

Montevideo, 8 de enero de 2014

De: Dirección General de la Salud, Ministerio de Salud Pública, Uruguay

A: Dirección de Derechos Humanos y Derecho Humanitario- MRREE

INFORME

Morbimortalidad prevenibles de los niños menores de 5 años de edad como problema de derechos humanos.

En los últimos años, Uruguay ha definido políticas, estrategias y programas dirigidos a la protección de la infancia, con logros importantes en términos de cobertura y acceso a la salud, la educación inicial y otros servicios dirigidos a garantizar los derechos de niños, niñas y adolescentes. El país ha asumido compromisos internacionales (Objetivos de Desarrollo del Milenio) que se recogieron en estrategias nacionales. En el año 2008 se acordó la Estrategia Nacional de Infancia y Adolescencia (ENIA) 2010-2030. La ENIA incluye los compromisos asumidos por el país en relación a la normativa internacional sobre derechos de niños, niñas y adolescentes, en especial los compromisos contraídos cuando se ratificó la Convención Internacional de los Derechos del Niño.

La salud como un derecho humano fundamental, un bien público y una responsabilidad de gobierno. En diciembre de 2005 se introducen los primeros cambios jurídicos orientados a la reforma sanitaria nacional (ley 17930). Se diseña el presupuesto con énfasis en la construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y del Seguro Nacional de Salud (SNS) y se comienza el fortalecimiento del primer nivel de atención. En el año 2007, se aprueban dos leyes fundamentales, la ley 18131 de creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la ley 18211 *“reglamentaria del derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país”*. El SNIS es un organismo público descentralizado, en la órbita del Ministerio de Salud Pública, dirigido por una Junta Nacional de Salud. El conjunto de los efectores de salud públicos y privados sin fines de lucro dependen de esta Junta en la definición de las políticas nacionales, las normativas y planes de salud y en la contratación de sus prestaciones. Su financiación depende del SNS. La Reforma de la Salud constituye un componente básico de las reformas sociales estructurales que se implementaron junto a la Reforma Tributaria, de la Educación y el inicialmente Plan de Atención a la Emergencia Social posteriormente transformado en el Plan de Equidad o de Igualdad de Oportunidades. Uruguay se encuentra hoy en una fase de expansión económica, de reducción sostenida de la pobreza y de la indigencia. El Plan Nacional de Atención a la Emergencia Social contribuyó a disminuir la indigencia, mientras que la Reforma del Sector Salud, el Plan de Equidad y el Nuevo Régimen de Asignaciones Familiares contribuyeron a disminuir la pobreza. Estas reformas resultaron esenciales en la promoción de la inclusión social mediante mejoras en la distribución de la riqueza, la tasa y formalidad del empleo, la vivienda y la educación. Constituyen principios elementales de la reforma de salud en Uruguay *“considerar el derecho a la salud (...) como un derecho inclusivo (...) que no solo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud (...) y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud (...). Otro aspecto importante es la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario y nacional (...)”*.

La población materna e infantil como prioridad. Se destaca que en Uruguay la Reforma de la salud inicialmente priorizó la cobertura universal de los trabajadores, sus conyugues e hijos. Las mujeres, las embarazadas, los niños, niñas y adolescentes fueron la población objetivo inicial. Posteriormente se fueron incorporando nuevos colectivos. A diciembre de 2012 el número de usuarios cubiertos por el FONASA ascendía a 2.108.736 de un total de 3.286.314 habitantes.

La protección de la salud infantil en Uruguay: avances y desafíos. El documento recientemente publicado por UNICEF “*Observatorio de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en Uruguay 2012*” da cuenta de los principales logros y desafíos. Se puede afirmar que, al igual que lo que sucede en otros países de América latina, se ha producido un significativo y sostenido descenso de la mortalidad infantil. Los datos son muy semejantes a países desarrollados con ingresos per cápita hasta 10 veces mayor que en Uruguay, lo que demuestra la eficacia y eficiencia de las políticas, planes y programas sociales y de salud materno infantil. Los principales lineamientos estratégicos que han contribuido a estos resultados desde el sector salud son:

1) La creación ***Programas Nacionales de Salud***, es decir el marco normativo y eje de las políticas sociales tendientes a promover el crecimiento y desarrollo integral de los niños, niñas y adolescentes. Constituyen la sistematización de intervenciones de control en salud. Comprenden la *promoción de salud, la prevención de patologías específicas mediante acciones de demostrada eficacia y la asistencia integral de enfermedades*. El ***Carne de Salud del Niño y la Niña*** constituye un instrumento integrador y normatizador de uso universal a nivel nacional; un requisito para la inscripción en el sistema educativo y el único documento válido que certifica la aptitud para la realización de actividades físicas y recreativas hasta los 12 años. El Programa de Salud del Niño y la Niña tiene carácter universal, gratuito y obligatorio. Sus principales componentes incluyen: atención perinatal, pesquisa neonatal y del lactante (hipotiroidismo, fenilcetonuria, hiperplasia suprarrenal congénita, fibrosis quística, deficiencia de Acil CoA deshidrogenasa de cadena media, hipoacusia, displasia de cadera), visita domiciliaria integral a recién nacidos de riesgo, controles periódicos de salud dirigidos a evaluar el crecimiento y desarrollo, incluyendo la salud bucal y oftalmológica. A esto se suma un certificado esquema de inmunizaciones obligatorio, gratuito y universal que brinda cobertura para 13 enfermedades (BCG, DPT-HB-Hib, VPI, SRP, Varicela, Neumococo 13 valente, Hepatitis A).

2) La reforma de salud pone énfasis en el ***principio de equidad***. En este sentido, el establecimiento de un Plan Integral de Atención en Salud (PIAS), también conocido como “Catálogo de prestaciones” que define las modalidades de atención y prestaciones a las que todo usuario tiene derecho y al que están obligados todos los prestadores, trátese de atención ambulatoria, internación, cuidados paliativos, así como procedimientos diagnósticos, terapéuticos y/o de rehabilitación. En este PIAS se incluye el Formulario Terapéutico de Medicamentos y los Programas de Salud definidos prioritarios por el Ministerio de Salud Pública (MSP). Representa un avance en la protección del derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes.

3) En relación a la ***accesibilidad***, se impulsa una reducción sistemática de las barreras económicas (disminución de copagos). Ejemplo de ello es la ***gratuidad*** de los controles pautados por los programas de salud de los niños, niñas y adolescentes hasta los 18 años y de las embarazadas (mensuales hasta la semana 32, quincenales hasta la semana 36, semanales hasta el parto)

4) Se ha incorporado el enfoque de **curso de vida y de género a los planes y programas**. En este sentido, la protección de la salud del niño y la niña no solo incluye lo normatizado en el programa específico, sino las prestaciones obligatorias dirigidas al adecuado control y seguimiento de la mujer embarazada, del adolescente y las prestaciones de salud mental dirigidas a la madre, al niño y sus cuidadores directos. El objetivo es garantizar el derecho de protección a la salud desde la gestación promoviendo la continuidad asistencial con enfoque de riesgo.

5) Se ha impulsado una nueva legislación que amplía y promueve los derechos a la salud y a la atención, la **Cartilla de derechos y deberes de los pacientes y usuarios de los servicios de salud** (Ley 18.335 de Derechos y Obligaciones de Usuarios de Salud - Decreto Reglamentario 274/10) y se lanzó la **“Guía de los derechos de niños, niñas y adolescentes en el área salud”**. Mediante estas acciones se aspira a un cambio cultural que promueve el respeto de los derechos humanos de niños, niñas y adolescentes en el cuidado de la salud, entendiendo que debe sustituirse el concepto de niñez como <<objeto pasivo>> de intervención por parte de los adultos, por el concepto de niñez como <<sujeto de derechos>>. Este enfoque implica un *cambio de paradigma* que debe involucrar la gestión institucional y el relacionamiento con el equipo de salud: servicios y técnicos.

6) En el año 2010 se lanzó un instrumento de pesquisa para la **“Vigilancia del desarrollo en niños y niñas menores de 5 años”**. Este instrumento elaborado en forma intersectorial se ha implementado en todos los efectores del SNIS. Previo a su implementación se realizó capacitación de equipos de salud para su utilización. Actualmente se ha incorporado en las intervenciones sistemáticas del Programa de Salud del Niño y la Niña.

7) Recientemente se ha comenzado a trabajar en la implementación de un **Programa Integral de Atención a niños portadores de Defectos congénitos y Enfermedades raras**. Este programa comprende el Registro Nacional de Defectos congénitos y enfermedades raras que aportara información para conocer la magnitud del problema. Se incluyen además de la pesquisa neonatal y del lactante, la definición de prestaciones orientadas a mejorar la oportunidad del diagnóstico y el tratamiento.

7) **Control de malnutrición.** Una mención especial merecen las políticas dirigidas a mejorar el estado nutricional de niños y niñas. Uruguay es referente en Bancos de Leche Humana, dispone de una Norma Nacional de Lactancia y uso de sucedáneos de la leche materna y de Guías de Buenas Prácticas de Alimentación. Ha impulsado la capacitación y acreditación de servicios de salud en estos temas y acciones intersectoriales con programas de apoyo alimentario a grupos con vulnerabilidad social con aporte de suplementos y fortificación de alimentos. Más recientemente, se aprobó la Ley 19.140 para mejorar prácticas y hábitos alimenticios en centros educativos escolares y liceales, públicos y privados, como parte de las estrategias de prevención de enfermedades crónicas no transmisibles como sobrepeso, obesidad e hipertensión arterial. Recientemente se impulsa un *Sistema de vigilancia del Estado Nutricional de los niños menores de 5 años* (SISVEN) para generar información periódica para la toma de decisiones e implementación de políticas.

8) **Control de factores de riesgo - tabaquismo.** El éxito de la política antitabaco en Uruguay ha recibido reconocimiento internacional y premios destacados (Premio Bloomberg para el Control del Tabaco, 15ª Conferencia Mundial Tabaco o Salud, Singapur). Hoy fuma el 20% de los uruguayos mayores de 15 años. El mayor

descenso en el tabaquismo se observó en el grupo de 15 a 24 años, especialmente en mujeres. Esta política se basa en la legislación, reglamentación, aplicación y fiscalización de las medidas propuestas en el Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco (CMCT OMS, 2005). En Uruguay 1) El precio de la marca más vendida es más alto que el promedio de la región y la porción de dicho precio que corresponde a impuestos también (art. 6) 2) La población está protegida por ley de la exposición al humo de tabaco en lugares de trabajo interiores y espacios públicos cerrados (art. 8). 3) La ley sobre advertencias sanitarias con imágenes exige que estas ocupen el 80% de las superficies principales de las cajas (art. 11) 4) Se dispone de una ley amplia (no total) de prohibición de publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco (art. 13). Actualmente está en discusión en el parlamento un proyecto de ley para la prohibición total 5) Hay acceso a servicios de cesación de tabaquismo en la mayoría de los centros de salud y hospitales y en algunas oficinas de profesionales de la salud y en la comunidad, con disponibilidad de tratamiento farmacológico y una línea telefónica nacional gratuita (art. 14).

9) Prevención de cáncer. Uruguay dispone de uno de los certificados de vacunación más completos de carácter gratuito, universal y obligatorio, que incluye la vacunación contra hepatitis B. Recientemente y como parte de un Plan Integral de Prevención del cáncer cérvico uterino se incluye además de la detección sistemática mediante estudio citológico, la posibilidad, con consentimiento, de vacunación gratuita contra el Virus del Papiloma Humano a las adolescentes a los 12 años.

10) Adicciones y alcohol. En Uruguay la política de drogas es intersectorial y coordinada por una Junta Nacional dependiente de presidencia. Desde el año 2008, los prestadores disponen de servicios de atención ambulatorios y de internación sin límite de duración con equipos interdisciplinarios para menores de 18 años y líneas telefónicas gratuitas para consultas las 24 horas del día. Desde setiembre de 2011 se amplían las prestaciones de salud mental a adolescentes y jóvenes hasta 25 años con consumo de sustancias psicoactivas. Estas presentaciones comprenden comité de recepción y de atención y la psicoterapia que incluye la modalidad grupal para padres de adictos. Se dispone de un Consenso Nacional sobre lactancia y consumo y un Protocolo para el abordaje del consumo en mujeres embarazadas. Se ha aprobado una resolución ministerial para que todos los adolescentes y jóvenes que son asistidos en servicios de emergencia por consumo de alcohol, sean derivados a un espacio de atención interdisciplinario para adolescentes garantizando así la continuidad de la atención. Finalmente, se está capacitando al personal salud para intervenciones breves con adolescentes y consumo de alcohol siguiendo las recomendaciones del NIAAA (National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism).

Cumplimiento de los compromisos internacionales. Uruguay se encuentra en un régimen demográfico pos transicional, lo que implica haber alcanzado niveles reducidos de mortalidad y fecundidad (desde hace más de un quinquenio por debajo del nivel de remplazo poblacional de 2.1). La esperanza de vida al nacer alcanzó en 2010 la edad de 80 años entre mujeres y 73 años entre los varones. Estos valores ubican a Uruguay entre los países de la región mejor posicionados en sus indicadores de mortalidad. Estas tendencias unidas a la importancia de la emigración internacional (entre 2000 y 2006 se estima que se fueron en torno a 120.000 uruguayos) en la

dinámica demográfica uruguaya, se tradujeron en un bajo crecimiento de la población y en el progresivo envejecimiento de la estructura de edades.

Respecto al **ODM 1 (Meta nacional 1: *Erradicar la indigencia y reducir a la mitad el porcentaje de personas pobres para el año 2015*)** el progreso hacia el cumplimiento de la meta referente a la indigencia medida por ingresos es muy significativo. El nivel alcanzado en 2012 (por debajo de un dígito) equivale, en la práctica, al logro de la meta establecida (3.6% en 1990 a 0.6 en 2012). También puede afirmarse que ya se ha alcanzado la meta de reducción de la pobreza por ingresos, en el marco de un proceso que aun continúa y que —de no ocurrir eventos que lo detengan o reviertan— se traducirá en una clara superación de la meta (29% en 1990 a 13.1% en 2012). Sin embargo, persisten desigualdades territoriales, por edad, género y etnia. La disminución es más lenta en Montevideo a partir del año 2008 que en el interior urbano y rural. En consecuencia, en el año 2012 el porcentaje de personas pobres es en Montevideo más elevado (16,7%) que el promedio nacional (12,4%) y se encuentra aún algo por encima de la meta. Se mantienen las diferencias entre los departamentos del norte del país, en la frontera con Brasil, y los departamentos del sur. Las mayores disparidades se verifican al interior del Departamento de Montevideo, entre la faja costera y la periferia. En relación a la edad pueden diferenciarse tres situaciones: los niños, niñas y adolescentes tienen indicadores de pobreza por encima del promedio nacional (20% a 25%); los jóvenes y adultos entre 18 y 49 años tienen porcentajes próximos al promedio nacional; y los mayores de 50 años porcentajes de un dígito (las personas de 65 y más años por debajo del 5%). Finalmente los porcentajes de pobreza entre las mujeres superan a los de los hombres entre las personas menores de 50 años, particularmente en las personas de 18 a 49 años en plena edad activa y reproductiva. Las cifras son también mayores en las personas con ascendencia afro que blanca.

Con relación a la **Meta nacional 2: *Reducir el porcentaje de niños menores de 5 años con déficit nutricional a sus valores mínimos, 2,3% como valor de referencia***, la información disponible con alcance nacional y con continuidad en el tiempo es la proveniente de las encuestas cuatrienales que comenzaron a realizarse en el año 1999 y que proporcionan información respecto a los menores de 24 meses. Si bien se observan mejoras en los indicadores, también es claro que existen problemas importantes en los niños/as entre los 6 y 24 meses que se expresan en una talla baja para la edad (retraso en el crecimiento) y en un índice de masa corporal (IMC) excesivo para la edad (obesidad), ambos vinculados. A nivel nacional el retraso de talla paso de 13,6% en 1999 a 10,9% en 2011 y la obesidad de 12,5% a 9,5% en igual periodo.

El **ODM 2 (Meta nacional: *Universalización de la educación inicial, universalización de la educación media obligatoria y expansión de la educación media superior*)** el país se encuentra en condiciones de alcanzar la meta definida en los niveles de 4 y 5 años. En cambio, en el nivel de 3 años, si bien la matrícula alcanza a dos tercios del total de los niños/as de esa edad, no se está avanzando a la par en alcanzar la cobertura total entre los hogares del primer quintil de ingresos, tal cual lo definido por el Consejo Nacional de Políticas Sociales.

En el nivel de 3 años, la matrícula total, que ya superaba el tercio de los niños y niñas de esa edad a principios de los noventa, alcanza en 2011 a dos terceras partes de esa población según los registros correspondientes de todos los efectores públicos y privados. A su vez, la cobertura pública (Plan CAIF, Centros infantiles del INAU, Centros del Programa Nuestros Niños de la Intendencia Departamental de Montevideo y Jardines del CEIP de ANEP) representa el 64% de la cobertura total y por lo tanto aproximadamente el 42% de todos los niños y niñas de esa edad. También ha avanzado en forma significativa la asistencia a la educación inicial en los niveles de 4 y 5 años. En el nivel de 5 años la asistencia ha crecido de 77%, a principios de los

noventa, a 98% en 2012. Por su parte en el nivel de 4 años la asistencia ha crecido desde valores en torno al 50% a principios de los 90 al 89,6% en 2012.

Respecto al **ODM 4 (Meta nacional: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años)** son notorios los avances del país en lo que refiere a la Mortalidad Infantil (MI). Desde la década de 1960, a pesar de fluctuaciones interanuales, la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) muestra una tendencia decreciente. Entre 1990 y 2012 la TMI se redujo de 20,6 a 9.3 por mil nacidos vivos. Entre 2004 y 2012 se redujo de 13.2 a 9.3 por mil nacidos vivos (NV). En el último trienio se alcanza por primera vez una cifra inferior a dos dígitos. Este comportamiento descendente se observa en ambos componentes: la Tasa de mortalidad neonatal bajó de 7.7 a 5.6/mil NV y la posneonatal de 5.5 a 3.7/mil NV. Las afecciones vinculadas con la prematurez y las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas constituyen las principales causas de defunción en los niños menores de un año. En el año 2012 se observó un incremento en proporción de defunciones relacionadas con Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.

Asimismo se logró descender prácticamente a más de la mitad la tasa de mortalidad en niños menores de 5 años, que en 1990 era 23.4/mil nacidos vivos y en 2011 era 10.5/mil nacidos vivos, si bien para lograr la meta de reducir en dos terceras partes la mortalidad de los niños menores de 5 años, habrá que mantener en los próximos años la tendencia descendente y aumentar su ritmo de reducción. Resolver la infantilización de la pobreza y mejorar la captación precoz y el control del embarazo, están en la base de estas posibilidades.

Las defunciones inesperadas en niños pequeños, especialmente en menores de 6 meses continúa siendo un problema importante. La mayoría de estas muertes no corresponden a Muerte súbita, sino a muertes explicables. En este grupo las muertes por enfermedades respiratorias de causa infecciosa ameritan un llamado de atención ya que representan una carga de muerte evitable mediante el diagnóstico y tratamiento oportuno y adecuado. Los determinantes de este fenómeno son múltiples y complejos e incluyen factores biológicos y sociales que requieren abordaje interdisciplinar e intersectorial.

El **ODM 5 (Meta nacional: Reducir entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes)** ha mostrado avances en el logro de la meta planteada. La evolución de la tasa de muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos muestra oscilaciones importantes, propias del bajo número de casos anuales registrados, a la vez que evidencia una tendencia descendente, ininterrumpida en el quinquenio 2000/2004 y el sexenio 2007/2012 (26.67/100.000 nacidos vivos en 1990 - 1992 a 19.83/100.000 nacidos vivos en 2009 – 2011). La reducción de la muerte materna ha estado vinculada a un conjunto de mejoras en el campo de los servicios de salud sexual y reproductiva. La amplia cobertura de métodos anticonceptivos brindados gratuitamente a las mujeres en los centros de salud. El desarrollo de la asesoría pre y pos aborto en el marco de Iniciativas Sanitarias contra el aborto en condiciones de riesgo consagrados en la Ley 18.426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva y recientemente la aprobación de la Ley de interrupción voluntaria del embarazo. El país ha mantenido un 99% de partos institucionales. La captación temprana del embarazo y la cantidad y frecuencia de los controles, así como la

asistencia de personal sanitario especializado en el parto, repercuten directamente en la disminución de los riesgos relacionados con la gestación, el parto y el puerperio.

Respecto al **ODM 6 (Meta nacional 7A. Detener y comenzar a revertir la tendencia a la expansión del VIH/SIDA. Meta 7B: Alcanzar a 2010 acceso universal al tratamiento para VIH/SIDA para todos aquellos que lo necesiten)**, debe señalarse que en Uruguay la epidemia de VIH – Sida presenta un patrón de distribución “de tipo concentrado”: baja prevalencia de VIH en la población general (0.42%) y alta prevalencia (superior a 5%) en poblaciones específicas con mayor vulnerabilidad. Entre las poblaciones más vulnerables se encuentran hombres que tienen sexo con hombres (HSH), usuarios de drogas inyectables (UDI), usuarios de drogas no inyectables (UD no I), trabajadores sexuales masculinos y transexuales (TSM) y personas privadas de libertad (PPL) (MSP, 2011). La transmisión vertical del virus (madre/hijo) presenta una muy baja incidencia dentro de los posibles mecanismos de contagio sin embargo, “es la principal vía de transmisión del VIH en niños a nivel mundial, regional y en nuestro país.” No se dispone de información que permita conocer con exactitud la tasa de transmisión vertical en el país. Sin embargo, en base a datos de la Policlínica de Infectología del Centro Hospitalario Pereira Rossell, centro de referencia nacional para la atención materna e infantil del prestador público con mayor número de usuarios del país, en el periodo comprendido entre 2005 y 2011 el número de niños infectados ha oscilado entre 4 y 11. En 2011 la tasa de infección cada 10.000 nacidos vivos en dicho centro fue la más alta del periodo (2,13). Esto puede vincularse con el comienzo de la búsqueda activa de casos. Los esfuerzos deben centrarse en la captación temprana del embarazo y la institucionalización de los partos como mecanismos a promover para evitar nuevos casos de niños infectados. Cabe destacar que el acceso a los antirretrovirales por parte de las personas que viven con VIH – Sida ha registrado avances en los últimos años.

En relación al **ODM 7** se distinguen dos Metas nacionales. La **Meta nacional Nº 10: Tender a reducir la proporción de personas sin acceso al agua potable, y reducir a la mitad aquella sin acceso al saneamiento**. La disponibilidad de agua potable por cañería dentro de la vivienda es casi total, dada la buena cobertura de la red de OSE y el fácil acceso a napas de agua de alta calidad para el uso humano en todo el territorio nacional. En las áreas urbanas de 5 mil y más habitantes el 90% de la población disponía ya en 1991 de agua potable, proveniente de la red, al interior de la vivienda. Este déficit, del 10% en aquel entonces, se ha reducido en forma constante a lo largo de las últimas dos décadas hasta situarse en 2012 en 1,6%. Además Uruguay está dando pasos firmes y decisivos hacia la meta y ello ya se evidencia en la reducción de hogares sin conexión a la red de saneamiento al 2012. De culminarse en los tiempos previstos las obras en curso y realizarse otras ya planificadas el país está en condiciones de aproximarse al cumplimiento de la meta en los tiempos previstos. Considerando todo el país, urbano y rural, al año 2011 el 60% de los hogares se encontraba conectado a redes de saneamiento tal como lo muestran los datos preliminares del Censo de Población y Viviendas 2011 del INE, coincidentemente con los datos de la ECH. La proporción de hogares sin acceso a la red general de saneamiento se redujo de 40% en 1991 a 30% en 2011. La **Meta nacional Nº 11: Reducir a la mitad entre 1990 y 2015 la proporción de personas residentes en condiciones habitacionales precarias (cantegriles, tugurios, asentamientos irregulares)**. En Uruguay las viviendas precarias (expresadas en la calidad de los materiales con que están construidas y en el acceso insuficiente a servicios básicos)

tienen su expresión principal —aunque no exclusiva— en los denominados asentamientos irregulares (AAll) definidos como *“Agrupamiento de más de 10 viviendas, ubicados en terrenos públicos o privados, construidos sin autorización del propietario en condiciones formalmente irregulares, sin respetar la normativa urbanística. A este agrupamiento de viviendas se le suman carencias de todos o algunos servicios de infraestructura urbana básica en la inmensa mayoría de los casos, donde frecuentemente se agregan también carencias o serias dificultades de acceso a servicios sociales.”* La información disponible indica que, en 2011 el número de AAll en Montevideo era 332 y el número de personas 338, inferior al identificado en 2006 (412 AAll, 351 personas) e incluso inferior al relevado en 1998 (364 AAll, 333 personas). Esto muestra la importancia del esfuerzo realizado por el país que ha posibilitado la disminución del número de personas en AAll, no solo por debajo del mayor nivel alcanzado en el marco de la mayor crisis económica y social, sino incluso por debajo de los registros de 1998–2000.

Acciones del Gobierno para llegar a los niños más vulnerables.

Uruguay ha orientado sus esfuerzos a la construcción de una Matriz de Protección Social como respuesta a las desigualdades sociales y económicas profundizadas en las últimas décadas del siglo XX. Durante el proceso de implementación de la ENIA y en función de resultados provenientes de una evaluación continua, se ha decidido fortalecer los programas y acciones orientados a las familias con mujeres embarazadas y niños y niñas menores de 4 años de edad. En este contexto y en base a los antecedentes exitosos del **Programa Canelones Crece Contigo**, surge el programa **Uruguay Crece Contigo**, como espacio de articulación y fortalecimiento del trabajo que viene desarrollando el Estado para atender las necesidades de dicha población desde las diferentes instituciones.

El Presidente de la República hace el lanzamiento del Programa el 30 de mayo de 2012 en la órbita de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto de la Presidencia de la República. Su objetivo general es consolidar un sistema de protección integral a la primera infancia a través de una política que garantice los cuidados y protección adecuados de las mujeres embarazadas y el desarrollo integral de niños y niñas menores de 4 años; desde una perspectiva de derechos.

Los objetivos específicos:

1. Disminuir la incidencia de los factores de riesgo socio-sanitarios, y el daño en niños y niñas menores de 4 años y de mujeres embarazadas, priorizando las situaciones de mayor vulnerabilidad.
2. Desarrollar acciones educativas y de promoción para incidir en el comportamiento y la calidad de vida de las familias y mejorar la calidad de los servicios, para favorecer un desarrollo infantil apropiado.
3. Generar conocimiento útil para el diseño, monitoreo y evaluación de las políticas de protección dirigidas a la Primera Infancia a través de la articulación interinstitucional de la información existente, la generación de información necesaria y el desarrollo de la investigación.
4. Fortalecer las instituciones, redes y dispositivos territoriales para garantizar el mejor desarrollo del sistema de protección social vinculado a la primera infancia.

Uruguay Crece Contigo va dirigido a hogares con mujeres embarazadas y/o niñas y niños menores de 4 años. Se priorizarán aquellas situaciones que presenten

vulnerabilidad social y sanitaria. Es una política de cobertura nacional con una orientación complementaria entre acciones universales y focalizadas

Específicamente el Programa busca:

- Disminuir la prevalencia de anemia en el embarazo y en los menores de 4 años.
- Disminuir la incidencia de sífilis gestacional.
- Mejorar la calidad de los controles de embarazo y la captación temprana de los mismos.
- Disminuir la incidencia de niños con bajo peso y baja talla para su edad.
- Garantizar el acceso a las prestaciones sociales correspondientes.
- Mejorar el desarrollo infantil de los niños y las niñas.

Para ello, Operadores de Cercanía con técnicos del área social y de la salud, realizan un acompañamiento a familias incluidas de acuerdo a protocolos de riesgo. La selección de las familias se realiza a partir de información proveniente de bases de datos (MIDES y Certificado de Nacido Vivo electrónico), de los derivados de instituciones y actores que operan en el territorio (MIDES, INAU), Servicios de salud del Sistema Nacional Integrado de Salud y de todas aquellas instituciones públicas y/o de la sociedad civil que operan a nivel territorial.

La cobertura del programa a agosto de 2013 incluye 3112 hogares, 3225 niños y niñas menores de 4 años y 1292 mujeres embarazadas. Los equipos de cercanía están actuando en los 19 departamentos del país.

Desde el sector salud y en concordancia con este Programa se está impulsando un Plan de salud perinatal y primera infancia dirigido a **“Fortalecer la atención integral del niño y la niña desde la gestación”**. Entre sus productos principales se encuentran la acreditación de las maternidades, la elaboración de guías y pautas de diagnóstico y tratamiento y la organización de un sistema nacional de traslados perinatales. Un aspecto clave es la capacitación de los recursos humanos en los diferentes componentes del plan.

Fuentes:

- Ministerio de Salud Pública. Unidad de Información Nacional en Salud, División Epidemiología y División de Planificación Estratégica en Salud
- Borgia F. La salud en Uruguay: avances y desafíos por el drcho. A la salud a tres años del primer gobierno progresista.
- Wanda Cabella. Análisis de la situación en población Uruguay. UNFPA- Comisión Sectorial de Población. Montevideo, agosto 2012 (www.unfpa.org.uy/userfiles/publications/71_file1.pdf)
- Mortalidad Infantil Uruguay 2012. Dirección General de la salud. División epidemiología Unidad de Información Nacional en Salud. Programa de Salud de la Niñez. 29 de junio de 2013.
- Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe país 2013. Consejo Nacional de Políticas Sociales.
- Setaro M, Koolhaas M. Políticas de salud para la infancia y adolescencia. En: Cuadernos de la ENIA. 2008
- Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia 2010-2030. Bases para su implementación. Consejo Nacional de Políticas Sociales.
- De Armas G. Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia. Sustentabilidad social. Reflexiones sobre la relación entre la ENIA y el modelo de desarrollo de Uruguay hacia el año 2030.
- Perfil de los Sistemas de Salud. República Oriental del Uruguay. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. Sistemas y Servicios de salud. Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud. 2009
- Presidencia de la República. Oriental del Uruguay. Oficina de Planeamiento y Presupuesto. Uruguay Crece Contigo. la infancia primero.
- Resultados del Programa Canelones Crece Contigo. Consultado en: www.undp.org.uy