

Estrategia
Nacional para la
Infancia y la
Adolescencia

Bases para la discusión sobre lineamientos estratégicos para un Plan de Acción ENIA 2015-2020

PRIMERA INFANCIA

Setiembre 2014



enia

estrategia nacional
para la infancia y la adolescencia

INTRODUCCIÓN

El presente documento se crea como insumo de trabajo para el proceso de discusión e intercambio sobre lineamientos estratégicos en pos de la elaboración del próximo Plan de Acción de la ENIA 2015-2020. Este documento se centrará en Primera Infancia analizando el tramo de 0 a 2 años¹, elaborándose documentos de similares características para los demás ciclos de vida planteados en la ENIA, Embarazo, Infancia y Adolescencia. Para ello se tomaron como referencias centrales los documentos elaborados en el proceso de la ENIA durante los años 2008 y 2009, y otras fuentes documentales y bibliográficas.

SITUACIÓN ACTUAL Y TENDENCIAS

La descripción del estado de situación se estructura, siguiendo el planteo de la matriz del Plan de Acción de la ENIA, que se desarrolla en dos dimensiones. La de productos refiere al despliegue de políticas en salud, desarrollo infantil, cuidados y educación. La de impactos remite al cambio efectivo en las condiciones de la población. En ambas dimensiones se establecen objetivos y metas a alcanzar para mejorar los servicios e impactar en las condiciones de vida de niños, niñas, adolescentes y sus familias.

Salud

En relación al despliegue de políticas el Plan de Acción establece metas en materia de captación de recién nacidos por parte del sistema de salud, cumplimiento de los controles de salud de la niña/o y control ginecológico de las puérperas. En el caso de que los niños no concurren al control y sean considerados de riesgo² se prevén visitas domiciliarias. A su vez, se incorporan objetivos en la asistencia de los padres y madres a talleres educativos y a experiencias oportunas.

En lo que refiere a impactos en salud se plantea reducir la mortalidad infantil, los problemas de desarrollo relacionados al retraso en el crecimiento y la obesidad.

Indicadores de producto

En cuanto a controles de salud el MSP recomienda realizar dos controles como mínimo durante el primer mes. Entre el segundo y el sexto una vez por mes, desde el séptimo y hasta los doce meses una frecuencia bimensual, y por último desde los 12 a los 24 meses una frecuencia trimestral. En relación a esto la ENIA se plantea como meta un 95% de cumplimiento en controles de salud.

En cuanto al cumplimiento de controles en salud se identifica la existencia de una brecha entre la meta esperada y los resultados alcanzado según sector. En 2012, en el sector privado el 96% de las niñas/os entre 0 y 12 meses cumplen con los controles establecidos, mientras que en el sector público el cumplimiento es de un 56%. Si nos detenemos en las niñas/os de

1 Tres años será abordado en el documento sobre Infancia.

2 Son considerados de riesgo aquellos niños con bajo peso al nacer, nacidos antes de las 37 semanas de gestación, o aquellos que presentan alguna malformación congénita, deformación o anomalía cromosómica. También se consideran en la definición de riesgo factores ambientales.

12 a 24 meses que se controlan en el sector privado es de un 82% y en el público de un 52%, situándose ambos por debajo de la meta establecida por la ENIA.³

La ENIA planteó también como meta que un 95% del total de niñas/os que no asistan a un control sean visitados. En 2012 en el subsistema público, a través del Plan Aduana, esta cifra se situaba en un 63% de las niñas/os considerados de riesgo (2.679 respecto a un total de 4.274 en situación de riesgo).⁴

Desde el programa Uruguay Crece Contigo⁵ se despliegan estrategias que van en esta línea de reducir el bajo peso al nacer, el retraso en la talla, la anemia y la desnutrición crónica. El programa desarrolla un componente denominado “Acompañamiento familiar y trabajo de cercanía” donde técnicos del área social y de la salud trabajan con familias vulnerables, con presencia de mujeres embarazadas y niños menores de 4 años. El objetivo es fortalecer las capacidades familiares de manera tal de impactar en las condiciones de salud, nutrición y desarrollo infantil.⁶

Indicadores de impacto

MORTALIDAD INFANTIL⁷. La tasa de mortalidad infantil se ha reducido de manera sistemática desde los años '60, alcanzando a ser de 7,7 por mil en menores de un año en 2010. En los dos años siguientes se experimentó un leve incremento que la situó en 2012 en 9,2 por mil para menores de un año.⁸

Por lo tanto a la actualidad no se ha alcanzado la meta establecida por la ENIA para el año 2015 (reducción en menores de 1 año al 6,8 por mil y en menores de 5 años al 7,8 por mil).⁹

Existen diversos factores que influyen en el comportamiento de la mortalidad infantil, entre los cuales se encuentra que el grupo constituido por aquellos niños con un peso inferior a los 1000 gramos en su mayoría fallecen en los primeros siete días de nacidos (mortalidad perinatal). Por otra parte se observa un aumento en el registro de los niños que nacen con un peso inferior a los 500 gramos. La mortalidad para este grupo de niños se da prácticamente en un cien por ciento de los casos. Este grupo posiblemente haya aumentado debido a un mayor registro médico. Otro aspecto a considerar tiene que ver con que anteriormente un niño que nacía con un peso menor o igual a 500 gramos era considerado un aborto y por lo tanto no se lo registraba como nacido vivo. En la actualidad se realiza este registro como nacido vivo incidiendo en la tasa de mortalidad infantil ya que estos casos son considerados como muertes inevitables.¹⁰

3 JUNASA “Rendición de cuentas ejercicio 2012”. P 20 y 21.

4 ASSE, Área de Niñez y Adolescencia.

5 Este programa incluye la experiencia desarrollada en Canelones Crece Contigo.

6 Uruguay Crece Contigo “La infancia primero”. Documento síntesis P2.

<http://www.crececontigo.opp.gub.uy/inicio/Documentos/>

7 La mortalidad infantil es un indicador demográfico negativo que señala el número de defunciones de niños en una población por cada mil nacidos vivos registrados durante el primer año de vida. A su vez se la puede subdividir en: mortalidad perinatal que son los mortinatos o nacidos vivos que fallecen en el período comprendido entre la semana 28 de gestación y hasta el séptimo día después del parto. Mortalidad neonatal es aquella muerte que sucede entre el día cero a los 28 días de nacido. Mortalidad posneonatal es la defunción que ocurre dentro de los 28 días de nacido a los 365 días de vida extrauterina.

8 MSP: Mortalidad infantil en Uruguay, 2012.

9 MSP: Mortalidad infantil en Uruguay, 2012.

10 MSP: Mortalidad infantil en Uruguay, 2012.

El registro de nacidos vivos con menos de 500 gramos genera un tercio del aumento de mortalidad infantil registrado en los años 2010 al 2012.

Por tanto, actualmente el foco de atención está puesto en el incremento de la mortalidad infantil en los nacidos vivos con más de 2500 gramos. El mayor aumento reciente se da en el grupo de 2500 a 2999 gramos al nacer, que en 2010 generaba el 9,3% de la mortalidad infantil total y en 2012 el 12,5%. La mortalidad en nacimientos con menos de 500 gramos es el segundo grupo en incremento, pasando de un 4,4% a un 7,4% del total de la mortalidad infantil en el mismo período.¹¹

Respecto a las diferencias socioeconómicas, la ENIA planteaba registrarlas en términos de pobreza y no pobreza (se planteó como meta que entre ambas no hubiera más de 10% de diferencia), pero no se dispone de cifras con esta discriminación. La discusión es si el registro por subsistema público y privado da cuenta de este clivaje, o si se debería incluir otras variables como por ejemplo nivel educativo y edad de la madre.

NUTRICIÓN. En aspectos nutricionales la ENIA se planteó metas en materia de retraso en el crecimiento, obesidad, riesgo y rezago en el desarrollo.¹²

En este tema el Uruguay dispone de información relevante a través de la Encuesta Nacional sobre Estado Nutricional, Prácticas de Alimentación y Anemia de 2011. A continuación se sistematizan los principales problemas que afectan desde el punto de vista nutricional a los niños de entre 6 y 24 meses.

- Los dos problemas nutricionales más relevantes en las niñas/os de entre 6 y 24 meses de edad son el déficit de talla y la obesidad. En 2011 se registraba un 10,9% de retraso de talla respecto a una meta de 8% indicada en el Plan de Acción de la ENIA, y en obesidad un 9,5% respecto a una meta de 5%.
- El bajo peso al nacer sigue manteniéndose en valores altos para el país, que prácticamente no han variado en los últimos años.

Desarrollo infantil, cuidados y educación en primera infancia¹³

En relación a estos temas en la matriz del Plan de Acción solo se plantean metas vinculadas al despliegue de servicios. La ENIA se planteó como objetivos:

Que el 50% de padres y madres de niñas/os de 0 a 1 año de hogares de bajos ingresos asistan al Programa de Experiencias Oportunas de CAIF.

La asistencia a educación en primera infancia de 20.000 niñas/os de hogares de bajos ingresos en el nivel de 2 años (que equivale aproximadamente al primer quintil).

11 MSP: Mortalidad infantil en Uruguay, 2012.

12 Interrelacionadas a estos factores están la prematuridad y el bajo peso al nacer, que la ENIA trató en la etapa de embarazo (ver documento correspondiente).

13 Partimos de la definición de cuidado como aquella función social que supone la promoción de la autonomía personal, la atención y asistencia a personas dependientes. Dicha dependencia puede ser crónica, transitoria, o asociada a los ciclos de vida. Por lo tanto cuidar supone ayudar a una persona a realizar actividades de la vida diaria como por ejemplo, bañarse, alimentarse, movilizarse, etc., y cuyo principal objetivo es incrementar los niveles de bienestar de las personas dependientes. Extraído del documento “Hacia un modelo solidario de cuidados”. 2012, pág. 18.

Un tamaño de grupos que en el 95% de los casos no supere el ratio de 15 niñas/os por educador.

La fiscalización del total de los centros privados conforme a lo establecido en la Ley General de Educación N° 18.437.

Indicadores de producto

COBERTURA. En el tramo etario de 0 a 1 año, en 2012, unos 17 mil niñas/os concurrieron a Plan CAIF y Centros Diurnos del INAU. Para 2014 la cifra de asistencia a CAIF se había incrementado cerca de 21 mil, dentro de la cual 17 mil correspondían a la modalidad semanal de experiencias oportunas, y los restantes 4 mil a formatos diarios.

A su vez los centros privados en 2012 alcanzaban una cobertura de aproximadamente 6 mil niñas/os de los cuales 4 mil asisten a centros de educación infantil privados (centros en escuelas) y unos 2 mil a centros de educación privados (jardines).¹⁴

En este tramo la política pública más extendida es el Programa de Experiencias Oportunas del Plan CAIF. Este programa tiene un formato semanal, donde las adultas/os referentes concurren con las niñas/os a un taller de 3 horas de duración. Existen propuestas públicas que ofrecen una atención de modalidad diaria, aunque se trata de herramientas con escasa cobertura: una experiencia piloto de trabajo diario de Plan CAIF en 1 año, centros públicos dirigidos también a población vulnerable (Centros Diurnos de INAU; y Nuestros Niños, de la Intendencia de Montevideo) y el programa de Bonos de Cuidado y Educación en Primera Infancia coordinado por el MIDES. Este último fue creado en el año 2013 con el objetivo de cubrir el costo de un centro privado a hogares en situación de pobreza extrema ubicados en los barrios identificados por el Plan 7 Zonas.¹⁵ La cobertura está dirigida a niñas/os de 0 a 3 años derivadas/os por equipos de los programas Uruguay Crece Contigo, Cercanías y Jóvenes en Red.

Pese a esta diversidad de programas, la cobertura de servicios de cuidado diario en el tramo de 0 a 1 año es incipiente y tradicionalmente no había sido asumida por el estado como una línea de política consolidada.

El planteo original de la ENIA, que es anterior a las políticas que expanden las modalidades de cuidado diarias en el tramo de 0 a 1 año, planteó objetivos exclusivamente en relación a la modalidad clásica de experiencias oportunas del Plan CAIF, situando como meta la cobertura del 50% de las niñas/os proveniente de hogares de bajos ingresos.

Esto supondría cubrir aproximadamente a 20 mil niños/as, tomando como referencia el primer quintil de ingresos. La meta se situaba próxima a lo propuesto, en tanto 17.038 niñas/os concurren a CAIF y Centros Diurnos. No obstante, debe considerarse que una parte de ese total no corresponde al primer quintil de ingresos.

A partir de este escenario, puede plantearse que el nivel de 0 a 1 año atravesará a futuro tres desafíos: el fortalecimiento de la cobertura efectiva en sectores de bajos ingresos, la expansión de cobertura en sectores de ingreso medio y la transformación de servicios desde

14 MEC-Dirección de Educación. "Anuario estadístico de Educación 2012".

15 Dichas zonas fueron, en Montevideo: Marconi, Cantera del Zorro, Chacarita de los Padres y Santa Teresa, y Barrio Ituzaingó. En Canelones: Vista Linda, Obelisco (Las Piedras) y Villa Manuela (Barros Blancos). Actualmente el programa está extendiéndose a nuevas zonas.

formatos semanales a modalidades diarias. En la sección de desafíos se describen en detalle los ajustes implicados en estos procesos.

En el nivel de 2 años, en 2012 el 45% de las niñas/os concurría a un centro educativo público o privado.¹⁶ Dicho porcentaje incluye la cobertura en CAIF y Centros Diurnos de INAU que representa el 24% del total de la franja etaria, y un 21% que concurría a centros privados (12% a centros en escuelas, supervisados por el MEC, y 9% a centros supervisados por el CEIP).

La cobertura en 2012 era de unas 13 mil niñas/os en CAIF y Centros Diurnos. Para 2014 la cobertura del propio CAIF era de poco más de 13 mil niñas/os incluyendo unos 7 en servicios diarios y 6 mil restantes en talleres semanales de experiencias oportunas.

La cobertura privada era de unos 5 mil niñas/os en centros de colegios privados y unos 6 mil en centros de educación infantil (jardines).¹⁷

En síntesis, el conjunto de programas focales cubría en 2012 unos 14 mil niñas/os de 2 años, situándose por debajo de la meta de 20 mil niñas/os de hogares de bajos recursos.¹⁸

A su vez, en tanto puede estimarse que las/os niñas/os actualmente cubiertos pertenecen al primer quintil en aproximadamente la mitad de los casos, debe considerarse que gran parte de este conjunto aún permanece sin cobertura. Esto es entonces parte de los factores a considerar al diseñar futuras ampliaciones de cobertura.¹⁹

REGULACIÓN. En lo que refiere a la regulación de Centros de Educación Infantil Privados se destaca un gran avance concentrado en los últimos años. Al cierre del 2013 cumplían con los requisitos legales un 59% de los centros privados en funcionamiento. Los centros privados eran 493, de los cuales 293 estaban autorizados, 171 tenían la autorización en trámite y 29 no mostraban avance. Estas cifras expresan avances significativos en el proceso reciente de regularización de los centros.²⁰

Estos avances se acercan a lo planteado en las metas de la ENIA, donde se establece que el total de los centros de educación en primera infancia en funcionamiento estén habilitados de acuerdo a la legislación vigente.

16 MEC. "Anuario Estadístico de Educación 2012". P 89.

17 MEC. "Anuario Estadístico de Educación 2012". Debe tenerse en cuenta que parte de esos 6 mil niños/as en centros de educación infantil concurría a los del programa Nuestros Niños, de la Intendencia de Montevideo, que corresponde a la misma matriz de políticas públicas focalizadas que CAIF y Centros Diurnos, y cuya cobertura era de unos mil niños/as para el total de 0 a 3 años (MIDES: Observatorio Social).

18 Se denomina aquí red focal de cuidado y educación en primera infancia al conjunto de programas que cubren población identificada en función de su nivel socioeconómico: CAIF, Centros Diurnos, Nuestros Niños, y Bonos de Cuidado y Educación en Primera Infancia. Este modelo se diferencia del formato universalista, definido por su apertura al conjunto de la población, sin establecer pautas de nivel socioeconómico. En cambio, su carácter focalizado no remite necesariamente a que la identificación de beneficiarios corresponda a población vulnerable ni que esta sea efectuada con similar amplitud, pudiendo extenderse también a estratos medios, o bien acotarse a situaciones de pobreza extrema.

19 Estimación en base a procesamiento de Encuesta Nacional Continua de Hogares 2013 (MIDES-DNPS).

20 MEC-Dirección de Educación. "Anuario Estadístico de Educación, 2012".

OTRAS DIMENSIONES DE PRODUCTO. En cuanto a la promoción de la calidad en educación en primera infancia pueden señalarse avances recientes. En primer lugar, a través del trabajo del Consejo Coordinador de la Educación en la Primera Infancia (CCEPI), se aprobaron los requisitos para la autorización y funcionamiento de los Centros de Educación Infantil. Estos requisitos implican acuerdos acerca de qué se espera en la orientación y acompañamiento a los centros de educación en primera infancia. Esto tiene que ver con las características que debe tener un centro en cuanto a infraestructura, ratio adulto/niño, propósitos, contenidos y estrategias. Implica pensar tiempos y espacios pedagógicos, el vínculo con los referentes familiares, cómo instalar un buen clima educativo. En suma, elaborar un proyecto de centro que conciba al niño desde una perspectiva integral.

En segundo lugar, se ha avanzado en la formación específica para trabajar con niños en primera infancia desde el campo educativo, destacándose la creación de la carrera de Educador en Primera Infancia y la de Asistente Técnico en Primera Infancia. En el caso de la carrera de Educador la misma implica una formación terciaria no universitaria habilitada por el MEC. Los cursos se imparten en el CENFORES del INAU. Hasta la fecha se han formado 256 educadores y se encuentran cursando 328 estudiantes²¹. En el caso de la carrera de Asistente Técnico²² de pre-grado terciario de carácter universitario, la formación tiene una duración de 2 años y los cursos se dictan en el ámbito del Consejo de Formación en Educación de la ANEP.

PROPUESTAS DE DESAFÍOS Y NUEVAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS

Salud

A continuación se detallan posibles aspectos para una agenda de diálogo en relación al sistema de salud. Como saldo global de la situación actual sobre controles de salud en el tramo de 0 a 2 años en el sector público y privado pueden plantearse los siguientes asuntos.

- Conformar un sistema de intercambio de información. Se ha planteado conformar un sistema de información, a cargo del MSP como rector de los sectores público y privado, que permita un seguimiento global de los usuarios más allá de la institución y el tipo de usuario (con aportes o sin aportes al FONASA). Un avance en este sentido es el Registro Único de Cobertura Formal, que procesa los datos de los usuarios FONASA. También lo es el Sistema de Información Perinatal con especificidad en embarazo y nacimientos. Otro aspecto que puede estar involucrado en esta construcción es avanzar hacia la digitalización del Carné de Salud de la Niña y el Niño. A su vez, deben resolverse los problemas de registro y déficit de digitalización de datos para poder avanzar hacia un sistema de información interinstitucional adecuado.
- Disminuir la brecha entre el certificado de nacido vivo y la cédula de identidad.

Cabe considerar como un aspecto específico de esta construcción de sistemas de información el plantear medidas que eliminen la brecha entre la emisión del certificado de nacido vivo y el trámite de la cédula de identidad en todo el territorio nacional. Actualmente en el CHPR los recién nacidos egresan de la institución con cédula de identidad, pero en el

21 Informe INAU 2014.

22 Aprobado por Resolución N° 14, Acta N° 25. Fecha 30 de abril de 2013 CODICEN-ANEP.

general de los centros públicos del país lo asignado es un número que requiere trámite posterior para acceder al documento.

La cédula de identidad es el instrumento necesario para el acceso a políticas sociales por lo que esto se hace relevante en los casos de mayor vulnerabilidad. Un aspecto importante, en términos cualitativos si no cuantitativos, es que las instituciones de política social cuenten con información directa sobre los nacimientos en hogares beneficiarios de sus políticas, ya que en situaciones de exclusión severa se presentan casos en que el trámite no es realizado por los adultos a cargo y la institución social ignora que hubo un nacimiento al que debe responderse.

- Acuerdos en la cantidad de controles y sus estándares.

Otro aspecto a discutir es la cantidad de controles de salud a exigir y qué aspectos debe incluir dicho monitoreo. Respecto a la cantidad de controles durante el primer año de vida la cifra ha sido modificada de 10 a 8 controles y se le han incluido más aspectos a monitorear. Se mantienen presentes en el debate visiones alternativas que consideran que el mínimo de controles exigidos podría ser menor en el caso de niñas/os sanas/os.

- Fortalecer la continuidad de los controles luego del primer año de vida. Un punto planteado en la evaluación del programa Aduana es la conveniencia de fomentar que en los propios hogares haya suficiente atención al tema de los controles de salud más allá del primer año de vida. Si bien el sistema de controles rige para el tramo de 0 a 3 años, solo en el primer año de vida opera de manera sistemática. Una lectura de este comportamiento es que los hogares usuarios de ASSE respetan los controles exigidos mientras se sienten obligados a ello y los abandonan cuando pierden esa percepción. Para evitar que la institución deba ejercer la misma presión durante los siguientes años, una alternativa sería procurar instalar la preocupación por los controles en los hogares para mejorar su nivel de concurrencia desde el año de vida del niño en adelante. Una propuesta sería incluir profesionales de disciplinas del área social quienes trabajarán en conjunto con los profesionales de la salud, de manera de garantizar un abordaje integral y un relacionamiento fluido entre las instituciones de la salud y las familias.

- Modalidad y lugar de control.

Otro aspecto a considerar es el avance hacia controles de salud que sean efectuados en el centro más cercano al hogar, sin implicar trasladados a la institución de referencia. Esto es otro de los aspectos ligados a la construcción de un sistema de información global sobre usuarios del sistema de salud.

UCC y la coordinación de políticas de desarrollo en primera infancia

- Bases de datos y convergencia de criterios de selección. Uno de los aspectos a considerar es la articulación efectiva de los distintos programas sociales a través del Sistema Integrado de Información del Área Social (SIIAS), a fin de establecer criterios comunes de selección de beneficiarios. En particular, es necesario hacer esta articulación respecto UCC y TUS.
- Dispositivos de proximidad y acompañamiento. Uno de los aspectos significativos del trabajo de UCC con población en situación de pobreza extrema es que en ocasiones los efectores de salud y educación manifiestan no estar preparados para trabajar con estas poblaciones, que con frecuencia requieren de determinadas especificidades técnicas. De ahí la necesidad de fortalecer los ámbitos de coordinación entre los programas que

trabajan con énfasis en situaciones de pobreza extrema y la red de políticas y servicios de carácter universal. Esta coordinación implica un abanico de temas: 1) cambios que cada institución debe hacer en sus prácticas y estándares para adecuarse a las necesidades planteadas desde otras instituciones y al perfil específico de la población en pobreza extrema, 2) transferencia de metodologías de abordaje y pautas de trabajo acordes a ese perfil y 3) mecanismos precisos de coordinación con los equipos territoriales de cercanía.

Desarrollo infantil, cuidados y educación en primera infancia

La ENIA en el documento fundacional plantea como uno de sus lineamientos base las políticas de cuidado con el objetivo de garantizar la equidad de género y la corresponsabilidad del cuidado.

En este sentido el Plan de Acción de la ENIA apunta a fortalecer el desarrollo integral de la niña/o a través de la estimulación temprana, de la implementación de servicios de cuidados y de educación en la primera infancia.

La situación actual de cuidado en el tramo de 0 a 2 años es compleja, en tanto existen una variedad de instituciones y modalidades de gestión, teniendo como resultado una oferta de servicios muy heterogénea: distinta cobertura de edades y frecuencia, así como distinta modalidad y calidad de servicio. Un eje de trabajo necesario es entonces tender a homogeneizar los tipos de prestaciones ofrecidas por el Estado. Así como también disponer de mecanismos y protocolos de supervisión para garantizar un estándar mínimo común de servicio a la hora de orientar y acompañar a los actores que se desempeñan en los centros de educación. Asimismo disponer de un sistema único de formación de los recursos humanos para garantizar una atención de calidad estandarizada y promover la profesionalización de los educadores.

Respecto al Programa de Experiencias Oportunas y la educación en primera infancia, la ENIA se planteó metas en materia de cobertura pública para la población de bajos ingresos y mecanismos de regulación de los Centros de Educación para la Primera Infancia privados.

Como fue señalado, la capacidad de cobertura actual es suficiente para las metas planteadas respecto a las niñas/os de los hogares de más bajos ingresos, pero las fallas de focalización hace que gran parte de ellos (aproximadamente la mitad, en el nivel de dos años) esté actualmente sin cobertura.

Agenda de diálogo sobre desarrollo infantil, cuidados y educación en primera infancia

Se debe tener en cuenta que el Plan de Acción de la ENIA 2015-2020 sobre primera infancia debería coincidir plenamente con lo planteado en el documento Hacia un Modelo Solidario de Cuidados aprobado por el Gabinete Social. Esto supone tomar como referencia central las propuestas y líneas de trabajo delineadas en primera infancia para la construcción del Sistema Nacional de Cuidados²³.

23 “Se denomina Sistema Nacional de Cuidados al conjunto de acciones públicas y privadas que se desarrollan de forma articulada para brindar atención directa a las personas y a las familias en el cuidado de su hogar y de sus miembros”. (Salvador, 2010:17). Extraído del Documento “Hacia un modelo solidario de Cuidados”. 2012, pág. 18.

En cuanto a los nuevos temas de diálogo y las nuevas metas a definir, el escenario de políticas públicas a plantearse trasciende a CAIF y remite al conjunto de acciones del estado en la materia, incluyendo todos los programas públicos focales y también los servicios de cuidado y educación inicial para niños a cargo de trabajadores de instituciones públicas. A continuación se enumeran dimensiones de análisis para cada nivel de edad.

Nivel de 0 a 1 año

- Frecuencia del servicio. Determinar si CAIF extenderá las experiencias de servicios diarios en 1 año e incorporará nuevos servicios diarios en 0 año (casas cuna).
- Definición de población objetivo. Establecer si para los servicios diarios a incorporar en 0 año la capacidad de cobertura a mediano plazo amerita una definición de población objetivo más focalizada que la actual, por ejemplo situada en niveles de pobreza extrema. Esto involucra a CAIF, Centros Diurnos y Nuestros Niños.
- Captación de población objetivo. Fortalecer la situación de las políticas públicas focales (CAIF, Centros Diurnos, Nuestros Niños), en cuanto a captación efectiva de su población objetivo.
- Estándar de servicio. Tender a equiparar los servicios ofrecidos por el estado a través de los distintos programas focales, lo cual supone incorporar en Centros Diurnos y Nuestros Niños las mismas pautas de servicio que rigen en CAIF.
- Población objetivo de estrategias complementarias. A partir de la generación del programa de Bonos de Cuidado y Educación en Primera Infancia, queda por establecer el rol que este programa jugará a mediano plazo en el sistema general. Esto implica establecer en qué rango de edades se concentrará, cuál será escala de actuación geográfica y desde qué programas recibirá derivaciones ya que no tiene una definición propia de población objetivo y esta se define en función de los programas que le derivan beneficiarios potenciales.
- En relación a los cuidados dentro del hogar la ampliación de licencias maternal y paternal y de lactancia supone un avance significativo, sin embargo aún quedan trabajadores que no están amparados por la ley 19.161 por lo cual el desafío es poder cubrir a toda la población.

Nivel de 2 años²⁴

- Definición de población objetivo. Para este nivel es pertinente abrir el debate sobre la redefinición de población objetivo, con la intención de incluir a estratos medios en las políticas públicas focales, además de los sectores vulnerables ya comprendidos en la definición actual.
- Ampliación de CAIF de atención diaria para 2 años. Respecto a los centros públicos se pretende la universalización de la atención diaria (cuatro horas mínimo) para niñas/os de 2 años pertenecientes a hogares pobres y vulnerables a la pobreza a través del modelo CAIF.
- Extensión horaria. La actual presencia de servicio de 8 horas en CAIF supone definir a futuro cual será el alcance de esta modalidad y hacia qué sectores se dirigirá con prioridad.

²⁴ El nivel de tres años no se incluyó en este apartado ya que a futuro correspondería a la cobertura universalista de ANEP. La discusión en este nivel se centraría en planificar cómo será la expansión de los componentes focales descritos, atendiendo al progresivo retiro del sistema focal y su sustitución por la cobertura de ANEP.

- Posibilidad de copago por usuarios. La posibilidad de incluir estratos medios en la cobertura del actual sistema focalizado, supone además indagar en la posibilidad de que estos contribuyan con una porción de los costos del servicio, mediante el pago de un copago por parte de los hogares beneficiarios.
- Estándar de servicio. Se aplica a este nivel la misma consideración que en el anterior.
- Población objetivo de estrategias complementarias. Se aplica a este nivel la misma consideración que en el anterior.
- A su vez, en el componente implementado por instituciones para niñas/os a cargo de funcionarios públicos, cabe plantearse de manera general tres ejes de diálogo:
- Edades cubiertas. Tender a estandarizar un patrón de cobertura de edades. Actualmente distintas instituciones ofrecen o subsidian servicios desde distintos niveles de edad de 0, 1 o 2 años según la institución.
- Financiamiento. Tender a estandarizar un patrón similar de financiamiento. En los casos en que la institución financia la cobertura en centros privados, manejar pautas similares de monto a subsidiar. A su vez esto podría implicar definir pautas ajustadas de modo distinto según el nivel de salario. En el caso de servicios provistos directamente por la institución, adoptar un criterio análogo respecto al copago de los servicios (en algunas instituciones es gratuito y en otras se cobra una cuota a los funcionarios).
- Establecer criterios similares respecto a la posibilidad de incorporar mediante cupos a niños que pertenecen a la población objetivo del conjunto de programas que se denomina red focal a los servicios de organismos del estado para sus funcionarios.

REFERENCIAS

CCE-ENIA (2009) “Plan de Acción 2010-2015. Estrategia Nacional para la Infancia y Adolescencia”.

CNPS-CCE-ENIA (2008) “Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia. Bases para su implementación”.

CNPS-ODM (2013) “Informe País Uruguay 2013”.

CNPS (2014) “Informe de Avance del Plan de Acción 2010-2015. Estrategia Nacional para la Infancia y Adolescencia”.

De Armas, Gustavo (2008) “Sustentabilidad social: Reflexiones sobre la relación entre la Estrategia nacional para la Infancia y la Adolescencia y el modelo de desarrollo de Uruguay en el año 2030”.

Grupo de Trabajo Interinstitucional. Consejo Nacional de Políticas Sociales (2012). “Hacia un modelo solidario de cuidados”.

INE Uruguay (2014). “Estimación de la pobreza por el Método del Ingreso. Año 2013”.

INAU (2014) “Informe 2010-2014”. www.inau.gub.uy

Mancebo ME, Llambí C, Zaffaroni C. (2013): “La asistencia escolar en la educación pre primaria y en los primeros grados de primaria en las escuelas públicas del Uruguay”. Inédito.

MSP (2012) “Informe Técnico de Mortalidad Infantil 2011”.

MEC- Dirección de Educación (2013) “Anuario Estadístico de Educación 2012”.

Peralta Maria Victoria, Fujimoto Gómez E. Gaby (1998) “La Atención Integral de la Primera Infancia en América Latina: Ejes Centrales y los Desafíos para el Siglo XXI”. OEA.

Setaro, Marcelo y Koolhaas, Martín (2008) “Cuadernos de la ENIA Políticas de Salud para la Infancia y la Adolescencia”.

Treviño Ernesto; Toledo Gabriela; Cortínez Magdalena (2011) “¿Son la educación y los cuidados de la primera infancia los grandes igualadores de oportunidades en América Latina?”. Documento de Trabajo CPCE Nº 24. Centro de Políticas Comparadas de Educación. Universidad Diego Portales.

UNICEF (2012) “Observatorio de los Derechos de la Infancia y Adolescencia en Uruguay 2012”.

UNESCO-WCECCE (2010) “Atención y educación de la Primera Infancia. Informe Regional América Latina y El Caribe”.

Uruguay Crece Contigo “La Infancia Primero”. Documento síntesis.

<http://www.crececontigo.opp.gub.uy/Inicio/Documentos/>

<http://www.parlamento.gub.uy/htmlstat/pl/convenios/convuito-c183.htm>