



**Convención sobre los
Derechos del Niño**

Distr.
GENERAL

CRC/C/URY/2
13 de octubre de 2006

Original: ESPAÑOL

COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO

**EXAMEN DE LOS INFORMES PRESENTADOS POR LOS ESTADOS PARTES
CON ARREGLO AL ARTÍCULO 44 DE LA CONVENCIÓN**

Segundo informe periódico que los Estados Partes debían presentar en 1997

URUGUAY* **

[18 de septiembre de 2006]

* Los anexos pueden ser consultados con la secretaría.

** Con arreglo a la información transmitida a los Estados Partes acerca de la tramitación de sus informes, el presente documento no fue objeto de revisión editorial oficial antes de ser enviado a los servicios de traducción de las Naciones Unidas.

ÍNDICE

	<i>Párrafos</i>	<i>Página</i>
PRESENTACIÓN AÑO 2006.....	1 - 9	7
1. MEDIDAS GENERALES DE APLICACIÓN (ARTÍCULOS 4, 42, 44)	10 - 25	8
1.1. Reservas a la Convención	10 - 11	8
1.2. Revisión de la legislatura doméstica.....	12	9
1.3. Principales innovaciones del Código del Niño	13	9
1.4. Rango jurídico de la Convención en el derecho interno	14	9
1.5. Participación, consulta, coordinación y acceso a la información para la elaboración del informe	15 - 17	10
1.6. Políticas sociales de protección a la infancia y pobreza	18 - 22	10
1.7. Gasto público y social dedicado a la infancia	23 - 25	14
2. DEFINICIÓN DE NIÑO (ARTÍCULO 1)	26 - 61	15
2.1. Edad para el tratamiento médico sin consentimiento de los padres	27 - 29	15
2.2. Edad de educación obligatoria	30	15
2.3. Edad de admisión en el empleo	31 - 32	15
2.4. Edad para el matrimonio (distinción legal por género respecto al matrimonio)	33 - 34	16
2.5. Edad de consentimiento sexual	35	16
2.6. Edad de enlistamiento voluntario - servicio militar obligatorio y participación en hostilidades	36 - 40	16
2.7. Edad de responsabilidad penal.....	41 - 42	17
2.8. Edad de aplicación de la pena de muerte y prisión a perpetuidad.....	43	17
2.9. Edad para la declaración ante los tribunales en causas civiles o penales	44	17

ÍNDICE (continuación)

	<i>Párrafos</i>	<i>Página</i>
2. (continuación)		
2.10. Edad para la presentación de denuncias incluida la solicitud de reparación ante un tribunal u otra autoridad sin consentimiento de los padres	45	18
2.11. Edad para la intervención en procedimientos administrativos o judiciales que afecten al niño.....	46	18
2.12. Edad para expresar el consentimiento para cambiar de identidad incluyendo el cambio de nombre, la modificación de los vínculos familiares, la adopción, la tutela	47 - 49	18
2.13. Acceso a la información sobre sus padres biológicos	50 - 54	19
2.14. Edad que rige la capacidad jurídica de heredar	55	20
2.15. Edad que regula la capacidad para realizar transmisión de bienes	56	20
2.16. Edad de elección de una religión o la asistencia a cursos de instrucción religiosa	57	21
2.17. Edad para el consumo de alcohol y de otras sustancias controladas	58	21
2.18. Edad mínima para el empleo en la terminación de la escolaridad	59 - 61	21
3. PRINCIPIOS GENERALES	62 - 101	22
3.1. Principio jurídico de no discriminación (artículo 2).....	62	22
3.2. La estigmatización de los adolescentes	63	22
3.3. Interés superior del niño (artículo 3)	64 - 87	23
3.4. El derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo (artículo 6).....	88 - 91	30
3.5. El respeto a la opinión del niño (artículo 12)	92 - 101	31

ÍNDICE (continuación)

	<i>Párrafos</i>	<i>Página</i>
4. DERECHOS Y LIBERTADES CIVILES (ARTÍCULOS 7, 8, 13 A 17 Y APARTADO a) DEL ARTÍCULO 37)	102 - 124	34
4.1. Nombre y nacionalidad (artículo 7)	102 - 104	34
4.2. Preservación de la identidad (artículo 8)	105	35
4.3. Libertad de expresión.....	106	35
4.4. Libertad de pensamiento, de conciencia y de religión.....	107	35
4.5. La protección de la vida privada (artículo 16).....	108	36
4.6. El acceso a la información pertinente (artículo 17)	109	36
4.7. Protección del niño contra la difusión de material perjudicial para su bienestar.....	110 - 111	36
4.8. El derecho a no ser sometido a torturas ni a otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes (apartado a) del artículo 37)	112 - 124	36
5. ENTORNO FAMILIAR Y OTRO TIPO DE TUTELA (PÁRRAFOS 1 Y 2 DEL ARTÍCULO 5, ARTÍCULOS 18, 9 A 11, 19 A 21, 25, PÁRRAFO 4 DEL ARTÍCULO 27 Y ARTÍCULO 39).....	125 - 159	41
5.1. Dirección y orientación parentales (artículo 5).....	125	41
5.2. Responsabilidades de los padres (artículo 18, párrafos 1 y 2)	126 - 128	41
5.3. La separación de los padres (artículo 9)	129 - 132	42
5.4. La reunión con la familia (artículo 10)	133 - 135	43
5.5. Traslados ilícitos y retención (artículo 11)	136 - 137	44
5.6. El pago de la pensión alimenticia (párrafo 4 del artículo 27) .	138	44
5.7. Los niños privados de su medio familiar (artículo 20)	139	45
5.8. La adopción (artículo 21).....	140 - 146	45
5.9. Examen periódico de las condiciones de internación (artículo 25).....	147 - 149	46

ÍNDICE (continuación)

	<i>Párrafos</i>	<i>Página</i>
5. (continuación)		
5.10. Los abusos y el descuido, incluida la recuperación física y psicológica y la reintegración social (artículo 39).....	150 - 159	47
6. SALUD BÁSICA Y BIENESTAR (ARTÍCULO 6, PÁRRAFO 3 DEL ARTÍCULO 18, ARTÍCULOS 23, 24 Y 26 Y PÁRRAFOS 1 A 3 DEL ARTÍCULO 27).....	160 - 278	52
6.1. Niños impedidos (artículo 23)	160 - 162	52
6.2. Niños impedidos y proceso educativo	163	52
6.3. La salud infantil en el contexto histórico uruguayo (artículo 24)	164 - 227	52
6.4. La seguridad social y los servicios e instalaciones de guarda de niños (artículo 26 y párrafo 3 del artículo 18), (párrafos 99 a 102).....	228 - 257	70
6.5. Gasto público en salud.....	258 - 278	78
7. EDUCACIÓN, ESPARCIMIENTO Y ACTIVIDADES CULTURALES (ARTÍCULOS 28, 29 Y 31).....	279 - 324	84
7.1. Políticas educativas en el contexto de las políticas para la infancia en el Uruguay	279 - 283	84
7.2. Niños de 0 a 6 años: universalización de la educación inicial	284 - 289	86
7.3. Niños de 6 a 12 años: universalización de la educación primaria.....	290 - 292	87
7.4. La educación media y los adolescentes (13 a 17 años).....	293 - 308	88
7.5. Gasto público en educación en infancia	309 - 322	93
7.6. Problemas pendientes en materia educativa	323 - 324	97

ÍNDICE (continuación)

	<i>Párrafos</i>	<i>Página</i>
8. MEDIDAS ESPECIALES DE PROTECCIÓN (ARTÍCULOS 22, 38, 39 Y 40, APARTADOS b) A d) DEL ARTÍCULO 37 Y ARTÍCULOS 32 A 36).....	324 - 384	97
8.1. Los niños refugiados (artículo 22)	325 - 326	97
8.2. Los niños afectados por un conflicto armado (artículo 38) incluida su recuperación física y psicológica y su reintegración social (artículo 39)	327 - 329	98
8.3. Los niños que tienen conflicto con la justicia	330	98
8.4. Los niños privados de libertad, incluida toda forma de detención, encarcelamiento o internamiento en un establecimiento bajo custodia (apartados b), c) y d) del artículo 37).....	331 - 345	98
8.5. La imposición de penas a los niños, en particular la prohibición de la pena capital y la de prisión perpetua (apartado a) del artículo 37)	346	101
8.6. La explotación económica de los niños, incluido el trabajo infantil (artículo 32)	347 - 369	101
8.7. El uso indebido de estupefacientes (artículo 33)	370 - 384	109
Bibliografía		116

REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
DIRECCIÓN DE DERECHOS HUMANOS Y
DERECHO HUMANITARIO

INFORME PERIÓDICO SOBRE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA EN EL
MARCO DE LA CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO

PRESENTACIÓN AÑO 2006

1. El Gobierno de la República Oriental del Uruguay, en cumplimiento de las obligaciones establecidas en el artículo 44 de la Convención sobre los Derechos del Niño, tiene el honor de presentar al Comité de los Derechos del Niño el informe periódico sobre niñez y adolescencia correspondiente al año 2006, el cual aspira a subsanar la falta de presentación de los informes correspondientes a los años 1997 y 2002.
2. El retraso en la elaboración y presentación de los informes periódicos de esos años no puede atribuirse a una falta de voluntad o de cooperación por parte del Estado uruguayo con el Comité, sino a hechos supervinientes y razones objetivas ocurridas durante esos mismos años en el ámbito interno, las cuales dilataron el cumplimiento de las obligaciones debidas.
3. En primer lugar es del caso recordar, como fuera anunciado por el Gobierno uruguayo en 1996 con motivo de la presentación oral del Informe inicial, que en nuestro país había dado comienzo un profundo debate nacional acerca de la necesidad de armonizar las disposiciones del antiguo Código del Niño a los nuevos paradigmas establecidos por la Convención sobre los Derechos del Niño. Necesariamente la preparación del informe debía aguardar la aprobación del nuevo Código de la Niñez y la Adolescencia, habiéndose registrado entonces un proceso de discusión parlamentaria tan detallado como largo.
4. A este respecto, conviene resaltar que el proceso de discusión y aprobación del nuevo texto legal para la internalización jurídica de estos nuevos paradigmas, desplazó la noción del niño objeto de protección hacia la conceptualización del niño sujeto de derecho, removiendo de tal suerte algunas de las observaciones que el Comité de los Derechos del Niño señalara oportunamente con relación al marco regulatorio legal de los derechos de la infancia en el Uruguay vigente en ese entonces. El nuevo Código fue finalmente aprobado por Ley N° 17823 de 14 de septiembre de 2004 (se adjunta su texto en anexo).
5. Adicionalmente, aun cuando en otro orden de cosas, el Uruguay sufrió a partir de 2002 el impacto de una crisis económica y financiera sin precedentes en toda su historia, que dislocó profundamente los niveles de ingreso de cientos de miles de personas, trastocando con ello todos los indicadores de desarrollo social, económico y cultural, con particular incidencia sobre aquellos que reflejan la situación de niños y adolescentes.
6. Debe por lo tanto tenerse presente que este informe se fue elaborando y ajustando a un marco de unas circunstancias cambiantes, sean éstas provenientes de la realidad económica

objetiva, de la evolución de los nuevos principios, paradigmas y conceptos de aplicación, así como del cambio de orientación y de prioridades del Gobierno que asumió en marzo de 2005.

7. No obstante, se buscó en su elaboración aplicar en toda la medida de lo posible las instrucciones generales y específicas respecto a forma y contenido de los informes que consta en el documento "Guía para la elaboración del Informe ante el Comité de los Derechos del Niño" (CRC/C/58, de 20 de noviembre de 1996), a partir de una metodología predeterminedada que permitió el diseño de una matriz de recolección y análisis de datos en el marco de un proceso de consulta que se pretendió lo más amplio posible.

8. Sobre este punto en particular, teniendo en cuenta las observaciones formuladas por el Comité a informes anteriores, la redacción del presente informe supuso un destacado esfuerzo para implicar al mayor número posible de instituciones y operadores con responsabilidad directa en la observación, el análisis o la formulación y ejecución de políticas en materia de niñez y adolescencia. Si bien se reconoce que esta necesidad de ampliar la base de consulta debe alcanzar aún mayores grados de participación y transversalidad, se reseñan a continuación las entidades oficiales y de la sociedad civil organizada que fueron consultadas o participaron en la definición de términos y contenidos:

- Por el Estado: Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP), Ministerio de Educación y Cultura (MEC), Ministerio de Salud Pública (MSP), Consejo Directivo Central de Enseñanza (CODICEN), Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay (INAU).
- Por la Academia: Instituto de Economía de la Universidad de la República (UDELAR), Facultad de Medicina de la UDELAR, Centro de Investigaciones Económicas (CINVE)
- Por la sociedad civil: Servicio Ecuménico para la Dignidad Humana (SEDHU), Centro de Estudios judiciales (CEJU), Gurises Unidos, Instituto de Estudios Legales y Sociales del Uruguay y el Sur (IELSUR).

Se contó asimismo con la cooperación y colaboración de la representación del UNICEF en el Uruguay.

9. Dicho lo anterior, si bien a esta chancillería no se le escapa que el presente informe periódico adolece todavía de carencias en la extensión y profundidad de los análisis estadísticos y conceptuales requeribles y deseables, así como de limitaciones metodológicas en su elaboración y proceso de consulta, se desea reiterar su más amplio espíritu de colaboración y de transparencia con el Comité de los Derechos del Niño, en la convicción de que las observaciones que éste pueda formular no tienen otro objetivo que el de la aplicación crecientemente eficaz de los instrumentos de protección de los derechos del niño y del adolescente.

1. MEDIDAS GENERALES DE APLICACIÓN (ARTÍCULOS 4, 42, 44)

1.1. Reservas a la Convención

10. El Estado uruguayo ratificó la Convención sobre los Derechos del Niño sin formular reservas sustantivas a sus disposiciones. A su vez, los representantes nacionales realizaron una

declaración respecto al artículo 38 sosteniendo que en su territorio no aceptaría el reclutamiento de menores de 18 años en sus Fuerzas Armadas.

11. En ese sentido, la declaración uruguaya guarda plena correspondencia con la evolución posterior que adquirió el tema, en particular desde la aprobación del Protocolo Facultativo a la Convención referido a la participación de niños en conflictos armados.

1.2. Revisión de la legislatura doméstica

12. A partir de 1996 se inició un profundo debate focalizado en la necesaria reforma del cuerpo normativo conocido como "Código del Niño". El Código del Niño vigente desde 1934 fue considerado oportunamente como una ley modelo para Latinoamérica en función de los criterios que lo inspiraban (protección de la madre embarazada, pensión alimenticia por proceso abreviado, protección de la infancia ante los vicios sociales, etc.). El advenimiento de los principios que guiaron la aprobación de la Convención sobre los Derechos del Niño, que desplaza el eje de la protección del niño objeto al niño sujeto de derecho, forjó el convencimiento colectivo acerca del necesario *aggiornamento* a que debía someterse el marco legislativo uruguayo. El proyecto de Código de la Niñez y la Adolescencia fue sometido a un minucioso estudio, en que amplios sectores de la sociedad civil fueron llamados a consulta por los parlamentarios a efectos de manifestar su opinión sobre los criterios que inspiran la formulación de algunos artículos. La elaboración del Código de la Niñez contó con un amplio espectro de actores que participaron en su discusión, siendo aprobado el 14 de septiembre de 2004, por Ley N° 17823.

1.3. Principales innovaciones del Código del Niño

13. El nuevo Código produjo diversas innovaciones. Entre ellas se destacan las siguientes: asegura a las personas menores de 18 años el goce y ejercicio de los derechos humanos fundamentales como sujetos en desarrollo; garantiza la protección integral de los niños con capacidad diferente y prevé el derecho a la participación de los niños en todos los procesos administrativos y judiciales que pueden afectar sus derechos; prevé la adopción de medidas especiales para la protección de la identidad con la toma de impresión digitoplantál a los recién nacidos; se establece el permiso para que madres solteras, cualquiera sea su edad, puedan realizar el reconocimiento legal de sus hijos biológicos; y prioriza la adopción de medidas correctivas y de contenido educativo a la reclusión institucional de los menores que cometan infracciones de tipo penal.

1.4. Rango jurídico de la Convención en el derecho interno

14. Tal como fue señalado en el informe inicial presentado ante el Comité, de acuerdo al sistema constitucional uruguayo los tratados internacionales suscritos por el poder ejecutivo son sometidos a aprobación legislativa. La ley aprobatoria, una vez promulgada, integra el ordenamiento jurídico nacional. En tal sentido, las disposiciones de la Convención pueden ser invocadas por los particulares ante los tribunales en virtud de constituir leyes internas. La norma constitucional uruguaya no contiene disposiciones expresas que resuelvan la preeminencia en caso de conflicto entre la disposición internacional y la norma interna. Sin perjuicio de ello, la doctrina y la jurisprudencia nacionales son contestes en afirmar la preeminencia de los tratados

de derechos humanos en función de la naturaleza jurídica de la norma y los bienes jurídicos que la misma tutela.

1.5. Participación, consulta, coordinación y acceso a la información para la elaboración del informe

15. En la elaboración del presente informe se estableció un mecanismo de diálogo y consulta con distintos actores de sector público, organizaciones no gubernamentales (ONG) y organismos internacionales. A continuación se mencionan los más destacados: a) de la sociedad civil organizada: Comité No Gubernamental de Seguimiento de la Convención sobre los Derechos del Niño; b) estatales: Oficina de Planeamiento y Presupuesto de la Presidencia de la República; Ministerio de Salud Pública; Ministerio de Interior; Instituto del Niño y el Adolescente; Administración Nacional de Educación Pública; Instituto Nacional de Estadísticas y Facultad de Medicina de la Universidad de la República; Suprema Corte de Justicia, órgano de máxima jerarquía en el poder judicial; c) organismos internacionales: UNICEF e Instituto Interamericano del Niño.

16. También fue diseñado un mecanismo de coordinación para maximizar la eficiencia y promover la innovación en la forma de recolección de datos para la elaboración del informe. Dicho mecanismo consistió fundamentalmente en la solicitud de la identificación de distintas referencias personales en cada uno de los distintos organismos públicos con participación en el aporte de datos y de participación en el análisis de la información. A pesar de los esfuerzos realizados, dicho mecanismo resultó muy poco satisfactorio en sus resultados finales: aún es claramente perceptible la existencia de diversos tipos de obstáculos, muchos referentes a las características de la cultura organizacional que predomina en la forma de funcionamiento del Estado uruguayo. Algunas de esas características-obstáculos se refieren a la fragmentación, el enfoque sectorial y la enorme dificultad para implementar formas de trabajo en equipo, flexibles, transversales y multidisciplinarias (Motta: 2000). Un indicador de estos obstáculos organizacionales y culturales lo constituye el hecho de que diversos organismos entre los consultados mostraron una tendencia a la alta demora temporal en el suministro de los datos solicitados, y otros no suministraron la información solicitada.

17. Algunas de las causas que permiten explicar algunas de las dificultades encontradas en la coordinación interinstitucional también radican en el hecho de que el cambio de gobierno sucedido desde el 1° de marzo de 2005 trajo también como consecuencia el cambio de recursos humanos y cuadros políticos y tecnicopolíticos, con el consiguiente proceso de aprendizaje y adaptación en los nuevos roles de gestión pública que estos cambios implican. Por último también es notorio y altamente perjudicial el impacto negativo que produce la dificultad del acceso a la información para generar el informe. Esa dificultad de acceso está generada por diversos factores entre los cuales el más relevante lo constituye la fragmentación decisoria ya mencionada en términos de políticas de infancia. Urge la implementación de un sistema de centralización de la información referente a la niñez y la adolescencia en el Uruguay, en este momento en estudio de las autoridades del nuevo Gobierno.

1.6. Políticas sociales de protección a la infancia y pobreza

18. El Uruguay fue un Estado de Bienestar Social construido desde inicios del siglo XX que entró en crisis en los años sesenta, uno de cuyos impactos, entre otros muchos, a mediados de los

años noventa fue el aumento creciente de la pobreza. Esta tendencia fue más marcada luego de la crisis económica y financiera del año 2002, momento en que la incidencia de la pobreza se ubicó entre el 31 y el 41% de la población según las estimaciones que se consideren (Amarante & Arim: 2005). Este fenómeno es claramente desventajoso para la infancia si se comparan los porcentajes de niños pobres -claramente superiores- con los porcentajes de adultos pobres.

Cuadro I

Evolución de la pobreza por edades

	LP INE 1997					
	0 a 5	6 a 12	13 a 17	18 a 64	65 y más	Total
1991	41,9	40,6	34,1	20,2	10,9	25,5
1992	38,5	37,8	31,3	19,5	13	23
1993	36,3	35,1	30,8	16,5	9,8	20,1
1994	36,5	34,8	29,3	15,7	6,5	20,2
1995	40,4	37,3	31,6	18	7,8	21,6
1996	44	39,4	33,5	19,3	8,4	23
1997	45,3	39,7	35,2	20,4	8,3	24,6
1998	44,1	37,8	34,7	18,9	9,2	23,1
1999	42,7	38,6	32,6	21,2	7,3	22,2
2000	48,3	41,8	36,3	21,3	10,4	25,1
2001	50,3	45,7	37,7	23,3	8	27,3
2002	57	52,8	45,5	29,3	9,8	32,5
2003	66,5	61,5	53,8	38,4	17	41

Fuente: Instituto de Economía.

	LP INE 2002					
	0 a 5	6 a 12	13 a 17	18 a 64	65 y más	Total
1991	41	39,9	33	19,1	9,8	23,4
1992	37,5	36,1	29,1	16	6,4	19,9
1993	32,6	31,4	26,8	13,5	5,6	17,1
1994	30,7	28,8	24,1	11,9	4,1	15,3
1995	34,4	32,6	25,9	14	5,1	17,4
1996	35,5	31,8	25,8	13,7	4,8	17,2
1997	36,4	30,5	25,8	14	4,8	17,2
1998	34,7	29,2	26,7	13,1	4,1	16,7
1999	32,5	28,3	22,7	12,5	3,4	15,3
2000	37,4	32,2	25,8	14,5	3,9	17,8
2001	38,3	35,4	27,7	15,3	3,9	18,8
2002	46,5	41,9	34,6	20,3	5,4	23,7
2003	56,5	50,2	42,7	27,8	5,7	30,9

Fuente: INE.

Fuente: Amarante & Arim: cuadro A.3, pág. 79.

19. El factor de la pobreza que en el Uruguay tiene "cara de niño" -o constituye lo que se ha denominado "infantilización de la pobreza"- es la clave a partir de la cual debe analizarse la evolución positiva o negativa en términos de avances en el sistema de las políticas de infancia en el Uruguay. A su vez, en términos de enfoques el más adecuado para analizar la evolución de los avances y/o retrocesos del país en términos de políticas de infancia es el enfoque de los "derechos". Este enfoque enfatiza el hecho de que el individuo es el principal sujeto beneficiario de los derechos humanos y como tal se constituye en un sujeto que tiene la facultad de "recibir ayuda de otros para defender sus libertades sustantivas y derechos humanos, es decir traslada la responsabilidad del cumplimiento de esos derechos y libertades a otros agentes", como el Estado y otros actores de la sociedad civil (Amarante & Arim: 2005: pág. 19).

Cuadro II

Evolución de la pobreza en el Uruguay, 1986-2004, por tramos de edades

(En porcentaje)

	Total de personas pobres	0 a 5	65 y más	Relación entre los niños de 0 a 5 años y personas de 65 o más, pobres
1986	46,2	63,2	32,6	1,94
1987	35,6	54,1	20,8	2,60
1988	26,6	44,2	12,4	3,56
1989	26,6	44,1	13,1	3,37
1990	29,7	49,9	14,9	3,35
1991	23,4	41,0	9,7	4,23
1992	19,9	37,5	6,4	5,86
1993	17,1	32,6	5,6	5,82
1994	15,3	30,7	4,2	7,31
1995	17,4	34,4	5,1	6,75
1996	17,2	35,5	4,8	7,40
1997	17,2	36,4	4,9	7,43
1998	16,7	34,7	4,1	8,46
1999	15,3	32,5	3,4	9,56
2000	17,8	37,4	3,9	9,59
2001	18,8	38,3	3,9	9,82
2002	23,6	46,6	5,4	8,63
2003	30,9	56,5	9,7	5,82
2004	32,1	56,5	10,8	5,23

Fuente: Instituto Nacional de Estadística: La familia y el hogar, Montevideo: INE, 2002; ídem.: Estimaciones de pobreza por el método de ingreso 2004, Montevideo: INE, 2005; ídem.: Estimaciones de pobreza por el método de ingreso 2003, Montevideo: INE, 2004.

Fuente: De Armas (2005).

20. Coincidente con esta interpretación, De Armas, analizando el cuadro anterior, muestra que la evolución de la pobreza en las últimas dos décadas advierte el avance "del proceso de infantilización de la pobreza" ... y que "en estos últimos 20 años, la desigual incidencia de la pobreza entre los niños y los adultos -sobre todo entre los niños más pequeños y los adultos mayores- se ha profundizado". De Armas muestra que si en 1986 la tasa de pobreza "que se registraba entre los menores de 6 años era dos veces mayor a la que se observaba entre las personas de 65 años o más, a fines de los años noventa, en cambio, era diez veces mayor" (De Armas: 2005, pág. 5).

21. La situación de la infancia también es muy preocupante si se analiza la evolución de la indigencia en el Uruguay. Según De Armas, entre 2001 y 2004 "el porcentaje de población en situación de indigencia se ha triplicado, independientemente de la metodología que utilizemos para su cuantificación, con lo cual al año 2004 prácticamente 1 de cada 10 niños menores de 6 años se hallaba en esta situación". Estos datos se presentan en el siguiente cuadro:

Cuadro III

Niños y adolescentes en situación de indigencia (Línea de Indigencia 2002) por franjas de edad, 2000-2004

(En porcentaje)

Año	0 a 5	6 a 12	13 a 17	Total
2000	3,76	3,11	2,62	3,17
2001	3,60	3,21	2,21	3,04
2002	5,44	3,78	2,70	3,96
2003	7,50	5,33	4,23	5,65
2004	8,91	8,55	6,12	7,91

Fuente: Elaboración propia en base a: Instituto Nacional de Estadística: Estimaciones de pobreza por el método de ingreso 2004, Montevideo, INE: 2005.

22. De Armas concluye que "el panorama se torna aún más crítico al cuantificar el porcentaje de población que se encuentra en situación de "pobreza extrema", definida ésta como indigencia o vulnerabilidad a la indigencia", entendida como "situación en la que se hallan las personas que poseen un ingreso per cápita inferior al costo de 1,5 canastas básicas alimenticias o Línea de Indigencia" (De Armas: 2004). Como muestra el siguiente cuadro, De Armas, utilizando el valor de CBA o Línea de Pobreza establecido por el INE en 2002, estima que "1 de cada 10 uruguayos se encontraba en situación de pobreza extrema en 2004: 9,8% en Montevideo y 10,7% en el resto del país. Aplicando el valor de CBA o LI de 1996 llegamos a guarismos aún más críticos: 13,4 y 13,6%, Montevideo e interior respectivamente. Resulta alarmante confirmar la incidencia de la pobreza en algunos barrios de Montevideo y en algunos departamentos del interior. En este sentido, los valores extremos se registran en el barrio montevideano "Casavalle", donde las dos terceras partes de los niños menores de 14 años se encontraban en situación de indigencia o vulnerabilidad a la indigencia el pasado año".

Cuadro IV

Personas en situación de "pobreza extrema" (indigencia o vulnerabilidad a la indigencia) por tramos de edad seleccionados y métodos de cálculo del valor de CBA o LI, según áreas geográficas seleccionadas, 2004

(En porcentaje)

	Total de personas		Personas de 0 a 14 años	
	Metod. 2002	Metod. 1996	Metod. 2002	Metod. 1996
Montevideo	9,8	13,4	22,4	29,1
Barrio "Casavalle" de Montevideo	44,1	57,4	58,7	72,7
Resto del país	10,7	13,6	21,7	26,5
Departamento de Artigas	17,9	23,2	34,6	41,4

Fuente: Elaboración De Armas, con base en los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares del INE de 2004.

1.7. Gasto público y social dedicado a la infancia

23. En el Uruguay se ha avanzado mucho en los últimos años sobre los diagnósticos sobre la infancia y la pobreza, así como otras de sus vulnerabilidades. Sin embargo, no sucede lo mismo cuando se trata de estimar el gasto público destinado a la infancia en el país. No existen -ni a nivel oficial ni no oficial- estimaciones desagregadas sobre el gasto público social (GPS) para la infancia. Por lo tanto, debe acudirse como fuente de información a los pocos estudios excepcionales con que se cuenta.

24. Una de esas excepciones más recientes producidas por la literatura especializada, lo constituye el análisis del economista Grau Pérez (2005). Grau realiza un aporte a la estimación del gasto público social en infancia tomando como base de trabajo los datos generados por una oficina del gobierno anterior a la instalación del actual del Frente Amplio. Esta oficina era la Asesoría Técnica para las Políticas Sociales, que funcionaba de forma dependiente de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP) de la Presidencia de la República. Con base en esos datos oficiales y en forma estimativa Grau Pérez llega a las siguientes conclusiones:

- a) El GPS destinado a la infancia para el período 1999-2002 se ubica, en promedio, en el 4,9 del PIB, que constituye un valor menor al de la Argentina.
- b) A pesar de que la infancia es el 29,5% de la población total y es el grupo en que se concentra un porcentaje importante de la pobreza, sólo recibe el 19,5 del GPS (cf. Grau Pérez, 2005).

25. Estos datos se muestran en el siguiente cuadro.

Cuadro V

Gasto público social en infancia consolidado

	1999	2000	2001	2002	Promedio
GPS en infancia	4,82	4,78	4,98	4,95	4,88
GPS total	25,4	25,3	25,3	25	25,25
GPS en infancia/GPS (en porcentajes)	19	18,9	19,7	19,8	19,34

Fuente: Grau Pérez (2005, cuadro 2, pág. 115).

2. DEFINICIÓN DE NIÑO (ARTÍCULO 1)

26. En esta sección se hace referencia al artículo 1 de la Convención que abarca distintos derechos y aspectos que a continuación se desarrollan. De acuerdo con el marco legal vigente, la minoría de edad se extiende hasta los 18 años de edad.

2.1. Edad para el tratamiento médico sin consentimiento de los padres

27. En el Uruguay, la edad de consentimiento para tratamiento médico sin autorización de los padres no está establecida a texto expreso, sin perjuicio de lo cual, las disposiciones del Código de Ética Médica establecen que la madurez personal del paciente y la entidad de la enfermedad son elementos de valoración que en circunstancias especiales pueden justificar un consentimiento subrogado por parte de los padres.

28. En la práctica, y fundamentalmente en el caso de adolescentes de más de 12 años, la consulta médica sin acompañamiento de los padres es de carácter corriente, así como la libre elección del médico por parte de los adolescentes.

29. El mencionado Código de Ética Médica fue aprobado en 1995, por plebiscito organizado en el "Sindicato Médico del Uruguay" que engloba a los profesionales de la salud. Dicho instrumento es de aplicación obligatoria y regula distintos aspectos de la relación médico-paciente.

2.2. Edad de educación obligatoria

30. En el Uruguay, tanto para la educación primaria como para la secundaria, no existe límite de edad para el ingreso a cursar estudios.

2.3. Edad de admisión en el empleo

31. La edad mínima de admisión en el empleo es de 15 años, de acuerdo a los compromisos asumidos a partir de la ratificación por el Uruguay del Convenio N° 138 de la OIT. En el período anterior a la aprobación del Código de la Niñez y la Adolescencia y de acuerdo al Código del Niño de 1934, hoy derogado, se contemplaba la edad de 14 años como edad mínima para la admisión al empleo. Esta circunstancia fue anotada por el Comité que dispuso una recomendación específica sobre el particular.

32. En la actualidad, y desde la aprobación del Código de la Niñez y la Adolescencia por Ley N° 17823 de 8 de septiembre de 2004, de acuerdo a la disposición del artículo 162 se estableció en 15 años la edad de admisión de los menores al empleo.

2.4. Edad para el matrimonio (distinción legal por género respecto al matrimonio)

33. Las previsiones del nuevo Código no contienen disposiciones específicas que varíen la regulación de la edad de matrimonio contemplada en el Código Civil y que fuera tema de preocupación por parte del Comité en el examen del informe inicial. Por lo tanto, se considera que el marco general de garantías y la consagración de los principios rectores de la Convención, y los que informan el nuevo Código asociado al carácter marginal de las uniones matrimoniales a dichas edades en el Uruguay, merecen un nuevo examen referente a las condiciones de esta disposición.

34. En este sentido, corroborando lo anterior, el artículo 14 del nuevo Código dispone:

Artículo 14 (Principio general): "El Estado protegerá los derechos de todos los niños y adolescentes sujetos a su jurisdicción, independientemente del origen étnico, nacional o social, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, la posición económica, los impedimentos psíquicos o físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño o de sus representantes... El Estado asegurará la aplicación de toda norma que dé efectividad a esos derechos."

2.5. Edad de consentimiento sexual

35. La edad de consentimiento sexual surge en forma indirecta de las normas que regulan la violencia sexual en el Código Penal y depende del delito considerado. En ese sentido, se comete violación cuando la conjunción sexual se efectúa con menores de 15 años. Por su parte, comete corrupción el que ejerce actos libidinosos sobre mayor de 12 y menor de 18 años. En el caso del estupro, el delito se tipifica cuando se accede a la conjunción carnal bajo promesa de matrimonio con mayor de 15 y menor de 20 años.

2.6. Edad de enlistamiento voluntario - servicio militar obligatorio y participación en hostilidades

36. El Uruguay no tiene servicio militar obligatorio desde hace más de 50 años. Todo reclutamiento es voluntario y el reclutamiento de menores de 18 años está prohibido por ley, sin excepción y aun en tiempo de guerra.

37. En el plano internacional, la República Oriental del Uruguay tuvo una activa participación en el Grupo de composición abierta a favor de la consolidación de un Protocolo Facultativo adicional a la Convención sobre los Derechos del Niño destinada a regular la participación de niños en conflictos armados.

38. Esta posición de política exterior ha sido permanente en la tradición nacional uruguaya. A su vez, vale recordar lo declarado al depositar la ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño respecto a este tema: "El Gobierno de la República Oriental del Uruguay afirma que en relación con lo previsto en el artículo 38, párrafos 2 y 3, y de acuerdo con la ley

uruguaya hubiera sido deseable el aumento de la edad límite a 18 años para participar en hostilidades en la eventualidad de un conflicto armado en lugar de los 15 previstos en la Convención. Por ello, en ejercicio de su soberanía, el Gobierno del Uruguay no autorizará a ninguna persona bajo su jurisdicción que no haya cumplido los 18 años a participar en las hostilidades y bajo ninguna circunstancia reclutará en sus Fuerzas Armadas a personas que no hayan cumplido los 18 años".

39. En esta misma línea de acción diplomática, el Uruguay auspició y fue huésped de la Conferencia Regional de los Países de América Latina y el Caribe en cooperación con la coalición para terminar con la utilización de niños en conflictos armados en su rol de sensibilización ante el problema y a efectos de coadyuvar en la adopción de un instrumento vinculante destinado a dichos fines.

40. También coincidente con esta posición, el Estado uruguayo aprobó el Protocolo Facultativo relativo a la participación de niños en conflictos armados por Ley N° 17483 de 8 de mayo de 2002, ratificado el 9 de septiembre de 2003.

2.7. Edad de responsabilidad penal

41. La edad de imputabilidad penal no ha registrado modificaciones respecto a la información transmitida al Comité en 1996. De acuerdo con las disposiciones del Código Penal, según el artículo 34 "No es imputable el que ejecuta el hecho antes de haber cumplido 18 años de edad".

42. A su vez, merece destacarse el hecho de que en la legislación uruguaya no existen criterios diferenciales en cuanto a la edad de imputabilidad penal que discriminen entre varones y mujeres. En las previsiones del nuevo Código se establece a texto expreso que la referencia a niños y adolescentes comprende a ambos géneros¹.

2.8. Edad de aplicación de la pena de muerte y prisión a perpetuidad

43. Ninguno de estos dos castigos penales son admitidos por la legislación nacional. Además, dicha prohibición alcanza en su aplicación también al caso de personas adultas.

2.9. Edad para la declaración ante los tribunales en causas civiles o penales

44. En el ámbito penal, impera el deber genérico de testimoniar a efectos de facilitar el descubrimiento de la verdad. El juez está facultado para apreciar el valor del testimonio, no existiendo inhabilidad especial de los menores para prestar declaración. De acuerdo con las previsiones del Código del Proceso Penal, toda persona que tenga conocimiento, por cualquier medio, de la comisión de un delito perseguible de oficio, puede denunciarlo ante la autoridad judicial o policial. En aquellos delitos no perseguibles de oficio y que exigen instancia de ofendido, el artículo 12 del Código del Proceso Penal dispone que son los padres, conjunta o separadamente, los legitimados a instar en delitos cometidos sobre sus hijos menores. En la órbita civil, la legitimación activa para comparecer en juicio sólo la tienen los mayores de edad; sin embargo, existe la posibilidad legal de otorgar representación judicial a los abogados.

¹ Código de la Niñez y la Adolescencia, art. 1.

En estos casos, y previo acuerdo con el profesional actuante, éste puede asumir la representación legal del menor sin requerir consentimiento de sus padres o representantes legales.

2.10. Edad para la presentación de denuncias, incluida la solicitud de reparación ante un tribunal u otra autoridad sin consentimiento de los padres

45. La reparación es un derecho consagrado en el marco jurídico nacional. Toda persona que causa un daño a otro tiene obligación de repararlo ante las autoridades jurisdiccionales competentes. De acuerdo con el artículo 1319 del Código Civil "Todo hecho ilícito del hombre que causa a otro un daño, impone a aquel por cuyo dolo, culpa o negligencia ha sucedido, la obligación de repararlo". Por su parte, la Constitución uruguaya garantiza la reparación a costo del Estado cuando el hecho dañoso resulte imputable a la responsabilidad por acción u omisión de uno de sus agentes.

2.11. Edad para la intervención en procedimientos administrativos o judiciales que afecten al niño

46. El nuevo Código aprobado garantiza en varias de sus disposiciones (arts. 8, 74 y ss.) que el niño participe en las instancias administrativas y judiciales en las que se discutan asuntos de su interés.

2.12. Edad para expresar el consentimiento para cambiar de identidad incluyendo el cambio de nombre, la modificación de los vínculos familiares, la adopción, la tutela

47. El marco legal uruguayo contempla dos especies de adopción: simple y plena. La simple está regulada por el Código del Niño y determina que el adoptado continúa perteneciendo a su familia natural o biológica donde conserva todos sus derechos. En cuanto al nombre, este tipo de adopción confiere el apellido del adoptante al adoptado, que se adiciona a su apellido biológico. Si adoptante y adoptado tuvieren el mismo apellido patronímico no se registrará modificación al apellido del menor.

48. La adopción plena o legitimación adoptiva está regulada por Ley N° 10674 de 20 de noviembre de 1945 con las modificaciones posteriores introducidas en 1978² y 1990³. La misma ha sido incorporada al nuevo Código de la Niñez. Esta forma de adopción tiene como beneficiarios a los menores abandonados, huérfanos de padre y madre, niños internados en instituciones públicas, hijos de padres desconocidos, o del hijo o hijos reconocidos por uno de los legitimantes. También se extiende a los niños o adolescentes abandonados por uno de sus progenitores legítimos cuando fuere solicitado por el padre o madre que haya mantenido la patria potestad, conjuntamente con el cónyuge con el que contrajo nuevo matrimonio. Para estos casos, el nuevo Código establece que:

"... La legitimación adoptiva prevista en este literal sólo podrá llevarse a cabo una sola vez, respecto al niño o adolescente.

² Ley N° 14759 de 5 de enero de 1978.

³ Ley N° 16108 de 20 de abril de 1990.

- 1) Cuando la legitimación adoptiva se pretendiere para dos o más niños o adolescentes simultáneamente, no será obstáculo la circunstancia de que mediasen menos de ciento ochenta días entre sus respectivos nacimientos.
- 2) En caso de existir hermanos en situación de abandono, se propenderá a su integración conjunta en una familia adoptiva."

49. En todos los casos previstos en el Código, la condición de abandono se acreditará únicamente por sentencia ejecutoriada, debiendo seguirse los procedimientos establecidos en el artículo 133 y concordantes. El proceso de legitimación es un trámite judicial que se dilucida ante los juzgados de familia competentes. En cuanto al nombre, el testimonio de sentencia ejecutoriada que autoriza la legitimación ordena la inscripción del menor en el Registro de Estado Civil como hijo legítimo del legitimante inscrito fuera de término. En este sentido, la ley dispone que la legitimación hace caducar los vínculos de filiación anterior del menor, aclarando que se deberá dejar constancia en el acta de inscripción primitiva del menor.

2.13. Acceso a la información sobre sus padres biológicos

50. El artículo 173 del Código del Niño garantiza el derecho de todo niño a saber quiénes son sus padres. Para acceder a esa información se prevén las formas que se describen a continuación.

a) Averiguación de paternidad y maternidad

51. El procedimiento judicial de investigación de paternidad o maternidad está regulado por los artículos 197 y siguientes del nuevo Código en que se establece que podrán iniciar la acción: 1) el hijo hasta los 25 años de edad. Durante la minoría de edad, la acción podrá ser deducida por la madre, el padre o su representante legal; 2) la madre o el padre, desde que se constata la gravidez hasta que el hijo cumpla los 18 años; 3) el Instituto Nacional del Menor como entidad gubernamental que ejerce la superintendencia de los intereses de la infancia tiene facultades para iniciar de oficio la investigación de paternidad toda vez que tenga conocimiento, que un niño sea inscrito como hijo de padre desconocido o cuando el niño internado en establecimientos públicos así lo solicite. El Código también establece que, en caso de que el presunto padre compareciera y reconociera como suyo al niño, el mismo juez fijará los derechos correspondientes, entre ellos el pago de pensión. Y también que si el presunto padre niega tal condición se realiza una investigación con aporte de prueba documental, testimonial e indicios. En todos los casos mencionados deberá oírse preceptivamente al ministerio público como representante de los intereses del Estado. Por último se establece que el juez, tomando en cuenta los antecedentes del caso y la prueba recogida, dictará sentencia ordenando la inscripción del niño con el nombre del padre o madre en su lugar desestimando la demanda de investigación.

b) Adopción plena

52. En este caso, al mantenerse intactos los vínculos de filiación preexistentes a la adopción y mantener el adoptado su apellido biológico, tiene acceso a información para la ubicación de sus padres biológicos.

c) Legitimación adoptiva

53 Hasta la entrada en vigor del nuevo Código, la transformación de los vínculos filiales provocados por la legitimación con importantes efectos sobre la documentación original del menor hacía que el acceso a la información resultara más dificultoso. Actualmente, el Código estableció en su artículo 146 que la tramitación del expediente de legitimación es reservada para terceros, aunque el niño o adolescente podrá acceder a él a partir de los 18 años de edad. Sin embargo, existen en el Uruguay antecedentes jurisprudenciales con revocaciones a legitimaciones adoptivas a efectos de garantizar el derecho del niño a la información sobre su identidad biológica.

54. En cuanto a la adopción internacional, el Comité de los Derechos del Niño había observado en 1996 la ausencia de medidas legislativas en el país que, "en el marco de la Convención" regularan la "adopción internacional" y la "prohibición de la trata de niños". El Código, en los artículos 150 a 157, regula la adopción internacional "en defecto de convenios internacionales ratificados por la República". Se estima que los controles administrativos y judiciales son, en general, adecuados en función de lo dispuesto en el artículo 21 de la Convención sobre los Derechos del Niño. El UNICEF ha manifestado su posición entendiendo que podría mejorarse aún más el marco de garantías si se hiciera una referencia expresa, en el marco del literal d) del mencionado artículo 21, y del artículo 35 de la Convención, a las medidas concretas para impedir el secuestro, venta o tráfico de niños, o que la adopción internacional no represente la obtención de "beneficios financieros indebidos para quienes participan en ella" (UNICEF: 2004).

2.14. Edad que rige la capacidad jurídica de heredar

55. La capacidad jurídica para heredar no se afecta por la edad del heredero. Sin embargo, la herencia diferida a menores sujetos a patria potestad será aceptada o repudiada por sus padres de acuerdo a la mejor conveniencia del heredero menor. En caso de conflicto de intereses entre los padres y el menor, la contienda deberá ser sometida a decisión judicial y el menor será representado por un representante legal *ad litem*.

2.15. Edad que regula la capacidad para realizar transmisión de bienes

56. De acuerdo al Código Civil, los padres son los administradores legales de los bienes de los hijos, tengan o no el usufructo de los mismos. La administración puede ser conjunta o ejercida por uno solo de los padres. Los convenios que celebren los padres y sus modificaciones son inscritos en los registros públicos del Estado, bajo pena de no surtir efecto contra terceros. Sin embargo, la ley uruguaya garantiza que el hijo tiene la administración del peculio profesional o industrial, que se integra por los siguientes bienes: los adquiridos por los hijos por servicios civiles, militares o eclesiásticos; bienes resultados del trabajo propio; bienes adquiridos por caso fortuito; los adquiridos a títulos de donación o herencia, cuando el donante o testador ha dispuesto expresamente que el usufructo corresponda al hijo; herencias o legados que hayan pasado al hijo por indignidad del padre o madre, o por haber sido éstos desheredados. Los padres tienen prohibición expresa (artículo 271 del Código Civil) de enajenar los bienes raíces de los hijos o adoptar otras medidas que comprometan dicho patrimonio si no es por causa de necesidad o utilidad evidente y previa autorización del juez y del ministerio público.

2.16. Edad de elección de una religión o la asistencia a cursos de instrucción religiosa

57. La libertad de cultos está garantizada por la Constitución uruguaya y ningún niño puede ser obligado a participar en la instrucción religiosa en forma no voluntaria. Los padres son los encargados de la elección del lugar donde sus hijos recibirán educación. Sin embargo, el Estado no sostiene religión alguna y la educación pública tiene uno de sus ejes vertebrales en el criterio de la laicidad. En el Uruguay funcionan diversas instituciones de formación educativa de carácter privado en el ámbito escolar, secundario y universitario identificadas con corrientes religiosas. Si bien no se reconocen procedimientos estatuidos con carácter general ante la negativa de un niño a recibir la información religiosa elegida por sus padres, cualquier niño tendría derecho a negarse a recibir la instrucción religiosa y en la hipótesis de dilucidación judicial tendría derecho a interponer un recurso de amparo a través de un representante legal *ad litem*.

2.17. Edad para el consumo de alcohol y de otras sustancias controladas

58. De acuerdo a la legislación uruguaya, la edad mínima habilitante para el consumo de alcohol en el Uruguay es de 18 años.

2.18. Edad mínima para el empleo en la terminación de la escolaridad

59. El nuevo Código de la Niñez y la Adolescencia contiene un capítulo íntegro dedicado a regular el trabajo de los adolescentes. La edad mínima de admisión del empleo se fija en los 15 años para todos los sectores de la actividad económica, en armonía con las disposiciones del Convenio N° 138 de la OIT. Se prohíbe todo trabajo que no permita al menor gozar de bienestar en compañía de su familia o que entorpezca su formación educativa.

60. En el nuevo Código se encomienda al Instituto Nacional del Menor y el Adolescente la elaboración de un listado de tareas que tengan la condición de trabajo peligroso, nocivo a la salud física o moral. Se prevé que, ante la denuncia de la existencia de niños que estén expuestos al trabajo bajo estas condiciones, tomará intervención la Inspectoría General del Trabajo del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, que tiene facultades conminativas y sancionatorias respecto a las empresas que no respeten las disposiciones legales o reglamentarias del derecho laboral nacional. Los adolescentes autorizados a trabajar deben contar con un carné de habilitación especial expedido por el INAU donde constará: nombre, fecha, lugar de nacimiento, domicilio, consentimiento para trabajar del adolescente y sus responsables, constancia de examen médico que lo declare apto para el trabajo, constancia de haber completado el ciclo de enseñanza obligatoria o el nivel alcanzado. La jornada de trabajo no podrá exceder las seis horas diarias con derecho al descanso semanal, preferentemente el día domingo con descanso intermedio en la jornada de media hora. Con carácter excepcional y teniendo en cuenta las condiciones individuales y de contexto de cada adolescente podrá autorizarse el trabajo por ocho horas diarias y el trabajo nocturno.

61. Los padres que favorezcan o permitan el trabajo de menores en violación de las normas prohibitivas establecidas incurrirán en el delito previsto en el Código Penal que se tipifica como omisión de la asistencia económica inherente a la patria potestad o la guarda.

3. PRINCIPIOS GENERALES

3.1. Principio jurídico de no discriminación (artículo 2)

62. El principio de no discriminación se consagra en el artículo 14 del nuevo Código de la Niñez y la Adolescencia. Si bien la doctrina y jurisprudencia nacional mayoritariamente interpretan que este principio estaba consagrado tácitamente en el marco regulatorio legal uruguayo, la disposición del Código de la Niñez suple el vacío legislativo consagrándolo a texto expreso. El capítulo correspondiente a los deberes del Estado contiene dos disposiciones al respecto. El artículo 14 dispone que "el Estado protegerá los derechos de todos los niños y adolescentes sujetos a su jurisdicción, independientemente del origen étnico, nacional o social, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, la posición económica, los impedimentos psíquicos o físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño o de sus representantes legales". Este artículo se complementa con el 15, que establece que el Estado tiene la obligación de proteger especialmente a los niños a y adolescentes respecto de toda forma de abandono, abuso sexual o explotación de la prostitución; hostigamiento, segregación o exclusión en los lugares de estudio, esparcimiento o trabajo; explotación económica o cualquier tipo de trabajo nocivo para su salud, educación o para su desarrollo físico, espiritual o moral; tratos crueles, inhumanos o degradantes; estímulo al consumo de tabaco, alcohol y drogas; situaciones que pongan en riesgo su vida o inciten a la violencia, como el uso y el comercio de armas, y situaciones que pongan en peligro su identidad, como adopciones ilegítimas y ventas.

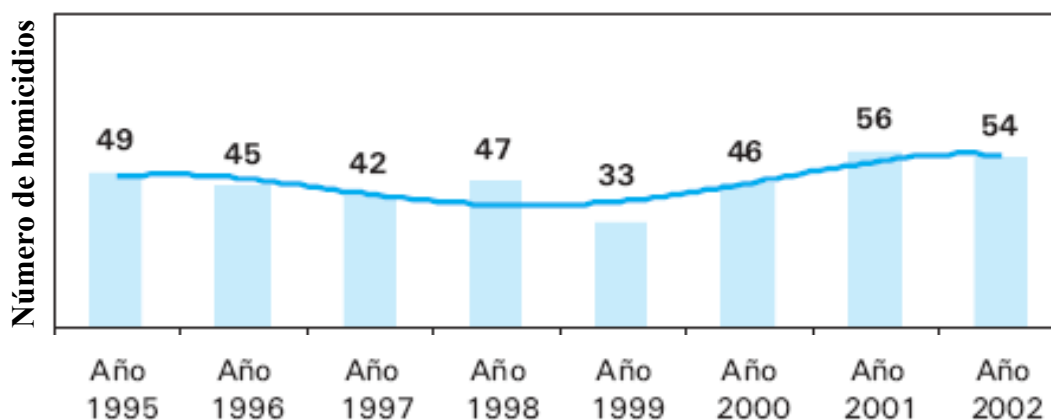
3.2. La estigmatización de los adolescentes

63. A pesar de la norma legal recientemente aprobada, en los últimos años ha tomado visibilidad en la agenda pública, fuertemente ayudado por los medios de comunicación de masas, la construcción de un estereotipo estigmatizante y discriminatorio que asocia a los adolescentes, con conductas delictivas, el consumo de drogas, etc. (UNICEF: 2004). Esta construcción de agenda por parte de los medios se debe en gran medida a la forma de los noticieros que muy a menudo dan fuerte relevancia a las noticias policiales que manejan "clisés estigmatizados para referirse a los adolescentes infractores" (Quima, Oliver, *op. cit.* en UNICEF: 2004, pág. 62). Una encuesta realizada en 2001 por el UNICEF mostró que los adolescentes, a pesar de que no desconocen que existe delincuencia juvenil en el Uruguay, perciben que los medios de comunicación exageran en algunos aspectos como por ejemplo el hecho de que ellos cometen más delitos que los adultos. Sin embargo, en contradicción con esa imagen, otra investigación sobre infracciones juveniles muestra que los jóvenes no cometen más delitos que la población adulta y que los mismos tampoco son más graves⁴. Según esa encuesta, más del 80% de las infracciones de los adolescentes son contra la propiedad, y en el 70% de los casos no se usa ninguna arma de fuego. También se mantuvo estable la comisión de delitos graves -homicidios y violaciones- cometidos por adolescentes en el período analizado (1995-2002), ubicándose en 47 adolescentes, como promedio de intervenciones judiciales por año. La evolución del número de adolescentes intervenidos por la infracción de homicidio se presenta en el gráfico siguiente.

⁴ Investigación sobre las infracciones judiciales aplicadas a adolescentes en Montevideo (1994-2002) DNI-UNICEF, 2003.

Gráfico I

Evolución de número de adolescentes intervenidos por la infracción homicidio



3.3. Interés superior del niño (artículo 3)

3.3.1. Marco legislativo

64. Las disposiciones del Código del Niño vigente desde 1934 se focalizan en el concepto de protección de la infancia. El advenimiento de la Convención y la amplia difusión y aplicación que la misma recibió por parte de los operadores del derecho transformaron el "interés superior del niño" en el principio de orientación que guía la actuación judicial.

65. Por su parte, el proyecto de Código de la Niñez y la Adolescencia, en su artículo 6 establece como criterio de interpretación e integración del Código el interés superior del niño y adolescente, consistente en el reconocimiento y respeto de los derechos inherentes a su calidad de persona humana.

3.3.2. Utilización del principio rector del interés superior del niño en casos jurisprudenciales

66. La interpretación y utilización que ha realizado la justicia nacional en esta materia sobre el interés superior del niño es permanente. A vía de ejemplo, la sentencia 152 del Tribunal de Apelaciones de Segundo Turno de 3 de octubre de 2001 referente a la situación de un menor hijo de padre separado que solicita autorización judicial para llevarlo fuera del país a residir en un Estado vecino. En este caso, la sentencia interpreta que el criterio de interés superior del menor, de tutela prioritaria en casos como el que se plantea, no puede ser sino el del interés integral del menor, es decir, un interés que contemple todos los aspectos esenciales que hacen al desarrollo físico, psíquico y espiritual de los menores. El criterio rector no puede ser otro que el interés del menor y no el del padre que pretende llevarse a los hijos consigo o el del que se opone a ello. En el caso concreto, el mejor interés del niño fue protegido a partir de la negativa del juez de conceder su salida del país junto a la madre, imponiendo la separación de su padre por los perjuicios psíquicos que podría provocar (La Justicia Uruguaya: 2002)

3.3.3. Política pública de vivienda y protección a la infancia en el Uruguay

67. Desde el punto de vista institucional, los organismos encargados de la política de vivienda son: primero, la Dirección Nacional de Vivienda, en el ámbito del Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente, es la institución encargada de fomentar el suministro mediante la asistencia financiera del sector privado y la adjudicación de soluciones habitacionales a los sectores más carenciados dentro del Plan Nacional de Vivienda. Segundo, al Sistema Integrado de Acceso a la Vivienda (SIAV) pueden acceder los mayores de 18 años siempre que residan en el país, no tengan en propiedad ninguna otra vivienda, o formen parte de cooperativas de ayuda mutua con fines de vivienda, y posean un ingreso familiar mensual inferior a 60 unidades reajustables (UR)⁵. Este sistema de acceso a la vivienda presenta tres modalidades de prestación, que son: a) **Núcleo básico evolutivo mejorado**, que está dirigido a familiares de ingresos menores a 30 UR, es considerada por el Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente o por empresas privadas bajo régimen de convenio con el Ministerio. Consta de 32 m², con baño, cocina y dormitorio en un terreno de 120 a 150 m² con saneamiento, luz y agua. La denominación de evolutivo se realiza en base de la posible ampliación hasta tres dormitorios, entregándose con la cimentación para cada uno de ellos. El costo total de la vivienda alcanza los 1.150 UR. El acceso a este programa exige un ahorro previo de 5 UR y el Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente concede un subsidio por el valor total de la vivienda. El adjudicatario amortizará un costo mensual de 2 UR por un plazo de cinco años. La recaudación de estas cuotas se destinan a ONG barriales; b) **Viviendas subsidiadas**. En este segmento se incluyen los programas dirigidos a familias con ingresos entre 30 y 60 UR. La construcción la realizan promotores privados y las áreas edificadas van de los 43 a los 65 m² con todos los servicios básicos (luz, saneamiento, agua potable). El plan nacional tiene como propósito fundamental responder a la satisfacción de la demanda habitacional de los sectores de la población de escasos recursos. En términos generales puede señalarse la existencia de tres grandes líneas de acción a través de las cuales se pretende cumplir este propósito: viviendas destinadas a población activa; viviendas destinadas a población pasiva; recuperación y mejora del *stock* habitacional.

68. A vía de ejemplo, en 2000 se adjudicaron 5.717 viviendas, 4.717 en el área urbana y 1.000 en el área rural; c) **Asentamientos irregulares**. Con más intensidad desde los años noventa y agravado por la crisis económica de 2002, ha venido aumentando en el Uruguay el proceso social por el que sectores crecientes de la población pobre e indigente fueron tomando terrenos particulares o del Estado para la edificación de viviendas con fines de residencia permanente. La ilegalidad de la acción ha determinado que este tipo de vivienda no cumpla con los requisitos de edificación exigidos por la ley y a su vez carezca de servicios públicos autorizados de agua potable y luz. Sin embargo, teniendo en cuenta los problemas sociales que ello representaba y la afectación de la calidad de vida de dichas personas, el Estado construyó viviendas para reubicar a las personas que vivían en los asentamientos.

69. La financiación fue subsidiada por el Estado y para la adjudicación el interesado recibía un préstamo del Banco Hipotecario del Uruguay, que pagaba en cuotas que oscilaban entre el 18 y 22% del ingreso familiar, y cuyo plazo de pago se extendía hasta los 25 años.

⁵ A octubre de 2005, el valor de la Unidad Reajutable equivalía a 11 dólares de los EE.UU., aproximadamente.

3.3.4. Adopción

70. Como fuera expresado en el informe inicial, la legislación vigente contempla dos tipos de adopción: la adopción simple y la adopción plena o legitimación adoptiva. En el Código aprobado se mantiene el régimen de reconocimiento de estas dos formas de adopción y se consagra a texto expreso que la adopción sólo se otorgará existiendo conveniencia para el niño o adolescente. Al respecto caben los siguientes comentarios: el Comité de los Derechos del Niño había observado en 1996 la ausencia de medidas legislativas que regularan la adopción internacional y la prohibición de la trata de niños. El Código regula la adopción internacional (arts. 150 a 157) de forma adecuada en cuanto a controles administrativos y judiciales (UNICEF: 2004b). No obstante, podría mejorarse el texto, si se hiciera una referencia expresa a medidas concretas para impedir el secuestro, venta o tráfico de niños (UNICEF Uruguay: 2004b).

71. A través de su Departamento de Legitimación Adoptiva y Adopción, el INAU realiza estudio y preparación de preadoptantes, así como la integración y seguimiento de niños en situación de vulnerabilidad por desvinculación de su familia de origen que estén dentro o bajo la competencia del INAU (INAU: 2005a). Dentro de los objetivos de este Departamento se destacan: la recepción y estudio de los preadoptantes; la preparación de los mismos para una adecuada experiencia; la integración de los niños en situación de vulnerabilidad por su desvinculación con su familia de origen; el otorgamiento de la documentación que habilite la custodia del niño por parte de los futuros adoptantes, etc. (INAU: 2005a).

Cuadro VI**Solicitudes de preadoptantes y solicitudes de adopción****Solicitudes para estudio (incompletos) en el Departamento de Legitimación Adoptiva y Adopción**

1999	2000	2001	2002	2003	2004	Total
0	1	3	12	48	145	209

Cantidad de solicitudes de preadoptantes en lista de niños de 0 a 1 año, según año

1999	2000	2001	2002	2003	2004	Total
0	11	41	47	34	14	147

Cantidad de solicitudes de preadoptantes en lista de niños de más de 1 año, según año

1999	2000	2001	2002	2003	2004	Total
0	7	17	22	15	9	70

Cantidad de niños integrados a familias por régimen de adopción, según año

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Total
Adopción	3	4	11	5	4	2	1	30
Legitimación adoptiva	48	41	47	42	60	53	44	335
Total	51	45	58	47	64	55	45	365

Cantidad de solicitudes de adopción y niños integrados a familias, según año

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Total
Adopción	135	159	130	112	120	85	125	866
Legitimación adoptiva	51	45	58	47	64	55	45	365

Fuente: INAU - Departamento de Legitimación Adoptiva y Adopción (2005).

72. El análisis de la evolución de los datos del cuadro anterior permite destacar los siguientes aspectos. Primero, que las solicitudes de adopción de niños menores de 1 año duplican en promedio las solicitudes de adopción de niños mayores de 1 año. Complementariamente, se observa que el volumen de niños integrados a familias, en adopción y/o legitimación adoptiva, presentan valores porcentuales que oscilan entre el 28 y el 64% con respecto a las solicitudes tramitadas entre 1998 y 2004 (INAU: 2005a).

3.3.5. Procedimiento en caso de inmigración, solicitud de asilo y búsqueda de refugio

73. En los casos individuales de concesión del asilo y el refugio en el Uruguay se respeta el principio de reunificación familiar y se autoriza el ingreso de los hijos menores junto con sus padres. Los niños con dicho estatuto se integran en forma automática a la educación pública y tienen garantizada la asistencia médica a cargo del Estado.

3.3.6. Administración de la justicia de menores

74. Sobre este tema, el Comité mostró preocupación en su informe al referirse a la existencia de disposiciones jurídicas aún vigentes en el Uruguay sobre la justicia de menores contrarias a la Convención. Al respecto, las normas del nuevo Código revisan en profundidad este tema y se produjeron progresos considerables respecto a las garantías del proceso diseñadas a asegurar el tratamiento de menores en conflicto con la ley. Tal como ha expresado el UNICEF, se destaca particularmente el avance "en cuanto a la consagración de garantías del debido proceso para niños, niñas y adolescentes". Además, se establece expresamente que "se asegurará... la vigencia de las normas constitucionales, legales e instrumentos internacionales, especialmente la Convención sobre los Derechos del Niño" (UNICEF: 2004b). El nuevo Código también refuerza la normativa de rango constitucional vigente en el Uruguay, al reconocer que solamente puede procederse a la detención de un adolescente "en casos de infracciones flagrantes o existiendo elementos de convicción suficientes sobre la comisión de una infracción. En este último caso, mediante orden escrita de juez competente..."; a esto se agregó el establecimiento

del principio de la excepcionalidad de la detención (art. 74, lit. C) (UNICEF: 2004b). Y finalmente, el lit. D del mismo artículo 74 establece claramente que "ningún adolescente será sometido a torturas ni tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes..." (UNICEF: 2004b).

75. A continuación se agregan algunos comentarios adicionales referentes a distintos temas.

a) Competencia

76. Los antiguos jueces de menores se transformaron en jueces letrados de adolescentes, y la segunda instancia en esta materia fue adjudicada a los tribunales de familia. Se instruye una competencia de urgencia en Montevideo e interior a cargo de los juzgados competentes para atender en forma permanente en los asuntos que requieran intervención inmediata.

La disposición aclara que por "asuntos graves" se considera aquellos en que exista riesgo de lesión o frustración de un derecho del niño o adolescente, con excepción de las infracciones cometidas por el propio adolescente a la ley penal. La Suprema Corte de Justicia, como órgano supremo del poder judicial, adoptará las medidas del caso para que los juzgados cuenten con la asistencia permanente de asistente social, psicólogo o psiquiatra cuyo asesoramiento podría ser requerido por el juez.

b) Hipótesis de intervención judicial

77. Los adolescentes sólo podrán ser sometidos a proceso en caso de cometer infracciones a las leyes penales tipificadas como delitos y cuando la pena es superior a un año.

c) Principios y garantías

78. Fueron establecidos en el artículo 74 del texto del Código de la Niñez y la Adolescencia ya comentado, que consagró diversos principios que garantizan el debido proceso como: judicialidad y legalidad; responsabilidad; condicionamiento de la detención; principio de humanidad; presunción de la inocencia; inviolabilidad de la defensa; libertad de comunicación, con su defensa y con sus padres, responsables, familiares y asistentes espirituales; principio de prohibición del juicio en rebeldía; principio de impugnación de todas las declaraciones judiciales que lo perjudiquen; principio de duración razonable del proceso. Y también se consagraron los principios de la asistencia gratuita de intérpretes en caso de falta de comprensión del idioma oficial, y el principio de oportunidad reglada, que se refiere al derecho del adolescente a prescindir del procedimiento cuando no se justifica la prosecución de la acción.

d) Régimen procesal

79. Los artículos 75 y 76 distinguen las etapas del procedimiento y el marco de actuación de la policía y el juez. El nuevo Código ha producido significativos avances en esta materia a pesar de algunos aspectos mejorables que en opinión del UNICEF tienen que ver con la mejora de la redacción de algunos artículos como el literal e) del artículo 76 (Procedimiento), que deja abierta la posibilidad de que se proceda a interrogar al adolescente en sede policial sin presencia de su

defensor (UNICEF: 2004b)⁶. Un análisis más detallado sobre el régimen procesal puede realizarse a través de la lectura de los artículos 75 y 76 del Código en anexo, que incluye la especificación de aspectos importantes del régimen procesal como: la determinación de medidas cautelares, la necesidad de que el juez cuente con un informe técnico antes de dictar sentencia, etc.

e) Régimen de sanciones

80. El Código contempla la posibilidad de aplicar medidas socioeducativas al adolescente reputado legalmente responsable de delito por sentencia ejecutoriada, que pueden ser privativas y no privativas de libertad. Las privativas de libertad están reguladas en el artículo 86 que establece que sólo se aplicarán a los adolescentes declarados por sentencia ejecutoriada, responsables de infracción gravísima, que a juicio del juez justifiquen la misma o a los que, habiendo sido declarados por sentencia ejecutoriada responsables de una infracción en forma reiterada, incumplan las medidas adoptadas por el juez⁷. Las no privativas de libertad, reguladas en el artículo 80, incluyen la advertencia, la amonestación, la observación de reglas de conducta, de orientación y apoyo mediante la incorporación a un programa socioeducativo, la prestación de servicios a la comunidad hasta por un máximo de dos meses, la obligación de reparar el daño o satisfacción de la víctima, la prohibición de conducir vehículos motorizados hasta por dos años, la libertad asistida y la vigilada. Por último, las medidas curativas se aplican a los adolescentes incapaces que hubieren cometido infracciones a la ley penal.

3.3.7. Internamiento y cuidado de los niños en instituciones: modificaciones de las estrategias para el tratamiento de los menores en conflicto con la ley

81. En la estructura de atención de los menores que lleva adelante el INAU se ha modificado el modelo de tratamiento de los menores en conflicto con la ley a partir de la creación del INTERJ. El INTERJ es la respuesta institucional destinada a ejecutar una política de tratamiento y atención que permita evitar la reiteración de conductas delictivas en un menor. La atención que se presta tiene dos modalidades básicas. Una vez determinada la responsabilidad del adolescente en el hecho delictivo, dispuesto por mandato judicial la intervención del INAU se puede derivar el menor al Programa de libertad asistida o a la modalidad de internación.

a) Programas de libertad asistida

82. Bajo este programa se prioriza la socialización del individuo bajo condiciones de libertad ambulatoria, manteniendo su inserción familiar y comunitaria. Se ejecuta a través de la modalidad de convenios con organismos de carácter no gubernamental. Este método asiste a

⁶ Otros comentarios realizados por el UNICEF se refieren a la facultad del juez de realizar internación provisoria, a la evaluación psicosocial, que realiza el equipo técnico que permite la introducción en el proceso de un cierto grado de discrecionalidad (UNICEF: 2004b).

⁷ El UNICEF ha criticado la excesiva discrecionalidad de que goza el juez para aplicarlas (UNICEF: 2005b) así como el giro de redacción "en situaciones de peligrosidad manifiesta" que resulta contradictorio con principios de la Convención y otros constitucionales y legales del derecho uruguayo.

adolescentes que desarrollan una programación de vida que incluye la inserción en el trabajo formal e informal, educación, actividades recreativas, de reorientación vital, de carácter terapéutico, etc.

83. La última evaluación realizada sobre 20 meses de gestión mostraba índices primarios de reincidencia que no alcanzan el 20%, lo que representa un éxito en términos positivos del 80% de jóvenes rehabilitados. El Estado, a través del INAU, dispone de 2.400 unidades reajustables, que representan unos 48.000 dólares de los EE.UU. mensuales de erogación para este programa.

b) Internación

84. En aquellos casos en los cuales los desarreglos de conducta no permiten el acceso a los programas de libertad asistida plena, la modalidad de atención dentro del INTERJ se vuelca en dos áreas: a) internación con restricción absoluta de libertad en establecimientos especiales destinados a menores; b) internación sin privación de libertad. A partir de 1998 se incorpora el Proyecto Travesía, en régimen de convenio con la Asociación Civil Vida y Educación, que permite reducir el tiempo de internación anticipando el egreso al sustituirlo por un régimen de libertad asistida.

c) Centros de seguridad

85. El Centro Berro ha incorporado tecnología agropecuaria como una ordeñadora de circuito cerrado, una sala de ordeño y otras gestiones de mejoramiento de praderas como una instancia educativa en habilidades para trabajos de campo bajo la modalidad de autogestión.

d) Programa centros sin medidas de seguridad

86. El Programa de centros abiertos cuenta con tres hogares y la infraestructura de talleres y área de producción agrícola del Complejo Educacional Dr. Berro. En los primeros dos años de gestión se logró abatir en un 50% el número de salidas sin retorno. El "Centro Ariel", con capacidad reducida a 26 adolescentes, espacio para gimnasio cubierto y amplio predio de terreno es de los instrumentos donde el régimen de privación de libertad se compatibiliza con un tratamiento de semilibertad, potenciándolo como instancia educativa. Este programa, vinculado a las opciones laborales del Programa de formación y aprestamiento laboral del INAU, ha celebrado convenios con instituciones públicas para limpieza de tribunas en los estadios, etc.

e) Resumen de los avances registrados en el tratamiento de menores en conflicto con la ley

87. Se han producido los avances siguientes:

- Cierre del Centro de "Miguelete" en 1997. Este lugar de internación, asociado a las antiguas teorías de la privación de la libertad en régimen cerrado y donde las condiciones de encierro motivaban la repetición de graves motines, fue definitivamente abandonado como lugar de internación de menores;
- Transformación del modelo de tratamiento donde se priorizan las opciones de libertad asistida y régimen de tratamiento abierto, con inversión del Estado en la reconversión

de los antiguos centros de internación para su adecuación a los nuevos objetivos perseguidos;

- Especialización de los centros y reducción del número de internos en cada uno de ellos;
- Capacitación del personal destinado a la atención de menores con cursos obligatorios de 180 horas de duración;
- Creación de un servicio especial de contención bajo la directa conducción del Director del INTERJ con el objetivo de prevenir y contener los desórdenes que atenten contra la integridad de los adolescentes;
- Participación de la sociedad civil en el diseño y ejecución de las políticas de tratamiento, a través de la modalidad de convenios con organismos no gubernamentales;
- Creación de la unidad de traslado de adolescentes con el objetivo de reducir a cero los riesgos de seguridad de los adolescentes y funcionarios;
- Reducción drástica de los motines. En este ámbito los escasos episodios registrados fueron reducidos en pocas horas, sin intervención de la fuerza pública y sin pérdida de vidas adolescentes;
- Involucramiento de los padres de dichos adolescentes a través de la Escuela de Padres;
- Instalación de un servicio gratuito de transporte para facilitar la visita de los padres a los menores internados;
- Creación de una unidad de seguimiento para la ubicación y regularización de los jóvenes en situación de salida no autorizada o fuga;
- Creación de un fondo de apoyo al egreso financiado con aportes de la Cooperación Internacional del UNICEF y la UNESCO dirigido por una comisión administradora de carácter mixto destinada a financiar proyectos de hasta 500 dólares dirigidos a facilitar la inserción autónoma de jóvenes en el ámbito social a través de la resolución de problemas como la vivienda y el autoempleo;
- Aprobación del Reglamento de Convivencia que pauta los marcos de actuación de funcionarios e internos.

3.4. El derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo (artículo 6)

3.4.1. La mortalidad infantil

88. Los indicadores "tradicionales" basados en causas de mortalidad muestran una situación para el Uruguay igual que en muchos otros países, en la que existe un peso importante de las causas externas que incluyen accidentes, causas violentas y suicidios, sobre las generales. Esa relación está expresada en el cuadro siguiente que muestra esa incidencia sobre los porcentajes de niños y adolescentes desagregados por tramos de edad y por causales.

89. A continuación se presenta un cuadro elaborado por el UNICEF a partir de datos del Ministerio de Salud Pública del Uruguay que muestra la mortalidad infantil y adolescente desagregada por causales.

Cuadro VII

Tasa de mortalidad infantil de niños y adolescentes

Año	Tasa de mortalidad de 10 a 19 años (por 100.000 habitantes)					
	General (1)		Por causas externas (2)		Relación entre causas externas y general (2/1)	
	10 a 14	15 a 19	10 a 14	15 a 19	10 a 14	15 a 19
1998	33,1	83,4	16,5	64,9	0,5	0,8
1999	26,9	78,3	14,7	49,8	0,5	0,6
2000	19,9	63,3	10,7	41,0	0,5	0,6
2001	29,2	69,4	12,9	54,7	0,4	0,7

Fuente: Elaborado por el UNICEF a partir de datos del MSP.

90. Tampoco es posible por el momento ir más allá debido a que otra mirada sobre las causas de muerte implica acceso a la información, particularmente información sistemática, que en el Uruguay es dificultosa (UNICEF: 2004b)

3.4.2. Aborto

91. Durante 2002 tuvo lugar un importante debate público sobre un proyecto de ley sobre derechos sexuales y reproductivos. En el mencionado proyecto se contempla la posibilidad de la mujer de decidir la interrupción de su embarazo antes de las 12 semanas de gestación. La consideración pública del tema expuso la existencia de dos corrientes de opinión diferentes y contrapuestas que divide en su seno a los partidos políticos y a la sociedad en general. Como resultado de esta falta de acuerdo, el proyecto no ha avanzado en su trámite legislativo, situación que reproduce lo ocurrido durante 1985. De acuerdo a una encuesta realizada por la ONG Mujer y Salud en el Uruguay (2002) se muestra que las causas por las que se realizan abortos en el Uruguay son las siguientes: no querer más hijos, 32%; problemas económicos, 22%; vergüenza, 19%; falta de pareja estable, 16%; temor al embarazo, 5%; no ser hijo del esposo, 3%; causa desconocida, 2,9%, y violación, 0,1%.

3.5. El respeto a la opinión del niño (artículo 12)

3.5.1. La opinión del niño en el nuevo Código de la Infancia

92. El capítulo IV del Código regula los deberes de los padres o responsables de los niños y adolescentes y establece como obligación legal el respeto que los padres deberán tener hacia la opinión del niño, en el sentido de considerarla, así como su derecho a ser oído.

3.5.2. La opinión del niño en la administración de justicia de menores

93. Una de las innovaciones más significativas e importantes que se registra en los derechos del niño son las disposiciones legales garantizadoras de que la opinión del niño será oída en las instancias del sistema de administración de justicia. En efecto, de acuerdo al proceso especial aplicable, cuando el menor cometa una infracción penal debe contar con todas las garantías judiciales básicas, incluido su derecho a ser oído, a presentar defensas y a impugnar las decisiones judiciales que se adopten respecto de él. En los casos de tenencia y guarda de menores, *a posteriori* del divorcio o de la separación judicial de los padres, el nuevo código establece que el juez de familia bajo la más seria responsabilidad funcional deberá oír y tener en cuenta la opinión del niño o adolescente.

94. En particular, no se dispone de información referente a la opinión del niño en el ámbito educativo y en centros de internación.

3.5.3. Educación y capacitación profesional sobre los derechos del niño

a) INAU

95. El INAU cuenta con un centro de estudios denominado CENFORES (Centro de Formación de Educadores Sociales) dentro de cuyas competencias se enmarca la formación y capacitación de los trabajadores del Instituto en particular y del Sistema Infancia en general, con la finalidad de contribuir al mejoramiento de la acción socioeducativa con la población objetivo -niños, niñas, adolescentes y familias-, a través de la implementación de cursos y seminarios. Para el cumplimiento de sus cometidos el CENFORES cuenta con tres áreas: Formación Permanente, Formación de Educadores Sociales y Estudios y Apoyo Académico⁸.

96. A través de la Formación Permanente se pretende promover y desarrollar planes, programas y proyectos de formación permanente de todos los actores que trabajen en el Sistema Infancia, priorizando a los funcionarios del INAU, los funcionarios de las asociaciones civiles en convenio con el INAU y los trabajadores que desarrollan su práctica con niños, niñas, adolescentes y familias en situación de vulnerabilidad social, en entidades públicas o privadas. La Formación de Educadores Sociales constituye un hecho distintivo en la región y es a través de CENFORES que el INAU desarrolla la planificación, organización, ejecución, supervisión y evaluación de la formación de educadores sociales en el Uruguay, otorgando a sus egresados un título de nivel terciario.

97. Adicionalmente, desde el área de Estudios y Apoyo Académico se promueve y desarrolla el análisis sobre el estado de situación y los principales temas sociales, relativos al campo de la infancia, adolescencia y familias en situación de vulnerabilidad social. Se promueve además el apoyo académico a través de la construcción de las áreas temáticas y de los marcos referenciales, requeridos en el campo de la educación social. Se implementa desde allí también la publicación de materiales que reflejen la producción de conocimiento, como apoyo a la formación y para la divulgación.

⁸ Los siguientes datos fueron suministrados por el CENFORES, unidad dependiente del INAU.

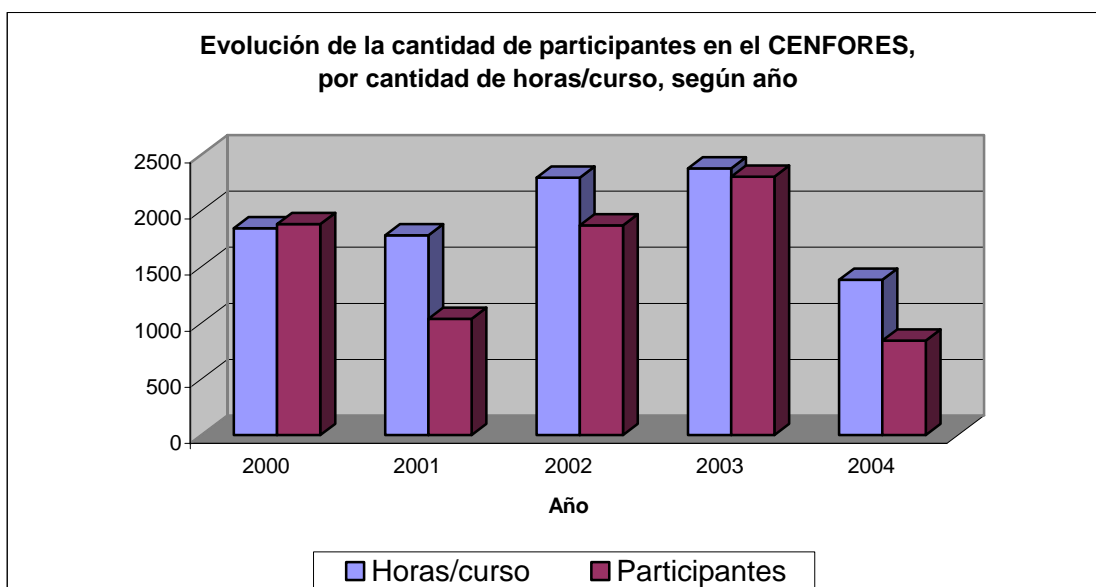
98. A pesar de la importante contribución del CENFORES desde el punto de vista educativo, en opinión de autoridades del INAU, en el último período las restricciones presupuestales inhibieron su pleno desarrollo. Esta afirmación está avalada por los datos presentados en el cuadro y en el gráfico siguientes en los que se observa un claro descenso, tanto en la cantidad de horas/curso como en el total de participantes por año, principalmente para 2004.

Cuadro VIII

**Evolución de la cantidad de participantes en el CENFORES
 por cantidad de horas/curso por año (2000/04)**

	2000	2001	2002	2003	2004
Cantidad de horas/curso impartidas	1.843	1.779	2.296	2.377	1.384
Total de participantes en el año	1.879	1.037	1.868	2.304	843

Gráfico II



99. Para el año 2004, según información suministrada por el INAU-CENFORES, los datos sobre desarrollo educativo son los siguientes:

- Cantidad de cursos impartidos: 38;
- Cantidad de horas/curso impartidas: 1.384;
- Cantidad de funcionarios capacitados: 843;
- Cantidad de egresados de la carrera universitaria de educador social: 32.

b) UDELAR

100. Se han implementado los siguientes cursos de capacitación y educación en materia de infancia⁹ (Facultad de Medicina, UDELAR, 2005):

- Maestría en derechos de la infancia y políticas públicas. Convenio de la UDELAR y el UNICEF. Participan las Facultades de Medicina, Ciencias Sociales, Psicología y Derecho, 2004-2005.
- Foro mensual de discusión sobre la Convención sobre los Derechos del Niño y el Código de la Niñez y la Adolescencia, coordinado por el "Equipo de investigación-acción con adolescentes infractores" desde la Clínica de Psiquiatría Pediátrica, en conjunto con operadores de distintas instituciones.
- Ateneos especializados con operadores del área jurídica y del área de la salud mental. Clínica de Psiquiatría Pediátrica de la Facultad de Medicina, dependiente de la Escuela de Graduados. Esta clínica tiene el único curso de formación de especialistas en psiquiatría pediátrica en el Uruguay. Duración, cuatro años; carga horaria, 4.608 horas presenciales; ingreso, cuatro aspirantes por año (Facultad de Medicina, UDELAR, 2005).
- Cursos para pediatras, neuropediatras, psiquiatras de adultos y médicos de familia. Duración, ocho semanas; carga horaria, 16 horas. Introducción de los temas más relevantes de la psiquiatría pediátrica para el trabajo interdisciplinario.

3.5.4. Sentencias judiciales que reconocen el derecho del niño a expresar su opinión

101. En el Uruguay existe un caso jurisprudencial que adquirió trascendencia pública, en el que un menor de edad, presunto hijo desaparecido de una ex presa política de la etapa del gobierno autoritario (1973-1985), se negó a practicarse un estudio de histocompatibilidad para determinar si era o no el hijo de dicha mujer. En dicho caso, la Suprema Corte de Justicia, apelando a los criterios orientadores de la Convención sobre los Derechos del Niño, consideró que no poseía facultades para forzar jurídicamente la voluntad del menor, ya que, como sujeto de derecho, tenía garantizado el derecho a la integridad física y a la intimidad. En este caso, la opinión del niño tuvo efecto decisivo en el juicio ya que fue tenida en cuenta y respetada por el máximo órgano judicial.

**4. DERECHOS Y LIBERTADES CIVILES (ARTÍCULOS 7, 8, 13 A 17
Y APARTADO a) DEL ARTÍCULO 37)**

4.1. Nombre y nacionalidad (artículo 7)

102. De acuerdo con la innovación prevista en el Código de la Niñez y la Adolescencia, la forma de identificación de los recién nacidos en las maternidades públicas y privadas se hará mediante el registro de la impresión plantar y digital del niño, acompañado de la impresión

⁹ Información suministrada por la Clínica de Psiquiatría Pediátrica de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República.

digital de la madre. El artículo 25 del Código aprobado consagra el derecho de todo niño a ser inscrito con nombre y apellido. Dicho régimen está establecido de la forma que se desarrolla a continuación.

a) Régimen de inscripción

103. El Código establece que el niño inscrito por su padre llevará como primer apellido el de éste, seguido de aquella que surja acreditada como su madre. A falta de inscripción por el padre, llevará como apellido el de su madre biológica. Si se desconoce la identidad de los padres, el niño será inscrito con dos apellidos de uso común por el oficial del Registro de Estado Civil. En caso de que la inscripción la hagan familiares del niño, éstos escogerán los apellidos de uso común que se le asignarán. En caso de adopción plena, los apellidos del niño adoptado serán sustituidos por los de los adoptantes, y, por último, en caso de adopción simple el apellido del niño será sustituido por los de los adoptantes, y si se trata de un solo adoptante, por el paterno de éste, dejando el segundo apellido a elección del adoptado o en su defecto asignándole uno de uso común. Con estas modificaciones desaparecen los vestigios de estigmatización que podrán afectar al niño bajo el régimen anteriormente vigente, donde el sistema de filiación legítima e ilegítima determinaba una diferenciación en las inscripciones de hijos legítimos (nacidos durante el matrimonio válido de sus padres) e ilegítimos (nacidos de padre y madre no unidos por matrimonio). De igual manera se remueven todos los obstáculos legales que impedían el reconocimiento de hijos biológicos a padres o madres con vínculos matrimoniales anteriores no disueltos, y asimismo aquellas disposiciones que impedían el reconocimiento e inscripción de hijos a las madres menores de edad.

b) Nacionalidad

104. De acuerdo con la legislación vigente, es nacional todo niño nacido en cualquier punto del territorio nacional o el hijo de padre o madre uruguaya, o cualquiera que sea su lugar de nacimiento.

4.2. Preservación de la identidad (artículo 8)

105. Toda injerencia indebida en los derechos del niño que afecte su derecho a la identidad constituye una afectación a un derecho garantizado por la ley. En tal caso y como dispone expresamente el artículo 8 del Código de la Niñez y la Adolescencia el juez de familia será competente para adoptar las medidas urgentes que se estimen adecuadas.

4.3. Libertad de expresión

106. El artículo 13 del nuevo Código establece que el derecho a la libre expresión está garantizado para todos los habitantes de la República sin discriminación de tipo alguno.

4.4. Libertad de pensamiento, de conciencia y de religión

107. El artículo 14 establece que la libertad de pensamiento, conciencia y religión integra el núcleo básico de derechos protegidos y cualquier menoscabo o amenaza determina la aplicación de medidas de carácter judicial de resguardo. La formación religiosa que se imparte en instituciones educativas no resulta obligatoria para los niños que manifiesten su disconformidad con recibirla.

4.5. La protección de la vida privada (artículo 16)

108. El artículo 96 del Código de la Niñez y la Adolescencia consagra el principio general de protección de la vida privada del menor contra toda forma que utilice su imagen en forma lesiva o que implique su individualización, para aquellos niños especialmente vulnerables. Queda prohibida la identificación de la persona del adolescente, infractor de la ley, a cualquier medio de comunicación. Los funcionarios públicos que faciliten noticias a la prensa serán suspendidos de sus cargos con pérdida de salario. La reincidencia en esta conducta es causal de destitución. Los medios de comunicación tendrán responsabilidad en la difusión de los nombres, fotografías, vídeos o cualquier otro mecanismo de identificación del adolescente. El incumplimiento de esta obligación es penado por el juez a través de la imposición de multas dinerarias de valor financiero.

4.6. El acceso a la información pertinente (artículo 17)

109. No se posee información sobre la producción y difusión de literatura infantil, la difusión en los medios de comunicación de información y materiales para el beneficio social y cultural del niño - Régimen impositivo.

4.7. Protección del niño contra la difusión de material perjudicial para su bienestar

110. El nuevo Código unifica varias disposiciones que ya se encontraban en vigor en el sistema normativo nacional, desarrollando concomitantemente novedosas medidas de protección. En este plano, se insta a los programas de radio y televisión en las franjas horarias susceptibles de tener mayor audiencia de menores a favorecer los objetivos educativos, los valores humanos y los principios del Estado democrático de derecho. En tal sentido, se conmina a evitar la exhibición de programas que promuevan actitudes violentas, delictivas, discriminatorias, pornográficas o que fomenten los vicios sociales.

111. Como principio rector destinado a proteger a los niños y adolescentes de la difusión de programas que pueden afectar su bienestar, se establece: la no incitación a la violencia, a la criminalidad o a la discriminación; que las prestaciones gráficas de publicidad deben mostrarse en forma comprensible y veraz con la realidad; se prohíbe la participación de niños y adolescentes en anuncios publicitarios de bebidas alcohólicas, cigarrillos o cualquier otro producto perjudicial a la salud física o mental; y también se prohíbe la participación de niños y adolescentes en mensajes publicitarios que atenten contra su dignidad, integridad física, psicológica o social. La fiscalización de estas obligaciones es facultad del Instituto Nacional del Menor y del juez competente, en su caso.

4.8. El derecho a no ser sometido a torturas ni a otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes (apartado a) del artículo 37)

112. El derecho penal uruguayo no ha integrado la tortura como un delito autónomo, sin perjuicio de lo cual los actos constitutivos del delito de tortura integran el cuadro de conductas criminalizadas por el derecho interno. El artículo 15 del Código establece la obligación del Estado de proteger a los niños y adolescentes.

113. El Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay (INAU) es un servicio estatal descentralizado, dentro de cuyas competencias primordiales se inscriben ejercer la rectoría en

materia de políticas de niñez y adolescencia y simultáneamente promover, proteger y atender a los niños y adolescentes y sus vínculos familiares con todos los medios a su alcance¹⁰.

114. Sin perjuicio de la amplitud de estos cometidos el Código de la Niñez y la Adolescencia (CNA), aprobado en septiembre de 2004, establece que las acciones del INAU deberán poner énfasis en los niños y adolescentes más desprotegidos y vulnerables.

115. Actualmente, el sistema de atención del INAU brinda cobertura a 60.000 niños y adolescentes en diferentes modalidades de atención, en todo el territorio nacional, a través de la ejecución directa de servicios estatales y mediante la modalidad de convenios con ONG, según se detalla en la información que se anexa.

116. Del análisis de la serie histórica de la información precedentemente expuesta se puede establecer, en términos generales, que en el período analizado se incrementaron los niveles de atención fundamentalmente mediante el aumento de los servicios de atención de tiempo parcial. Esto es, proyectos de atención de niños, niñas y adolescentes en enclave territorial ofreciendo atención diurna o nocturna, según sus requerimientos, respondiendo a diversas modalidades de intervención que no incluyen la internación.

117. Sin perjuicio de ello se debe destacar que el peso relativo de la población atendida en régimen de atención de 24 horas, es decir niños, niñas y adolescentes institucionalizados, se mantuvo en términos porcentuales en valores que oscilan entre el 9 y el 12% del total de la población atendida.

118. Complementariamente, debe consignarse que en valores absolutos la población plenamente institucionalizada creció entre 2000 y 2004, destacándose en ese período un marcado ascenso en 2002 que inicialmente asociamos al año de la mayor crisis socioeconómica del país de los últimos 25 años (INAU, 2005).

Cuadro IX

Evolución de la población del sistema INAME/INAU según modalidad de atención, 2000-2004

Modalidad	Perfil	2000	2001	2002	2003	2004
Tiempo parcial	Tiempo parcial	50.679	55.394	59.395	58.516	74.535
	Educ. especiales	1.185	1.146	1.204	1.326	1.532
	Total tiempo parcial	51.864	56.540	60.599	59.842	76.067
24 horas	Educ. especiales	815	859	839	845	812
	Otros 24 horas	6.117	6.290	6.701	6.931	6.834
	Total 24 horas	6.932	7.149	7.540	7.776	7.646
Total		58.796	63.689	68.139	67.618	83.713

Fuente: SIPI.

Datos: INAME en cifras.

¹⁰ Código de la Niñez y la Adolescencia.

Cuadro X

Evolución de centros de atención del sistema INAME/INAU según modalidad de atención, 2000-2004

Modalidad	Perfil	2000	2001	2002	2003	2004
Tiempo parcial	Tiempo parcial	456	469	472	482	562
	Educ. especiales	19	21	23	23	29
	Total tiempo parcial	475	490	495	505	591
24 horas	Educ. especiales	28	29	27	29	28
	Otros 24 horas	643	648	628	623	637
	Total 24 horas	671	677	655	652	665
Total		1.146	1.167	1.150	1.157	1.256

Fuente: SIPI.

Fuente: INAU, 2005.

a) Servicio de protección Línea Azul del INAU

119. El INAU cuenta con un servicio telefónico gratuito para situaciones de presunto maltrato a niños, niñas y adolescentes. El servicio se denomina Línea Azul, funcionando actualmente de lunes a viernes, de 8.00 a 20.00 horas, siendo su cobertura geográfica de carácter nacional.

120. Su puesta en funcionamiento data del año 1999, habiendo recibido a la fecha 10.333 solicitudes de intervención, siendo terceros los que en su mayoría informan de situaciones de presunto maltrato, y en menor porcentaje el niño, niña o adolescente.

121. Este servicio articula sus intervenciones con actores insertos en la comunidad, así como con todos los servicios del INAU, y ha sido un instrumento más para poder aproximarse a situaciones de extremo riesgo para los niños, niñas y adolescentes.

122. Del análisis histórico del servicio se establece que ha crecido la convalidación de las solicitudes de intervención recibidas, lo que podría estar indicando un mayor nivel de conciencia ciudadana sobre el maltrato y sus consecuencias.

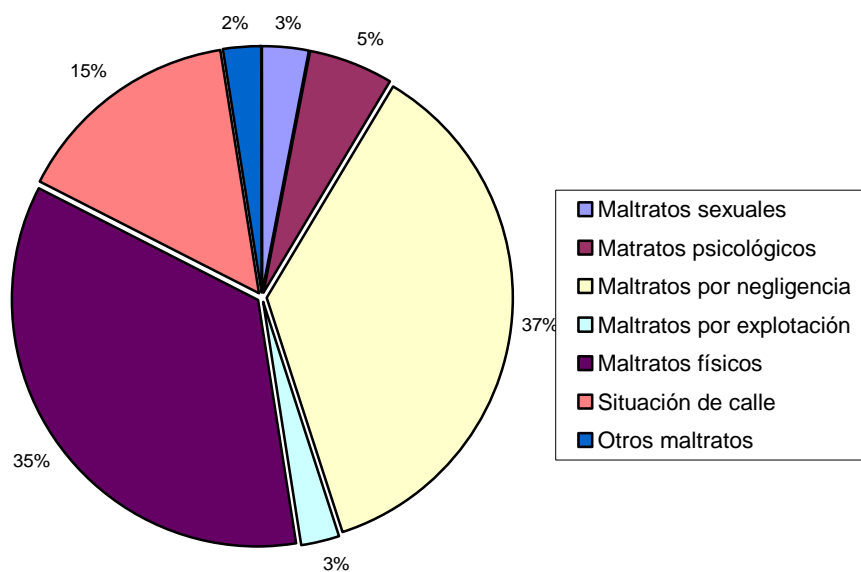
123. Las solicitudes de intervención recibidas se clasifican de acuerdo a las siguientes modalidades de expresión del maltrato infantil:

- Maltrato físico. Se constituye por la agresión física a un niño, niña o adolescente de manera intencional, pudiéndose registrar con intensidad leve, moderada o grave. Asimismo, se la clasifica por su ocurrencia reciente, recurrente o anterior.
- Maltrato psicológico. Se considera como la agresión a la vida afectiva del niño, niña o adolescente, generadora de conflictos múltiples en forma temporal o permanente.
- Maltrato por negligencia. Se considera como la privación de los elementos básicos, cuando se pueden brindar, que permiten garantizar el desarrollo armónico e integral del niño, niña o adolescente.

- **Abuso sexual.** Es la implicación de un niño, niña o adolescente en actividades sexuales ejercidas por adultos que buscan su satisfacción, siendo sus víctimas dependientes, incapaces de comprender el sentido radical de estas actitudes y por lo tanto dar su consentimiento. Esas actividades son además inapropiadas para la edad y su nivel de desarrollo psicosexual, impuestas bajo presión, por la violencia, el chantaje o la seducción.
- **Explotación.** La explotación laboral es considerada cuando el niño, niña o adolescente se integra al ámbito laboral antes de la edad establecida por el Código de la Niñez y la Adolescencia, resintiéndose además su integración educativa. También se considera la explotación sexual comercial como una actividad mercantil que somete al niño, niña o adolescente al trabajo de comercio e industria del sexo. Incluye la utilización de aquéllos en la pornografía y el tráfico con fines sexuales.
- **Niños en situación de calle.** Se considera cuando los niños, niñas o adolescentes, por su estancia permanente en la vía pública, se exponen a situaciones de extrema vulnerabilidad o a las diversas formas de maltrato.

Gráfico III

Intervención del INAU según distintas modalidades de expresión del maltrato infantil



Fuente: INAU-Línea Azul, 2005.

Gráfico IV

Evolución de denuncias de maltrato por edad, según año en la Línea Azul

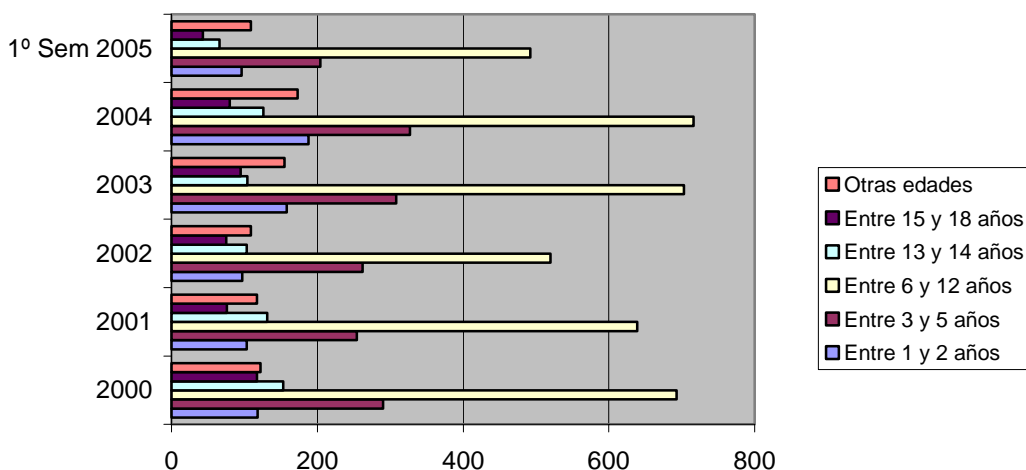
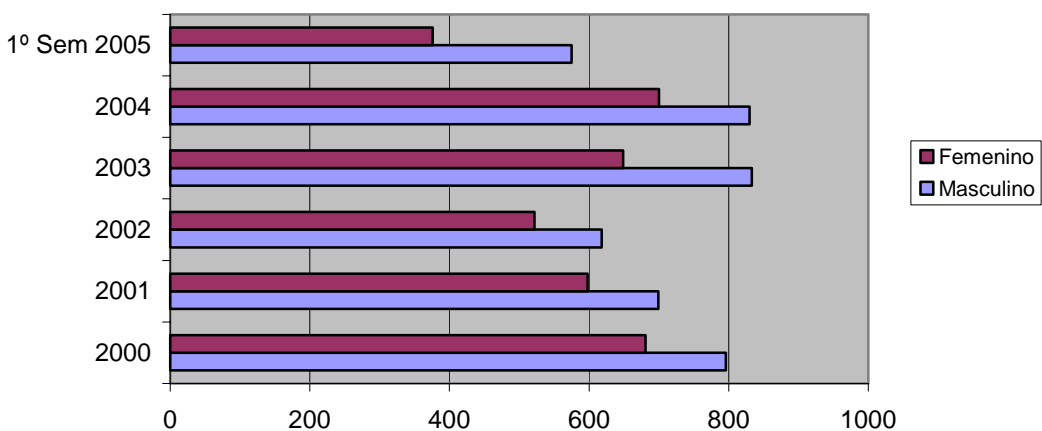


Gráfico V

Evolución de denuncias de maltrato por año y por sexo



124. Del análisis de la información adjunta se puede afirmar que las denuncias se concentraron en los tramos de edad entre 6 y 12 años y entre 3 y 5 años. En cuanto al género, fueron mayoritariamente masculinas. En cuanto al tipo de denuncia, prevaleció la denuncia por negligencia, 37%, seguido del maltrato psicológico, y en tercer lugar la situación de calle, mostrándose una tendencia incremental de esta última desde 2002, probablemente motivada por la crisis económica.

5. ENTORNO FAMILIAR Y OTRO TIPO DE TUTELA (PÁRRAFOS 1 Y 2 DEL ARTÍCULO 5, ARTÍCULOS 18, 9 A 11, 19 A 21, 25, PÁRRAFO 4 DEL ARTÍCULO 27 Y ARTÍCULO 39)

5.1. Dirección y orientación parentales (artículo 5)

125. Las normas jurídicas nacionales regulan los deberes parentales. A este respecto, el Código de la Niñez y la Adolescencia en su artículo 16 fija estos derechos en los siguientes términos: respetar y tener en cuenta el carácter de sujeto de derecho del niño y el adolescente; respetar el derecho a ser oído y considerar su opinión; colaborar para que sus derechos sean efectivamente gozados; prestar orientación y dirección para el ejercicio de sus derechos; corregir adecuadamente a sus hijos y tutelados; solicitar o permitir la intervención de servicios sociales especiales cuando se produzca un conflicto que no pueda ser resuelto en el interior de la familia y que ponga en grave riesgo la vigencia de los derechos del niño y del adolescente; velar por la asistencia regular a los centros de estudio y participar en el proceso educativo, y cumplir con todo otro deber inherente a su calidad de tal. (Falta información de programas de formación de padres.)

5.2. Responsabilidades de los padres (artículo 18, párrafos 1 y 2)

126. En el contexto nacional, todo niño o adolescente tiene derecho hasta la mayoría de edad a recibir de sus padres y responsables la protección para su adecuado desarrollo integral y es deber de éstos proporcionárselo. Las obligaciones que los padres tienen sobre sus hijos son idénticas ya se trate de madre o padre. En este sentido, por ejemplo, la ley determina que quedan obligadas a la prestación de alimentos ambos padres, sin establecer orden de preferencia entre ellos. Estas obligaciones se extienden tanto al caso de la familia biológica como al de la legal (adopción).

5.2.1. Medidas de protección de los derechos amenazados o vulnerables de los niños

127. Cuando los derechos reconocidos a niños y adolescentes se encuentren amenazados o vulnerados, el juez letrado de familia adoptará medidas vigentes de protección. Si las decisiones adoptadas por el juez imponen la protección de los derechos del niño ante su propia familia, el juez queda facultado para imponer: una llamada de atención; orientación, apoyo y seguimiento temporario sociofamiliar a ser prestado por programas públicos o privados reconocidos; obligación de inscribir al niño en un centro de enseñanza, o programas educativos o de capacitación, y observar su asistencia o aprendizaje; como última medida y ante la gravedad del caso puede ordenarse la derivación a un programa público o privado de protección a la familia.

128. El juez actuante puede incluso disponer medidas para ser ejecutadas por el Estado a través del órgano rector en materia de infancia y adolescencia. Así por ejemplo, puede disponerse la integración del niño en un sistema de atención integral diurna o su asistencia médica, psicológica o psiquiátrica ambulatoria en instituciones públicas o privadas.

5.3. La separación de los padres (artículo 9)

129. La ley uruguaya determina como derecho del niño el disfrute de la vida en común con sus padres y su familia¹¹. El artículo 12 determina que la vida familiar es el ámbito adecuado para el mejor logro de la protección integral. Todo niño y adolescente tiene derecho a vivir y crecer junto a su familia y a no ser separado de ella por motivos económicos. La separación sólo puede verificarse cuando, en beneficio del interés superior y en el curso de un proceso legal justo, las autoridades judiciales determinen otra relación personal sustitutiva. En los casos en que sobrevengan circunstancias especiales que determinen la separación del núcleo familiar por divorcio se respetará el derecho del niño a mantener vínculos afectivos y contactos directos con uno o ambos padres, salvo si ello resulta contrario al interés superior del niño. Si un niño o adolescente carece de familia, tiene derecho a crecer en el seno de una familia sustituta o grupo de crianza que será seleccionada, con el objetivo de atender a su bienestar. Sólo en caso de no resultar posibles todas estas alternativas, el niño será ingresado a un establecimiento público o privado, pero se procurará que su estancia sea transitoria.

a) **Derecho del niño de expresar su opinión en los procesos que implican su separación del núcleo familiar**

130. El nuevo Código garantiza bajo la más seria responsabilidad funcional del juez actuante que la opinión del niño sea oída en todo proceso judicial que determine su separación transitoria o permanente del núcleo familiar.

b) **Derecho del niño a mantener vínculo con los padres de los cuales se halle separado**

131. La fijación y determinación de este derecho ha sido claramente establecida por el nuevo Código. A la obligación general establecida por el artículo 12 del Código se agrega en el artículo 38 que todo niño y adolescente tiene derecho a mantener el vínculo con sus padres, abuelos y demás familiares de los que se halle separado. En la determinación del régimen de visitas se oirá en todo caso la opinión del niño. La ley establece como un asunto grave la negativa inmotivada de un padre de permitir la visita del niño al otro padre, así como el incumplimiento del régimen¹² acordado cuando de él mismo se derive una afectación al desarrollo y evolución emocional del niño o adolescente.

c) **Niño o adolescente separado de los padres por exilio, detención, etc.**

132. En la medida que el niño es reconocido como sujeto de derecho, la ley contempla la facultad de interponer un recurso de amparo de sus derechos constitucionales. La acción puede ser deducida por el ministerio público, por cualquier interesado, incluso asociaciones de interés social, o por el niño asistido de curador *ad litem*. En el estado actual de situación el Estado uruguayo goza de institucionalidad democrática plena y en los últimos 18 años no se han

¹¹ Artículo 12 del texto del Código de la Niñez y la Adolescencia.

¹² Artículo 93 del texto de Código.

registrado casos de deportación ni exilios forzados. No existen datos estadísticos sistematizados referentes a situaciones de detención, exilio, deportación o fallecimiento de niños y adolescentes.

5.4. La reunión con la familia (artículo 10)

133. El Estado mantiene una política acorde y respetuosa del principio de reunificación familiar. En los programas especiales de aceptación de refugiados que el Uruguay mantiene con países del continente, se ha puesto en práctica este principio. La tramitación de la solicitud se realiza por el propio interesado, sus familiares u organismos nacionales o internacionales como el ACNUR, y alcanza con la acreditación de los extremos en que se funda el pedido, en particular la circunstancia de separación de la familia. En aplicación del Principio de la Unidad Familiar, consagrado en el anexo I del Acta Final (numeral IV, recomendación B) de la Conferencia de Plenipotenciarios de las Naciones Unidas sobre el Estatuto de los Refugiados y de los Apátridas, que aprobó la Convención de Ginebra de 1951, y su Protocolo Adicional de 1967, ratificados por el Uruguay por Ley nacional N° 13777 de 17 de octubre de 1969, el Uruguay hizo extensivos los derechos del refugiado a sus familias, razón por la cual, en el período 1990-2005 se ha reconocido la calidad de refugiadas a las siguientes personas, de las cuales 12 eran niños a la fecha del reconocimiento (SEDHU: 2005). Esos datos se presentan desglosados en el siguiente cuadro.

Cuadro XI

Total de refugiados niños y fechas de reunificación en el Uruguay (1990-2005)

Refugiado	Fecha Reunificación	Mujeres	Hombres	Niños	Total
1	04.10.90	1		2	3
1	26.06.92	1		1	2
1	20.10.94	1		1	2
1	15.08.96	1		2	3
1	06.02.99	1		5	6
1	29.09.02	1		1	2
6		6		12	18

Fuente: Servicio Ecuménico para la Dignidad Humana (SEDHU), 2005.

5.4.1. Medidas adoptadas para garantizar al niño cuyos padres residan en Estados diferentes el derecho a mantener contacto con ambos padres

134. De acuerdo con lo expresado anteriormente, la ley garantiza el derecho del niño a mantener el vínculo con sus padres, abuelos y demás familiares y consecuentemente a un régimen de visitas con los mismos. Para la determinación de las visitas se propenderá a obtener el común acuerdo de las partes. En caso de desacuerdo, el juez del domicilio del niño o adolescente es el competente para establecer el régimen de visitas a favor de los padres.

5.4.2. Derecho del niño a salir de su país

135. En el Uruguay no existen limitaciones de tipo alguno para que las personas abandonen el país. En la práctica, a raíz de la crisis económica nacional, un número significativo de nacionales ha resuelto emigrar. A pesar de ello, la legislación no ha sometido estas salidas a ningún tipo de restricciones. El nuevo Código, en su artículo 191 y siguientes, regula las autorizaciones de viaje de los menores que viajen con sus padres, solos o en compañía de terceros.

5.5. Traslados ilícitos y retención (artículo 11)

136. El Código de la Niñez y la Adolescencia contiene una innovación importante al regular los deberes del Estado respecto a la protección de los derechos del niño. A este respecto, el principio general es que el Estado protegerá los derechos de todos los niños sujetos a su jurisdicción independientemente del origen étnico, nacional o social, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, la posición económica, los impedimentos psíquicos o físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño o de sus representantes legales. Como obligación especial a cargo del Estado, el artículo 15 del texto establece que el Estado tiene la obligación de proteger a los niños y adolescentes de las siguientes situaciones: cualquier forma de abandono, abuso sexual o explotación de la prostitución; hostigamiento, segregación o exclusión en lugares de estudio, esparcimiento o trabajo; explotación económica o cualquier tipo de trabajo nocivo para su salud, educación o su desarrollo físico, espiritual o moral; tratos crueles, inhumanos o degradantes; estímulo al consumo de tabaco, alcohol, inhalantes y drogas; situaciones que pongan en riesgo su vida o inciten a la violencia como el uso o comercio de armas; situaciones que pongan en peligro su seguridad, como detenciones o traslados ilícitos; y situaciones que pongan en peligro su identidad, como adopciones ilegítimas y ventas.

137. En la práctica social, los escasos casos registrados en materia de traslados ilícitos de niños se deben a la existencia de adopciones ilegales que esconden tras de sí organizaciones dedicadas al tráfico de niños con estos fines. En este sentido, también el nuevo Código regula *in extenso* las condiciones que deben acreditarse en caso de adopción y la superintendencia que realiza el Instituto Nacional del Menor acerca de la regularidad del procedimiento. Otra medida que coadyuvará a estos fines es la creación de un Registro Nacional de Adopciones nacionales e internacionales, a efectos de controlar los procedimientos. Por su parte, la salida del país del niño o adolescente adoptado sólo podrá efectivizarse luego de mediar autorización judicial y en compañía de uno o ambos padres adoptantes. En el Ministerio del Interior, autoridad competente en el Uruguay en el control del traslado ilícito de niños, no existen datos oficiales referentes a estas situaciones¹³.

5.6. El pago de la pensión alimenticia (párrafo 4 del artículo 27)

138. Bajo el concepto de alimentos la ley nacional incluye las prestaciones monetarias o en especie que resulten satisfactorias para contribuir al sustento, habitación, vestimenta, atención médica y gastos necesarios para adquirir una profesión u oficio, educación, cultura y recreación. La prestación de alimentos es proporcional a las posibilidades económicas de los obligados y las

¹³ Información suministrada por el Ministerio del Interior.

necesidades de los beneficiarios, niños o adolescentes. Se consideran beneficiarios de la prestación de alimentos los niños y adolescentes menores de 18 años, y los mayores de 18 y menores de 21 años, que no dispongan de medios de vida propios y suficientes para su decente sustentación. En caso de hijos con capacidad diferente, esta obligación subsiste cualquiera sea su edad. Están obligados legalmente a la prestación de alimentos: a) los padres biológicos, legales o los adoptantes; b) los ascendientes más próximos con preferencia los del progenitor obligado; c) los hermanos legítimos o naturales con preferencia los de doble vínculo sobre los de vínculo simple, y d) los tíos.

5.7. Los niños privados de su medio familiar (artículo 20)

139. En aquellos casos en que los derechos del niño se hallen amenazados en cualquier forma, el juez letrado de familia tomará las decisiones urgentes para poner al niño bajo resguardo. En aquellos casos en que resulte que la amenaza proviene del seno familiar, el niño podrá ser colocado en el hogar de una familia o persona seleccionada por el Instituto Nacional del Menor. Estas medidas integran los programas de alternativa familiar transitoria. La separación definitiva del niño de su familia de origen sólo puede ser decretada por orden judicial, luego del informe de un equipo técnico especializado. La derivación de un niño privado de su núcleo familiar a un centro de atención permanente del Estado es señalada por la ley como medida de último recurso, subsidiaria de todas las otras alternativas referidas *ut supra*.

5.8. La adopción (artículo 21)

140. La legislación interna reconoce dos tipos de adopción: la adopción simple y la adopción plena.

a) Adopción simple

141. La adopción se permite a toda persona mayor de 25 años cualquiera sea su estado civil y siempre que tenga una diferencia de edad de 15 años más que el adoptado. En caso de adopción por matrimonio, éstos deben tener un año de casados y haber tenido al niño a su cargo por el mismo tiempo. Para el cómputo del plazo se tomará en cuenta el caso del concubinato estable previo al matrimonio. Puede ser adoptado todo niño o adolescente que otorgue su consentimiento a la adopción. En caso de niños sometidos a patria potestad será necesario contar con el consentimiento de quienes la ejercen. Son competentes para conocer en las pretensiones de adopción el juzgado letrado de familia del domicilio del adoptante. Previo a la concesión de la adopción, el Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay, en su carácter de órgano rector en materia de infancia, presentará al juez una evaluación sobre las condiciones personales del o de los adoptantes, su estabilidad familiar y toda otra circunstancia que constituya un elemento valorativo acerca de la conveniencia de conceder o no la adopción.

b) Legitimación adoptiva

142. La legitimación adoptiva se permite a favor de todo niño o adolescente abandonado, huérfano de padre y madre, niños internados en el INAU o hijos de padres desconocidos, o legítimos cuando fuere solicitado por el padre o madre. Este tipo de adopción se permite además respecto de niños abandonados por un progenitor cuando fuera solicitada por el otro, conjuntamente con el cónyuge con el que ha contraído nuevo matrimonio.

143. En caso de existir hermanos en situación de abandono se propenderá a su integración conjunta a la familia adoptiva. Podrán solicitar la adopción: a) cónyuges con cuatro años de casados mayores de 25 años con 15 años más de edad que el adoptado y que hubieran tenido al menor bajo su guarda por un término no inferior a un año; b) viudo o viuda, o los esposos divorciados, cuando la guarda hubiere comenzado durante el matrimonio y se complete después de la disolución de éste. Tanto la diferencia de edad como otras condiciones establecidas pueden ser flexibilizadas teniendo en cuenta las condiciones del caso. La adopción es resuelta por los jueces de familia, previa opinión del INAU.

c) Adopción internacional

144. La adopción internacional es una solución subsidiaria, ya que la ley impone al INAU y a las demás autoridades con competencia en materia de adopción a preferir la ubicación de niños en hogares de cuidado o familias que lo requieran dentro del territorio nacional. En caso de no resultar posible, sólo se realizarían adopciones internacionales con países cuyas normas en materia de protección de niños o adolescentes tengan una razonable equivalencia con las del Uruguay.

145. Pueden ser adoptantes los extranjeros unidos en matrimonio por un período no inferior a cuatro años y que hayan convivido con el niño en el territorio nacional, aun en forma alternada, por un período no inferior a seis meses.

146. El otorgamiento de la adopción es competencia de los jueces de familia del domicilio del adoptado.

5.9. Examen periódico de las condiciones de internación (artículo 25)

147. El nuevo Código del Niño ha establecido como principio la revisión periódica de las condiciones de internación de menores. Los casos de niños internados en hogares, programas o proyectos de organizaciones no gubernamentales bajo sistema de convenio con el Instituto Nacional del Menor serán fiscalizados en forma periódica.

148. Dicha fiscalización será efectuada por asistentes sociales u otros profesionales que evaluarán la situación en que se encuentran los niños, el trato y formación que reciben de acuerdo con las obligaciones que les incumbe. El INAU puede formular observaciones y/o denuncias cuando se constaten violaciones a los derechos del niño, o cualquier irregularidad o delito.

149. Por su parte, en caso de niños sujetos a medidas socio-educativas privativas de libertad por infracciones gravísimas el Juez podrá decretar el cese o sustitución de las medidas cuando lo aconsejen los informes técnicos correspondientes.

5.10. Los abusos y el descuido, incluida la recuperación física y psicológica y la reintegración social (artículo 39)

150. Como ya fuera señalado en la presentación oral, el Uruguay tipificó el delito de violencia doméstica¹⁴. El 9 de julio de 2002, el Parlamento nacional aprobó un plan nacional contra la violencia doméstica. La ley define como violencia doméstica toda acción u omisión, directa o indirecta, que por cualquier medio menoscabe, limitando ilegítimamente, el libre ejercicio o goce de los derechos humanos de una persona causada por otra con la cual tenga o haya tenido una relación de noviazgo, o con la cual tenga o haya tenido una relación afectiva basada en la cohabitación y originada por parentesco, matrimonio o por unión de hecho. Se definen como manifestaciones de violencia doméstica: violencia física, violencia psicológica o emocional, violencia sexual, violencia patrimonial. Tienen legitimación para dar noticia del hecho al juez cualquier persona que tenga conocimiento del hecho, pudiendo comparecer al juicio como terceros.

151. En toda cuestión de violencia doméstica, el juez de oficio, o a petición del ministerio público o de parte, deberá disponer medidas tendientes a la protección de la víctima. El Código establece que pueden disponerse como medidas cautelares: retiro del agresor de la residencia común; disponer el reintegro al domicilio de la víctima; prohibir, restringir o limitar la presencia del agresor en el domicilio, lugar de trabajo, estudio u otro que frecuente la víctima; prohibir al agresor comunicarse, relacionarse, entrevistarse o desarrollar cualquier conducta similar con relación a la víctima; incautar las armas que el agresor tuviere en su poder y prohibir su futura tenencia; fijar una pensión alimenticia provisional a favor de la víctima; disponer la asistencia obligatoria del agresor a programas de rehabilitación.

152. De acuerdo al artículo 18 de la citada ley y para prevenir la victimización secundaria se prohíbe la confrontación o comparecimiento conjunto de la víctima y el agresor en caso de niñas, niños y adolescentes de menos de 18 años.

a) Mecanismos institucionales de denuncia ciudadana

153. El Ministerio del Interior, a través de una línea telefónica, organizó un servicio comunitario de acceso directo a víctimas de la violencia. Este servicio, llamado SOS Niños, en actividad desde 1999, tiene cobertura de la zona metropolitana de Montevideo, comprendiendo un total de 1.700.000 personas. El servicio se integra con un equipo técnico compuesto por psicólogos, asistentes sociales y policías comunitarios.

¹⁴ Artículo 321 del Código Penal incorporado por el artículo 18 de la Ley N° 16707 de 1995: "El que por medio de violencias o amenazas prolongadas en el tiempo, causare una o varias lesiones personales a personas con las cuales tenga o haya tenido una relación afectiva o de parentesco con independencia de la existencia de vínculo legal, será castigado con una pena de seis a veinticuatro meses de prisión. La pena será incrementada de un tercio a la mitad cuando la víctima fuere una mujer y mediaren las mismas circunstancias y condiciones establecidas en el inciso anterior. El mismo agravante se aplicará si la víctima fuere un menor de 16 años o una persona que por su edad y otras circunstancias tuviera su capacidad física o psíquica disminuida y que tenga con el agente relación de parentesco o cohabite con él".

154. El procedimiento de atención implica la recepción de la llamada por personal especializado y la derivación al equipo técnico, quien determina si va a ser atendido en el SOS Niños o derivado a una institución externa. En caso de considerar del caso la atención en SOS Niños, el equipo técnico concurre al domicilio para verificar la veracidad de lo planteado telefónicamente. En la Dirección Nacional de Prevención Social del Delito se implementó un sistema de trabajo con base en entrevistas para realizar diagnósticos de casos. De esa forma, cuando los hechos revelaban la existencia de delito se daba cuenta a la justicia competente¹⁵.

b) Prevención y difusión de prevención de violencia doméstica

155. El Ministerio del Interior, con apoyo de la cooperación internacional implementó el programa de seguridad ciudadana desde 1998. En este marco, uno de los principales ejes de acción política fue el de la violencia doméstica.

156. El Programa financió distintos tipos de materiales de difusión pública, como:

- 500 ejemplares del libro *Violencia familiar, una aproximación multidisciplinaria*;
- 1.000 ejemplares de la *Guía uruguaya para operadores sociales*, auspiciada por el UNICEF, el Foro Juvenil y el Instituto Nacional de la Juventud;
- Folletos de información de calle, con los servicios a que puede recurrir en caso de violencia, que fue distribuido en los sectores educativos, centros de salud, seccionales policiales y ONG;
- Folletos informativos, producidos con la cooperación de la Embajada Británica, instalados en refugios peatonales de paradas de ómnibus, y con información sobre las 24 seccionales de policía de Montevideo dedicadas a la atención de personas afectadas por violencia doméstica.

c) Capacitación sobre violencia doméstica

157. En el Uruguay se implementaron diversos planes de capacitación dirigidos a distintos segmentos de funcionarios públicos, como el sector de la salud, educación, policía y judicial. También participaron actores de la sociedad civil y académicos.

158. Algunos de los programas de capacitación implementados más relevantes fueron:

- "Atención en crisis y criterios de derivación", dirigido a sectores de la salud, educación, policial y judicial, a cargo de la ONG Mujer Ahora;
- "Capacitación en intervención de primer apoyo a personas involucradas en violencia doméstica", dirigido a funcionarios del sector salud a cargo de la Facultad de Psicología de la Universidad Católica.

¹⁵ Por motivo del cambio de gobierno en Uruguay desde el 1º de marzo de 2005, muchos de estos servicios están en proceso de reorganización institucional.

d) Sistematización de proyectos implementados sobre violencia familiar

159. A continuación se describen algunos de los principales proyectos implementados en el período analizado en el Uruguay.

Subprograma D: violencia familiar - apoyo a proyectos		
Institución/Proyecto	Resultados esperados al final del proyecto	Resultados alcanzados a abril del 2001
Arcoiris Fin: Servicio de atención directa a niños, niñas y adolescentes (3 a 15 años) víctimas de violencia, maltrato y abuso sexual. Formar y capacitar personas que trabajen con dicha población Duración: 36 meses Costo total: 41.000 dólares EE.UU. Inicio: diciembre de 1998	Servicio de atención a 210 niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato/abuso sexual	345 niños, niñas y adolescentes atendidos
	Servicio de atención a 120 padres o adultos Referentes de víctimas de maltrato y abuso sexual	249 adultos referentes vinculados al maltrato o abuso sexual atendidos
	120 técnicos capacitados en detección precoz y primer abordaje a situaciones de maltrato y abuso sexual a niños, niñas y adolescentes	51 técnicos capacitados
Plemmu Fin: Brindar asesoramiento psicológico y jurídico, orientación y derivación a la mujer mayor de 14 años, víctima de violencia, de las zonas de Pando mediante la creación de un Centro de Atención en Violencia. Extender el servicio telefónico que se presta en Montevideo a Canelones, para la recepción, continentación y derivación Duración: 36 meses Costo total: 150.040 dólares EE.UU.	Servicio de atención y asesoramiento en Pando a 1.200 mujeres víctimas de violencia funcionando	424 mujeres atendidas en Pando
	Servicio de atención y asesoramiento en Ciudad de la Costa a 1.200 mujeres víctimas de violencia funcionando	456 mujeres atendidas en Ciudad
	Extensión del servicio telefónico de atención y asesoramiento y derivación a 1.500 mujeres víctimas de violencia a Canelones	Este convenio se rescindió por acuerdo entre partes
Casa de la Mujer de la Unión Fin: Sistema de asistencia integral, promoviendo cambios en la calidad de vida de las víctimas, capacitándolas e insertándolas en el mercado laboral, estimulando su autoestima para la elaboración de proyectos de vida independientes Duración: 36 meses Costo total: 105.000 dólares EE.UU. Inicio: febrero de 1999	Servicio de atención psicosocial y legal a 1.500 mujeres víctimas de violencia familiar y sexual	2.028 mujeres asistidas
	Orientación a mujeres víctimas de violencia para ingreso al mercado de trabajo	139 mujeres anotadas en la bolsa a diciembre de 2000 35 mujeres ingresan al mercado laboral a diciembre de 2000

Subprograma D: violencia familiar - apoyo a proyectos		
Institución/Proyecto	Resultados esperados al final del proyecto	Resultados alcanzados a abril del 2001
Comuna Mujer - IMM Fin: Potenciar el programa Comuna Mujer de la IMM, destinado a mujeres de sectores populares en las zonas 9, 12 y 18 de Montevideo, y sus correspondientes servicios de atención gestionados por convenio con ONG y la capacitación a mujeres pertenecientes a organismos barriales Duración: 36 meses Costo total: 134.400 dólares EE.UU. Inicio: marzo de 1999	Servicios de atención psicosocial y jurídica a mujeres víctimas de violencia familiar funcionando en los CCZ 9, 12, 18 Psicosocial: CCZ 9: 1.200 consultas CCZ 12: 1.034 consultas Jurídica: CCZ 18: 1.560 consultas	CCZ 9: 649 consultas desde mayo de 1999 CCZ 12: 703 consultas desde febrero de 1999 CCZ 18: 1.222 consultas desde mayo de 1999
	Programa de capacitación a 30 mujeres integrantes de comisiones vecinales, concejos y juntas locales en violencia familiar	3 cursos de capacitación para 41 agentes comunitarios
El faro-foro juvenil Fin: Servicio asistencial a mujeres en situación de violencia y abuso sexual, fundamentalmente en el caso de mujeres jóvenes, incrementar la sensibilización, crear un abordaje hacia los agresores Duración: 36 meses Costo total: 60.000 dólares EE.UU. Inicio: diciembre de 1998	Servicio de atención para 1.350 adolescentes víctimas de maltrato	1.037 jóvenes atendidos
	Capacitación de 150 agentes comunitarios	111 agentes capacitados
	Línea de abordaje dirigida a 56 agresores implementada para que se involucren en el proceso de atención	37 agresores involucrados
Mujer ahora Fin: Contribuir a erradicar la violencia a través de acciones de prevención, atención y capacitación a agentes comunitarios Duración: 36 meses Costo total: 129.000 dólares EE.UU. Inicio: abril de 1999	Servicio de atención psicosocial y legal a 1.200 mujeres en situación de violencia doméstica	821 mujeres atendidas
	400 agentes comunitarios capacitados en prevención y atención primaria de violencia doméstica	410 agentes capacitados

Subprograma D: violencia familiar - apoyo a proyectos		
Institución/Proyecto	Resultados esperados al final del proyecto	Resultados alcanzados a abril del 2001
Centro de asistencia a las víctimas de violencia familiar - DNPD Fin: Creación de una red de instituciones en el área metropolitana de Canelones que permita la descentralización del servicio brindado por el Centro Duración: 36 meses Costo total: 72.000 dólares EE.UU. Inicio: mayo de 1999	Cursos de capacitación para 275 operadores que integran las instituciones	144 egresados de operadores capacitados
	Servicio de apoyo técnico dirigido a instituciones adheridas para 1.050 casos atendidos por ellas	376 casos atendidos como apoyo técnico 55 casos atendidos por derivación de las instituciones
Mujer y sociedad Fin: Fortalecer la autoestima de las víctimas a través de la divulgación popular de sus derechos y aproximarlas a la efectividad de los mismos, con la creación de nuevos consultorios jurídicos que brindan asistencia y seguimiento y la capacitación, mediante talleres en prevención, a promotoras legales Duración: 36 meses Costo total: 23.000 dólares EE.UU. Inicio: abril de 1999	Servicio de asistencia jurídica y psicológica a 2.200 mujeres	647 mujeres atendidas
	Capacitación a 210 promotoras legales	143 promotoras legales capacitadas
PNEL - Albergue de mujeres Fin: Responder a las necesidades de tipo habitacional y laboral de familias donde por lo menos uno de sus miembros ha delinquido, mediante un albergue transitorio y la implementación de talleres de capacitación laboral Duración: 48 meses Costo total: 159.000 dólares EE.UU. Inicio: abril de 1999	84 núcleos familiares albergados con un promedio de 4 meses de estadía	50 núcleos familiares albergados con un promedio de 4 meses de estadía
	36 soluciones habitacionales para mujeres y grupo familiar	33 soluciones habitacionales para mujeres y grupo familiar
	Taller de costura para capacitación de 30 mujeres y producción	18 mujeres capacitadas en costura, y 14 participando de la capacitación
	36 soluciones laborales para mujeres	45 soluciones laborales; como por ejemplo, empleadas en servicio doméstico o funcionarias de servicio en la Escuela Chile y Caja Policial

Fuente: Ministerio del Interior, Programa de seguridad ciudadana, 2004.

6. SALUD BÁSICA Y BIENESTAR (ARTÍCULO 6, PÁRRAFO 3 DEL ARTÍCULO 18, ARTÍCULOS 23, 24 Y 26 Y PÁRRAFOS 1 A 3 DEL ARTÍCULO 27)

6.1. Niños impedidos (artículo 23)

160. En el nuevo Código se reconoce el derecho del niño con capacidad diferente, psíquica, física o sensorial, a vivir en condiciones que aseguren su participación social y el acceso efectivo a la educación, la cultura y el trabajo.

161. Para llevar adelante estos derechos el Estado reconoce la necesidad de implementar políticas sociales básicas, complementarias, de protección especial, de carácter integral que respondan a la diversidad de realidades y favorezcan una mejor coordinación entre el Estado y la sociedad civil.

162. El artículo 22 del Código establece como líneas de acción de las políticas de atención a la niñez y la adolescencia la existencia de: políticas sociales básicas que hagan efectivo los derechos consagrados en la Constitución de la República para todos los niños y adolescentes; programas de atención integral para aquellos que lo necesiten por carencia temporal o permanente, niños y adolescentes con capacidad diferente, situación de desamparo o marginalidad; programas y servicios especiales de prevención y atención médica y psicosocial a las víctimas de negligencia, maltrato, violencia o explotación laboral o sexual; programas de garantía para la protección jurisdiccional de los niños en conflicto con la ley y de educación para la integración social; programas de promoción de la niñez en el área deportiva, cultural y recreativa; sistemas de indicadores de desarrollo del niño, respetando el derecho a la privacidad.

6.2. Niños impedidos y proceso educativo

163. No se tiene conocimiento de la existencia de datos oficiales en el Uruguay sobre niños impedidos.

6.3. La salud infantil en el contexto histórico uruguayo (artículo 24)

164. Desde épocas muy tempranas, en el marco del Estado de bienestar forjado a inicios de siglo y luego en su segunda etapa de los años cincuenta, el Uruguay pudo caracterizarse y contar con indicadores de salud maternoinfantil altamente favorables, motivado por una natalidad baja y un desarrollo importante de los servicios de salud extensos a la mayoría de la población (UNICEF: 2004b). Sin embargo, la crisis estructural del Estado de bienestar, ya insinuada en los años sesenta y profundizada en las décadas de los setenta y ochenta, más las transformaciones en la sociedad y el Estado en el contexto de las reformas de los años noventa, produjeron impactos sobre esos indicadores y colocaron al país frente a un problema dimensionado que no había tenido que enfrentar con anterioridad.

165. A continuación, tomando como base un trabajo del UNICEF, primordialmente se presentan datos más recientes sobre distintos indicadores: mortalidad infantil, nutrición, cobertura de servicios de salud, lactancia materna y VIH.

6.3.1. Mortalidad infantil

166. En el Uruguay, la mortalidad infantil, indicador que se asocia fuertemente con el nivel sanitario y el bienestar de la población, ha tenido por años una sostenida tendencia a la baja. Las cifras más recientes muestran esa tendencia. Sin embargo, el descenso de la mortalidad infantil en el Uruguay ha sido más lento que el producido en otros países de la región como Chile y Cuba, que tienen características sociodemográficas similares a las nacionales (UNICEF: 2004b). Inclusive, el país no ha conseguido abatir la tasa de mortalidad infantil (TMI) al nivel de estos mismos países. En 2001, la misma era de 13,9 por 1.000 nacidos vivos, que equivale a 721 niños en términos absolutos, en un total de unos 52.000 nacimientos anuales. La TMI estimada de 2002 mostró un nuevo descenso, ubicándose en torno de los 13,5 por 1.000 nacidos vivos. En el cuadro XII se muestra la evolución de la tasa de mortalidad infantil, desagregada en sus componentes neonatal y posneonatal, en los cinco años de 1998 a 2002.

Cuadro XII**Tasa de mortalidad**

(Por 1.000 nacidos vivos)

	Infantil	Neonatal	Posneonatal	Menores de 5 años (TMM5)
1998	16,5	8,7	7,9	19,0
1999	14,4	8,5	5,9	16,9
2000	14,1	7,9	6,2	16,5
2001	13,9	7,9	5,9	16,3
2002	13,5	s.d.	s.d.	16,0

167. El análisis del cuadro muestra el constante descenso de ambas tasas, la neonatal y la posneonatal, en el período 1998-2002.

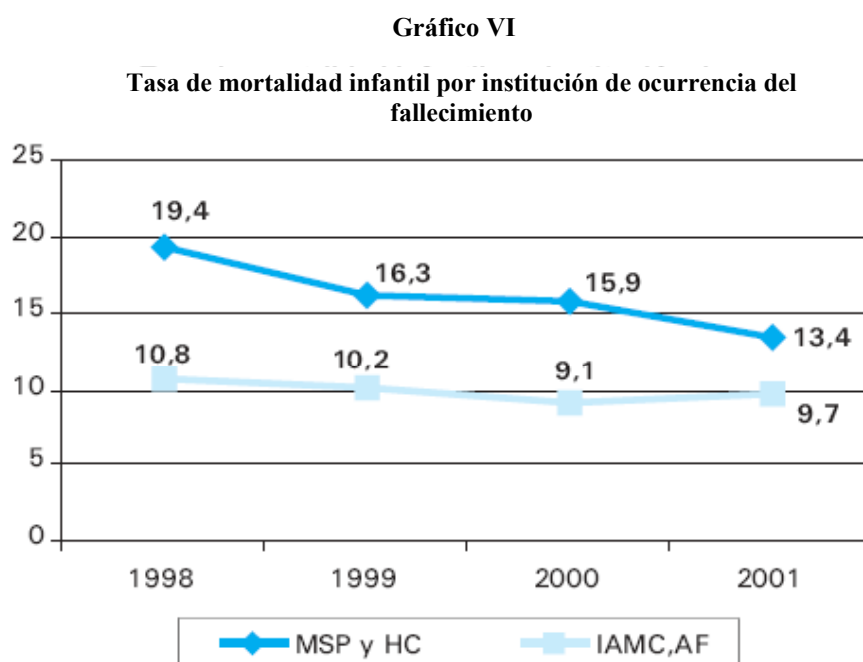
168. El descenso de la tasa de mortalidad infantil neonatal se explica fundamentalmente por las mejoras alcanzadas en la atención del parto y en el período inmediato posterior a éste. El descenso de la tasa de mortalidad infantil posneonatal se explica por las mejoras sucedidas en materia de atención de la madre y el niño cuando abandonan el servicio de salud (cf. *op. cit.*, en UNICEF: 2004b).

169. Esto muestra que para lograr mayores descensos en la TMI se debe trabajar en ambos componentes, neonatal y posneonatal, lo cual significa acciones para un mejor control de la mujer embarazada y el seguimiento de la madre y del niño posterior al parto (cf. *op. cit.*, UNICEF: 2004b, pág. 25).

6.3.2. Mortalidad infantil y cobertura de los servicios de salud

a) Niños de 0 a 5 años

170. Un factor influyente en la mortalidad infantil es el de la cobertura de los servicios de salud. Es notoria la brecha existente entre la población usuaria del sistema de salud público y la del sistema privado. La TMI se ha comportado en el Uruguay de forma diferente según se trate de uno u otro. Así por ejemplo, a nivel del sector público, en el año 2001 fue del 13,4 por 1.000 nacidos vivos, mientras que en el sector privado fue del 9,7 (*op. cit.*, pág. 26). La evolución de ambas tasas en el sector público y en el privado se muestra en el gráfico a continuación.



Fuente: Datos analizados por el UNICEF (2004).

171. El gráfico anterior muestra que en 1998 la diferencia entre ambos sectores era aún mayor. La TMI del sector público era del 19,4 mientras que la TMI del sector privado era del 10,8. Según el UNICEF, la reducción de esta brecha se debe a una disminución de la TMI del sector público (*op. cit.*, pág. 27). En ese mismo estudio del UNICEF se concluye, si bien de forma provisoria, que hasta que no sea posible profundizar más en el análisis se podría sostener que la tasa de mortalidad infantil neonatal experimentó una disminución en el sector público y un estancamiento en el sector privado (cf. *op. cit.*, pág. 27).

172. Por otro lado, se pueden agregar otros datos y consideraciones. En primer lugar, que si bien existe en el país la posibilidad de recibir atención médica en el sector público para toda la población que no accede a otro tipo de cobertura, en la Encuesta Continua de Hogares (ECH) un 2,8% de los niños de 0 a 5 años declaran carecer de cobertura (cf. UNICEF: 2004b, pág. 31). La evolución del porcentaje de niños de 0 a 5 años sin cobertura en el Uruguay se presenta en el próximo cuadro.

Cuadro XIII

Porcentaje de niños sin cobertura de salud

1998	2,3
1999	2,9
2000	2,3
2001	2,8
2002	2,8

Fuente: elaborado por el UNICEF a partir de datos de la ECH del INE.

173. Sin embargo, sería necesario indagar más en las razones de esta aparente contradicción por la que una parte de la población declara no tener cobertura cuando en principio ésta es universal. Se carece de datos precisos al respecto. Pero una interpretación (UNICEF: 2005b) es que es muy probable que "las dificultades económicas que padecen gran número de hogares interfieran con un adecuado acceso a los servicios de salud (costo de transporte, oportunidad, etc.)" (cf. *op. cit.*, pág. 31). Y además, la profunda crisis del sistema de asistencia médica en el Uruguay, agudizada por la alta migración de usuarios hacia el sistema público producto de la crisis del país, generó una "incertidumbre de "no cobertura" que habría generado una pérdida en la calidad de los servicios"... y que afectó el acceso a la salud de niños y niñas de 0 a 5 años de edad.

b) Niños de 6 a 12 años

174. Se poseen escasos datos sobre la situación en el Uruguay de los niños en este tramo etario. La mortalidad deja de ser significativa al compararla con la primera infancia: entre los 5 y 9 años en 2001 fallecieron 66 niños en todo el país, lo que representa una tasa de 24 por 100.000 niños. Sin duda es mucho lo que resta por conocer sobre este tramo etario en lo referente a atención, enfermedades, etc. Si se analizan, por ejemplo, las causas de mortalidad, lo que se encuentra es que comienza a observarse un aumento de los fallecidos por causas externas. En los últimos años, entre un 30 y un 50% de las muertes se producen por accidentes de diversa índole (cf. UNICEF: 2004b, pág. 33). La evolución de la tasa de mortalidad infantil de niños de 5 a 9 años de edad es presentada en el cuadro siguiente.

Cuadro XIV

Tasa de mortalidad, tasa de mortalidad por causas externas y relación entre causas externas de mortalidad y mortalidad general en niños de 5 a 9 años de edad

(Por 100.000 habitantes)

	General (1)	Por causas externas (2)	Relación entre causas externas y general (2/1)
1998	25	9	0,4
1999	27	12	0,5
2000	20	6	0,3
2001	24	10	0,4

Fuente: elaborado por el UNICEF a partir de datos del MSP.

175. También los análisis referentes al grupo de niños de 0 a 5 años sobre la cobertura de salud es trasladable a este grupo etario. Los datos del INE muestran que un 3,3% de los niños en este tramo de edad responden no contar con una cobertura de salud (cf. UNICEF: 2004b, pág. 33). La evolución de esos datos se reproduce a continuación en el siguiente cuadro.

Cuadro XV

Porcentaje de niños sin cobertura de salud

1998	3,8
1999	4,3
2000	3,7
2001	3,4
2002	3,3

Fuente: Elaborado por el UNICEF a partir de datos de la ECH del INE.

c) Niños/adolescentes de 13 a 17 años

176. Tal como ya hemos mencionado en relación con los otros grupos de edad, la CDN protege el derecho de niños y adolescentes a gozar del más alto nivel posible de salud y a un acceso adecuado a los servicios de salud. La adolescencia es un período de la vida con particulares necesidades desde el punto de vista de la salud. Sin embargo, la visión predominante es que ello no es así ya que los jóvenes no tienen mayores problemas de salud en esta etapa de la vida. Esta visión se suma a la ya mencionada de relativa "invisibilidad" de los adolescentes para la sociedad adulta. Una consecuencia de ello es que prácticamente no existe una oferta específica de servicios de salud dirigida a atender las demandas particulares de esta etapa de la vida. Los servicios de salud suelen restringirse a la atención obstétrica en la adolescencia o al área de salud mental. Pero no existe una respuesta adecuada a los otros requerimientos de salud específicos de los adolescentes. Éstos deben transitar directamente de la etapa infantil a la adulta, lo que constituye una clara expresión de que el sistema de salud no reconoce una especificidad a la adolescencia.

6.3.3. El peso de los niños al nacer y la mortalidad infantil

177. El bajo peso al nacer implica un riesgo importante para la supervivencia del niño, por lo que la mortalidad infantil guarda una relación estrecha con el peso del recién nacido. Este indicador en cierta forma mide el riesgo de mortalidad del niño ya que resume parte de la historia social y de salud de la madre. El peso al nacer, la lactancia materna y la condición socioeconómica de las familias son quizás los tres principales factores que predicen la prevalencia de la desnutrición. (cf. *op. cit.*, pág. 28)¹⁶.

¹⁶ En el Uruguay, el organismo encargado de realizar anualmente las mediciones para evaluar el estado nutricional de los niños menores de 5 años es el Sistema de Vigilancia del Estado Nutricional (SISVEN) del Departamento de Nutrición del Ministerio de Salud Pública (MSP).

178. En el cuadro siguiente se presenta la evolución desde 1998 hasta 2001 de los datos de recién nacidos con bajo peso al nacer, donde se puede concluir que en 2001 el porcentaje de niños con bajo peso al nacer se incrementó, situándose en 8,2%, y alcanzó su máximo en 2003, con un 9%. Estos datos fueron presentados por el Programa de atención al niño del Ministerio de Salud Pública (2005).

Cuadro XVI

Porcentaje de recién nacidos con peso al nacer menor a 2.500 gramos

Año	Nacimientos	Bajo peso	Porcentaje
1999	54.004	4.269	7,9
2000	52.770	4.010	7,6
2001	51.959	4.506	8,2
2002	51.953	4.156	8,0
2003	50.631	4.557	9,0
2004	50.052	4.304	8,6

Fuente: Programa de atención al niño, MSP, 2005.

6.3.4. Desnutrición y mortalidad infantil

a) Niños de 0 a 5 años

179. En 2002 y 2003, la desnutrición infantil volvió a ser tema de preocupación en la agenda pública nacional, luego de un período en que ello no ocurría. Algunos analistas han interpretado este fenómeno como impacto de la crisis económica de 2002; sin embargo, otros entienden que el fenómeno de la desnutrición no necesariamente cambia en forma inmediata ante la coyuntura económica. También algunos especialistas entienden que no es posible reducir la desnutrición a "un problema de alimentación del propio niño" sino que la enfocan como un indicador "de otro conjunto de problemas del niño, de su madre, su familia y su ambiente" (UNICEF: 2004b, pág. 28).

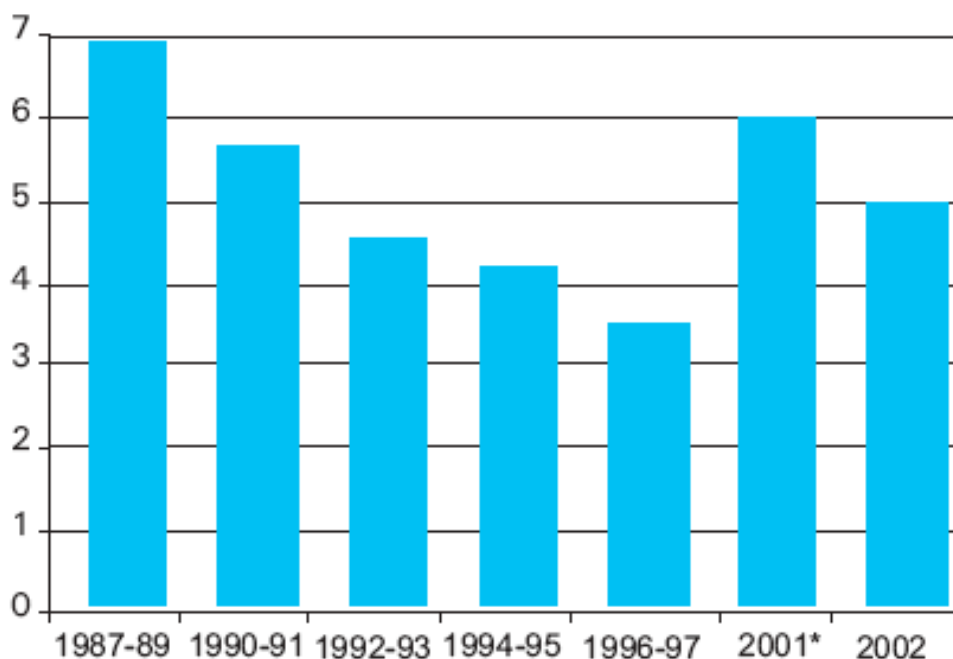
180. En el Uruguay, entre mediados de la década de los noventa y el año 2002, el porcentaje de niños aumentó levemente. Tanto la desnutrición global (peso/edad), como la crónica (talla/edad) y la aguda (peso/talla) mostraron incrementos. Lo más preocupante es que esos niveles se mantienen aproximadamente en los mismos valores que a comienzos de los noventa.

El universo de niños "medidos" por el SISVEN incluye sólo a los que fueron asistidos por el MSP. No incluye a un porcentaje de población de alto riesgo que es aquella "sin cobertura" (2,8% de los niños en 2002 - ECH, INE). Por otro lado, el traspaso de población del sector privado al público (en 1998 el 36% de los niños de 0 a 5 años se atendía en el sector mutual mientras que en 2001 lo hacía el 28%) puede haber incidido en las características de la muestra por la mayor representación de niños sin riesgo nutricional (cf. UNICEF: 2004b).

181. Como se muestra en el gráfico siguiente, luego de una tendencia marcadamente descendente de la desnutrición desde 1987 (criterio de peso/edad), a partir del año 2001 la desnutrición grave y moderada comenzó a aumentar (UNICEF: 2004b, pág. 28).

Gráfico VII

Desnutrición grave y moderada (criterio peso/edad) de población menor de 5 años asistida en el Ministerio de Salud Pública



Fuente: UNICEF: 2004b.

182. En el cuadro XVII se presenta la evolución de la situación nutricional de los menores de 5 años atendidos por el MSP en el período 1994-2002, y en el cuadro XVIII la situación nutricional de los niños al 2002, discriminados por edades.

183. De la lectura de ambos puede concluirse que: la desnutrición crónica es el tipo de desnutrición más frecuente en la población que atiende el MSP, y que las cifras más altas se presentan entre los menores de 1 año; no se conocen datos respecto de las deficiencias de micronutrientes en el país (hierro y zinc) que son factores también contribuyentes al retraso del crecimiento; el incremento de la desnutrición aguda está vinculado seguramente a la situación de crisis económica del país que puede haber afectado la disponibilidad de alimentos en la población más pobre; también puede concluirse que la obesidad es un problema con creciente impacto en la población infantil (cf. UNICEF: 2004b, pág. 30).

Cuadro XVII

Situación nutricional de los niños de 0 a 5 años. Población usuaria de salud pública

	Porcentaje de desnutrición			Porcentaje de obesidad (>2DE)
	Global (peso/edad) (-2DE)	Crónica (talla/edad) (-2DE)	Aguda (peso/talla) (-2DE)	
1994-1995	4,1	8,1	1,1	-
1996-1997	3,5	9,4	1,3	-
2001	5,9	12,7	1,2	-
2002	4,9	10,6	1,8	7,4
Esp. Pobl. Refer.*	2,3	2,3	2,3	2,3

Fuente: Sistema de Vigilancia del Estado Nutricional (SISVEN), Departamento de Nutrición, Ministerio de Salud Pública.

Nota: Los puntos de corte fueron score de z de -2 desvíos estándar. Población asistida por el Ministerio de Salud Pública hasta 1997, los datos provienen de historias clínicas; en 2001, refieren a menores que concurren durante un período de ese año al servicio.

* Resultados esperados en la población de referencia, Centro Nacional de Estadísticas de Salud de los Estados Unidos.

Cuadro XVIII

Situación nutricional en niños de 0 a 5 años según edades, 2002

	Porcentaje de desnutrición			Porcentaje de obesidad (>2DE)
	Global (peso/edad) (-2DE)	Crónica (talla/edad) (-2DE)	Aguda (peso/talla) (-2DE)	
Menores de 1 año	3,6	10,0	1,2	8,4
1 año	8,1	16,7	2,2	9,3
2 a 4 años	5,2	8,1	2,5	5,0
Esp. Pobl. Refer. ¹	2,3	2,3	2,3	2,3

Fuente: Sistema de Vigilancia del Estado Nutricional (SISVEN), Departamento de Nutrición, Ministerio de Salud Pública.

¹ Desnutrición según criterio peso/edad: Moderada-grave. Porcentaje inferior a una desviación estándar de -2 respecto a la mediana de peso por edad de la población de referencia.

b) Estado nutricional en niños de 6 a 12 años

184. En el Uruguay se realizó en 2002 el censo de talla de niños de escuelas públicas de primer año por parte del Programa de alimentación escolar de la ANEP. Las mediciones antropométricas realizadas en el relevamiento captan, a través del indicador de talla/edad, las situaciones más estructurales de mala alimentación en los niños. Según los comentarios

realizados por el UNICEF de ese estudio, "la existencia de personas que presentan retrasos de su altura con respecto a su edad nos indica una fuerte persistencia de mala alimentación en algún período de su vida". El Uruguay no presenta problemas graves de desnutrición... pero los datos del censo indican "que existen niveles superiores de retraso moderado y grave con respecto a la población de referencia" (UNICEF: 2004b, pág. 34). Casi el 20% de los niños presenta retraso moderado, que significa que su peso se encuentra por debajo de un desvío estándar de la población de referencia, mientras que el retraso grave alcanza al 4% de los niños que asisten a escuelas públicas. Esos datos se presentan ordenados en el cuadro a continuación.

Cuadro XIX

Déficit nutricional en el primer grado escolar según sexo, 2002

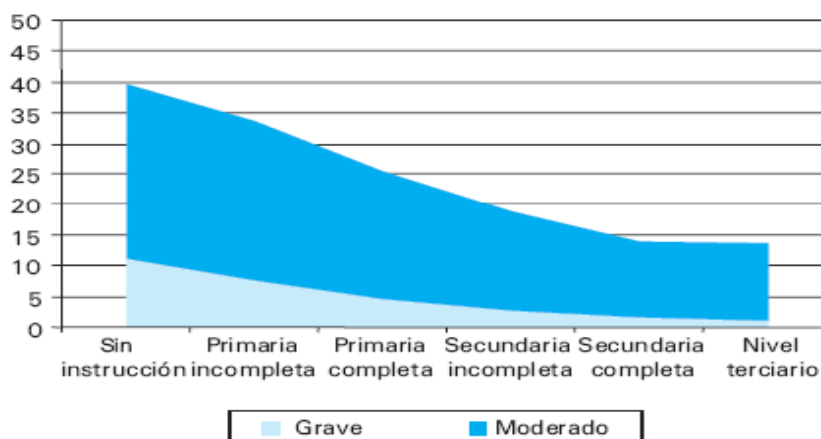
Escuelas públicas (2002)	Estado nutricional (porcentaje de niños de primer año escolar)	
	Retraso moderado de talla para la edad (-1SD)	Retraso grave de talla para la edad (-2SD)
Total	18,8	4,1
Niños	19,5	4,8
Niñas	17,9	3,3
Esperado NCHS	13,6	2,3

185. Este déficit nutricional de los niños de primer año se asocia a distintos factores referentes a la familia de origen, como la existencia de alimentación insuficiente en determinadas etapas de su vida.

Gráfico VIII

Retraso moderado y grave en talla/edad en niños de primer año según escolaridad materna

(En porcentaje)



Fuente: UNICEF.

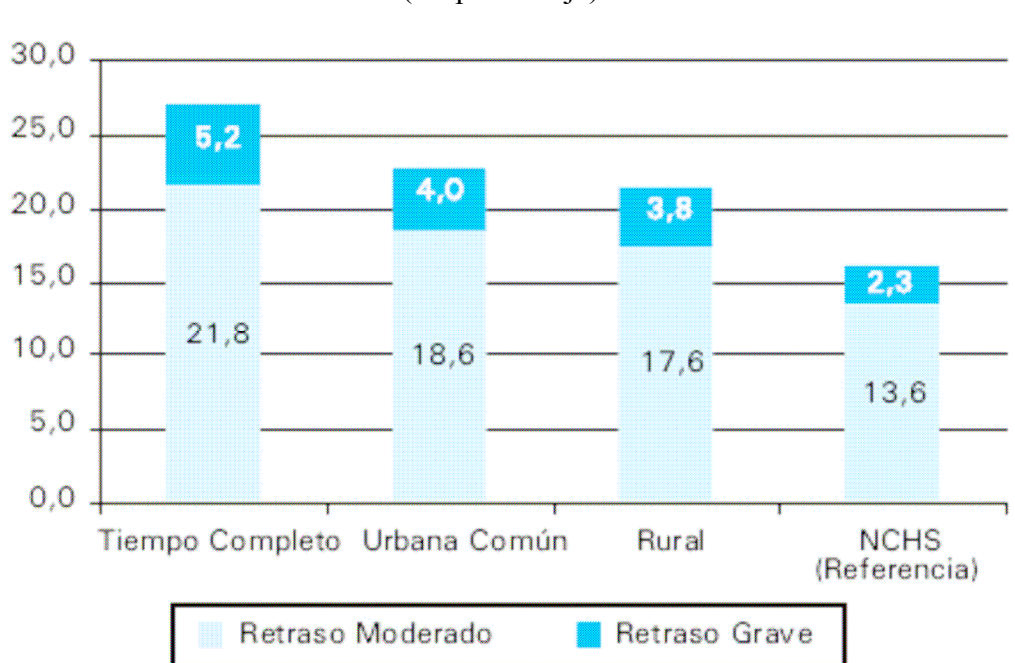
186. En el gráfico anterior se muestra la incidencia del bajo nivel educativo materno sobre la salud de su hijo: "la probabilidad de que un niño presente desnutrición grave en el primer año de escuela es 6 veces mayor en un niño cuya madre no completó primaria, que en aquellos con estudios de nivel terciario" (UNICEF: 2004b, pág. 32).

187. Atendiendo a tipos de escuela, según interpretación del UNICEF, los datos muestran que en el Uruguay existe una cierta disparidad nutricional del alumnado uruguayo por el impacto positivo que tuvo el programa de escuelas de tiempo completo, concentrado en la población más pobre (UNICEF: 2004b, pág. 32). Esos datos se muestran en el gráfico siguiente.

Gráfico IX

Retraso moderado y grave de talla/edad en niños de primer año según tipo de escuela

(En porcentaje)



c) Niños de 13 a 17 años

188. En el área de la nutrición hay en el Uruguay problemas con adolescentes pobres que abandonan la educación primaria donde se instrumentaron programas de complementación alimentaria y pasan a educación secundaria perdiendo ese apoyo. Faltan informaciones sistemáticas para este segmento de niños/adolescentes.

6.3.5. Lactancia materna

189. En el Uruguay, el Programa de atención al niño del Ministerio de Salud Pública es el organismo que tiene a su cargo el seguimiento, tratamiento, evaluación y formulación de políticas, programas y proyectos al respecto.

190. A continuación se presentan los extractos más relevantes del informe presentado por este Programa para la elaboración del presente informe (Ministerio de Salud Pública, Programa de atención al niño: 2005).

a) Conceptos orientadores y acciones¹⁷

191. La Convención sobre los Derechos del Niño aprobada en 1989 establece claramente el derecho de todos los niños a una correcta nutrición, incluida la lactancia materna. En concordancia con ello, el Ministerio de Salud Pública ha venido promoviendo distintas actividades relacionadas con el apoyo, la promoción y la protección de la lactancia materna. Asimismo, ha desarrollado programas con el apoyo de organismos internacionales como por ejemplo el UNICEF.

192. La lactancia materna es el recurso más valioso que permite asegurar el mejor comienzo en la vida a todos los niños y niñas. La leche materna en forma exclusiva hasta los 6 meses, y complementada hasta los 2 años, es el mejor alimento que puede recibir un niño. Lo protege contra la diarrea y las infecciones respiratorias, y cada día surgen más evidencias respecto a que los niños y niñas amamantados tendrán una menor incidencia de numerosas enfermedades como cáncer, asma, diabetes infantil y enfermedades gastrointestinales.

193. Durante el período comprendido entre 1995 y 2000, a través del Programa nacional de lactancia materna y de la Comisión Nacional de Lactancia Materna se desarrolló un programa de actividades que incluyó las siguientes líneas de acción: capacitación de los equipos de salud de servicios de salud públicos y privados, acreditación de hospitales y consultorios amigos de la niñez, apoyo y coordinación de las celebraciones de las semanas mundiales de lactancia materna y monitoreo del cumplimiento del Código Internacional de Sucedáneos de la Leche Materna. Asimismo se desarrollaron dos encuestas (1996 y 1999) de la situación de los principales indicadores de lactancia materna y pautas de alimentación complementaria.

194. En dicho período se capacitaron los equipos de salud de la mayoría de los servicios del Ministerio de Salud así como agentes y profesionales de salud de los servicios y maternidades privadas en el marco del Programa de acreditación de hospitales amigos del niño. EL Programa nacional de promoción de lactancia materna impulsó la Iniciativa OMS/UNICEF Hospital Amigo del Niño y Consultorio Amigo de la Niñez a los efectos de promover la modificación de prácticas y rutinas hospitalarias de forma de practicar los Diez pasos para una lactancia exitosa.

195. Hasta dicho momento se acreditaron tres hospitales públicos y dos consultorios amigos de la niñez en las ciudades de Rivera y Treinta y Tres. En el sector privado se acreditaron maternidades y un consultorio amigo de la niñez.

196. Se elaboraron campañas de comunicación en medios masivos (TV, radio y prensa) y se desarrollaron materiales impresos para el apoyo a las actividades de capacitación así como materiales dirigidos a la población y a los agentes de salud.

¹⁷ Todos los datos presentados sobre lactancia materna están tomados del informe del Programa de atención al niño del MSP (2005) presentados para la elaboración del presente informe.

197. A lo largo de un proceso de un año de duración se conformó un grupo conductor para el proceso de elaboración de un Plan Nacional de Atención Integral a la Niñez, Adolescencia y Salud Reproductiva. Dicho Plan contenía las bases conceptuales y operativas para apoyar la conducción del Plan con una participación amplia y con la finalidad de constituir un instrumento fundamental para orientar la política de promoción de salud, incluyendo las metas y objetivos operacionales para mejorar las prácticas adecuadas de alimentación infantil, incluyendo actividades específicas relacionadas con la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna.

b) Medidas legislativas tomadas

198. Otras medidas de promoción y protección de la lactancia materna se han desarrollado durante este período. Entre ellas cabe destacar la Ley N° 17803 de 26 de agosto de 2004 que crea mecanismos de promoción de la lactancia materna y establece:

Artículo 1. Los Ministerios de Salud Pública y de Trabajo y Seguridad Social instrumentarán mecanismos de promoción de la lactancia materna.

199. Acorde con tales fines, en el papel membretado que utilicen, tales como correspondencia, facturas con la identificación del Ministerio y/o de las dependencias correspondientes, incluyendo los centros asistenciales, lucirá en lugar visible y de forma legible la leyenda: "La leche materna es la mejor para el recién nacido y el lactante".

Artículo 2. Las organizaciones asistenciales privadas que tengan servicios de ginecología, obstetricia y pediatría lucirán una leyenda similar en los papeles membretados que utilicen.

Artículo 3. Los artículos de consumo preferencial durante la gestación y lactancia lucirán en sus empaques similar leyenda en forma fácilmente legible.

200. Asimismo se promulgó la Ley de acompañamiento al parto, N° 17386, la cual establece:

Artículo 1. Toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento mismo del nacimiento, tendrá derecho a estar acompañada de una persona de su confianza o en su defecto, a su libre elección, de una especialmente entrenada para darle apoyo emocional.

Artículo 2. Todo centro asistencial deberá informar en detalle a la embarazada del derecho que le asiste en virtud de lo dispuesto por el artículo 1 y estimulará la práctica a que éste hace referencia.

Artículo 3. Las disposiciones de la presente ley serán aplicadas por los profesionales, así como por las instituciones asistenciales del área de la salud, sean públicas o privadas.

c) Investigación y generación de conocimiento para la mejora de la gestión sobre lactancia materna

201. En 2003, la Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición y al Desarrollo Infantil, con el apoyo del UNICEF, llevó a cabo la Tercera Encuesta Nacional de la Lactancia Materna. En agosto de ese mismo año, en el marco de la Semana Mundial de la Lactancia Materna, se llevó a cabo un

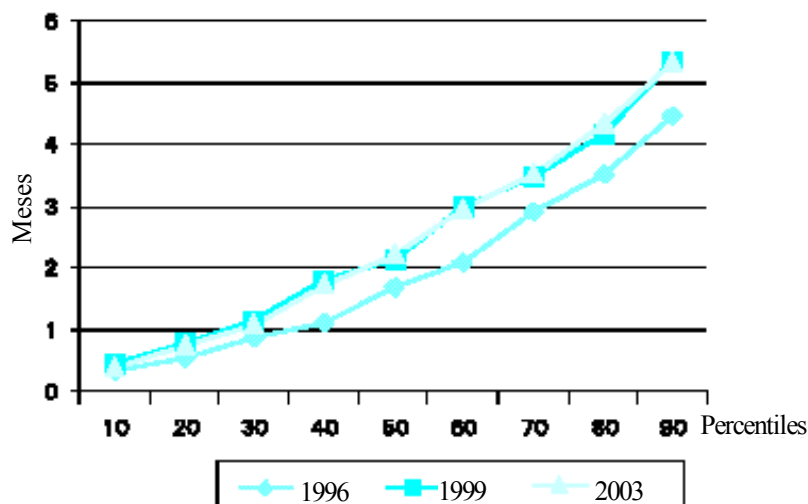
taller dedicado a elaborar recomendaciones para una política nacional de promoción de la lactancia materna. A partir de las conclusiones emanadas de dicho taller y en el marco de un esfuerzo conjunto a través de un proyecto PNUD/UNICEF se ha comenzado a trabajar en distintas iniciativas, entre las cuales cabe destacar el trabajo de acreditación de servicios de primer nivel de atención y del Centro Hospitalario Pereira Rossell en buenas prácticas de alimentación del lactante y el niño pequeño. En 2003 se estudiaron las prácticas de alimentación de 2.986 niños y niñas menores de 2 años. Los resultados obtenidos fueron comparados con dos encuestas de idéntica metodología realizadas en 1996 y 1999 a través del apoyo del UNICEF al entonces Programa de promoción de la lactancia materna del MSP. Las muestras fueron ajustadas según la edad en meses y la distribución de los nacimientos según región (Montevideo e interior) y tipo de servicio de salud (público y mutual).

d) Investigación sobre evolución y tendencias de los indicadores de lactancia materna

202. Se propuso una investigación descriptiva de corte transversal (1996-1999-2003). El diseño permite triangular las comparaciones de tendencia y prevalencia de la lactancia materna en un período (1996-2003). Se dispuso de un equipo de 53 encuestadores calificados constituidos en los puntos de detección de la población a encuestar, con experiencia y manejo cotidiano de poblaciones con características similares al objeto del estudio. Este grupo de encuestadores fue asimismo entrenado específicamente para el desarrollo de este trabajo de investigación. El relevamiento de los datos se realizó por formulario estandarizado de idéntica aplicación en instancias anteriores. El formulario recoge el tipo de alimentación del niño o niña en las últimas 24 horas. La selección y recopilación de información en campo se realizó entre mayo y junio de 2003. En el total de la población estudiada un 8,0% de los niños nacieron con bajo peso. Esta proporción es superior entre los niños y niñas nacidos en el sector público de salud (8,6%) que en el sector mutual (7,1%), cifras similares a las registradas por el Departamento de Estadísticas del MSP.

203. El estado nutricional de los niños y niñas estudiados, medido a través del indicador peso/edad, mostró un deterioro en 2003 con respecto a los años anteriores: un 5,0% de los niños y niñas se ubicaron por debajo de 2DS, en tanto en una población de referencia cabe esperar que esta proporción sea de un 2,3%. En los servicios públicos, los niños y niñas presentaron casi tres veces más desnutrición que en los mutuales. En el Uruguay, si bien se da un inicio prácticamente universal del amamantamiento, al segundo mes de vida ya un tercio de los niños no se beneficia de las propiedades de la lactancia materna exclusiva (en adelante LME). La mediana de duración de la LME es de 2,2 meses, similar a la encontrada en 1999 (2,1 meses) y algo superior al valor de 1996 (1,7 meses). Al observar en forma gráfica la duración de la LME, expresada en percentiles, puede apreciarse claramente cómo la curva de 2003 se solapa por entero con la de 1999, mostrando una marcada diferencia respecto a la de 1996, lo que indica que la distribución de la LME en 2003 sigue prácticamente el mismo patrón que en 1999.

Gráfico X
Duración de la lactancia materna exclusiva
 (En percentiles)



204. De todas formas, al analizar la prevalencia de LME en cada mes de vida, se advierte una pequeña mejora de este indicador en 2003 (con respecto a 1999) en los niños y niñas de 0,1 y 2 meses; respecto a años anteriores, disminuye notoriamente a los 3 meses (momento en el que coinciden varios factores como la presencia frecuente de las crisis transitorias de lactancia y el reintegro laboral de las madres que trabajan), y luego aumenta considerablemente en el grupo de niños y niñas de 5 meses (de 19,8% en 1999 a 31,9% en 2003). Esto último puede explicarse por la consolidación, en el ámbito de los organismos internacionales, de la recomendación de que la lactancia materna exclusiva se extienda hasta el sexto mes, en contraposición al ambiguo cuatro a seis meses recomendado en años anteriores.

205. Es de destacar el aumento que presentaron las cifras de prevalencia de lactancia materna exclusiva en 1999 con respecto a 1996.

206. Al igual que lo comentado para la lactancia materna exclusiva, el país presentó una mejoría notoria de esta tasa entre 1996 y 1999, pasando de 14,9 a 31,5%. En 2003, las cifras encontradas fueron muy similares a las de 1999 (32,2%).

207. Nuevamente, quienes presentan mejor situación son los usuarios de los servicios públicos del interior del país (36,3%), con una diferencia de más de 10 puntos con respecto a los servicios mutuales de Montevideo (25,9%). Los hospitales y consultorios acreditados como Amigos de la Niñez disminuyeron su tasa de alimentación complementaria oportuna en 2003 (33,4% en 2003 y 38,1% en 1999); aunque continúan manteniendo mejores valores que los no acreditados, las diferencias son sustancialmente menores que en 1999.

208. También, en forma similar a lo observado para el caso de la lactancia materna exclusiva, la tasa de alimentación complementaria oportuna en los niños de bajo peso al nacer, que había

aumentando notoriamente en 1999 con respecto a 1996 (19,2 y 9,6% respectivamente) disminuyó a 15,1% en 2003.

209. En lo relacionado a la tasa de lactancia natural continua de 20 a 23 meses, o sea a la proporción de niños que está recibiendo leche materna a esta edad, en el Uruguay prácticamente un tercio de los niños y niñas continúa recibiendo leche materna entre los 20 y los 23 meses (31,3%). Esto significa casi el triple de lo encontrado en 1996 (11,8%), pero también un incremento notorio desde 1999 (22,9%).

e) Actividades desarrolladas por el Programa nacional de salud de la niñez (2005)

210. Para el desarrollo de actividades del Programa se tuvieron particularmente en cuenta los siguientes datos disponibles en relación a la situación de la lactancia materna:

- El Uruguay está recuperando una cultura nacional de lactancia materna;
- En 1996 se acompañó el proceso mundial de promoción, protección y apoyo de lactancia materna (organismos internacionales);
- El tiempo de mantener la lactancia materna se ha extendido: 47% de 12 a 15 meses; 1/3 de 20 a 23 meses;
- Existe una menor incorporación de aguas y té a temprana edad;
- La duración media de la lactancia materna exclusiva aumentó de 2,1 meses en 1996 a 2,6 meses en 1999, y permanece sin variación;
- La tasa de LME en menores de 4 meses es de 63%, similar a la de 1999 (63,2%) pero muy superior a la de 1996 (37,6%);
- La tasa en menores de 6 meses aumentó ligeramente en 2003 (54,19%) con relación a la de 1999 (50,7%), fundamentalmente debido a mayor prevalencia de LME de menores de 5 meses;
- Los servicios públicos del interior han sido los únicos que aumentaron la tasa de lactancia exclusiva para menores de 4 meses: en 1999 - 58,6%, y en 2003 - 67,6%;
- La tasa de lactancia materna exclusiva para menores de 4 meses y la tasa de alimentación complementaria oportuna se mantuvieron estables entre 1999 y 2003;
- Los indicadores de lactancia materna en los servicios de salud acreditados son mejores que los de los servicios no acreditados;
- La media de la duración de lactancia materna es: 8,2 meses en 2003; 7,3 meses en 1999; 5,7 meses en 1996.

211. En base a estos datos, el Programa ha priorizado entre sus líneas de acción una serie de actividades vinculadas a la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna. Para ello, se han tenido en cuenta las tres encuestas desarrolladas en los años 1996, 1999 y 2003 a través de

las cuales se puede analizar la situación de los principales indicadores de lactancia materna en el país, así como las áreas a tener en cuenta para el desarrollo del trabajo futuro.

Líneas de acción

212. En este contexto el Programa se planteó dos líneas de acción: la primera de ellas relacionada con la actualización de las Normas Nacionales de Lactancia Materna dando cumplimiento al rol rector que le corresponde al Programa en el ámbito de la Dirección General de la Salud.

213. En segundo lugar, y simultáneamente en coordinación con el UNICEF, a través del Proyecto de implementación de la estrategia mundial de alimentación del lactante y el niño pequeño, y el PNUD, a través del proyecto: "Fortalecimiento nutricional y desarrollo de proyectos de vida" han conformado una alianza estratégica para el trabajo conjunto. El propósito de ésta es contribuir, a través de una intervención concreta, al cambio de modelo de atención, priorizando las actividades en el primer nivel de atención, coordinando con el Servicio de Asistencia Externa del MSP, las Policlínicas de la Intendencia Municipal de Montevideo y la Maternidad Pereira Rossell. El propósito de la misma se relaciona con el desarrollo de políticas y programas con los efectores de salud del sector público, optimizando los recursos disponibles y coordinando esfuerzos con las agencias internacionales. La intervención concreta mencionada se vincula a la certificación de buenas prácticas de alimentación del lactante y el niño pequeño en los servicios de salud: centros del primer nivel de atención y maternidades.

Estrategia

214. El Programa, a través de las dos líneas de acción, tiene como finalidad contribuir a la implementación de la estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño, la cual describe las intervenciones esenciales para proteger, promover y apoyar la alimentación apropiada del lactante y del niño pequeño. El propósito de esta estrategia es mejorar, a través de una alimentación óptima, el estado de nutrición, el crecimiento y el desarrollo, la salud y, de este modo, la supervivencia de los lactantes y los niños pequeños.

215. La estrategia pretende ser una guía para la adopción de medidas; se basa en las pruebas científicas acumuladas sobre la importancia que los primeros meses y años de vida tienen para el crecimiento y el desarrollo de los niños y niñas, e identifica intervenciones cuyas consecuencias positivas durante este período están probadas.

216. La estrategia se basa en el respeto, la protección, la facilitación y el cumplimiento de los principios aceptados por derechos humanos. Los niños y niñas tienen derecho a recibir una nutrición adecuada y a acceder a alimentos inocuos y nutritivos y ambos son esenciales para satisfacer el derecho al más alto nivel posible de salud. Las mujeres, por su parte, tienen derecho a una nutrición adecuada, a decidir el modo de alimentar a sus hijos, a disponer de información completa y unas condiciones adecuadas que les permitan poner en práctica sus decisiones. La misma contempla además la Convención Internacional de los Derechos del Niño y la Declaración Mundial y Plan de Acción para la Nutrición (FAO/OMS, 1992).

217. En el Uruguay resta aún mucho para lograr la alimentación exclusiva con leche materna durante los seis primeros meses de vida, si bien mucho se ha avanzado en esta materia.

La alimentación complementaria suele comenzar demasiado pronto o demorando demasiado tarde y con frecuencia los alimentos son nutricionalmente inadecuados o insalubres. Los niños y las niñas malnutridos se enferman más a menudo y sufren las consecuencias del retraso de su desarrollo durante toda su vida. El aumento de la incidencia del sobrepeso y de la obesidad es también motivo de gran preocupación. Para mejorar la alimentación del lactante y del niño pequeño hay que empezar asegurando el buen estado de salud y de nutrición de las mujeres, por derecho propio en todas las fases de la vida, así como el papel de las mujeres en la manutención de sus hijos y sus familias. Las prácticas de alimentación inapropiadas y sus consecuencias son grandes obstáculos al desarrollo socioeconómico sostenible y a la reducción de la pobreza.

La alimentación complementaria adecuada depende de una información precisa y de un apoyo competente de la familia, la comunidad y el sistema de atención de salud (cf. Ministerio de Salud Pública: 2005).

f) Acción de apoyo al funcionamiento del Banco de Leche Humana de la Maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell

218. La leche humana es particularmente importante para los lactantes prematuros y para la pequeña proporción de lactantes a término con un peso muy bajo al nacer, pues corren más riesgo de contraer infecciones, padecer mala salud a largo plazo o morir. En este sentido, el Programa está desarrollando una estrategia de cooperación y apoyo para el fortalecimiento y consolidación de las actividades del Banco de Leche Humana que funciona en la Maternidad del Pereira Rossell, así como también está trabajando para concretar los procesos de habilitación del mismo.

g) Acción de creación de un Grupo Técnico de Consulta sobre La Guía de Buenas Prácticas de Alimentación del Lactante y el Niño/a Pequeño/a

219. El objetivo principal de ese Grupo es la presentación y análisis de la Guía de Buenas Prácticas de Alimentación del Lactante y el Niño/a Pequeño/a. El mencionado documento será utilizado como documento base para la acreditación de servicios de salud. Participan en dicho Grupo autoridades y responsables de diferentes organismos, instituciones y organizaciones vinculadas al tema, incluyendo organizaciones de la sociedad civil, instituciones académicas, asociaciones de profesionales, agencias internacionales, entre otras.

220. Esta instancia dio comienzo a una serie de reuniones técnicas programadas para el diálogo y análisis con los actores claves (Facultad de Medicina, asociaciones profesionales, efectores de salud, sociedad civil) de los documentos que integrarán las bases consensuadas para los procesos de certificación y acreditación de los servicios de salud en este tema.

6.3.6. Enfermedades: VIH/SIDA

221. Respecto de la situación del VIH/SIDA se presentan algunos comentarios basados en estudios del UNICEF (UNICEF: 2004b). Como dato general se puede señalar la existencia de un importante incremento de la prevalencia entre la población general que prácticamente se duplicó entre 2000 y 2002, pasando de 0,23 a 0,36% de acuerdo a los estudios del MSP (UNICEF: 2004b, pág. 30). En relación con la transmisión vertical (madre-hijo), un aspecto positivo dice relación con la reducción de esta vía de transmisión vinculada seguramente a la

implementación de los tests rápidos en las maternidades del sector público (ver cuadro siguiente).

222. Sin embargo, debe señalarse que un número importante de mujeres no realizan los controles prenatales en forma adecuada. Por ello, la mejor oportunidad para detectar mujeres embarazadas portadoras de la enfermedad durante el control prenatal es limitada en el Uruguay. De ahí la necesidad de recurrir a los tests rápidos como alternativa de reducción de la transmisión (UNICEF: 2004b).

223. En el cuadro siguiente se muestran distintos indicadores de VIH y SIDA.

Cuadro XX

Indicadores de VIH y SIDA

	Porcentaje de VIH perinatal (transmisión vertical)¹	Niños huérfanos por VIH (casos acumulados)²	SIDA pediátrico (casos acumulados)²	Niños VIH positivos (casos acumulados)²
1995	35,0	-	-	-
2002	5,8	280	64	102

¹Datos provistos por la dirección del Centro Obstétrico-Pediátrico de Seguimiento VIH, Centro Hospitalario Pereira Rossell, ASSE-MSP.

²Información del Programa Nacional de SIDA, PNS-MSP.

a) Incidencia del VIH/SIDA en los jóvenes/adolescentes de 13 a 17 años

224. En el Uruguay se han hecho esfuerzos institucionales importantes en respuesta a la epidemia de VIH/SIDA. A pesar de ello, los mayores déficit están en las acciones de prevención, principalmente en materia educativa (UNICEF: 2004b, pág. 34). La relevancia de este dato radica en la importancia de ello en relación con la población más joven. Se han debatido por largo tiempo los contenidos que deberían tener los programas de educación sexual y no existe aún, desde el sistema educativo, un abordaje consistente sobre este tema (UNICEF: 2004b, pág. 34).

225. La evolución de la epidemia en el Uruguay se ha caracterizado por ser cada vez más joven y más femenina. Si bien en los casos notificados predomina el grupo de 25 a 34 años, en los estudios centinela la edad de predominio es de 15 a 24.

226. El VIH está afectando a los jóvenes a una edad temprana, lo que seguramente tenga relación con el comienzo muy temprano de las relaciones sexuales y a un comportamiento de alto riesgo entre esta población (*op. cit.*, pág. 35).

227. Existen aún déficit de información que dificultan la formulación más adecuada de políticas y programas.

6.4. La seguridad social y los servicios e instalaciones de guarda de niños (artículo 26 y párrafo 3 del artículo 18) (párrafos 99 a 102)

6.4.1. Programa de seguridad social a niños y embarazadas¹⁸

228. Las asignaciones familiares es un régimen dirigido a apoyar a los padres trabajadores en el cuidado de los niños a su cargo y a contribuir al desarrollo integral de los mismos. El Banco de Previsión Social administra dos programas de asignaciones familiares dirigido a niños y a embarazadas. El régimen de asignaciones familiares dispuesto por el Decreto-ley N° 15084 de 28 de noviembre de 1980 y el programa más reciente dirigido a niños pertenecientes a hogares de menores recursos que se enmarca en dos leyes, la Ley N° 17139 de 16 de julio de 1999 que lo crea y la Ley N° 17758 de 4 de mayo de 2004 que lo extiende. Tanto el régimen general de asignaciones familiares como el dirigido a hogares de menores recursos son no contributivos y se financian con recursos de Rentas Generales.

6.4.2. régimen general de asignaciones familiares

229. El régimen del Decreto-ley N° 15084 comprende a hijos o menores a cargo de los empleados de la actividad privada, desocupados forzosos, servicio doméstico, vendedores de diarios, pequeños productores rurales, jubilados y pensionistas de la actividad privada. Como condición de calificación se exige que el beneficiario sea menor de 18 años, esté cursando estudios de primaria o secundaria en instituciones habilitadas y que el núcleo familiar perciba ingresos menores a determinados topes.

230. El beneficio tiene dos componentes: una prestación monetaria y ayudas extraordinarias de carácter no económico, que comprende el acceso a la asistencia médica de nivel primario y facilitar la concurrencia a escuelas especiales.

a) Beneficios a niños

231. Beneficio monetario: la Ley N° 16697 de 25 de abril de 1995 estableció que el monto de la asignación es un valor diferencial que depende del nivel de ingresos de ambos cónyuges o concubinos que residan en el mismo domicilio del atributario. Si los ingresos del grupo no exceden los seis salarios mínimos nacionales¹⁹ la asignación mensual es equivalente al 16% de este último, y si se encuentra entre los seis y diez SMN, su valor es del 8%. Para ingresos superiores a los diez SMN mensuales no se genera derecho al beneficio, excepto en el caso de que de un atributario dependan tres o más beneficiarios, en cuyo caso el tope se incrementa a razón de un SMN por cada beneficiario que exceda el número de dos.

232. En el cuadro XXI se presentan algunas estadísticas de los beneficiarios y erogaciones anuales de prestaciones por hijo correspondientes al régimen general de asignaciones familiares.

¹⁸ El tópico 6.4 ha sido elaborado con base en el informe presentado exclusivamente por la Asesoría Económica y Actuarial del Banco de Previsión Social del Uruguay (2005).

¹⁹ A partir de enero de 2005 se sustituye la referencia al salario mínimo nacional (SMN) por la base de prestaciones y contribuciones (Ley N° 17856 de 20 de diciembre de 2004).

El número total de beneficiarios a diciembre de 2004 fue de 315.220 niños y la erogación de la asignación monetaria ascendió a 29 millones de dólares anuales.

Cuadro XXI

Asignaciones familiares - Ley N° 15084. Número de beneficiarios e importes, por zona geográfica, 2004

	Beneficiarios^{1 2}	Importe anual (en dólares)
Interior	218.056	20.192.121
Montevideo	97.164	9.205.578
Total	315.220	29.397.699

Fuente: Elaborado a partir de RING de prestaciones.

¹ Datos a diciembre.

² Incluye beneficiarios con discapacidad y prenatal.

233. Beneficios no monetarios: los niños beneficiarios de asignaciones familiares tienen derecho a la asistencia médica de nivel primario, que proporciona el BPS en sus centros maternoinfantiles (cinco en Montevideo y uno en Pando), o por medio de las IAMC en el resto del país. La asistencia comprende servicio médico, alimentario y de medicamentos a niños de hasta 6 años, cobertura odontológica hasta los 9 años y servicios de atención integral a los niños que padecen malformaciones congénitas. El Departamento de Especialidades Medicoquirúrgicas (DEMEQUI) brinda la asistencia especial a los beneficiarios de asignaciones familiares que presenten malformaciones congénitas o patológicas emergentes de riesgos perinatales.

234. La asistencia médica de nivel primario comprende:

- a) Desde los 91 días hasta un día antes de cumplir 6 años: control del recién nacido; control médico pediátrico; pase a especialistas; vacunas.
- b) Desde los 91 días hasta los 9 años: asistencia social; asistencia odontológica y servicio de ortodoncia, al que se puede acceder hasta el día antes de cumplir los 10 años; la atención odontológica infantil se realiza en clínicas ubicadas en Montevideo y Pando exclusivamente. La atención de ortodoncia se realiza en el Centro Maternoinfantil N° 3 de Montevideo, siendo a cargo de los interesados los traslados y alojamiento;
- c) Desde el nacimiento hasta los 13 años, 11 meses y 29 días, sin límite de edad para el alta: asistencia de especialidades y malformaciones congénitas, a través de la Policlínica Pediátrica Especializada, que los deriva a diferentes servicios: otorrinolaringología; cirugía infantil y plástica; neuropediatría; urología; traumatología; endocrinología; dermatología, etc.

235. Los exámenes y medicamentos se brindan en forma gratuita, así como los elementos y prótesis que se requieran (lentes, audífonos, sillas de ruedas, etc.). Cuando el tratamiento médico

exige el traslado del paciente del interior, éste y un acompañante tienen derecho a pasaje y hospedaje gratuito.

236. En los cuadros XXII a XXV se presentan algunas estadísticas de las erogaciones del área de la salud y de los servicios de atención médica correspondiente al régimen general de asignaciones familiares. Los gastos en el área de la salud más los traslados y ayudas especiales en 2004 significaron poco más de 25 millones de dólares anuales.

Cuadro XXII

Erogaciones anuales de ayudas extraordinarias, traslados y gastos, área de la salud, 2004

(En dólares corrientes)

Ayudas extraordinarias	5.962.515
Traslado de servicios médicos	219.421
Gastos área de la salud	19.167.399
Total prestaciones médicas	25.349.336

Fuente: Elaborado a partir del Balance General del BPS.

237. Los servicios médicos del área de la salud en 2004 atendieron 10.162 partos y 10.263 nacimientos que representan cerca de la quinta parte del total de nacimientos del país (el total de nacimientos en 2003, de acuerdo a datos publicados en el *Anuario Estadístico del INE*, fue de 50.538).

Cuadro XXIII

Número de partos y nacimientos en sanatorios, por zona geográfica, 2004

	Partos	Nacimientos
Interior	7.198	7.272
Montevideo	2.964	2.991
Total	10.162	10.263

Fuente: *Boletín Estadístico, 2005*, AEA - BPS, N° 60.

238. En los centros maternoinfantiles del BPS en 2004 se realizaron casi 196.000 consultas, de las cuales la mayoría son de pediatría y odontológicas.

Cuadro XXIV

**Número de consultas en centros maternoinfantiles,
 por tipo de especialidad, 2004**

Pediatría	87.133
Obstetricia	23.818
Medicina general	9.491
Odontológicas	75.481
Total	195.923

Fuente: Boletín Estadístico, 2005, AEA - BPS, N° 60.

239. En el Departamento de Especialidades Medicoquirúrgicas (DEMEQUI), en 2004 se hicieron 84.300 consultas y cerca de 1.300 actividades quirúrgicas.

Cuadro XXV

Estadísticas asistenciales DEMEQUI, 2004

Servicio	Número de consultas	Actividad quirúrgica
Cardiología	3.748	
Cirugía pediátrica	2.094	371
Cirugía plástica	1.645	180
Dermatología	1.334	
Endocrinología	1.645	
Fisiatría	800	
Foniatría	1.572	
Gastroenterología	1.480	
Hematología	703	
Neumología	1.509	
Neurocirugía	267	82
Neuropediatría	18.789	
Oftalmología	10.266	192
Ortopedia	5.642	174
Otorrinolaringología	7.503	124
Pediatría	4.308	
Pediatría externa	701	
Psicología	9.681	
Psiquiatría adultos	1.302	
Psiquiatría infantil	4.096	
Urología	5.273	163
Total	84.358	1.286

Fuente: Boletín Estadístico, 2005, AEA - BPS, N° 60.

6.4.3. Beneficios a embarazadas

240. Las embarazadas no amparadas al seguro de enfermedad y sin afiliación particular a una IAMC, cuyos hijos serán futuros beneficiarios, tienen derecho desde la comprobación del embarazo a la cobertura por asignaciones familiares. El servicio se brinda a las trabajadoras que lo soliciten, esposas o concubinas de trabajadores y a hijas solteras sin cobertura médica. La prestación cubre la atención integral a la embarazada y el recién nacido hasta los 90 días.

241. Los beneficios son la prestación monetaria y los servicios de asistencia maternoinfantil. El pago del beneficio monetario prenatal queda condicionado al control periódico del embarazo (por lo menos cuatro controles durante la gestación). La asistencia integral en los servicios maternoinfantiles del BPS comprende:

- Vigilancia obstétrica del embarazo, mediante controles clínicos y exámenes periódicos, incluyendo tratamientos especiales, análisis, internaciones, atención odontológica, etc.;
- Asistencia del parto;
- Asistencia integral para el recién nacido hasta los 90 días.

6.4.4. Beneficios a niños con discapacidad

242. En el caso de niños discapacitados el monto del beneficio monetario se duplica, es decir equivale a 32 o 16% del SMN, según el nivel de ingreso del núcleo familiar. Esta asignación se otorga de por vida o hasta que se perciba otra prestación del BPS.

243. Además de la asignación familiar duplicada, los niños o adolescentes con discapacidad reciben ayudas económicas especiales para cubrir los costos de cuotas a escuelas especiales y locomoción a escuelas e institutos de rehabilitación.

244. En el cuadro XXVI se muestra el número de beneficiarios y los pagos monetarios de la asignación para niños con discapacidad. A diciembre de 2004 los beneficiarios amparados por el régimen general de asignaciones familiares ascendieron a 3.171 y el importe anual por el pago de la asignación fue de poco más de medio millón de dólares anuales.

Cuadro XXVI

Niños con discapacidad - Asignaciones familiares, Ley N° 15084. Número de beneficiarios e importes, por nivel de la prestación, 2004

	Beneficiarios	Importe anual (en dólares)
Al 16% del SMN	174	16.125
Al 32% del SMN	2.997	516.471
Total	3.171	532.596

Fuente: Elaborado a partir de RING de prestaciones.

6.4.5. Régimen de asignaciones familiares a hogares de menores recursos

245. A partir de la vigencia de la Ley N° 17139, en enero de 2000 la asignación familiar se extendió a los hogares de menores recursos, entendiendo por tales aquellos núcleos familiares que perciben ingresos mensuales de cualquier naturaleza, monetarios o no monetarios, no superiores a los tres salarios mínimos nacionales, pero además el generante del derecho tiene que cumplir con alguno de los requisitos adicionales:

- La mujer que constituya el único sustento del hogar monoparental;
- Los trabajadores, hombres o mujeres, amparados al seguro de desempleo y una vez agotada dicha cobertura;
- La mujer embarazada.

246. En el caso de mujer embarazada se sirve una prestación prenatal desde el comienzo del embarazo, y luego una prestación por un período de 12 meses inmediatos y posteriores al nacimiento. A partir de la vigencia de la Ley N° 17758, en junio de 2004 se extiende la prestación de asignaciones familiares a hogares de menores recursos a todos los núcleos familiares con ingresos de cualquier naturaleza inferiores a tres SMN que no estén comprendidos dentro del alcance de las dos leyes anteriores (Ley N° 15084 de 1980 o Ley N° 17139 de 1999). Los beneficios de asignaciones familiares a hogares de menores recursos son más limitados que los del régimen general. Consiste en una prestación monetaria fija equivalente al 16% del SMN. No tienen acceso a beneficios no económicos. En el caso de niños con discapacidad física o psíquica, al igual que en el régimen general, la asignación mensual se duplica.

247. Sin perjuicio de los controles que realiza el BPS, el Instituto Nacional del Menor, hoy INAU, se encarga de realizar el seguimiento del bienestar del menor y particularmente que se cumpla con la asistencia escolar obligatoria.

248. En el cuadro XXVII se muestra el número de beneficiarios de AFHMR y los pagos monetarios. A diciembre de 2004 los beneficiarios amparados en este régimen alcanzaban a 184.252 menores y el importe anual de las erogaciones ascendió a poco más de 13 millones de dólares anuales.

Cuadro XXVII

Asignaciones familiares a hogares de menores recursos. Número de beneficiarios e importes, por régimen legal, 2004

	Beneficiarios ^{1 2}	Importe anual (en dólares)
Ley N° 17139		
Interior	61.435	5.919.289
Montevideo	36.755	3.672.027
Total	98.190	9.591.316

	Beneficiarios^{1 2}	Importe anual (en dólares)
Ley N° 17758		
Interior	60.914	2.606.696
Montevideo	25.148	1.087.831
Total	86.062	3.694.527

Fuente: Elaborado a partir de RING de prestaciones.

¹ Dato a diciembre.

² Incluye beneficiarios con retardo.

6.4.6. Subsidio por maternidad

249. Las trabajadoras de la actividad privada que cotizan al BPS y las desocupadas amparadas tienen derecho a la prestación de un subsidio por maternidad por el período pre y posparto. El monto de la prestación se calcula sobre el promedio de lo ganado en los últimos seis meses de actividad, no pudiendo ser inferior a 1 SMN. El subsidio cubre un total de 12 semanas: 6 antes del parto y 6 inmediatamente posterior al mismo. En caso de adopción, uno de los padres tiene derecho a un descanso remunerado de 43 días a partir de la fecha de tenencia.

Cuadro XXVIII

Subsidio por maternidad

Número de beneficiarias y erogaciones anuales, 2004

Beneficiarias (promedio mensual del año)	Salario por maternidad (en dólares)
912	5.364.149

Fuente: RING de prestaciones y balance general del BPS.

250. A continuación se agregan los siguientes cuadros:

Cuadro XXIX

Número de cotizantes al BPS por afiliación que muestra la evolución del 2000 al 2004

	2000	2001	2002	2003	2004
Cotizantes sector privado	738.777	711.898	664.829	682.499	731.668
Industria y comercio					
Patrones	98.954	92.880	86.857	85.427	89.130
Dependientes	423.181	412.404	374.398	379.571	411.075
Construcción	35.527	30.897	21.950	18.674	23.976

	2000	2001	2002	2003	2004
Rurales					
Patronos	77.506	74.079	74.253	74.707	77.559
Dependientes	72.824	70.389	72.407	87.215	91.363
Domésticos	30.785	31.249	34.964	36.905	38.564
Cotizantes sector público	188.965	189.148	188.049	183.444	184.479
Total	927.742	901.046	852.878	865.943	916.147

Fuente: Boletín Estadístico, 2005, AEA - BPS, N° 60.

Cuadro XXX

Cuadro de indicadores demográficos que muestra la evolución de la población y su proyección al año 2025

	1996	2000	2005	2010	2015	2020	2025
Población total	3.235.549	3.300.847	3.305.723	3.356.584	3.415.866	3.471.747	3.519.821
Porcentaje de población < de 15 años	25,5	24,9	23,9	22,6	21,1	20,5	20,0
Porcentaje de población de 65 años o más	12,8	13,0	13,3	13,6	13,9	14,7	15,7
Relación de dependencia	61,9	61,0	59,3	56,6	53,9	54,2	55,3
Tasa de mortalidad infantil (por 1.000)	17,36	13,80	14,20	12,86	11,18	9,76	8,62

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Proyecciones de población, revisión 2005.

Nota: Relación de dependencia (0-14)+(65+)/(15+64).

Cuadro XXXI

Cuadro de cotizantes públicos y privados al BPS

	1999	2000
Cotizantes del sector privado	758.962	727.472
Patronos	181.094	174.414
Industria y comercio	103.113	95.992
Rural	77.981	78.422
Dependientes	577.868	553.058
Industria y comercio	424.672	414.349

6.4.7. Programas de asistencia de la seguridad social para personas con discapacidad

251. En este campo la seguridad social uruguaya contempla las siguientes prestaciones:

a) Prestaciones de salud

252. El Departamento Medicoquirúrgico brinda asistencia especial a beneficiarios de asignaciones familiares que presenten malformaciones congénitas o patológicas emergentes de riesgos perinatales.

b) Prestaciones económicas

253. Además de la asignación familiar doble, los niños o adolescentes con discapacidad reciben ayuda económica especial para cubrir los costos de una cuota escolar o la locomoción en caso de asistencia a escuelas especiales o institutos de rehabilitación.

c) Subsidios por maternidad a cargo de la seguridad social

254. Las empleadas mujeres de cualquier rama de la actividad privada son beneficiarias del subsidio por maternidad, aunque la relación laboral se suspenda o extinga durante la gravidez o el descanso posparto. También reciben este beneficio las empleadas que queden grávidas durante el período de cobertura del seguro por desempleo.

255. El subsidio obliga a la beneficiaria a cesar todo trabajo seis semanas antes de la fecha presunta del parto y no podrán reiniciarlo sino hasta seis semanas después del mismo. En caso de enfermedad como consecuencia del parto el descanso prenatal podrá extenderse e igualmente el período de licencia puerperal.

256. Durante el período de inactividad la beneficiaria percibirá el equivalente en efectivo de su sueldo o jornal más la cuota parte correspondiente a aguinaldo, licencia y salario vacacional. Para la determinación del subsidio se tomará como base la retribución resultante del tiempo trabajado y las remuneraciones percibidas en los últimos seis meses no pudiendo ser inferior a un salario mínimo nacional.

d) Cambio temporario de actividades en estado de gravidez

257. Toda trabajadora pública o privada que se encontrare en estado de gravidez o en período de lactancia tendrá derecho a obtener un cambio temporario de actividades a otras que no causen perjuicio a la salud. El traslado no implicará disminución de la remuneración que percibe.

6.5. Gasto público en salud

258. A fin de reunir la información necesaria para realizar este ajuste existen diferentes opciones. Una de ellas es realizar una encuesta en la que no sólo se pregunte a los encuestados dónde tienen adquiridos derechos de atención de salud, sino también si en los últimos meses han empleado los servicios de salud y cuáles. Esta fue la estrategia empleada por Davrieux (1991) para distribuir el gasto público en salud según el nivel de ingreso de los hogares.

259. En las estimaciones que se presentan en la sección siguiente de este trabajo se ha preferido otra opción, que consiste en tomar estimaciones disponibles del gasto esperado promedio de un beneficiario según su edad. De esta manera se podrá calcular la participación relativa que tiene la infancia por el gasto promedio esperado.

260. La asignación del gasto indirecto presenta mayores dificultades, por cuanto la información que surge de las encuestas de hogares no permite, en general, analizar la distribución del consumo (gasto, ingreso, bienestar) dentro de éstos. ¿Qué parte de la asignación familiar que percibe un determinado hogar se destina a sus integrantes menores de 18 años? Una alternativa metodológica es considerar que todos los ingresos percibidos por determinado hogar se distribuyen según la estructura de gasto que surge de la aplicación de escalas de equivalencia.

Por esta alternativa se ha optado en el presente estudio por adjudicar a la infancia el gasto de asignaciones familiares.

261. El Uruguay se destaca por tener un elevado valor de gasto en salud con relación al PIB. A fines de la década de los noventa este valor era de alrededor del 11%. En la actualidad es levemente inferior, dado que tras la crisis de 2002 se observó una disminución del gasto mayor que la observada en el nivel de actividad de la economía, fruto de un fuerte proceso de ajuste sectorial.

Cuadro XXXII

Evolución del gasto en salud en el Uruguay

Años	Población (en miles)	Gasto en salud (millones de dólares EE.UU.)	PIB (millones de dólares EE.UU.)	Participación del gasto en salud sobre el PIB (porcentaje)	Gasto en salud per cápita dólares EE.UU.
1987	2.995	482	7.415	6,5	161
1991	3.078	807	10.087	8,0	261
1992	3.098	979	11.795	8,3	316
1994	3.195	1.590	17.518	9,1	498
1995	3.218	1.781	19.318	9,2	553
1997	3.265	2.163	21.695	10,0	662
1998	3.289	2.292	22.371	10,2	697
1999	3.303	2.238	20.912	10,7	678
2000	3.322	2.182	20.042	10,9	657

Fuente: Proyecto FISS, BCU, INE.

262. Según información de la Encuesta Continua de Hogares (ECH) del INE, en el año 2003 el 39,5% de las personas que declararon tener derechos adquiridos para la atención de salud en el MSP eran menores de 18 años. Este valor es un 33,9% mayor que el porcentaje de personas de esta edad en la población del país.

6.5.1 El gasto en salud destinado a la infancia (Grau: 2005, Lazaroff: 2005)

263. Los fondos públicos destinados a la salud de la infancia financian actividades de los siguientes prestadores: a) ASSE-MSP, b) instituciones de asistencia médica colectiva, c) institutos de medicina altamente especializada, d) área de salud del BPS, e) sanidad militar y policial, d) intendencias municipales, f) empresas públicas.

264. Como punto de partida para calcular el gasto público en salud destinado a la infancia se tomó la estimación realizada por la ATPS (2003). Ésta comprende el gasto de ASSE-MSP, del área de salud del BPS, de sanidad militar y policial, el de las intendencias municipales y el de las empresas públicas. Queda por tanto excluido el gasto que realizan las IAMC y los IMAE.

265. La forma de calcular el gasto en salud destinado a la infancia consistió en determinar la parte del gasto público en salud total que se destina a la infancia y sumarle el que corresponde a los IMAE.

266. Muchas instituciones públicas -como la Universidad de la República, por ejemplo- otorgan a sus funcionarios un subsidio que consiste en el pago de la cuota mutual para él y los integrantes de su familia. Como este gasto comprende a personas menores de 18 años, debería ser incorporado a las estimaciones del gasto público en salud destinado a la infancia. No obstante, en este trabajo no ha sido considerado debido a que no se dispone de esa información.

267. La asignación de la cuota parte del gasto público en salud destinado a infancia se realizó a partir de la distribución del gasto total según la estructura de edades de la población beneficiaria del sector público que surge de la ECH ajustada por los diferenciales de costo según edad.

268. El Fondo Nacional de Recursos (FNR) es una persona pública no estatal que brinda cobertura financiera a procedimientos de medicina altamente especializada para toda la población. Estos actos se efectúan a través de los institutos de medicina altamente especializada (IMAE), que son prestadores privados o públicos habilitados por el Ministerio de Salud Pública para realizar las técnicas cubiertas.

269. La medicina altamente especializada es aquella que requiere una gran concentración de recursos humanos y materiales para un escaso número de pacientes en los que está en juego el pronóstico vital o funcional, articulados en forma tal que permitan obtener la excelencia asistencial.

270. De acuerdo con la legislación vigente²⁰ y desde el punto de vista de su funcionamiento economicofinanciero, el FNR constituye un sistema de *seguro* de cobertura nacional²¹ y de pago obligatorio. La financiación proviene del pago de una cuota de suma fija, por beneficiario y por mes, de las siguientes entidades²²:

- a) Aporte del Estado para cubrir la atención de los habitantes poseedores de carné de asistencia otorgado por el MSP. Este aporte debe ser realizado por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), el cual está obligado a volcar al FNR el valor de una suma fija por cada beneficiario inscrito en los registros del MSP-ASSE;

²⁰ Ley N° 16343.

²¹ El sistema tiene carácter universal. En los hechos, tanto los usuarios de sanidad militar como de sanidad policial quedan exceptuados, ya que dichas entidades no han cotizado nunca al FNR. La cobertura se presta en sus propias dependencias. Cabe destacar que se han realizado actos considerados altamente especializados en el ámbito de cobertura de estas instituciones y luego, a partir de la experiencia, se ha promovido su inclusión entre las técnicas a cubrir por el FNR (trasplante de hígado, etc.), buscando sensibilizar a la población a través de los medios masivos de comunicación.

²² Los fondos serán depositados en bancos oficiales, donde el Ministerio de Economía y Finanzas, los entes autónomos, servicios descentralizados y los gobiernos departamentales -cuando corresponda- verterán mensualmente el importe establecido.

- b) Aporte del Estado -entes autónomos, servicios descentralizados y administraciones departamentales- para cubrir la atención de los individuos cuya asistencia médica esté directamente a su cargo;
- c) Aporte de la población afiliada a las IAMC, sea como beneficiaria de la antigua Dirección de Seguro de Salud del Estado (DISSE) -en cuyo caso el aporte al FNR lo realiza directamente el BPS- o en forma particular. Las IAMC recaudan mensualmente el importe de suma fija y lo vuelcan al FNR²³. En la medida en que los IMAE se orientan a la prestación de servicios médicos de alta tecnología y elevado costo, funcionan como una especie de reaseguro físico para las IAMC, las cuales no han desarrollado la prestación de servicios de esta naturaleza como parte del paquete integral, si bien muchas de ellas constituyeron IMAE que venden servicios al FNR.

271. El gasto en prestaciones para menores de 14 años equivale al 4,7% del gasto del FNR. El cálculo surge de multiplicar la cantidad de actos realizados para cada una de las técnicas en personas de hasta 14 años, por el valor unitario que paga por ellas el FNR a los IMAE. Como no se considera la población comprendida entre 15 y 18 años, esta estimación subestima el gasto efectivamente realizado.

Cuadro XXXIII

Consolidado del gasto público en salud destinado a infancia

(Porcentaje del PIB)

	1999	2000	2001	2002
ASSE y otros	1,17	1,17	1,17	1,17
FNR	0,03	0,03	0,03	0,03
Total	1,2	1,2	1,2	1,2

Fuente: Grau (2005).

272. Aplicando la fórmula precedente se desprende que el 30,9% del gasto público en salud se destina a la infancia.

6.5.2. Gasto público social destinado a infancia consolidado (Grau: 2005, Lazaroff: 2005)

273. En promedio, entre los años 1999 y 2002 el GPS destinado a la infancia en el Uruguay fue equivalente a 4,9 puntos del PIB, valor similar a lo que el país paga anualmente por concepto de intereses de deuda pública. Este valor es menor que el que se observa en Argentina, donde representó 6,2 y 5,7 puntos del PIB en los años 2001 y 2002, respectivamente.

²³ Existen distintas interpretaciones con relación al papel de las IAMC: si son agentes de retención (en cuyo caso deben aportar al FNR por lo que cobran) o si contratan con el FNR un reaseguro (en cuyo caso deben aportar al FNR por sus afiliados, independientemente de si éstos abonan su cuota del FNR o no lo hacen).

Cuadro XXXIV

Gasto público social en infancia consolidado, 1999-2002

(Porcentaje del PIB)

	1999	2000	2001	2002	Promedio
Educación	2,60	2,50	2,70	2,70	2,6
Salud	1,20	1,20	1,20	1,20	1,2
Asistencia social	0,14	0,19	0,20	0,26	0,2
Asignaciones familiares	0,08	0,09	0,08	0,09	0,1
Vivienda	0,80	0,80	0,80	0,70	0,8
Total	4,82	4,78	4,98	4,95	4,9

Fuente: Grau (2005).

Cuadro XXXV

**Gasto público social en infancia consolidado.
 Índice de focalización 1999-2002**

	1999	2000	2001	2002	Promedio
GPS en infancia	4,82	4,78	4,98	4,95	4,88
GPS	25,40	25,30	25,30	25,00	25,25
GPS en infancia/GPS (en porcentajes)	19,0	18,9	19,7	19,8	19,34
Porcentaje de población menor de 18 años	29,8	29,6	29,4	29,2	29,50
Índice de focalización	63,7	63,8	67,0	67,8	65,6

Fuente: Grau (2005).

274. El principal componente del GPS destinado a infancia corresponde a un gasto específico (GE) en infancia: el gasto en educación, que representa más del 50% del gasto público total destinado a infancia. Le sigue en orden de importancia -en función de su participación relativa- el gasto destinado a salud. Si al gasto en educación y salud se le suma el gasto en vivienda (GA), se acumula el 95% de la totalidad del GPS destinado a infancia.

Cuadro XXXVI

Gasto público social en infancia consolidado, 1999-2002

(En porcentaje)

	1999	2000	2001	2002	Promedio
Educación	53,9	52,3	54,2	54,5	53,7
Salud	24,9	25,1	24,1	24,2	24,6
Asistencia social	2,9	4,0	4,0	5,3	4,0
Asignaciones familiares	1,7	1,9	1,6	1,8	1,8
Vivienda	16,6	16,7	16,1	14,1	15,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

275. Concluyendo, existen en el Uruguay diversos trabajos que analizan la situación de la infancia en relación con los factores de riesgo y vulnerabilidad, y particularmente en torno al fenómeno que se ha denominado "infantilización de la pobreza". No obstante, a pesar del reconocimiento de la difícil situación que enfrenta la infancia en el país, no se dispone de estudios acerca de la inversión que se realiza en ella.

276. El estudio de Grau (2005) plantea una serie de consideraciones metodológicas que deberían tenerse en cuenta a efectos de contar con estimaciones de la inversión en infancia que sean de utilidad no solamente para conocer la situación actual, sino también para diseñar políticas. Grau también aporta una estimación del gasto público destinado a infancia, que para el período 1999-2002 se ubica, en promedio, en un 4,9 del PIB. Este valor es menor que el que se observa en la Argentina y en los Estados Unidos. Reproduciendo al autor:

"De las estimaciones realizadas surgen dos consideraciones finales. La primera tiene que ver con el carácter procíclico que se observa en el gasto público destinado a infancia, lo que cuestiona su eficiencia desde la perspectiva de una evaluación intertemporal. La segunda se relaciona con la focalización del gasto público vinculado a los diferentes grupos de edad de la población en el Uruguay. Mientras que la infancia representa un 29,5% de la población total y es el grupo en el que se concentra una parte significativa de la pobreza del país, solamente recibe el 19,5% del GPS.

Por último, cabe resaltar la importancia que tendría para el país contar con un sistema oficial de información para el seguimiento del gasto público social que involucre, además del Gobierno central consolidado, a las intendencias y a las empresas públicas, y del que se conozcan todas las opciones vinculadas a aspectos metodológicos que hayan sido adoptadas. Esto sería un valioso instrumento para evaluar las políticas sociales, y en particular aquellas que en forma directa o indirecta afectan la situación de la infancia." (Grau: 2005)

277. Otro trabajo, de Lazaroff (2005), concluye como resultado final de una primera aproximación un total, para ese año, de casi 68 millones de dólares, lo que equivale a un 0,61% del producto interno bruto.

278. Para el autor, es una estimación que requiere de nuevos afinamientos, particularmente en lo que refiere a la obtención de datos en dependencias del sector público (donde se encuentran las fuentes primarias) (Grau: 2005).

7. EDUCACIÓN, ESPARCIMIENTO Y ACTIVIDADES CULTURALES (ARTÍCULOS 28, 29 y 31)

7.1. Políticas educativas en el contexto de las políticas para la infancia en el Uruguay²⁴

279. El sistema de bienestar uruguayo se originó tempranamente y se expandió con fuerza a comienzos del siglo XX, basado en cuatro pilares fundamentales: la asistencia pública en temas de salud, la educación pública, la protección del mercado de trabajo y la política de retiro de la fuerza de trabajo (Midaglia, 2000).

280. Durante la última década, los diagnósticos sobre las carencias enfrentadas por la población infantil han implementado intervenciones específicas y modificaciones a las políticas genéricas antes mencionadas (Amarante & Arim: 2005).

281. En el siguiente cuadro, tomado de Amarante & Arim (2005), se muestran algunas de las principales intervenciones específicas dirigidas a la infancia (extraído del Banco Mundial: 2004), los riesgos que atienden y los programas requeridos.

Cuadro XXXVII

Políticas sociales dirigidas a la infancia (2002)

Grupo etario	Riesgos sociales	Programas requeridos	Programas disponibles (institución)	Tipo
0 a 5 años	<ul style="list-style-type: none"> • Salud/ Mortalidad • Desarrollo insuficiente, carencias nutricionales 	<ul style="list-style-type: none"> • Salud maternoinfantil • Programas de alimentación • Desarrollo infantil • Educación preescolar 	Salud Materno-Infantil (MSP) PNCA-M (INDA) CAIF (INAME) Educación preescolar obligatoria (ANEP)	TE A TE TE
6 a 11 años Educación primaria	<ul style="list-style-type: none"> • Educación de baja calidad • Carencias en las habilidades cognitivas 	<ul style="list-style-type: none"> • Calidad de la educación • Programas de alimentación 	Todos los niños pueden aprender - TNPA (ANEP) Escuelas de tiempo completo (ANEP) Programa de alimentación escolar - PAE (ANEP)	TE A

²⁴ Este segmento sobre la educación fue elaborado con base en trabajos del UNICEF (2004b), Amarante & Arim (2005) y Llambí & Furtado (2005) fundamentalmente. Estos trabajos de investigación son los que presentan mayor elaboración y análisis de los datos disponibles.

Grupo etario	Riesgos sociales	Programas requeridos	Programas disponibles (institución)	Tipo
12 a 18 años Educación secundaria	<ul style="list-style-type: none"> • Educación de baja calidad • Inactividad • Maternidad adolescente • Jóvenes en situación de calle 	<ul style="list-style-type: none"> • Educación compensatoria • Transferencias sujetas a la asistencia al programa • Educación sobre salud reproductiva • Educación técnica 	MESYFOD (mejora de la calidad en la educación secundaria, ANEP) Maternidad adolescente (MSP) Universidad Técnica (UTU)	TE TE TE

Fuente: Amarante & Arim (2005), elaborado a partir de las ECH.

282. Entre las políticas reseñadas en el cuadro anterior, en el Uruguay deben destacarse dos que implicaron avances importantes orientados al logro de una mayor equidad: la extensión de la educación preescolar y la implementación de escuelas de tiempo completo. Las evaluaciones existentes indican que estas políticas fueron positivas. En el marco de la reforma educativa, desde mediados de la década de los noventa se realizaron importantes esfuerzos para incorporar a los niños en edad preescolar al sistema educativo (Amarante & Arim: 2005).

283. Esta política apuntó a la obtención de una mayor equidad social, y se basó en la importancia de la esfera pública en el proceso de socialización, especialmente en los estratos de ingresos bajos (Amarante & Arim: 2005). El Uruguay presentaba a inicios de los noventa una menor escolarización preescolar en relación con otros países de la región, como muestra el siguiente cuadro.

Cuadro XXXVIII

Tasa bruta de escolarización preescolar. Países seleccionados, 1991

País	Tasas (en porcentaje)
España	51
Francia	83
Italia	86
Reino Unido	49
Estados Unidos	63
México	61
Argentina	61
Chile	83
Uruguay	49

Fuente: Midaglia (2000), citado por Amarante & Arim (2005).

7.2. Niños de 0 a 6 años: universalización de la educación inicial

284. Hace mucho tiempo que el Uruguay alcanzó la cobertura universal de educación primaria, y también el egreso es prácticamente universal.

285. El objetivo de la universalización de la educación inicial en gran medida se alcanzó especialmente en el grupo de 5 años, contribuyendo a que los sectores más pobres fueran los que más se beneficiaron.

286. Los logros son moderados en el grupo de 4 años y los quintiles de menores ingresos presentan tasas de asistencia sustancialmente más bajas (véase cuadro XXXIX).

Cuadro XXXIX

Asistencia a centros de educación preescolar

Año	Edad	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5	Total
2002	4 y 5 años	71	86	87	89	98	81
	5 años	84	93	92	98	98	90
	4 años	59	80	82	81	98	73
1996	4 y 5 años	54	68	79	86	93	70
	5 años	71	81	89	89	98	82
	4 años	36	62	72	87	92	56

Fuente: Mecaep (2004).

287. Por otro lado, la incorporación de los niños de 3 años al sistema preescolar público es todavía muy reducida. A partir de la constatación de que los rendimientos de los alumnos se vinculaban directamente con la inserción socioeconómica, la ANEP implementó una política de extensión del horario escolar en algunas escuelas en 1990. En 1995 se concibió una estrategia más completa de intervención en el marco de una propuesta pedagógica más amplia. Actualmente existen 95 escuelas de tiempo completo, con una matrícula de 23.000 niños. Hay cierto acuerdo en que esta política apunta en un sentido correcto, aunque su desarrollo es todavía muy limitado en lo referente a la cobertura, y las evaluaciones realizadas han encontrado problemas.

288. Las escuelas a tiempo completo han sido valoradas como positivas en el Uruguay. Su objetivo ha sido el de propender a la mayor equidad social (Amarante & Arim: 2005).

289. En los últimos años uno de los elementos más transformadores de la educación ha sido el importante incremento de la asistencia a educación inicial, dado por la vía del sistema público y focalizado en los sectores sociales más bajos. A modo de ejemplo, en el año 1991 sólo el 20% de los niños de 4 años del primer quintil de ingresos se encontraban asistiendo a un establecimiento educativo. Diez años después estos porcentajes se aproximan al 60% (ANEP: 2002). A pesar del camino positivo transitado, la asistencia universal está aún lejos de lograrse. La tasa de asistencia de niños de 3 a 5 años en el año 2002 es del 67%, en tanto que entre los de 4 y 5 años, en donde se han concentrado los mayores esfuerzos de las autoridades, la

asistencia es del 80%. (UNICEF: 2004b, 2005). La evolución de la tasa de asistencia escolar en niños de 3 a 5 años se presenta en el siguiente cuadro.

Cuadro XL

Tasa de asistencia escolar en niños de 3 a 5 años

Año	3 a 5	4 a 5
1998	61,4	76,7
1999	63,8	79,0
2000	65,0	81,2
2001	69,0	81,9
2002	67,0	81,4

Fuente: Elaborado por el UNICEF sobre la base de datos de la ECH del INE.

7.3. Niños de 6 a 12 años: universalización de la educación primaria

290. En el Uruguay la cobertura total de la educación primaria en todo el territorio nacional se acompaña también con un egreso prácticamente universal. Más temprano o más tarde, los seis grados de la educación primaria son culminados por la casi totalidad de los niños. En efecto, la tasa de asistencia de los niños de 6 a 11 años de edad se ha ubicado en los últimos años entre un 98 y 99%, encontrándose a su vez, una culminación prácticamente universal del ciclo (un 96%). Sin embargo, la finalización de la educación primaria se realiza con ciertos niveles de extraedad. Por ejemplo, a los 13 y 14 años aproximadamente un 15% continúa asistiendo a establecimientos primarios (UNICEF: 2004b). Esos datos se presentan en el siguiente cuadro.

Cuadro XLI

Tasa de asistencia a la educación y tasa de culminación del ciclo primario

Año	Tasa de asistencia a la educación de niños de 6 a 11 años de edad	Tasa de culminación del ciclo primario de niños de 13 y 14 años de edad	Tasa de culminación del ciclo primario de niños de 15 y 16 años de edad
1998	99,0	84,7	95,2
1999	99,0	86,6	95,6
2000	98,6	85,7	96,0
2001	98,9	86,8	95,6
2002	98,4	87,5	96,2

Fuente: Elaborado por el UNICEF a partir de datos de la ECH del INE.

291. Sin embargo, datos más recientes de la ANEP indican la existencia de un "abandono intermitente", es decir, niños que habiendo asistido durante algún período del año dejan de hacerlo en su transcurso, para posteriormente reinscribirse. La serie entre 1998 y 2002 muestra que aproximadamente un 1% se encuentra en dicha situación, porcentaje que es muy superior en aquellas escuelas de contexto sociocultural más pobre. En este sector, los niños que han asistido a la escuela menos de 70 días en el año representan entre un 1,5 y un 2,0% (UNICEF: 2004b). En el siguiente cuadro se presenta la evolución de los últimos años de la tasa de abandono intermitente.

Cuadro XLII

Tasa de abandono intermitente en escuelas urbanas primarias

Año	Abandono intermitente de 1° a 6° en escuelas urbanas		
	Total	Escuelas de contexto muy favorable	Escuelas de contexto muy desfavorable
1998	1,1	0,4	1,5
1999	1,4	0,4	2,0
2000	1,4	0,4	1,8
2001	1,2	0,4	1,7
2002	1,2	0,4	1,6

Fuente: Monitor educativo de escuelas públicas: primera comunicación de resultados, ANEP.

7.3.1. Medidas para disminuir la repetición en primaria

292. En el período analizado fueron tomadas dos grandes medidas para disminuir la repetición: la extensión de la educación inicial y el modelo de escuelas a tiempo completo (TC). Algunos trabajos han estimado la posibilidad de extender esta última iniciativa a unos 100.000 niños.

7.4. La educación media y los adolescentes (13 a 17 años)

293. En materia de educación, los diagnósticos existentes en nuestro país sobre la situación de niños y adolescentes señalan que el principal problema se concentra en la educación media. Se detectan, sin embargo, problemas de extraedad asociados con los altos niveles de repetición. A modo de ejemplo, a los 13 y 14 años un 15% continúa asistiendo a la enseñanza primaria, y 1 de cada 5 niños repite primer año de escuela (UNICEF: 2004, Amarante & Arim: 2005).

294. Pero es en el ciclo medio de la enseñanza donde los problemas de cobertura y abandono temprano continúan siendo importantes (Amarante & Arim: 2005). Un estudio basado en una cohorte de estudiantes de liceos públicos muestra que sólo un 40% de los inscritos en primer año logran completar el ciclo básico en el tiempo estipulado, y un 28,5% no vuelve a inscribirse durante el ciclo, lo que refleja deserción del sistema educativo (ANEP, 2004).

295. En cifras, en el Uruguay prácticamente 1 de cada 6 adolescentes de entre 13 y 17 años no asiste a ningún tipo de establecimiento educativo. La situación es más preocupante entre los varones, donde el 17,2% se encuentra fuera del sistema educativo, que entre las mujeres, con 13,2% (UNICEF: 2004b, pág. 33).

296. Como muestra el cuadro siguiente, la evolución del porcentaje de adolescentes de 13 a 17 años que asisten al sistema educativo ha sido muy positiva, pasando de un porcentaje de no asistencia del 22,2 en el año 1998 a uno del 15,2% en el año 2002.

Cuadro XLIII

**Tasa de asistencia a la educación de adolescentes de 13 a 17 años
 y logro educativo de las personas de 21 y 22 años de edad**

	Asistencia			Logro educativo		
	Porcentaje de personas de 13 a 17 años que no asisten a un establecimiento educativo			Porcentaje de personas de 21 y 22 años que finalizaron educación secundaria o técnica		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
1998	22,2	24,6	19,8	31,8	25,5	38,3
1999	19,8	23,2	16,4	32,5	28,3	36,6
2000	19,0	21,1	16,9	33,4	26,1	40,5
2001	16,4	18,7	14,0	34,6	27,2	41,6
2002	15,2	17,2	13,2	33,5	29,3	37,4

Fuente: Elaborado por el UNICEF a partir de datos de ECH del INE.

297. Pese a ello, el fenómeno de la deserción en la educación media constituye uno de los problemas más graves que el país debe necesariamente enfrentar. Solamente 1 de cada 5 estudiantes que ingresan al ciclo básico en establecimientos públicos logra alcanzar el sexto grado de educación media sin repetir ningún curso, al tiempo que otros 3 desertan en ese lapso y 1 permanece rezagado (UNICEF: 2004b). Sólo 1 de cada 3 jóvenes de 20 años logra completar la educación secundaria.

298. A su vez este fenómeno es diferencial según los estratos socioeconómicos: sólo el 14% de los adolescentes ubicados en el primer cuartil de ingresos (25% más pobre) había logrado en 1998 completar la educación media a los 20 años de edad, mientras que el porcentaje asciende a 66% entre los adolescentes del cuartil más rico (Amarante & Arim: 2005).

7.4.1. El acceso a la educación media

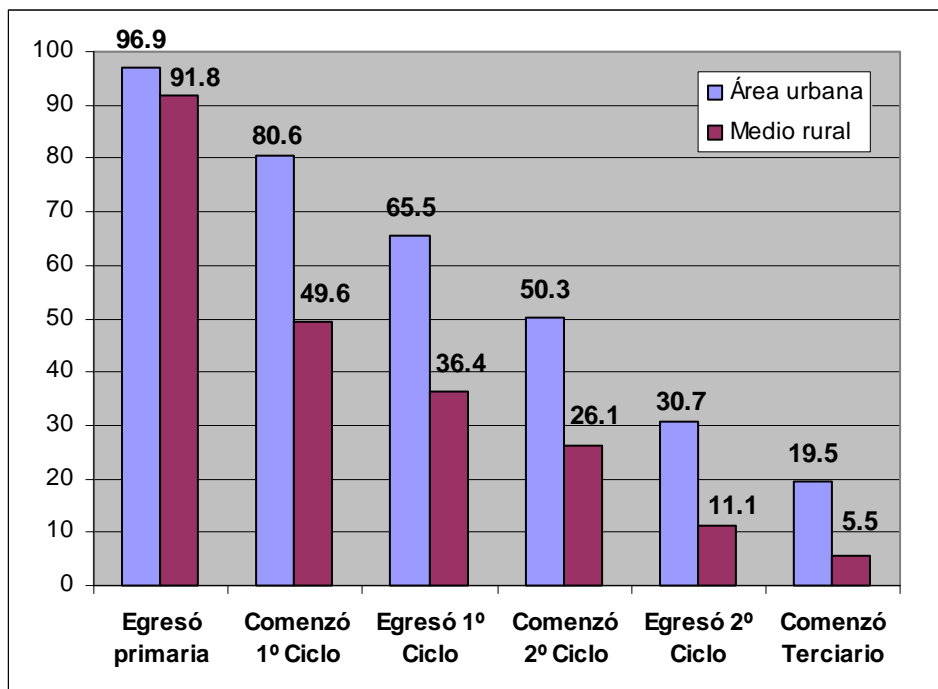
299. En la actualidad, el medio urbano no presenta prácticamente problemas de acceso a la educación media. En este medio se incluyen las localidades urbanas de 5.000 y más habitantes presentadas.

300. En el medio rural, en cambio, se registran problemas de acceso a la educación media, tal como surge de la encuesta representativa de áreas rurales menores a 5.000 habitantes.

301. Un estudio basado en esa encuesta (Cardozo y Papa, 2004) muestra que el acceso a la educación no presenta grandes diferencias en el nivel de la enseñanza primaria, pero sí las presenta en la enseñanza media, debido a las brechas urbanorurales en ese sector. En el próximo gráfico se muestran las diferencias de logros educativos de jóvenes entre 24 y 29 años, por situación urbanorural en el año 1999.

Gráfico XI

Logros educativos de los jóvenes de entre 24 y 29 años
según zonas geográficas, 1999



Fuente: Cardozo y Papa (2004) a partir de la Encuesta MGAP 1999-2000 y la ECH, 1999 (citado por Llambí & Furtado: 2005).

Nota: Entre los estudiantes que comenzaron cada ciclo no es posible contabilizar aquellos que efectivamente alcanzaron ese ciclo pero lo abandonaron sin completar al menos el primer año, por lo cual las proporciones se encuentran subestimadas, tanto en el área urbana como en la rural.

302. Cardozo y Papa (2004) (citados por Llambí & Furtado, 2005) muestran que la oferta de enseñanza primaria prácticamente ha satisfecho la demanda potencial en dicho medio: tasa neta de cobertura de primaria de entre 94 y 97%, independientemente de la zona geográfica. Pero en educación media los niveles de cobertura eran marcadamente más críticos: la tasa neta de cobertura en ciclo básico y bachillerato diversificado descendían y empeoraban cuando se pasó de localidades urbanas a rurales, en las que casi 1 de cada 4 jóvenes de entre 12 y 14 años y casi 1 de cada 2 de entre 15 y 17 había abandonado los estudios. Estos datos se muestran en el siguiente cuadro.

Cuadro XLIV

Tasas netas de escolarización según zonas geográficas, 1999

	Localidades urbanas > 5.000	Localidades urbanas < 5.000	Áreas rurales
TNE a primaria	95,0	97,2	94,1
TNE a primer ciclo	69,7	53,7	49,2
TNE a segundo ciclo	40,6	27,0	30,1

Nota: Las TNE se calculan como el cociente entre la población asistente del tramo etario correspondiente al ciclo y la población total de ese tramo etario. Para primaria se tomó el tramo de 6 a 11 años; para CB, de 12 a 14, y para BD, de 15 a 17 años de edad. TNE = tasa neta de escolarización (Llambí & Furtado: 2005).

7.4.2. Deserción en la educación media y diferencias socioeconómicas

303. Uno de los mayores problemas pendientes en la educación media se relaciona con el acceso en las áreas rurales y localidades pequeñas, los altos niveles de deserción exacerbados por las diferencias socioeconómicas y los elevados índices de repetición, que cuesta anualmente cerca de 19 millones de dólares.

304. Si bien los niveles globales de deserción en la educación media en el Uruguay son preocupantes, resultan alarmantes las diferencias por estrato socioeconómico: mientras 8 individuos del quintil más rico completan la educación media, sólo lo hacen 3 del quintil más pobre, como se muestra en el cuadro XLV tomado de Llambí & Furtado (2005).

Cuadro XLV

Probabilidades de sobrevivencia en el sistema educativo por quintiles de ingreso. Población de 12 a 29 años de edad en localidades urbanas mayores de 5.000 habitantes, 2001

Probabilidad de continuar asistiendo luego de	Quintiles de ingreso				
	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5
Completar tercer año de escuela	0,99	0,99	1,00	1,00	1,00
Completar la educación primaria	0,80	0,90	0,96	0,97	0,97
Completar el ciclo básico secundario	0,49	0,71	0,79	0,87	0,94
Completar la educación media	0,29	0,50	0,56	0,67	0,78
Completar 16 años de educación	0,20	0,37	0,40	0,58	0,66

Fuente: MEMFOD (2004a) (citado por Llambí & Furtado: 2005).

305. Algunas de las medidas que se implementaron en educación media para neutralizar los problemas fueron: la experiencia de los cursos 7º, 8º y 9º rurales, que lograron tasas de repetición y deserción de cerca de la mitad de las registradas en zonas urbanas, y el ciclo básico

del Plan 96, que disminuyó la deserción principal en los centros que atendieron a la población más pobre.

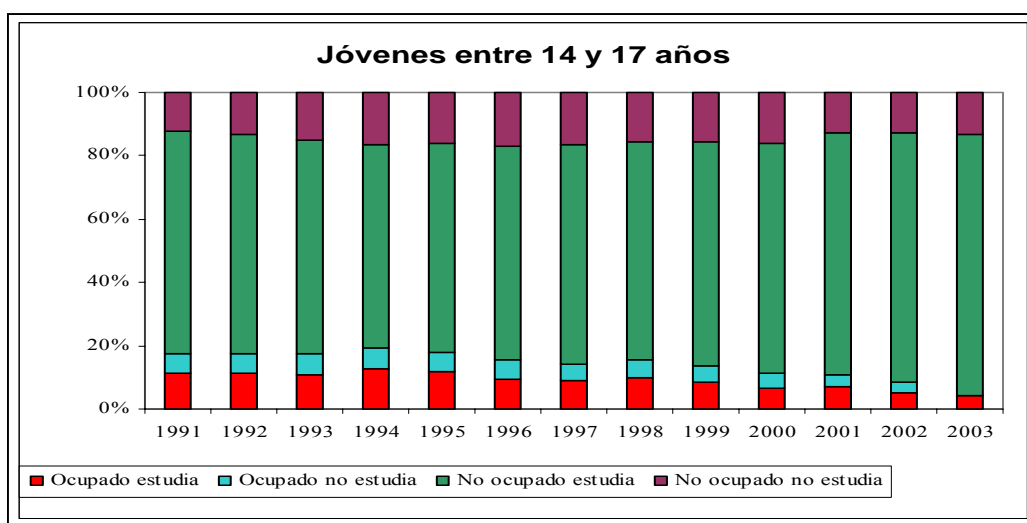
7.4.3. Educación y trabajo juvenil

306. La dinámica conjunta del mercado laboral y del sistema educativo derivan en una problemática que ha sido señalada en diversos trabajos (ANEP, 2002; Bucheli y Casacuberta, 2000): los jóvenes que no trabajan ni estudian. Este fenómeno pone de manifiesto las dificultades que tiene el sistema educativo para incorporar exitosamente a la educación media a los sectores sociales más vulnerables. Este problema se muestra con una tendencia creciente en la primera mitad de la década de los noventa, y luego se mantiene relativamente constante. Incluso en los últimos años el porcentaje de jóvenes que no trabajan ni estudian ha disminuido (Amarante & Arim: 2005).

307. El análisis de la inserción laboral y en el sistema educativo de los jóvenes a lo largo de la década muestra que se produce un marcado aumento del porcentaje de jóvenes que no trabajan y estudian, especialmente durante los últimos años de crisis económica. En el gráfico también se muestra que este problema se vincula al mal desempeño del mercado laboral, en la medida que ha disminuido el porcentaje de jóvenes ocupados, tanto que estudian como que no (Amarante & Arim: 2005b).

Gráfico XII

Porcentajes de jóvenes según empleo y educación



Fuente: Amarante & Arim (2005).

7.4.2. La disciplina en la enseñanza media

308. Al abordar este punto, se considera apropiado aludir al fallo judicial adoptado por el juzgado letrado contencioso-administrativo. El caso requiere a la resolución de una acción de amparo interpuesta por estudiantes liceales a quienes les fue interpuesta una sanción por la

Administración de Educación Pública. A este respecto, por resolución RD NEP 076/96, el Director Nacional de Educación Pública impuso una suspensión de 150 días con prohibición de ingresar a cualquier establecimiento educativo a varios estudiantes que en ejercicio de una reivindicación gremial habrían resuelto ocupar sus centros de estudio. En el fallo de la justicia se acoge el amparo ejercido por los estudiantes, determinando que las potestades disciplinarias ejercidas por la administración han excedido el marco constitucional, legal y reglamentario afectando el debido proceso legal. En efecto, el reglamento de comportamiento, conductas y normas que rigen la disciplina para alumnos de 28 de agosto de 1989 regula el proceso disciplinario en caso de faltas graves como promover desórdenes en el recinto liceal, poniendo a la dirección del liceo como la encargada de instruir el asunto, dar intervención al Consejo de orientación educativa y proponer la sanción ante el Consejo de Educación Secundaria que tiene competencia para resolver. Sólo en tales casos se prevé la suspensión preventiva del alumno reputado hasta tanto se adopte resolución. El fallo judicial anotado ampara la demanda de los estudiantes y ordena a la Administración Nacional de Educación Pública suspender de inmediato las medidas adoptadas.

7.5. Gasto público en educación en infancia²⁵

309. En el Uruguay, los organismos encargados de proveer o regular la educación pública son:

- a) La Administración Nacional de Educación Pública (ANEP), que tiene a su cargo la educación preescolar, primaria, secundaria, técnica y la formación docente;
- b) La Universidad de la República (UDELAR), que provee el servicio de educación universitaria pública;
- c) El Ministerio de Educación y Cultura, que es responsable de la política cultural y científica y es el nexo entre Gobierno y universidades e instituciones que brindan educación terciaria; y
- d) El Ministerio de Defensa, que se encarga de la educación militar (cf. Llambí & Furtado: 2005).

310. El Uruguay se caracteriza por destinar una proporción baja en educación comparado con el producto interno bruto (PIB). Ello surge de comparar sus niveles tanto con países desarrollados como con países latinoamericanos.

311. Si se observa una serie larga el gasto público en educación uruguayo no era bajo en los años setenta y ochenta, pero en el quinquenio 1995-2000 fue superado por 13 países de la región, lo que muestra que el rezago es un fenómeno reciente, fundamentalmente de la segunda mitad de los años noventa, tal como se muestra en el siguiente cuadro tomado de Llambí & Furtado (2005).

²⁵ Este segmento ha sido elaborado fundamentalmente con base en los trabajos de Llambí & Furtado (2005) y Grau (2005) publicados el año 2005 en el libro.

Cuadro XLVI

Gasto público en educación como porcentaje del PIB

	1970-1974	1975-1979	1980-1984	1985-1989	1990-1994	1995-2000
Argentina	1,2	1,3	1,4	1,4	1,4	3,8
Bolivia	3,2	3,0	3,0	3,1	3,2	7,2
Brasil	1,2	1,2	1,2	1,1	1,1	4,8
Chile	4,7	4,7	4,5	4,3	4,3	3,3
Colombia	1,9	1,9	1,9	1,8	1,8	4,4
Costa Rica	4,7	5,1	5,3	5,4	5,6	5,1
Ecuador	1,6	1,6	1,5	1,5	1,5	3,5
El Salvador	3,2	3,3	3,2	3,2	3,2	2,3
Guatemala	1,9	1,8	1,7	1,6	1,5	1,6
Honduras	3,2	3,2	3,2	3,1	3,0	3,6
México	1,9	2,0	2,3	2,6	2,8	5,6
Nicaragua	2,3	2,4	2,4	2,5	2,5	4,6
Panamá	4,0	3,9	3,9	3,9	4,0	4,6
Paraguay	1,5	1,5	1,4	1,4	1,5	3,8
Perú	3,4	3,5	3,5	3,4	3,2	2,2
República Dominicana	2,5	2,3	2,0	1,9	1,9	2,3
Uruguay	3,0	2,7	2,7	2,7	2,6	3,1
Venezuela	3,5	3,6	3,8	3,9	4,0	4,4

Fuente: Elaborado a partir de la CEPAL, BADEINSO (Base de Estadísticas e Indicadores Sociales) (tomado de Llambí & Furtado: 2005).

Nota: Las celdas en gris corresponden a los valores que superan el dato del Uruguay.

312. Según estudio de Llambí & Furtado, basado en datos de la OECD del año 2003, el Uruguay destinaba al año el 2,6% de su PIB a la educación pública en todos los niveles (Llambí & Furtado: 2005).

7.5.1. Gasto por alumno

313. En referencia a estos indicadores, el Uruguay mejora su posicionamiento relativo en la región, con un promedio de 2.057 dólares de los EE.UU. de gasto anual por estudiante.

7.5.2. Gasto público en educación en la ANEP (enseñanza primaria, secundaria y técnica)

314. En la ANEP, entre 1984 y 2003 el gasto público en educación aumentó a una tasa superior a la de la actividad económica, que dio como resultado un incremento de su participación con relación al PIB: el gasto público en educación ejecutado por la ANEP pasó de representar del 1,7% del PIB en 1984 al 2,7% en 2003.

315. Si bien esa tendencia se aplica a los tres sectores que atiende la ANEP, primaria, secundaria y técnica, existen algunas diferencias destacables como la constatación de una tendencia creciente de la participación de secundaria en el total del presupuesto de la ANEP; una levemente decreciente de la enseñanza primaria y una claramente decreciente de la educación técnica (Llambí & Furtado: 2005).

316. El incremento relativo del presupuesto asignado a secundaria se debe a que fue dirigido al ciclo básico (CB), en que se concentraron las innovaciones implementadas con el Plan 1996. Ello se tradujo en extensión del horario de clases, por ejemplo, y en el pago de horas de coordinación a docentes, entre otros factores (Llambí & Furtado: 2005). De forma sintética, el Plan 1996 generó los siguientes resultados: incrementó la cantidad de módulos de clase; estableció una carga horaria de 40 módulos para primer y segundo año, y de 38 para tercer año; previó el otorgamiento de horas de coordinación o extraaula a los docentes (cf. Llambí & Furtado, 2005).

7.5.3. Gasto ANEP por alumno

317. Tanto en primaria como en secundaria, el gasto por alumno creció en el conjunto del período 1984-2003, con algunos altibajos. El año 1984 marca el fin del Gobierno autoritario, y a partir de 1985, la reinstalación de un régimen político democrático en el Uruguay. En el siguiente cuadro tomado de Llambí & Furtado (2005) se muestra la evolución del gasto total, de matrícula y por alumno para el período 1985-2003.

Cuadro XLVII

Evolución del gasto total, de la matrícula y del gasto por alumno para los distintos subsistemas de ANEP

(Variaciones acumulativas anuales, en porcentaje)

	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2003	1985-2003
Gasto total ¹					
Primaria	8,1	-0,1	6,0	-3,4	2,9
Secundaria	10,7	-1,1	7,7	1,8	4,8
Técnicoprofesional	8,1	-2,0	3,8	-5,2	1,4
Matrícula ²					
Primaria	0,0	-0,8	2,5	1,9	0,8
Secundaria	6,3	0,5	3,1	5,8	3,5
Técnicoprofesional	0,3	1,9	-2,5	6,1	1,1
Gasto por alumno					
Primaria	8,2	0,6	3,3	-5,2	2,0
Secundaria	5,4	-1,5	4,5	-3,8	1,3
Técnicoprofesional	7,8	-3,8	6,5	-10,7	0,2

Fuente: ¹ ANEP (1998) y balances de ejecución presupuestal y financiera, 1996-2003. El gasto total de cada subsistema incluye la cuota parte asignada de CODICEN. ² CEP, CES y CETP (tomado de Llambí & Furtado: 2005).

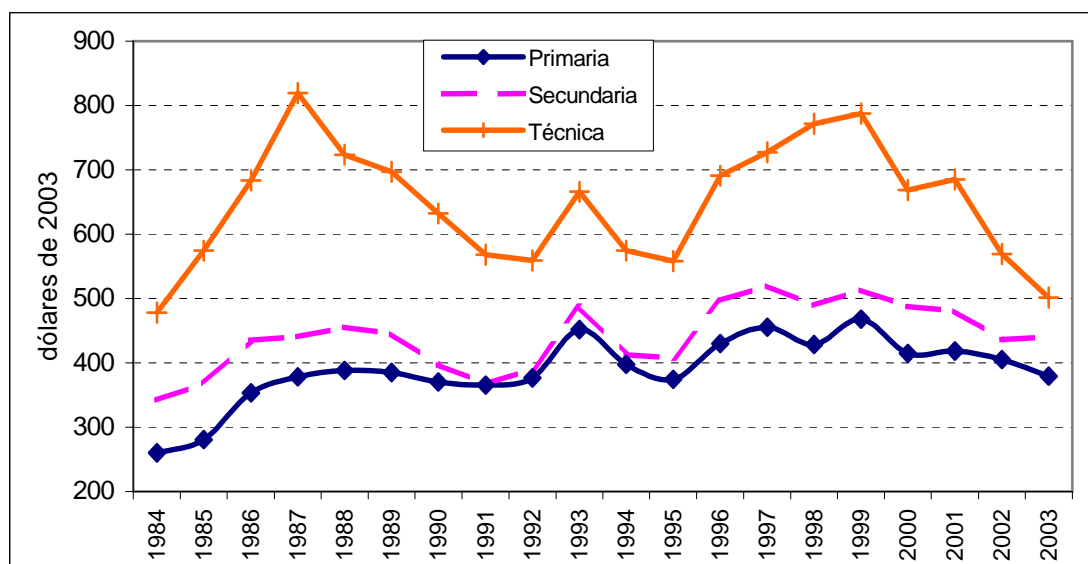
318. El presupuesto asignado tanto a primaria como a secundaria superó las necesidades requeridas para financiar el aumento de la cobertura escolar, lo que significó un incremento real del gasto por estudiante. También se observa en dicho cuadro que no ocurrió lo mismo con la educación tecnicoprofesional, ya que el gasto por alumno en 2003 apenas superó el de 1984 (cf. Llambí & Furtado: 2005).

319. Aun así, por otro lado es necesario mencionar que el Uruguay aún mantiene niveles de gasto por alumno inferiores a países incluso latinoamericanos con similares niveles de desarrollo (*op. cit.*). Por ejemplo, tanto en primaria como en secundaria, el Uruguay presenta la relación entre salario de docente con 15 años de experiencia y PIB per cápita más bajo de la región, entre 0,76 y 0,82 (OCDE, 2003).

320. La evolución del gasto en educación por alumno por sector se presenta en el cuadro siguiente (*op. cit.*, pág. 24).

Gráfico XIII

Evolución del gasto total por alumno



Fuente: Llambí & Furtado (2005).

7.5.4. Costo de la repetición en primaria

321. La alta tasa de repetición es uno de los déficit del país en esta materia, -especialmente en primer año de escuela-, e implica un gasto de 11,2 millones de dólares, de los que 4 millones financian la repetición sólo del primer año. El sistema destina un 8% del presupuesto total anual para financiar la repetición.

322. Estos datos se presentan en el siguiente cuadro tomado de Llambí & Furtado (2005).

Cuadro XLVIII

Costo anual de la repetición en primer año y en el total de primaria, 2003

	Matrícula 2003	Repetidores	Tasa de repetición en 2003 (porcentaje)	Costo anual por alumno (en dólares EE.UU. de 2003)	Costo anual repetición (en millones de dólares EE.UU. de 2003)
Primer año	58.141	10.474	18,0	379	4,0
Total primaria	324.837	29.560	9,1	379	11,2

Fuente: Llambí & Furtado (2005).

7.6. Problemas pendientes en materia educativa

323. Tal vez uno de los más destacados en el Uruguay sea el del proceso de ampliación de la brecha de remuneraciones entre trabajadores de distintos niveles educativos, que se refuerza por la llamada endogamia educativa en América Latina, tendencia a casarse entre iguales, mayor que en los países desarrollados.

324. Esto repercute en un proceso de concentración del ingreso que se acentuó en el período de crisis reciente, en el que, además, la probabilidad de estar desocupado disminuía cuanto mayor era el nivel educativo (Bucheli, 2003, citado por Llambí & Furtado: 2005). De no conseguirse mayor igualdad de oportunidades de acceso, de resultados y de egreso en la educación pública, el distanciamiento por niveles educativos de la población promoverá mayores fracturas en la sociedad, con exclusión social.

8. MEDIDAS ESPECIALES DE PROTECCIÓN (ARTÍCULOS 22, 38, 39 Y 40, APARTADOS b) A d) DEL ARTÍCULO 37 Y ARTÍCULOS 32 A 36)

8.1. Los niños refugiados (artículo 22)

325. En el ámbito nacional, y por Decreto N° 411/03 de 21 de octubre de 2003, se constituyó la Comisión Nacional de Refugiados. La Comisión se integra con el Ministro de Relaciones Exteriores y el Ministro del Interior. La referida Comisión actúa asistida por una secretaria técnica integrada por la Dirección de Derechos Humanos y Derecho Humanitario del Ministerio de Relaciones Exteriores, un delegado de la Dirección Nacional de Migración y un representante de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados.

326. A dicha Comisión le corresponde determinar la elegibilidad del refugiado y la concesión, denegación o cese de la condición jurídica de protección. La aceptación del estatuto determina que el beneficiario tendrá acceso a la educación gratuita y pública en la rama primaria, secundaria y universitaria. De igual modo, para aquellos refugiados que carezcan de ingresos, queda garantizada la asistencia médica, hospitalaria y farmacéutica.

8.2. Los niños afectados por un conflicto armado (artículo 38) incluida su recuperación física y psicológica y su reintegración social (artículo 39)

327. La República Oriental del Uruguay ha ratificado por Ley N° 17483 aprobada el 8 de mayo de 2005 el Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la participación de los niños en los conflictos armados, en consonancia con la reserva realizada al momento de ratificar la Convención en el Uruguay referente a que el reclutamiento de las fuerzas armadas sólo puede hacerse a partir de los 18 años. El Uruguay es un país de tradición pacifista en el plano internacional y no registra involucramiento directo o indirecto en conflictos armados internacionales o internos desde el siglo XIX. Pese a ello, ha ratificado los cuatro Convenios de Ginebra de 1949 y sus Protocolos Adicionales de 1977. Además, en el ámbito nacional, funciona desde 1992 una Comisión interministerial dedicada a implementar en derecho interno las normas del derecho internacional humanitario y a difundir la formación y capacitación en este derecho.

328. Uno de los logros más significativos ha sido el de incorporar a la formación curricular escolar, liceal y universitaria (en las orientaciones de derecho) el estudio de las obligaciones de los estados en materia de derecho internacional humanitario.

329. Por su parte el artículo 13 del nuevo Código del Niño establece a texto expreso que los niños y adolescentes no pueden formar parte de las hostilidades en conflictos armados ni recibir preparación para ello.

8.3. Los niños que tienen conflicto con la justicia

8.3.1. La administración de justicia de menores (artículo 40)

330. De acuerdo al proyecto de Código de la Niñez y la Adolescencia, integran el catálogo de derechos y garantías del procedimiento a que quedan sometidos los adolescentes infractores, esto es, los menores de 18 años que cometan infracciones a la ley penal.

8.4. Los niños privados de libertad, incluida toda forma de detención, encarcelamiento o internamiento en un establecimiento bajo custodia (apartados b), c) y d) del artículo 37)

331. El derecho uruguayo prevé las situaciones que se detallan a continuación.

8.4.1. Libertad asistida

332. Consiste en acordarle al adolescente el goce de libertad en su medio familiar y social. El juez es quien determinará la duración de la medida. En cualquier momento de su ejecución la medida puede ser interrumpida, revocada o sustituida, de oficio o de instancia de los actores habilitados y previa intervención del ministerio público y del defensor.

8.4.2. Libertad vigilada

333. Consiste en la permanencia del adolescente en la comunidad con el acompañamiento permanente de un educador, durante el tiempo que el juez determine.

8.4.3. Medidas socioeducativas privativas de libertad

334. Éstas sólo se aplicarán a los adolescentes declarados por sentencia ejecutoriada, responsables de infracción gravísima, que a juicio del juez justifique la misma. También podrán aplicarse a los adolescentes que, habiendo sido declarados por sentencia ejecutoriada responsables de una infracción en forma reiterada, incumplen las medidas adoptadas por el juez. En este caso el plazo de duración de la medida privativa de libertad no podrá exceder de 60 días.

335. Las medidas privativas de libertad no son obligatorias para el juez. Se aplican cuando, configurándose los requisitos legales, no existan otras medidas adecuadas dentro de las no privativas de libertad. El juez fundamentará los motivos de la no aplicación de otras medidas. Se tendrá en consideración el derecho del adolescente a vivir con su familia, y en caso que proceda la separación, a mantener contacto permanente con la familia, pareja, amigos, referentes afectivos y otros, si ellos no fueren perjudiciales para el mismo (artículo 45 del Código de la Niñez y la Adolescencia)

336. Las medidas privativas de libertad son: a) internación en establecimientos, separados completamente de los establecimientos carcelarios destinados a adultos; b) internación en iguales establecimientos con posibilidades de gozar de semilibertad (artículo 46 del Código).

8.4.4. Privación de libertad

337. El régimen de privación de libertad consiste en recluir al adolescente en un establecimiento que asegure su permanencia en el recinto, sin menoscabo de los derechos consagrados en el presente Código, las normas constitucionales, legales, e instrumentos internacionales (artículo 48 del Código).

338. La medida de privación de libertad tendrá una duración máxima de cinco años. En ningún caso, el adolescente que al llegar a los 18 años permanece sujeto a medidas, cumplirá lo que le resta en establecimientos destinados a los adultos (art. 49). El cumplimiento de las medidas de privación de libertad es de responsabilidad exclusiva, irrenunciable e indelegable del Estado. Se cumplirán en centros especiales hasta la finalización de las medidas y de acuerdo a criterios, entre otros, de edad, complexión física, gravedad de la infracción y adaptación a la convivencia. En ningún caso podrán cumplirse en establecimientos destinados a los adultos. Se tendrá especial cuidado por las situaciones en que el adolescente requiera tratamiento médico, en cuyo caso deberá ser internado en un centro adecuado a sus condiciones (artículo 50 del Código).

339. En los casos de adolescentes infractores que padecen dependencias alcohólicas o toxicómanas, se efectivizará la asistencia a programas de orientación y tratamiento adecuados (art. 51). Se deberá decretar, en cualquier momento, el cese de la medida cuando resulte acreditado en autos que la misma ha cumplido su finalidad socioeducativa. La tramitación de todas las solicitudes de sustitución, modificación o cese de las medidas se hará en audiencia, debiendo dictarse resolución fundada, previo los informes técnicos que se estimen pertinentes, con presencia del adolescente, de sus representantes legales, de la defensa y del ministerio público.

340. La audiencia deberá celebrarse en un plazo que no exceda los diez días a partir de la respectiva solicitud (art. 52). La internación de los adolescentes fuera de la jurisdicción de su

domicilio se limitará al mínimo posible, atendidas las circunstancias del caso. Cuando los juzgados dispongan la internación de adolescentes infractores fuera de su jurisdicción, declinarán competencia ante el juez del lugar de internación. Deberán enviar junto con el adolescente, fotocopia certificada del expediente en sobre cerrado, que será entregado por el funcionario que lo traslade, bajo su más grave responsabilidad funcional, al juez de turno del lugar de la internación (artículo 53 del Código).

8.4.5. Régimen de semilibertad

341. El régimen de semilibertad consiste en disponer que el adolescente, cuya privación de libertad ha sido dispuesta en establecimientos, goce de permiso para visitar a su familia o para la realización de actividades externas, de ocho horas de duración, en su beneficio personal, controladas por la autoridad donde se encuentra internado. Este régimen se extiende, a voluntad del adolescente, mientras se aplica la medida de privación de libertad, salvo la suspensión temporaria o definitiva por inobservancia de las reglas de comportamiento (art. 48).

8.4.6. Protección de identidad

342. De acuerdo al nuevo Código queda prohibida la identificación de la persona del adolescente por cualquier medio de comunicación, sin perjuicio de la información sobre los hechos. Y se prevé que los funcionarios públicos que faciliten noticias a la prensa, en contravención a lo dispuesto en el inciso anterior, serán pasibles de una suspensión de diez días con pérdida de haberes la primera vez, y un mes por la siguiente. La tercera infracción dará lugar a la destitución. La infracción será comunicada preceptivamente a la institución a que pertenece, con transcripción de las normas. A su vez, los medios de comunicación que infringieren lo dispuesto en el inciso primero incurrirán en una multa, a juicio del juez, equivalente a entre 20 y 200 UR (unidades reajustables), según los casos (art. 56).

8.4.7. Medidas curativas

343. A los adolescentes incapaces que hubieren cometido infracciones a la ley penal se les aplicarán, con las garantías del debido proceso fijado para los infractores, las medidas de carácter curativo, que se cumplirán en establecimientos adecuados y separados de los adultos mayores de 18 años. Corresponde a los directores de dichos establecimientos y a los técnicos que designe el juez determinar su tratamiento (art. 64).

8.4.8. Control sobre la ejecución de las medidas dispuestas por el juez

344. A los jueces letrados de adolescentes les corresponde (art. 100) el control que ejercen los jueces competentes, teniendo como cometidos: a) vigilar los casos en los que han recaído medidas educativas dispuestas por sentencia ejecutoriada, hasta el término de su cumplimiento; b) entender por audiencia y con intervención del Defensor y ministerio público las reclamaciones de los adolescentes durante el período de ejecución de las medidas, tanto en los establecimientos, como fuera de ellos; c) visitar, por lo menos cada tres meses, los centros de internación, dejando constancia en el expediente respectivo del resultado. Sin perjuicio de lo que antecede, podrá realizar inspecciones cada vez que lo considere oportuno. En ambos casos, tomar las medidas que más convengan al interés superior del adolescente; dar cuenta a la Suprema Corte de Justicia en los casos que se constaten irregularidades graves. Referente al control de la autoridad

administrativa, el artículo 101 prevé que el Instituto Nacional del Menor o las autoridades de los establecimientos de internación, informarán cada tres meses al juez sobre la forma como se cumple la medida y la evolución del adolescente.

345. El Instituto Nacional del Menor reglamentará el funcionamiento de los establecimientos donde se cumplen las medidas privativas de libertad.

8.5. La imposición de penas a los niños, en particular la prohibición de la pena capital y la de prisión perpetua (apartado a) del artículo 37)

346. En el Uruguay están prohibidas ambas penas.

8.6. La explotación económica de los niños, incluido el trabajo infantil (artículo 32)

347. Sobre este punto, en principio es necesario recordar que el Comité de los Derechos del Niño, analizando el último informe presentado por el Uruguay en virtud del artículo 44 de la Convención, manifestó que "observa con preocupación que en el Uruguay sigue habiendo un problema de trabajo infantil, y que las medidas adoptadas para evitarlo son insuficientes. El Comité observa asimismo con preocupación que la edad mínima de empleo según la legislación uruguaya es inferior a la edad mínima que contemplan las convenciones internacionales aplicables, aunque el Uruguay ha ratificado el Convenio N° 138 de la OIT".

348. A continuación, debido a la relevancia de la problemática del trabajo infantil, se incluyen datos sobre diversos aspectos de este tema. Estos datos están basados en trabajos e investigaciones que se han generado en el Uruguay, como el UNICEF: 2003; Santesteban: 2005; Santesteban *et al.*: 2003; Comité Nacional para la Erradicación del Trabajo Infantil-OIT: 2004.

8.6.1. La creación de un ámbito institucional especial: Comité Nacional para la Erradicación del Trabajo Infantil en el Uruguay

349. Tanto en el ámbito gremial, el de las ONG vinculadas a la infancia y desde el sector público, fundamentalmente a través de la intervención del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y el Instituto Nacional del Menor, se inició en el Uruguay un debate sobre el trabajo de los menores, habiéndose constituido a partir de 1998 de manera informal y posteriormente institucionalizado por Decreto del poder ejecutivo N° 367/2000 de 8 de diciembre de 2000, el Comité Nacional para la Erradicación del Trabajo Infantil (CETI). El CETI se integró por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, quien lo preside, el Instituto Nacional del Menor, que ejerce la secretaría técnica, el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio del Interior, el Ministerio de Educación y Cultura, la Administración Nacional de Educación Pública, el Plenario Intersindical de Trabajadores-Central Nacional de Trabajadores (PIT-CNT), Acción Sindical Uruguaya (ASU), la Cámara Nacional de Comercio, la Cámara de Industrias del Uruguay, la Asociación Nacional de Organizaciones no Gubernamentales (ANONG) y la Red de Infancia de Niñez y Adolescencia de los Sectores Populares (Santesteban: 2005).

350. Se estableció además que el Comité tendrá como asesores permanentes a un representante del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y uno del Instituto Interamericano del Niño (IIN), agregándose posteriormente un delegado del programa IPEC/OIT. Acorde al

artículo 3 del decreto que constituyó el CETI, las funciones del Comité son las siguientes:
a) asesorar, coordinar y proponer políticas y programas tendientes a la eliminación del trabajo infantil; b) elaborar y proponer el Plan Nacional de Acción para la eliminación progresiva del trabajo infantil y la protección del adolescente trabajador; c) fortalecer la coordinación y concertación entre las instituciones públicas y privadas, nacionales e internacionales relacionadas con la infancia, a efectos de definir alternativas y estrategias que reduzcan o eliminen las causas básicas que generan el trabajo infantil y que promuevan la efectividad de la legislación sobre la edad mínima de admisión al empleo; d) generar instancias descentralizadas de actuación, fomentando el compromiso local con los objetivos propuestos.

8.6.2. La adecuación legislativa del Uruguay en materia de trabajo de menores: avances y desafíos

351. Siguiendo a Santestevan (2005) se puede concluir que luego de aprobado el Código de la Infancia y la Adolescencia en el país se produjeron en materia de normas laborales algunos avances, aunque persistan aún "desafíos" pendientes:

- a) En lo referente al trabajo de los menores, el Código adecua la legislación nacional al texto de los Convenios internacionales de trabajo ratificados por el país;
- b) El nuevo Código consagra además la obligación del Estado de promover programas de apoyo integral para desalentar y eliminar el trabajo de niños, niñas y adolescentes, lo que centra la preocupación referente a la infancia y adolescencia en la real efectividad del derecho a la educación.

352. Como aspectos negativos específicos, algunos trabajos especializados como el de Santestevan (2005) han destacado los siguientes:

- a) La excesiva discrecionalidad otorgada al Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay (INAU) en materia de excepciones al régimen general en cuanto a la edad de admisión al empleo, jornada de trabajo, horarios especiales y trabajo nocturno, etc.
- b) El mantenimiento de la superposición de competencias entre el INAU y el MTSS en materia de control del cumplimiento de las normas laborales vinculadas a la infancia.
- c) En materia de competencia judicial, se concentra en los juzgados de familia buena parte de las atribuciones vinculadas a la resolución de conflictos que involucran a los menores de edad. Cuando esto es aplicado a temas como la impugnación de sanciones impuesta por los órganos de contralor del Estado, se vulnera el precepto constitucional que otorga competencia a la justicia administrativa.
- d) Se genera una situación de inequidad con el adolescente trabajador comparado con el trabajador adulto, en materia de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, ya que se consagra la posibilidad de eximir de responsabilidad por culpa grave al empleador si prueba que el joven se encontraba circunstancialmente en el lugar de los hechos, sin conocimiento de la persona habilitada para permitirle el acceso.

- e) El nuevo Código no dice nada respecto al trabajo de los menores en el sector informal, que es el sector donde se producen las principales fuentes de explotación y desconocimiento de derechos.
- f) No se consagra la participación de actores sociales, especialmente organizaciones de trabajadores y de empleadores, para resolver diversos aspectos de las relaciones laborales que involucran a los menores, particularmente en la integración del Consejo Nacional Consultivo Honorario de los Derechos del Niño y Adolescente.

353. Para ilustrar más las normas laborales del nuevo Código, se puede agregar que el CETI ha planteado la necesidad de una modificación puntual o, en su caso, una redacción alternativa al capítulo XII referente al trabajo.

8.6.3. Problemas de información disponible sobre trabajo infantil en el Uruguay²⁶

a) La percepción de la población y la información

354. Los datos están muy relacionados con lo que la población percibe como trabajo, lo que en términos generales deja fuera de los datos a las peores formas. Además, la población tiende a captar los casos vinculados al trabajo formal, por lo que queda fuera del relevamiento el ámbito de la informalidad, que es un lugar de riesgo potencial muy alto para estas prácticas (cf. CIESU-OIT: 2004).

b) El problema de los relevamientos

355. Los relevamientos, contienen muy poca información sobre el fenómeno del trabajo infantil a nivel rural. Los únicos datos existentes del año 1996 presentan una elevada tasa de actividad a nivel rural en la faja de 12 a 14 años, e indican que un 30% de los niños de 12 y 13 años declaran trabajar en el sector primario. Con el crecimiento acelerado de la forestación, se puede estimar que estas cifras tienen que haber crecido. Los actores consultados manejan indicios de que esto es así, pero no hay relevamientos rigurosos del problema, con el agravante de que en estos sectores la sindicalización es prácticamente inexistente, con lo que desaparece un mecanismo de control ciudadano muy importante.

356. En palabras de los autores del informe de CETI-OIT-CIESU (2004), "Las cifras del último relevamiento (1999) presentan a 9.300 niños trabajadores, en la faja de 5 a 14 años (trabajo ilegal). Esto puede desglosarse en dos tramos, de 5 a 11 años trabajan o buscan trabajo un 1% de los niños, y de 12 a 14 años trabajan o buscan trabajo un 5,1% de los adolescentes. En el tramo de 15 a 17 años, la cantidad sube al 21%. La magnitud del problema, tomando las cifras existentes como piso, puede ser relativizada, ya que de acuerdo a las diferentes fajas de edad los porcentajes de pobreza en la infancia superan el 40%. Si tomamos en cuenta que la probabilidad de encontrar un niño trabajador en hogares con menores ingresos es mayor, podemos pensar que este grupo es un emergente de las formas de trabajo infantil en donde tienen más peso las variables culturales que las económicas. Se estima que esto puede ser la punta de un iceberg oculto tras las cifras de pobreza, educación y empleo. Todos los actores coinciden en que el

²⁶ Este segmento ha sido elaborado con base en los trabajos del UNICEF (2003) y CETI-OIT-CIESU (2004).

agravamiento de la crisis tiene que haber generado más situaciones de empleo infantil, ligado a las estrategias de sobrevivencia de las familias, y es claro que esas situaciones no emergen de los estudios realizados en el país" (CETI-OIT-CIESU: 2005, pág. 110).

c) La dimensión cultural

357. En el Uruguay, en muchos casos, los actores atribuyen valor positivo al trabajo infantil. El hecho de que 9.300 niños de 5 a 14 años declaren a través o en presencia de sus padres que realizan una actividad que es ilegal, da una pauta de hasta qué punto el problema se percibe como algo "normal". Sin embargo, las peores formas sí se perciben en términos generales como problema, pero no se las asocia al trabajo sino que se las conceptualiza como maltrato, marginación, delito (cf. CETI-OIT-CIESU: 2004).

8.6.4. Características del trabajo infantil en el Uruguay

358. Para la población de entre 12 y 14 años de edad, la única información disponible sobre la incidencia del trabajo en menores de 14 años de edad surgía del censo poblacional de 1996, en el cual se relevó esta información para toda la población mayor de 11 años. Se podía estimar el peso del trabajo entre los niños de 12 a 14 años. El trabajo adolescente (15 a 17 años) se releva periódicamente a través de la Encuesta Continua de Hogares del INE.

359. Por problemas de falta de información sobre el trabajo de menores de 14 años en el Uruguay, se aplicó un módulo especial en la Encuesta Continua de Hogares del INE en el segundo semestre de 1999 que permitió por primera vez contar con una estimación más precisa del fenómeno (UNICEF: 2003). Ello, aclarando que más allá del avance que esto representa, debe consignarse que desde 1999 no se volvieron a realizar otras mediciones²⁷.

360. A continuación se acompaña el análisis presentado por el UNICEF (2003) de los datos de 1999. Para el UNICEF, en el cuadro XLIX -a continuación- puede apreciarse que en 1999 había en las áreas urbanas aproximadamente 34.000 niños y adolescentes trabajadores, de los cuales 10.100 vivían en Montevideo, 6.900 en el área metropolitana y 17.000 en el resto del país. Asimismo, la información recabada permitía observar que el 7,9% de esta población (2.700 niños) correspondía al tramo de 5 a 11 años de edad (UNICEF: 2003).

Cuadro XLIX

Niños y adolescentes de 5 a 17 años que trabajan, por tramos de edad seleccionados en áreas urbanas, según grandes áreas geográficas, 1999

Área geográfica	De 5 a 11 años	De 12 a 17 años	Total 5 a 17 años
Montevideo	1.100	9.000	10.100
Periferia de Montevideo	400	6.500	6.900
Resto del interior urbano	1.200	15.800	17.900
Total del país urbano	2.700	31.300	34.000

Fuente: Instituto Nacional de Estadística-UNICEF, Módulo de Trabajo Infantil y Adolescente de la Encuesta Continua de Hogares (ECH).

²⁷ Algunas reservas metodológicas a dicho relevamiento de 1999 ya fueron descritas en el ítem anterior.

361. Además, en el cuadro L puede observarse que los niños de 5 a 11 años trabajadores representaban en forma aproximada el 1% del total de la población en ese tramo de edades, más precisamente el 0,97%; en la zona periférica esta proporción ascendía al 1,16%. Aunque estos valores son relativamente reducidos, no puede dejar de reconocerse la trascendencia que tiene, desde una perspectiva de derechos, el hecho de que en 1999 (al inicio del período de recesión) se registraran en las áreas urbanas aproximadamente 2.700 niños menores de 12 años que desempeñaban algún tipo de trabajo (UNICEF: 2003).

Cuadro L

Niños y adolescentes de 5 a 17 años de edad, por tramos de edad seleccionados y condición laboral, según áreas geográficas seleccionadas en áreas urbanas, 1999

(En porcentajes sobre el total de personas en el tramo de edad respectivo)

Área gráfica	De 5 a 11 años			De 12 a 17 años			Total (5 a 17 años)		
	Porcentaje que trabaja	Porcentaje que no trabaja	Total de niños en esas edades	Porcentaje que trabaja	Porcentaje que no trabaja	Total de niños en esas edades	Porcentaje que trabaja	Porcentaje que no trabaja	Total de niños en esas edades
Montevideo	0,89	99,11	100 (123.900)	8,4	91,6	100 (107.100)	4,4	95,6	100 (231.000)
Periferia urbana de Montevideo	1,16	98,84	100 (34.600)	20,1	79,9	100 (32.300)	10,3	89,7	100 (66.900)
Resto del interior urbano	0,99	99,01	100 (120.900)	14,6	85,4	100 (108.000)	7,4	92,6	100 (228.900)
Total del país urbano	0,97	99,03	100 (279.400)	12,7	87,3	100 (247.400)	6,5	93,5	100 (526.800)

Fuente: Instituto de Estadística-UNICEF, Módulo de Trabajo Infantil y Adolescente de la Encuesta Continua de Hogares.

8.6.5. Trabajo infantil y pobreza²⁸

362. En opinión de Santestevan, Donno & Filgueira (2003), resulta claro que el trabajo infantil se concentra en los hogares más pobres del Uruguay. En el cuadro a seguir, los autores se refieren a que se puede observar con claridad que los porcentajes en los quintiles más pobres son en general más altos que dicho promedio.

Cuadro LI

Cuadro de trabajo infantil por edades y pobreza en los hogares

Edad		Porcentaje de niños que trabajan
Hasta 10	Quintil 1	1,37
	Quintil 2	0,51
	Total	0,73
De 11 a 13	Quintil 1	6,46
	Quintil 2	4,75
	Total	3,19

Fuente: INE, Módulo especial de la ECH, citado por Santestevan & otros (2003).

²⁸ Este segmento ha sido organizado con base en el trabajo de Santestevan, Donno & Filgueira (2003).

363. Es de destacar que para los autores, si se analizan los tramos de menor edad, solamente el quintil 1 supera al porcentaje promedio de trabajo infantil. Sin embargo, en el tramo infantoadolescente el trabajo de los dos quintiles más pobres de la población es superior al promedio. Es allí donde se concentra claramente el trabajo infantil y donde posiblemente se presenten en el Uruguay las características más perniciosas para el niño, aunque ello no implique desconocer la presencia de trabajo infantil en otros sectores sociales. Es en estos sectores más bajos, donde resulta más claro el vínculo entre pobreza, exclusión y trabajo infantil (cf. Santestevan, Donno & Filgueira: 2003).

8.6.6. Trabajo infantil y educación - urbana y rural²⁹

364. El impacto que tiene la actividad laboral de los niños sobre la asistencia escolar representa una de las dimensiones más relevantes con relación al fenómeno del trabajo infantil. En ese sentido, el cuadro LII muestra cifras preocupantes: entre 1999 y 2000 el 2,6% de los niños de entre 5 y 11 años no asistía a ningún tipo de establecimiento educativo, lo que significaba en términos absolutos que aproximadamente 7.400 niñas y niños se encontraban fuera de la educación. Por otro lado, el 7,8% de los adolescentes de 12 a 14 años no asistía a establecimientos de enseñanza (cf. UNICEF: 2003).

365. La información relevada permite constatar que el 30,3% de los adolescentes trabajadores de 12 a 14 años no concurría a establecimientos educativos (cuadro LII). Lo que permite afirmar también que, de los adolescentes de 12 a 14 años que trabajaban, la proporción que no asistía a centros educativos era casi cinco veces mayor que entre quienes no trabajaban, lo que revela que el trabajo adolescente tiene peso, entre otras variables, en la deserción escolar.

Cuadro LII

Niños y adolescentes de 5 a 14 años de edad por tramos de edad seleccionados y condición laboral, según su asistencia a establecimientos de enseñanza en áreas urbanas, 1999

(En porcentajes y valores absolutos)

	De 5 a 11 años			De 12 a 14 años		
	Trabaja	No trabaja	Total	Trabaja	No trabaja	Total
Asiste actualmente a establecimientos de enseñanza	100 (2.700)	97,3 (269.300)	97,4 (272.000)	69,7 (4.600)	93,4 (114.500)	92,2 (119.100)
No asiste	- ---	2,7 (7.400)	2,6 (7.400)	30,3 (2.000)	6,6 (8.100)	7,8 (10.100)
Total	100 (2.700)	100 (276.700)	100 (279.400)	100 (6.600)	100 (122.600)	100 (129.200)

Fuente: Instituto de Estadística-UNICEF, Módulo de Trabajo Infantil y Adolescente de la Encuesta Continua de Hogares.

²⁹ Este segmento ha sido elaborado con base en el trabajo del UNICEF (2003).

366. En el Uruguay existen tasas muy altas de deserción y bajos índices de cursado óptimo, que han sido mostrado por estudios realizados por MEMFOD. Estos indicadores afectan al conjunto de la población adolescente. La presencia del factor trabajo con jornadas laborales que promedian las cinco a siete horas diarias debe constituir casi inevitablemente un serio obstáculo a la permanencia y culminación de la educación media (UNICEF: 2003).

367. También resultan claras las implicaciones de una temprana incorporación laboral, en la que la adopción de roles adultos puede afectar el ejercicio de los derechos elementales de los adolescentes. La proporción de adolescentes que trabajan se incrementa significativamente con el aumento de un año de edad. Así, en el cuadro LIII se muestra que para el bienio 2000-2001 a los 14 años trabajaba el 4% de la población, en tanto que a los 17 años lo hacía el 21%. La lectura de ese cuadro muestra que la inversión en capital educativo (estudio) y la incorporación al mercado laboral (trabajo) son alternativas muy difícilmente combinables. Se puede también constatar que la participación de los adolescentes dentro de la población activa asume valores altos a partir de los 15 años de edad (UNICEF: 2003).

Cuadro LIII

Adolescentes (mayores de 13 y menores de 18 años) por edades simples según asistencia educativa y condición laboral en áreas urbanas

	14 años	15 años	16 años	17 años
Total general	100	100	100	100
Subtotal de adolescentes que estudian	89,6	83,0	75,1	67,0
Estudian, no trabajan y no buscan trabajo	86,3	77,4	64,9	50,1
Subtotal de adolescentes que estudian y forman parte de la PEA	3,3	5,6	10,2	16,9
Estudian, no trabajan pero buscan trabajo (desocupados)	0,9	3,0	5,9	9,4
Estudian y trabajan	2,4	2,6	4,3	7,5
Subtotal de adolescentes que no estudian	10,4	17,0	24,8	33,1
Estudian, no trabajan y no buscan trabajo	7,2	9,3	10,5	10,9
Subtotal de adolescentes que estudian y forman parte de la PEA	3,2	7,7	14,3	22,2
No estudian y trabajan	2,0	4,1	8,1	13,3
No estudian, no trabajan pero buscan trabajo (desocupados)	1,2	3,6	6,2	8,9

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la ECH del INE.

* Los cuadros pueden no sumar 100 por errores de redondeo.

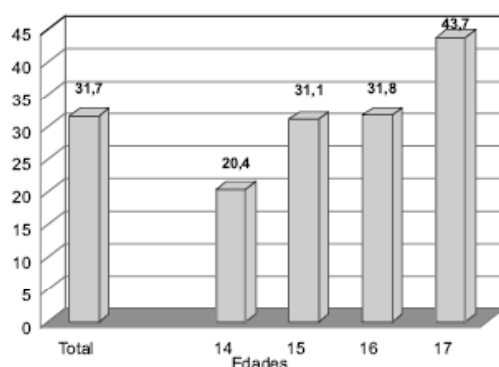
368. Las proporciones anteriores se encuentran de forma similar en el medio rural y las localidades de menor tamaño poblacional, donde 1 de cada 5 adolescentes de 14 años está trabajando. Un rasgo que diferencia a esta área es que la incorporación parte de un valor alto y aumenta con la edad, pero no lo hace al mismo ritmo que el resto del país: mientras que en este

medio el porcentaje de trabajadores se duplica entre los 14 y los 17 años, en las localidades mayores se multiplica por 5 (UNICEF: 2003).

Gráfico XIV

Adolescentes (mayores de 13 y menores de 18 años) que trabajan, por edades, en áreas rurales y localidades menores de 5.000 habitantes

(En porcentaje)



Fuente: Elaboración propia a partir de la ER de OPYPA-MGAP de octubre de 1999 a enero de 2000.

Fuente: UNICEF (2003).

369. A pesar de las limitaciones de información, se pueden extraer algunas conclusiones sobre el trabajo infantil³⁰:

- a) Al segundo semestre de 1999, sumando los niños y adolescentes (de 5 a 17 años de edad) que trabajaban en áreas urbanas y los adolescentes trabajadores (de 14 a 17 años) del medio rural, el trabajo infantil y adolescente comprendía a 47.900 personas en todo el país. Se estima que el trabajo infantil (personas de 5 a 13 años de edad) en las áreas menores de 5.000 habitantes, no difiere significativamente de los porcentajes de las zonas urbanas (1% de 5 a 11 años, 5% para mayores de 11 y menores de 14 años). Esto totalizaría 1.800 niños.
- b) El volumen mayor de adolescentes con dedicación exclusiva al estudio se presenta en las localidades urbanas.
- c) La edad constituye una variable clave para el análisis del trabajo adolescente. En el medio urbano se constata un crecimiento significativo de las tasas de ocupación entre una edad y otra; la tasa de ocupación pasa del 4,4% a los 14 años al 6,7% a los 15 años, y llega al 20,8% a los 17 años. En el medio rural, en cambio, la tasa de ocupación parte de un nivel superior (20,4%) y llega al 43,7% a los 17 años.
- d) Las diferencias de género son relevantes. A lo largo de toda la década pasada la proporción de adolescentes hombres ocupados duplica a la de mujeres. También la proporción de mujeres que estudian supera a la de hombres, y es particularmente

³⁰ Conclusiones tomadas del libro del UNICEF, *El trabajo infantil en el Uruguay* (UNICEF: 2003).

significativa la diferencia entre unas y otros en el caso de los adolescentes que se dedican exclusivamente al estudio.

- e) El nivel socioeconómico de los hogares incide fuertemente en la inserción laboral de los adolescentes y en la asistencia educativa. La tasa de ocupación entre los adolescentes que provienen de hogares más pobres es un 55% superior que la de los que provienen de familias de ingresos medios y altos. Y la proporción de adolescentes que asisten al sistema educativo aumenta a medida que se incrementa el nivel de ingresos de los hogares.
- f) El trabajo adolescente ha evolucionado, según los mismos parámetros que el de la población adulta. El incremento en las tasas de desocupación de personas mayores de 18 años prácticamente coincide con la disminución de adolescentes que trabajan.
- g) En cuanto a la relación entre asistencia a la educación e inserción en el mercado laboral, constituyen dos condiciones que difícilmente se pueden combinar (cf. *op. cit.*, pág. 39).

8.7. El uso indebido de estupefacientes (artículo 33)

370. El control del uso, importación y explotación de estupefacientes y psicotrópicos fue regulada en el Uruguay a partir de 1974³¹. Esa ley se creó bajo la dependencia del Ministerio de Salud Pública, la Comisión Nacional de Lucha contra las Toxicomanías. Los principales cometidos de la Comisión son: a) preparar programas y planes de prevención y tratamiento de toxicomanías; b) promover la creación de policlínicas especializadas y de centros de tratamiento y rehabilitación; c) asegurar el tratamiento gratuito y reservado de todo enfermo que lo solicite; d) coordinar su labor con el Ministerio del Interior, Ministerio de Educación y Cultura, Instituto Nacional del Menor y el Adolescente del Uruguay y Dirección Nacional de Aduana.

a) Funciones de prevención

371. Los directores de los centros de enseñanza están obligados a comunicar los casos de uso o tráfico en el ámbito educativo y el incumplimiento de esta obligación es considerada falta grave que puede dar mérito a la destitución del funcionario referido.

b) Funciones de represión

372. La pena del delito de fabricación, importación, distribución o financiación de drogas se agrava a los máximos de 15 años de penitenciaría cuando se efectúe sobre una persona menor de 21 años o privada de discernimiento o voluntad. La pena se agrava en caso de resultar enfermedad permanente o muerte del menor o cuando se cometiere en las inmediaciones o en el interior de un establecimiento de enseñanza o un hospital, cárceles o asociaciones deportivas o culturales.

³¹ Ley N° 14294 de 31 de octubre de 1974.

c) Función rehabilitatoria

373. El que fuere sorprendido consumiendo drogas será puesto a disposición del juez correspondiente a fin de ser examinado por médicos especialistas en estupefacientes. Si del mencionado examen surge que se trata de un drogodependiente se impondrá el tratamiento médico en un establecimiento público o privado en forma ambulatoria.

d) Hábitos tóxicos

374. El programa de hábitos tóxicos que lleva adelante el Ministerio de Salud Pública se aplica en forma preferente a los púberes y adolescentes, priorizando el área de sensibilización a través de la dinámica de talleres y material educativo. Estas labores han sido desarrolladas en coordinación con ONG de reconocida actuación en el medio³².

8.7.1. Programa de asistencia a farmacodependientes

375. El servicio de farmacodependientes está abocado a la asistencia de personas usuarias de drogas que lo solicitan voluntariamente o son derivados de la asistencia primaria en salud. La asistencia se presta en forma descentralizada a través de: red de policlínicas barriales; asistencia de emergencia; asistencia en hospital especializado ambulatorio³³; asistencia de internación. La población usuaria del servicio cubre a todo habitante del país mayor de 14 años. La atención incluye: entrevista de ingreso; abordaje individual psicoterapéutico; evaluación psiquiátrica; evaluación psiquiátrica; abordaje familiar y promoción de salud comunitaria.

8.7.2. Drogadicción en el Uruguay

a) Consumo de drogas en el Uruguay³⁴

376. A partir del Decreto del poder ejecutivo 463/988 por el que fuera creada la Junta Nacional de Drogas de la República Oriental del Uruguay se preocupó por impulsar estudios que precisaran el consumo de drogas en su población, a los efectos de elaborar las políticas pertinentes para disminuir el consumo de sustancias psicoactivas. La Junta Nacional de Drogas, dependiente de la Presidencia de la República y la Secretaría Nacional de Drogas (JND-SND), a través de su Observatorio Nacional de Drogas tiene como objetivos generar, recopilar y analizar en forma interdisciplinaria la información relacionada con las drogas, para la aplicación de los resultados en la formulación de estrategias de acuerdo a los objetivos que el país se ha trazado en el Plan Nacional.

377. En ese marco, la JND-SND ha realizado estudios cuyos resultados se presentan a continuación.

³² "El Abrojo".

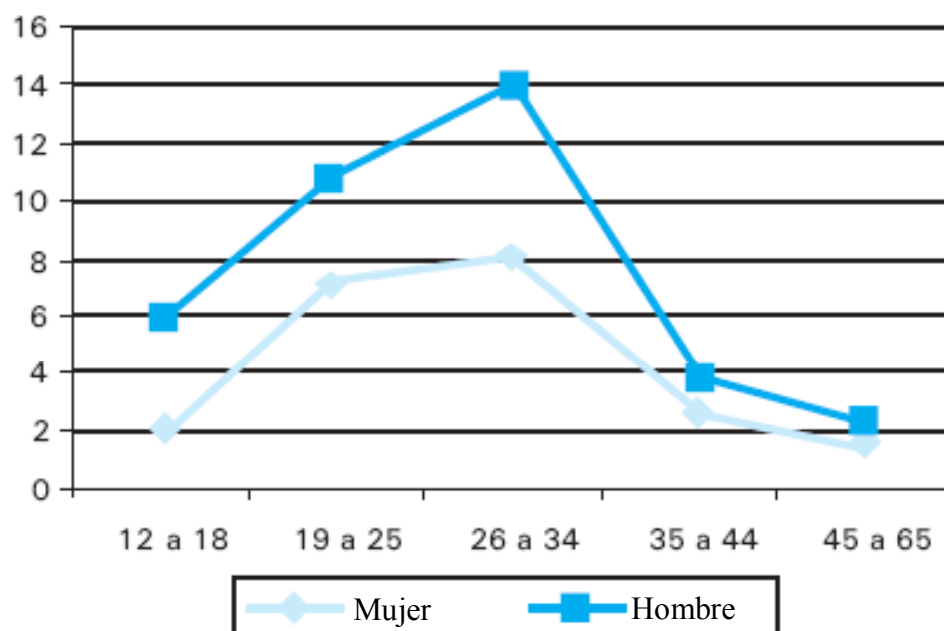
³³ "Hospital Maciel".

³⁴ Datos tomados de Observatorio de Derechos del UNICEF (2004b).

378. Una Encuesta Nacional de Prevalencia del Consumo de Drogas realizada en el Uruguay mostró que la edad de inicio promedio de los uruguayos para el consumo de alcohol es 16,9 años, siendo la edad más frecuente de inicio los 15 años. La edad de inicio en los varones se da en 16,11 años promedio, y en las mujeres es a los 17,82 años. El alcohol es la droga más consumida por los uruguayos (8 de cada 10 personas entre 12 y 65 años lo ha probado alguna vez en la vida) y casi un 70% había probado alcohol en los últimos 12 meses y el 51,2% ha consumido en los últimos 30 días. En los hombres el porcentaje de consumidores aumenta con la edad hasta los 35 años. Y en las mujeres el mayor consumo se presenta entre los 19 y 25 años. Las mayores tasas de consumo agudo de alcohol se dan entre los 19 y 25 años. El tabaco es la segunda droga más consumida entre los uruguayos. La edad de inicio promedio de los uruguayos es 16,34 años. La edad de inicio promedio en los hombres se da a los 15,42 años, y en las mujeres a los 17,68 años. El 52,2% de las personas entre 12 y 65 años ha probado el alcohol alguna vez en la vida. La marihuana es la droga ilegal más consumida en el Uruguay. Cien mil uruguayos, aproximadamente el 5,3% de la población urbana entre 12 y 65 años, experimentó esta droga. La edad de inicio promedio en el consumo de marihuana es de 20 años. La cocaína es la segunda droga ilegal más consumida. Unas 25.000 personas declararon haber consumido cocaína en alguna oportunidad (1,4% de la población de entre 12 y 65 años). El consumo se manifiesta fundamentalmente entre las personas menores de 30 años. La edad de inicio promedio de consumo de cocaína es de 21 años, siendo los hombres más precoces que las mujeres (cf. UNICEF: 2004b). A continuación se presentan los datos anteriores en dos cuadros tomados de UNICEF (2004b).

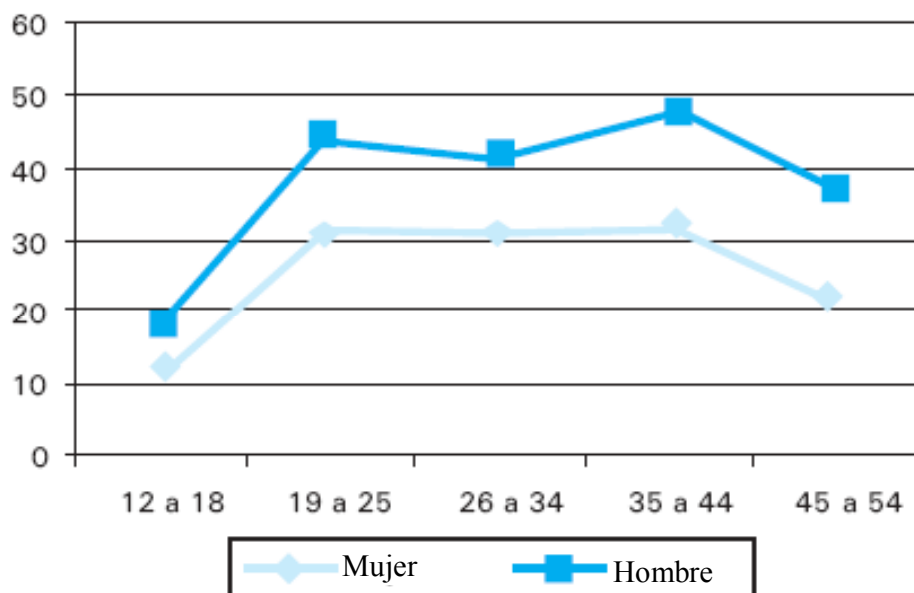
Gráfico XV

Experimentación con marihuana por sexo y edad



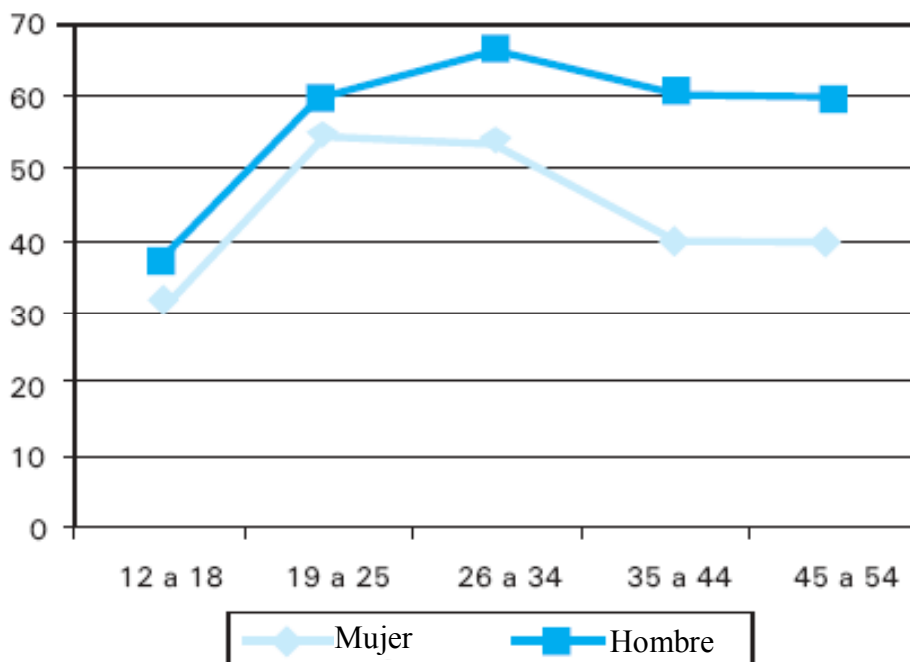
Fuente: UNICEF (2004b).

Gráfico XVI
Porcentaje de fumadores por sexo y edad



Fuente: UNICEF (2004b).

Gráfico XVII
Porcentaje de consumidores de alcohol por sexo y edad



Fuente: UNICEF (2004b).

b) Consumo de drogas en la enseñanza media

379. En el Uruguay, la Junta Nacional de Drogas se abocó a la tarea de realizar diversas encuestas nacionales en Montevideo sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media. A continuación se muestran los resultados de una investigación sobre este tema que se presentaron en mayo de 2004 (Junta Nacional de Drogas: 2004).

Tabla I
Comparativa de prevalencia, 2001-2003

(En porcentaje)

	Alguna vez		Últimos 12 meses		Últimos 30 días		Edad de inicio	
	2001	2003	2001	2003	2001	2003	2001	2003
Tabaco	55,7	61,6*	41,2	45,8*	32,3	34,8*	13,2	13,8
Alcohol	78,3	84,7*	66,3	72,5*	50,9	55,2*	12,7	12,59
Tranquilizantes	15,4	13,2*	8,0	8,3	4,1	4,0	13,57	13,38
Marihuana	11,9	17,7*	7,0	13,0*	3,3	6,6*	14,7	14,98
Estimulantes	5,9	8,9*	3,8	5,8*	2,2	3,0	14,04	14,00
Solventes	1,6	3,0*	0,6	1,6*	0,2	0,5*	13,2	13,91
Hachís	1,0	1,4	0,6	0,5	0,2	0,2	15,2	15,16
Alucinógenos	1,4	2,1*	0,6	0,6	0,0	0,2*	15,1	15,07
Heroína	0,5	0,5	0,3	0,1	0,2	0,1	13,9	13,83
Opio	0,3	0,9*	0,2	0,3	0,1	0	13,88	14,00
Morfina	0,2	0,7*	0,1	0,3	0,1	0,1	12,7	14,11
Cocaína	2,4	4,7*	1,6	2,7*	0,5	1,2*	15,05	14,82
Pasta base	0,2	2,0*	0,2	1,2*	0,1	0,3*	14,8	15,38
Crack	0,3	1,1*	0,2	0,5*	0,1	0,3*	14,5	14,33
Otras drogas	1,3	5,3*	0,9	3,4*	0,4	2,4*	14,0	12,85

Fuente: Junta Nacional de Drogas (2004).

Base: Muestras totales, 2001-2003.

* Indica diferencia estadísticamente significativa.

380. En la tabla anterior puede observarse un notorio crecimiento de la experimentación con todas las drogas (excepto heroína y hachís). También en el consumo habitual (últimos 30 días) se presenta un incremento: leve en las drogas legales (alcohol y tabaco) y fuerte en marihuana, donde se duplican los consumidores habituales (Junta Nacional de Drogas: 2004).

381. Aunque siguen siendo marginales los consumos de cocaína y pasta base, ambas drogas también presentan importantes crecimientos en sus porcentajes. También desciende la edad de inicio en el consumo de drogas legales, por la incorporación de nuevos contingentes de experimentadores a edad temprana, en los años 2002-2003. Por el contrario, se mantiene la edad de inicio para la marihuana, manteniéndose también la tendencia observada en 2001.

382. Resumiendo, el estudio de la Junta Nacional de Drogas mencionado muestra datos interesantes como los siguientes:

- El aumento del consumo habitual de tabaco es sustentado por un crecimiento porcentual mayor de las mujeres, verificándose la feminización del consumo con respecto al alcohol; crece el número de experimentadores de ambos sexos y el incremento más importante, al igual que con el tabaco, se verifica en los alumnos de bachillerato diversificado (BD).
- El consumo habitual de alcohol crece para ambos sexos, y el incremento más importante se da en los alumnos de primer año de BD.
- La experimentación con marihuana se incrementa notablemente en ambos sexos (50% aproximadamente), siendo algo superior en las mujeres.
- El consumo habitual de marihuana es el que presenta el crecimiento mayor, duplicándose en hombres y mujeres. Al igual que con la experimentación, este fenómeno ocurre a partir de primer año de BD.
- Aumentaron considerablemente algunos factores de riesgo de consumo de marihuana, como posibilidad de probarla, amigos que consuman alcohol en forma exagerada, amigos que consuman drogas ilegales.
- La percepción del riesgo de las diversas sustancias, disminuye en forma importante respecto al tabaco y al uso ocasional de marihuana. También las borracheras son vistas como riesgos graves o muy graves por un porcentaje menor de estudiantes en el 2003 respecto al 2001. Se mantienen los porcentajes para el uso frecuente de marihuana y cocaína.

383. Los datos anteriores se presentan en la siguiente tabla.

Tabla II
Consumo de tabaco según categorías, 2001-2003

	Experimentación tabaco		Consumo habitual tabaco	
	2001	2003	2001	2003
Hombre	49,0	58,3	27,0	27,8
Mujer	61,2	64,8	35,6	41,0
2 CB	44,5	52,4	23,4	26,0
1 BD	67,2	70,4	42,8	42,7
3 BD	72	69,1	42,7	43,0

Fuente: Junta Nacional de Drogas (2004).

2 CB = Segundo año de ciclo básico.

1 BD = Primer año del bachillerato diversificado.

3 BD = Tercer año del bachillerato diversificado.

384. La investigación concluye que (Junta de Drogas, 2004):

- a) La enseñanza media constituye un espacio configurador del consumo de drogas legales. Los datos más preocupantes están referidos al alto consumo de alcohol y tabaco, especialmente a los porcentajes de uso habitual de estas drogas y a la también alta de experimentación con marihuana. Se percibe una tendencia a la consolidación de ese consumo ocasional o habitual de drogas legales, que "modela" una futura legitimación de su uso (Junta Nacional de Drogas: 2004).
- b) Consumo de drogas ilegales. Se prueba la teoría del "etapismo" ya que se presenta un esquema evolutivo en que el consumo de tabaco y alcohol es condición previa para el consumo de otras drogas ilegales, donde la marihuana es casi exclusivamente la droga consumida. El 40% de la población de educación media se encuentra en situación de riesgo para el consumo de drogas ilegales, debido a que se encuentra en la fase de consumo habitual de drogas legales (Junta Nacional de Drogas: 2004, pág. 24).
- c) Prevención. De forma muy general el estudio permite concluir que el diseño de estrategias de prevención en el consumo de drogas deberá necesariamente partir de la idea de la "heterogeneidad de actitudes y comportamientos de los jóvenes, como así también los contextos" (Junta Nacional de Drogas: 2004, pág. 32).

BIBLIOGRAFÍA

- AMARANTE, Verónica & Rodrigo ARIM
Políticas sociales de protección a la infancia. En: UNICEF-Universidad de la República. Inversión en la infancia en el Uruguay. Análisis del gasto público social. Tendencias y desafíos. UNICEF, Universidad de la República. Montevideo, UNICEF, 2005.
- BANCO DE PREVISIÓN SOCIAL DEL URUGUAY (BPS), 2005.
"Programa de seguridad social a niños y embarazadas". Asesoría Económica y Actuarial
- BUCHELI, M. y C. CASACUBERTA (1999)
Asistencia escolar y participación en el mercado de trabajo de los adolescentes en el Uruguay, Montevideo, Departamento de Economía, Facultad de Ciencias Sociales.
- COMITÉ DE SEGUIMIENTO DE LA CONVENCION DE LOS DERECHOS DEL NIÑO (2000). Informe Alternativo No Gubernamental en el Uruguay, presentado ante
- FACULTAD DE MEDICINA - UDELAR (2005)
Informe de la Clínica de Psiquiatría Médica. Montevideo, Uruguay.
- GRAU PÉREZ, Carlos (2005)
El gasto público social en infancia en el Uruguay. Aspectos metodológicos y cuantificación para el período 1999-2002. En: UNICEF-Universidad de la República. Inversión en la infancia en el Uruguay. Análisis del gasto público social tendencias y desafíos. UNICEF, Universidad de la República. Montevideo, UNICEF: 2005.
- INAU, 2005a
Informe sobre adopción. Montevideo, INAU, Departamento de Legitimación Adoptiva y Adopción, Uruguay, 2005.
- INAU, 2005b Departamento Línea Azul. Montevideo, Uruguay.
- JUNTA NACIONAL DE DROGAS (2004)
Consumo de los estudiantes de la enseñanza media. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. Junta Nacional de Drogas. Secretaría Nacional de Drogas. Montevideo, mayo de 2004.
- LAZAROFF, 2005
El gasto público en salud. UNICEF-Instituto de Economía. Montevideo, Uruguay.
- LLAMBÍ, Cecilia & FURTADO (2005)
El gasto público en educación en infancia en el Uruguay. Montevideo, Uruguay.
- MINISTERIO DEL INTERIOR.
Programa de Seguridad Ciudadana. Montevideo, 2004.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA –2005.
Programa de atención al niño, Montevideo, Uruguay.

MUJER Y SALUD EN EL URUGUAY

Encuesta sobre aborto. En página web, 2002.

MGAP-OPYPA 2000

Estudio sobre el empleo, los ingresos y las condiciones de vida de los hogares rurales,
Montevideo: MGAP.

QUIMA, Oliver (2002)

"Adolescencia y violencia social en los medios de comunicación", ponencia presentada en el
Centro de Capacitación y Perfeccionamiento Docente, 2002.

SANTESTEVAN, Ana María (2005)

Algunas reflexiones sobre las normas laborales contenidas en el Código de la Niñez y la
Adolescencia. Montevideo, Uruguay.

UNICEF-Uruguay (2004a)

Observatorio de los derechos de la infancia y la adolescencia en el Uruguay.
Montevideo, 2004a.

UNICEF-Uruguay (2004b)

Comentarios al Código de la Niñez y la Adolescencia. Montevideo, Uruguay.