

## **I. Introducción**

Uruguay ha orientado sus esfuerzos a la construcción de una Matriz de Protección Social como respuesta a las desigualdades sociales y económicas profundizadas en las últimas décadas del siglo XX. En este sentido, se han desplegado un conjunto de reformas estructurales entre las que se destacan la Reforma de la Salud, la Reforma Tributaria y la Reforma Social.

En la planificación de acciones del Estado basadas en el diagnóstico de la situación de la población y sus particularidades, en 2008 se acordó la Estrategia Nacional de Infancia y Adolescencia (ENIA) 2010- 2030. Dicha estrategia surge de un proceso de discusión entre distintos actores sociales, gubernamentales y no gubernamentales, en cada uno de los departamentos del país, incluyendo representantes de todos los partidos políticos y de la academia.

Durante el proceso de implementación de esta estrategia y en función de resultados provenientes de una evaluación continua, se ha decidido fortalecer los programas y acciones orientados a las familias con mujeres embarazadas y niños y niñas<sup>1</sup> menores de 4 años de edad.

En ese marco surge el programa Uruguay Crece Contigo, como espacio de articulación y fortalecimiento del trabajo que viene desarrollando el Estado para atender las necesidades de dicha población desde las diferentes instituciones.

El modelo de intervención que se propone Uruguay Crece Contigo recoge la trayectoria de dos programas que han sido muy exitosos: “Chile Crece Contigo” a nivel internacional y “Canelones Crece Contigo” a nivel nacional.

La primera infancia es el período de la vida comprendido entre la concepción y los cinco años de edad. En este período, se sientan las bases de todo el desarrollo posterior del individuo. Mientras que en los primeros dos años de edad se constituye una parte importante del desarrollo intelectual, emocional, físico/inmunológico y

---

<sup>1</sup> Nota. Por cuestiones de simplificación y comodidad en la lectura, se ha optado por usar en algunos casos el término general *los niños, niño o hijo*, sin que ello implique discriminación de género.

social, entre los dos y los cinco años, se establecen los pilares del aprendizaje posterior, de la educación formal y de las competencias sociales<sup>2</sup>.

La primera infancia es un período “corto” y muy dinámico. Cualquier trastorno que afecte la salud, la nutrición o el desarrollo en esta etapa puede acarrear problemas que persistirán en el tiempo.

---

## II. Principios Orientadores

Las personas son sujetos de derechos y el Estado actuará como garante de su goce efectivo, para esto la política social incorporará las **perspectivas de género, generaciones y étnico-racial en su diseño, implementación y evaluación**.

Uruguay Crece Contigo se constituirá en una política de **cobertura nacional**, con una orientación complementaria de acciones **universales y focalizadas**.

El diseño y la ejecución del Programa serán de carácter **interinstitucional e intersectorial**, garantizando la articulación gubernamental necesaria y la sustentabilidad de las acciones.

---

## III. Objetivo general

Consolidar un sistema de protección integral a la primera infancia a través de una política pública que garantice los cuidados y protección adecuados de las mujeres embarazadas y el desarrollo de niños y niñas menores de 4 años; para un desarrollo integral, desde una perspectiva de derechos.

---

## IV. Objetivos específicos

- a) Generar conocimiento útil para el diseño, monitoreo y evaluación de las políticas de protección dirigidas a la Primera Infancia a través de la articulación interinstitucional de la información existente, la generación de información necesaria y el desarrollo de la investigación.

---

2 Evans, J.; R. Myers; E. Ilfeld. 2000. Early Childhood Counts. A Programming Guide on Early Childhood Care for Development. Washington D.C., World Bank Institute.

- b) Desarrollar acciones educativas y de promoción para incidir en el comportamiento y la calidad de vida de las familias y mejorar la calidad de los servicios, para favorecer un desarrollo infantil apropiado.
  - c) Disminuir la incidencia de los factores de riesgo socio-sanitarios, y el daño en niños y niñas menores de 4 años y de mujeres embarazadas, priorizando las situaciones de mayor vulnerabilidad.
  - d) Fortalecer las instituciones, redes y dispositivos territoriales para garantizar el mejor desarrollo del sistema de protección social vinculado a la primera infancia
- 

## **V. Población beneficiaria**

Hogares con mujeres embarazadas y/o niñas y niños menores de 4 años, priorizando aquellas situaciones que presenten vulnerabilidad social y/o sanitaria.

La primera etapa estará dirigida a aquellos hogares de todo el territorio nacional que presenten un valor de Índice de Carencias Críticas elevado<sup>3</sup> y/o situaciones de daño o riesgo sanitario.

---

## **VI. Componentes del programa**

### **COMPONENTE 1:**

#### **Acompañamiento familiar y trabajo de cercanía**

##### **Objetivos:**

- a) Disminuir la prevalencia de anemia en el embarazo y en los menores de 4 años.
- b) Disminuir la incidencia de sífilis gestacional.
- c) Mejorar la calidad de los controles de embarazo y la captación precoz de los mismos.

---

3 Este Índice ha sido elaborado por el MIDES y es el que se aplica como criterio de elegibilidad de la Tarjeta Uruguay Social.

- d) Disminuir la incidencia de niños con bajo peso y baja talla para su edad.
- e) Garantizar el acceso a las prestaciones sociales correspondientes.

---

**COMPONENTE 2:**

**Acciones socio-educativo-sanitarias universales**

**Objetivos:**

**a) Comunicación social.** Realizar campañas de sensibilización a la opinión pública sobre la importancia de la primera infancia y los cuidados de la mujer embarazada.

Brindar apoyo y asesoramiento a las estrategias comunicacionales sobre primera infancia y mujeres embarazadas a las instituciones involucradas en la temática.

Promover hábitos de vida saludables y educación en competencias parentales y prácticas de crianza.

**b) Set de materiales de apoyo a las familias.** Ofrecer un set con materiales a las familias vinculadas a la crianza y empoderamiento a través de conocimientos básicos sobre los derechos de la familia.

---

**COMPONENTE 3:**

**Generación de conocimiento:**

**Objetivos:**

a) Desarrollar estudios de alcance nacional que permitan conocer **el estado nutricional y el desarrollo psicomotriz de la primera infancia** y den cuenta de las **pautas de crianza**; y otros estudios particulares.

b) **Sistema de información para la primera infancia.** Fortalecer los sistemas de información actualmente existentes garantizando su integración al SIAS para poder realizar un monitoreo integral de la situación de la primera infancia.

---

**COMPONENTE 4:**

**Fortalecimiento de capacidades institucionales**

**Objetivos:**

- a) Mejorar el equipamiento y pequeñas obras de infraestructura en centros de salud y servicios de atención a la primera infancia.
- b) Apoyar la implementación del Sistema Nacional de Cuidado para la Primera Infancia.

---

**VII. Marco institucional**

El trabajo para el logro de los resultados descritos, no es de responsabilidad exclusiva de una institución ó sectorial, se hace imprescindible la intersectorialidad. El diseño de una política dirigida a la primera infancia debe articular con todas las políticas sociales garantizando la sostenibilidad en el tiempo y la integralidad en la acción.

El Programa Uruguay Crece Contigo (UCC) trabajará en la órbita de Presidencia de la República - Oficina de Planeamiento y Presupuesto y será dirigido por una Mesa de Coordinación Interinstitucional, la cual será responsable de articular las decisiones políticas y de dar seguimiento estratégico al programa.

Este espacio estará en permanente coordinación con el Consejo Nacional de Políticas Sociales y estará integrado en forma permanente por la Presidencia de la Republica, a través de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto; el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Desarrollo Social.

La implementación de UCC estará gestionada por una **Unidad Técnica Central (UTC)**, responsable de fijar los objetivos de trabajo con su consecuente Planificación Estratégica, coordinar con las sectoriales involucradas y realizar el seguimiento y la evaluación de las acciones.

Dicha Unidad Técnica Central trabajará en la órbita de la OPP, dependiendo del Área de Políticas Territoriales, en estrecha relación con los demás programas de dicha Área que hoy se desarrollan en territorio.

Las prestaciones que se definan involucrarán a todas las sectoriales principalmente ASSE, INAU-Plan CAIF y el Congreso Nacional de Intendentes. Otras instituciones del Estado implicadas con UCC serán Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio de

## Uruguay Crece Contigo

---

Trabajo y Seguridad Social – INDA, Ministerio de Vivienda Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente, ANEP, BPS, UDELAR, AGESIC. Así como otros organismos del Estado como Plan Ceibal, ANTEL, ANCAP, etc.

A su vez la UTC coordinará acciones y lineamientos estratégicos con la Comisión de Primera Infancia del Comité de Coordinación Estratégica de Infancia y Adolescencia (CCE), y del Sistema Nacional Integral de Cuidados.

La UTC deberá establecer coordinaciones con las instituciones y organismos sectoriales involucrados, con la sociedad civil organizada, con el ámbito empresarial y con organismos de cooperación internacional.

Se aplicará un modelo de gestión orientado a resultados, lo cual supone la medición periódica de los mismos, que proporcionará la base para realizar ajustes y maximizar logros. Para ello entonces se diseñarán procesos e instrumentos de evaluación y seguimiento.

Por otra parte, se conformará un Consejo Académico Asesor, integrado por profesionales de reconocida trayectoria académica que tendrá como cometido asesorar, proponer y aportar conocimiento al Programa en todas aquellas instancias en los que éste lo solicite.

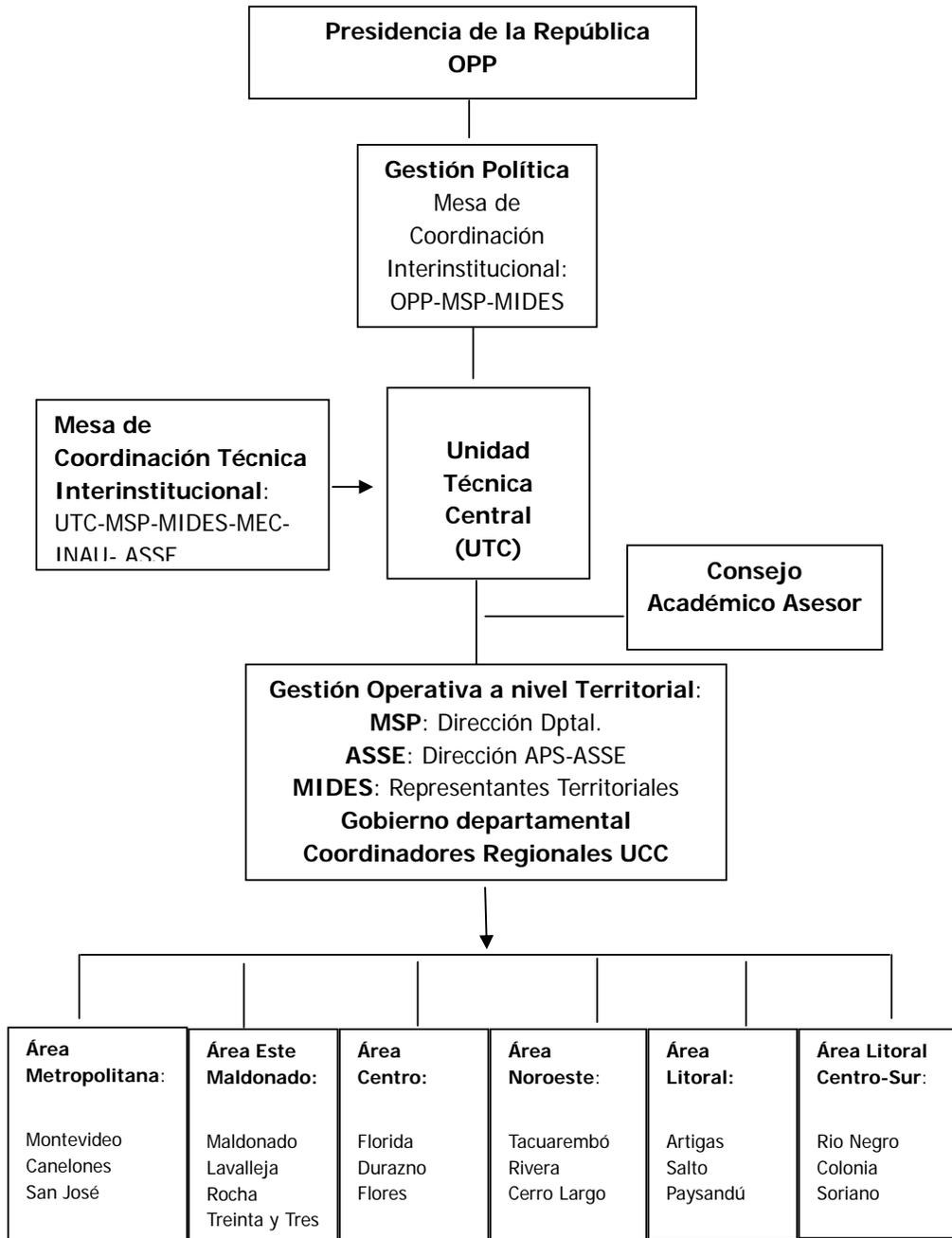
En cada departamento se instalará un espacio de coordinación de integración interinstitucional que integrará al Gobierno Departamental.

UCC proporcionará un técnico como **facilitador** regional, de acuerdo a la división Territorial de OPP, con el objetivo de apoyar la implementación del Programa y sus coordinaciones territoriales con las sectoriales involucradas.

Para la implementación del componente de Acompañamiento Familiar y Trabajo de Cercanía, contará con **supervisores** de campo, que tendrán como función garantizar la calidad de la implementación de dicho componente y articular con los restantes dispositivos de cercanía de otras iniciativas del área social y de la salud, de modo de optimizar recursos y garantizar complementariedad e integralidad en las acciones.

La implementación en campo será llevada a cabo por Operadores técnicos “**Equipos de Cercanía**” que tendrán a su cargo un conjunto de familias en un territorio de referencia, para dar apoyo y seguimiento. Trabajando en clara coordinación con los equipos de salud y de políticas sociales que se desempeñan en territorio, de manera de optimizar recursos y potenciar la intervención familiar.

Si bien el Programa UCC tiene alcance nacional, en el primer año de ejecución comenzará el trabajo focalizado de cercanía en los departamentos de Artigas, Salto, Paysandú, Rivera, Cerro Largo, Tacuarembó, Maldonado, San José, Canelones y Montevideo.



## VIII. Justificación

Como afirman Bedregal y Pardo “... *la Infancia Temprana, y en particular el período que abarca las edades de cero a tres años, es cualitativamente más que el comienzo de la vida; es, en realidad, el cimiento de ésta*”.

Las neurociencias demuestran la trascendencia de atender a la niñez desde la gestación, especialmente hasta los tres años de edad. La atención integral e integrada durante los primeros dieciocho meses mejora el desarrollo futuro y evita deficiencias irreversibles. Desde el nacimiento y hasta cerca de los tres años de edad las conexiones neuronales (sinapsis) se producen en el cerebro con niveles de velocidad y eficiencia vertiginosas, las cuales no vuelven a ser alcanzadas en el resto de la vida. En el primer año de vida, el cerebro crece más del doble; a la edad de dos años, el cerebro de un niño ha alcanzado el nivel de un adulto y a la edad de tres, las sinapsis existentes en el cerebro de un niño (aproximadamente 1000 trillones) duplican las de un cerebro adulto.<sup>4</sup>

Desde el inicio de la vida intrauterina, el feto primero y el niño/a pequeño después, responde a estímulos exógenos provenientes del medio en donde habita. Si estos estímulos son desfavorables, por ejemplo falta de nutrientes en la vida intrauterina, algunos genes se activan o encienden y hacen que luego en la vida adulta estos individuos sean más propensos a graves enfermedades que se denominan genéricamente Enfermedades Crónicas no Transmisibles como diabetes, obesidad, hipertensión, aterosclerosis etc.

El desarrollo acelerado en el crecimiento del cerebro depende tanto de la genética como de la experiencia de vida y tiene su máxima expresión durante el período fetal y el primer año de vida. En este espacio de tiempo ocurre un verdadero “moldeado” de la carga genética a partir de los estímulos que llegan del medio ambiente. Este proceso puede tener un efecto positivo potenciando las posibilidades de desarrollo del individuo o, por el contrario, si la exposición al ambiente es negativa, puede debilitar en forma importante dichas posibilidades. Una situación adversa en el embarazo y la primera infancia se asocia con problemas de salud (física y emocional) en la vida adulta, mayor mortalidad, un desempeño social conflictivo y dificultades de

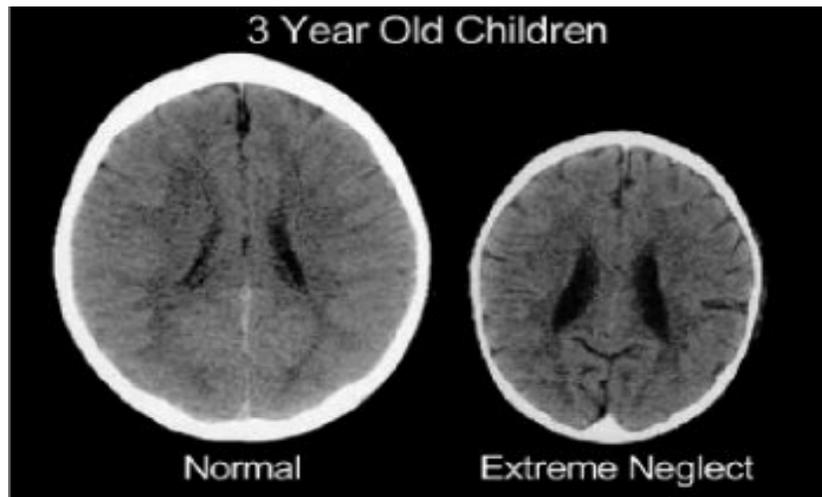
---

4 Fraser, Mustard, Early Child Development and Experience-based Brain Development - The Scientific Underpinnings of the Importance of Early Child Development in a Globalized World \*

desempeño educativo.<sup>5</sup> Por el contrario, la experiencia positiva está asociada a efectos altamente favorables en todas estas dimensiones. La cercanía y apego con sus adultos referentes, los cuidados afectuosos, el ambiente de armonía y dedicación, y el juego, son aspectos fundamentales para favorecer el desarrollo en estos primeros años de vida.

Los cambios mencionados ocurren en momentos precisos que están “programados” por el cerebro. Estas modificaciones transcurren como “ventanas” que se abren y se cierran y por lo tanto aquello que no ocurre en su momento habrá perdido su oportunidad. La carga genética (aquello que heredamos) es modificada durante este período. Estas modificaciones pueden ser positivas (cuando la interacción con el ambiente ocurre en forma favorable) o negativas (interacción desfavorable). Al “cerrarse” las ventanas, se alejan las posibilidades de modificar el resultado de estos procesos. La noción de “oportunidad” es central para comprender la importancia de este período.

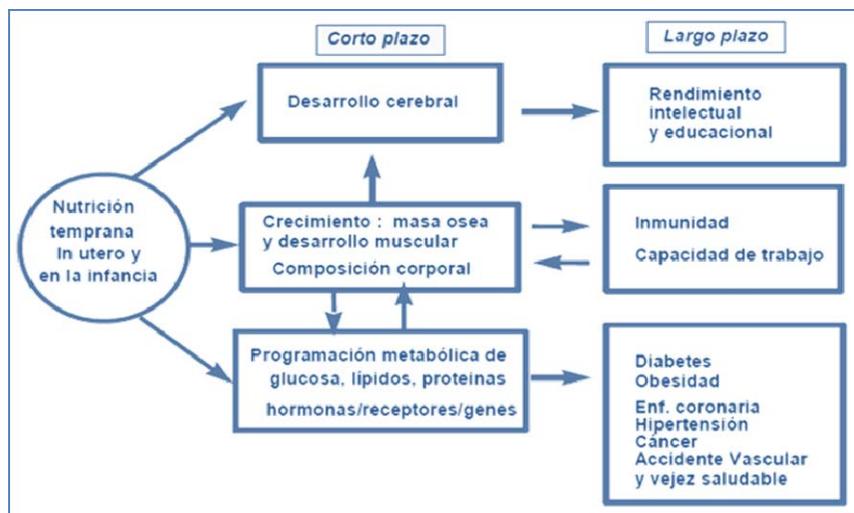
Imagen 1: Comparación de dos tomografías cerebrales. La imagen de la izquierda muestra el cerebro de un niño que ha crecido en un ambiente con cuidados adecuados. La de la derecha la de otro niño, que ha vivido en un ambiente ausente de cuidados y afectos.



5 Desarrollo Integral en la Infancia: una Prioridad para la Salud. Manual de Desarrollo Temprano para Profesionales de la Salud. Landers, Cassie; Mercer, Raúl; Molina, Helia; Eming Young, Mary. OPS/OMS, 2006

El efecto de la falta de estímulos y cuidados puede llegar a ser devastador. A través de la imagenología, existen evidencias en donde se comparan tomografías cerebrales pertenecientes a niños con desarrollo normal y niños que padecen falta severa de cuidados. Los resultados demuestran diferencias muy importantes en cuanto al desarrollo neuronal de uno y otro.

La nutrición, la salud, la protección - los cuidados y los estímulos en esta etapa constituyen los nutrientes esenciales que el cerebro necesita para poder desarrollarse.



Impacto a Largo Plazo De La Nutrición Temprana. Necesidad De Promover Un Crecimiento Óptimo En La Niñez y Adolescencia. Dumows, Alvear, Salazar, Bustos, Muzzo, Uruguay

## Acerca del rendimiento de la inversión

Heckman<sup>6</sup>, premio Nobel de economía en el año 2000, demostró en su trabajo, que la inversión en las primeras etapas de la vida, tienen una muy alta tasa de retorno, siempre mayor a las inversiones realizadas en otras etapas del ciclo de vida posteriores a la primera infancia.

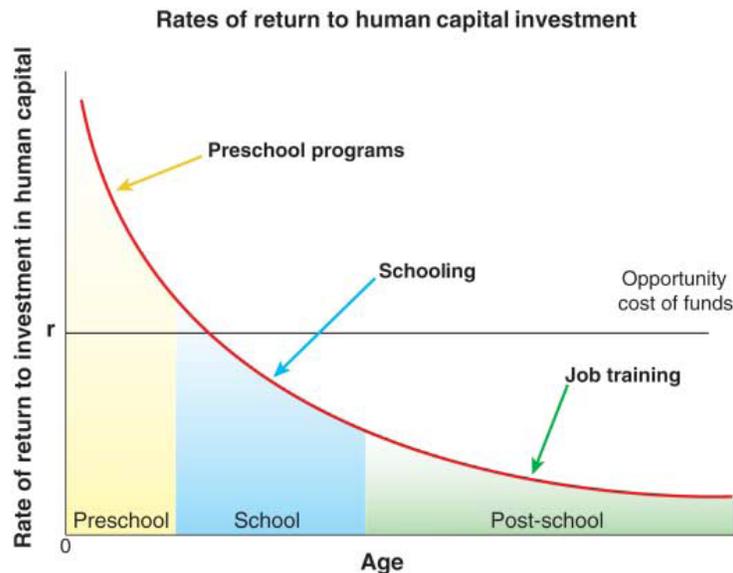
Invertir en primera infancia facilita la reducción de la pobreza y de la desigualdad. El resultado de las políticas dirigidas a la primera infancia condiciona en gran medida el éxito o fracaso de las otras políticas sociales. Intervenciones en primera infancia que logran buenos resultados, acarrearán notorios beneficios en educación, en salud y en convivencia social durante la vida adulta mejorando así todo el sistema de políticas

6 The Productivity Argument for Investing in Young Children. J. J. Heckman and D. V. Masterov. NBER Working Paper 13016. 2007

sociales. Invertir en primera infancia es por último, el camino más seguro para cortar la reproducción de la pobreza y revertir la inequidad social creando iguales condiciones para todos desde el inicio de la vida.

Desarrollar políticas hacia la primera infancia asegurando un buen comienzo en la vida es también una cuestión ética y de derechos<sup>7</sup>.

Para posibilitar que el efectivo goce de todos los derechos sea posible a lo largo de la vida y que las oportunidades que esto genera sean efectivamente aprovechadas por todos, debemos comenzar por la garantía de derechos desde el inicio de la vida.



Fuente: Tomado de "Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children James J".

### Las familias hoy

Las familias han experimentado importantes cambios en las últimas décadas. Han variado su constitución, dando cuenta de nuevos arreglos familiares, con un aumento de los divorcios y la disminución de hogares extendidos, lo que ha requerido repensar las políticas públicas, contemplando la constitución de los hogares tal como son en el siglo XXI.

7 Convención de los derechos del niño, artículos 7 y 24

Por otra parte, analizando el rol de las mujeres en los hogares cabe señalar al menos tres aspectos importantes, (a) las mujeres se han incorporado paulatinamente al mercado de trabajo, llegando en la actualidad a una tasa de ocupación de un poco más del 50%;<sup>8</sup> (b) aún en este contexto, las tareas de crianza y cuidados siguen siendo desempeñadas principalmente por las mujeres;<sup>9</sup> (c) en los hogares de menores ingresos es donde se acumula el mayor porcentaje de jefatura de hogar femenina (35, 4%)<sup>10</sup>

Por lo tanto, es necesario pensar las políticas de Primera Infancia desde la gestación y enmarcadas en el contexto familiar y social actual. En tal sentido, debe atenderse particularmente la situación de las mujeres y su rol en las familias.

Son las mujeres quienes continúan siendo pilares en la crianza de los niños y niñas, la política de infancia debe ser parte de las políticas del cuidado y debe contemplar a la mujer desde sus necesidades, promoviendo su desarrollo en múltiples planos de su vida, además del de la maternidad.

Para el país atender las necesidades de todos los integrantes del hogar promoviendo la equidad y efectivo acceso y ejercicio de sus derechos, significa promover familias más saludables donde sus integrantes se desarrollan y crecen plenamente, mejorando la calidad de vida de los niños y niñas de dichos hogares.

---

### Antecedentes

Desde Chile Crece Contigo se recoge la experiencia de diseñar e implementar políticas de infancia de alcance nacional que garanticen el acceso de toda la población a una canasta básica de prestaciones de calidad vinculadas a la primera infancia. Chile Crece Contigo es un Sistema de Protección Integral a la Infancia que tiene como misión acompañar, proteger y apoyar integralmente, a todos los niños, niñas y sus familias desde el embarazo, a través de acciones y servicios de carácter universal, así como focalizando apoyos especiales a aquellos que presentan alguna vulnerabilidad mayor. Su objetivo principal es acompañar y hacer un seguimiento personalizado a la trayectoria de desarrollo de los niños y niñas, desde el primer control de gestación hasta su ingreso al sistema escolar (alrededor de los 4 o 5 años de edad).<sup>11</sup>

---

8 Encuesta Continua de hogares , INE 2010

9 Salvador S. 2010. Hacia un Sistema Nacional de Cuidados en Uruguay. Resumen ejecutivo. Montevideo, CEPAL-UNFPA Proyecto " Género Población y Desarrollo". "Estructuras familiares en America Latina y el Caribe"

10 Encuesta Continua de hogares , INE 2010

11 Cuatro años creciendo juntos. Memoria de la instalación del Sistema de Protección a la Primera Infancia Chile Crece Contigo 2006-2010

## Uruguay Crece Contigo

---

Posteriormente, Canelones Crece Contigo (CCC) retoma para el departamento de Canelones en Uruguay, la experiencia de abordaje focalizada en las situaciones de mayor vulnerabilidad social, adaptando la intervención a nuestro medio. El Programa CCC coordinado por la Dirección de Desarrollo Social de la Intendencia de Canelones, en el marco del Programa Uruguay Integra se orienta a mejorar las condiciones de inclusión social, la nutrición y desarrollo de las mujeres embarazadas y de los niños menores de 4 años residentes en localidades de alta vulnerabilidad social del departamento. Está basado en un trabajo de cercanía, con sistemáticas visitas domiciliarias que tienen por objetivo apoyar a las familias que viven en condiciones de pobreza y favorecer los procesos de inclusión social de los hogares.

Por otra parte el Plan de Salud Perinatal desde el Ministerio de Salud Pública ha significado un importante esfuerzo de regulación para abordar los problemas detectados en la atención a la población de mujeres embarazadas, niños y niñas en la primera infancia. Este Plan define como objetivo de trabajo promover la atención integral, oportuna y de calidad en la etapa pre- concepcional, concepcional, del Recién nacido (RN) y durante la primera infancia (0 a 5 años). Su objetivo es reducir la morbi-mortalidad perinatal y de la primera infancia a través de acciones preventivas y de promoción asociada a la detección precoz, la atención oportuna y a la reorientación de los servicios de salud.

---

### Logros alcanzados

Desde el Plan de Equidad, tanto en sus componentes estructurales como desde la Red de Asistencia e Integración Social, se ha avanzado considerablemente en la protección hacia las familias con niños, niñas y adolescentes a cargo, en situación de pobreza. Algunos de sus ejemplos:

- Aumento en la cobertura y en el monto de las Asignaciones Familiares.
- Aumento en la cobertura de la educación inicial. Desde el año 2008, la universalización de educación inicial es completa en el nivel de 5 años y en el de 4 años la cobertura está próxima al 95%.
- Aumento en la cobertura del Plan CAIF. A agosto del 2011 el número de centros fue de 334 en todo el país con 76 en Montevideo y 258 en el interior. En el año 2008 el Plan CAIF alcanzó una cobertura en todo el país de 43.734 niños, de los cuales 11.326 eran de Montevideo y el resto del interior. Cabe señalar que 15.682 niños/as son menores de 2 años y participan del Programa de Experiencias Oportunas y 24.192 asisten diariamente a Educación Inicial.

- Además de los avances ya logrados en términos de salud de las mujeres y los niños, en el marco de la reforma con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud se instrumentaron y ampliaron las prestaciones para un importante sector de las mujeres embarazadas y de la población infantil. Acceso a nuevas vacunas, promoción del control de salud de la niñez, nuevo carné pediátrico, ampliación del programa Nacional de Pesquisa Neonatal, puesta en marcha de la pesquisa de Desarrollo Infantil en base a la Guía de Vigilancia del Desarrollo, son ejemplos de ello. Además se destaca el fortalecimiento y extensión del Programa ADUANA de ASSE, que permite la captación de todo recién nacido en el territorio nacional para asegurar su control adecuado de salud para los primeros dos años de vida.
- Construcción de la ENIA, Estrategia Nacional de Infancia con referencia específica a primera infancia.

---

### Debilidades detectadas

Sin desconocer los avances y logros alcanzados persisten aún inequidades que requieren de una especial atención:

- Pobreza infantil. Pese a haberse logrado disminuir la pobreza, ésta sigue afectando selectivamente a las familias con niños de menos de 6 años. El 33,8 % de los niños menores de 6 años viven en familias por debajo de la línea de la pobreza. (INE, 2010).
- Si bien ha habido un aumento significativo en las políticas sociales con efectos positivos en la disminución de la pobreza, persiste un “núcleo duro” que no logra acceder a los bienes y servicios sociales existentes, como efecto de la exclusión.
- A pesar del descenso sostenido en las cifras de mortalidad infantil las principales causas continúan incambiadas, siendo la mayoría de ellas potencialmente reductibles. Las afecciones vinculadas con la prematuridad continúan representando la principal causa de mortalidad en el período neonatal (0 a 28 días)<sup>12</sup>. En relación con la mortalidad postneonatal (28 días al año de vida) el

---

12 Giachetto, G. “Mortalidad Infantil en Uruguay: una mirada crítica”. Editorial. Arch Pediatr Urug 2010; 81(3): 139 - 140.

principal problema lo representa la muerte en domicilio<sup>13</sup>. Los datos del Programa Muerte Inesperada del Lactante (MIL) muestran que luego de realizada la autopsia el 70% de las muertes corresponden a causa potencialmente evitable; principalmente infecciones respiratorias bajas en las que la familia no tomó contacto con un servicio de salud y no reconoció los signos de alarma de la enfermedad de fondo. A su vez en estos casos los Servicios de Salud no lograron priorizar a estas familias de modo acorde al riesgo existente.

- Los controles prenatales son aún insuficientes en número y calidad. El 27.4 % de las mujeres en 2010 tuvo menos de 6 controles según el informe del SIP (Sistema Informático Perinatal) del Centro Hospitalario Pereira Rossell y 6,4% no tuvo ningún control de su embarazo. En el mismo año, 2.6% de los recién nacidos presentaron sífilis congénita (la OMS establece que las cifras para que un país se considere libre de sífilis congénita es de 0,5/00).

- La nutrición y la salud en el embarazo son cruciales. Sin embargo, diversos estudios han mostrado niveles significativos de malnutrición y anemia entre las embarazadas. Según los datos registrados en el Sistema de Información Perinatal (SIP) en el año 2009, alrededor de un 34% de las mujeres al inicio de la gestación presentan algún grado de sobrepeso u obesidad, mientras un 15 % presenta bajo peso. También preocupa un creciente número de embarazadas que consumen alcohol y drogas durante el embarazo, con el consiguiente daño al bebé y a su cuidado posterior.

- La prematurez y el bajo peso al nacer son altos incluso si los comparamos con países de la región con características similares a Uruguay. A nivel de ASSE el porcentaje de niños prematuros (nacidos antes de la semana 37) fue de 12,1 % en 2010 (SIP) y el porcentaje de niños nacidos con bajo peso (menos de 2.500 grs) fue de 12,3 % (SIP).

- La anemia infantil en etapas tempranas tiene varias y serias consecuencias que afectan principalmente el crecimiento y el desarrollo. Este trastorno muy frecuente en el mundo, también ha sido identificado en el Uruguay como un problema de alta prevalencia en la población infantil. Según los datos de la encuesta sobre prácticas alimentarias, estado nutricional y anemia 2011 MSP/RUANDI/UNICEF/MIDES, la prevalencia global de anemia en niños de 6 a 24 meses es de 31,5% no

---

13 Ministerio de Salud Pública, Comunicación y Salud. Informe “Jornada por la vida de niños, niñas, adolescentes y jóvenes. Causas y estrategias para reducir la mortalidad”. 2010, 1 – 6 Disponible [www.msp.gub.uy](http://www.msp.gub.uy)

observándose diferencias significativas entre el sector público y privado. Por otra parte un trabajo de CSIC/UDELAR/ENYD/ INDA de 2008, observó que entre los niños de 6 a 12 meses beneficiarios del Programa Alimentario Nacional de INDA, la prevalencia de anemia ascendía a 67%.

- En relación con la nutrición infantil, los datos disponibles indican que el país presenta aún niveles elevados de desnutrición crónica. Esta se mide relacionando la talla con la edad del niño y nos señala una historia nutricional deficitaria que se expresa por una talla menor a la que le corresponde al niño de acuerdo a su edad. De acuerdo a lo relevado por MSP/RUANDI/UNICEF/MIDES no se observan diferencias significativas en la prevalencia de retraso de talla en todo el país en niños menores de 24 meses entre 2007 y 2011, 11.3% vs 10.9%. Cabe destacar que en este trabajo y en otros realizados en el país en diferentes momentos, se coincide en que el retraso de talla y el sobrepeso y la obesidad (9,5 % en MSP/RUANDI/UNICEF/MIDES 2011) son los fenómenos más frecuentes.

- En diferentes trabajos realizados en el país desde 1989 por Terra y col. (CLAEH), GIEPP 1996, INFAMILIA con IPES – UC 2004, con CLAEH en 2006, Equipos Consultores INAU CAIF 2010, se ha dado cuenta de la situación de desarrollo infantil y en particular de su impacto en los sectores más pobres de la población. En términos generales, se encontró que los niños pertenecientes a sectores pobres presentaban mayores niveles de riesgo y retraso del desarrollo que los no pobres.

- Las dificultades en el desempeño de los roles maternos y paternos generan interacciones vinculares conflictivas que inciden negativamente en el desarrollo del niño, niña y de la embarazada. Procesos vinculares familiares que se desarrollan con limitaciones afectivas, comunicacionales, van generando redes primarias precarias, imposibilitadas de brindar la contención y el cuidado oportuno en esta etapa de la vida. Al mismo tiempo la familia que produce estas formas vinculares, las reproduce desde el punto de vista del ciclo de vida. Por lo cual es producto y productora de procesos vinculares saludables o conflictivos.

<b>Cifras Uruguay:</b>	
<b>Pobreza infantil menores de 6 años</b>	<b>26,1%<sup>14</sup></b>
<b>Mortalidad infantil</b>	<b>7,71/00<sup>15</sup></b>
<b>Causas de mortalidad neonatal</b>	<b>Prematurez, más del 60% potencialmente evitable<sup>16</sup></b>
<b>Causas de mortalidad post neonatal</b>	<b>60% son en domicilio, más del 70% sería potencialmente evitable<sup>17</sup></b>
<b>Embarazos mal controlados (datos CHPR)</b>	<b>24,70%<sup>18</sup></b>
<b>Prematurez (datos CHPR)</b>	<b>12,1%<sup>19</sup></b>
<b>Recién Nacidos con Sífilis Connatal</b>	<b>2,60%<sup>20</sup></b>
<b>Anemia infantil (población general)</b>	<b>31,5%<sup>21</sup></b>
<b>Retraso en la talla en menores de 24 meses</b>	<b>10,90%<sup>22</sup></b>

<sup>14</sup> INE Encuesta Continua de Hogares 2011

<sup>15</sup> Estadísticas Vitales del MSP 2010

<sup>16</sup> Programa Nacional de Salud de la Niñez – Área Ciclos de Vida DPES, 2010

<sup>17</sup> Programa Nacional de Salud de la Niñez – Área Ciclos de Vida DPES, 2010

<sup>18</sup> Informe Sistema Informático Perinatal 2010 CHPR - ASSE

<sup>19</sup> Informe Sistema Informático Perinatal 2010 CHPR - ASSE

<sup>20</sup> Informe Sistema Informático Perinatal 2010 CHPR - ASSE

<sup>21</sup> Encuesta Sobre Prácticas Alimentarias, Estado Nutricional y Anemia 2011  
MSP/RUANDI/UNICEF/MIDES (sin publicar)

<sup>22</sup> Encuesta Sobre Prácticas Alimentarias, Estado Nutricional y Anemia 2011  
MSP/RUANDI/UNICEF/MIDES (sin publicar)