

# Capítulo VIII

## INFANCIA

(En base a documentos de UNICEF)

### Resumen

Como resultado de una temprana reducción de la natalidad, la población infantil representa, en el Uruguay, una proporción menor sobre el total de la población que en los demás países de América Latina y el Caribe. El comportamiento reproductivo es diferente entre los diversos grupos socioeconómicos y explica que la relación entre niños de 0 a 13 años/hogar, sea en 1995 de 1,44 en los hogares de menores ingresos y sólo de 0,39 en los de ingresos más altos.

El descenso de la natalidad no fue promovido específicamente por gobiernos o instituciones, sino que resultó de decisiones individuales y actitudes colectivas, influidas por la evolución social (especialmente educativa) y económica. Al mismo tiempo, se producía una valoración diferente del niño, que se tradujo en la consolidación del sistema educativo, la creación de legislación específica (por ej., el Código del Niño de 1934, que sirvió de inspiración para otros análogos a nivel continental), y la creación de instituciones ad-hoc.

La Constitución vigente establece en su artículo 40 que la familia es la base de la sociedad nacional, debiendo el Estado velar por su estabilidad moral y material, para la mejor formación de los hijos. Señala que la ley establecerá medidas tendientes a la protección de la infancia y la juventud.

En este capítulo se pasa revista a las desigualdades en la salud infantil -que en forma más general ha sido delineada en el capítulo dedicado a la situación de salud- ponderadas a través de la mortalidad de menores de un año en diferentes zonas y según diferentes coberturas de atención.

Los indicadores de desnutrición infantil han mejorado en los últimos años, pero sus valores son aún elevados para un país de alta disponibilidad de alimentos.

Se categoriza la población infantil según los niveles de ingresos y la satisfacción/insatisfacción de necesidades básicas de sus hogares, con lo cual se evidencia la alta concentración de población infantil en las franjas de menores ingresos y con necesidades básicas insatisfechas.

En relación al trabajo infantil, se compara la situación en varios de los países de la región evidenciándose una relación relativamente elevada (19,5 en el país urbano), superior a las de Argentina, Colombia, Costa Rica, Chile, México y Venezuela).

Se describe la judicialización e institucionalización de niños y adolescentes, detallándose la población atendida por el Instituto Nacional del Menor (INAME) y sus causales de ingreso, incluidos los conflictos con la ley.

Finalmente se analiza el marco de protección y las políticas públicas, destacándose que en el monto actual coexisten en el país dos tipos de legislación: el Código del Niño (1934), que toma al niño como sujeto de protección y la Convención sobre los Derechos de los Niños, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1989 y ratificada por el Parlamento Uruguayo en 1990, que lo reconoce como sujeto de derechos. Para efectivizar el cambio sustantivo del concepto que incorpora la Convención, será necesario adaptar el ordenamiento jurídico del país a la normativa internacional vigente. En el Parlamento se está considerando, en la actualidad, un proyecto de Código del Niño.

### I. Un país con pocos niños

La sociedad uruguaya modificó tempranamente su comportamiento reproductivo. Entre 1880 y 1900, la natalidad se redujo de alrededor de 40 por mil, a alrededor del 30 por mil, para situarse desde la década de los 30's en cifras próximas al 20. También la mortalidad (TBM) descendió en ese período, aunque la velocidad de la



reducción fue algo menor, lo que resultó en una reducción del crecimiento vegetativo.

En los últimos cuarenta y cinco años, y a pesar de que la población total aumentó de 2.6 a 3.2 millones de habitantes, el número de nacimientos anuales se mantuvo casi constante, promediando los 56 mil nacimientos al año, observándose un incremento en los años 96 y 97 (Ver capítulo sobre aspectos demográficos).

El descenso de la fecundidad, como en casi todas las sociedades, no se produjo en forma homogénea a través de los diferentes estratos socioeconómicos. “El cuidado de la mujer de mundo por su aspecto físico y su salud (dos valores en esta cultura patriarcal que la quería madre y esposa sana y a la vez, objeto hermoso), también contribuyó a limitar los nacimientos”. “Todos estos testimonios aluden a un medio geográfico -la ciudad- y a un sector social: el alto. Allí comenzó lo que luego adoptó la sociedad entera, el control civilizado de la natalidad”. 1/

A medida que progresaban la educación de los padres y su integración en una sociedad que compartía la percepción de posibilidades de movilidad social casi desconocida en los países de origen de la población inmigrante, y que se urbanizaba velozmente, el número

de hijos se hacía paulatinamente, menor. No puede desconocerse la influencia que tuvo el descenso de la mortalidad y sobre todo el de la mortalidad de la infancia.

En el cuadro 1 se puede apreciar la proporción que las defunciones de menores de cinco años representaron sobre el total de las defunciones, cuya reducción tampoco fue homogénea.

En las últimas décadas, el comportamiento reproductivo desigual determina que la relación niños/hogar (considerando sólo los niños de 0 a 13 años), sea crecientemente diferente entre los grupos de menores y de mayores ingresos. En 1995 esa relación es de 1,44 en los hogares de menores ingresos y sólo 0,39 en los de mayores ingresos.

Se ha ido confirmando una situación en la cual la natalidad diferencial de hogares con necesidades básicas satisfechas o insatisfechas, determina una alta concentración de la población infantil en las franjas de menores ingresos.

Además debe tenerse en cuenta que las tasas brutas de natalidad y mortalidad de la población urbana, son bajas (17,1 y 10,3 respectivamente para el quinquenio 1990-1995), y se prevé que seguirán

**Cuadro 1. Defunciones de menores de cinco años sobre el total de las defunciones en años indicados. 2/**

Año	Total de defunciones	Defunciones de < 5 años	% sobre total de defunciones
1886	11.537	4.782	41,4
1899	11.449	4.216	36,8
1907	15.561	5.356	34,4
1921	18.449	5.866	31,8
1940	20.695	4.597	22,2
1960	22.104	3.231	14,6
1975	27.437	3.206	11,7
1985	28.565	1.762	6,2
1990	30.225	1.320	4,3
1996	30.106	1.206	3,9

descendiendo (14,5 y 10,3 para el quinquenio 2020-2025). Si a ello le sumamos la emigración (fenómeno de alta significación en el período del gobierno de facto, que aún mantiene relativa importancia y afecta principalmente a la población en edad activa), se explica la baja tasa de crecimiento del país.

Este cambio no fue promovido específicamente por gobiernos o instituciones, sino que resultó de decisiones individuales y actitudes colectivas, influidas por la evolución social y económica. <sup>3/</sup> Al mismo tiempo, se producía una valoración diferente del niño, que se traducía en la consolidación del sistema educativo, la creación de legislación específica (por ej. el Código del Niño de 1934 que sirvió de inspiración para otros análogos a nivel continental) y la creación de instituciones.

La constitución vigente establece en su artículo 40 que la familia es la base de la sociedad nacional, debiendo el Estado, velar por su estabilidad moral y material, para la mejor formación de los hijos. El cuidado y orientación y educación de los hijos es una responsabilidad y un derecho de los padres. Aquellos padres que poseen una prole numerosa tienen derecho a auxilios compensatorios cuando les sean necesarios. Señala que la ley establecerá medidas tendientes a la protección de la infancia y la juventud contra el abandono corporal, intelectual o moral de sus padres o tutores así como contra la explotación y el abuso (art. 41). La maternidad (art. 42), genera el derecho de protección de la sociedad y a su asistencia en caso de desamparo.

## II. Desigualdades en la salud infantil

En el capítulo dedicado a salud, se delinea la situación general de la salud de la infancia en el Uruguay, por lo cual en éste se intenta precisar la interpretación de algunos indicadores y destacar, dentro de aquella situación general, las desigualdades y carencias. La mortalidad infantil de menores de un año tiene condicionantes diferentes en sus distintos rangos de valores. La proporción que en esa tasa corresponde a defunciones de los primeros 28 días (mortalidad neonatal), en relación a las que se producen en el resto del primer año de vida (mortalidad infantil postneonatal) identifican situaciones diferentes y suscitan distintos tipos de intervenciones.

En el cuadro siguiente, puede observarse la evolución en el tiempo (entre los años 1960 y 1996) de la mortalidad infantil y sus componentes neonatal y postneonatal.

El descenso de la tasa en los 36 años considerados, es mayor y más rápido en el componente postneonatal (en el que predominan las influencias del saneamiento básico, la higiene y calidad de los alimentos, la educación de la madre, las condiciones de la vivienda) que en el neonatal (en el cual la cobertura, oportunidad y calidad de la atención médica del parto y del control prenatal), se revelan como factores importantes. Por otro lado la ganancia ha sido mayor en la neonatal en los últimos 20 años.

**Cuadro 2. Tasa de mortalidad infantil de menores de un año y sus componentes neonatal y postneonatal por mil nacidos, 1960 a 1996. <sup>4/</sup>**

	1960-64	1970-74	1980-84	1990-94	1995	1996
Tasa mort. inf.	47,9	46,3	33,5	20,0	19,6	17,5
Tasa mort. Neonatal	21,9	25,1	20,2	11,5	10,8	9,6
Tasa mort. Post neonatal	26,0	21,2	13,3	8,5	8,8	7,9

En todo caso el valor de 8 por mil para la mortalidad infantil postneonatal en 1996 revela que existe una gran posibilidad de reducción de la mortalidad infantil.

El Ministerio de Salud Pública del Uruguay ha realizado estudios que muestran las diferencias de la mortalidad infantil en los distintos departamentos (en el trienio 94-96, en el cual la tasa de MI fue de 18,7 para el total del país, Montevideo exhibió una tasa de 19,0 y el interior, una de 18,5, compuesta por los valores de los 18 departamentos, entre los cuales Colonia exhibió la más baja –13,3- y Rivera, la más elevada, 25,7. Un estudio análogo realizado hace unos años en Montevideo, ponía de relieve diferencias notorias entre los distintos barrios de la ciudad.

En función de la importancia creciente de la atención médica (especialmente de la atención del parto y el control prenatal), el MSP calcula las tasas de mortalidad infantil según cobertura pública (establecimientos del MSP y Hospital de Clínicas) o de instituciones de atención médica colectivizada y otras instituciones privadas. En el cuadro siguiente pueden apreciarse las diferencias según cobertura en años indicados entre 1981 y 1996.

**Cuadro 3. Tasas de mortalidad infantil de menores de 1 año por mil nacidos vivos según cobertura. 4/**

	1981	1984	1987	1991	1995	1996
MSP y Hosp. De Clínicas	50,7	44,4	33,8	25,0	22,6	19,5
IAMC y Sanatorios	13,4	13,7	12,7	13,8	11,7	10,4
Total	33,4	33,4	23,8	21,1	19,6	17,5

Resulta evidente que la reducción de la tasa en el período considerado ha descendido sobre todo en la población cubierta por el sector público. La atención del parto se hace en instituciones en su gran mayoría (99% entre 1991 y 1995) y la mayoría de ellos en el sector público. Si bien bajó la tasa en dicho sector, todavía existe una gran diferencia con el sector privado.

La cobertura del control prenatal ha crecido en la última década hasta valores superiores al 90%, aunque la iniciación de ese control en el primer trimestre sólo se produce en un tercio de las embarazadas.

Cuando se analiza la modalidad de cobertura de atención médica de la población menor de 5 años, la cobertura pública -del MSP (50,6%), de otros subsistemas públicos (10%), y del Banco de Previsión Social (8%) - da cuenta de dos terceras partes de la cobertura total. Se expresa así, desde la óptica de la cobertura de la atención a la salud, la concentración de la población infantil en los grupos de menores ingresos cubiertos por el sector público.

### III. Alimentación

Si bien los indicadores de nutrición en la población de menores de 5 años han mejorado en los últimos años (ver salud del niño), todavía se mantienen valores que se pueden considerar altos para las condiciones del país dada la abundancia que existe de los alimentos. Debe agregarse al problema de un 8% de desnutridos (peso/talla) en 1994-95 en los

menores de 5 años la baja proporción de alimentación del lactante menor de 4 meses con pecho materno en forma exclusiva, 26%.

El Instituto Nacional de Alimentación (INDA), organismo desconcentrado del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, dirige y regula todo lo que se relaciona con la alimentación en el país.

En el recuadro se pueden apreciar el número de servicios y la cobertura de algunos de los principales programas destinados a reducir o solucionar los problemas alimentarios de la población que lo requiere.

- S.A.A.C Servicio de Asistencia Alimentaria Colectivizada

Presta asistencia alimentaria a través del servicio de un almuerzo diario a sus beneficiarios.

La cobertura promedio mensual en el año 1995 fue:

- Interior: 5.855
- Montevideo: 1.639
- Total del país: 7.494
- Número de servicios en el total del país: 45

- A.I.P.P. Programa de Apoyo a Instituciones Públicas y Privadas

Entrega de alimentos a programas que realicen actividades sin fines de lucro. (Merenderos, guarderías, hogares de niños, hogares de ancianos, etc.).

La cobertura promedio mensual en el año 1995 fue:

- Niños: 12.868
- Mujeres embarazadas y en lactancia: 142
- Adolescentes y adultos: 4.637
- Ancianos: 1.946
- Discapacitados: 1.294
- Total del país: 20.887
- Número de servicios en el total del país: 484

- P.N.C.A. Programa Nacional de Complementación Alimentaria

Este programa está destinado al grupo materno/infantil (embarazadas, nodrizas, lactantes y niños menores de 5 años) y a pensionistas por la vejez y discapacidad. La cobertura promedio mensual en el año 1995 fue:

- Madres: 14.335
- Niños: 90.340
- Pensionistas: 40.102
- Riesgo: 8.652
- Total del país: 153.429
- Número de servicios en el total del país: 329

- P.A.E.C. Programa de Apoyo a Enfermos Crónicos

- C.A.I.F. Centros de Atención a la Infancia y la Familia

Este programa se propone mejorar las condiciones alimentarias de las familias y la infancia en situación de riesgo.

La cobertura promedio mensual para el año 1995 fue:

- Total del país: 5.412
- Número de servicios en el total del país: 120

- A.U.P.I. Asociación Uruguaya de Protección a la Infancia

La cobertura promedio mensual para el año 1995 fue:

- Total Montevideo: 1.050
- Número de servicios en el total del país: 9

## Síntesis de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia

New York, 1990

### La tarea

- Mejorar las condiciones de salud y nutrición de los niños y niñas.
- Cada día se puede salvar la vida a decenas de niños y niñas.
- Prestar más atención, cuidado y apoyo a los niños y niñas con discapacidades y a otros niños y niñas en circunstancias especialmente difíciles.
- El fortalecimiento de la función de la mujer en general y el respeto de su igualdad de derechos a favor de los niños del mundo. Las niñas deberían recibir el mismo trato y las mismas oportunidades desde su nacimiento.
- Hay que promover la maternidad sin riesgo por todos los medios posibles y atribuir particular importancia a la planificación responsable de la familia y al espaciamiento de los nacimientos. Se debe dar toda la protección y la asistencia necesarias a la familia como grupo fundamental y entorno natural del crecimiento y bienestar de los niños.
- La prestación de servicios de educación básica y de alfabetización para todos.
- Dar toda la protección y la asistencia necesarias a la familia.
- Preparar a los niños y las niñas para vivir responsablemente en una sociedad libre.
- Desde la infancia se les debe estimular a participar en la vida cultural de la sociedad en que viven.
- Asegurar o reactivar urgentemente el crecimiento y el desarrollo económicos sostenidos y sostenibles en todos los países.

### El compromiso

- Atribuir alta prioridad a los derechos del niño y la niña, a su supervivencia, su protección y su desarrollo.
- Promover la rápida ratificación y aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño y la Niña.
- Fomentar la atención prenatal y reducir la mortalidad de niños menores de 4 años. Fomentar la provisión de agua potable y la creación de redes de saneamiento.
- Adopción de medidas para erradicar el hambre y la desnutrición.
- Fortalecer la función y la condición de la mujer. Fomentar la planificación responsable de la familia, el espaciamiento de los nacimientos, el amamantamiento y la maternidad sin riesgo.
- Respetar la contribución de la familia al cuidado de los niños y niñas y prestarle apoyo al esfuerzo de los padres y las comunidades, desde las primeras etapas de la infancia hasta el fin de la adolescencia.
- Ejecutar programas para reducir el analfabetismo y ofrecer oportunidades de educación a todos los niños, independientemente de su origen y sexo.
- Mejorar substancialmente la dramática situación de millones de niñas y niños que viven en circunstancias especialmente difíciles.
- Fomentar los valores de la paz, la comprensión y el diálogo en la educación de los niños y las niñas.
- Adoptar medidas mancomunadas para la protección del medio ambiente.
- Nos esforzaremos por que se inicie una lucha a nivel mundial contra la pobreza.

*Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, New York, 1990*

#### IV. Niños con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)

Los mayores niveles de criticidad en cuanto NBI se concentran en los grupos etarios más jóvenes (menores de 18 años), lo cual refleja las diferentes pautas de reproducción de los hogares por nivel socioeconómico, y el mayor grado de vulnerabilidad de este sector etario.

En el siguiente cuadro se presenta la distribución de la población de 0 a 5 años en relación a los quintiles y deciles de ingresos, y se constata una alta concentración de la población infantil en las franjas de menores ingresos; en efecto, en el primer quintil se ubica casi la tercera

parte de los niños de esta edad en Montevideo y casi el 40% a nivel del Interior Urbano, mientras que los valores del quintil 5 son 14% y 11% respectivamente.

La insatisfacción de necesidades alcanza, en la población infantil, los siguientes valores: 30,3% en el Interior Urbano y 19,2% en Montevideo.

El análisis por grupos de edades, muestra que los hogares con población entre 0 y 14 años se encuentran en situación más crítica que los que tienen personas de 60 años y más. Mientras que cuatro de cada diez niños de 0 a 14 años están por debajo de la línea de pobreza relativa, esta relación es menos de dos de cada diez personas de 60 años y más.

**Cuadro 4. Hogares urbanos con personas entre 0 y 14 años por quintiles y deciles 1 según área geográfica y años 1984, 1989 y 1996 (en porcentajes). 5/**

Montevideo	Total	Decil 1	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5	Número de casos
1984	100,0	21,1	37,1	22,2	15,5	13,1	12,0	7.340
1989	100,0	19,7	35,2	20,7	16,5	15,1	12,4	7.236
1996	100,0	19,6	32,7	21,5	17,1	14,6	14,1	5.835
Interior Urbano	Total	Decil 1	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5	Número de casos
1984	100,0	18,6	33,8	24,6	17,6	12,8	11,2	12.072
1989	100,0	19,8	35,2	22,9	16,7	13,9	11,2	8.978
1996	100,0	21,8	37,0	21,1	16,0	14,5	11,4	7.105

**Cuadro 5. Personas por área geográfica y edades según tipo de pobreza del hogar (1). Año 1996, en porcentajes. 6/**

Tipo de pobreza (1)	Montevideo				Interior			
	Total	0-14 años	15-59 años	60 y más años	Total	0-14 años	15-59 años	60 y más años
Integrados*	64,8	56,7	67,5	67,1	67,3	52,9	68,2	81,0
Recientes	26,0	27,5	24,1	29,8	18,6	21,4	19,3	13,7
Crónicos	7,6	16,1	6,7	2,3	9,4	18,4	8,2	2,4
Inerciales	1,7	2,6	1,7	0,8	4,7	7,3	4,3	2,8
Número de casos	30.832	5.872	18.312	6.648	30.336	7.105	17.055	6.176

En los hogares con población infantil predomina la configuración típicamente nuclear, aunque existe una buena proporción de hogares extendidos, que aumenta cuanto menores son los ingresos familiares. En presencia de niños, la desestructuración familiar se manifiesta en la proliferación de hogares multigeneracionales, con jefatura femenina, en los cuales la mujer debe dar cuenta de la manutención y crianza de los hijos en contextos de importantes carencias.

### V. Incorporación de niños y adolescentes al mercado de trabajo

#### *Perfil del trabajo infantil en el Uruguay 71*

Según indica la CEPAL en el Panorama Social de 1996 (los últimos datos se refieren a 1994), la magnitud del trabajo infantil y adolescente (13-17 años) es considerable en gran parte de los países, oscilando entre 5% y 31% en las zonas urbanas y entre 14% y 63% en las zonas rurales. Uruguay registra un valor relativamente alto (19,5 %, área urbana) en el conjunto de los once países de América Latina analizados, con un valor superior al de Argentina, Colombia, Costa Rica, Chile, México y Venezuela e inferior al de Bolivia, Brasil, Honduras y Paraguay.

Además, si bien gracias al aporte del trabajo de los menores, muchas familias logran salir de la indigencia o pobreza, esta mejoría es poco significativa con respecto al total de familias pobres o indigentes.

El Censo de 1985, registró dentro de la población económicamente activa, 3.477 niños y niñas de 12 y 13 años; ese valor subió a 5092 en el Censo de 1996, representando el 5% del total de la población de dicho grupo de edad. Los de 14 años que trabajaban en 1996 eran 6 187 (12% de los niños de esa edad).

Al año 1994, la población adolescente que trabajaba era el 19% en el país urbano, con mayor presencia del Interior sobre Montevideo (23,0% y 14,9% respectivamente). En valores absolutos, esto equivale a 13.091 adolescentes en Montevideo y a 25.197 en el Interior Urbano.

Por otra parte, la evolución en la década 1984/1994, muestra un aumento del trabajo de menores entre los años 1984-1989. Este aumento implica en valores absolutos, la incorporación a la fuerza de trabajo de más de 3.700 adolescentes en Montevideo, y aproximadamente 10.200 en el Interior Urbano.

**Cuadro 6. Estimación del Universo de adolescentes que trabajan (población de 14-17 años) por años 1984, 1989 y 1994 por área geográfica. En valores absolutos y relativos. 8/**

	1984		1989		1994	
	En %	En cifras	En %	En cifras	En %	En cifras
País Urbano	14,2	23.763	19,9	37.689	19,0	38.288
Montevideo	14,1	10.982	17,4	14.697	14,9	13.091
Interior Urbano	14,4	12.781	22,4	22.992	23,0	25.197

Según estudios realizados, quienes trabajan entre los 13 y 17 años de edad, pierden dos años o más de educación que aquellos que se incorporan al mercado laboral a partir de los 18 años. Como consecuencia de esto, durante su vida adulta activa, perciben ingresos inferiores (cerca del 20%).

Entre los años 1989-1994, se produjo un leve descenso en el país urbano, explicado básicamente por un descenso en el trabajo de adolescente en Montevideo (de 17,4% en 1989 a 14,9% en 1994).

Según datos de 1994, más de 6 de cada 10 adolescentes que trabajan, residen en el Interior Urbano.

Datos del período 1984-1994, muestran que mientras que la pobreza se ha reducido en el país urbano, el trabajo adolescente registró un aumento

**Cuadro 7. Composición porcentual del trabajo adolescente (Población de 14-17 años) por años 1984, 1989 y 1994 por área geográfica. *s/***

	1984	1989	1994
País Urbano	100,0	100,0	100,0
Montevideo	46,2	39,0	34,2
Interior Urbano	53,8	61,0	65,8

Los barrios de los cuales provienen la mayor parte de los niños y niñas que trabajan, corresponden a los que -según el Censo de 1985 y el Mapa de Pobreza de la CEPAL- presentan alta concentración de hogares con NBI, lo cual, reafirma el hecho de que el trabajo del menor se vincula con estrategias de supervivencia para el niño y su núcleo familiar.

El trabajo de menores como estrategia de supervivencia de la familia no implica necesariamente que exista una correlación unívoca entre la evolución de la pobreza y el trabajo de niños y adolescentes.

significativo, incluso entre la población con NBS. Esto podría significar que el trabajo de los adolescentes ha tenido un impacto en la disminución de la pobreza.

Estudios realizados en otros países de la región hacen referencia a factores culturales, demográficos y laborales como explicativos del aumento del trabajo infantil y adolescente.

**Cuadro 8. Hogares en Montevideo por Indicadores de Pobreza en Población de 0 a 14 años y Porcentaje de adolescentes que trabajan (población de 14 a 17 años) según años 1984, 1989 y 1994. *s/***

	Indicadores de Pobreza en Población de 0 a 14 años				
	NBI	Línea relativa de pobreza	Pobreza reciente	Pobreza crónica	Trabajo adolescente
1984	26,7	45,9	23,3	22,6	14,1
1989	22,7	43,0	24,3	18,7	17,4
1994	17,3	40,6	25,9	14,7	14,9

**Cuadro 9. Hogares en el Interior Urbano por Indicadores de Pobreza en Población de 0 a 14 años y Porcentaje de adolescentes que trabajan (población de 14 a 17 años) según años 1984, 1989 y 1994. 8/**

	Indicadores de Pobreza en Población de 0 a 14 años		Línea relativa de pobreza	Pobreza reciente	Pobreza crónica	Trabajo adolescente
	NBI					
1984	42,1		44,1	13,4	28,7	14,4
1989	35,8		41,6	17,2	24,4	22,4
1994	27,5		40,8	20,8	20,0	23,0

A su vez, la evolución del trabajo de menores en el período 1984-1994, según las Necesidades Básicas, indica que el aumento no se produce únicamente en la población con NBI. En Montevideo se produjo un leve crecimiento entre la población con NBS, mientras que en el Interior Urbano, la participación laboral se duplicó entre los NBS. No obstante esto, la gran mayoría de esta población proviene de hogares con NBI, observándose el mayor valor en el Interior Urbano.

Según datos de 1994, se puede constatar que hay una clara correlación entre el trabajo de los menores

y el nivel educativo del hogar; en aquellos en que el nivel de instrucción formal es inferior a Primaria Completa (menos de 6 años), su incidencia alcanza entre una quinta y tercera parte de la población de 14-17 años de Montevideo y el Interior respectivamente.

Si bien es más intensa la participación laboral de los adolescentes en los hogares con menos educación, es interesante observar que en los hogares con más instrucción (9 años y más) la tasa de participación laboral adolescente es del orden del 10% y en aumento.

**Cuadro 10. Adolescentes que trabajan (% población de 14-17 años) por años 1984, 1989 y 1994, e Índice de NBI, según área geográfica. 8/**

	1984			1989			1994		
	Total	NBS	NBI	Total	NBS	NBI	Total	NBS	NBI
Montevideo	14,1	11,9	24,1	17,4	15,6	25,7	14,9	13,2	24,9
Interior Urbano	14,4	11,2	20,6	22,4	17,6	33,9	23,0	21,2	29,3

**Cuadro 11. Adolescentes que trabajan (% población de 14-17 años) por años 1984, 1989 y 1994 y Clima Educativo del Hogar, según área geográfica. 8/**

	1984				1989				1994			
	Total	Menor a 6 años	6 y 9 años	Más de 9 años	Total	Menor a 6 años	6 y 9 años	Más de 9 años	Total	Menor a 6 años	6 y 9 años	Más de 9 años
Montevideo	14,1	18,6	13,2	8,4	17,4	21,7	18,5	8,2	14,9	21,2	17,6	9,1
Interior Urb.	14,4	19,7	10,8	5,3	22,4	28,4	21,1	7,6	23,0	33,0	23,9	10,6

**Cuadro 12. Adolescentes que trabajan (% población 14-17 años) por años 1984, 1989 y 1994, y Tipo de Hogar por área geográfica. 8/**

	1984				1989				1994			
	Total	Pareja e Hijos	Jefe e Hijos	Extendi-dos c/hijos	Total	Pareja e Hijos	Jefe e Hijos	Extendi-dos c/hijos	Total	Pareja e Hijos	Jefe e Hijos	Extendi-dos c/hijos
Mont.	14,1	13,9	19,3	11,6	17,4	17,4	16,5	17,6	14,9	14,3	18,7	14,0
Int. Urb.	14,4	12,7	21,6	14,4	22,4	20,3	27,0	24,2	23,0	21,9	27,6	23,9

La incidencia del trabajo varía notablemente por la edad, con una mayor presencia de los jóvenes de entre 16 y 17 años. A su vez, existen disparidades por área geográfica, en el Interior Urbano la población de no más de 14 años representa el 13,8%, mientras que en Montevideo es menos del 6%.

La desagregación del trabajo por sexo evidencia una proporción de hombres ampliamente mayor, con aún más diferencia en el Interior Urbano que en Montevideo.

**Cuadro 13. Adolescentes que trabajan (% población 14-17 años) por años 1984, 1989 y 1994, y Tipo de Hogar por área geográfica, según edades individuales. 8/**

Edades Individuales	1984		1989		1994	
	Montevideo	Interior Urbano	Montevideo	Interior Urbano	Montevideo	Interior Urbano
Total	14,1	14,4	17,4	22,4	14,9	23,0
14	5,9	3,7	5,8	8,8	5,4	13,8
15	9,4	9,9	12,0	19,6	10,9	18,0
16	15,9	18,7	25,3	28,8	17,8	24,2
17	25,0	28,6	26,6	34,5	24,2	35,4

**Cuadro 14. Adolescentes que trabajan (% población de 14-17 años) por años 1984, 1989 y 1994 y área geográfica, según sexo. 8/**

Sexo	1984		1989		1994	
	Montevideo	Interior Urbano	Montevideo	Interior Urbano	Montevideo	Interior Urbano
Total	14,1	14,4	17,4	22,4	14,9	23,0
Masculino	20,9	19,8	24,9	31,3	19,9	32,3
Femenino	6,9	9,3	9,7	13,2	9,6	13,7

Los tipos de actividades que realizan los adolescentes se pueden ubicar en tres categorías:

1. Trabajadores del Sector Formal: en esta categoría, la mayoría tienen entre 14 y 18 años; por el hecho de trabajar en organizaciones del sector formal de la economía reciben ciertos beneficios (seguridad social, descanso, etc.);
2. Trabajadores del Sector Informal: la mayoría de los menores trabajadores pobres se ubican en esta categoría. En forma dependiente o independiente, trabajan sin ningún tipo de amparo legal (carecen de normas de protección, con discriminaciones salariales, sin horarios fijos, etc.);
3. Actividades Marginales de Ingreso: algunas de estas actividades se ubican en el límite de lo permitido en la sociedad, y otras, son actos delictivos. La gran mayoría de los trabajadores adolescentes se desempeñan como empleados privados (casi el 80%), con valores sensiblemente menores figuran el cuenta propismo sin local (cerca del 9%) y el trabajo familiar no remunerado (8,6% en Montevideo y 6,5% en el Interior Urbano).

La desagregación del trabajo de los menores por rama de actividad, señala a nivel del país urbano, la predominancia del comercio, servicios comunales sociales y personales y de la industria manufacturera.

En Montevideo predominan en primer lugar, las actividades relacionadas con el comercio (39,2%), las cuales tienen una mayor incidencia entre la población con ingresos superiores a la línea de pobreza. En segundo lugar, uno de cada cuatro adolescentes se desempeña en la rama de los servicios comunales, sociales y personales. En tercer lugar, se ubica la industria manufacturera, la cual tiene mayor incidencia entre la población pobre.

En el interior, aparecen en primer lugar las actividades referidas a los servicios comunales, sociales y personales (30,4%), con una importante mayoría de mujeres (66,5%).

En segundo término, la rama del comercio, que ocupa a uno de cada cuatro adolescentes, en este caso la incidencia es mayor en los hogares no pobres. Por último, la industria manufacturera absorbe al 16,9% de los trabajadores adolescentes.

## **VI. Judicialización e institucionalización de niños y adolescentes**

El Instituto Nacional del Menor (INAME) es el órgano rector de las políticas de la niñez y adolescencia, según datos de julio de 1997, atiende a una población de 21.816 niños y adolescentes.

La distribución de la población atendida es de 72% en instituciones privadas que tienen convenios con INAME, mientras que el 28% restante es atendida directamente por la institución.

Atendiendo a la distribución geográfica, se constata que en Montevideo se encuentra el 42% de la población atendida, y el 58% restante, corresponde al Interior.

En relación a los regímenes de atención, el 77% de la población asistida por el INAME, es atendida en Centros de Referencia y de Atención Diurna, que atienden niños y adolescentes en un promedio de 8 horas diarias, manteniéndose los vínculos con la familia del menor. El 17% de la población atendida vive en forma permanente en los Centros de Internación.

El 6% restante, corresponde a la modalidad de atención en familia, que comprende los

regímenes de adopción y las cuidadoras sustitutas rentadas, que nuclean un promedio de tres a cuatro niños y adolescentes de manera permanente.

En cuanto a la distribución de centros y los diversos regímenes de atención se da, según datos de julio de 1997, un incremento en el número de Centros

**Cuadro 15. Cantidad de niños y adolescentes atendidos por el INAME, por tipo de institución, según localización geográfica. Julio de 1997. *9/***

Tipo de institución	Montevideo	%	Interior	%	Total	%
Públicas	3.644		3.295		6.939	32%
Privadas	5.045		9.832		14.877	68%
Total	8.689	40%	13.127	60%	21.816	100%

**Cuadro 16. Cantidad de niños y adolescentes atendidos por el INAME, por régimen de atención, según tipo de institución. Julio de 1997. *9/***

Régimen de atención	Públicos	Privados	Total
Centros de referencia y atención diurna	4.037	13.478	17.515 80%
Centros de internación	1.603	1.345	2.948 14%
Libertad asistida		54	54 0%
Atención en familia	1.299		1.299 6%
Total	6.939 32%	14.877 68%	21.816 100%

La distribución de los distintos regímenes en julio de 1997, mantiene la misma distribución cuando se compara con la población atendida en julio de 1996.

de Referencia y de Atención Diurna, como respuesta a un aumento de la población asistida, fundamentalmente en el Interior. A su vez, disminuyen la cantidad de Centros de Internación en Montevideo.

**Cuadro 17. Distribución de centros del INAME, por régimen de atención, según tipo de institución. Julio de 1997. *9/***

Tipo de centro	Centros de información		Centros de referencia y de atención diurna		Atención en familia		Total del País	%
	Mont.	Int.	Mont.	Int.	Mont.	Int.		
Privados	64	52	19	37	189	361	752	75%
Públicos	49	21	63	146			249	25%
Total	113	73	82	183	189	361	1001	100%
	11%	7%	8%	18%	19%	36%		

El porcentaje de los centros privados, 75%, es elevado porque se considera en él al régimen de “Cuidadora Rentada”.

A modo de salvedad metodológica, cabe señalar que las categorías de ingresos y egresos que se presentarán a continuación, no se corresponden con sujetos individuales ya que un mismo sujeto puede ingresar y egresar más de una vez en el período considerado.

Según los datos presentados en el cuadro siguiente, en el análisis del comportamiento semestral de los ingresos, se evidencia un aumento y una estacionalidad ya que son claramente mayores los ingresos en los primeros semestres que en los segundos.

Con respecto a las causales de egreso, en los 3 primeros semestres considerados, fue el reintegro al

**Cuadro 18. Cantidad de ingresos de niños y adolescentes al INAME, por causal de ingreso, según semestres. 9/**

Causales de ingreso	Segundo semestre de 1995	Primer semestre de 1996	Segundo semestre de 1996	Primer semestre de 1997
Abandono	55 1%	49 0%	49 1%	55 0%
Desamparo	2.922 59%	7.946 80%	5.595 74%	7.246 76%
Maltrato	89 2%	75 1%	79 1%	60 0%
Inconducta	661 13%	478 5%	409 5%	560 6%
Infracción	332 7%	352 4%	395 5%	324 3%
Salida no autorizada	477 10%	592 6%	695 5%	910 10%
Calle	39 1%	76 1%	43 0%	28 0%
Otros	357 7%	316 3%	341 5%	355 4%
Total semestral	4.932 100%	9.884 100%	7.606 100%	9.538 100%
Total anual	14.816		17.144	

La desagregación de los datos por causal de ingreso, muestra que la más significativa es el “desamparo”, ésta representa el 76% de los ingresos en el primer semestre de 1997 (esta causal agrupa problemas de orden económico, núcleos familiares en riesgo social, fallecimiento o encarcelamiento de los padres). Se destaca que el aumento en los ingresos es básicamente por el aumento en esta causa.

núcleo familiar, pero en el último, esa causal pasa a ser superada por desvinculación voluntaria, que se coloca en primer lugar con casi el 30% del total de egresos.

Si se analiza la evolución semestral de los egresos se constata un aumento y una estacionalidad como en los ingresos.

En cuanto a la relación ingresos-egresos, se observa que en el período considerado (julio de 1995 a junio de 1997), se produce un egreso por cada dos ingresos. (Es necesario señalar que la categoría ingresos y egresos no se corresponde con sujetos individuales, por cuanto un mismo individuo puede egresar e ingresar más de una vez en el período considerado).

Respecto a la asociación entre las causales de ingreso y los regímenes de atención, se observan ciertas regularidades. La causal “calle” es atendida mayoritariamente en los Centros de Referencia y Atención Diurna; la causal “desamparo” se atiende en todos los regímenes, aunque fundamentalmente en los Centros de Referencia y Atención Diurna.

Por último, las causales de “infracción, maltrato y salida no autorizada”, se atienden en los Centros de Internación.

**Cuadro 19. Cantidad de egresos de niños y adolescentes del INAME por causal de egreso, según semestre. 9/**

Causales de egreso	Segundo semestre de 1995	Primer semestre de 1996	Segundo semestre de 1996	Primer semestre de 1997
Reintegro al núcleo familiar	1.406 56%	1.216 27%	1.117 34%	1.327 22%
Legitimación adoptiva y adopción	10 0%	14 0%	32 1%	15 0%
Situación solucionada	306 12%	717 16%	695 21%	997 17%
Finalización del tratamiento	20 1%	63 1%	31 1%	86 1%
Límite y habilitación de edad y matrimonio	98 4%	1.117 25%	242 7%	1.426 24%
Desvinculación voluntaria	487 20%	1.022 23%	951 29%	1.668 28%
Otros	173 7%	349 8%	221 7%	514 8%
Total	2.500 100%	4.498 100%	3.298 100%	6.033 100%

**Cuadro 20. Cantidad de ingresos de niños y adolescentes al INAME por causal de ingreso, según régimen y año. 9/**

	Julio del 95 Junio del 96				Julio del 96 Junio del 97		
	Centros de internación	Centros de referencia Atención diurna	Colocación en familias	Total	Centros de internación	Centros de referencia Atención diurna	Colocación en familias
Abandono	73	8	23	104 1%	63	8	33
Desamparo	929	9.884	55	10.868 73%	1.037	11.763	41
Maltrato	143	12	9	164 1%	118	16	5
Inconducta	295	843	1	1.139 8%	386	581	2
Infracción	567	116	1	684 5%	581	138	0
Salida no autorizada	1.063	6	0	1.069 7%	1.587	18	0
Calle	3	112	0	115 1%	2	69	0
Otros	171	501	1	673 4%	207	485	4
Total	3.244 22%	11.482 77%	90 1%	14.816 100%	3.981 23%	13.078 76%	85 1%

### VII. Niños y adolescentes en conflicto con la ley

El niño y adolescente en conflicto con la ley refiere a aquella población menor de 18 años que comete un acto que, de ser llevado a cabo por un adulto, configuraría un delito, es decir, está tipificado como tal en el Código Penal. En el caso de esta franja etaria sólo corresponden medidas de seguridad educativas (art.34 y 93 del Código Penal) que pueden ser con o sin privación de libertad.

El Instituto Nacional del Menor, es el organismo encargado de ejecutar las medidas de seguridad educativas dispuestas por la Justicia de

Menores -cometido conferido por la Ley 15.977-, lo que significa la institucionalización de la población antes mencionada.

El proceso de institucionalización con privación de libertad no es siempre el resultado final de la situación de los niños y adolescentes en conflicto con la ley. El Juez Letrado de Menores en Montevideo, o Juez Letrado de Primera Instancia en el Interior, pueden disponer de medidas alternativas.

Una de las modalidades de abordaje de esta problemática, cada vez más utilizada por la justicia, es la utilización de medidas alternativas como la libertad asistida.

En aquellos casos en que la justicia dispone la ejecución de las medidas de seguridad privativas de libertad, ingresa al Instituto Nacional del Menor, momento en que comienza una fase diagnóstica cuya finalidad es la definición de un proyecto de vida que contemple el posterior tratamiento del adolescente. Dicho proyecto presenta como ejes sustantivos la educación y rehabilitación de niños y adolescentes en situación de vulnerabilidad, por lo que resulta indispensable involucrar a la familia y a la comunidad en dicho proceso.

En términos generales, se pueden sistematizar algunas de las características de la población en conflicto con la ley e institucionalizada: pertenecen a sectores carenciados, el sistema de educación formal les resulta expulsivo, el mercado de trabajo tiene poca capacidad de respuesta, provienen de familias con disfuncionalidades (hogares numerosos, jefaturas femeninas, síndrome abandonónico, violencia familiar, etc.). Los menores en conflicto con la ley que no provienen de sectores pobres, difícilmente integren el circuito institucional. Esto podría explicarse, entre otras causas, por la existencia de familias “continentes” en otros sectores sociales.

Una posible causa de la subrepresentación del género femenino en esta categoría de población del INAME, se podría deber a una serie de pautas culturales dominantes en la sociedad, según las que las mujeres tienden a buscar otros mecanismos de supervivencia, que por formar parte de viejas costumbres y no presentar formas exteriores de violencia, son de más difícil control y escapan con frecuencia de la aplicación de la legislación existente.

El caso más claro es el de la prostitución en las menores de 18 años. A nivel general, el comportamiento de la causal de ingreso por prostitución ha venido descendiendo. Si tomamos

como base 100% 1992, en 1993 se registró un 15% menos, en 1994 y 1995 alcanzó un 50% menos, volviendo a repuntar en 1996, con un 30% menos. Esta tendencia general se mantiene en los tramos etarios de adolescentes de 13 a 17 años, con el 90% de los ingresos y el tramo de 10 a 12 años, el 10% restante.

Como aclaración metodológica, es preciso aclarar que en la tipificación de ingreso por causal prostitución, deben existir evidencias suficientes, además hay una tendencia a la protección institucional contra el estigma que genera dicha tipificación. Esto genera subregistros, por lo cual no se sabe exactamente a cuanto asciende.

En el medio urbano, y en particular, en la ciudad de Montevideo, se distinguen algunos lugares de prostitución: casas o calles que rodean los lugares de clasificación de residuos; prostitución de la calle, vinculada al ejercicio más “tradicional”, donde el cliente se recluta en una calle; el Centro y la Ciudad Vieja de Montevideo, donde las adolescentes ejercen la prostitución de manera relativamente continua y generalmente autónoma, conjuntamente con otra serie de actividades; prostitución de bares, pubs y porno-shows; una nueva forma encubierta de prostitución, que parece haber “prosperado” en la última década, es la ejercida en las “casas de masajes”.

Las causales de ingreso al sistema de internación con medidas de seguridad son: intento de hurto, hurto, rapiña, lesiones, homicidio, tráfico de drogas, violación, otras infracciones, y salida no autorizada. A continuación se hará una breve descripción de la situación de los menores de 18 años de cada una de ellas, en el período 1992-1996.

Si se analiza el comportamiento de la causal intento de hurto a nivel general, se observa una

tendencia al aumento de los ingresos a lo largo del período, alcanzando en 1995 un 46% más, tomando como base 1992. En 1996, se dio una caída al 26% revirtiendo la tendencia de los años anteriores.

En la causal hurto, se comprueba que a nivel general presenta un comportamiento inverso al de la causal intento de hurto, puesto que se ve una notoria baja en los ingresos por esta causal, alcanzando a descender casi a un 50% en 1996, tomando como base 100 al año 1992.

El análisis de la causal rapiña, muestra que hay un aumento importante en los ingresos, con el pico más alto (91% más) en 1996, tomando como base 100 al año 1992.

Con respecto a la causal lesiones hubo una caída importante, aunque con dos picos en 1992 y 1994, disminuyendo un 41% en los ingresos en 1996.

La causal homicidio se ve que a nivel general presenta una tendencia al aumento con un pico importante en 1994.

En la causal tráfico de drogas no hay cifras representativas; su comportamiento podría ser similar al presentado en la causal prostitución ya que el ingreso por esta causa, requiere de evidencias suficientes para encontrar estos casos, y además hay una tendencia a la protección institucional.

La causal violación tiende a disminuir, con sus picos más altos en los años 1993 y 1994. Luego desciende a un 64% menos en 1995, siendo en 1996, un 36% menos.

Por otras infracciones hay una tendencia al aumento, con el pico más alto del período en

1996, año en el cual se registraron un 57% más de ingresos.

Si se analiza el comportamiento de los ingresos al Instituto Técnico de Rehabilitación del Joven (INTERJ) en 1996 y 1997 a nivel general se ve que la causal rapiña acumula en los dos años el 50% de los ingresos, seguido de la causal hurto, con el 15%, lesiones con 10% y homicidio con 8%. El INTERJ. Esto incluye dos regímenes de atención: Internado con medidas de seguridad que está directamente a cargo del instituto y régimen de libertad asistida que está a cargo de organizaciones que establecen convenios con el INAME.

## **VIII. El marco de protección y las políticas públicas**

### ***Convención sobre los Derechos de los Niños***

Aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 6 de diciembre de 1989, la Convención sobre los Derechos del Niño fue ratificada por el Parlamento uruguayo el 26 de setiembre de 1990.

La Convención tiene tres puntos esenciales, que son la consideración del niño como sujeto de derecho, aplica a la legislación en forma definitiva la doctrina de la protección integral, y establece como criterio interpretativo básico, el interés superior del niño, identificado como el derecho a la plena realización de todos sus derechos.

Después de su ratificación, en el primer diagnóstico de UNICEF se estableció que, para cumplir con los compromisos emergentes de la Convención, la legislación nacional debía ser adecuada a la normativa sustentada por la misma.

Hay aspectos que requieren revisión, o que se consideran en teoría pero no en la práctica. A su vez, ciertas realidades sociales han desbordado la normativa legal a causa de la crisis económica y de los cambios en los valores que ordenan la vida familiar.

En el Uruguay, coexisten dos tipos de legislación: el Código del Niño, que toma al niño como sujeto de protección, y la Convención sobre los Derechos de los Niños, que lo reconoce como sujeto de derechos. A partir de la aprobación de la Convención, el concepto de niño cambia sustantivamente, de objeto pasa a ser sujeto de derechos, obligaciones y responsabilidades legítimas entre la sociedad, la familia y el Estado.

Para garantizar esto es necesario adaptar el ordenamiento jurídico uruguayo a la normativa internacional vigente. Algunas de las modificaciones más importantes son: <sup>10/</sup>

- Modificar la denominación de la filiación, para eliminar el concepto de valor que se le atribuye actualmente a la filiación legítima.
- Derogar las normas residuales discriminatorias para el hijo natural.
- Modificar el sistema de inscripción de los hijos naturales.
- Dictar normas que contemplen los derechos de los niños frente al divorcio de sus padres o la separación de la pareja que vive en concubinato, con la finalidad de que conserven su casa/habitación.
- Permitir que, en el caso de legitimación adoptiva, se autorice al legitimado a indagar en el expediente judicial de su verdadera filiación.
- Regular la situación del niño abandonado.
- Crear específicamente los delitos de maltrato, venta, tráfico y explotación de niños.
- Dictar normas que impidan la salida del país con niños de corta edad sin intervención y

contralor judicial, cuando lo hacen con personas ajenas a la familia.

- Celebrar convenios internacionales para el tráfico de niños.
- Regular específicamente el procedimiento para los menores infractores y abandonados.
- Regular la situación de las guarderías infantiles.
- Realizar acuerdos con empresas de difusión e información, especialmente televisivas (a efectos de cumplir con el artículo 13 de la Convención)
- Realizar una promoción adecuada sobre los derechos, valores y dignidad de los menores.

En el marco de la movilización generada en los ámbitos no gubernamentales, buscando sensibilizar a los actores públicos y privados para que se ratificara la Convención sobre los Derechos del Niño, el Poder Ejecutivo dictó una resolución por la cual se encomienda al Ministerio de Educación y Cultura la creación de una comisión que adecue la normativa interna (Código del Niño de 1934) a la normativa internacional. La comisión disponía originalmente de un año para elaborar sus propuestas, pero debió pedir dos prórrogas. Finalmente el 2 de marzo de 1994, el Poder Ejecutivo envió al Parlamento un Anteproyecto de niñez y adolescencia, conforme al trabajo realizado por una comisión especializada y al cual se incorporaron las observaciones y propuestas realizadas por los diferentes actores en la temática, tanto del sector gubernamental como no gubernamental. El mismo fue objeto de críticas de diversos actores, y fue sometido a revisiones.

A mediados de 1995, la actual administración constituyó una nueva Comisión Especial (resolución 648/995 del 12 de junio de 1995) para elaborar las propuestas legislativas sobre la niñez y la adolescencia. El proyecto de Código del Niño está en este momento a estudio del Parlamento.

## Notas y Fuentes

1. Barrán, J.P., Historia de la Sensibilidad en el Uruguay. Tomo 2 “El disciplinamiento” (1860-1920). Edición de la Banda Oriental. Facultad de Humanidades y Ciencias. Montevideo, 1981, pág. 115.
2. Cuadro 1. Fuente: Dir. De Estadística, M.S.P.
3. OPS/OMS- Veronelli, J.C., Nowinski, A., Roitman, B. y Haretche, A. La salud de los uruguayos. Cambios y Perspectivas. Montevideo, 1994, p. 61.
4. MSP/FISS
5. Cooperación Técnica OPP/BID sobre la base de información aportada por las bases de los datos de las Encuestas Continuas de Hogares de los años 1984, 1989 y 1996.
6. Programa FAS sobre la base de información aportada por las bases de datos de la Encuesta de Hogares del año 1996.  
**Nota: (1) La Línea de Pobreza se calcula en términos relativos, son aquellas personas que residen en hogares cuyo ingreso familiar per cápita es inferior al 50% del ingreso promedio de las poblaciones respectivas de Montevideo e Interior Urbano.**
7. La información que se presenta en este análisis es fundamentalmente la relevada por la Encuesta de Hogares, dado que sólo se releva la PEA mayor de 14 años de edad, no es posible saber qué proporción de menores de 14 participan en el mercado laboral. No hay a la fecha ningún estudio sistematizado sobre el trabajo de menores de 14 años en el Uruguay.
8. Programa FAS/UNICEF sobre la base a información de Encuestas de Hogares de los años 1984, 1989 y 1994.
9. INAME
10. La niñez en el Uruguay. Informe no oficial del cumplimiento de la Convención de los Derechos del Niño. A. Bonasso y J. Lasida, Montevideo, 1995.



- Conferencia Internacional de Nutrición. Informe de la República Oriental del Uruguay. MSP, Montevideo, 1992
- INDA. Aporte del Instituto Nacional de la Alimentación a la Cumbre Mundial de la Alimentación. FAO, Roma, 1996. Montevideo, Julio de 1996.
- INDA, División Planificación Nutricional. Boletín Informativo N° 1 y N° 2, Montevideo, 1996.
- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Continua de Hogares de 1996, Montevideo, 1996.
- Rígoli, F. Recursos Humanos en el Sector Salud de Uruguay. Proyecto SISALUD/CERES/CIID, Mimeografiado, Montevideo, 1991.
- Vero, A. El Gasto en Salud en Uruguay, Años 1994 y 1995. MSP/FISS/BIRF, Montevideo, 1996.
- Veronelli, J.C., Nowinski, A., Haretche, A. y Roitman, B. La Salud de los Uruguayos. OPS/OMS, Montevideo, 1994.
- Fuentes consultadas: Indicadores de PRORECO y SINADI, MSP. Estos se anexan al trabajo.
- Bonasso, A. y Lassida, J. La Niñez en el Uruguay. Informe no oficial sobre el cumplimiento de la Convención de los Derechos de los Niños. Edit. Carlos Alvarez, Montevideo, 1995.

- Brisco, A., Facal, Z., Fontella, A., García, S. y Guariglia, M. Análisis de Situación: Menores en Circunstancias Especialmente Difíciles. UNICEF, Montevideo, 1992.
- CEPAL. Panorama Social de América Latina 1996. Santiago de Chile, 1996.
- D.G.E. y C. Censos de población de 1975 y 1985.
- Estudio sobre Condiciones Sociolaborales de Niñas, Niños y Adolescentes. Inédito. Programa UNICEF/CINTERFOR/FAS. Montevideo, 1997.
- Fuentes consultadas: Ministerio de Salud Pública, División Estadística. Instituto Nacional del Menor. Programa Materno Infantil, Hospital Pereira Rossell.
- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Continua de Hogares de 1996. Montevideo, 1996.
- Tricotti, L. La Situación de Calle : ¿ Abandono o Solidaridad Familiar?. CLAEH/Gurises Unidos, Montevideo, 1995.
- Varios autores. Niñez y Adolescencia en Situación de Calle. Aportes a la reflexión en el marco de las actuales reformas. UNICEF, Gurises Unidos y Programa de Atención del Niño de la calle del INAME, Montevideo.
- Baron, C.M. Mujer y Fecundidad en el Uruguay. Factores determinantes directos en la fecundidad de las actuales reformas. UNICEF, Gurises Unidos y Programa de Atención del Niño de la calle del INAME, Montevideo.
- CELADE. Boletín Demográfico, Año 21, N° 42, Santiago de Chile, 1988.
- CELADE. Boletín Demográfico, Año 23, N° 45, Santiago de Chile, 1991.
- D.G.E. y C. Censos de población de 1975 y 1985.
- Filgueira, C. Sobre Revoluciones Ocultas: La Familia en el Uruguay. CEPAL, Montevideo, 1996.
- Fuentes consultadas: Ministerio de Salud Pública, División Estadística. Programa Materno Infantil, Hospital Pereira Rosell. Bases de datos de la Junta Departamental de Montevideo.
- González C., Operti, R. y Villagrán, A. La Familia Uruguaya. Su análisis desde los hogares. OPP/MEE y C., Montevideo, 1997.
- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Continua de Hogares de 1996. Montevideo, 1996.
- UNICEF/INE. Mujeres Uruguayas en Cifras. Un aporte para la Conferencia Internacional de Beijing, 1995. Montevideo, 1995.