferenciados por densidad poblacional) para garantizar la cobertura universal de este servicio a la población objetivo del BMD, especialmente en zonas rurales o de difícil acceso donde la provisión bajo parámetros actuales es inviable.



3. **Acción recomendada (evaluaciones continuas):** la evaluación del BMD no necesariamente se puede y debe realizar cuando su diseño esté completamente operativo en la práctica. Es fundamental contar con mecanismos de evaluación continua que permitan monitorear la eficiencia en el logro de objetivos y garantizar el seguimiento a la calidad del gasto social que se presupuesta cada año. El uso sistemático de registros administrativos brinda una oportunidad concreta y real para operacionalizar este tipo de monitoreo, y Ecuador se encuentra en una posición favorable para considerarlo como un mecanismo continuo y permanente⁸.



4. **Integración de programas (evaluación cruzada con BDH):** el BMD es una de las transferencias monetarias existentes en Ecuador para este grupo etario, y es indispensable evaluar el efecto comparativo del BDH (fijo y componente variable) frente al BMD. Esto permitiría integrar de manera más comprensiva un solo programa con evaluaciones recurrentes y evitar la ineficiencia del gasto en protección para este grupo etario que solo en el BMD asciende a alrededor de USD 100 millones de dólares anuales.

⁸ En esta misma línea, se pueden implementar pilotos experimentales complementarios para testear posibles mejoras en el diseño o implementación a través de la comparación entre el protocolo actual (Grupo de Control) y un modelo de implementación fortalecida (Grupo de Tratamiento), a fin de determinar si el BMD puede generar resultados positivos en DCI cuando se ejecuta bajo condiciones óptimas.

9. Créditos extra: evidencia para la implementación de una campaña de comunicación efectiva para el BMD

La recomendación de centrar los esfuerzos de fortalecimiento del BMD en una estrategia de comunicación robusta se fundamenta en la evidencia internacional, que demuestra que las fallas operativas —y específicamente las fallas de comunicación— son uno de los obstáculos más relevantes para que los programas de transferencias monetarias logren sus impactos esperados (de Milliano & Morey, 2022). En la actualidad, son las educadoras CNH quienes realizan una difusión cercana del programa con sus usuarios; sin embargo, es importante desarrollar canales de comunicación alternativos adecuados al contexto nacional, para usuarios que no necesariamente cuentan con este servicio. A partir de la evidencia científica, se pueden esgrimir varias lecciones clave:

1. **La comunicación no es un elemento secundario, es un prerrequisito para el impacto.** La evidencia de programas de transferencias monetarias en países de ingresos medios y bajos (LMICs, por sus siglas en inglés) demuestra que la “falta de conciencia sobre las condiciones del programa” por parte de los beneficiarios es uno de los desafíos de implementación más comunes y críticos. Un programa condicionado no puede funcionar si los participantes no comprenden claramente las reglas, los montos, los mecanismos de pago y las acciones exactas requeridas para cumplir las condicionalidades. Por lo tanto, una estrategia de comunicación clara es un componente central del diseño del programa, no un complemento (de Milliano & Morey, 2022).
2. **La difusión de información se multiplica a través de redes sociales informales (“efecto gossip”).** La información no fluye únicamente por canales oficiales, como líderes comunitarios o brigadistas. Investigaciones (RCTs) sobre difusión de información en aldeas demuestran que “sembrar” información a través de individuos nominados por la propia comunidad como personas “centrales” o buenas para transmitir información (informalmente, “gossips”) resulta en una difusión significativamente mayor y un aumento en la adopción del servicio (por ejemplo, 22 % más en vacunación) en comparación con sembrar la información aleatoriamente o incluso a través de líderes formales (Banerjee et al., 2019). Para el BMD, esto implica identificar y activar estos nodos sociales clave en las comunidades, para asegurar que la información sobre elegibilidad y condicionalidades penetre en la red comunitaria.
3. **El agente comunitario (la CNH en el caso ecuatoriano) es el canal humano más crítico.** El impacto de los educadores de CNH depende fundamentalmente de roles claros, supervisión de apoyo y herramientas estandarizadas. Su desempeño mejora drásticamente cuando están equipados con recordatorios simples (por ejemplo, listas de verificación) y mensajes claros (Ballard & Montgomery, 2017). El educador CNH es el vínculo humano directo para traducir las reglas abstractas del bono (condicionalidades) en acciones concretas y recordatorios en el hogar; su rol como comunicador efectivo del programa es tan importante como su función de consejería técnica.
4. **Las redes sociales digitales (WhatsApp) pueden integrarse para recordatorios y seguimiento.** Una revisión sistemática sobre intervenciones basadas en redes sociales en LMICs confirma su efectividad para el cambio de comportamiento en salud. Estas plataformas (como WhatsApp o Facebook) funcionan al mejorar el conocimiento, las actitudes y, de manera crucial, las normas percibidas y el apoyo social

entre pares (Seiler et al., 2022). Para el BMD, esto sugiere el uso de herramientas digitales para enviar recordatorios de citas —previniendo el incumplimiento de la condicionalidad por olvido, así como para enviar felicitaciones cuando los hitos se cumplan y los pagos condicionados se realicen — y crear grupos de apoyo entre madres que refuercen los mensajes clave del programa.

5. **La comunicación de bajo costo promueve cambio de comportamientos.** Evidencia generada en Ecuador muestra que intervenciones de bajo costo, como el envío de mensajes de texto, tienen un alto potencial para promover cambios positivos en los comportamientos de cuidadores de niñas y niños menores de 2 años. En particular, el envío de mensajes personalizados según la edad del niño o niña ha demostrado tener efectos significativos: mejoras en indicadores antropométricos, aumento en las visitas a centros de salud por razones preventivas, disminución de síntomas como tos y fiebre (Rounseville et al., 2019, 2022).
6. **La radio puede ser efectiva para cambiar actitudes y prácticas.** La evidencia de revisiones sistemáticas confirma que las campañas en medios masivos son una herramienta efectiva para el cambio de comportamiento en salud infantil en países de ingresos bajos y medios (Naugle & Hornik, 2014). Específicamente, estudios cuasiexperimentales sobre campañas de radio enfocadas en nutrición demuestran una asociación positiva entre la exposición a la campaña y la mejora de actitudes maternas, así como un incremento medible en la “dieta mínima aceptable” de los niños (Appiah et al., 2024). Esto sugiere que la radio es un canal vital no solo para informar sobre el bono, sino también para transmitir los mensajes de comportamiento (nutrición, salud) que el bono busca incentivar. Es necesario contextualizar el uso de este medio, especialmente en zonas donde los medios masivos siguen teniendo una presencia significativa que puede potenciar su efectividad.



Referencias

- Adubra, L., Le Port, A., Kameli, Y., Fortin, S., Mahamadou, T., Ruel, M. T., ... & Savy, M. (2019). Conditional cash transfer and/or lipid-based nutrient supplement targeting the first 1000 days of life increased attendance at preventive care services but did not improve linear growth in young children in rural Mali: results of a cluster-randomized controlled trial. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 110(6), 1476-1490.
- Ahmed, A., Hoddinott, J., & Roy, S. (2025). Food Transfers, Cash Transfers, Behavior Change Communication and Child Nutrition: Evidence from Bangladesh. *The World Bank Economic Review*.
- Alves, F. J. O., Ferreira, L. D. C., & Souza, L. G. D. (2024). The impact of the Bolsa Família program on maternal and child health: a systematic review. *Ciência & Saúde Coletiva*, 29, 1-16.
- Appiah, B., Saaka, M., Appiah, G., Asamoah-Akuoko, L., Samman, E., Forastiere, L., Abu, B. A. Z., Yeboah-Banin, A. A., Kretchy, I. A., Ntiful, F. D., Nsiah-Asamoah, C. N. A., Ahmed, M. K., & France, C. R. (2024). The association between exposure to a radio campaign on nutrition and mothers' nutrition- and health-related attitudes and minimal acceptable diet of children 6–36 months old: a quasi-experimental trial. *Public Health Nutrition*, 27(2232), 1-10.
- Arriagada, I., Mathivet, C., & Huenchuan, S. (2009). Programas de transferencias condicionadas: Balance de la experiencia reciente en América Latina y el Caribe. CEPAL.
- Ballard, M., & Montgomery, P. (2017). Systematic review of interventions for improving the performance of community health workers in low-income and middle-income countries. *BMJ Open*, 7(10), e014216.
- Banerjee, A., Chandrasekhar, A. G., Duflo, E., & Jackson, M. O. (2019). Using gossips to spread information: Theory and evidence from two randomized controlled trials. *The Review of Economic Studies*, 86(6), 2453-2490.
- Barber, S. L., & Gertler, P. J. (2008). The impact of Mexico's conditional cash transfer programme, Oportunidades, on birthweight. *Tropical Medicine & International Health*, 13(11), 1405-1414.
- Bastagli, F., Hagen-Zanker, J., Harman, L., Barca, V., Sturge, G., Schmidt, T., & Pellerano, L. (2016). Cash transfers: what does the evidence say? A rigorous review of programme impact and of the role of design and implementation features. Overseas Development Institute (ODI).
- Black, R. E., Victora, C. G., Walker, S. P., Bhutta, Z. A., Christian, P., de Onis, M., ... & Grantham-McGregor, S. (2013). Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 382(9890), 427-451.
- Black, R. E., Allen, L. H., Bhutta, Z. A., Caulfield, L. E., de Onis, M., Ezzati, M., ... & Rivera, J. (2008). Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *The Lancet*, 371(9608), 243-260.
- Briaux, J., Martin-Prevel, Y., Carles, S., Fortin, S., Kameli, Y., Adubra, L., ... & Gelli, A. (2020). Evaluation of an unconditional cash transfer program targeting children's first-1,000-days linear growth in rural Togo: a cluster-randomized controlled trial. *PLoS medicine*, 17(11), e1003388.
- Caetano, C., Caetano, G., & Carlos Escanciano, J. (2023). Regression discontinuity design with multivalued treatments. *Journal of Applied Econometrics*, 38(6), 840-856.
- de Groot, R., Palermo, T., Handa, S., Ragno, L. P., & Peterman, A. (2017). Cash transfers and child nutrition: Pathways and impacts. *Development Policy Review*, 35, 621-643.
- Carneiro, P., Kraftman, L., Mason, G., Moore, L., Rasul, I., & Scott, M. (2021). The impacts of a multifaceted prenatal intervention on human capital accumulation in early life. *American Economic Review*, 111(8), 2506–2549.
- de Milliano, M., & Morey, M. (2022). Lessons From a Synthesis of AIR's Cash Transfer Program Evaluations: A Case for More In-Depth Process Evaluations. American Institutes for Research (AIR).
- Fernald, L. C., & Hidrobo, M. (2011). Effect of Ecuador's cash transfer program (Bono de Desarrollo Humano) on child development in infants and toddlers: a randomized effectiveness trial. *Social Science & Medicine*, 72(9), 1437-1446.
- Fernald, L. C., Gertler, P. J., & Neufeld, L. M. (2008). Role of cash in conditional cash transfer programmes for child health, growth, and development: an analysis of Mexico's Oportunidades. *The Lancet*, 371(9615), 828-837.
- Field, E., & Maffioli, E. M. (2025). Are Behavioral Change Interventions Needed to Make Cash Transfer Programs Work for Children? Experimental Evidence from Myanmar.

- Innovations for Poverty Action & World Bank. (2024). Cash Transfer Size: How Much Is Enough? (English). Evidence at Your Fingertips Series; Social Protection and Jobs Policy and Technical Note; no. 31 Washington, D.C.: World Bank Group. <http://documents.worldbank.org/curated/en/099061324164533308>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2024). Principales resultados de la ENDI- Segunda Ronda. Quito, Ecuador.
- Jacob, R., Zhu, P., Somers, M. A., & Bloom, H. (2012). A practical guide to regression discontinuity. *MDRC.*
- Le Port, A., Zongrone, A., Savy, M., Fortin, S., Kameli, Y., Sessou, E., ... & Ruel, M. T. (2019). Program Impact Pathway Analysis Reveals Implementation Challenges that Limited the Incentive Value of Conditional Cash Transfers Aimed at Improving Maternal and Child Health Care Use in Mali. *Current Developments in Nutrition*, 3(7), nzz062.
- Lee, S. K., Beltempo, M., McMillan, D. D., Seshia, M., Singhal, N., Dow, K., ... & Shah, P. S. (2010). A validation of the National Institutes of Health consensus definition of bronchopulmonary dysplasia. *The Journal of Pediatrics*, 156(1), 31-36.
- Levere, M., Acharya, G., & Bharadwaj, P. (2024). The Role of Information and Cash Transfers on Early Childhood Development: Evidence from Nepal. *Economic Development and Cultural Change*.
- Manley, J., Alderman, H., & Gentilini, U. (2022). More evidence on cash transfers and child nutritional outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Global Health*, 7(4), e008233.
- McFadden, A., Gavine, A., Renfrew, M. J., Wade, A., Buchanan, P., Taylor, T., ... & MacGillivray, S. (2019). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).
- Naugle, D. A., & Hornik, R. C. (2014). Systematic review of the effectiveness of mass media interventions for child survival in low- and middle-income countries. *Journal of Health Communication*, 19(suppl1), 190-215.
- Palacios, J. (2025). *Beyond money; reducing child stunting using a conditional cash transfer: The Bono -1000 Días case in Ecuador* [Manuscrito no publicado].
- Paxson, C., & Schady, N. (2010). Does money matter? The effects of cash transfers on child development in rural Ecuador. *Economic Development and Cultural Change*, 59(1), 187-229.
- Rawlings, L. B., & Rubio, G. M. (2005). Evaluating the impact of conditional cash transfer programs. *The World Bank Research Observer*, 20(1), 29-55.
- Rounseville, M. Z., Namen, O., Guerrero, L., Puebla, D., Rodríguez, V., Gutiérrez, N., García, J., Ramos, P., Tellez, D. (2022). Evaluación de impacto a la mensajería de texto como herramienta adicional a la atención virtual de los servicios de desarrollo infantil integral CNH: Nivel adultos responsables de cuidado.
- Rounseville, M. Z., Oviedo, A. M., & Jibaja, P. V. (2019). Can text messages improve children's health? A case from rural Ecuador.
- Schady, N., & Rosero, J. (2008). Are cash transfers made to women spent like other sources of income?. *Economics Letters*, 101(3), 246-248.
- Seiler, J., Libby, T. E., Jackson, E., Lingappa, J. R., & Evans, W. D. (2022). Social media-based interventions for health behavior change in low- and middle-income countries: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 24(4), e31889.
- Soofi, S. B., Ariff, S., Khan, G. N., Habib, A., Kureishy, S., Ihtesham, Y., ... & Bhutta, Z. A. (2022). Effectiveness of unconditional cash transfers combined with lipid-based nutrient supplement and/or behavior change communication to prevent stunting among children in Pakistan: a cluster randomized controlled trial. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 115(2), 492-502.
- Stampini, M., Medellín, N., Ibarrarán, P. (2025). Cash transfers, poverty and inequality in Latin America and the Caribbean, *Oxford Open Economics*, Volume 4, Issue Supplement_1, 2025, Pages i481–i509, <https://doi.org/10.1093/oec/odae033>
- UNICEF, & World Health Organization. (2023). A guide to infant and young child feeding.
- UNICEF-OMS-Banco Mundial. (2023). Estimaciones Conjuntas sobre Desnutrición Infantil

Anexos

Anexo 1. El BMD en términos operativos: lecciones de la evaluación de procesos

En coordinación con la STECSDI y con la colaboración del MIES y el MSP se realizó una evaluación de procesos del BMD en 2024-2025 que tuvo como objetivo comprender el funcionamiento operativo del programa desde una perspectiva cualitativa, con el fin de identificar oportunidades de mejora que contribuyan a una implementación más efectiva. La evaluación se estructuró en torno a las tres etapas centrales del programa: captación, contacto y ejecución, y se complementó con el análisis de ejes temáticos transversales, como la percepción del programa, el conocimiento sobre la DCI y la satisfacción con los servicios de salud y desarrollo infantil.

El estudio adoptó una metodología mixta, combinando encuestas telefónicas aplicadas a 350 beneficiarias —63 madres gestantes y 287 madres con niños menores de dos años— con un componente cualitativo que incluyó nueve grupos focales con usuarias del bono y diecisiete entrevistas a funcionarios de instituciones involucradas, en seis provincias del país. Esta aproximación permitió una mirada integral sobre los procesos, facilitando la sistematización de hallazgos relevantes para el fortalecimiento del programa.

La siguiente tabla resume estas lecciones operativas, destacando tanto los avances alcanzados como los desafíos que persisten para garantizar una implementación más eficaz del programa.

ASPECTOS POSITIVOS	DESAFÍOS
ETAPA DE CAPTACIÓN DE NUEVOS USUARIOS	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El SUUSEN permite captar beneficiarios durante el embarazo y hasta 45 días después del nacimiento, siendo un mecanismo eficiente para el ingreso al programa. Según los datos disponibles, el 76 % de los usuarios del programa ingresan en la etapa de gestación y el 24 % luego de los primeros 45 días después del nacimiento. ▪ La inscripción temprana en el Registro Civil es efectiva, y se facilita mediante puntos de atención en centros de salud, lo que permite captar beneficiarios que no ingresaron durante la gestación. ▪ El Registro Social, a través de su mecanismo de interoperabilidad con el Registro Civil, identifica nuevos nacimientos en hogares ya registrados y recalcula el índice de bienestar ajustado a la existencia de un nuevo miembro en el hogar. Con ello, es posible determinar si el hogar califica para recibir el bono. ▪ Las brigadas territoriales y actores locales (instituciones gubernamentales, GADs, organismos de la sociedad civil y cooperación internacional) son fundamentales para captar a mujeres gestantes y recién nacidos, principalmente en zonas rurales, donde el SUUSEN no tiene cobertura suficiente. ▪ La eliminación del requisito de contar con un representante de cobro para aquellos menores de edad que se benefician del BMD ha permitido aumentar número beneficiarios del programa. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En zonas rurales, la falta de conectividad genera demoras en el registro de controles de salud, ya que, en estos casos, los mismos se registran en el sistema RDACAA en lugar de PRAS, lo cual puede demorar más de un mes en reflejarse en el SUUSEN. ▪ La falta de un mecanismo de actualización continua del Registro Social impide que los hogares no registrados previamente sean considerados para el bono tras un nuevo nacimiento.

ASPECTOS POSITIVOS	DESAFÍOS
--------------------	----------

ETAPA DE CONTACTO CON LOS USUARIOS

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los mecanismos de contacto para notificar a nuevos beneficiarios son variados. Según la encuesta realizada, el principal medio por el cual las informantes se enteraron de que eran beneficiarias del BMD fue la llamada telefónica del Call Center (34 %), seguido por mensajes de texto (23 %), notificación por educadoras del MIES (18 %) y la página web de la STECSDI (16 %). El 9 % restante lo hizo a través de otros medios. ▪ Las educadoras del CNH son la principal fuente de información para quienes comprenden mejor el programa, según los grupos focales. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ La encuesta reveló que el 42 % de los informantes no comprende claramente qué es la DCI, y la asocian con síntomas como bajo peso, baja estatura o anemia. ▪ Aunque el componente condicional es clave para el programa, el 74 % de los encuestados desconoce que debe cumplir ciertos requisitos para recibir el monto adicional del programa. Adicionalmente, solo el 52 % respondió correctamente que el BMD se cobra hasta que el hijo cumple 2 años, mientras que un porcentaje considerable no tiene conocimiento al respecto. |
|---|---|

ETAPA DE EJECUCIÓN DEL PROGRAMA

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Las educadoras del CNH desempeñan un papel fundamental en el seguimiento de las responsabilidades del programa, apoyando activamente a las usuarias para que cumplan con los controles de salud requeridos. En muchos casos, también actúan como intermediarias ante el MSP, facilitando el acceso a servicios de salud cuando hay barreras logísticas. ▪ El sistema de alertas implementado por la STECSDI ha permitido articular a nivel territorial los programas que reciben las familias en condición de pobreza al priorizar el ingreso al servicio CNH a aquellos usuarios habilitados para el BMD. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ En los grupos focales se identificaron algunas barreras para acceder a los servicios de salud en zonas rurales. En Chimborazo y Cotopaxi, las atenciones dependen en gran medida de la intermediación de las educadoras del CNH o de brigadas organizadas por el MSP. En Pastaza, la atención médica suele requerir desplazamientos largos y costosos. Además, tanto en la Sierra como en la Amazonía, se evidencian barreras culturales que limitan la disposición a recibir atención. ▪ La falta de capacitación integral entre operadores del MSP y del MIES ha generado confusiones e interpretaciones erróneas sobre el programa, como la creencia de que el bono puede retirarse por incumplir condicionalidades, que el componente fijo está sujeto a corresponsabilidad, que la participación en el CNH es obligatoria, o que el único motivo de inhabilitación temporal es no registrar una cuenta bancaria. ▪ El conocimiento de las usuarias sobre cómo presentar quejas o consultas de los servicios es bajo: solo el 40,4 % conoce el proceso para realizar consultas sobre controles de embarazo, el 30,9 % para controles del niño sano y el 47 % en el caso del servicio CNH. |
|---|---|

Anexo 2. ¿Quiénes tienen más dificultades para cobrar el Bono?: Un análisis del perfil de usuario

Algunas preguntas clave que surgen a partir de los resultados sobre la operatividad del BMD en las fases de captación, comunicación y adherencia son: ¿quiénes son los usuarios que enfrentan mayores dificultades para realizar el cobro?, ¿quiénes, a pesar de haber cobrado, tardan más tiempo en hacerlo desde su habilitación al programa?, y ¿quiénes logran cumplir con los hitos y condicionalidades del programa y realizar los cobros correspondientes? Para responder a estas interrogantes, se presentan varios modelos de regresión que permiten identificar las características asociadas a estas dificultades, con el objetivo de orientar los esfuerzos hacia mejoras operativas más focalizadas.

El análisis de la probabilidad de cobro revela que existen diferencias significativas entre los usuarios habilitados que no realizan el cobro y aquellos que sí lo hacen. Los resultados del modelo de regresión (columna (1) de la tabla 5) muestran que las madres indígenas tienen una probabilidad 2,7 puntos porcentuales menor de cobrar en comparación con las mestizas o blancas, mientras que aquellas con educación primaria o menor presentan una probabilidad 4 puntos porcentuales inferior respecto de quienes tienen educación superior. Asimismo, las madres menores de 20 años tienen una probabilidad 3,9 puntos porcentuales menor de cobrar en comparación con las mayores de 26 años. En contraste, los hogares más pobres, según el puntaje del Registro Social, muestran una mayor probabilidad de cobro: 6,5 puntos porcentuales más para el grupo con puntaje entre 0 y 10, y 8,3 puntos porcentuales más para el grupo entre 10 y 20, en comparación con el grupo de referencia (21–29,77), lo cual resulta positivo desde una perspectiva de focalización.

Por otro lado, entre los usuarios que efectivamente realizan al menos un cobro del BMD, se identifican características asociadas a una mayor demora en acudir a cobrar por primera vez. Los resultados de la columna (2) de la tabla 5 indican que los usuarios indígenas tar-

dan, en promedio, 6,8 días más en realizar su primer cobro, desde el momento en que son habilitados, en comparación con los usuarios mestizos. Las madres más jóvenes también presentan mayores demoras: aquellas menores de 20 años tardan 87,7 días más en promedio que las mayores de 26 años. En cuanto al nivel educativo, las madres con educación primaria o menor tardan 45,4 días más en cobrar que aquellas con educación superior, y las que tienen educación secundaria demoran 12,4 días adicionales. Finalmente, los usuarios en situación de pobreza extrema (puntaje del Registro Social entre 0 y 10) presentan una demora promedio de 16,6 días más en comparación con aquellos más cercanos al umbral de pobreza (puntaje entre 21 y 29,77).

Finalmente, en relación con la probabilidad de adherencia al programa, medida por el porcentaje de usuarios que cumplieron los hitos del componente condicional, también se observan diferencias relevantes según las características demográficas y socioeconómicas de los beneficiarios (columnas (3), (4) y (5) de la tabla 5). Las madres indígenas presentan una menor probabilidad de cumplir con los hitos, con reducciones que oscilan entre 4 y 5 puntos porcentuales en los dos primeros hitos. Las mujeres con menor nivel educativo también enfrentan desventajas importantes: aquellas con educación primaria o menos tienen entre 5 y 7 puntos porcentuales menos de probabilidad de cumplimiento, mientras que las que alcanzaron educación secundaria muestran brechas más moderadas. Vivir en zonas rurales se asocia con una menor probabilidad de cumplimiento, con diferencias que van desde menos de 1,5 puntos porcentuales en el primer hito hasta 8 puntos porcentuales en el tercero. Las madres adolescentes (menores de 20 años) muestran las mayores brechas, con reducciones en la probabilidad de cumplimiento que varían entre 5 y 8 puntos porcentuales. Por el contrario, los hogares más pobres —según el puntaje del Registro Social— presentan una mayor probabilidad de cumplir con el primer hito, con incrementos de hasta 17 puntos porcentuales, aunque esta ventaja no se mantiene en los hitos posteriores.

Tabla 5. Resultados de regresión sobre la probabilidad de cobro, tiempo hasta el primer cobro y cumplimiento de hitos condicionales del programa BMD.

VARIABLES	(1) Cobro vs. Habilitado	(2) Diferencia en Días	(3) Cobro del Hito 1	(4) Cobro del Hito 2	(5) Cobro del Hito 3
Sexo del niño/a (Hombre)					
Mujer	0,001 (0,002)	0,277 (0,846)	0,003 (0,003)	-0,007** (0,003)	-0,018** (0,007)
Etnia (Mestizo/a o Blanco/a)					
Indígena	-0,027*** (0,004)	6,799*** (2,054)	-0,040*** (0,006)	-0,047*** (0,008)	-0,012 (0,016)
Afrodendiente y Montubio	-0,001 (0,004)	3,149 (2,260)	0,002 (0,006)	0,011 (0,008)	0,033* (0,017)
Área (Urbano)					
Rural	-0,003 (0,002)	-0,803 (0,941)	-0,015*** (0,003)	-0,054*** (0,004)	-0,080*** (0,008)
Educación de la madre (Superior)					
Primaria o menos	-0,040*** (0,004)	45,415*** (1,573)	-0,074*** (0,005)	-0,047*** (0,006)	-0,059*** (0,015)
Secundaria	0,003 (0,003)	12,360*** (1,100)	-0,008** (0,004)	-0,008 (0,006)	-0,022* (0,013)
Edad de la madre (26 o más)					
20 o menos	-0,039*** (0,002)	87,716*** (1,051)	-0,083*** (0,003)	-0,074*** (0,004)	-0,055*** (0,010)
21 a 25	0,011*** (0,002)	1,566*** (0,851)	0,019*** (0,003)	-0,007 (0,005)	-0,018 (0,011)
Puntaje registro social (21-29.77)					
0-10	0,065*** (0,003)	16,644*** (1,153)	0,172*** (0,004)	-0,008** (0,005)	0,001 (0,013)
10-20	0,083*** (0,003)	4,265*** (0,991)	0,185*** (0,003)	0,023*** (0,005)	0,018 (0,013)
Constante	0,829*** (0,005)	70,735*** (1,930)	0,184*** (0,007)	0,334*** (0,013)	0,421*** (0,023)
Promedio	87,7 %	130 días	28 %	23,5 %	31,9 %
Número de observaciones	114,694	106,154	121,903	63,736	16,220
R-cuadrado	0,023	0,117	0,045	0,075	0,055

Nota: Errores estándar robustos en paréntesis. La subcategoría base se menciona en paréntesis junto al nombre de la variable. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

El análisis de los usuarios del BMD evidencia que existen brechas significativas en la probabilidad de cobrar, el acceso oportuno al primer cobro y en la adherencia a las condicionalidades del programa. Factores como la edad materna, el nivel educativo, la pertenencia étnica, la ruralidad y el nivel de pobreza influyen de manera consistente en estos resultados. En particular, las madres adolescentes, indígenas o con menor nivel educativo tienden a experimentar mayores demoras en el primer cobro y menores tasas de cumplimiento de los hitos; y vivir en áreas rurales se asocia con menores probabilidades de cumplir y cobrar los hitos del programa. En contraste, los hogares en situación de pobreza extrema muestran una mayor probabilidad de cumplir con el primer hito, aunque esta ventaja no se mantiene en los hitos posteriores. Estos hallazgos subrayan la necesidad de diseñar estrategias operativas más focalizadas que aborden las barreras específicas que enfrentan los grupos más vulnerables, con el fin de mejorar la equidad y efectividad del programa.

