



PAF

Programa de Acompañamiento Familiar

PRINCIPALES RESULTADOS AÑO 2022



Directora Nacional de Desarrollo Social
Cecilia Sena

Gerencia Uruguay Crece Contigo
Gerenta: María Victoria Estévez

Elaboración del documento:
Nathalia Martínez
Valentina Guillermo

Responsables del Documento:
Giorgina Garibotto

© Ministerio de Desarrollo Social

18 de Julio 1453

CP. 11200. Montevideo, Uruguay

Dirección Nacional de Desarrollo Social

Teléfono: (0598) 2400 0302

www.mides.gub.uy

Índice

1.	Introducción	4
2.	Principales resultados	5
3.	Presentación del Programa	7
3.1.	Área Uruguay Crece Contigo	7
3.1.1.	Programa Acompañamiento Familiar (PAF).....	7
4.	Cobertura	10
4.1.	Hogares beneficiarios acompañados durante el 2022.....	10
4.2.	Personas beneficiarias acompañadas durante el 2022	11
4.3.	Cobertura por Departamento.....	11
4.4.	Datos acumulados del Programa de Acompañamiento Familiar	12
5.	Caracterización de la población acompañada por el PAF de UCC	15
5.1.	Características socio-económicas de los beneficiarios.....	15
5.2.	Características de la vivienda.....	17
5.3.	Características sanitarias: acceso y controles de salud	18
6.	Indicadores de resultado	23
6.1.	Acceso a prestaciones sociales	23
6.2.	Estado emocional de los referentes de los niños y las niñas acompañados.....	25
6.3.	Prácticas de crianza.....	27
6.4.	Participación del referente masculino en la crianza	29
6.5.	Cobertura de salud y controles.....	31
6.6.	Prácticas de alimentación.....	32
	- En niños y niñas de 6 a 23 meses.....	32
	- En mujeres embarazadas.....	34
6.7.	Bajo Peso y Prematurez al nacer en niños y niñas captados por el PAF en comparación con el bajo peso al nacer y prematurez de los hijos e hijas de mujeres embarazadas acompañadas	34
6.8.	Educación - Inserción a centros de educación inicial	35
Anexo 1.		
	Descripción de los estados de intervención en Sistema de Monitoreo, Administración y Resolución de Trámites (SMART).....	37
	Bibliografía	39

1

Introducción

El presente informe fue elaborado por el Departamento de Seguimiento de Programas de la División de Gestión del Conocimiento del Área Uruguay Crece Contigo perteneciente a la Dirección Nacional de Desarrollo Social (DINADES) en coordinación con la Dirección Nacional de Transferencias y Análisis de Datos (DINTAD). Se reporta información sobre la cobertura del Programa Acompañamiento Familiar (PAF). La misma se basa en los registros del Sistema de Monitoreo, Administración y Resolución de Trámites (SMART) al 31 de Diciembre de 2022.

El informe contiene la presentación del programa y del seguimiento de los procesos de trabajo de los hogares beneficiarios, el cual se desarrolla a través de los registros en SMART. También se presentan los principales indicadores de cobertura, desagregándolos por departamento y edad de los/as beneficiarios/as.

2

Principales resultados

Durante el año 2022 se registró un total de 1.012 fueron mujeres embarazadas y 3.517 niños y niñas menores de 4 años acompañadas por el Programa de Acompañamiento Familiar (PAF). Canelones y Montevideo fueron los departamentos con más hogares acompañados.

De la caracterización de la población beneficiaria al inicio de la intervención se encontró que la mitad de las mujeres embarazadas y casi el 40% de las mujeres referentes a las cuales se acompañó eran adolescentes al inicio de la intervención, lo cual denota la focalización del Programa de Acompañamiento en mujeres madres muy jóvenes.

En relación a la situación laboral de las referentes para el Programa sólo la tercera parte tenía una actividad remunerada y la misma proporción contaba con educación primaria completa o menos.

En cuanto a la vivienda, las $\frac{3}{4}$ partes de los niños y las niñas y las mujeres embarazadas del PAF viven en hogares hacinados, un 16% no cuentan con acceso a baño y un 20% de las viviendas se encuentran en condición de emergencia habitacional.

Como conductas de riesgo durante el embarazo se encontró un 17% de consumo de tabaco y un 22% de las mujeres que inició tardíamente los controles prenatales.

Considerando las características de los/as niños/as al iniciar el acompañamiento se evidenció que durante el año 2022 hubo una fuerte focalización del trabajo con aquellos de entre 0 y 5 meses, representando más de la mitad de los niños y niñas acompañados por el Programa.

Menos de la mitad (43%) de los menores de 6 meses mantenían la lactancia materna exclusiva y en contrapartida 500 niños y niñas acompañados/as (31%) se alimentaban con fórmula para lactantes. A su vez más de la mitad habían consumido al menos un producto alimentario no recomendado y la tercera parte no residían con su referente masculino en el hogar.

De los datos analizados al inicio y al final de la intervención por el Programa de Acompañamiento familiar se destacan los resultados a continuación.

En lo referido a las prestaciones sociales se observó que el acceso a la Tarjeta Uruguay Social como el de AFAM-PE se incrementó de 35% al 87% y de 65% a 91% respectivamente. Lo mismo sucedió con la asignación prenatal para las mujeres embarazadas acompañadas, siendo un 42% al inicio y un 71% al final.

La información vinculada a los referentes mostró que un 14% de ellas tenían síntomas de depresión, ansiedad o presentaban algún otro indicio de alteraciones psicoemocionales al inicio de la intervención y al final disminuyó al 11%. Por otro lado se observó que las referentes aplicaban prácticas de crianza menos riesgosas para los niños y las niñas al finalizar el acompañamiento.

Otro aspecto que varió fue el vínculo del referente masculino, al finalizar las intervenciones del PAF, tanto la frecuencia con la cual los niños y las niñas ven al padre biológico (con el cual no conviven); como la realización de aportes económicos al hogar aumentan.

En las mujeres embarazadas se observó que al finalizar la intervención es mayor la proporción de aquellas que tienen el carné de vacunas al día y un 84% alcanzan al finalizar la gestación una cantidad de controles de salud suficientes. En lo que respecta a la alimentación las mujeres embarazadas cambiaron su alimentación disminuyendo el consumo de productos alimentarios no recomendados al final del acompañamiento (de 65% al inicio a 35% al final).

Respecto a las variables estudiadas de los niños y las niñas en el ámbito sanitario, se observa que al finalizar la intervención hay una mejora tanto en tener al día el certificado de vacunación así como alcanzar una frecuencia de controles de salud adecuados. En relación a la alimentación de los niños y niñas de 6 a 23 meses al finalizar la intervención el 93% alcanzó una frecuencia de consumo de alimentos adecuada y el 90% una diversidad alimentaria apropiada. Por otro lado el acceso a centros educativos se incrementó ya que al iniciar el acompañamiento el 58% de los niños y niñas no asistían a ninguno y finalizarlo esta proporción se reduce a un 19%.

Otro aspecto hallado es la diferencia entre el peso al nacer y la prematurez de los niños y las niñas que fueron acompañados/as desde el embarazo vs aquellos a los cuales se los comienzan a acompañar luego de nacidos. Mientras que los primeros alcanzan cifras similares al promedio nacional, los acompañados luego del nacimiento presentaron proporciones más altas de bajo peso y prematurez, que prácticamente duplican al promedio nacional.

3

Presentación del Programa

3.1 Área Uruguay Crece Contigo

Los cometidos del área programática Uruguay Crece Contigo son los de:

- Desarrollar e implementar acciones universales que garanticen los cuidados, desarrollo y protección adecuados de las mujeres embarazadas y familias de todo el país.
- Acompañar las trayectorias de las familias en situación de vulnerabilidad, con mujeres embarazadas, niños/as menores de 4 años con riesgo socio-sanitario, y familias con altos índices de carencias críticas, a través de estrategias focalizadas.
- Promover el acceso de las familias a los servicios de la matriz de protección social a través de la articulación interinstitucional.

Gran parte de las acciones focalizadas de esta área, se enmarcan dentro del Programa de Acompañamiento Familiar (PAF) ubicado dentro de la División Territorios para Crecer perteneciente al Área Uruguay Crece Contigo (UCC) de la Dirección Nacional de Desarrollo Social (DINADES) del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES).

3.1.1 Programa Acompañamiento Familiar (PAF)

El Programa de Acompañamiento Familiar (PAF) de UCC está dirigido a familias con mujeres embarazadas, niñas y niños menores de 4 años que presentan indicadores de posible afectación en su salud y vulneración de derechos en lo social, y se lleva a cabo a través de estrategias de proximidad en sus territorios de referencia.

Objetivos del Programa

Objetivo General

Promover el desarrollo infantil en la Primera Infancia con un enfoque de derechos que ponga el acento en igualar las oportunidades desde el embarazo.

Objetivos específicos

Contribuir a la construcción de entornos saludables y prácticas que promuevan el bienestar físico, social y emocional de familias con mujeres embarazadas, niñas, niños menores de 4 años.

Facilitar el acceso y/o permanencia de los integrantes de las familias a servicios y prestaciones del Estado que garantizan sus derechos ciudadanos.

Modalidades de Intervención

Las acciones del programa se desarrollan a través de 4 modalidades de atención focalizadas:

a) *Modalidad Buen Comienzo*

Esta modalidad está dirigida a familias con mujeres embarazadas, continuando con el proceso de trabajo hasta los 9 meses de vida del niño o niña. El acompañamiento está centrado en la mujer como sujeto de derechos y en su entorno familiar. Busca fortalecer las capacidades de cada una para mejorar su bienestar, promover los cuidados durante el embarazo y puerperio, y anticipar las prácticas de crianza en la familia en términos de salud, nutrición y desarrollo infantil. Asimismo, se trabaja para facilitar el acceso a prestaciones y servicios que favorezcan el proceso de inclusión social.

En el caso que la mujer embarazada haya sido captada en el tercer trimestre y posteriormente vuelve a quedar embarazada, se podrá realizar un nuevo acompañamiento. En el resto de los casos, no se le realizará un nuevo acompañamiento en esta modalidad, salvo que el equipo junto al supervisor lo estimen pertinente.

En el caso que se esté trabajando con un niño o niña en la modalidad de “Proximidad para la Crianza” y la madre pasa a estar embarazada, el equipo evaluará el tiempo total de intervención siendo el máximo 24 meses. En el caso que otra mujer embarazada viva en el hogar donde ya se está trabajando, se considera un caso nuevo y por tanto se realizará el acompañamiento.

b) *Proximidad para la Crianza*

Está orientada a familias con niños y niñas hasta los 4 años de edad, priorizando a los menores de 1 año. El acompañamiento tiene una duración de 9 a 12 meses; promoviendo el fortalecimiento de las capacidades familiares en cuanto a las pautas de crianza que favorezcan el crecimiento y desarrollo de niños/as en los primeros años de vida. Asimismo, se trabaja con los servicios y programas presentes en cada territorio para facilitar el acceso a prestaciones y servicios que correspondan en el marco del proceso de inclusión social.

c) *Mujeres Privadas de Libertad*

Esta modalidad está orientada a acompañar a las mujeres privadas de libertad embarazadas y a sus hijos/as en el fortalecimiento de sus capacidades y potencialidades, promoviendo los cuidados adecuados durante el embarazo y buenas prácticas de crianza; así como trabajar con las instituciones involucradas para mejorar las condiciones del ejercicio pleno de sus derechos, disminuyendo el impacto que genera la situación de encierro.

d) *Teleasistencia*

Es una modalidad de atención no presencial a familias que se encuentran

en lista de espera en la modalidad 1 y 2 del PAF (mujeres embarazadas, niñas y niños menores de 4 años que presentan indicadores de posible afectación en su salud y vulneración de derechos en lo social). Haciendo uso de tecnologías de la comunicación se busca reflexionar y aportar información vinculada a: cuidados en el embarazo, salud, nutrición, cuidado de niñas/os, crianza respetuosa, estado socio emocional de los referentes de crianza, y acceso a prestaciones y servicios. El proceso de trabajo con las familias seleccionadas se desarrolla en un período de 4 meses a través de llamadas telefónicas, mensajes y envío de materiales virtuales.

Formas de acceso al programa

Tanto para la Modalidad de Buen Comienzo (BC) como para la Modalidad Proximidad para la Crianza (PC) la captación se realiza a través de tres vías: 1) postulaciones de instituciones o actores del territorio, 2) captación en territorio y 3) auto postulaciones. Para la postulación se aplican formularios para analizar indicadores de posible afectación en su salud y vulneración de derechos en lo social (formulario de postulación). A partir de éste se realiza un análisis técnico de la postulación y se adjudica a los equipos las situaciones para ser atendidas según criterios de priorización. Para la modalidad “Mujeres Privadas de Libertad” (MPL) el acceso al programa se da a través de las unidades de INR quienes notifican cuando se da el ingreso de una mujer embarazada o con un hijo/a. En el caso de la modalidad de “Teleasistencia” es condición para su selección estar en la lista de espera de las modalidades BC y PC. Requerimientos formales para las modalidades BC y PC: formulario de postulación con todos los campos de familias integradas con mujeres embarazadas y/o con niños/as de hasta cuatro años de edad, que presenten indicadores de vulneración socioeconómica y sanitaria. Para la modalidad MPL: mujeres embarazadas y/o con hijos de hasta cuatro años de edad que se encuentren privadas de libertad, se da en los departamentos donde hay unidades de INR. Para la modalidad Teleasistencia: encontrarse en lista de espera de las modalidades 1 y 2 del PAF.

En el presente informe se mostrarán los datos de las modalidades Buen comienzo y Proximidad para la crianza.

4

Cobertura

En este apartado se presenta la cobertura del programa, para la que se toma en cuenta a los hogares y personas que se acompañaron durante el año 2022 en la modalidad Buen comienzo y Proximidad para la crianza. Cabe aclarar que para el Programa Acompañamiento Familiar, los estados correspondientes a personas y hogares acompañados son: Aceptado, Beneficiario línea de base, Beneficiario en seguimiento y Beneficiario Sistema UCC, Suspendido, Baja y Egreso.

La cobertura general puede variar de los números reportados en otros indicadores de acuerdo a si los formularios de inicio y final estén completos y finalizados para los respectivos hogares, mujeres embarazadas y niños/as.

4.1. Hogares beneficiarios acompañados durante el 2022

Durante el año 2022 fueron acompañados en total 3.127 hogares¹ por el Programa de acompañamiento familiar en su modalidad buen comienzo y proximidad para la crianza.

Cuadro 1. Cantidad de hogares PAF con intervención en 2022 según estado

Estado	Cantidad de hogares
Aceptado	67
Beneficiario línea base	315
Beneficiario en seguimiento	1093
Beneficiario sistema UCC	171
Suspendido	246
Baja	253
Egreso	982
Total	3127

Fuente: DINTAD y DINADES con base en registros SMART

1. Aquellos hogares que tuvieron algún tipo de contacto con el programa en el año 2022, diferenciados por su estado de intervención al 31 de Diciembre de 2022. Para el cálculo del mismo, se toman todos los hogares con estado aceptado o beneficiario, y los que han sido suspendidos, dados de baja o egresados en 2022.

4.2. Personas beneficiarias acompañadas durante el 2022

En el PAF, dentro del total de personas acompañadas; se pueden distinguir dos tipos de beneficiarios directos: niños menores de 4 años y mujeres embarazadas. Cabe aclarar que se consideran personas beneficiarias menores de 4 años a quienes al inicio de la intervención tenían menos de 4 años. Así también, se contabilizan las mujeres embarazadas al inicio de la intervención.

El siguiente cuadro muestra la cantidad de personas según el tipo de beneficiario directo.

Cuadro 2. Cantidad de personas acompañadas por el paf en 2022 según tipo de beneficiario

	Hogares	Mujeres embarazadas	Menores 4 años
Total	3127	1012	3517

Fuente: DINTAD y DINADES con base en registros SMART

Por otro lado, desde el PAF se trabaja con los integrantes de la familia de forma integral (además de que hay acciones específicas previstas con los referentes de crianza adultos, también se trabaja con los demás integrantes tanto si son menores o mayores para el acceso a prestaciones y servicios). Por lo tanto durante el 2022 se registró un total de 12.529 personas beneficiarias acompañadas, donde 4.529 son mujeres embarazadas y niños menores de 4 años y 8.000 el resto de los integrantes del hogar.

4.3. Cobertura por Departamento

En el Cuadro 3 se presenta la distribución de los hogares acompañados durante el año 2022 por departamento. Canelones y Montevideo son los departamentos con más hogares acompañados durante el 2022.

Cuadro 3. Cantidad de hogares acompañados por el paf en 2022 según departamento

Artigas	161
Canelones	790
Cerro Largo	89
Colonia	99
Durazno	23
Flores	38
Florida	54
Lavalleja	41
Maldonado	91
Montevideo	698
Paysandú	140
Río Negro	85
Rivera	88
Rocha	82
Salto	202
San José	201
Soriano	107
Tacuarembó	97
Treinta y Tres	410
Total	3127

Fuente: DINTAD y DINADES con base en registros SMART

4.4. Datos acumulados del Programa de Acompañamiento Familiar

En este punto se muestra la información acumulada sobre todos los hogares que han tenido algún vínculo con el PAF desde el inicio del Programa en 2012 hasta el 31 de diciembre de 2022. A su vez se exponen datos específicos de aquellos que tuvieron contacto con el Programa durante el año 2022.

El cuadro a continuación expone la cantidad de hogares que han tenido algún vínculo con el Programa Acompañamiento Familiar, de acuerdo al estado de intervención en el que se encuentra cada hogar al 31 de diciembre de 2022.

Cuadro 4. Cantidad de hogares PAF según estado de la intervención

Estado	Cantidad Hogares
Aceptado	67
Beneficiario línea base	315
Beneficiario en seguimiento	1093
Beneficiario sistema UCC	171
Suspendido	288
Baja	4472
Egreso	17410
Total	23816

Fuente: DINTAD y DINDES con base en registros SMART

El cuadro a continuación expone la cantidad de hogares que han tenido algún vínculo con el Programa Acompañamiento Familiar, según el año de inicio.

Cuadro 5. Cantidad de hogares PAF según año de creación de la intervención

Año de inicio	Cantidad de hogares
2012	1690
2013	3289
2014	2950
2015	2821
2016	2715
2017	2104
2018	2044
2019	2629
2020	1155
2021	1380
2022	1039
Total	23816

Fuente: DINTAD y DINADES con base en registros SMART

En el Cuadro 6 se puede observar de forma acumulada la cantidad de hogares, mujeres embarazadas y menores de 4 años que han tenido algún vínculo con el PAF desde el inicio del programa hasta el 31 de diciembre de 2022, según el departamento y el tipo de beneficiario.

Cuadro 6. Cantidad de hogares, mujeres embarazadas y menores de 4 años que tuvieron algún tipo de contacto con el programa según departamento y tipo de beneficiario

Departamento	Hogares	Mujeres embarazadas	Niños y niñas
Artigas	1258	617	1881
Canelones	6324	2866	9365
Cerro Largo	793	303	1215
Colonia	661	260	947
Durazno	303	90	431
Flores	304	118	413
Florida	360	118	542
Lavalleja	237	79	345
Maldonado	828	260	1203
Montevideo	6018	1865	9689
Paysandú	868	325	1420
Río Negro	494	170	701
Rivera	577	207	954
Rocha	526	173	860
Salto	1202	544	1989
San José	1426	480	2171
Soriano	640	283	873
Tacuarembó	733	284	1141
Treinta y Tres	264	78	393
Total	23816	9120	36533

Fuente: DINTAD y DINADES con base en registros SMART

5

Caracterización de la población acompañada por el PAF de UCC

El apartado que se presenta a continuación se propone caracterizar a las personas y hogares beneficiarios del PAF de Uruguay Crece Contigo (UCC) para los hogares acompañados en el transcurso del año 2022.

Se presenta en primer lugar el análisis de los hogares beneficiarios y luego el de las personas que conforman esos hogares, incluyendo referentes del hogar; mujeres embarazadas y niños y niñas menores de 4 años. Los datos utilizados para la caracterización son los correspondientes al inicio de las intervenciones, o sea; cuando las familias recién ingresan en el Programa.

Con el fin de caracterizar a la población beneficiaria acompañada, se realizó una selección de variables vinculadas a las características de la misma. Dichas variables se eligen por ser las que presentan mayor relevancia en el desarrollo integral de los/as niños/as.

5.1. Características socio-económicas de los beneficiarios

En este apartado se presenta una descripción del perfil de los referentes para el PAF de UCC, para los hogares acompañados en el transcurso del año 2022 en comparación con los datos de los referentes de los niños y niñas menores de 4 años a nivel nacional. Los datos a nivel nacional se obtuvieron de diferentes fuentes según el indicador.

Como se observa en el Cuadro 6, en la mayoría de los hogares (98%) las personas referentes son mujeres. Esto quiere decir que son ellas las que se encargan del vínculo con el programa y quienes se manifiestan como responsables del cuidado de los/as niños y de las tareas domésticas. A nivel nacional, según datos de la Encuesta de Nutrición, Desarrollo y Salud, realizada en 2018, casi todos los referentes de los/as niños/as predispuestos a participar de la encuesta eran mujeres (95%).

Dentro de las mujeres acompañadas por el Programa se destaca el trabajo realizado con las adolescentes. La mitad de las mujeres embarazadas (52%) y casi el 40% de las mujeres referentes a las cuales se acompañó eran adolescentes al inicio de la intervención (39%). Estas cifras de maternidad adolescente son bastante superiores si se las compara con cifras nacionales, que rondan en el 10%; lo cual denota la focalización del Programa de Acompañamiento en mujeres madres muy jóvenes.

Cuadro 7. Características socio-económicas de los hogares acompañados en 2022 y de la población a nivel nacional para todo el país

Indicador	Datos PAF UCC acompañados 2022	Datos a nivel nacional
Sexo de referente para el trabajo de cercanía		
Mujeres referentes (n=2.403)	98%	95% (ENDIS, 2018)
Referentes/Madres adolescentes (n=2.403)	39%	8% (CNV, 2022)
Mujeres embarazadas adolescentes (n=905)	52%	11% (SIP, 2020)
Que se encuentran desocupados, inactivos o haciendo quehaceres del hogar (n=2.283)	67%	36% (ENDIS, 2018)
Con primaria completa o menos (n=2.283)	31%	15% (ENDIS, 2018)

Elaboración propia en base a microdatos UCC a dic. 2022 y SIP, CNV 2022 y ENDIS 2018

La maternidad en adolescentes con menos de 15 años implica mayor riesgo de morbilidad materna y perinatal, y nacimientos de bajo peso. A su vez la proporción de nacimientos de bajo peso son superiores a la de las adolescentes entre 15 y 19, y a la de las madres adultas (UNFPA, 2016). Una de las razones es posiblemente la demora en realizar su primer control prenatal, ya sea por un descubrimiento tardío del embarazo, o por vergüenza y miedo a hablar con sus familiares (UNICEF, 2017). Los modos de abordaje más recientes de la problemática del embarazo y la maternidad en adolescentes se basan en el enfoque de derechos ya que, “especialmente cuando no es fruto de la planificación y deseo, es una clara manifestación de la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes, y por ende de sus derechos humanos” (UNFPA, 2016).

El embarazo y la maternidad en la adolescencia es en la gran mayoría de los casos un problema de inequidad y desigualdad social. Las desigualdades son territoriales, étnicas, culturales, económicas, de género y educativas entre otras. En cuanto al vínculo entre educación, embarazo y maternidad temprana, en todos los países se observa que en una proporción importante la salida del sistema educativo precede al embarazo.

En relación a la situación laboral de las referentes para el Programa sólo el 33% tiene una actividad remunerada. A nivel nacional esta cifra asciende al doble (64% con actividad remunerada), otro aspecto que muestra la focalización del PAF en un segmento de mujeres de mayor vulnerabilidad social que a su vez se ven afectadas por la desigualdad social en el mercado laboral.

Según un estudio sobre la calidad del empleo en Uruguay realizado por CEPAL, los resultados obtenidos en el mercado de trabajo difieren según grupos, presentando marcadas diferencias por sexo, tramo de edad, nivel educativo, ascendencia étnica y región. Esta heterogeneidad estructural en la calidad del mercado de trabajo afecta en particular a las mujeres, a las personas jóvenes, de nivel educativo bajo y a las personas con ascendencia afro.

En el caso de las mujeres, se observa que presentan una tasa de actividad y de empleo inferior; y una tasa de desempleo superior.

El máximo nivel educativo alcanzado es otro determinante de la calidad del empleo de las personas. Los ocupados que alcanzaron solo a primaria presentan niveles de actividad y empleo mucho menores que los que alcanzaron niveles más altos (CEPAL, 2022).

A su vez se ha constatado la relevancia de la educación materna como predictor del rendimiento intelectual de sus hijos/as (Labin, Taborda, & Brenlla, 2015)

5.2. Características de la vivienda

Más allá de la vulneración de derechos directamente ligados con el disfrute de una vivienda digna y con acceso a servicios adecuados, existe evidencia de cómo las privaciones en el contexto habitacional limitan otros derechos. Así, la falta de agua potable, saneamiento y energía para cocinar alimentos tienen consecuencias perjudiciales para la salud; la falta de materiales de calidad en la vivienda expone a las personas a riesgos climáticos y de seguridad. A su vez, el hacinamiento y la falta de electricidad impiden contar con un espacio adecuado para estudiar y descansar, lo que repercute en el desarrollo cognitivo en la infancia y en el desarrollo laboral en la adultez; a la vez que favorecen una mayor propensión a situaciones de abuso (CEPAL, 2020).

A modo de caracterizar a la población acompañada durante el año 2022, en el Cuadro 7 se puede observar los niveles de la desigualdad en las condiciones habitacionales de los niños/as y mujeres embarazadas acompañados por PAF de UCC en 2022 respecto a los hogares de todo el país en donde viven niños y niñas menores de 4 años.

Cuadro 8. Características de las viviendas donde viven niños/as menores de 4 y mujeres embarazadas acompañados en 2022 y datos a nivel nacional

Indicador	Hogares PAF de UCC 2022 (n=2.283)	Hogares con niños <4 años a nivel nacional
Sin acceso a baño	16%	0.3%
Con evacuación del servicio sanitario entubado a arroyo u otros (superficie, etc)	22%	1%
Hogares Hacinados	74%	10%
Viviendas en situación de Emergencia Habitacional*	19%	0.4%

Elaboración propia en base a microdatos UCC a dic. 2022 y datos INE/ECH 2022

*Viviendas en situación de emergencia habitacional, definición DINTAD, sin baño o piso de tierra sin piso ni contrapiso o techo desecho

Los datos de la tabla anterior ponen en evidencia la inequidad y la ausencia de condiciones que aseguren una vida digna en donde viven niños/as y mujeres embarazadas respecto a las cifras nacionales.

Las $\frac{3}{4}$ partes de los niños/as y/o mujeres embarazadas del PAF viven en hogares hacinados, proporción que se encuentra muy por encima de la cifra nacional (10%). Un 75% de hacinamiento muestra el estrés que padecen estas personas por vivir en viviendas con inadecuadas condiciones. A su vez se lo ha vinculado con los malos resultados educativos (Directrices de la OMS sobre vivienda y salud [Internet]. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2022. 3, Hacinamiento en los hogares)

El acceso al baño es otra de las características que sobresale en comparación al porcentaje nacional, las personas acompañadas por el PAF no tienen baño en su vivienda en 15 puntos porcentuales más arriba que el promedio nacional. Esta situación da cuenta, entre otras cosas, del riesgo sanitario que existe en contextos de inequidad.

En relación a las viviendas en emergencia habitacional para el país éstas son casi nulas (0,4%), sin embargo para las familias acompañadas por el PAF alcanzan casi a un 20% de los hogares. Una situación similar y desigual sucede con la evacuación del servicio sanitario (1% valor nacional vs 22% hogares del PAF).

5.3. Características sanitarias: acceso y controles de salud

La atención prenatal es una oportunidad decisiva para que los profesionales sanitarios brinden apoyo e información a las mujeres embarazadas, representando

una plataforma para la promoción de la salud, el diagnóstico y la prevención de enfermedades.

Las experiencias positivas de las mujeres en el marco de la atención prenatal y el parto pueden sentar las bases para una maternidad saludable (OMS, 2016).

El retraso del crecimiento, el bajo peso al nacer y la prematurez, están estrechamente relacionados con el desarrollo de la primera infancia (Black et al, 2017). El consumo de tabaco y alcohol es considerado una amenaza grave para la salud de las mujeres embarazadas y sus hijos/as.

A modo de caracterizar a la población acompañada durante el año 2022, en el Cuadro 9 se comparan las características sanitarias de las mujeres embarazadas y de los/as niños/as acompañados por PAF en 2022 respecto a los datos a nivel nacional.

Cuadro 9. Características socio sanitarias de las mujeres embarazadas acompañadas en 2022 por PAF-UCC y de la población a nivel nacional

Indicador	Beneficiarios PAF- UCC	Datos nacionales
% mujeres embarazadas sin controles prenatales al inicio de la intervención (n=888)	1%	1% (CNV, 2022)
% mujeres embarazadas que fumaron al menos un cigarro estando embarazadas (n=888)	17%	14% (SIP, 2020 ²)
% de mujeres embarazadas con captación tardía (1er control > de la semana 14) (n=789)	22%	14% (CNV, 2022)
% de mujeres embarazadas que consumieron al menos un producto alimentario no recomendado (n=869)	65%	No hay datos a nivel nacional

Fuente: DINTAD y DINADES con base en registros SMART

Si bien el porcentaje de mujeres embarazadas acompañadas en 2022 sin controles prenatales al inicio de la intervención tiene un valor igual al de las mujeres embarazadas de todo el país, existen otras características que continúan mostrando diferencias.

Aspectos que son conocidos que van en detrimento de la salud de la mujer y su hijo/a como el fumar durante el embarazo e iniciar tardíamente los controles prenatales continúan presentándose en altas proporciones en las mujeres embara-

2. Último dato disponible a la fecha

das acompañadas por el PAF. A su vez estas cifras son más altas si se las compara con los datos nacionales.

En lo que respecta a los/as niños/as se presenta en la siguiente tabla la distribución por edad de los/as que fueron acompañados por el Programa.

Cuadro 10. Cantidad de niños/as menores de 4 años según tramos de edad a la fecha de inicio de la intervención acompañados por paf durante el 2022

Edad inicio intervención	Porcentaje
0 a 5 meses	65,6%
6 a 11 meses	12,7%
12 a 17 meses	7,1%
18 a 24 meses	4,5%
2 años	6,8%
3 años	3,4%
Total	100%

Fuente: DINTAD y DINADES con base en registros SMART

Más de la mitad de los/as niños/as acompañados por el Programa tienen entre 0 y 5 meses al comenzar el acompañamiento. Esto muestra una focalización del trabajo en el comienzo de la vida.

Cuadro 11. Características socio sanitarias de los niños/as acompañados en 2022 por PAF-UCC y de la población a nivel nacional

Indicador	Beneficiarios PAF- UCC	Datos nacionales
% de niños/as menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva (n=1617)	43%	58% (ENDIS, 2018)
% de Niños y niñas que consumieron al menos un producto alimentario no recomendado (n=777)	61%	No hay dato a nivel nacional
% de Niños y niñas que no residen con su referente masculino en el hogar (n=2739)	34%	23% (ENDIS, 2018)

Fuente: DINTAD y DINADES con base en registros SMART

El trabajo de cercanía que realiza el PAF apunta, entre otros aspectos, a propiciar las condiciones necesarias para el adecuado crecimiento y desarrollo de los menores de 4 años. Existen múltiples factores que influyen en esto, en el Cuadro 10, que se presenta arriba; se muestran tres indicadores vinculados.

La adecuada nutrición, la salud y el crecimiento y desarrollo se ven favorecidos por la lactancia materna. En el Uruguay existe la Norma Nacional de Lactancia Materna del Ministerio de Salud que tiene como finalidad:

“Contribuir a mejorar las condiciones de salud, nutrición y desarrollo de todos los niños y niñas uruguayos, en el marco de la Convención de los Derechos del Niño y con base en los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020 del Ministerio de Salud, mediante la Protección, Promoción y Apoyo de la práctica de Lactancia Materna Exclusiva en los primeros seis meses de vida y hasta los dos años o más hasta que la mamá y el bebé lo deseen, junto a una alimentación complementaria saludable.” (MSP, 2017).

La lactancia materna es la forma óptima de alimentar a los bebés, ofreciéndoles los nutrientes que necesitan en el equilibrio adecuado, así como ofreciendo protección contra las enfermedades y promoviendo el apego. Los componentes de la leche materna probablemente afectan la programación epigenética en un momento crítico cuando la expresión de los genes se está desarrollando para el resto de la vida. (OPS, 2022)

A su vez, la lactancia materna protege al niño y a la niña frente al síndrome de muerte súbita infantil así como la leucemia en la niñez. Otros beneficios son que ayuda a prevenir el sobrepeso y la diabetes tipo 2 en etapas posteriores de la vida de los/as niños/as. Pero también tiene beneficios para las mujeres, que se incrementan a medida que aumentan los meses de lactancia. Éstos son la disminución del riesgo de tener diabetes tipo 2, cáncer de mama y de ovarios, en comparación con aquellas mujeres que no amamantan o que amamantan menos tiempo (OPS, 2022).

De acuerdo al Cuadro 11, si se compara la proporción de menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva del PAF se observa que es un 12% menor al valor nacional. Cabe destacar que dentro de esta franja etaria había 500 niños y niñas acompañados por el Programa que se alimentaban con fórmula para lactantes.

A los 6 meses se deben incorporar los alimentos complementarios tanto para lactantes alimentados a pecho exclusivo como para no amamantados de forma exclusiva según la Guía de alimentación complementaria del niño de 6 a 24 meses. El impacto de una alimentación complementaria saludable, segura, oportuna y perceptiva, iniciada en el entorno a los 6 meses de vida y junto a la lactancia materna en la salud y el desarrollo integral de la primera infancia ha sido más que demostrado. Los eventos que ocurren durante los primeros 2 años de vida de los niños y las niñas, luego de su nacimiento, son el cimiento de varios de sus potenciales de crecimiento y desarrollo. Qué, cómo, cuándo, dónde y con quién

desarrollan las primeras experiencias alimentarias son más que sustantivos para el bienestar a corto, mediano y largo plazo. Son múltiples las evidencias que demuestran que los hábitos alimentarios se forman durante la niñez y esta es una ventana de oportunidad para la prevención de las enfermedades crónicas de la vida adulta (MSP, 2016).

En nuestro país los productos ultraprocesados, incluidos los refrescos y la comida rápida, están desplazando a la alimentación tradicional y las comidas caseras. Estos contienen muchos ingredientes y, sobre todo, excesiva cantidad de sal, azúcar y grasa e invitan a ser consumidos de forma impulsiva. Además los productos poseen ciertas características que hacen que el cerebro y el aparato digestivo subestimen las calorías que se ingieren, entonces no se desencadena la señal que indica que se está satisfecho o se desencadena tardíamente (MSP, 2022). Tienen por lo general una baja calidad nutricional, es decir que no nutren ni aportan nutrientes necesarios para un adecuado crecimiento y desarrollo. Más de la mitad de los niños y las niñas acompañados por el PAF habían consumido el día anterior al menos un alimento ultraprocesado (no recomendado para la edad). Esto si bien quiere decir que esta proporción comió como mínimo uno, cabe destacar que dentro de la misma hay menores que consumieron dos, o tres o más.

6

Indicadores de resultado

El Programa de Acompañamiento Familiar de UCC lleva a cabo acciones socioeducativas para promover buenas prácticas en las familias, que tiendan a mejorar su calidad de vida y favorezcan el desarrollo infantil integral y adecuado. Se busca, a su vez, disminuir la incidencia de los factores de riesgo socio sanitarios que condicionan el crecimiento y desarrollo de los/as niños/as menores de cuatro años.

En particular la modalidad buen comienzo está dirigida a las familias que entre sus integrantes hay mujeres embarazadas y comienza desde la captación durante el embarazo continuando hasta los 7 meses de cada bebé.

Para monitorear y evaluar las intervenciones y conocer los resultados del PAF de acuerdo a las metas propuestas, éste cuenta con un sistema de información desde el que se registra y se analizan las intervenciones.

Este sistema permite que los equipos registren durante los acompañamientos familiares los formularios de seguimiento correspondientes. Específicamente se registra una línea de base y una línea final que se componen de: un formulario de línea de base aplicado al inicio de la intervención y un formulario de línea final al cierre de la intervención. De este modo es posible describir la situación de los beneficiarios del Programa al iniciar el acompañamiento, y por otra parte comparar la línea de base con la línea final para aproximarse a los resultados de las intervenciones.

Los análisis que se muestran a continuación refieren al estado de situación de los beneficiarios acompañados en el transcurso del 2022, antes de realizado el acompañamiento y al finalizar el mismo. Se realiza, entonces, una comparación entre los registros al inicio y al finalizar el acompañamiento durante el año 2022, por lo que para este análisis se incluyen todas aquellas intervenciones que cuentan con la información tanto de la línea de base como de la línea final. No son considerados entonces aquellos casos activos (que están siendo acompañados) ni suspendidos, ya que no cuentan con los datos al finalizar las intervenciones.

6.1. Acceso a prestaciones sociales

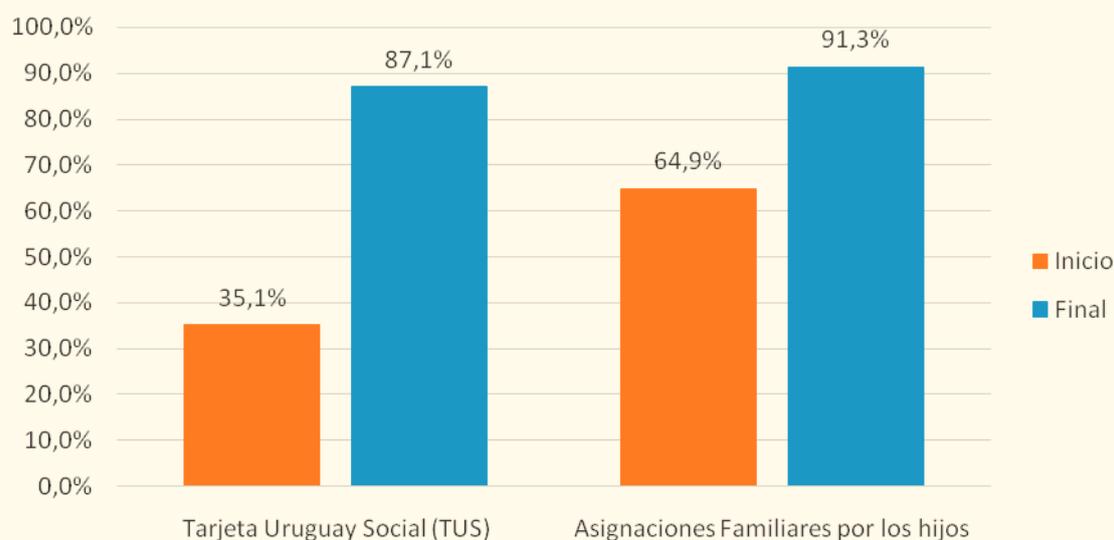
El acceso a prestaciones sociales se incrementa de forma muy importante al finalizar el trabajo de acompañamiento familiar.

Tal como se observa en el gráfico a continuación, mientras que el 35% de los hogares tenían acceso a la TUS al iniciar el acompañamiento, al final del proceso este porcentaje sube a un 87%. El acceso a AFAM-PE también se ve incrementado de forma sustancial (de 65% a 91%).

Todos los hogares acompañados por UCC accedieron al finalizar las intervenciones a mayores prestaciones sociales (asignaciones familiares de AFAM-PE³ y acceso a la Tarjeta Uruguay Social⁴) como se detalla en el Gráfico 1.

Se destaca que en el 19% de los hogares, los equipos debieron realizar trámites para que alguno de los beneficiarios pudiera acceder a la cédula de identidad (n=1330).

Gráfico 1. Acceso a prestaciones sociales al comienzo y al finalizar las intervenciones de ucc (n=923). Año 2022.



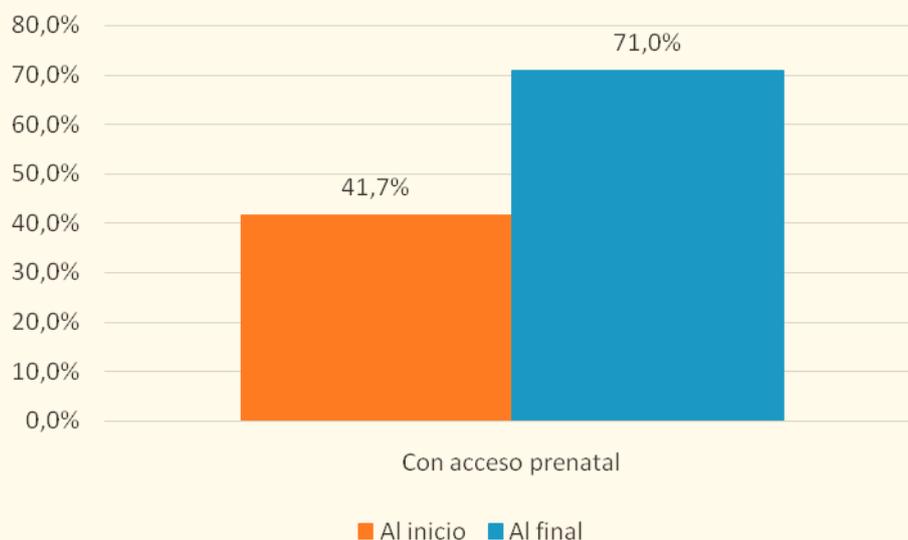
Fuente: Elaboración propia en base a microdatos UCC a diciembre de 2022

3. Las Asignaciones Familiares (AFAM) son un programa de transferencias monetarias condicionadas dirigidas a menores de 18 años que tiene por objetivo mejorar la situación de ingresos de los hogares e incentivar la permanencia de niños, niñas y adolescentes en el sistema educativo y promover los controles de salud de niños, niñas y mujeres embarazadas.

4. La Tarjeta Uruguay Social (TUS) tiene como objetivo general asistir a los hogares en situación de vulnerabilidad socioeconómica para la adquisición de alimentos, aportando a la seguridad alimentaria y nutricional, en especial durante los primeros años de vida de las personas.

También se observa un aumento de 30 puntos porcentuales en hogares donde hay mujeres embarazadas, tal como se observa en el Gráfico 2.

Gráfico 2. Acceso a Asignación Familiar por embarazo (prenatal) para mujeres acompañadas por ucc al inicio y al finalizar las intervenciones (n=618). Año 2022.



Fuente: Elaboración propia en base a microdatos UCC a diciembre de 2022

6.2. Estado emocional de los referentes de los niños y las niñas acompañados

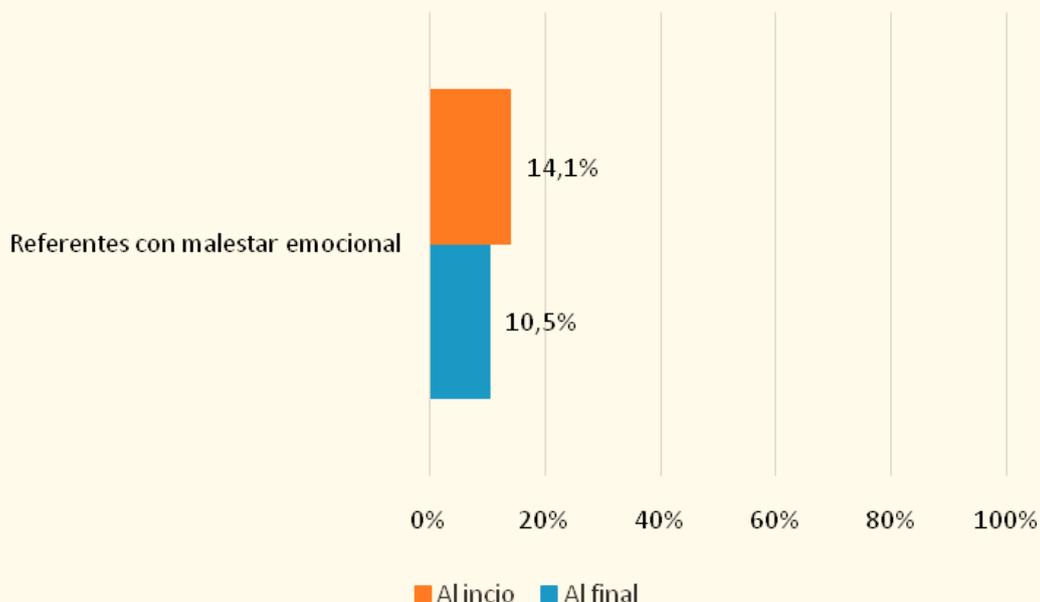
El 14% de las referentes de los/as niños/as acompañados por UCC desde el comienzo hasta el cierre del 2022 mostraban síntomas de depresión, ansiedad o presentaban algún otro indicio de alteraciones psicoemocionales al inicio de la intervención, mientras que este guarismo se reduce al 11% al momento de cerrar la intervención; de acuerdo a los test aplicados: SF-36 para referentes con niños y niñas mayores de 3 meses y test de Edimburgo en mujeres embarazadas o con niños y niñas hasta 3 meses de edad (gráfico 3).

El cuestionario SF36 proporciona un perfil del estado de salud y cubre las siguientes escalas: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, función social, rol emocional, vitalidad y salud mental.

En relación a la escala de salud mental, una alta puntuación implica la presencia de sentimientos de angustia y depresión todo el tiempo, en tanto los valores bajos se corresponden con sentimientos de felicidad, tranquilidad y calma (El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos, 2005).

Mientras que la Escala de Edimburgo (EPDS, por sus siglas en inglés): permite cuantificar síntomas depresivos cognoscitivos exclusivamente durante el embarazo o en el posparto por lo que fue aplicado únicamente a mujeres embarazadas o con hijos e hijas menores de 3 meses. La escala indaga sobre la manera en que la mujer se sintió durante la semana anterior a través de 10 preguntas cortas.

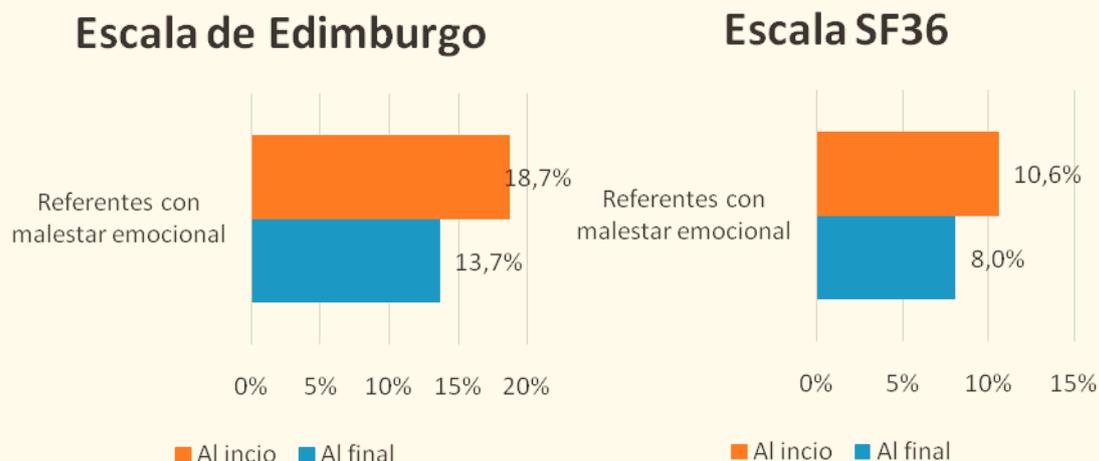
Gráfico 3. Estado emocional de los referentes al comienzo y al finalizar el acompañamiento territorial de UCC (n=842). Año 2022.



Fuente: Elaboración propia en base a microdatos UCC a diciembre de 2022

En el Gráfico 4 se puede observar lo que sucede al inicio y al final de las intervenciones, pero por cada test por separado, donde se observa que tanto los y las referentes de los/as niños y niñas de 3 meses a 4 años así como las mujeres embarazadas o con niños y niñas de menos de 3 meses mejoraron en este indicador de salud mental al comparar el inicio respecto al final de la intervención de UCC.

Gráfico 4. Antes y después en los resultados de las escalas de salud mental aplicadas por UCC. Año 2022.



Fuente: Elaboración propia en base a microdatos UCC a diciembre de 2022

6.3. Prácticas de crianza

Las prácticas de crianza y la participación de los adultos en actividades con los/as niños/as son un aspecto clave y un factor decisivo para el adecuado desarrollo infantil temprano.

Para analizar e identificar prácticas de crianza, creencias y valores familiares en las relaciones cotidianas el PAF utiliza una serie de preguntas tomadas del instrumento denominado IPCGIEP⁵ que valora las creencias y los valores familiares en la crianza de los los/as niños y niñas en distintas áreas (comunicación, lenguaje, límites, juego, autonomía, funciones parentales, disponibilidad, percepción parental y conocimiento del niño)⁶.

Mediante este instrumento investiga una serie de fenómenos y/o situaciones relacionadas con las prácticas de crianza, creencias y valores que las familias ponen

5. Este instrumento fue elaborado por el Grupo Interdisciplinario de Estudios Psicosociales en el año 1998, fundado en criterios sobre conductas o prácticas facilitadoras del desarrollo infantil, a partir de datos de investigaciones nacionales e internacionales. El mismo se fue ajustando a lo largo del tiempo, se revisa su diseño en el año 2000, luego de la aplicación realizada al Plan CAIF y es entre los años 2002 – 2005, que se llevan adelante las pruebas de validación y nueva revisión.

6. En el área del lenguaje valora las prácticas de hablar con el niño, cantarle, contar cuentos. En el área del juego se indaga acerca de la tenencia de juguetes preferidos por el niño, si se le enseñan juegos, para qué le sirve el juego al niño y para qué le sirve al niño estar con otros niños, cómo se sienten las madres cuando los niños juegan, con qué cosas les permiten jugar, con quién prefiere jugar. En relación al sueño se pregunta sobre el uso de algún objeto para dormir, quién hace dormir al niño generalmente, dónde duerme y desde cuándo y quién y por qué lo decidió, qué hacen a la hora de dormir. Con respecto a la autonomía del niño se pregunta cuándo el niño es capaz de querer y desear cosas distintas a las que su madre o padre quiere y desea. También se indaga sobre el momento que el padre o madre cree conveniente contarle “la verdad” sobre cómo nacen los niños o qué hacer cuando fallece una persona cercana. Las prácticas desarrolladas cuando el niño se niega a comer también son indagadas así como quién toma las decisiones sobre el niño y si se ponen de acuerdo entre ambos padres y si el niño “se sale con la suya”. Se proponen frases pidiendo al entrevistado que exprese si está o no de acuerdo, todas ellas vinculadas al creencias machistas en la crianza de niños y niñas.

en juego en las relaciones cotidianas, en base a la evidencia encontrada sobre la importancia que tiene para el desarrollo infantil la opinión y las acciones de los referentes de los niños y niñas. Los niños con mayores dificultades en el desarrollo proceden de familias con padres desvalorizados, ausentes o que no están en condiciones de cumplir su función por su situación emocional.

Tal como se puede observar en el Cuadro 11 a continuación, la media del puntaje del instrumento es levemente menor al finalizar las intervenciones con respecto al inicio, lo que puede significar que al finalizar las intervenciones, los referentes de los/as niños y niñas apliquen prácticas de crianza menos riesgosas, dado que a mayor puntaje de este indicador, mayor riesgo.

Cuadro 12. Estadísticos descriptivos sobre el índice de prácticas de crianza al inicio y al finalizar las intervenciones del PAF. Año 2022.

Estadísticos descriptivos					
Puntaje IPCG	N	Mínimo	Máximo	Media	DS
Al inicio de la intervención	907	,00	14,00	4,5182	2,70158
Al finalizar la intervención	892	,00	14,00	3,0056	2,16361

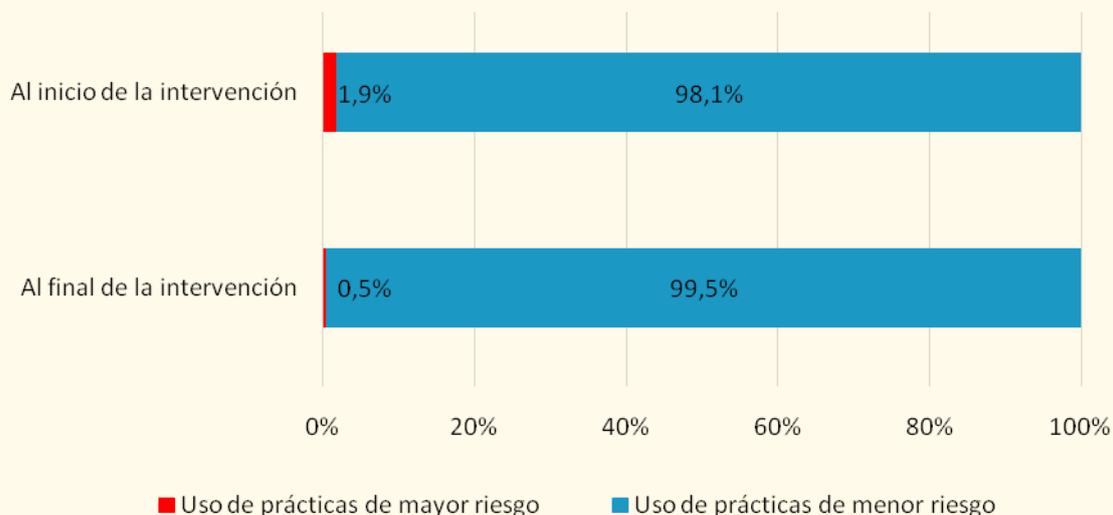
Fuente: Elaboración propia en base a microdatos UCC a diciembre de 2022

También y de acuerdo al manual elaborado por el Grupo sobre este instrumento, se puede emplear un punto de corte⁷ que delimita a la población que utiliza prácticas de crianzas muy riesgosas para los/as niños y niñas.

Utilizando ese indicador, se observa que al inicio de las intervenciones el 2% los referentes de los/as niños y niñas utilizaban prácticas de crianza muy riesgosas, mientras que al finalizar el acompañamiento dentro del hogar por parte de los equipos, este indicador desciende hasta el 0.5%.

7. 11 puntos o más

Gráfico 5. Índice de prácticas de crianza al inicio y al finalizar las intervenciones del PAF (n=862). Año 2022.



Fuente: Elaboración propia en base a microdatos UCC a diciembre de 2022

6.4. Participación del referente masculino en la crianza

Para avanzar hacia la igualdad de género y el derecho a una vida libre de violencia basada en género, es fundamental hablar del involucramiento de los hombres en la crianza de los/as niños y niñas.

Cabe destacar que en el 32% de los/as niños y niñas acompañados por el PAF, al inicio de las intervenciones, no contaba con un referente masculino que viviera dentro del hogar; el 45% no convivía con su padre biológico y sólo el 24% de estos hogares percibe algún aporte económico por parte del padre biológico del niño o niña (n=1260).

Al finalizar las intervenciones de UCC, tanto la frecuencia con la cual los/as niños y niñas ven al padre biológico con el cual no conviven como la realización de aportes económicos al hogar, aumentan. (Gráfico 5 y Gráfico 6).

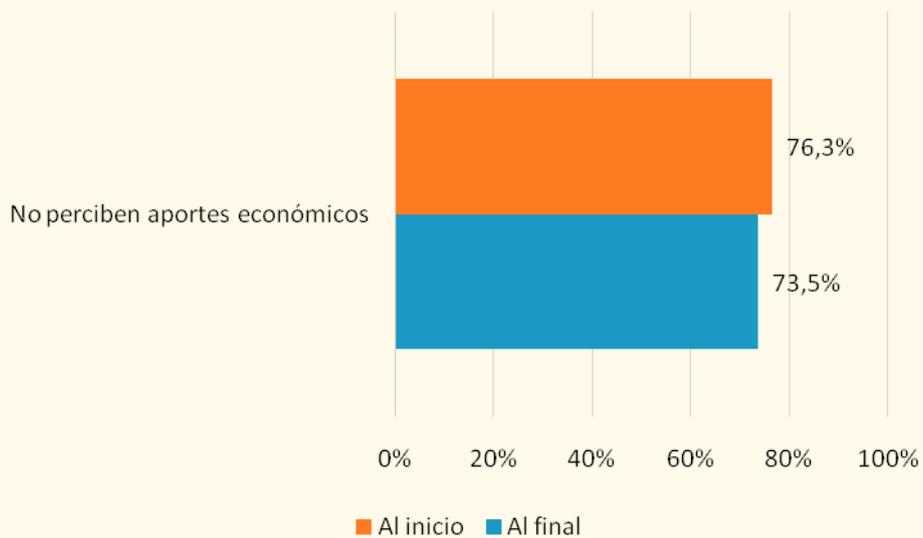
Al finalizar las intervenciones aumenta el porcentaje de niños y niñas que ven a sus padres biológicos cuando no conviven con ellos; donde se observa que al inicio un 53% de niños y niñas no tiene ningún tipo de contacto con su padre biológico pero al final ese guarismo disminuye casi 5 puntos porcentuales. (Gráfico 6)

Gráfico 6. Frecuencia con la que los niños se ven con sus padres biológicos cuando no conviven en el hogar al inicio y al final de las intervenciones (n=486). Año 2022.



Fuente: Elaboración propia en base a microdatos UCC al 31 de diciembre de 2022

Gráfico 7. Aportes económicos de padres biológicos cuando NO conviven en un mismo hogar al inicio y al final de las intervenciones (n=486). Año 2022.



Fuente: Elaboración propia en base a microdatos UCC al 31 de diciembre de 2022

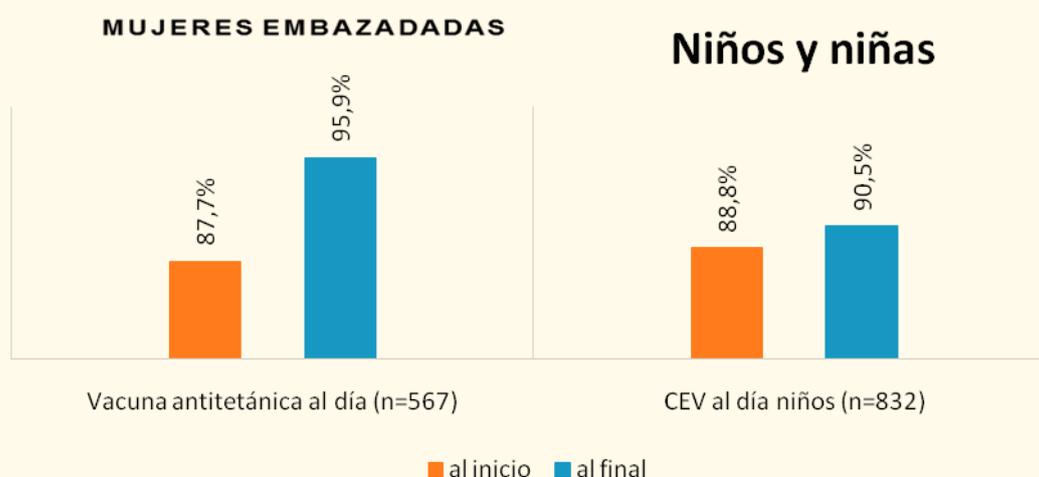
6.5. Cobertura de salud y controles

Los controles periódicos de salud de los niños y las niñas de 0 a 5 años son fundamentales para monitorear su crecimiento y detectar de manera oportuna si presentan algún problema de salud. Por otro lado, una mayor frecuencia de controles prenatales se asocia a una disminución de la probabilidad de muertes prenatales. Esto sucede porque existen más oportunidades para detectar y gestionar los posibles problemas. La atención prenatal es una oportunidad decisiva para que los profesionales sanitarios brinden atención, apoyo e información a las mujeres embarazadas, representando una plataforma para la promoción de la salud, el cribado y el diagnóstico, y la prevención de enfermedades. Las experiencias positivas de las mujeres en el marco de la atención prenatal y el parto pueden sentar las bases para una maternidad saludable (OMS, 2016)⁸.

Tanto el acceso a controles de salud adecuados (Gráfico 9) como al certificado de vacunación al día (Gráfico 8) mejora luego de la intervención del PAF, para ambos beneficiarios (niños y niñas y mujeres embarazadas).

En relación a los controles de salud, se observa que un 88% de los niños y niñas al final de la intervención alcanzó una frecuencia de controles adecuados: 75% ya contaba con una frecuencia adecuada previo al comienzo de la intervención y un 13% la alcanzó en el transcurso de la intervención (n=1254). En el caso de las mujeres embarazadas, el 84% logran alcanzar una cantidad de controles suficientes (al menos 5 controles) al final del acompañamiento (n=567).

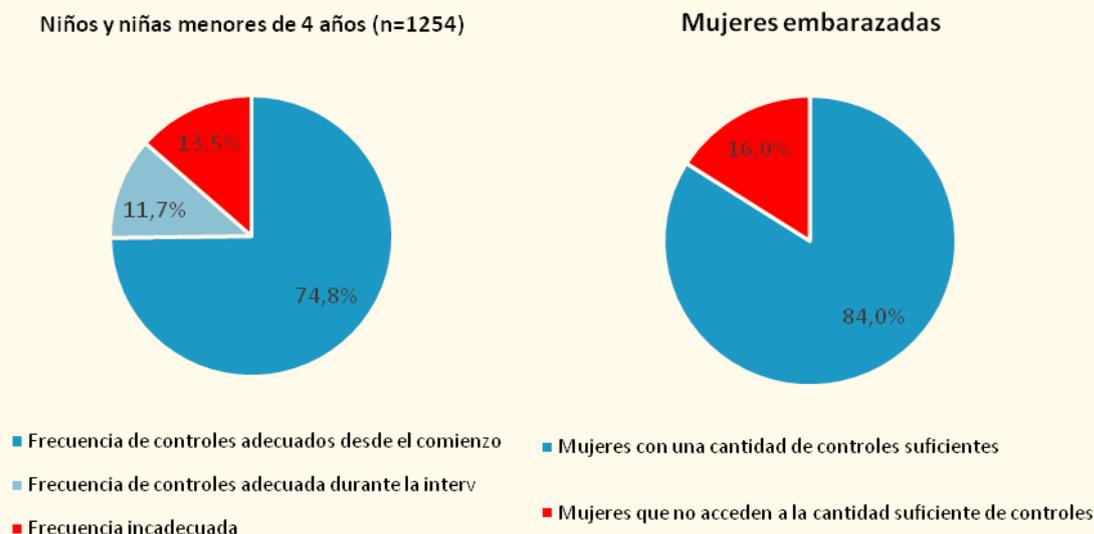
Gráfico 8. Carné de vacunación al inicio y al finalizar las intervenciones del PAF. Año 2022.



Fuente: Elaboración propia en base a microdatos UCC al 31 de diciembre de 2022

8. En 2016 la OMS lanzó la recomendación de un nuevo modelo de atención prenatal que incrementa de 4 a 8 el número recomendado de controles prenatales. A los efectos del presente trabajo se consideró que el número de controles durante el embarazo era insuficiente cuando era de 5 o menos.

Gráfico 9. Controles de salud en niños y niñas y mujeres embarazadas al finalizar las intervenciones del PAF. Año 2022.



Fuente: Elaboración propia en base a microdatos UCC al 31 de diciembre de 2022

6.6. Prácticas de alimentación

Carecer de nutrición, estimulación y protección adecuadas en la primera infancia puede conllevar a trayectorias deficientes a lo largo del ciclo de vida, que son pasibles de mejora en etapas posteriores pero se requieren intervenciones muy bien diseñadas, de alta calidad, con costos mayores e inferiores probabilidades de éxito.

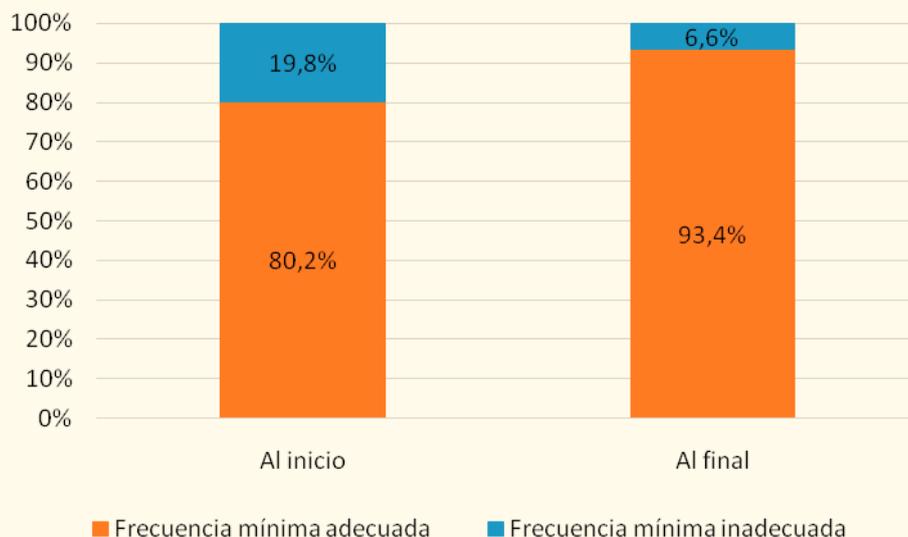
La información sobre alimentación se releva tanto al inicio como al final de las intervenciones a través de una serie de preguntas en relación a la frecuencia de consumo de alimentos y grupos según su adecuación por edad de los niños y las niñas o condición de la mujer.

Del análisis de estos datos se identifican patrones alimentarios tanto de los niños y niñas como de las mujeres embarazadas.

En niños y niñas de 6 a 23 meses

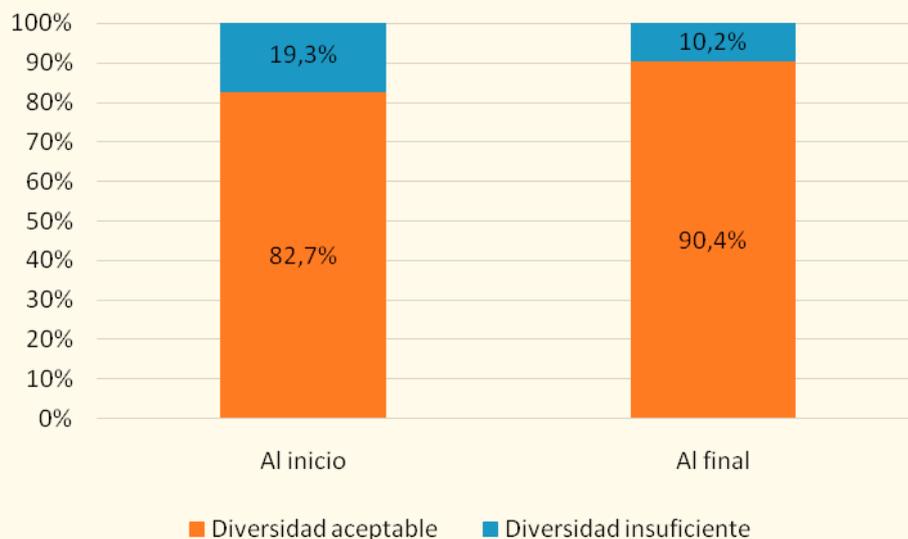
Como se desprende de los siguientes gráficos, existen mejoras tanto en el porcentaje de los niños y niñas de 6 a 23 meses que reciben una alimentación adecuada como en la proporción de éstos que se alimentan con una frecuencia adecuada. Para 2022 los incrementos son del 80% al 93% en la frecuencia y de 83% al 90% en la diversidad, respectivamente.

Gráfico 10. Frecuencia Mínima de Comidas para niños y niñas de 6 a 23 meses al inicio y al finalizar las intervenciones del PAF (n=121). Año 2022.



Fuente: Elaboración propia en base a microdatos UCC a octubre de 2022

Gráfico 11. Diversidad Mínima en la Alimentación en niños y niñas de 6 a 23 meses al inicio y al finalizar las intervenciones del PAF (n=510). Año 2022.



Fuente: Elaboración propia en base a microdatos UCC al 31 de diciembre de 2022

*Frecuencia mínima de comidas: Proporción de niños amamantados y no amamantados de 6 a 23 meses de edad que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o suaves (pero que también incluyeron leche para los niños no amamantados) el número mínimo de veces o más. Mínimo se define como: 2 veces para niños amamantados de 6 a 8 meses; 3 veces para niños amamantados de 9 a 23 meses; 4 veces para niños no amamantados de 6 a 23 meses; "Comidas" incluye tanto comidas como refrigerios o meriendas (que no sean cantidades triviales), y la frecuencia está basada en el informe dado por la persona al cuidado del niño o niña.

**Diversidad mínima en la alimentación: Proporción de niños de 6 a 23 meses de edad que reciben alimentos de 4 o más grupos alimentarios. Los 7 grupos alimentarios usados para la tabulación de este indicador son: cereales, raíces y tubérculos; legumbres y nueces; lácteos (leche, yogurt, queso); carnes (carne, pescado, aves e hígado o carnes provenientes de vísceras); huevos; frutas y verduras ricas en vitamina A; y otras frutas y verduras.

En mujeres embarazadas

Se analizó lo que sucede en relación al consumo de productos alimentarios no recomendados⁹ durante el embarazo en donde se observa (Gráfico 12) que existen mejoras en el porcentaje de mujeres embarazadas que disminuyen el consumo de productos alimentarios no recomendados, en relación al comienzo de la intervención.

Gráfico 12. Consumo de productos alimentarios no recomendados en Mujeres Embarazadas al inicio y al finalizar las intervenciones del PAF (n=643). Año 2022.



Fuente: Elaboración propia en base a microdatos UCC a diciembre de 2022

6.7. Bajo Peso y Prematurez al nacer en niños y niñas captados por el PAF en comparación con el bajo peso al nacer y prematurez de los hijos e hijas de mujeres embarazadas acompañadas

El peso al nacer, en particular, es empleado como predictor de la morbilidad neonatal en los países en vías de desarrollo. Además, es uno de los indicadores más útiles para evaluar los resultados de la atención prenatal, las perspectivas de supervivencia infantil y las secuelas en el desarrollo físico e intelectual de los niños.

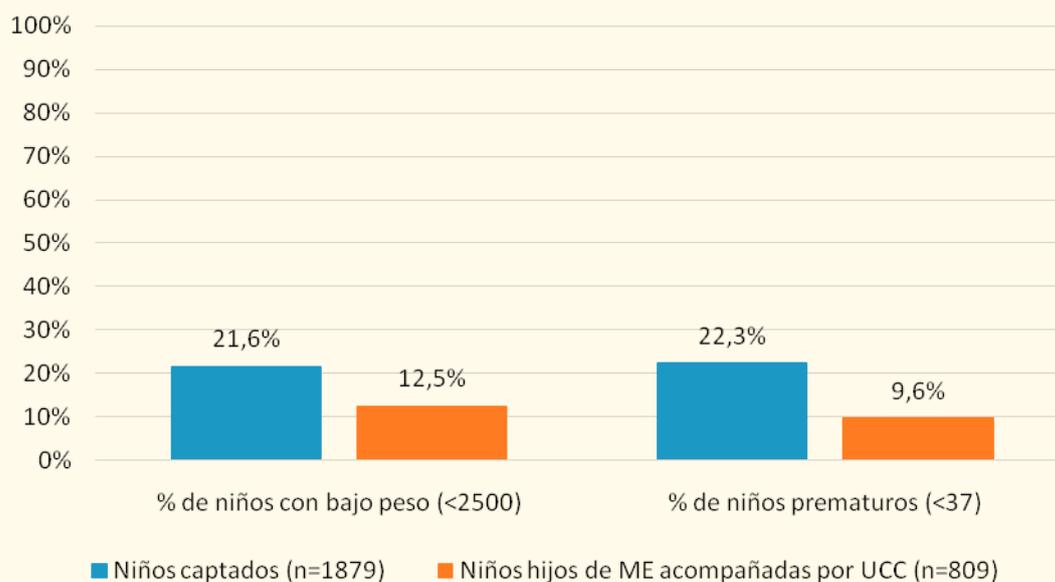
Los niños que nacieron con bajo peso al nacer (BPN, menor a 2500g) presentan índices de mortalidad más altos y tienen asociados peores resultados del desarrollo infantil temprano: peores resultados en la salud y pobres resultados del

9. Los productos alimentarios no recomendados fueron seleccionados en base a lo que se pregunta en el formulario aplicado y son las siguientes opciones: Jugos artificiales, refrescos y similares; nuggets, panchos, fiambres, hamburguesas no caseras; Snacks; postres de leche no caseros o gelatina.

desarrollo en la infancia, con problemas de aprendizaje y pobre desempeño en la escuela, con un aumento en el número de problemas crónicos de salud en la edad adulta y en la vejez, así como con peores resultados en el mercado laboral (Villamil Fonseca, Uribe Cano, Uribe Cano, & Soto, 2009)

En el gráfico siguiente (Gráfico 14) se presentan las diferencias en relación al bajo peso al nacer y la prematuridad de los niños captados por UCC y aquellos cuyas madres fueron acompañadas durante su embarazo. En dicho cuadro se observa que el peso al nacer y la prematuridad en los niños y niñas que fueron acompañados desde el embarazo, alcanza cifras cercanas al promedio nacional. Mientras que aquellos que se comienzan a acompañar luego de nacidos, ya habían presentado cifras de bajo peso y prematuridad que prácticamente duplican al promedio nacional.

Gráfico 14. Bajo Peso y Prematuridad al nacer en niños que fueron captados por PAF y de hijos de mujeres que fueron acompañadas por UCC. Año 2022.

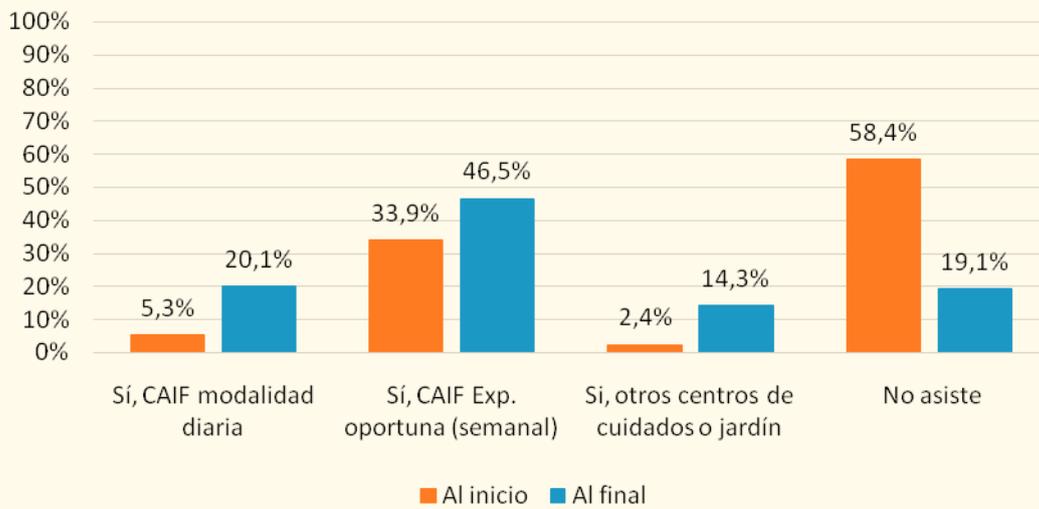


Fuente: Elaboración propia en base a microdatos UCC a diciembre de 2022

6.8. Educación. Inserción a centros de educación inicial

El acceso a centros de educación inicial se incrementa de forma muy importante al finalizar el trabajo de acompañamiento familiar. Como se observa en el gráfico a continuación (Gráfico 15), mientras que el 58% de los niños y niñas NO asisten a ningún centro al iniciar el acompañamiento, al final del proceso este porcentaje desciende a un 19%.

Gráfico 15. Inserción a Centros de Educación Inicial al finalizar las intervenciones (n=1259). Año 2022.



Fuente: Elaboración propia en base a microdatos UCC a diciembre de 2022

Anexo 1. Descripción de los estados de intervención en Sistema de Monitoreo, Administración y Resolución de Trámites (SMART)

Los estados indican en qué parte del proceso de trabajo se encuentran las personas o los hogares que son intervenidos por los programas y se usan de manera genérica en el SMART, para todos aquellos programas que están ingresados en el sistema. De esta forma, se puede dar cuenta de los procesos de las personas o los hogares que tienen alguna intervención en algún programa implementado desde el MIDES.

Estados de intervención del Programa Acompañamiento Familiar (PAF)

A continuación se presenta una breve descripción de los estados de intervención, con las especificaciones referidas al Programa Acompañamiento Familiar (PAF).

En el estado **Iniciado** se incorporan aquellos casos cuyas derivaciones fueron aceptadas en la bandeja de derivaciones para iniciar el proceso de trabajo en el programa.

El estado **No aceptado** engloba a aquellos casos que por diferentes motivos vinculados a los criterios de ingreso al programa no comienzan el proceso de trabajo. Por el contrario, las intervenciones con estado **Aceptado** son las que cumplen con los requisitos para ingresar al programa. En este estado la familia es asignada a un equipo, por lo que se inician acciones para buscarla y tomar contacto.

En el estado **Desistido** se encuentran aquellas intervenciones en las que sus integrantes renunciaron a participar del programa antes de iniciar el proceso de trabajo ya sea por no aceptar las condiciones del programa o por no presentar interés de participar en el mismo.

Las intervenciones en estado **Beneficiario** son las de los hogares que decidieron participar del programa, por lo que iniciaron un proceso de trabajo con los/as técnicos/as del mismo. Este estado cuenta con tres subestados.

En primer lugar, **Beneficiario Línea de base** ingresan a este estado los casos que cumplen con los requisitos de ingreso y comienzan un proceso de trabajo con el programa.

En el presente estado se deben completar los instrumentos de recolección de información que el programa definió como la línea de base.

El estado **Beneficiario en seguimiento** se corresponde con las intervenciones que son beneficiarias y ya completaron la información de línea de base, están en seguimiento. Las intervenciones que se encuentran en el estado **Beneficiario Sistema UCC** son aquellas que se mantienen activas a través del sistema informático anterior del programa. Si bien dichas intervenciones figuran en SMART, a través del presente estado, no son gestionadas a través del mismo.

El estado **Suspendido** se reserva para situaciones particulares que suceden durante la intervención y que ameritan interrumpir la misma para luego ser retomada. Los motivos de interrupción pueden ser variados: rechazo de la familia, mudanza, fallecimiento, privación de libertad, entre otros.

La intervención, en ambas modalidades, se finaliza al cumplirse el plazo estipulado de acuerdo a las distintas modalidades de acompañamiento familiar. En tal sentido, se plantean dos opciones de cierre de la intervención: **Baja** y **Egreso**, son los estados finales de la intervención. Las bajas hacen referencia a las situaciones en las que se interrumpe el proceso de trabajo y se decide culminar la intervención, por ejemplo, son trasladadas al mencionado estado las intervenciones de personas que fallecen, se mudan una vez iniciado el proceso de trabajo con el programa y no es posible ubicarlas luego de la mudanza. Asimismo, en el caso del programa de acompañamiento Familiar Uruguay Crece Contigo, pasan a dicho estado los casos que estuvieron suspendidos por un tiempo superior a los seis meses. Los egresos, en cambio, dan cuenta de los casos que cumplieron el tiempo de intervención previsto por el programa. El protocolo del programa establece condiciones particulares para el egreso si persisten algunas situaciones. Por ejemplo, ante la persistencia del retraso de talla, del desarrollo o bajo peso, se debe derivar a un servicio adecuado y monitorear lo que sucede durante dos meses (“derivación monitoreada”). Si se da la persistencia de anemia, se extiende la intervención durante dos meses con visita semanales para evaluar la situación. También, en algunos casos se pasa a seguimiento post (ej. si hay integrantes de la familia en el programa Accesos).

Bibliografía

- Black, S., Devereux, P., & Salvanes, K. (2007). From the Cradle to the Labor Market? The Effect of Birth Weight on Adult Outcomes. *Quarterly Journal of Economics*, 409-439.
- Bortman. (1998). Factores de Riesgo de Bajo Peso al Nacer. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 314-321.
- CEPAL. (30 de enero de 2020). *Infancia y desigualdad habitacional urbana en América Latina y el Caribe*. Obtenido de [cepal.org: https://www.cepal.org/es/notas/infancia-desigualdad-habitacional-urbana-america-latina-caribe](https://www.cepal.org/es/notas/infancia-desigualdad-habitacional-urbana-america-latina-caribe)
- CEPAL. (2022). *Evolución de la calidad del empleo en el Uruguay, 2006-2021*.
- El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. (2005). *Scielo*, Gac Sanit vol.19 no.2 Barcelona .
- Labin, A., Taborda, A., & Brenlla, M. E. (2015). La Relación entre el Nivel Educativo de la Madre y el Rendimiento Cognitivo Infanto-Juvenil a partir del WISC-IV*. *Psicogente*, vol. 18, núm. 34, 293-302.
- MSP. (2016). *Guía de alimentación complementaria para niños de 6 a 24 meses*.
- MSP. (2017). *Norma Nacional de Lactancia Materna*.
- MSP. (2022). *Guía Alimentaria para la población uruguaya*.
- OMS. (7 de Noviembre de 2016). <https://www.who.int/es/news>. Obtenido de <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
- OMS. (2016). *Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo*.
- OPS. (2022). *Lactancia materna y alimentación complementaria*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/lactancia-materna-alimentacion-complementaria>
- UNFPA. (2016). *MATERNIDAD EN ADOLESCENTES Y DESIGUALDAD SOCIAL EN URUGUAY*.
- UNICEF. (2017). *Estudio sobre maternidad adolescente con énfasis en menores de 15 años. Informe final estudio realizado por UNICEF*.
- Villamil Fonseca, O., Uribe Cano, V., Uribe Cano, L., & Soto, Y. (2009). DESEMPEÑO OCUPACIONAL EN LA ETAPA DE CICLO VITAL DE INFANCIA A LA LUZ DE LA ESTRATEGIA PROMOCIONAL DE CALIDAD DE VIDA. *Umbral Científico*, núm. 15,, 15-27.

PAF

Programa de
Acompañamiento Familiar

PRINCIPALES RESULTADOS AÑO 2022

UCC URUGUAY
CRECE CONTIGO



Ministerio
**de Desarrollo
Social**