

**MAPEO DE PRESTACIONES  
Y SERVICIOS DE ATENCIÓN  
A LA PRIMERA INFANCIA  
DEL URUGUAY**

## **Mapeo de prestaciones y servicios de atención a la primera infancia del Uruguay**

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF Uruguay

Autor: Gabriel Corbo, Red IBX

Coordinación del proyecto:

Darío Fuletti, Oficial de Monitoreo de UNICEF

Corrección de estilo: Ana Gómez

Diseño gráfico editorial: Verónica Pimienta

Primera edición, Montevideo, noviembre de 2024

# Contenido

<b>Glosario</b>	<b>1</b>
<b>Introducción</b>	<b>2</b>
<b>1. Área Preconcepción, salud y nutrición durante el embarazo, parto y posparto</b>	<b>4</b>
1.1. Atenciones y servicios.....	5
1.2. Principales desafíos identificados.....	17
1.3. Espacios de coordinación.....	19
1.4. Resumen del área Preconcepción, salud y nutrición durante el embarazo, parto y posparto.....	20
<b>2. Área Protección e inclusión social</b>	<b>21</b>
2.1. Atenciones y servicios.....	22
2.2. Principales desafíos identificados.....	28
2.3. Espacios de coordinación.....	30
2.4. Resumen del área Protección e inclusión social.....	30
<b>3. Área Salud, nutrición y desarrollo del niño o niña</b>	<b>32</b>
3.1. Atenciones y servicios.....	32
3.2. Principales desafíos identificados.....	40
3.3. Espacios de coordinación.....	41
3.4. Resumen del área Salud, nutrición y desarrollo del niño/a.....	42
<b>4. Área Educación y cuidados</b>	<b>43</b>
4.1. Atenciones y servicios.....	43
4.2. Principales desafíos identificados.....	49
4.3. Espacios de coordinación.....	51
4.4. Resumen del área Educación y cuidados.....	52
<b>5. Programa 404. Atención Integral a la Primera Infancia</b>	<b>53</b>
<b>6. Cuadro resumen: Áreas, atenciones y servicios</b>	<b>54</b>
<b>7. Conclusiones y reflexiones</b>	<b>56</b>
7.1. Lo positivo.....	56
7.2. Lo que no muestra el Mapeo.....	57
7.3. Consideraciones para un mapa de atenciones más amplio y efectivo.....	59
<b>Anexos</b>	<b>65</b>
<b>Referencias bibliográficas</b>	<b>68</b>

# Glosario

<b>ANCAP</b>	Administración Nacional de Combustibles, Alcohol y Portland
<b>ANEP</b>	Administración Nacional de Educación Pública
<b>ASSE</b>	Administración de los Servicios de Salud del Estado
<b>BPS</b>	Banco de Previsión Social
<b>CCEPI</b>	Consejo Coordinador de la Educación en la Primera Infancia
<b>CHLA-EP</b>	Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes
<b>CHPR</b>	Centro Hospitalario Pereira Rossell
<b>DGEIP</b>	Dirección General de Educación Inicial y Primaria
<b>FGN</b>	Fiscalía General de la Nación
<b>FNR</b>	Fondo Nacional de Recursos
<b>INAU</b>	Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay
<b>INDA</b>	Instituto Nacional de Alimentación
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estadística
<b>INR</b>	Instituto Nacional de Rehabilitación
<b>MEC</b>	Ministerio de Educación y Cultura
<b>MEF</b>	Ministerio de Economía y Finanzas
<b>MIDES</b>	Ministerio de Desarrollo Social
<b>MSP</b>	Ministerio de Salud Pública
<b>MVOT</b>	Ministerio de Vivienda y Ordenamiento Territorial
<b>OSE</b>	Obras Sanitarias del Estado
<b>SIAS</b>	Sistema de Información Integrada del Área Social
<b>SIPIAV</b>	Sistema Integral de Protección a la Infancia y Adolescencia contra la Violencia
<b>SNCyD</b>	Secretaría Nacional de Cuidados y Discapacidad
<b>SNIS</b>	Sistema Nacional Integrado de Salud
<b>UCC</b>	Uruguay Crece Contigo
<b>UDELAR</b>	Universidad de la República
<b>UTE</b>	Administración Nacional de Usinas y Transmisiones Eléctricas

# Introducción

El presente documento es el informe de consultoría llevado a cabo a solicitud de UNICEF Uruguay, implementado por la empresa Red IBX durante el período marzo-mayo de 2024, teniendo como técnico responsable a Gabriel Corbo.

El estudio tuvo como objetivo general realizar un Mapeo de prestaciones y servicios de atención a la primera infancia del Uruguay, contemplando los servicios y atenciones existentes en el país.

En la elaboración de este Mapeo se identifican y organizan las atenciones, servicios y prestaciones, concretadas y materializadas mediante provisión de carácter público, de acuerdo con la etapa de crecimiento del niño o la niña, desde el embarazo hasta los 6 años, desde una perspectiva de garantía de derechos.

Para este fin, se tomó como base el trabajo publicado en marzo de 2020 por Diálogo Interamericano, CAF, UNICEF y MIDES, *Construyendo un paquete básico de prestaciones para la primera infancia*. «Por prestaciones se entiende el conjunto de acciones que ocurren (o deberían ocurrir) en forma adecuada y oportuna tomando en cuenta el curso de vida del niño/a y las responsabilidades de los diferentes sectores. Estas prestaciones se concretan y materializan en servicios, que pueden ser de provisión tanto pública como privada» (Curcio, 2020).

El método identificatorio y clasificatorio de las atenciones, servicios y prestaciones fue identificar las áreas garantes de derechos para el adecuado desarrollo infantil. Luego, dentro de cada área, se identificaron las atenciones que forman parte de esta, y, finalmente, los servicios que materializan estas atenciones. En la figura 1 se presenta una ilustración del método descrito.

**Figura 1. Criterio para el Mapeo de prestaciones para la primera Infancia**



Asimismo, el estudio contiene un conjunto de objetivos específicos, los cuales se detallan a continuación:

- Realizar una breve descripción de cada prestación y servicio que forma parte del Mapeo.

- Identificar grados de avance del Programa 404 y el cumplimiento de los objetivos previstos. En particular, se buscará ahondar en identificar mejoras en los niveles de acceso, cobertura y calidad.
- Identificar posibles superposiciones de prestaciones y servicios, y en qué medida los niveles de articulación interinstitucional existentes permiten evitarlas. En particular, se prestará especial atención al rol del Equipo de Coordinación y Seguimiento en este aspecto.
- Identificar posibles necesidades no atendidas o atenciones insuficientes.

Para el desarrollo de esta consultoría, la metodología principal consistió en la realización de un conjunto de entrevistas semiestructuradas a directores y responsables de las atenciones y servicios dirigidos a la primera infancia. En el anexo se detalla el listado de entrevistas, así como la guía de pautas utilizada. Además, se recabó y sistematizó información de carácter secundario, así como otra proporcionada por las instituciones entrevistadas.

En este Mapeo, se identificaron cuatro áreas de atenciones:

1. Preconcepción, salud y nutrición durante el embarazo, parto y posparto.
2. Protección e inclusión social.
3. Salud, nutrición y desarrollo de niños y niñas.
4. Educación y cuidados.

El presente documento se organiza en cuatro capítulos principales, cada uno correspondiente a las áreas definidas. En cada capítulo se describen las atenciones identificadas, ofreciendo una breve descripción que contempla: objetivos, población beneficiaria y aspectos de cobertura; la principal institución encargada de su regulación y dotación, así como las demás instituciones públicas vinculadas en esta dotación.

Asimismo, se describen los espacios de articulación interinstitucional existentes, en los que se coordinan aspectos que hacen a la atención y/o servicio. Por último, se esbozan los principales desafíos identificados, los cuales pueden abarcar diversos aspectos, como cobertura, calidad, coordinación, información, conocimiento, entre otros.

# 1. Área Preconcepción, salud y nutrición durante el embarazo, parto y posparto

Esta área, tal como su nombre lo indica, corresponde al ciclo vital que abarca el período preconcepcional, el embarazo, el parto y el posparto (hasta los 40 días de vida del niño o niña).

En el Mapeo realizado, para todas las atenciones identificadas en esta área, Uruguay muestra una única institución responsable de su regulación: el Ministerio de Salud Pública. No obstante, como se podrá apreciar, en algunos casos, existen otras instituciones con fuerte peso en lo que respecta a decisiones de cobertura y de administración.

En esta área se identificaron tres atenciones principales:

- Salud sexual y reproductiva.
- Perinatología.
- Salud mental.

Cada una de estas atenciones incluye un conjunto importante de servicios y prestaciones. Se han identificado las siguientes instituciones como responsables de su dotación: ASSE y prestadores de salud del SNIS, INAU, MIDES, ANEP, MEC, FNR, Poder Judicial y CHLA-EP.

En la siguiente tabla, se ilustra el resumen de lo antedicho, detallando para cada atención las instituciones participantes identificadas.

**Tabla 1. Institución reguladora y participantes de las atenciones del área Preconcepción, salud y nutrición durante el embarazo, parto y posparto**

Área	Atención	Institución reguladora	Instituciones participantes
Preconcepción, salud y nutrición en el embarazo, parto y posparto	Salud sexual y reproductiva	MSP	ASSE y prestadores del SNIS BPS INAU MIDES FNR
	Perinatología		ASSE y prestadores del SNIS MIDES INAU BPS FNR Correos Poder Judicial CHLA-EP
	Salud mental		ASSE y prestadores del SNIS INAU MIDES

## 1.1. Atenciones y servicios

En cada una de las atenciones identificadas en esta área se reconocieron los servicios de política pública materializados por instituciones públicas. En total se mapearon 11 servicios principales.

En la tabla 2 se presenta una ilustración de los servicios para cada atención que compone esta área de Preconcepción, salud y nutrición durante el embarazo, parto y posparto.

**Tabla 2. Servicios que materializan las atenciones del área Preconcepción, salud y nutrición durante el embarazo, parto y posparto**

PRECONCEPCIÓN, SALUD Y NUTRICIÓN DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO	
Atenciones	Servicios que materializan la atención
Salud sexual y reproductiva	Consejería preconcepcional Acceso a métodos anticonceptivos Tratamientos de fertilidad asistida Interrupción voluntaria del embarazo
Perinatología	Controles del embarazo Nutrición de la embarazada y el lactante Atención del parto y recién nacido Pesquisa neonatal Visita domiciliaria Inmunizaciones
Salud mental	Depresión materna

### 1.1.1. Sobre los servicios de la atención Salud sexual y reproductiva

En esta atención se identificaron cuatro servicios, que pasan a detallarse a continuación:

**Tabla 3. Servicios que materializan la atención Salud sexual y reproductiva**

Atención	Servicios que materializan la atención
Salud sexual y reproductiva	Consejería preconcepcional Acceso a métodos anticonceptivos Tratamientos de fertilidad asistida Interrupción voluntaria del embarazo

### **1. Consejería preconcepcional**

En este servicio, la institución reguladora es el MSP, que aporta guías y recomendaciones para su materialización (MSP, s.f.-a). Estas son de carácter universal, y las acciones son ejecutadas por todos los prestadores de salud, tanto públicos como privados, en todo el país, que forman parte del SNIS.

En opinión de las autoridades consultadas, su aplicación no está muy extendida, en particular en poblaciones de mayor vulnerabilidad social.

**Instituciones participantes en este servicio: ASSE y prestadores de salud del SNIS**

### **2. Acceso a métodos anticonceptivos**

En 2010, Uruguay definió como un derecho el acceso a los servicios de anticoncepción. Son una prestación obligatoria para todas las instituciones que forman parte del SNIS (Presidencia de la República, 2023).

Los métodos anticonceptivos (MAC) son adquiridos por el MSP, que los distribuye a todos los prestadores de salud. Estos son responsables de facilitarlos a las personas usuarias, con una parte de ellos provista de forma gratuita, en particular a través de ASSE.

En opinión de las personas entrevistadas, los mecanismos de acceso para la población se han ido facilitando, así como su entrega.

Los estudios sobre el uso y acceso a los MAC por parte de las mujeres que viven en Uruguay muestran un aumento constante. En 2011, cerca del 83 % de las mujeres utilizaban algún tipo de MAC, mientras que, en 2021, este número aumenta a 86 % (MYSU, 2021).

**Instituciones participantes en este servicio: ASSE y prestadores de salud del SNIS**

### **3. Tratamientos de fertilidad asistida**

Desde 2013, a través de la ley 19.167, se establece que el Estado debe garantizar que las técnicas de reproducción humana asistida estén incluidas en las prestaciones del SNIS. Su reglamentación data del año 2015.

Esta ley define como reproducción asistida «al conjunto de tratamientos o procedimientos que incluyen la manipulación de gametos o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo» (artículo 1).

Es un servicio de carácter universal, orientado a toda persona con infertilidad, «en la medida que se trate del procedimiento médico idóneo para concebir en el caso de parejas biológicamente impedidas para hacerlo» (artículo 2). Los tratamientos son asistidos por el FNR.

De 2015 a 2022, hubo 5015 solicitudes de tratamientos al FNR (MSP, 2023a).

**Instituciones participantes en este servicio:** Si bien el organismo regulador es el MSP, la cobertura está a cargo del FNR. Las técnicas de reproducción asistida son dotadas por instituciones habilitadas por el MSP

#### 4. Interrupción voluntaria del embarazo (IVE)

La ley 18.987, de 2012, tiene por objeto garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y reducir la mortalidad materna por abortos en condiciones de riesgo. Con este fin, se creó una normativa para el acceso oportuno a la interrupción voluntaria del embarazo.

De acuerdo con el MSP (2023b), en el período 2013-2022 se registraron 101.671 servicios de IVE en los distintos prestadores de salud. Del total de mujeres embarazadas, el 94 % optó por la IVE y el 6 % restante continuó el embarazo.

En opinión de las personas entrevistadas, este servicio se logra cubrir en todo el país. «En los territorios en donde existe objeción de conciencia, se cubre con técnicos de otros lugares».<sup>1</sup>

**Instituciones participantes en este servicio:** ASSE y prestadores de salud del SNIS

Por otra parte, un aspecto a destacar es la *Estrategia intersectorial y nacional de prevención del embarazo no intencional en adolescentes*. Esta se comienza a diseñar e implementar a partir de 2016, como una iniciativa impulsada por el MSP, MIDES, MEC, OPP, ANEP, INAU y ASSE. Su creación fue enmarcada en el Plan Nacional de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (2016-2020) y de los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020, y luego fue ratificada y fortalecida en la actual administración.

La situación de partida que lleva a elaborar la estrategia fue la alta fecundidad adolescente en el país (60 por mil mujeres de 15 a 19 años en 2014). En el quinquenio anterior a la creación de la estrategia, el 17 % de los nacimientos totales correspondían a mujeres menores de 20 años.

Asimismo, en el marco de esta estrategia, se elaboró un Mapa de ruta para la atención de niñas y adolescentes menores de 15 años en situación de embarazo. En 2018, 71 niñas y adolescentes menores de 15 años fueron madres en Uruguay. Desde 2021, ASSE viene desarrollando una estrategia para abordar los embarazos no intencionales en niñas menores de 15 años. Esta incluye un sistema de notificación a nivel territorial a partir del cual se desarrollan dispositivos de apoyo. Este sistema cuenta con el respaldo de la agencia de las Naciones Unidas UNFPA.

1. Cita de entrevista en el marco de este estudio al sector de la salud.

Aunque no existen evidencias claras para atribuir efectos directos de esta estrategia, los datos muestran un descenso de la fecundidad en Uruguay, en particular de los embarazos adolescentes (Cabella *et al.*, 2023).

Instituciones participantes en esta estrategia: MSP, MIDES, MEC, OPP, ANEP, INAU y ASSE

**Tabla 4. Resumen Mapeo atención Salud sexual y reproductiva\***

Área	Atención	Servicios	Institución reguladora	Instituciones participantes
Preconcepción, salud y nutrición en el embarazo, parto y posparto	Salud sexual y reproductiva	Consejería preconcepcional	MSP	ASSE y prestadores del SNIS
		Acceso a métodos anticonceptivos	MSP	ASSE y prestadores del SNIS
		Tratamientos de fertilidad asistida	MSP FNR (cobertura)	Instituciones habilitadas por el MSP
		Interrupción voluntaria del embarazo	MSP	ASSE y prestadores del SNIS

\* En esta atención también debe tomarse en cuenta la *Estrategia intersectorial y nacional de prevención del embarazo no intencional en adolescentes*, de la que forman parte el MSP, MIDES MEC, OPP, ANEP, INAU y ASSE.

### 1.1.2. Sobre los servicios de la atención Perinatología

En esta atención se identificaron seis servicios, los cuales se resumen en la tabla siguiente.

**Tabla 5. Servicios que materializan la atención Perinatología**

Atención	Servicios que materializan la atención
Perinatología	Controles del embarazo Nutrición de la embarazada y el lactante Atención del parto y recién nacido Pesquisa neonatal Visita domiciliaria Inmunizaciones

## 1. Controles del embarazo

El MSP establece este servicio dentro de las metas asistenciales del SNIS. En consecuencia, se trata de un servicio de carácter universal.

Las mujeres embarazadas deben tener al menos cinco controles prenatales a partir del primer trimestre. Los controles deben realizarse una vez al mes hasta la semana 32, cada 15 días entre la semana 33 y la semana 36, y una vez por semana a partir de la semana 37. Cabe destacar que un embarazo con cuatro o menos controles ya es catalogado como de riesgo.

Otro aspecto importante de este servicio se observa en el decreto 35 del año 2014, mediante el cual se establece que la mujer embarazada tiene derecho a concurrir acompañada por su pareja a los controles del embarazo.

Además, desde el 2016 se estableció como derecho la realización de una ecografía transvaginal y ecografía estructural a costo mínimo durante el embarazo, por parte de los prestadores del SNIS.

A su vez, la ley 20.129, de 2023, reconoce el derecho de las mujeres embarazadas a ausentarse del trabajo para asistir a controles de embarazo. Las mujeres y sus parejas tienen derecho a cuatro horas libres al mes para ir a controles médicos.

Además del rol del MSP y los prestadores de salud del SNIS, el BPS también tiene un rol protagónico. Este ofrece un *screening* para el primer trimestre del embarazo, que se realiza entre las semanas 11 y 13 de gestación. Este *screening* consiste en un análisis de sangre y una entrevista para datos clínicos. Su objetivo es detectar el riesgo de las alteraciones cromosómicas más frecuentes.

El *screening* no es obligatorio, sino voluntario. Es destinado a usuarias de los servicios públicos de la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud de Montevideo y área metropolitana, así como a las embarazadas trabajadoras de la actividad privada, esposas o concubinas de trabajador o jubilado de la actividad privada, y embarazadas menores de edad hijas de trabajador o jubilado de la actividad privada.

En aquellos casos en los que el *screening* arroja probabilidad de riesgo cromosómico, catalogado como intermedio o alto, el BPS cuenta con un servicio de asesoramiento, brindado a través de un equipo multidisciplinario.

Uno de los desafíos que presenta este servicio es el de una mejor coordinación entre los sistemas de información existentes. Para este caso, si bien el BPS accede a la historia clínica de la mujer embarazada, a través del Sistema de Información Perinatal (SIP), en opinión de las autoridades consultadas, el acceso y la búsqueda de información es engorrosa y compleja.

El BPS tiene especial interés en dar un adecuado seguimiento a las situaciones diagnosticadas con niveles intermedio o alto (aproximadamente un 4 % de los *screenings* que realiza). Para llegar a estos casos, el BPS manifiesta que no posee un sistema amigable, no necesitando acceder a todo el SIP, sino a algunos campos de estas situaciones específicas.

De acuerdo con información proporcionada por responsables de este servicio en el BPS, actualmente el *screening* prenatal alcanza una cobertura promedio de 14 000 al año.

La información clínica proveniente de estos controles es registrada en el SIP, lo que permite contar con un sistema de información bastante completo. Actualmente, este sistema se encuentra en un proceso de modernización, denominado SIP Plus. Entre otros aspectos, este nuevo SIP va a comenzar a formar parte del SIIAS.

Otro de los desafíos identificados en el servicio de controles de embarazo, y que es un problema persistente, es la captación temprana, o primer control realizado antes del primer trimestre del embarazo.

Con el fin de encontrar soluciones a este desafío, se han establecido acuerdos que se operativizan en el territorio, en particular a través de dispositivos del MIDES y el INAU. Estos dispositivos promueven en la comunidad los controles de embarazo, en especial el primer control.

Por ejemplo, el MIDES tiene un eje que se implementa a partir del Fondo Infancia, a través del Programa Uruguay Crece Contigo (UCC), para promover la captación temprana, con dispositivos de acompañamiento que son coordinados con las 23 maternidades públicas del país. Las mujeres embarazadas que presentan vulnerabilidades y que no son atendidas por UCC, reciben un acompañamiento y diagnóstico social que permite la derivación a programas específicos y acceso a transferencias monetarias.

Si bien es claro que se trata de un buen criterio de focalización, en términos de efectividad en la captación temprana del embarazo, llama la atención que las mujeres embarazadas sean identificadas y derivadas desde las maternidades públicas hacia UCC. Esto significa que ya tuvieron sus controles y, por ende, fueron captadas.

Realizada la consulta sobre este aspecto a las autoridades de UCC, manifestaron que la captación temprana es promovida y trabajada a través del Policlínico Móvil.

El Policlínico Móvil de UCC es un convenio entre MIDES y ASSE, con el fin de facilitar el acceso a servicios de salud y sociales para mujeres embarazadas y sus familias. El objetivo del Policlínico Móvil es promover la detección temprana del embarazo, el número y calidad de los controles y el acceso a servicios como ecografías y papanicoláu (PAP).

Trabaja con las Redes de Atención Primaria (RAP) y ofrece servicios como: telesonografías y estudios, controles médicos de niñas y niños, estudios de PAP a mujeres privadas de libertad para prevenir el cáncer de cuello de útero.

Desde 2021, su servicio se extendió a todo el país. De acuerdo con la información proporcionada por UCC para este Mapeo, el Policlínico Móvil de UCC atiende a aproximadamente 9000 personas en el área metropolitana y en zonas rurales.

Otro de los desafíos identificados en los controles de embarazo, también se encuentra en los sistemas de información. Para que UCC pueda incorporar a la mujer embarazada dentro de sus prestaciones, es necesario registrar sus datos en el sistema SMART, que forma parte del MIDES. El SMART es un sistema de monitoreo, administración y resolución de trámites que posee este organismo.

El SMART y el SIP no se encuentran conectados. Si bien el SIP Plus va a pasar a formar parte del SIIAS, de acuerdo con la información recabada, no se identificó que este se conecte con SMART. En términos prácticos, esto hace que UCC requiera de información, de la cual, parte de esta ya está registrada en el SIP.

Esta superposición produce, por un lado, ineficiencia, en tanto se requiere de personal que pregunta y registra más de una vez el mismo tipo de información, y, por otra parte, y lo más importante, genera molestias a la población destinataria, la cual debe proporcionar datos e información personal más de una vez.

**Instituciones participantes en este servicio: ASSE y prestadores de salud del SNIS. El BPS en el *screening* prenatal. En el territorio participan servicios del MIDES y el INAU**

## **2. Nutrición de la embarazada y el lactante**

El MSP es el organismo regulador que orienta las acciones que deben llevar a cabo las instituciones que forman parte del SNIS. En lo que corresponde a la nutrición de la mujer embarazada, el servicio incluye acciones de consejería, test, análisis y dotación de nutrientes, en particular ácido fólico, hierro, calcio y vitamina D (MSP, s.f.-b).

En cuanto a la lactancia, el MSP recomienda que esta sea exclusiva durante los primeros seis meses de vida del niño o niña. Uno de los problemas identificados en este servicio está centrado en la consejería, específicamente con respecto al momento en que se brinda y al personal responsable.

Como forma de comenzar a abordar esta dificultad, el MSP retomó y reformuló la iniciativa de acreditación en buenas prácticas de alimentación del lactante y del niño/a pequeño/a (MSP, 2020).

**Instituciones participantes en este servicio: ASSE y prestadores de salud del SNIS**

## **3. Atención del parto y del recién nacido**

Desde 2001, a través de la ley 17.386, las mujeres tienen derecho a estar acompañadas durante el trabajo de parto. Asimismo, las mujeres pueden elegir quién las acompañe.

En marzo de 2024, en la Cámara de Diputados se aprobó un proyecto que propone que la persona gestante pueda tener dos acompañantes durante el parto.

Casi la totalidad de los partos en Uruguay son institucionales, sin embargo, persisten desafíos importantes.

Algunos de estos desafíos están vinculados a la importancia de los controles del embarazo y de los diagnósticos precoces que allí se procesen, como, por ejemplo, la detección temprana de malformaciones congénitas, cardiopatías, entre otros.

La oportunidad de realizar estos diagnósticos a tiempo permite la implementación de hojas de rutas apropiadas, como realizar cirugías fetales o preparar el nacimiento de forma apropiada para ese niño o niña, que probablemente requiera de instrumental clínico adecuada y pertinente para su condición.

Estas situaciones pueden contar con apoyo específico a través del FNR. El FNR financia el Programa de Cirugía Fetal del CHPR. La cobertura financiera del FNR para la cirugía fetal incluye: el procedimiento de cirugía fetal, estudios de laboratorio e imagen e internación en cuidados moderados.

Un desafío identificado en la atención de partos es la proporcionalidad de partos no naturales. Si bien la enorme mayoría son institucionales, existe una alta proporción de ellos que son por cesáreas. De acuerdo con datos provenientes del registro del Certificado de Nacidos Vivos, casi la mitad de los nacimientos de todo el país son cesáreas. Cabe destacar que, de acuerdo con la OMS, la proporcionalidad deseable está entre el 10 % y el 15 %.

Otro desafío es la atención de los nacimientos prematuros, que representan entre el 9 % y el 10 % de los partos, es decir, aquellos que ocurren antes de las 37 semanas de gestación. Estos casos requieren equipos y tecnología específicos, tanto durante el parto como en el posparto. Una parte de estos nacimientos prematuros podrían llegar a evitarse en la medida que se mejore la captación temprana del embarazo.

Otro desafío identificado es la atención de niños y niñas en situación de amparo. Estas situaciones especiales requieren de la participación del Poder Judicial y, por intermedio de este, del INAU. El amparo es una garantía de derecho público que permite a quien posee un derecho subjetivo, un interés legítimo o un interés difuso pedir a la autoridad judicial competente protección y la cesación de los efectos de la amenaza o eventual lesión.

Si bien este servicio ha sido ubicado en esta área para este Mapeo, debe considerarse que los mecanismos de amparo se pueden originar en cualquier momento del ciclo vital de la niña o niño. A efectos de este trabajo, se consideró oportuno clasificarlo en esta área dada la complejidad de las articulaciones interinstitucionales que se operacionalizan en el momento del posparto.

El Código de la Niñez y la Adolescencia establece que «todo niño y adolescente tiene derecho, hasta la mayoría de edad, a recibir de sus padres y responsables la protección y cuidados necesarios para su adecuado desarrollo integral» (artículo 24).

En el momento del posparto, cuando el personal de salud evalúa que se encuentra ante una situación que requiere amparo, el departamento social de la institución analiza si el caso debe ser judicializado o no. En caso de que se considere imprescindible, la situación se deriva a la autoridad judicial competente en asuntos de familia, quien evalúa el amparo del bebé.

Si el juez o la jueza considera que procede el amparo, oficia al INAU, que a través de la Unidad de Derivación y Urgencia evalúa si hay referentes familiares que puedan dar protección al niño o niña. En caso de no poseer referentes familiares, el INAU coordina una atención a través del servicio de Familia Amiga.

Instituciones participantes en este servicio: ASSE y prestadores de salud del SNIS. El FNR en los casos en que se requiera intervención del Programa de Cirugía Fetal del Centro Hospitalario Pereira Rossell. En los casos de niños o niñas que necesiten amparo, el Poder Judicial y el INAU

#### 4. *Pesquisa neonatal*

Uruguay es un país con un importante avance en materia de programas de pesquisa, también conocidos como de tamizaje. Estos tienen como objetivo reducir la mortalidad infantil y prevenir posibles discapacidades derivadas de patologías endócrinas, metabólicas o congénitas, ya sean de origen genético o no, que no son evidentes al momento del nacimiento. La mayoría de las enfermedades estudiadas en este tipo de programas son por definición «enfermedades raras».

El SNIS refiere que la prevención de la deficiencia y de la discapacidad es un derecho y un deber de la ciudadanía y de la sociedad en su conjunto, y forma parte de las obligaciones prioritarias del Estado en el campo de la salud pública, de conformidad a lo establecido por el artículo 35 de la ley 18.651, del 19 de febrero de 2010.

La pesquisa neonatal se define como universal, obligatoria y gratuita. Esto hace que tenga una altísima cobertura en todo el territorio nacional.

A partir del decreto 325/013, la pesquisa neonatal trabaja sobre tres pilares: a) el examen de gota de sangre, b) el examen físico del recién nacido, y c) el auditivo. En 2018, se incorpora el uso del oxímetro de pulso para la detección de cardiopatías congénitas (decreto 30/018).

El examen de la gota de sangre se realiza antes de las 40 horas de vida y permite detectar el hipotiroidismo congénito, la fibrosis quística, la hiperplasia suprarrenal congénita, la fenilcetonuria, el déficit de acil-CoA deshidrogenasa de cadena media y, partir de 2023, las hemoglobinopatías (decreto 170/023).

Todo este proceso requiere de una amplia coordinación. Las pesquisas son realizadas en las maternidades de todo el país. Las muestras son enviadas al BPS, a través de Correos, que por convenio ofrece una cobertura los 365 días del año en todo el país.

El BPS se encarga de realizar los estudios. En caso de que los resultados muestren alguna anomalía, se envía el resultado a la CHLA-EP para la implementación de una segunda muestra. En caso de que la segunda muestra vuelva a dar positivo, se procede al tratamiento y seguimiento a través de los prestadores de salud del niño o niña.

En el caso del análisis auditivo mediante emisiones otoacústicas, si se detecta una discapacidad auditiva, el sistema asegura la posibilidad de un implante coclear a través de la cobertura del FNR.

Dentro de los desafíos que presenta este servicio, se encuentra la necesidad de mejorar el sistema de seguimiento y la vigilancia de salud. No se poseen buenos datos sobre lo que sucede con los tratamientos y seguimientos.

Asimismo, en opinión de las personas entrevistadas, es necesario trabajar mejor en el examen físico, mediante capacitación en detección de deformaciones físicas congénitas.

**Instituciones participantes en este servicio: ASSE y prestadores de salud del SNIS. El BPS (laboratorio de análisis), Correos, CHLA-EP, FNR (en los casos que se requiera cobertura)**

## 5. *Visita domiciliaria*

Este servicio fue incorporado obligatoriamente por el MSP para todos los prestadores de salud del SNIS a partir de 2011. La visita debe llevarse a cabo para el seguimiento de niñas y niños catalogados con «riesgo» y debe realizarse antes de los siete días posteriores al alta hospitalaria.

Además, para todos aquellos casos de recién nacidos que no concurren a los controles antes de los 10 días, se debe dar un seguimiento. Si persiste la falta de concurrencia, se debe hacer una visita domiciliaria.

La categoría de «riesgo» se determina utilizando una guía específica que se aplica en el posparto por el personal de salud. Si el niño o niña es evaluado con esta clasificación, ya sea por factores biológicos o sociales, se debe realizar un seguimiento mediante el servicio denominado como Visita domiciliaria.

Para este fin, ASSE<sup>2</sup> cuenta con el Plan Aduana, el cual fue creado en 1971 con la finalidad de incidir en la disminución de la mortalidad infantil. Nace como un programa focalizado en la población más vulnerable de niñas y niños en su primer año de vida, usuarios de los servicios públicos de salud de Montevideo.

En 2007, se extendió su cobertura desde la captación del embarazo hasta el segundo año de vida y para todo el país, y, en 2011, se amplió la cobertura hasta los 36 meses.

Actualmente, ASSE está revisando este programa, luego de haber identificado algunas dificultades en su ejecución. En particular en lo que refiere al fortalecimiento de su «componente central» y, a través de este, de su supervisión y en la capacitación del personal de salud.

Entre los desafíos específicos que identifica el Programa Aduana, algunos están asociados a territorios concretos. En este sentido, el departamento de Canelones es uno de los que presenta dificultades particulares, según la opinión de las personas entrevistadas.

Asimismo, se viene revisando la efectividad que concierne al trabajo en este programa, debido a que buena parte de los problemas identificados en su implementación encuentran su solución en otras instituciones. Por lo tanto, mejorar la articulación interinstitucional se visualiza como un eje clave.

2. De acuerdo con lo informado por las personas entrevistadas, ASSE tiene entre un 30 % y un 35 % de niños y niñas en riesgo.

Instituciones participantes en este servicio: ASSE y prestadores de salud del SNIS

## 6. Inmunizaciones

Uruguay cuenta con un esquema de vacunación que parte desde el embarazo (MSP, 2022). El MSP, además de ser la autoridad reguladora en esta materia, se encarga de adquirir y distribuir los recursos a todos los prestadores de salud del país. La CHLA-EP es la responsable de la operativa del Programa Nacional de Vacunación.

En la actualidad, dentro del esquema de vacunación, se está evaluando la posibilidad de incorporar vacunas para la prevención del virus sincitial respiratorio en el recién nacido.

Este servicio cuenta con una excelente cobertura. Sin embargo, enfrenta algunos desafíos relacionados con la baja adhesión, es decir, la cantidad de vacunas administradas es inferior a lo esperado, no por falta de suministro, sino por una demanda insuficiente. Según lo expresado por las personas entrevistadas, solo el 35 % de las embarazadas se vacunan a nivel nacional. Aunque la causa de este comportamiento no está claramente definida, la principal hipótesis sugiere que el personal de salud no recomienda ni solicita adecuadamente las vacunas.

Instituciones participantes en este servicio: CHLA-EP, ASSE y prestadores de salud del SNIS

**Tabla 6. Resumen Mapeo atención Perinatología**

Área	Atención	Servicios	Institución reguladora	Instituciones participantes
Preconcepción, salud y nutrición en el embarazo, parto y posparto	Perinatología	Controles de embarazo	MSP	ASSE y prestadores del SNIS BPS MIDES INAU
		Nutrición de la embarazada y el lactante	MSP	ASSE y prestadores del SNIS
		Atención del parto y del recién nacido	MSP	ASSE y prestadores del SNIS FNR Poder Judicial INAU
		Pesquisa neonatal	MSP	ASSE y prestadores del SNIS BPS Correos CHLA-EP FNR
		Visita domiciliaria	MSP	ASSE y prestadores del SNIS
		Inmunizaciones	MSP	CHLA-EP ASSE y prestadores del SNIS

### 1.1.3. Sobre los servicios de la atención Salud mental posparto

En esta atención se identificó solo un servicio, que se presenta en la siguiente tabla.

**Tabla 7. Servicio que materializa la atención Salud mental**

Atención	Servicios que materializan la atención
Salud mental	Depresión materna posparto

#### *Detección y atención de la depresión materna posparto*

En la actualidad, el MSP establece que los prestadores de salud del SNIS apliquen la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS) en el momento del tercer control del recién nacido. En caso de que la EPDS dé como resultado la necesidad de una atención específica, se deriva al Comité de Salud Mental, psiquiatra o psicólogo del prestador de salud.

El primer estudio sobre la prevalencia de depresión materna en el primer año posparto en Uruguay se llevó a cabo antes de la inclusión de las prestaciones de salud mental en el SNIS. El estudio se implementó en el departamento de Montevideo, en donde «se obtuvo una prevalencia general de 16,5% de madres de niños mayores a seis semanas y menores a un año del departamento de Montevideo con síntomas de depresión» (Corbo, Defey y D'Oliveira, 2011, p. 11).

Instituciones participantes en este servicio: ASSE y prestadores de salud del SNIS

**Tabla 8. Resumen Mapeo atención Salud mental posparto**

Área	Atención	Servicios	Institución reguladora	Instituciones participantes
Preconcepción, salud y nutrición en el embarazo, parto y posparto	Salud mental posparto	Detección y atención de la depresión materna posparto	MSP	ASSE y prestadores de salud del SNIS

## 1.2. Principales desafíos identificados

A continuación, se describen de manera somera los desafíos identificados.

- **Captación temprana del embarazo.** Según la opinión de las personas entrevistadas, aunque se han logrado avances en la cantidad y calidad de los controles del embarazo recomendados por el MSP, aún persisten problemas con el primer control. Este se recomienda entre la sexta y novena semana de gestación, pero suele realizarse de manera tardía, especialmente en la población vulnerable y dentro del sistema de ASSE.
- **Zonas rurales.** En opinión de las personas entrevistadas, existe un problema crónico para los adecuados controles del embarazo en zonas rurales y pequeñas localidades, así como para la IVE.
- **Prematurez.** Uruguay presenta una tasa de prematurez del parto que oscila en el 9%. Este aspecto requiere de personal calificado y de tecnología, tanto durante el parto como en el posparto. La prematurez puede tener consecuencias importantes de morbilidad y mortalidad. De acuerdo a la opinión de las personas entrevistadas, una parte de este problema podría mejorarse con la mejoría de la captación temprana del embarazo.
- **Cesáreas.** El país presenta una elevada tasa de partos por cesárea (casi la mitad de los partos de todo el país). Este fenómeno es producto de múltiples factores, lo que

requiere un análisis más profundo para incidir en aquellos aspectos que puedan reducir esta alta proporcionalidad. La OMS (2015) establece que la tasa «ideal» de cesáreas se ubica entre el 10 % y el 15 %.

- **Lactancia.** De acuerdo con las personas entrevistadas, se ha verificado un retroceso en cuanto a la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida del niño o niña. Parte del diagnóstico de este problema indica la existencia de una deficiente o escasa consejería durante el embarazo y en las maternidades. Esto ha llevado a reinstaurar la iniciativa de UNICEF y la OMS, que promueve la certificación de las maternidades en buenas prácticas de alimentación del niño/a pequeño/a.
- **Sistemas de información.** Uruguay utiliza el Sistema de Información Perinatal (SIP) para el registro de las atenciones de salud del embarazo, parto y recién nacido. El SIP fue creado por el Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer, y Reproductiva (CLAP/SMR) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Se trata de una herramienta gratuita que permite registrar la atención clínica de la mujer durante el embarazo, el parto y el recién nacido. Uruguay ha sido pionero en el uso del SIP. Actualmente, se viene implementando un SIP Plus, el cual, entre otros beneficios, podrá interactuar con información sobre los controles de salud del niño o niña y con el SIIAS. Estas interacciones, de lograrse en forma efectiva, permitirán, en primer lugar, aportar información para una atención oportuna y adecuada, y, además, proporcionar información basada en evidencia para evaluar contextos sanitarios, generar políticas, realizar investigaciones y tomar decisiones.
- Sin embargo, a pesar de los posibles buenos resultados en el avance del SIP Plus, parecen persistir al menos dos desafíos. Por un lado, en lo que respecta al BPS, aunque este tiene acceso al SIP, el método de acceso y consulta es engorroso, lo que desincentiva su uso y dificulta un seguimiento adecuado de los casos catalogados con probabilidad intermedia o alta en el *screening* fetal. Por otro lado, el Programa UCC del MIDES no cuenta con acceso al SIP. Aunque se está avanzando en la implementación del SIP Plus, en principio, este no parece estar diseñado para integrarse con el sistema SMART del MIDES. Esto implica que, en los casos en que UCC necesite incorporar datos a sus programas, sea necesario volver a recabar información que, en parte, ya se encuentra en el SIP.
- Por último, a pesar del avance que el país posee en materia de implementación de la pesquisa neonatal, no se cuenta con un buen sistema de información sobre los resultados efectivos de seguimiento de aquellos casos que dieron como resultado positivo en la pesquisa.

### 1.3. Espacios de coordinación

Se identificaron dos espacios de coordinación interinstitucional identificados en esta área de atención:

- **La Estrategia intersectorial y nacional de prevención del embarazo no intencional en adolescentes.** Existe un ámbito de coordinación de todas las instituciones participantes, donde se monitorean y organizan las acciones pertinentes.
- **Convenio ASSE-CAIF.** Este convenio data del año 2008. Fue creado con el objetivo de contribuir a la captación temprana del embarazo, promover los adecuados controles de este y generar un mecanismo de derivación a los centros CAIF para que las familias y sus bebés accedan a los servicios de experiencias oportunas.
- Por distintas razones, este trabajo se había discontinuado, habiéndose detectado no solo dificultades precisas de coordinación en los territorios, sino también en el traspaso de información personal sobre mujeres embarazadas y familias con niñas y niños pequeños. En tal sentido, se están revisando los protocolos correspondientes y se está volviendo a impulsar este trabajo, que requiere coordinaciones tanto en el ámbito central como en el territorial.

## 1.4. Resumen del área Preconcepción, salud y nutrición durante el embarazo, parto y posparto

**Tabla 9. Resumen Mapeo área Preconcepción, salud y nutrición durante el embarazo, parto y posparto**

Atención	Servicios	Institución reguladora	Instituciones participantes
Salud sexual y reproductiva	Consejería preconcepcional	MSP	ASSE y prestadores del SNIS
	Acceso a métodos anticonceptivos	MSP	ASSE y prestadores del SNIS
	Tratamientos de fertilidad asistida	MSP FNR (cobertura)	Instituciones habilitadas por el MSP
	Interrupción voluntaria del embarazo	MSP	ASSE y prestadores del SNIS
Perinatología	Controles de embarazo	MSP	ASSE y prestadores del SNIS BPS FNR MIDES INAU
	Nutrición de la embarazada y el lactante	MSP	ASSE y prestadores del SNIS
	Atención del parto y del recién nacido	MSP	ASSE y prestadores del SNIS Poder Judicial INAU
	Pesquisa neonatal	MSP	ASSE y prestadores del SNIS BPS Correos CHLA-EP FNR
	Visita domiciliaria	MSP	ASSE y prestadores del SNIS
	Inmunizaciones	MSP	CHLA-EP ASSE y prestadores del SNIS
	Salud mental posparto	Detección y atención de la depresión materna posparto	MSP

## 2. Área Protección e inclusión social

Esta área abarca todo el ciclo vital de niños y niñas (desde la concepción hasta los 6 años). Su cometido principal es dar protección a las familias con niñas y niños pequeños, así como a estos, ante situaciones de vulnerabilidad de derechos y la necesidad de crear mecanismos de inclusión social.

En el Mapeo realizado, se identificaron tres organismos que actúan en la regulación y coordinación de las atenciones. Estos son el BPS, el MIDES y el INAU.

En esta área, se identificaron tres atenciones principales:

- Transferencias a los hogares.
- Licencias y subsidios de cuidado.
- Prevención y atención a situaciones de violencia.

Estas atenciones engloban 10 servicios. Las primeras dos atenciones son materializadas a través del MIDES y el BPS, los cuales ofician de reguladores y prestadores al mismo tiempo. No obstante, sus prestaciones necesitan y/o buscan coordinaciones específicas con varios organismos, entre los que se destacan: MTSS, CODICEN, ASSE, ANCAP, UTE y OSE.

Por su parte, en la atención de prevención y atención a situaciones de violencia, la institución reguladora es el INAU, con participación de varios otros organismos públicos (MIDES, MSP, ASSE, prestadores de salud del SNIS, ANEP).

En la siguiente tabla se ilustra el resumen de lo antedicho:

**Tabla 10. Institución reguladora y participantes de las atenciones del área Protección e inclusión social**

Área	Atención	Institución reguladora	Instituciones participantes
Protección e inclusión social	Transferencias a los hogares	BPS MIDES	MTSS CODICEN MSP ASSE Prestadores del SNIS UTE OSE ANCAP
	Licencias y subsidios de cuidado	BPS	ASSE Prestadores de salud del SNIS MTSS
	Prevención y atención a situaciones de violencia	INAU	FGN ANEP MIDES MSP MI

## 2.1. Atenciones y servicios

### 2.1.1. Sobre los servicios de la atención Transferencias a los hogares

Dentro de esta atención, las transferencias se pueden clasificar en contributivas y no contributivas. Las transferencias contributivas son reguladas por el BPS, mientras que las no contributivas lo son por el MIDES. En la siguiente tabla se ilustra lo descrito:

**Tabla 11. Servicios que materializan la atención Transferencias a los hogares**

Área	Atención	Servicios	Institución reguladora	Instituciones participantes
Protección e inclusión social	Transferencias a los hogares	Transferencias contributivas	BPS	MTSS
		Transferencias no contributivas	MIDES	MTSS CODICEN MSP ASSE Prestadores del SNIS UTE OSE ANCAP

#### 1. Transferencias contributivas

Dentro de las transferencias contributivas se ubican las asignaciones familiares (AF), y su gestión está a cargo del BPS.

Las AF se enmarcan en la ley 15.084, de 1980. Son una prestación económica que se entrega de manera bimestral y está orientada a hijas, hijos o menores a cargo de las personas trabajadoras. Se otorga desde el momento en que se confirma el embarazo, varía según los ingresos del hogar y tiene tres grandes franjas: a) hogares con ingresos mayores a \$ 76 212, no les corresponde, b) hogares que tienen ingresos entre \$ 76 212 y \$ 45 717, reciben una prestación de \$ 606, y c) hogares con ingresos menores a \$ 45 717, la prestación es de \$ 1213 (BPS, s.f.).

Las personas responsables de quienes reciben las asignaciones familiares deben residir en Uruguay e integrar determinados grupos o ramas de actividad.

Asimismo, existían las AF para hogares de menores recursos (HMR) establecidas por la ley 17.139, de 1999, y reformuladas por la ley 17.758, de 2004. Las AFHMR eran más restrictivas. Además de exigir que el hogar tuviera bajos ingresos, también establecían que la persona trabajadora debía estar en situación de desempleo sin usufructo de seguro de paro, estar embarazada o que la mujer fuera el único sustento del hogar.

En 2004, la ley de AFHMR extendió la prestación a todos los hogares de ingresos menores a tres salarios mínimos nominales no comprendidos en las leyes anteriores de AF. Las AFHMR fueron sustituidas por transferencias no contributivas a partir de la ley 18.227, de 2007, Plan de Equidad.

Instituciones participantes en este servicio: BPS y MTSS

## 2. *Transferencias no contributivas*

Desde hace aproximadamente dos décadas, Uruguay inició un proceso de reforma y expansión del sistema de transferencias no contributivas, con una fuerte orientación a hogares vulnerables con menores a cargo.

Este proceso comenzó con las ya mencionadas AFHMR establecidas por las leyes de 1999 y 2004. Posteriormente, entre 2005 y 2007, se implementó el Plan de Emergencia Social (PANES), y, en 2008, se crearon las Asignaciones Familiares del Plan de Equidad (AFAM-PE) y la Tarjeta Uruguay Social (TUS).

Las **AFAM-PE** son una transferencia monetaria mensual dirigida a mujeres embarazadas (prenatal), niños, niñas y adolescentes menores de 18 años o personas en situación de discapacidad que integran hogares en situación de vulnerabilidad socioeconómica o estén en atención de tiempo completo en establecimientos del INAU, o en instituciones en convenio con dicho instituto.

Tiene como requisitos la inscripción y concurrencia asidua de las niñas y niños del hogar a la educación formal, así como la periodicidad de sus controles de salud.

Para acceder a esta prestación, existen varias vías: a) la persona puede concurrir directamente al BPS, el cual coordina con el MIDES para que este verifique la condición de vulnerabilidad mediante la aplicación de un instrumento denominado índice de carencias críticas (ICC) (MIDES, 2013); b) la persona concurre directamente al MIDES, y c) captación en territorio por parte de los equipos técnicos del MIDES.

Asimismo, hoy en día se viene implementando un proyecto piloto entre el BPS y el MIDES de **ventanilla única**, que se ejecuta en seis departamentos del país y está previsto que se extienda a Montevideo, específicamente al barrio Casavalle, en el segundo semestre de 2024. Este proyecto conecta sistemas de información y de atención para el procesamiento de solicitudes de estas transferencias monetarias.

Además de las AFAM-PE, existe la **TUS**. Esta tarjeta es un programa que regula e implementa el MIDES, mediante el cual otorga una transferencia monetaria a los hogares en situación de extrema vulnerabilidad socioeconómica. Se materializa mediante una tarjeta magnética precargada, que puede utilizarse en la red de comercios adheridos, y está orientada al gasto en alimentos y artículos de primera necesidad (MIDES, s.f.).

Otra prestación económica no contributiva que se materializa a través del MIDES es **Bienvenido Bebé**. Surge en 2019 y consiste en una transferencia monetaria durante 12

meses para familias vulnerables con niñas o niños nacidos en los hospitales y maternidades públicas.

Por otra parte, en 2022, a través del Fondo de Atención para la Primera Infancia, se creó el **Bono Crianza**, con el objetivo de mejorar el nivel de ingresos y el acceso a bienes de primera necesidad (alimentos, artículos de limpieza del hogar, higiene personal, vestimenta y supergás) de hogares en situación de vulnerabilidad socioeconómica extrema en los que residan mujeres embarazadas y/o niños y niñas de 0 a 3 años. Es una transferencia monetaria mensual que se abona por medio de la TUS, para la cual no se necesita postulación, ya que se otorga a través de la información que ya dispone el MIDES.

De acuerdo con lo vertido por las personas entrevistadas en el marco de este estudio, esta prestación permitió alcanzar a 30 000 hogares con embarazadas o con niñas y niños de primera infancia, con vulnerabilidad socioeconómica.

Por otra parte, el MIDES ofrece la **Canasta de Servicios**. Es un programa interinstitucional que busca facilitar y regularizar el acceso de las familias de hogares en situación de vulnerabilidad a los servicios de energía (eléctrica y gas) y agua. Entre otros aspectos, ofrece subsidio al gas mediante un acuerdo con ANCAP, subsidio de agua y alcantarillado, a través de OSE, así como descuentos comerciales de energía eléctrica y descuentos en la tarifa de energía eléctrica para población vulnerable, mediante un acuerdo con UTE.

Instituciones participantes en este servicio: MIDES y MTSS, CODICEN, MSP, ASSE, prestadores del SNIS, UTE, OSE, ANCAP

**Tabla 12. Resumen Mapeo atención Transferencias a los hogares**

Área	Atención	Servicios	Institución reguladora	Instituciones participantes
Protección e Inclusión Social	Transferencias a los hogares	Transferencias contributivas asignaciones familiares	BPS	MTSS
		Transferencias no contributivas AFAM-PE	MIDES	BPS INAU CODICEN ASSE
		Transferencias no contributivas TUS	MIDES	
		Transferencias no contributivas Bienvenido Bebé	MIDES	ASSE
		Transferencias no contributivas Bono Crianza	MIDES	
		Transferencias no contributivas Canasta de Servicios	MIDES	UTE OSE ANCAP

### 2.1.2. Sobre los servicios de la atención Licencias y subsidios de cuidado

Dentro de esta atención, se identificaron los siguientes servicios: licencias maternas, licencias paternas y subsidios de cuidado. El organismo regulador es el BPS, coordinando acciones con el SNIS y el MTSS.

En la siguiente tabla se ilustra lo anteriormente mencionado.

**Tabla 13. Servicios que materializan la atención Licencias y subsidios de cuidado**

Área	Atención	Servicios	Institución reguladora	Instituciones participantes
Protección e inclusión social	Licencias y subsidios de cuidados	Licencias maternas	BPS	ASSE Prestadores de salud del SNIS MTSS
		Licencias paternas	BPS	ASSE Prestadores de salud del SNIS MTSS
		Subsidios de cuidado	BPS	MTSS

## 1. Licencias maternales

Las licencias o subsidios por maternidad son una prestación económica otorgada por el BPS, equivalente al 100% del promedio diario o mensual de las remuneraciones percibidas en los seis meses anteriores, más la cuota parte correspondiente a licencia, aguinaldo y salario vacacional generado durante el período de amparo.

Tienen derecho a este servicio todas las mujeres trabajadoras dependientes del sector privado, las que quedan embarazadas durante el seguro de paro, las no dependientes que trabajan en actividades amparadas por el BPS y las titulares de empresas monotributistas.

Su duración es de 14 semanas, comenzando seis semanas antes de la fecha de parto y ocho semanas después. Con autorización médica, la fecha de inicio de la licencia se puede aproximar al parto, pero nunca puede ser menor a 14 semanas totales.

La solicitud se inicia en el prestador de salud, a partir de las 32 semanas de embarazo, existiendo algunas excepciones, como ser parto prematuro y atraso de parto.<sup>3</sup>

En casos de adopción, las personas trabajadoras dependientes tienen derecho a 42 días de licencia paga, o seis semanas. Este subsidio aplica a quienes están afiliados al BPS y adoptan uno o más niños. La licencia comienza el día en que las personas trabajadoras reciben al niño o niña y finaliza 42 días después (seis semanas).

Los trabajadores y las trabajadoras del sector público tienen derecho a seis semanas continuas de licencia por adopción, además de una reducción de la jornada laboral a la mitad durante seis meses. Uno de los dos padres puede utilizar estos subsidios a partir de que la niña o niño se integre a la familia, mientras que el otro recibe 10 días hábiles de licencia.

En el caso de las trabajadoras del sector público, desde 2017, la licencia o subsidio por maternidad se extendió de 13 a 14 semanas con el 100 % del salario, gracias a un acuerdo entre COFE y el Poder Ejecutivo.<sup>4</sup> Este acuerdo se reglamenta recién en 2023, a través del artículo 53 de la ley 20.212. Asimismo, esta ley agrega beneficios para casos de «nacimientos complejos»,<sup>5</sup> extendiendo la licencia maternal hasta que el recién nacido cumpla 6 meses.

Para el colectivo trabajador del sector privado, la ley 20.000, de 2021, también conocida como Federica, establece nuevas disposiciones para las licencias por paternidad y maternidad en casos de partos prematuros, múltiples o con complicaciones. Amplía la licencia por maternidad de 14 a 18 semanas para madres de niñas o niños prematuros que nazcan con un peso de 1,5 kilogramos o menos. A su vez, amplía el subsidio por paternidad hasta 30 días continuos desde el nacimiento y el subsidio para cuidados del recién nacido hasta los 9 meses del bebé.

3. Disponible en <https://www.impo.com.uy/reciennacido/>

4. Disponible en <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/16104-1990>

5. Situaciones en las que «el recién nacido presente algún trastorno, enfermedad, comorbilidad o afección que, sin implicar riesgo de vida, involucra discapacidades sensoriales, físicas o intelectuales, que requieran internación o tratamiento, que a juicio del médico especialista necesite o se beneficie de los cuidados de la madre» (artículo 53 de la ley 20.212).

## **2. Licencias paternales**

La licencia por paternidad es de 13 días hábiles con goce de sueldo para los trabajadores del sector privado que aportan al BPS, y de 10 días hábiles para los funcionarios públicos. En la actualidad existe un proyecto de ley en el parlamento para extender la licencia paternal hasta los 20 días para trabajadores privados y públicos.

A su vez, para trabajadores del sector público, en los casos de «nacimientos complejos», múltiples o pretérminos, la licencia se extiende hasta 30 días.

La solicitud de la licencia por paternidad se inicia en cualquier sucursal o agencia del BPS o mediante trámite en línea. Luego, la empresa debe confirmar la solicitud.

## **3. Subsidio de cuidado**

Una vez finalizada la licencia por maternidad, las trabajadoras de la actividad pública tienen derecho a reducir a la mitad la jornada laboral por concepto de lactancia hasta los 6 meses. El BPS cubre el 100 % del pago de las horas reducidas. En caso de nacimientos múltiples, bebés pretérminos o con alguna discapacidad, la licencia por cuidados podrá extenderse hasta los 9 meses.

El subsidio puede solicitarlo el padre del niño o niña. La reducción de jornada por cuidados se aplica siempre que la madre esté en actividad o en uso de licencia médica. Es decir, luego de culminar el uso de la licencia maternal, al reintegrarse la madre, en medio horario, el padre podrá solicitar la reducción de jornada por cuidados, hasta que el bebé cumpla 6 meses, o en caso de nacimientos complejos, hasta que cumpla 9 meses.

Para el colectivo trabajador del sector privado, la ley 19.161, desde 2013, otorga el derecho a un período de reducción de la jornada laboral, hasta cuatro horas diarias, del padre o la madre luego de finalizada la licencia maternal, hasta los 6 meses del bebé. Para este servicio, ambos deben trabajar en el sector privado con cobertura del BPS.

Para madres y padres adoptantes, la ley 18.436, de 2008, abarca tanto a trabajadoras y trabajadores públicos como privados. Establece que, luego de finalizada la licencia especial por adopción o legitimación adoptiva, podrán hacer uso de la reducción a la mitad del horario de trabajo por un plazo de seis meses.

**Instituciones participantes en este servicio: BPS, MTSS, ASSE y prestadores de salud del SNIS**

### **2.1.3. Sobre los Servicios de la atención Prevención y atención a situaciones de violencia**

Para esta atención, se consideró ubicar al SIPIAV como el sistema que materializa los servicios de prevención y atención a situaciones de violencia.

### SIPIAV

Este fue creado en 2007 mediante un acuerdo interministerial como resultado de las recomendaciones del Informe Mundial sobre la Violencia contra Niñas y Niños de las Naciones Unidas al Estado uruguayo.

En 2019, la ley 19.747 reformó el Código de la Niñez y la Adolescencia, creando el SIPIAV como una política pública interinstitucional permanente. El SIPIAV es coordinado y presidido por el INAU y está integrado por las siguientes instituciones y sectores del Estado: INAU, ASSE, ANEP, MIDES, MSP y MI.

En el artículo 6 de la citada ley se establece que sus cometidos son: «a) prevenir, atender y reparar las situaciones de violencia hacia niños, niñas y adolescentes mediante un abordaje integral e interinstitucional», y «b) promover el desarrollo de modelos de intervención desde las distintas instituciones que participan en el proceso de atención y reparación asegurando la integralidad del proceso».

Desde su creación, en cada mes de abril, el SIPIAV presenta un informe de gestión anual. En lo que respecta al año 2023, el informe revela que se atendieron, en forma diaria, 22 situaciones de violencia hacia niños, niñas y adolescentes, lo que representa un aumento del 9 % respecto al 2022 (SIPIAV-INAU, 2023).

En el marco del SIPIAV, se crean mapas de ruta para la detección y atención de estas situaciones. Asimismo, en las diferentes instituciones existen acciones y dispositivos específicos para la atención. Por ejemplo, el Programa Escuelas Disfrutables de la ANEP.<sup>6</sup>

En la siguiente tabla se ilustra lo anteriormente mencionado.

**Tabla 14. Servicios que materializan la atención Prevención y atención a situaciones de violencia**

Área	Atención	Servicios	Institución reguladora	Instituciones participantes
Protección e inclusión social	Prevención y atención a situaciones de violencia	SIPIAV	INAU	MIDES FGN ANEP MSP MI

## 2.2. Principales desafíos identificados

Durante el proceso de relevamiento realizado para este estudio, se identificaron los siguientes desafíos en esta área de atención:

- **Ventanilla Única BPS-MIDES.** Tal como fue descrito, se viene ejecutando este proyecto piloto en seis departamentos del país con el objetivo de facilitar a las personas

6. Ver <https://www.dgeip.edu.uy/programas/ped/>

realizar trámites para acceder a planes sociales. Este proyecto requiere de coordinación en los sistemas de información y gestión de ambas instituciones. Aunque no se conoce con exactitud si las tres vías de acceso existentes son un impedimento de acceso, el proyecto en sí mismo posee fines adecuados desde la perspectiva de lograr mayor facilidad de acceso para la persona usuaria. Una precisa evaluación de esta instancia de testeo en que se encuentra el proyecto, permitirá analizar con mayor precisión las ventajas de este servicio con miras de hacerlo extensivo a todo el país.

- **Coordinación BPS-MIDES.** En los últimos años, se ha tomado la decisión de dotar al MIDES de mayor protagonismo y autonomía en materia de dotación de prestaciones económicas no contributivas para hogares en situación de vulnerabilidad social. Si bien esto puede aportar mayor agilidad en los procesos de asignación, al mismo tiempo presenta algunos riesgos o desafíos a atender. El principal riesgo identificado está en el hecho de que, en tanto las prestaciones monetarias no contributivas formen parte del presupuesto del MIDES, ello puede conducir a que estas no se conciben como parte de la seguridad social.

De ser así, estas podrían quedar supeditadas a la capacidad presupuestaria del MIDES, lo que puede resultar especialmente complejo ante momentos de crisis social o económica. Asimismo, existe el riesgo de prescindir del cotejo de información entre ambas instituciones. Por ello, es importante mantener una coordinación y articulación sólida de sus sistemas de información.

- **Licencias y subsidios de cuidado.** Si bien Uruguay es uno de los países de la región con mayores niveles de avance en esta materia, todavía posee desafíos importantes en esta agenda. Un desafío complejo tiene que ver con la duración, tanto en las maternales como paternales. Sin embargo, además de este aspecto, es importante tomar en cuenta que existen diferencias en los regímenes, en tanto las familias desarrollen su actividad en el sector público o privado. Esto afecta la duración de las licencias, así como el tipo de subsidio de cuidado, posterior a la licencia maternal. Asimismo, el subsidio de cuidado no permite el cruce de sistemas. Esto significa que ambos padres deban ejercer en el mismo ámbito, público o privado, para poder hacer uso de este derecho.
- **Violencia.** Cada año, a través de los informes de gestión del SIPIAV, queda evidente la situación de violencia que sufren niñas, niños y adolescentes. El SIPIAV ha logrado consolidarse como una política pública interministerial. Cuando se observa su modelo de gestión, este es relativamente simple. Se compone de un Comité Nacional de Gestión, con delegados de cada institución que forman parte del SIPIAV, y a nivel territorial existen los Comités de Recepción Local (CRL). Los CRL son equipos de atención interinstitucionales cuyo cometido es dar recepción, orientar y coordinar la atención de situaciones de violencia. Escapa a los objetivos de este estudio conocer el grado de efectividad de los CRL, pero parece claro que lograr niveles de actuación coordinados, con adecuados protocolos de actuación y sistemas de información ágiles,

es un desafío constante de este sistema de servicios de prevención y atención. El fortalecimiento permanente de los CRL parece ser un desafío importante.

## 2.3. Espacios de coordinación

En esta área se identificó un espacio de coordinación institucional proporcionado por el SIPIAV, tanto en lo que refiere a su Comité Nacional como a los Comités Locales.

Por otra parte, existe un ámbito de coordinación entre el BPS y el MIDES, orientado fundamentalmente a la implementación del proyecto de Ventanilla Única.

## 2.4. Resumen del área Protección e inclusión social

Tabla 15. Resumen Mapeo de área Protección e inclusión social

Área	Atención	Servicios	Institución reguladora	Instituciones participantes
Protección e inclusión social	Transferencias a los hogares	Transferencias contributivas Asignaciones familiares	BPS	MTSS
		Transferencias no contributivas AFAM-PE	MIDES	BPS INAU CODICEN ASSE
		Transferencias no contributivas TUS	MIDES	
		Transferencias no contributivas Bienvenido Bebé	MIDES	ASSE
		Transferencias no contributivas Bono Crianza	MIDES	
		Transferencias no contributivas Canasta de Servicios	MIDES	UTE OSE ANCAP
Protección e inclusión social	Licencias y subsidios de cuidados	Licencias maternas	BPS	ASSE, Prestadores de salud del SNIS MTSS
		Licencias paternas	BPS	ASSE, Prestadores de salud del SNIS MTSS MTSS
		Subsidios de cuidado	BPS	MTSS
Protección e inclusión social	Prevención y atención a situaciones de violencia	SIPIAV	INAU	MIDES FGN ANEP MSP MI

### 3. Área Salud, nutrición y desarrollo del niño o niña

Esta área abarca el ciclo vital de niños y niñas, desde el momento del posparto (alta clínica) hasta los 6 años. El MSP es el organismo que actúa como regulador principal, aunque en una de las atenciones la regulación tiene aspectos compartidos con el MIDES.

En el Mapeo, se identificaron tres atenciones principales:

- Controles de salud.
- Nutrición.
- Detección y atención de retrasos de desarrollo y capacidades.

En la siguiente tabla, se ilustra el resumen de lo antedicho:

**Tabla 16. Atenciones del área Salud, nutrición y desarrollo del niño/a**

Área	Atención	Institución reguladora	Instituciones participantes
Salud y nutrición del niño/a	Controles de salud	MSP	ASSE Prestadores de salud del SNIS CHLA-EP
	Nutrición	MSP	ASSE Prestadores de salud del SNIS MIDES INAU ANEP MIEM Gobiernos departamentales
	Detección y atención de retrasos del desarrollo y capacidades	MSP MIDES	ASSE y prestadores del SNIS INAU MIDES ANEP BPS

#### 3.1. Atenciones y servicios

Para cada una de las atenciones de esta área, se identificaron los servicios de política pública materializados por las instituciones públicas. En total se mapearon siete servicios principales.

En la tabla 17, se realiza una ilustración de los servicios para cada atención que compone esta área.

**Tabla 17. Servicios que materializan las atenciones del área de Salud, nutrición y desarrollo del niño/a**

SALUD, NUTRICIÓN Y DESARROLLO DEL NIÑO/A	
Atenciones	Servicios que materializan la atención
Controles de salud	Controles pediátricos Inmunizaciones
Nutrición	Lactancia y alimentación complementaria Suplementación de alimentos Alimentación en centros de educación y cuidados
Detección y atención de retrasos del desarrollo y capacidades	Vigilancia y atención a retrasos del desarrollo Inclusión de la discapacidad

### 3.1.1. Sobre los servicios de la atención Controles de salud

Esta atención es regulada y guiada por el MSP. Se identificaron dos servicios centrales: controles pediátricos e inmunizaciones.

#### 1. Controles pediátricos

Se trata de un servicio universal. El MSP regula esta atención, protocolizando el servicio de los controles pediátricos del niño o niña, los cuales forman parte de las metas prestacionales del SNIS.

Su frecuencia está pautada de acuerdo al grupo etario. Actualmente, cada niña o niño debe tener, al menos, cinco controles durante el primer año de vida (a los 2, 4, 6, 9 y 12 meses); tres controles en el segundo año; dos controles anuales de los 2 a los 4 años; y luego un control al año. Además, se anexa un control anual con un oftalmólogo y otro con un odontólogo a fin de evaluar la salud bucal. En cada control se guían las acciones y el seguimiento del crecimiento y desarrollo.

Los controles son materializados a través de los prestadores de salud del SNIS y son registrados en el Carné de Salud del Niño/a. Desde 2007, a través del decreto 542 se estableció como obligatorio la expedición de este carné, el cual tiene vigencia desde el nacimiento hasta los 12 años. Actualmente, el carné es de carácter físico, pero se está en proceso de su digitalización para incluirlo en la historia clínica digitalizada.

La presentación del Carné de Salud del Niño/a es requisito para la inscripción en pre-escolares y en cada año escolar.

## 2. Inmunizaciones

La inmunización, a través de vacunas, tiene por objetivo generar resistencias a determinadas enfermedades. Las vacunas ayudan a brindar inmunidad antes de que niñas y niños estén expuestos a enfermedades que podrían ser mortales.

El MSP es el organismo encargado de establecer el Esquema de Vacunación, mientras que la CHLA-EP gestiona el Plan Nacional de Vacunas (PNV), que incluye la responsabilidad del almacenamiento, cuidado y distribución de las vacunas. Además, la CHLA-EP debe capacitar al personal de salud involucrado en el proceso de vacunación, supervisar los puestos de vacunación y asegurar la adecuada conservación de las vacunas en estos puestos.

El país ofrece vacunas gratuitas en vacunatorios de los diferentes prestadores de salud del SNIS, en todo el territorio nacional.

Las vacunas que están definidas como obligatorias y gratuitas son: tuberculosis (BCG), difteria, tos convulsa, tétanos (DPT), poliomielitis (OPV), sarampión, rubéola, paperas (SRP), *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), varicela. Para esto, existe un Plan Nacional de Vacunación que establece un esquema de vacunación,<sup>7</sup> el cual es registrado en el Carné de Salud del Niño/a.

Asimismo, la vacuna antiinfluenza (gripe) es recomendada para grupos de riesgo. Es gratuita pero no obligatoria.

**Tabla 18. Servicios que materializan la atención Controles de salud**

Área	Atención	Servicios	Institución reguladora	Instituciones participantes
Salud, nutrición y desarrollo del niño/a	Controles de salud	Controles pediátricos	MSP	ASSE y prestadores del SNIS
		Inmunizaciones	MSP	ASSE y prestadores del SNIS CHLA-EP

### 3.1.2. Sobre los servicios de la atención Nutrición

En la primera infancia, la nutrición tiene una relación directa con el crecimiento y el desarrollo. La malnutrición tiene efectos tanto en la salud como en el desarrollo de habilidades para el aprendizaje, la comunicación y la socialización.

Desde 2013, Uruguay aplica la Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud (ENDIS) (MIDES, 2023), a partir de la cual se puede estimar la ingesta de alimentos en la población de niños y niñas de entre 6 meses y 4 años.

La ENDIS muestra que el 40 % de los niños menores de 5 años padece riesgo de sobrepeso, sobrepeso u obesidad. A su vez, el sobrepeso y obesidad alcanza al 42% entre los 5 y 11 años. Los resultados indican que existe un consumo de calorías mayor a las necesidades de

7. Disponible en <https://chlaep.org.uy/wp-content/uploads/2023/07/3.2-Programa-Nacional-Inmunizaciones-MSP-.pdf>

energía según edad y sexo, junto a un bajo consumo de nutrientes que son claves para un adecuado crecimiento y desarrollo, como ser el calcio y el hierro. El calcio es fundamental para la formación de dientes y huesos fuertes, y el hierro aporta para el adecuado desarrollo cerebral y defensas contra las infecciones. La anemia afecta al 27 % de los niños y niñas menores de 2 años. Por tanto, Uruguay posee problemas de mala alimentación, algunos de estos se traducen en sobrepeso y obesidad en edades tempranas.

Para la atención Nutrición se identificaron tres servicios principales: 1) apoyo a la lactancia y la alimentación complementaria en niñas y niños pequeños, 2) suplementación de alimentos, y 3) alimentación en centros de educación y cuidados.

### ***1. Lactancia y alimentación complementaria***

El MSP es el organismo que guía las acciones en esta materia. Los servicios se materializan en los controles pediátricos a través de los prestadores de salud del SNIS. Es allí en donde se realiza la vigilancia del estado nutricional de los niños y niñas, a partir de la cual se produce derivación y atención oportuna, en caso de que se detecten problemas.

El MSP recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, incorporando luego alimentación complementaria hasta los 2 años. La lactancia continúa hasta que la madre y el niño o niña lo decidan.

Tal como ya fue descrito anteriormente, existen desafíos identificados en el momento del posparto, por lo que MSP viene impulsando la certificación de las maternidades en buenas prácticas de alimentación.

Asimismo, existen problemas de consejería en cuanto a la adecuada introducción de la alimentación complementaria.

### ***2. Suplementación de alimentos***

El MSP es el organismo que regula la fortificación de alimentos. En Uruguay, existen dos alimentos que cuentan con regulación para su fortificación: la leche y la harina.

En el caso de la leche, algunas son fortificadas con hierro. De las que son fortificadas, una parte de estas se destinan a todo público a través de su venta en el mercado y otra de carácter focalizado, que es entregada a través del MIDES a las familias beneficiarias de la TUS.

Por otro lado, a partir de la ley 18.701, del 2006, la harina de trigo es fortificada con hierro y ácido fólico. Además del MSP, el MIEM y los gobiernos departamentales ejercen funciones de control de la industria para el cumplimiento de esta ley.

### ***3. Alimentación en centros de educación y cuidados***

En este servicio, aunque el MSP actúa como regulador, en tanto establece las guías para la alimentación y nutrición, los organismos ANEP, INAU y MIDES poseen un rol protagónico, no solo en la materialización del servicio, sino también en algunos aspectos que hacen a la toma de decisiones.

En 2013, la ley 19.140 plantea la finalidad de proteger la salud de la población infantil y adolescente que asiste a establecimientos educativos. Busca promover hábitos alimentarios y actividad física, para prevenir el sobrepeso y la obesidad, la hipertensión arterial y las enfermedades crónicas no transmisibles vinculadas a este tema.

La ley establece que el MSP es el encargado de confeccionar un listado de grupos de alimentos y bebidas nutritivamente adecuados para su comercialización y alimentación en centros de estudio. Estos alimentos deben contar con información destinada a la población de los centros educativos.

En el marco de esta ley, en 2022 el MSP aprobó la ordenanza 212, a través de la cual se realiza una adecuación del Listado de Grupos de Alimentos recomendados para su oferta en cantinas y quioscos de centros de enseñanza, prohibiéndose la venta de alimentos que contengan etiquetados de advertencia nutricional.

Por otra parte, desde la DGEIP, se implementa el Plan de Alimentación Escolar (PAE). El PAE fue creado a principios del siglo pasado con el propósito de contribuir al «adecuado estado nutricional de la población escolar, como condición indispensable para el logro de aprendizajes» (DGEIP, s.f.). Posee distintas categorías de servicios de alimentación que dan cobertura a más de 2000 centros educativos.

A su vez, el INAU, a través de un acuerdo con el INDA del MIDES, trabaja para revalorizar la cultura alimentaria basada en el uso de alimentos naturales y fomentar habilidades culinarias. En particular a través de los centros CAIF se proporciona alimentación saludable, así como vigilancia nutricional. Asimismo, a todos los Centros de Cuidado y Educación Inicial se les brindan lineamientos para la promoción de la alimentación saludable (Curuchet *et al.*, 2022).

A través del CCEPI, en 2022 se creó el *Marco conceptual para la implementación de buenas prácticas de alimentación y nutrición de niños y niñas desde el nacimiento a los 6 años*. Este trabajo aborda un conjunto de recomendaciones para centros de educación infantil, centros de cuidados y programas de proximidad.

**Tabla 19. Servicios que materializan la atención Nutrición**

Área	Atención	Servicios	Institución reguladora	Instituciones participantes
Salud, nutrición y desarrollo del niño/a	Nutrición	Lactancia y alimentación complementaria	MSP	ASSE y prestadores del SNIS
		Suplementación	MSP	MIDES MIEM Gobiernos departamentales
		Alimentación en centros de educación y cuidados	MSP	ANEP INAU MIDES-INDA

### 3.1.3. Sobre los servicios de la atención Detección y atención de retrasos del desarrollo y capacidades

Para esta atención se identificaron dos servicios principales: 1) vigilancia y atención a retrasos del desarrollo, y 2) detección, atención e inclusión de la discapacidad.

#### 1. Vigilancia y atención a retrasos del desarrollo

La detección temprana de los retrasos del desarrollo constituye una función de relevancia para la política pública. Es en los primeros años de vida en donde se sientan las bases para el desarrollo físico y emocional. Durante esta etapa, existen momentos específicos para la adquisición de una determinada función, y, por lo tanto, son ideales para poder influir adecuadamente en el desarrollo del niño o niña de forma óptima. Los procesos de desarrollo neurobiológico que se dan en los primeros años de vida están influenciados por el contexto.

Uruguay viene avanzando mucho en materia de vigilancia para la detección temprana de retrasos de desarrollo; sin embargo, aún no cuenta con adecuados registros que permitan conocer el nivel de prevalencia de las alteraciones del desarrollo, así como tampoco adecuados protocolos de intervención para la atención ante las detecciones.

En materia de **vigilancia y detección temprana** de retrasos en el desarrollo, se identifica que:

- El MSP establece, dentro de las metas prestacionales del SNIS, la aplicación del *screening* de desarrollo. Para esto, existe una *Guía nacional para la vigilancia del desarrollo del niño y de la niña menores de 5 años* (MSP-Unicef, 2019). Este *screening* se aplica en los controles pediátricos y debe realizarse en tres momentos: entre los 4 y 6 meses de edad; a los 18 meses y a los 4 años.
- El Programa UCC, a través de su modalidad de acompañamiento familiar, también aplica este *screening*. Cuando detecta situaciones de retraso, realiza su derivación al prestador de salud del niño o niña.
- La DGEIP utiliza datos del Inventario de Desarrollo Infantil (INDI).<sup>8</sup> El INDI es un instrumento que evalúa la disposición para la escolarización del niño o niña en los niveles 3, 4 y 5 de educación inicial. Fue elaborado por la Facultad de Psicología en colaboración con la ANEP. El instrumento es aplicado por el personal docente de manera censal, no obligatoria. En las entrevistas realizadas, se informa que existe un 90 % de cobertura. Cuando el INDI arroja resultados que indican retraso, esta información va directamente al prestador de salud del niño o niña, para que este desarrolle las acciones pertinentes. Cabe destacar que también hay coordinaciones para que este instrumento sea aplicado en los centros de atención infantil del INAU en el nivel 3.
- El INAU, a través de los centros de educación y cuidados, muy en particular el CAIF, aplica pruebas de tamizaje de desarrollo<sup>9</sup> de acuerdo a la edad del niño o

8. Disponible en <https://indi.ei.udelar.edu.uy/sobre-indi/>

9. Disponible en [https://www.inau.gub.uy/content\\_page/item/3344-pautas-de-evaluacion](https://www.inau.gub.uy/content_page/item/3344-pautas-de-evaluacion)

niña. Esta información es registrada en el Sistema de Información para la Infancia (SIPI).<sup>10</sup> Asimismo, se está desarrollando un proceso de capacitación de los equipos técnicos de los centros a efectos de incorporar la utilización de la Guía de vigilancia del desarrollo. El INAU realizó un estudio sobre los diferentes instrumentos existentes, optando por la utilización de la Guía con algunas adaptaciones a las necesidades específicas del INAU.

- El BPS utiliza los registros de Crenaceder.<sup>11</sup> Este se provee de las actuaciones de la Unidad de Medicina Embrio Fetal y Perinatal (Umefepe), Unidad de Laboratorio de Pesquisa Neonatal, Unidad de Atención Ambulatoria (UAA) y Unidad de Internación (UI).
- Desde 2011, en el BPS existe el Registro Nacional de Defectos Congénitos y Enfermedades Raras (RND CER). Existe una ordenanza que establece que todos los defectos congénitos deben ser notificados.
- El Laboratorio de Pesquisa Neonatal del BPS debe notificar mensualmente todos los casos confirmados al RND CER. Se define como enfermedad rara a aquella cuya frecuencia de aparición en la población es inferior a 5 casos por 10.000 habitantes.<sup>12</sup>

En materia de **atención**, si bien todas las situaciones detectadas buscan ser atendidas a través de los prestadores del SNIS, en el Mapeo no se lograron identificar protocolos de abordaje claros. Existen esfuerzos en crear una atención integral y oportuna, pero aún esta es dispersa.

Por un lado, en materia de coordinación entre el INDI y los prestadores de salud, tal como ya se adelantó, el mecanismo prevé que el sistema reporte a los prestadores de salud las situaciones de aparente retraso detectadas. El prestador de salud, a su vez, debe reportar las prestaciones realizadas y la situación de esos niños y niñas.

Al momento de realizar este Mapeo, se identificaron avances en la primera acción (derivación de INDI a salud), mientras que la segunda acción (salud reporta resultados) sigue pendiente. En consecuencia, no es posible conocer si las situaciones fueron efectivamente atendidas y con qué resultados.

Por otra parte, existen acciones específicas desde ASSE. En este aspecto, se destacan las Casas del Desarrollo de la Niñez.<sup>13</sup> Se trata de unidades asistenciales que concentran dispositivos vinculados a la atención integral en salud de niños, niñas y adolescentes, sala de psicomotricidad y consultorios para la atención individual y grupal. Actualmente hay siete Casas en funcionamiento, y se prevé la apertura de cinco más.

Además, existen acciones que se realizan desde el sector de educación y cuidados.

El INAU, especialmente con los centros CAIF y sus equipos técnicos, lleva a cabo acciones específicas para la atención de las situaciones de retraso de desarrollo detectadas.

10. Ver <https://www.inau.gub.uy/institucional/sistemas-institucionales>

11. Ver <https://www.bps.gub.uy/10594/crenacecer.html>

12. Ver <https://www.gub.uy/tramites/registro-nacional-defectos-congenitos-enfermedades-raras-rndcer>

13. Ver <https://www.asse.com.uy/contenido/Casas-del-Desarrollo-de-la-Ninez--ASSE-13996>

Por su parte, la ANEP, luego de la pandemia, a raíz de detectar mayores dificultades en el área social y motriz, incorporó psicomotricistas en centros de educación inicial, a partir de un proyecto que cuenta con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo. Actualmente hay cobertura en 20 de las 23 jurisdicciones. El trabajo no se enfoca específicamente en menores con retrasos en el desarrollo, sino que abarca a niñas y niños de 3 años en general, con una frecuencia de una vez por semana. Además, trabajan con el personal docente apoyando las acciones, especialmente en situaciones que requieren atenciones particulares.

## ***2. Inclusión de niños y niñas con discapacidad***

Desde 2008, a través de la ley 18.418, Uruguay ratifica la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, reconociendo que las personas con discapacidad son sujetos de derecho. Estos derechos, tanto de menores como de personas adultas con discapacidad, están respaldados por los principios de igualdad y no discriminación.

En 2010, se crea la ley 18.651 de Protección Integral de Personas con Discapacidad. Su marco normativo e institucional propuso una serie de cambios y medidas para lograr la igualdad de oportunidades en los ámbitos de: a) accesibilidad a la cultura, la información y la comunicación, b) accesibilidad al entorno físico y al transporte, c) educación e inclusión escolar, d) capacitación e inserción laboral, y e) reconocimiento de la lengua de señas.

En este marco y para este Mapeo se han identificado las siguientes acciones en esta materia:

- La SNCyD del MIDES cuenta con el servicio de asistentes personales, que proporciona cuidado y asistencia para las actividades de la vida diaria de las personas en situación de dependencia severa, tanto menores de 29 años como mayores de 80. El informe anual 2022 del Sistema Nacional Integrado de Cuidados reporta que un 2 % de este servicio está compuesto por menores de 5 años, pero este porcentaje aumenta a 40 % si se lo extiende hasta los 14 años.
- La SNCyD del MIDES, junto con la DGEIP, viene desarrollando un proyecto piloto para fortalecer la atención socioeducativa de niños, niñas y adolescentes con dependencia moderada y severa, dentro de los centros educativos. Tiene como objetivo tener una cobertura inicial en 40 centros de educación inicial y primaria de todos los departamentos del país. En el marco de este proyecto, se creó la figura del Facilitador/a de Autonomía en Ámbitos Educativos, que tiene como responsabilidad la atención de hasta tres niños, niñas y adolescentes de entre 3 y 15 años en cada centro de educación inicial y primaria que integra el plan piloto.
- El INAU, en particular a través de los centros CAIF, cuenta con una figura denominada Educador/a de Apoyo a la Inclusión, cuyo cometido es apoyar la inclusión del niño o niña en el centro de cuidado y educación. Para esto, la organización que gestiona el centro CAIF, en caso de entender que necesita esta figura, puede recurrir a su supervisión, solicitarlo y financiarlo a través de su partida presupuestal.

- El BPS, a través de su programa de Ayuda Extraordinaria,<sup>14</sup> aporta una prestación económica no contributiva a personas con discapacidad o con alteraciones en el desarrollo. Esta prestación está destinada a ayudar a cubrir los costos de institutos de rehabilitación, escuelas e institutos habilitados por la ANEP que promuevan la integración, así como instituciones recreativas o deportivas enfocadas en la rehabilitación y el transporte. Para acceder al beneficio se debe ser hijo o hija de trabajadores afiliados al BPS, beneficiarios de UCC, niñas y niños que se encuentren dentro del Sistema de Protección de 24 horas del INAU.

**Tabla 20. Servicios que materializan la atención Detección y atención de retrasos del desarrollo y capacidades**

Área	Atención	Servicios	Institución reguladora	Instituciones participantes
Salud, nutrición y desarrollo del niño/a	Detección y atención de retrasos del desarrollo y capacidades	Vigilancia y atención a retrasos del desarrollo	MSP MIDES	ASSE Prestadores del SNIS INAU ANEP BPS
		Inclusión de la discapacidad	MIDES	ANEP INAU BPS

### 3.2. Principales desafíos identificados

Durante el proceso de relevamiento realizado para este estudio, se identificaron los siguientes desafíos en esta área de atención:

- Está en proceso la **digitalización del Carné de Salud del Niño/a**. La información que actualmente se registra en forma física podrá estar asociada a la historia clínica del niño o niña y en un futuro podrá coordinarse con otros sistemas de información existentes. No se trata solo de un desarrollo tecnológico, sino que además implica asegurar recaudos legales sobre la protección de datos personales e incorporación de los registros en los controles pediátricos.
- Varias personas entrevistadas han manifestado que existe un aumento en el número de familias que plantean **resistencias a vacunar** a sus hijos o hijas. Si bien puede tratarse de casos excepcionales, parece conveniente mantener la atención en este tipo de comportamientos y reforzar la comunicación con las familias. Además, se observó que no existen marcos legales claros que amparen ni al equipo docente ni al personal de salud en este aspecto.

14. Ver <https://www.bps.gub.uy/3555/ayuda-extraordinaria.html>

- Uruguay presenta problemas serios de **malnutrición** asociada principalmente al sobrepeso y la obesidad. Existen varias acciones que se vienen desarrollando para mitigar esta tendencia, pero los datos muestran que aún no resultan del todo efectivas. El desafío de realizar una estrategia más integrada y efectiva parece ser necesaria.
- Si bien aún pueden existir materias pendientes, es claro que hay avances en la detección temprana de **retrasos en el desarrollo**. Sin embargo, parece estar pendiente un avance hacia la integralidad en la atención de estas situaciones. En el Mapeo realizado se observan importantes iniciativas, pero estas no parecen estar suficientemente articuladas con los mecanismos de detección, así como entre ellas mismas, de modo de lograr mayor eficiencia y efectividad.
- Relacionado con lo anterior, se aprecian avances sustantivos en sistemas de registros para la detección, pero se está aún lejos de construir un **sistema de monitoreo y evaluación** para estas situaciones.
- En materia de **inclusión de la discapacidad**, aunque se observan avances importantes en materia de incorporar el paradigma de derechos, estos parecen ser aún insuficientes tanto en materia de cobertura como de integralidad de las acciones.

### 3.3. Espacios de coordinación

En esta área, el principal espacio de coordinación identificado es el CCEPI. En este marco existen comisiones de trabajo. Particularmente se destaca una dedicada a temas de nutrición, inclusión educativa y salud mental.

Por otra parte, los CAIF del INAU mantienen una estructura de coordinación interinstitucional y con la sociedad civil, en los comités nacionales y departamentales, dentro de los cuales se plantean, trabajan y coordinan algunos aspectos vinculados a esta área de atención.

Además, el INAU y ASSE vienen desarrollando acciones específicas de coordinación para la derivación y atención de niñas y niños en las Casas de Desarrollo.

Asimismo, la SNCyD del MIDES y la DGEIP de la ANEP mantienen espacios de coordinación periódicos para la implementación del proyecto piloto de incorporar la figura del Facilitador/a de Autonomía en Ámbitos Educativos.

El MSP creó una comisión interinstitucional para coordinar acciones de detección temprana y atención a las alteraciones del desarrollo.

### 3.4. Resumen del área Salud, nutrición y desarrollo del niño/a

Tabla 21. Resumen del área Salud, nutrición y desarrollo del niño/a

Área	Atención	Servicios	Institución reguladora	Instituciones participantes
Salud, nutrición y desarrollo del niño/a	Controles de salud	Controles pediátricos	MSP	ASSE y prestadores del SNIS
		Inmunizaciones	MSP	ASSE y prestadores del SNIS CHLA-EP
	Nutrición	Lactancia y alimentación complementaria	MSP	ASSE y prestadores del SNIS
		Suplementación de alimentos	MSP	MIDES MIEM Gobiernos departamentales
		Alimentación en centros de educación y cuidados	MSP	ANEP INAU MIDES-INDA
	Detección y atención de retrasos del desarrollo y capacidades	Vigilancia y atención a retrasos del desarrollo	MSP MIDES	ASSE Prestadores del SNIS INAU ANEP BPS
		Inclusión de la discapacidad	MIDES	ANEP INAU BPS

## 4. Área Educación y cuidados

Esta área abarca el momento en el cual las familias necesitan y optan por cuidados extra-hogar para los niños y niñas, así como su inclusión a la educación formal obligatoria a partir de los 4 años, según lo establece la ley 18.437, de 2008.

En esta área se identifican tres organismos reguladores: el INAU, el MIDES y la ANEP, que tienen dos atenciones principales:

- Habilidades para la crianza.
- Cuidados y educación inicial.

En la siguiente tabla se ilustra el resumen de lo antedicho:

**Tabla 22. Atenciones del área Educación y cuidados**

Área	Atención	Institución reguladora	Instituciones participantes
Educación y cuidados	Habilidades para la crianza	INAU MIDES	MSP ASSE MEC ANEP Congreso de Intendentes
	Cuidados y educación inicial	INAU ANEP	MSP ASSE MEC MIDES ANEP Congreso de Intendentes

### 4.1. Atenciones y servicios

#### 4.1.1. Sobre los servicios de la atención Habilidades para la crianza

Dentro de esta atención, se identificaron tres servicios principales: parentalidades comprometidas, experiencias oportunas y Programa de Acompañamiento Familiar.

Los primeros dos servicios son regulados por el INAU, mientras que el último corresponde al MIDES, ejecutado a través del Programa UCC.

En la tabla 23 se ilustra un resumen de esto.

**Tabla 23. Servicios que materializan la atención Habilidades para la crianza**

Área	Atención	Servicios	Institución reguladora	Instituciones participantes
Educación y cuidados	Habilidades para la crianza	Parentalidades comprometidas	INAU	MIDES
		Experiencias Oportunas	INAU	MSP ASSE MEC ANEP Congreso de Intendentes
		Programa de Acompañamiento Familiar	MIDES	INAU ASSE MSP Poder Judicial INR BPS CHPR

### 1. Parentalidades comprometidas

Este servicio define a la parentalidad como «las funciones de cuidado, atención y educación que realizan los adultos, independientemente del parentesco o género, siendo posible que otros, más allá de los padres asuman las funciones maternas o paternas que brindan cuidado a los niños y niñas. Desempeñando prácticas de cuidado y crianza acordes a las necesidades de bienestar, confianza y afecto que favorecen el desarrollo de niños y niñas» (INAU y MIDES, 2019).

El servicio se implementa desde 2018. Lo regula e implementa el INAU a través de la Secretaría de Primera Infancia (SEPI) y tiene como objetivo promover los derechos y la corresponsabilidad de género en la crianza de los niños y niñas, fortaleciendo el ejercicio parental de los referentes familiares.

Se basa en el desarrollo de un ciclo de talleres que se llevan a cabo en Centros de Primera Infancia que regula el INAU, así como en espacios territoriales que coordina el Programa UCC del MIDES. En estos talleres se trabaja en prácticas de crianza que promuevan el desarrollo infantil, la corresponsabilidad de género en el cuidado y la educación de la primera infancia.

De acuerdo a información proporcionada por la SEPI, en 2023 se trabajó en 100 centros de primera infancia.

En la actualidad, se está trabajando en la mejora de una herramienta virtual, Parentalidades Comprometidas en Casa, creada junto con UCC en 2020 durante la pandemia

(Rahi *et al.*, 2021). Esta herramienta se implementó en Centros de Primera Infancia del INAU y equipos de UCC. Luego, en 2021 y 2022 se implementó un modelo híbrido en Centros de Primera Infancia del INAU.

En coordinación con la ANEP y AGESIC, durante el 2023 se trabajó en la creación de una solución tecnológica para potenciar esta herramienta, la cual se encuentra en proceso de aprobación institucional.

## **2. Experiencias Oportunas**

Este servicio es un programa regulado por el INAU, se ejecuta a través del Plan CAIF y es dirigido a niñas y niños de 0 a 24 meses y sus familias.

El programa consiste en talleres de interacción entre los menores y sus personas adultas referentes, que promueven el desarrollo integral de niños y niñas y las capacidades parentales.<sup>15</sup> Los encuentros semanales incluyen la participación del niño/a, padre, madre u otro referente de cuidado, junto con otras familias y el equipo técnico del centro (Uturbey y Taborda Buschiazso, 2020).

El Plan CAIF da una cobertura a más de 65 000 niños en todo el país, a través de 485 centros. Casi la mitad de esta cobertura corresponde al servicio Experiencias Oportunas.

## **3. Programa de Acompañamiento Familiar**

Este servicio lo regula y ejecuta el MIDES, a través de UCC. Se trata de un servicio focalizado en familias con mujeres embarazadas, niñas y niños menores de 4 años que presentan indicadores que muestran dificultades de salud y vulneración de derechos en lo social.

Se ejecuta a nivel nacional con equipos de atención, que desarrollan «estrategias de proximidad». Sus acciones se orientan a «favorecer el desarrollo infantil y las prácticas de crianza, buscando disminuir la incidencia de factores de riesgo socio sanitarios que limitan el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas» (MIDES, 2024).

Las situaciones para atender pueden ser derivadas desde la ANEP, el CHPR, el INAU, el INR y el Poder Judicial. Asimismo, el Programa de Acompañamiento Familiar (PAF) deriva situaciones para su atención, principalmente al INAU, el BPS, la ANEP, intendencias departamentales, el MSP y diferentes programas del MIDES (MIDES, 2022).

De acuerdo a la información proporcionada por UCC, el PAF da cobertura a unas 5000 familias al año. UCC viene desarrollando adecuaciones del servicio para poder brindar mayor cobertura, en el entendido de que la demanda supera ampliamente la capacidad de cobertura que posee el PAF. Por ejemplo, se creó un dispositivo llamado Teleasistencia que ofrece una cobertura de 300 familias en forma semestral.

Además, UCC facilita un Set de Bienvenida en los controles de embarazo y en las maternidades del país a todos los nacimientos ocurridos durante el año. Se trata de un conjunto

15. Ver [https://medios.presidencia.gub.uy/tav\\_portal/2017/noticias/NO\\_Y468/Guia.pdf](https://medios.presidencia.gub.uy/tav_portal/2017/noticias/NO_Y468/Guia.pdf)

de materiales (libros, música, juguetes) seleccionados para promover las buenas prácticas de crianza y el adecuado desarrollo del bebé.

#### 4.1.2. Sobre los servicios de la atención Cuidados y educación inicial

Esta atención es regulada por dos organismos, la ANEP y el INAU. La ANEP se encarga de la regulación de la educación inicial obligatoria (desde los 4 años), tanto de los servicios que son implementados por esta institución como de aquellos de carácter privado, que estén habilitados por esta. En la atención en nivel 3, si bien no es de carácter obligatoria, la ANEP también posee una importante cobertura, existiendo una regulación compartida con el INAU.

El INAU, por su parte, regula los servicios, públicos y privados, que dan cobertura a niños y niñas entre 0 y 3 años.

En cuanto al nivel 3, desde la creación del Sistema Nacional de Cuidados y su Plan Nacional de Cuidados, en 2015, comenzó a desarrollarse una estrategia de ampliación de cobertura, mediante la cual el INAU busca ampliar su cobertura en los niveles menores, en particular en el primer año de vida, «librando» cupos a la ANEP en su cobertura en nivel 3.

Dentro de los servicios que regula el INAU se encuentran: Plan CAIF, Centros de Atención a la Primera Infancia (CAPI), Centros Siempre, Casas Comunitarias de Cuidado, Centros para hijos/as de estudiantes, Centros de Primera Infancia Privados. Asimismo, el MIDES a través de la Secretaría Nacional de Cuidados, implementa el Programa Becas de Inclusión Socioeducativa.

En el caso de la ANEP, se encuentran las aulas y jardines de educación inicial, así como los jardines privados habilitados por esta institución.

A continuación, se realiza una breve descripción de cada uno de estos servicios.

##### 4.1.2.1. *Plan CAIF*

El Plan CAIF, o Centros de Atención a la Infancia y la Familia, es una alianza entre el Estado, las organizaciones de la sociedad civil (OSC) e intendencias municipales. Funciona tanto en áreas urbanas como rurales, tiene una vocación de carácter focalizado, priorizando el acceso de niños y niñas que provienen de familias en situación de pobreza y/o vulnerabilidad social.

Se ejecuta a través de convenios con las OSC. De acuerdo a datos del INAU (s.f.), en marzo de 2024 están en funcionamiento un total de 485 centros CAIF que dan una cobertura a 63 099 niñas y niños.

##### 4.1.2.2. *CAPI*

Actualmente hay 36 Centros de Atención a la Primera Infancia. Son centros ejecutados directamente por personal del INAU. Ofrecen atención diaria a menores de 3 años con una cobertura de 1153 niños y niñas.

#### **4.1.2.3. Centros Siempre**

Los Centros Siempre son servicios socioeducativos dirigidos a la infancia (con prioridad para la primera infancia). Su primer diseño parte del plan quinquenal de Cuidados 2016-2020, en asociación con sindicatos y empresas de algunos sectores de actividad.

Buscan aportar al cuidado y educación de la infancia en articulación con las necesidades ocupacionales de las personas adultas referentes. Para esto, su diseño intenta ofrecer oportunidades de conciliación entre la vida personal, familiar y laboral a padres, madres y otros referentes de cuidado de niñas y niños, a través de horarios más extensos, flexibles y adaptados a las necesidades de las familias. En la actualidad hay 14 Centros Siempre, dando cobertura a 996 menores.

#### **4.1.2.4. Casas Comunitarias de Cuidado (CCC)**

Las CCC fueron desarrolladas en 2015 por un equipo compuesto por el INAU, el MEC, el MSP, el MIDES (Instituto Nacional de las Mujeres y Uruguay Crece Contigo) y la Secretaría de Cuidados, como una solución de cuidados para bebés a partir de 45 días y menores de 12 meses. En casos excepcionales podrá otorgarse la prestación hasta los 36 meses. El INAU es el organismo encargado de la autorización, formación y supervisión del servicio. Actualmente ofrece cobertura a 206 niños y niñas en 14 CCC.

#### **4.1.2.5. Centros para hijos/as de estudiantes**

Son centros que brindan cobertura —en horarios en que otros locales de atención no están disponibles— para hijos e hijas (entre 0 y 5 años) de alumnos de liceos o UTU. El horario puede extenderse hasta las 21.30 horas. Surgen en el marco del Sistema de Cuidados, a través del cual se estableció un convenio entre el INAU (Primera Infancia), el MIDES, la Secretaría de Cuidados, la Dirección Nacional de Promoción Sociocultural y ANEP-CODICEN.

Los centros se encuentran cercanos a locales de la ANEP, tienen una carga horaria de cuatro horas diarias y pueden recibir hasta 20 niños y niñas en forma simultánea. Actualmente hay siete centros que brindan cobertura a 140 menores.

#### **4.1.2.6. Centros de Primera Infancia Privados (CPIP)**

Desde 2020, los CPIP son autorizados y supervisados por el INAU. Antes esta función la ejercía el MEC. Según el MEC (2023), estos ofrecen cobertura a 11 613 niños y niñas en 271 CPIP.

#### **4.1.2.7. Becas de Inclusión Socioeducativa (BIS)**

Las BIS tienen como objetivo «brindar servicios de cuidado y educación a niños y niñas de 0 y 2 años (en excepciones, de 3 años) pertenecientes a familias integradas a los programas de Acompañamiento Familiar del MIDES y el INAU, que residan en territorios con insuficiencia de oferta de estas características» (Sistema de Cuidados, s.f.).

Son gestionadas por el MIDES a través de la Secretaría Nacional de Cuidados y Discapacidad y se ejecutan mediante los CPIP registrados para tal fin.

Las familias acceden al servicio mediante la derivación de un operador de los programas de acompañamiento. Para ello, existe un formulario en línea, a través del cual la Secretaría de Cuidados recibe la información y gestiona la beca.

El programa de becas se inició en 2013, en el marco del Plan 7 Zonas, y fue adaptado en 2015 como parte del Sistema de Cuidados. En 2020, amplió su cobertura a casi el doble. Según el informe anual de la Secretaría de Cuidados, en 2023 se ejecutaron un total de 1729 BIS, integrando a 183 CPIP.

#### 4.1.2.8. Educación inicial de la ANEP

La ANEP cuenta con diversos centros públicos que imparten educación inicial. Hay jardines de infantes de doble turno o de jornada completa.

Para los niveles de 4 y 5 años, Uruguay tiene una cobertura de carácter universal. En los servicios de carácter público, la matrícula asciende a 69 604 niños y niñas. Para el nivel de 3 años, la ANEP brindó cobertura, en 2023, a 12 745 niños y niñas, distribuidos en un total de 619 centros: 229 jardines de infantes, 150 escuelas comunes con nivel 3 y 240 escuelas rurales con nivel 3.<sup>16</sup>

A su vez, en cuanto a los CPIP habilitados por la ANEP, la cobertura para menores de 3 años fue de 10 014 niños, mientras que para los niveles 4 y 5 alcanzó a 12 820 (MEC, 2023).

**Tabla 24. Servicios que materializan la atención Cuidados y educación inicial**

Área	Atención	Servicios	Institución reguladora	Instituciones participantes
Educación y cuidados	Cuidados y educación inicial	Plan CAIF	INAU	MSP ASSE MEC ANEP Congreso de Intendentes
		CAPI	INAU	
		SIEMPRE	INAU	SNCyD
		CCC	INAU	SNCyD
		Centros para hijos/as de estudiantes	INAU	SNCyD ANEP
		CPIP	INAU	
		BIS	INAU	SNCyD
		Educación inicial	ANEP	INAU MEC

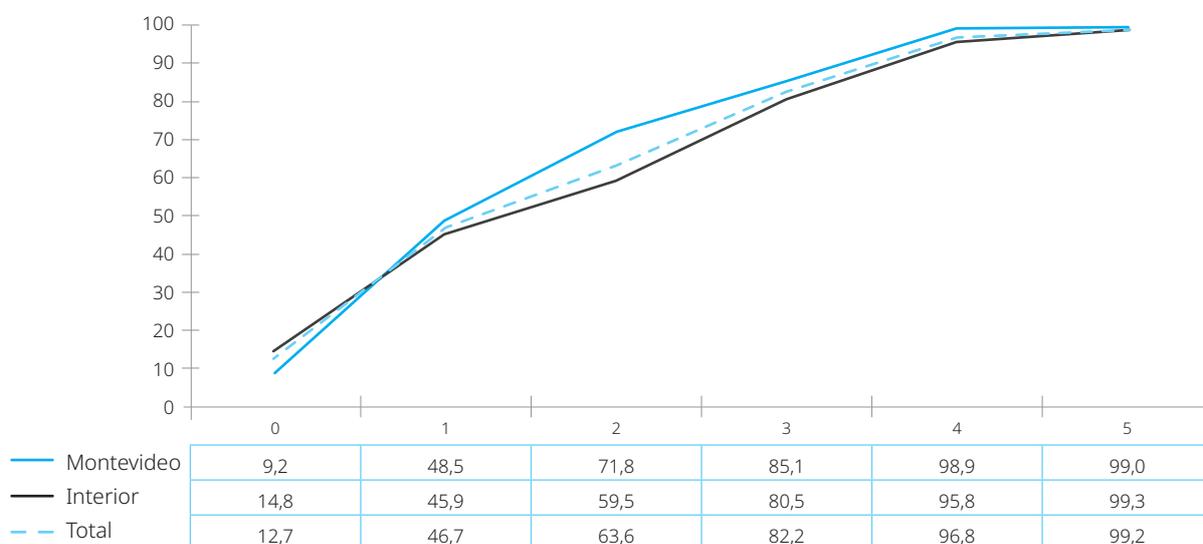
16. De acuerdo a datos de la División Tecnologías de la Información. División Planeamiento Educativo de la DGEIP.

## 4.2. Principales desafíos identificados

Los principales desafíos identificados en esta área son:

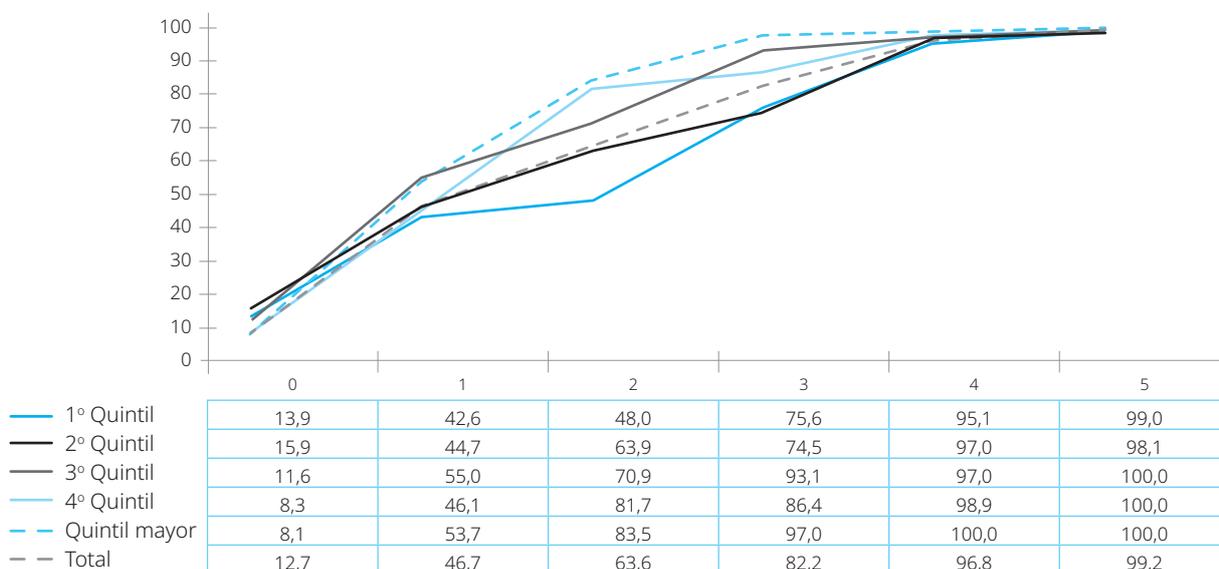
- **Cobertura.** Si bien Uruguay ha tenido un importante avance en esta materia, aún existen desafíos en las edades más tempranas (ver gráfico 1). Además, aunque se ha reducido la brecha en el acceso para los quintiles más pobres, aún persisten diferencias significativas que afectan a los sectores menos favorecidos (ver gráfico 2).

**Gráfico 1. Asistencia a algún establecimiento educativo por edades simples según grandes áreas (Todo el país, 2022)**



Extraído de: MEC (2023).

**Gráfico 2. Asistencia a algún establecimiento educativo por edades simples según quintiles de ingreso de los hogares (Todo el país, 2022)**



Extraído de: MEC (2023).

- **Horarios.** Algunas de las dificultades identificadas en varias entrevistas están relacionadas con que el aumento de la cobertura en las edades más tempranas no solo debe enfocarse en la creación de una mayor oferta, sino también en la adaptación de sus características. En particular, destaca la cuestión de los horarios. Los centros de educación y cuidados de oferta pública suelen tener horarios poco flexibles y, por lo tanto, no se adaptan bien a las necesidades de las familias.
- **Cobertura en nivel 3.** Tal como se describió anteriormente, en los territorios donde se amplía la cobertura de servicios del INAU para las edades más tempranas, en particular para un año, y la ANEP cuenta con aulas o jardines, existe la oportunidad de que esta última amplíe su oferta en nivel 3. De esta forma, se puede ir ampliando la oferta de servicios para edades más tempranas.  
 Esto requiere una fuerte articulación entre el INAU y la ANEP. Si bien en el relevamiento realizado se constató que esta articulación existe, también se identificaron algunas dificultades para hacer operativo este acuerdo a nivel territorial, ya que en algunos territorios se observó una sobreoferta de servicios para nivel 3.
- **Calidad de los servicios.** Parte de las dificultades relacionadas con el punto anterior parecen deberse a ciertas resistencias de las familias que llevan a sus hijas o hijos al Plan CAIF y que, a partir de los 3 años, son invitadas a concurrir a la ANEP. Aparentemente, los argumentos se basan en una percepción de mayor calidad por parte de las familias respecto a la propuesta del CAIF en comparación con la ANEP.  
 Si bien es normal que existan diferencias en los estilos de los servicios, no deberían existir diferencias en la calidad. Los criterios de calidad para la atención de la primera infancia deben estar claramente definidos y acordados.  
 En este sentido, se identifican dos importantes avances. Por un lado, la creación del *Marco Curricular para la atención de niños y niñas de 0 a 6 años* (CCEPI, 2014), y, por otro lado, la creación de los *Indicadores de evaluación de calidad de centros de educación y cuidados para niñas y niños de 0 a 3 años* (Sistema de Cuidados, 2019).  
 Este último instrumento fue elaborado en el marco del Sistema Nacional de Cuidados en 2019. Actualmente, se están realizando mejoras a partir de su aplicación en proyectos piloto, en colaboración con la UDELAR.
- **Sistemas de información.** En el marco de la necesaria articulación entre el INAU y la ANEP, tanto en lo que refiere al nivel 3 como en la trayectoria de quienes transitan de servicios del INAU, o de los CPIP a ANEP, parece necesario mejorar los sistemas de información, en varios sentidos.  
 En primer lugar, para facilitar el acceso de las familias ante los cambios de servicios institucionales. Para ello, es necesario implementar una interfaz entre los sistemas SIPI del INAU y GURÍ de la ANEP. A su vez, es conveniente que en el sistema SIPI se incorpore información de los CPIP.  
 En segundo lugar, contar con sistemas de información integrados permitiría a la política pública analizar de manera más eficaz las trayectorias educativas de los niños y niñas y sus familias, así como sus efectos e impactos.

- **PAF-ADUANA.** UCC ha realizado una adecuación de su programa PAF, incorporando el seguimiento a embarazadas hasta el primer año de vida del niño o niña, quienes son captadas en las maternidades públicas del país. En tal sentido, parece pertinente una mejor y más efectiva coordinación entre este programa y ADUANA de ASSE, a fin de lograr una mayor efectividad de las acciones.

### 4.3. Espacios de coordinación

En esta área se identificaron los siguientes espacios de coordinación:

- **CCEPI.** Se reúne quincenalmente y cuenta con comisiones de trabajo específicas.
- **Comité Nacional de CAIF.** Instancia de articulación interinstitucional y del Estado con la sociedad civil. Se reúne trimestralmente. Además, existen Comités Departamentales en cada uno de los departamentos del país.
- **Comisión de Cuidados.** En el marco del Sistema Nacional de Cuidados, se estableció la Junta Nacional de Cuidados, según la ley 19.353, de 2015. Además, se han creado comisiones de trabajo, una de ellas es la de Infancia, que realiza al menos dos sesiones al año.

## 4.4. Resumen del área Educación y cuidados

Tabla 25. Resumen área Educación y cuidados

Área	Atención	Servicios	Institución reguladora	Instituciones participantes
Educación y cuidados	Habilidades para la crianza	Parentalidades comprometidas	INAU	MIDES
		Experiencias Oportunas	INAU	MSP ASSE MEC ANEP Congreso de Intendentes
		Programa de Acompañamiento Familiar	MIDES	INAU ASSE MSP Poder Judicial INR BPS CHPR
	Cuidados y educación inicial	Plan CAIF	INAU	MSP ASSE MEC ANEP Congreso de Intendentes
		CAPI	INAU	
		SIEMPRE	INAU	SNCyD
		CCC	INAU	SNCyD
		Centros para hijos/as de estudiantes	INAU	SNCyD ANEP
		CPIP	INAU	
		BIS	INAU	SNCyD
Educación inicial	ANEP	INAU MEC		

## 5. Programa 404. Atención Integral a la Primera Infancia

A través de la Rendición de Cuentas de 2021, ley 19.996, se asignó «Partidas a Reaplicar» en Rentas Generales al Programa 404 «Atención Integral a la Primera Infancia», una partida anual de aproximadamente 50 millones de dólares para el fortalecimiento de las políticas, programas y acciones destinadas a la atención integral de la primera infancia.

A su vez, se crea un equipo de coordinación que tiene el cometido de establecer «el lineamiento y estrategia del programa» y la proyección de la distribución de las partidas presupuestales. Este equipo está integrado por un representante de OPP, MEF, MIDES, MVOT, MSP, ANEP, INAU y ASSE.

Por otra parte, la Rendición de Cuentas de 2023, ley 20.212, vuelve a asignar una partida presupuestal similar a la anterior. En 2024, el Poder Ejecutivo, a través del decreto 72, reglamenta esta ley, creando el Fondo Infancia como persona jurídica de derecho público no estatal.

Para esto, se crea un Consejo Administrador, al que, además de los organismos que formaban parte del Equipo Coordinador, se integra el BPS. Asimismo, se asigna al MIDES como responsable de la presidencia de dicho Consejo y al INAU la vicepresidencia. A su vez, se crea la figura de director/a ejecutivo/a, que es asignada por el Consejo Administrador.

## 6. Cuadro resumen: Áreas, atenciones y servicios

Área	Preconcepción, salud y nutrición durante el embarazo, parto y posparto			Protección e inclusión social					
	Salud sexual y reproductiva	Perinatología	Salud mental posparto	Transferencias a los hogares	Licencias y subsidios de Cuidado			Prevención y atención a situaciones de violencia	
Atenciones				Transferencias contributivas	Transferencias no contributivas	Licencias maternas	Licencias paternas		Subsidio de cuidados
Institución reguladora	MSP	MSP	MSP	BPS	MIDES	BPS	BPS	BPS	INAU
Instituciones participantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>ASSE y prestadores del SNIS</li> <li>BPS</li> <li>INAU</li> <li>MIDES</li> <li>FNR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ASSE y prestadores del SNIS</li> <li>MIDES</li> <li>INAU</li> <li>BPS</li> <li>FNR</li> <li>Correos</li> <li>Poder Judicial</li> <li>CHLA-EP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ASSE y prestadores del SNIS</li> <li>INAU</li> <li>MIDES</li> </ul>	MTSS	<ul style="list-style-type: none"> <li>MTSS</li> <li>CODICEN</li> <li>MSP</li> <li>ASSE</li> <li>Prestadores del SNIS</li> <li>UTE</li> <li>OSE</li> <li>ANCAP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ASSE,</li> <li>Prestadores de salud del SNIS</li> <li>MTSS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ASSE,</li> <li>Prestadores de salud del SNIS</li> <li>MTSS</li> </ul>	MTSS	<ul style="list-style-type: none"> <li>MIDES</li> <li>FGN</li> <li>ANEP</li> <li>MSP</li> <li>MI</li> </ul>
Servicios	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Consejería preconcepcional</li> <li>•Acceso a métodos anticonceptivos</li> <li>•Tratamientos de fertilidad asistida</li> <li>•Interrupción voluntaria del embarazo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Controles del embarazo</li> <li>•Nutrición de la embarazada y el lactante</li> <li>•Atención del parto y recién nacido</li> <li>•Pesquisa neonatal</li> <li>•Visita domiciliaria</li> <li>•Inmunizaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Depresión materna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Asignaciones familiares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Asignaciones familiares</li> <li>Plan de Equidad</li> <li>•Tarjeta Uruguay Social</li> <li>•Bienvenido Bebé</li> <li>•Bono Crianza</li> <li>•Canasta de Servicios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Licencias maternas sector público</li> <li>•Licencias maternas sector privado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Licencias paternas sector público</li> <li>•Licencias paternas sector privado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Reducción jornada laboral sector público</li> <li>•Subsidio de cuidados sector privado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•SIPIAV</li> </ul>
Principales espacios de articulación	Estrategia intersectorial y nacional de prevención del embarazo no intencional Convenio ASSE-CAIF				Comité Nacional SIPIAV Ventanilla Única MIDES-BPS				

Área	Salud, nutrición y desarrollo del niño/a			Educación y cuidados			
<b>Atenciones</b>	Controles de salud	Nutrición	Detección y atención de retrasos de desarrollo y capacidades	Habilidades para la crianza		Cuidados y educación inicial	
<b>Institución reguladora</b>	MSP	MSP	MSP MIDES	INAU	MIDES	INAU	ANEP
<b>Instituciones participantes</b>	ASSE Prestadores de salud del SNIS CHLA-EP	ASSE Prestadores de salud del SNIS MIDES INAU ANEP MIEM Gobiernos departamentales	ASSE y prestadores del SNIS INAU MIDES ANEP BPS	MSP ASSE MEC ANEP Congreso de Intendentes	INAU ASSE MSP Poder Judicial INR BPS CHPR	MSP ASSE MEC ANEP Congreso de Intendentes SNCyD	INAU MEC
<b>Servicios</b>	•Controles pediátricos. •Inmunizaciones	•Lactancia y alimentación complementaria •Suplementación de alimentos •Alimentación en centros de educación y cuidados	•Vigilancia y atención a retrasos del desarrollo •Inclusión de la discapacidad	•Parentalidades Comprometidas •Experiencia Oportunas	•Programa de Acompañamiento Familiar	•Plan CAIF •CAPI •SIEMPRE •CCC •Centros para hijos/as de estudiantes •CPIP •BIS	•Educación inicial
<b>Principales espacios de articulación</b>	CCEPI Comité Nacional y departamental de Plan CAIF INAU y ASSE para Casas de Desarrollo SNCyD del MIDES y DGEIP de ANEP para Facilitador/a de Autonomía en Ámbitos Educativos			CCEPI Comité Nacional y departamental de Plan CAIF Comisión de Infancia del Sistema de Cuidados			

## 7. Conclusiones y reflexiones

Desde la perspectiva de este Mapeo, es posible extraer diversas conclusiones. En este apartado describiremos algunas de ellas, que en su mayoría se asemejan más a reflexiones que a tesis concluyentes. El objetivo es poder hacer una breve contribución a la discusión sobre la mejora de las políticas públicas para la primera infancia.

A modo de ordenamiento, hemos optado por clasificar estas reflexiones, que emanan del proceso de elaboración del Mapeo, en tres categorías: a) lo que se observa como positivo, b) lo que no se ve en el Mapeo, y c) algunas consideraciones para ampliar el paquete de prestaciones.

### 7.1. Lo positivo

El paquete de prestaciones identificado en el Mapeo posiciona a Uruguay como un país que cuenta con un conjunto de atenciones de primera infancia que, en primera instancia, pueden catalogarse como **robustas**. Este calificativo emerge en función de:

1. **Enfoque de derechos:** todas las atenciones son acordes a una concepción de niños y niñas como sujetos de derecho.
2. **Alcance:** la mayoría de las atenciones tienen un alcance universal. Las que no tienen, se debe, o bien a criterios de focalización para proteger a sectores más vulnerables, o bien por persistencia de brechas de atención. En este último caso, las razones obedecen generalmente a dificultades presupuestales y/o de gestión, más que a una falta de enfoque en la política.
3. **Formalización:** las atenciones se encuentran respaldadas por sólidos marcos regulatorios. La enorme mayoría están enmarcadas en leyes, decretos y reglamentos.
4. Como complemento de este último punto, es de resaltar el hecho de que las atenciones para la primera infancia muestran un sentido **acumulativo**, en tanto se han ido agregando e incrementando de forma consistente y pertinente a lo largo de los años.
5. Asimismo, se evidencia **continuidad**. Sus marcos regulatorios han facilitado que, a pesar de los cambios en las administraciones de gobierno, las atenciones se mantengan en términos generales.
6. **Presupuesto:** la continuidad también se evidencia en las decisiones de aumento y/o asignación de partidas presupuestales específicas para estas atenciones en este tramo etario. Si bien, como se mostrará más adelante, este aspecto es aún escaso, en los últimos veinte años se han tomado decisiones para dotar e incrementar el presupuesto destinado a esta franja etaria.

Además de una primera impresión de robustez, el Mapeo muestra un conjunto de atenciones que parecen proteger a la primera infancia de manera bastante **completa**. A su vez,

estas atenciones son reguladas y operacionalizadas por un entramado institucional amplio y **complejo**.

Esta complejidad se debe, en primer lugar, a las características del tramo etario al que se dirigen. Las políticas de primera infancia requieren atenciones bajo la responsabilidad de diferentes instituciones, y, por otra parte, porque Uruguay posee una red institucional particular en comparación con otros países de la región.<sup>17</sup>

## 7.2. Lo que no muestra el Mapeo

Sin embargo, a pesar de esta primera impresión de robustez y completitud de las atenciones, estas no parecen ser del todo efectivas.

Independientemente de que, al analizar cada una de las atenciones de este Mapeo, se encuentren algunas con mayor desarrollo, eficiencia y efectividad que otras, en términos generales se observa, tanto a nivel subjetivo como objetivo, que el modelo de atención y protección no parece llegar a los resultados óptimos.

Desde el punto de vista subjetivo, tanto entre varias de las personas entrevistadas como entre colegas que trabajan en la materia, existe el sentimiento de que todo lo que se hace está bien, pero no resulta suficiente, no alcanza. Por tanto, es necesario, pero no es suficiente.

A nivel objetivo, si nos detenemos en los desafíos detallados en cada una de las áreas, se observa que muchos de ellos persisten a lo largo del tiempo, es decir, son más o menos los mismos que hace varios años.

A su vez, el dato que refleja con mayor objetividad los desafíos en la efectividad de la atención y protección de la primera infancia es la concentración de la pobreza en las edades menores.

De acuerdo al INE, en 2023, la pobreza infantil en Uruguay se estimó en 20,1 %, más del doble de la pobreza general de la población, que fue de 10,1 %. Además, es casi 11 veces mayor que la pobreza en edades mayores (personas de 65 o más años), que fue de 2,2 %.

La pregunta que emerge, entonces, es ¿por qué uno de cada cinco niños en Uruguay es pobre?

Esta pregunta puede conducir a varios ángulos de indagación, pero, a efectos de este trabajo, intentaremos concentrarnos en lo que se puede observar desde el Mapeo realizado.

En primer lugar, partimos de la premisa de que un niño es pobre, porque nace, crece y se desarrolla en un hogar en donde los adultos son pobres. Ese 20 % de pobreza infantil se concentra en un conjunto de hogares pobres.

17. Como ejemplo, se puede mencionar que en Uruguay existe un Ministerio de Cultura, pero la regulación y ejecución de buena parte de la educación está a cargo del CODICEN de la ANEP; cuenta con un Ministerio de Desarrollo Social, pero gran parte de la regulación y ejecución de las atenciones se realiza a través del INAU, que, aunque depende de MIDES, actúa como ente autónomo; posee un Banco de Previsión Social que regula y ejecuta buena parte de las atenciones, varias de ellas en coordinación con el MSP y/o el MIDES.

La incidencia de la pobreza monetaria en Uruguay alcanza a aproximadamente 90 000 hogares, donde habitan algo más de 350 000 personas. Por su parte, aquellos hogares con ingresos apenas 25 % superiores a la línea de pobreza alcanzan a poco más de 70 000 hogares con algo más de 250 000 personas. Si deseamos extender un poco más el horizonte e incluimos los hogares de los quintiles 1 y 2, el número asciende a aproximadamente 300 000 hogares, es decir, casi el doble.

Por tanto, hay entre 150 000 y 300 000 hogares en donde se concentran niños y niñas que nacen y crecen en condiciones de vulnerabilidad. A su vez, estos hogares se concentran en determinados territorios. Uruguay posee una alta segmentación territorial, los hogares pobres con hijos están fuertemente concentrados en determinados barrios de Montevideo y en departamentos del interior del país (INE, 2024).

A partir de la información extraída para la realización de este Mapeo, se observa que muchas atenciones enfrentan problemas para llegar en condiciones óptimas, y otras no son suficientes para estos hogares. Por tanto, el paquete de prestaciones para los niños y niñas de estos hogares y territorios **no parece ser robusto**. Las atenciones, en algunos casos, no llegan, llegan de manera insuficiente o hacen falta otras atenciones.

Respecto a las atenciones existentes, muchas de ellas poseen brechas tanto en cobertura como en calidad. Además, se aprecian algunas ineficiencias o descoordinaciones, en el sentido de que hay servicios que se orientan a la misma población, pero no logran entre sí una articulación efectiva. Esto se observa tanto en solicitudes de información duplicada como en gestiones concretas que se realizan por más de una institución con fines similares, para el mismo hogar o niño o niña.

Por otra parte, estos niños y niñas, de estos hogares y en estos territorios, parecen necesitar otras atenciones que no forman parte del paquete de prestaciones actuales.

Los territorios donde se concentran los hogares con menores en condiciones de pobreza no solo tienen insuficiencia de ingresos de las personas adultas, sino también problemas de infraestructura, inseguridad, transporte deficiente y lento, edificios públicos lejanos o de peor calidad, etc. Desde esta perspectiva, el Mapeo de atenciones comienza a ser **incompleto**, ya que algunas atenciones no están presentes o resultan insuficientes para estos hogares y niños o niñas.

Por tanto, aquello que en primera instancia es visto como robusto y completo, para esta importante cantidad de niños y niñas el paquete de prestaciones es débil e incompleto.

Si nos detenemos un poco más en algunas de las características de los hogares y familias de estos menores, la actual complejidad interinstitucional de atenciones para la primera infancia resulta ser escasa. Estos hogares y territorios evidencian la necesidad de que aparezcan en escena, y con mayor protagonismo, organismos vinculados a la vivienda, el transporte, la seguridad, entre otros.

No solo existen **dificultades en infraestructura, seguridad e ingresos**, sino que también, en hogares y territorios con alta concentración de pobreza y vulnerabilidades, la crianza de niñas y niños pequeños se manifiesta con **menos recursos emocionales**. Aunque

esto requiere un análisis más profundo, la crianza en situaciones de estrés, provocadas por circunstancias como la escasez e incertidumbre de ingresos o el temor a la violencia ocasionada por la inseguridad, puede reducir las posibilidades de utilizar recursos, disposiciones y habilidades para la crianza cariñosa.

Desde este punto de vista, el paquete de prestaciones también resulta ser incompleto. En particular se observan pocos servicios vinculados a la salud mental y los orientados a habilidades para la crianza necesitan ser mirados con mayor detenimiento en términos de contenidos, cobertura y calidad.

Por otra parte, estos hogares suelen poseer **escasez de tiempo**, en tanto las distancias y recorridos a puestos de trabajo, así como de acceso a servicios públicos, requieren mayor distancia y desplazamiento, lo que reduce la posibilidad de tiempo compartido con los niños y niñas e incrementa niveles de estrés. En consecuencia, las políticas de tiempo, urbanismo y transporte tampoco están presentes en el paquete de prestaciones actual.

Uruguay posee un Mapa de atenciones para la primera infancia que es positivo en varios aspectos, que es necesario mantener y mejorar, pero resulta ser poco efectivo en términos de solucionar los problemas de los niños y niñas que nacen y crecen en hogares pobres.

La pregunta central, entonces, es cómo hacer para que el paquete de prestaciones sea más amplio y efectivo.

### 7.3. Consideraciones para un mapa de atenciones más amplio y efectivo

Para mejorar las atenciones de primera infancia, suelen identificarse dos debilidades principales: escaso presupuesto y escasa articulación.

#### Sobre el presupuesto

El gasto público social destinado a los primeros años de vida es sustancialmente menor que el destinado a edades mayores. En consecuencia, se necesita más presupuesto destinado a primera infancia. Destinar más dinero es preciso, pero más que un análisis cuantitativo, a nuestro juicio, es necesario decidir para qué y en qué es necesario invertir más.

Es necesario presupuesto para cerrar brechas existentes en las atenciones mapeadas. Muchas de ellas no llegan en adecuadas condiciones, parte de este problema parece obedecer a razones presupuestales. Ahora bien, destinar **más dinero para las mismas acciones**, si bien pueden incidir en mejorar problemas de cobertura y calidad, tampoco parecen ser el camino más efectivo. Es altamente probable que iguales acciones tengan resultados un poco mejores, pero no del todo efectivos.

Es preciso mejorar en el corto plazo los **ingresos de las personas adultas** de los hogares donde viven niños y niñas en condiciones de pobreza. Si la denominada infantilización

de la pobreza está concentrada en hogares con personas que poseen escasos ingresos, una opción práctica es dotar a estas de mayores ingresos, por ejemplo, a través de políticas de transferencias. Esto requiere de incrementos presupuestales.

Ampliar y mejorar las transferencias para incidir en los ingresos de los hogares es un camino a recorrer. Ahora bien, independientemente de que esta opción pueda resultar una inversión considerable y que puede incidir positivamente en mejorar muchas de las carencias que poseen estos hogares, tampoco es el método más efectivo o por lo menos no el único. Las carencias de estos hogares no son solo de ingresos, sino que poseen una combinación de factores intra y extra-hogar.

Si las acciones mapeadas resultan ser incompletas para niños y niñas que nacen y crecen en hogares vulnerables, destinar más presupuesto a estas atenciones no garantiza necesariamente un mejor alcance, es probable que se necesiten mejoras en la gestión y ajustes en el diseño.

Por lo tanto, parece oportuno considerar que, en materia de presupuesto, además de incidir en la mejora de los ingresos de los hogares y cerrar las brechas de cobertura y calidad de las atenciones existentes, es necesario **ampliar el paquete de atenciones** a efectos de mejorar las condiciones de vida de los niños y niñas que nacen y crecen en condiciones de pobreza.

Si estos niños y niñas residen en hogares y territorios que concentran dificultades de infraestructura, seguridad y transporte, entre otras, parece necesario incorporar acciones que provengan de otro tipo de organismos e instituciones. En particular, resaltan aquellas orientadas a mejorar el hábitat, la infraestructura territorial, la convivencia, el transporte, los cuidados, etc.

En consecuencia, aunque el incremento presupuestal es necesario, no es suficiente. Parte del aumento de presupuesto debería destinarse a **ampliar el paquete de prestaciones**, incorporando instituciones y acciones para mejorar los territorios y hogares en donde residen niñas y niños de hogares y territorios vulnerables. Considerar a las personas adultas y tener abordajes territoriales es necesario para mejorar la atención a la infancia.

## La agenda productiva para la primera infancia

Aumentar el presupuesto considerando las anteriores observaciones es necesario; sin embargo, Uruguay no posee muchos márgenes presupuestales. Es un país con una pirámide poblacional invertida y envejecida, una población que, si bien muestra grados de protección importantes, también demanda atenciones, muchas de las cuales probablemente aumentarán, como en el caso de la salud y los cuidados.

En consecuencia, un problema que puede tener la agenda de la primera infancia en materia de incrementos de presupuesto es que exista una competencia de reclamos entre este tramo etario y el de las personas mayores. Esto significa tener que reducir inversiones en edades adultas para poder incrementar la destinada a infancia.

Este camino posee varios riesgos. En primer lugar, desde la óptica de derechos, no parece ser congruente, pero, por otra parte, es altamente probable que una «guerra presupuestal» entre personas adultas e infancia termine perjudicando a la infancia.

Por tanto, si bien la agenda productiva puede parecer ajena a la de la primera infancia, Uruguay necesita ser más productivo y competitivo. Necesita crecer a tasas mayores que las históricas para ampliar su margen presupuestal. Para ello, entre otros aspectos, la agenda de la primera infancia debería desarrollar mejores mecanismos que permitan aumentar la tasa de actividad femenina. Esto requiere, entre otras cosas, mejorar las políticas de cuidados y sumar organismos e instituciones como el MTSS e INEFOP para que sean parte de la ampliación del paquete de prestaciones. Es importante poner en consideración que mejorar las condiciones, capacidades y competencias de las personas referentes de los niños y niñas, para su mejora e inserción en el mundo laboral, debe ser un objetivo a mediano plazo.

## Sobre la articulación

Si lograr una adecuada articulación para la compleja red interinstitucional mapeada es una tarea difícil, ampliar el paquete de prestaciones con otras instituciones es probable que sea aún más complejo.

La articulación de todos los organismos e institucionales que tienen responsabilidades para con la política de primera infancia es un desafío. Uruguay tiene un camino recorrido en este aspecto, del cual pueden extraerse algunos aprendizajes. A continuación, detallamos algunos de ellos.

- **El organismo central.** La creación del MIDES, en 2005, tenía como fin preponderante mejorar la articulación de las políticas sociales. Es claro que en varios aspectos se han logrado avances, pero en lo que respecta a la primera infancia, no parece tener una función articuladora central, sino que participa como regulador y ejecutor de algunas atenciones. En consecuencia, la existencia de un organismo central no es condición suficiente para garantizar mejoras en la articulación.
- **Tener una estrategia a largo plazo.** En 2008, se elaboró la Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia (ENIA) para el año 2030. Esta estrategia incluía un plan quinquenal 2010-2015 que establecía metas precisas para la primera infancia. Sin embargo, la ENIA no contó con el respaldo institucional suficiente y no logró ejecutar en todas sus dimensiones dicho plan. Por tanto, contar con una visión a largo plazo es positivo, pero no garantiza eficiencia en la articulación.
- **Tener un plan con acciones precisas.** Existen varios antecedentes de elaboración de planes precisos con resultados y metas. Por ejemplo, la ya citada ENIA 2010-2015, el Plan Nacional de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (2016-2020) coordinado por el MIDES y el Plan Nacional de Cuidados 2016-2020. Algunas de estas experiencias tuvieron cierto grado de éxito en cuanto al cumplimiento de objetivos. Sin embargo, un

plan no garantiza una mejor articulación; estas experiencias muestran que se necesita respaldo político, gestión de la articulación y presupuesto.

- **Presupuesto.** El hecho de contar con presupuesto incentiva a las instituciones a la articulación. Existen experiencias con relativo éxito en este aspecto, como ser Infamilia (entre 2005 y 2010), UCC (entre 2012 y 2015) y el Sistema de Cuidados (entre 2015 y 2019). No obstante, estas experiencias demuestran que, además del presupuesto, la articulación requiere método, gestión y respaldo político e institucional. El método de elaboración de presupuesto que tiene el país asigna responsabilidades al organismo ejecutor, esto puede conducir a designar tareas de responsabilidades por organismo y, por ende, presupuestos al organismo ejecutor. Las experiencias citadas, y probablemente muchas más, evidencian el riesgo de que, una vez asignados los presupuestos, el incentivo para la articulación disminuya.

A partir del mapa elaborado, se puede apreciar que no existe un organismo articulador claro y preciso para todas las atenciones. De todas formas, existen diversos espacios de articulación, con distintos niveles de éxito en tanto logro de resultados.

Recientemente se ha creado el Consejo Administrador del Fondo Infancia. Si bien este aún no ha comenzado su gestión, de acuerdo con el decreto de su creación, algunas de sus funciones pueden officar de articulador. No obstante, no queda eximido de algunos de los riesgos ya descritos. La articulación debería contar con varios de los aspectos mencionados: un fuerte y amplio respaldo político, incidencia en designaciones y retenciones de presupuesto, soporte institucional, una visión a mediano y largo plazo, metas y resultados precisos a corto plazo, capacidad y metodología para gestionar los espacios de coordinación, *accountability*.

Por tanto, la articulación es un desafío y es probable que necesite todos los puntos señalados, así como varios más. La mejora de la articulación es, sin duda, necesaria, pero no parece ser el problema central en la garantía de la mejora del bienestar de la primera infancia.

Afortunadamente, en este año electoral, casi todos los partidos políticos plantean la necesidad de priorizar la primera infancia. Por tanto, es posible imaginar que en los próximos años podrá haber algunas mejoras en la asignación presupuestal y en los espacios de articulación.

Tomando en cuenta los aspectos comentados anteriormente, consideramos que parte de los esfuerzos de mejora presupuestal y de articulación deberían volcarse a la ampliación y a la mejora de la ampliación y efectividad del paquete de prestaciones.

## Consideraciones para ampliar y mejorar la efectividad del mapa de atenciones

A continuación presentamos un conjunto de puntos a considerar para ampliar el mapa de atenciones y mejorar su efectividad.

- **Acciones focalizadas.** Las principales acciones para la primera infancia en Uruguay tienen un alcance universal. Esto es, sin lugar a dudas, muy positivo. Sin embargo,

parece necesario ampliar las acciones que focalizan su mirada en los niños y niñas que nacen y crecen en hogares pobres.

- **Territorio.** Los territorios en donde nacen y crecen estos niños y niñas suelen presentar problemas de infraestructura, vivienda, inseguridad, transporte, etc. Es necesario implementar un conjunto de mejoras en todos estos aspectos a efectos de mejorar su hábitat.
- **Personas adultas.** La infantilización de la pobreza está dada por niños y niñas cuyas personas adultas referentes son pobres. Parte de sus problemas para obtener ingresos adecuados se deben a las limitadas competencias de estas personas para aprovechar las oportunidades del mercado cuando la economía mejora. Asimismo, no parecen beneficiarse completamente de la matriz de protección social existente. Trabajar con ellas para mejorar sus condiciones de ingreso, sus capacidades y competencias laborales parece ser otro desafío importante para mover la aguja en el bienestar de la primera infancia.
- **Resultados con responsabilidades cruzadas.** Las formas en que se suele gestionar la política pública conducen a metas, resultados y presupuestos por organismo ejecutor. Los planes de atención a la primera infancia necesitan crear mecanismos de gestión en los que las responsabilidades sean cruzadas, es decir, que el logro de la meta dependa del otro. Al respecto, existen algunos ejemplos de relativo éxito en este sentido, como el Plan CAIF, el Programa Infamilia y el Plan 7 Zonas (MIDES, 2014).

A modo de cierre, en la tabla 26 se ilustran aquellas atenciones y servicios a ser consideradas en un futuro paquete de prestaciones, con el objetivo central de mejorar la efectividad de las políticas de primera infancia, desde el punto de vista de las consideraciones descritas anteriormente. Se incluyen, además, las instituciones que deberían estar involucradas en esta tarea, así como una propuesta de indicadores de logro.

**Tabla 26. Área, servicios e instituciones para ampliar el Mapeo**

Área	Atención	Servicios	Institución reguladora	Institución participante	Indicador
Salud nutrición y desarrollo infantil	Mujeres embarazadas	Controles de embarazo	MSP	MIDES ASSE y prestadores de salud del SNIS	Todas las mujeres embarazadas de los territorios seleccionados poseen todos los controles y realizan su primer control antes del tercer mes de embarazo
	Seguimiento de la salud, el crecimiento y el desarrollo	Atención familiar	MIDES	MSP ASSE y prestadores de salud del SNIS	Todos los niños y niñas menores de 2 años que residen en los hogares y territorios seleccionados poseen un seguimiento de sus controles de salud, crecimiento y desarrollo
Protección e inclusión social	Transferencias a los hogares	Transferencias no contributivas	MIDES	BPS	Todos los hogares con niños y niñas de primera infancia acceden a transferencias
Mejora del hábitat	Infraestructura	Mejora de la infraestructura barrial	MTOP	MIDES Gobiernos departamentales	Todos los territorios seleccionados aplican un plan de <i>shock</i> de mejora de la infraestructura barrial (saneamiento, calles, iluminación, plazas, etc.)
		Mejora de la vivienda	MVOT	MIDES Gobiernos departamentales	Todos los territorios seleccionados aplican un plan de <i>shock</i> de mejora de viviendas (regularizaciones, construcción, apoyo para alquiler, etc.)
		Seguridad ciudadana	MI	MIDES Gobiernos departamentales	Todos los territorios seleccionados aplican un plan de mejora de la seguridad ciudadana
Cuidados	Políticas de tiempo	Mejora del transporte	MTOP	MIDES Gobiernos departamentales	Todos los territorios seleccionados aplican planes de mejora de servicios de transporte, facilitando el acceso a servicios públicos y centros laborales y de estudio
		Servicios de cuidado	MIDES	INAU ANEP MTOP INEFOP	Todos los menores entre 0 y 4 años que residen en los hogares y territorios seleccionados acceden a servicios de cuidado con horarios acordes a sus necesidades y a la de sus personas referentes adultas
Productiva	Competencias para el mundo del trabajo	Trayectorias educativas	ANEP	MIDES	Culminación de trayectorias educativas de personas referentes adultas de los niños y niñas que residen en los hogares y territorios priorizados
		Formación para el empleo	INEFOP	MIDES MTSS	Implementación de programas de formación laboral para personas referentes adultas de los niños y niñas que residen en los hogares y territorios priorizados

# Anexos

## Anexo 1. Instituciones y responsables entrevistados

Institución	Persona	Cargo o función	Resultado
MIDES	Antonio Manzi	Director nacional de Transferencias y Análisis de Datos	Realizada
	Victoria Estévez	Gerenta de Uruguay Crece Contigo	Realizada
	Florencia Krall	Directora nacional de Cuidados	Realizada
	Mauricio Russi	Asistente técnico	Realizada
INAU	Lujan González	Directora de la Secretaría Ejecutiva de Primera Infancia	Realizada
	Laura Enciso	Directora del Programa de Primera Infancia	Realizada
	Alejandra Toledano	Directora del Programa Familias y Cuidados Parentales	Realizada
ANEP	Carmen Sesto	Directora general de Educación Inicial y Primaria	Realizada
ASSE	Ignacio Ascione	Director del Área Niñez y Adolescencia	Realizada
MSP	María Victoria Lafluf	Directora nacional del Programa Salud de la Niñez	Realizada
	Rafael Aguirre	Coordinador del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud Pública	Realizada
OPP	Hugo Odizzio	Director de la Agencia de Monitoreo y Evaluación de Políticas Públicas	No realizada
MEF	Victoria Novas	Referente en temas de infancia	Realizada
BPS	Ana Miguez	Unidad de Medicina Embrio Fetal y Perinatal	Realizada
	María Victoria Quintans	Gerenta de Prestaciones de Salud	Realizada
	Matías Biurria	Relacionamiento e Información	Realizada
MSP	Laura Batalla	Coordinadora del Programa Salud de Adolescencia y Juventud	Realizada
	Mariela Larrandaburu	Coordinadora del Programa Enfermedades Raras y Anomalías Congénitas	Realizada
	Renée Diverio	Coordinadora del Área Programática de ITS-VIH/SIDA	No realizada
	Virginia Natero	Coordinadora del Programa de Nutrición	Realizada
	Laura Fazio	Coordinadora general de Lactancia	Realizada

## Anexo 2. Guía de pautas utilizada para entrevistas

La entrevista se programa en tres partes principales:

### Primera parte:

Uruguay, así como muchos países de América Latina, viene trabajando en mejorar sus políticas de primera infancia. En este marco, se viene discutiendo la necesidad de identificar paquetes de prestaciones básicas para asegurar el adecuado desarrollo y crecimiento infantil.

Una publicación de la institución de Dialogue International de marzo del 2020, sobre los resultados de un taller internacional llevado a cabo en nuestro país, realiza un resumen de prestaciones y servicios para el adecuado desarrollo infantil (DI).

A continuación, le voy a mostrar una tabla que resume este trabajo (la tabla se muestra impresa en formato grande).

- En primer lugar, le pediría que identifique aquellas atenciones y servicios en los que la institución que usted representa es la principal responsable de su dotación.
- Identifique algún otro servicio o prestación para el DI que no esté detallada en la tabla, en la que su institución es responsable de su dotación.

### Segunda parte:

Para cada servicio o prestación que indicó que su institución es responsable, señale lo siguiente:

- ¿Su institución es rectora, es decir, reguladora o ejecutora?
- Si no es reguladora, ¿cuál es la institución reguladora?
- ¿Cuáles son los criterios de acceso a la atención o servicio?
- A qué edad/es se orienta la atención?
- ¿Cuál es el nivel de cobertura actual?
- ¿Y cuál es la cobertura esperada?
- ¿Cuáles son los resultados previstos (efectos – impactos) de esta gestión?
- Identifica alguna necesidad de mejorar la calidad del servicio.
- En donde se registra o de dónde proviene la información respecto a cobertura y calidad del servicio.

### Tercera parte:

- Para aquellos servicios y/o prestaciones que identificó a su institución como responsable, señale con qué instituciones públicas considera necesario coordinar las acciones para mejorar el acceso y/o calidad.
- ¿En qué espacios de coordinación de políticas de DI participa su institución?
- ¿Qué valoración hace de ellos?

- La rendición del 2020 creó el Equipo de Coordinación y Seguimiento (ECS) del Programa 404 de Atención Integral a la Primera Infancia. ¿Qué efectos considera que tiene el ECS sobre las atenciones que brinda su institución?
- En qué medida el incremento presupuestal aportó al logro de los resultados previstos.



- Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) (1 de enero de 2014). *Plan 7 zonas. Resultados primera "evaluación" del Plan: avances en los componentes y perspectiva de los actores involucrados*. Disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/plan-7-zonas-resultados-primer-a-evaluacion-del-plan-avances-componentes>
- Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) (1 de enero de 2022). *Protocolo de diseño Programa de Acompañamiento Familiar (PAF) - 2023*. Disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/protocolo-diseno-programa-acompanamiento-familiar-paf>
- Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) (1 de enero de 2023). *Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud*. Disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/encuesta-nutricion-desarrollo-infantil-salud-0>
- Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) (1 de agosto de 2024). *Programa de Acompañamiento Familiar (PAF) (UCC)*. Disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/node/9761#:~:text=El%20Programa%20Acompa%C3%B1amiento%20Familiar%20de.en%20sus%20territorios%20de%20referencia>
- Ministerio de Educación y Cultura (MEC) (1 de diciembre de 2023). *Panorama de la educación en la primera infancia e inicial 2022*. Disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-educacion-cultura/datos-y-estadisticas/estadisticas/panorama-educacion-primer-a-infancia-inicial-2022>
- Ministerio de Salud Pública (MSP) (s. f.-a). *01. En busca del embarazo*. Disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/bebe-camino/modulo-1-antes-del-nacimiento/01-busca-del-embarazo>
- Ministerio de Salud Pública (MSP) (s. f.-b). *07. Alimentación y nutrición*. Disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/bebe-camino/modulo-1-antes-del-nacimiento/07-alimentacion-nutricion>
- Ministerio de Salud Pública (MSP) (27 de mayo de 2020). *Buenas prácticas de alimentación del lactante y el niño pequeño*. Disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/buenas-practicas-alimentacion-del-lactante-nino-pequeno>
- Ministerio de Salud Pública (MSP) (2022). *Esquema de vacunación, Uruguay*. Disponible en [https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/MSP\\_ESQUEMA\\_VACUNACION\\_URUGUAY.pdf](https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/MSP_ESQUEMA_VACUNACION_URUGUAY.pdf)
- Ministerio de Salud Pública (MSP) (2 de junio de 2023a). *Fondo Nacional de Recursos financió más de 5.000 procedimientos de reproducción asistida*. Disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/fondo-nacional-recursos-financio-5000-procedimientos-reproduccion-asistida#:~:text=Adem%C3%A1s%2C%206%2C4%20de%20cada.de%2036%2C1%20en%202022>
- Ministerio de Salud Pública (MSP) (28 de setiembre de 2023b). *Informe sobre interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en Uruguay 2013-2022*. Disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/informe-sobre-interrupcion-voluntaria-del-embarazo-ive-uruguay-2013-2022>

- Ministerio de Salud Pública y Unicef (2019). *Guía Nacional para la vigilancia del desarrollo del niño y de la niña menores de 5 años*. Montevideo: MSP, Unicef. Disponible en <https://www.unicef.org/uruguay/media/2061/file/Gu%C3%ADa%20de%20vigilancia%20del%20desarrollo.pdf>
- Mujer y Salud en Uruguay (MYSU) (2021). *Anticoncepción en cifras, 2021*. Disponible en <https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2023/12/2021a-Anticoncepcion-en-cifras.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (14 de abril de 2015). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*. Disponible en <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>
- Presidencia de la República Oriental del Uruguay (3 de julio de 2023). *Consejería y provisión de métodos anticonceptivos*. Sitio oficial de la República Oriental del Uruguay. Disponible en <https://www.gub.uy/tramites/consejeria-provision-metodos-anticonceptivos>
- Rahi, Fabiana, Johnny Sosa, Mariana Triñanes, Estefanía Mari y José Silva (25 de enero de 2021). *Las parentalidades no pausan en pandemia. Primeros Pasos – Desarrollo Infantil*. Disponible en <https://blogs.iadb.org/desarrollo-infantil/es/parentalidades/>
- Sistema de Cuidados (s.f.). *Becas de Inclusión Socioeducativa (BIS)*. Disponible en <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/tramites-y-servicios/servicios/becas-inclusion-socioeducativa-bis>
- Sistema de Cuidados (2019). *Indicadores de evaluación de calidad de centros de educación y cuidados para niñas y niños de 0 a 3 años*. Disponible en <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/comunicacion/publicaciones/indicadores-evaluacion-calidad-centros-educacion-cuidados-0-3-anos>
- Sistema Integral de Protección a la Infancia y la Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV)-Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU) (2023). *Informe de Gestión*. Montevideo: SIPIAV. Disponible en <https://www.inau.gub.uy/sipiav>
- Uturbey, Nora y Carolina Taborda Buschiazzo (18 de mayo de 2020). *7 características del programa uruguayo “Experiencias Oportunas”*. *Primeros Pasos – Desarrollo Infantil*. Disponible en <https://blogs.iadb.org/desarrollo-infantil/es/7-caracteristicas-programa-experiencias-oportunas/>

## Leyes y decretos

- Uruguay, Poder Legislativo (2007). *Decreto 542/007. Carné de Salud del Niño y de la Niña*, promulgado el 27 de diciembre de 2007. Disponible en <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/542-2007>
- Uruguay, Poder Legislativo (2013). *Decreto 325/013. Incorporación al Programa Nacional de Pesquisa Neonatal y del Lactante la Deficiencia de Acil-CoA-Dehidrogenasa de Cadena Media (MCADD)*, promulgado el 4 de octubre de 2013. Disponible en <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/325-2013/1>
- Uruguay, Poder Legislativo (2018). *Decreto 30/018. Incorporación al Programa Nacional de Pesquisa Neonatal y del Lactante. Cardiopatía Congénita mediante Oximetría de Pulso*, promulgado el 30 de enero de 2018. Disponible en <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/30-2018>

Uruguay, Poder Legislativo (2023). *Decreto 170/023. Incorporación de Nuevas Patologías al Sistema Nacional de Pesquisa Neonatal, Relativas a Hemoglobinopatías*, promulgado el 12 de junio de 2023. Disponible en <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/170-2023>

Uruguay, Poder Legislativo (2024). *Decreto 72/024, Reglaméntase la Ley 20.212, de fecha 6 de noviembre de 2023, por la que se crea el Fondo Infancia como persona jurídica de derecho público no estatal*. Disponible en <https://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/72-2024>

Uruguay, Poder Legislativo (1990). *Ley 16.104. Regulación de Licencias de los Funcionarios Públicos*, promulgada el 23 de enero de 1990. Disponible en <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/16104-1990>

Uruguay, Poder Legislativo (2004). *Ley 17.823. Código de la Niñez y la Adolescencia*, promulgada el 7 de setiembre de 2004. Disponible en <https://www.impo.com.uy/bases/codigo-ninez-adolescencia/17823-2004>

Uruguay, Poder Legislativo (2006). *Ley 18.071. Prevención de Anemia Ferropénica y Malformaciones Neurales. Fortificación de Alimentos con Hierro y Ácido Fólico*, promulgada el 11 de diciembre de 2006. Disponible en [https://impo.com.uy/bases/leyes/18071-2006#:~:text=\(Objeto\)..con%20hierro%20y%20%C3%A1cido%20f%C3%B3lico](https://impo.com.uy/bases/leyes/18071-2006#:~:text=(Objeto)..con%20hierro%20y%20%C3%A1cido%20f%C3%B3lico)

Uruguay, Poder Legislativo (2008). *Ley 18.418. Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, promulgada el 20 de noviembre de 2008. Disponible en <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18418-2008>

Uruguay, Poder Legislativo (2008). *Ley 18.436. Funcionarios públicos. Actividad Privada. Licencia por Adopción*, promulgada el 12 de diciembre de 2008. Disponible en <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18436-2008>

Uruguay, Poder Legislativo (2008). *Ley 18.437. Ley General de Educación*, promulgada el 12 de diciembre de 2008. Disponible en <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18437-2008>

Uruguay, Poder Legislativo (2010). *Ley 18.651. Ley de Protección Integral de Personas con Discapacidad*, promulgada el 19 de febrero de 2010. Disponible en <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18651-2010>

Uruguay, Poder Legislativo (2012). *Ley 18.987. Ley sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo*, promulgada el 22 de octubre de 2012. Disponible en <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18987-2012>

Uruguay, Poder Legislativo (2013). *Ley 19.140. Protección de la Salud de la Población Infantil y Adolescente a través de la Promoción de Hábitos Alimenticios Saludables*, promulgada el 11 de octubre de 2013. Disponible en <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19140-2013>

Uruguay, Poder Legislativo (2013). *Ley 19.161. Modificación del Subsidio por Maternidad y Fijación de Subsidio por Paternidad y Subsidio para Cuidado del Recién Nacido*, promulgada el 1 de noviembre de 2013. Disponible en <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19161-2013>

Uruguay, Poder Legislativo (2013). *Ley 19.167. Regulación de las Técnicas de Reproducción Humana Asistida*, promulgada el 22 de noviembre de 2013. Disponible en <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19167-2013>

Uruguay, Poder Legislativo (2015). *Ley 19.353. Creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC)*, promulgada el 27 de noviembre de 2015. Disponible en <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19353-2015>

Uruguay, Poder Legislativo (2019). *Ley 19.747. Modificación del Capítulo XI de la Ley 17.823, Código de la Niñez y la Adolescencia*, promulgada el 19 de abril de 2019. Disponible en <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19747-2019>

Uruguay, Poder Legislativo (2021). *Ley 19.996. Apruébase la Rendición de Cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal correspondiente al Ejercicio 2020*. Disponible en <https://www.impo.com.uy/bases/leyes-originales/19996-2021>

Uruguay, Poder Legislativo (2021). *Ley 20.000. Otórganse Subsidios por Maternidad y por Paternidad para Trabajadores de la Actividad Privada*. Disponible en <https://www.impo.com.uy/bases/leyes-originales/20000-2021>

Uruguay, Poder Legislativo (2023). *Ley 20.212. Apruébase la Rendición de Cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal correspondiente al Ejercicio 2022*. Disponible en <https://www.impo.com.uy/bases/leyes-originales/20212-2023>



unicef 

---

para cada infancia