



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE SALUD DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE

INCORPORACIÓN DEL ENFOQUE DE DERECHOS DEL NIÑO EN LAS PRÁCTICAS ASISTENCIALES DE ENFERMERÍA, EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Autores:

Br. Cruz, Carolina
Br. Da Cunha, Virginia
Br. Freiria, Rossana
Br. Iriart, Patricia
Br. Oblear, Lucía

Tutor:

Prof. Agda. Mag. Annalet Viera

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2014



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA SALUD DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN



El uso de la terminología niño y adolescente se debe a que permite una lectura fluida. Los mismos hacen referencia a todos los niños, las niñas y los y las adolescentes. No presenta ninguna connotación discriminatoria.



AGRADECIMIENTOS

El equipo investigador agradece a: tutora Prof. Agda. Mag. Annalet Viera, a Dirección de ASSE-RAP Montevideo, a los Licenciados/as en Enfermería y Auxiliares de Enfermería que accedieron a participar del estudio y al equipo de biblioteca, por el compromiso asumido que contribuyó al desarrollo de esta investigación.

Se agradece especialmente a familiares y amigos, que acompañaron y apoyaron en este proceso.

INTRODUCCIÓN	15
OBJETIVO HISTOROLÓGICO	17
OBJETIVO PSICOLÓGICO	24
OBJETIVO SOCIOLÓGICO	34
OBJETIVO PSICOPEDAGÓGICO	39
CONCLUSIONES	76
BIBLIOGRAFÍA	78
OTROS DOCUMENTOS	78
ANEXOS	81
ANEXO I. Protocolo de trabajo de ASSE-RAP Montevideo	82
ANEXO II. Fragmento de la Convención Interamericana sobre los Derechos de la Niñez	86
ANEXO III. Fragmento Ley 17.127/82	88
ANEXO IV. Ley 17.133/82	91
ANEXO V. Reglamento ASSE-RAP	95
ANEXO VI. Tratamiento recuperación de la información	102



TABLA DE CONTENIDO

ABREVIATURAS	5
RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	8
PREGUNTA PROBLEMA	10
OBJETIVOS	10
ANTECEDENTES	11
JUSTIFICACIÓN	15
MARCO TEÓRICO	17
DISEÑO METODOLÓGICO	24
RESULTADOS	34
ANÁLISIS	69
CONCLUSIONES	76
SUGERENCIAS	78
CITAS BIBLIOGRÁFICAS	79
BIBLIOGRAFÍA	81
ANEXO I. Población asistida por ASSE a nivel nacional en 2013	83
ANEXO II. Fragmento de la Convención sobre los Derechos del Niño	85
ANEXO III. Fragmento Ley Nº 17.823	94
ANEXO IV. Ley Nº 18.335	103
ANEXO V. Autorización ASSE - RAP	125
ANEXO VI. Instrumento recolección de la información	127



ABREVIATURAS

ART./S: Artículo/s

ASSE: Administración de los Servicios de Salud del Estado

CDN: Convención sobre los Derechos del Niño

CNA: Código de la Niñez y Adolescencia

DDNN: Derechos del Niño

FA: Frecuencia Absoluta

FR%: Frecuencia Relativa Porcentual

HPH: *Health Promoting Hospitals*, en inglés; Hospitales Promotores de Salud, en castellano.

HPH-CA: *Health Promotion for Children and Adolescents in and by Hospitals*, en inglés;
Promoción de la Salud de Niños y Adolescentes en y por los Hospitales, en castellano.

IDISU: Iniciativa Derechos de Infancia, Adolescencia y Salud en el Uruguay

INE: Instituto Nacional de Estadística

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

RAP: Red de Atención Primaria

ROU: República Oriental del Uruguay

SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud



RESUMEN

En el marco de la ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) por Uruguay en el 2004, se creó su expresión nacional: el Código de la Niñez y Adolescencia (CNA) de la República Oriental del Uruguay (ROU). Donde la condición jurídica de la persona menor de edad pasa a ser de objeto de tutela a ser sujeto de derecho.

De este nuevo paradigma surge la necesidad de determinar si el personal de enfermería de los centros de salud de la Administración de los Servicios de Salud del Estado –Red de Atención Primaria (ASSE-RAP) de Montevideo, considera al niño como sujeto de derecho.

Por medio de un estudio descriptivo de corte transversal, basado en el análisis cuantitativo de los datos obtenidos mediante la aplicación de una encuesta al personal de enfermería, se evaluó la información, identificación y la aplicación de los derechos del niño en el periodo comprendido entre el 4 y el 11 de abril de 2014.

De los resultados obtenidos se destaca que el 65% de esta población está informada sobre la existencia de la CDN, aunque el 95% desconoce la denominación de su expresión nacional. El 52% conoce la "Guía: Los Derechos de niños, niñas y adolescentes en el área de la salud". Referente a las acciones indagadas se destaca que el 40% refirió que el ingreso al área de asistencia es únicamente con acompañante y el 60% que no informa al niño en un área privada.

Las conclusiones obtenidas fueron que persiste aún la visión del niño o adolescente como objeto pasivo, lo cual es influenciado por la desinformación sobre la temática, que presenta la población estudiada de esta temática. No existe uniformidad en el actuar de enfermería, en relación a la atención del niño/adolescente desde el nuevo paradigma.



INTRODUCCIÓN

Palabras Claves:

Defensa del Niño; Enfermería pediátrica; Servicios preventivos de salud.

En el año 1989, la Convención sobre los Derechos del Niño, que generó un cambio de paradigma sobre la concepción del niño por el derecho, este dejó de ser considerado como un objeto de protección, para convertirse en un sujeto titular de derechos que debe ser respetado en las mismas. Uruguay ratificó dicho convenio y en el 2004 surge el organismo rector el Comité de la Niñez y Adolescencia de la República Oriental del Uruguay.

En el año 2012, bajo la iniciativa Dirección de Infancia, Adolescencia y Servicio al Ciudadano (DISU) se crea la "Guía Los Derechos del Niño, Niña y Adolescente al Área de la Salud". Con esta guía se pretende "Lograr un cambio cultural en relación a los derechos humanos de los niños y adolescentes" (1), tomando a su vez los aportados de la salud pública a esto incorporando una visión integral de la salud que respete el carácter humano de los niños. De igual manera la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) impulsa cambios en el modelo de atención y promueve el cumplimiento de los derechos de los usuarios en los servicios de salud.

En la actualidad, Uruguay cuenta con un sistema de atención que protege los derechos con que cuentan los niños, niñas y adolescentes en relación a su salud y la toma de decisiones respecto a ellos, y se ve la necesidad que exista la formación y el rol de enfermería, desde un modo que los niños participen, promuevan y respeten los derechos de niños, niñas y adolescentes.

De igual modo, también y debido las dificultades que los equipos de enfermería y otros profesionales de atención encuentran en la implementación del enfoque de derechos en una forma de contribuir a este proceso de adecuación de los servicios orientados al buen vivir.



INTRODUCCIÓN

La Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó el 20 de noviembre de 1989, la Convención sobre los Derechos del Niño, que generó un cambio de paradigma sobre la consideración del niño por el derecho: este deja de ser considerado como un objeto de protección, para convertirse en un sujeto titular de derechos que debe ser empoderado en los mismos. Uruguay ratificó dicho tratado y en el 2004 crea su expresión nacional: el Código de la Niñez y Adolescencia de la República Oriental del Uruguay.

En el año 2012, bajo la Iniciativa Derechos de Infancia, Adolescencia y Salud en Uruguay (IDISU) se crea la "Guía: Los Derechos del Niño, Niña y Adolescente en el área de la salud". Con la misma se pretendía "Lograr un cambio cultural en relación a los derechos humanos de los niños y adolescentes" (1), formando a todos los operadores de salud en relación a ello, incorporando una visión integral de la salud, que reforzara el carácter humano de los mismos. De igual manera la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) impulsa cambios en el modelo de atención y promueve el conocimiento de los derechos de sus usuarios en los servicios de salud.

En tal sentido es fundamental que el equipo de enfermería, conozca los derechos con que cuentan los niños, niñas y adolescentes en nuestra sociedad a la hora de brindar asistencia y cuidados. A su vez es importante que éstos reflexionen y revisen las prácticas diarias, de modo que las mismas protejan, promuevan y respeten los derechos de niños, niñas y adolescentes.

De igual modo, identificar y divulgar las dificultades que los equipos de enfermería en el primer nivel de atención encuentran en la implementación del enfoque de derechos, es una forma de contribuir a este proceso de adecuación de las prácticas cotidianas al nuevo paradigma.



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA SALUD DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN



Las investigaciones y los artículos recopilados sobre la incorporación del enfoque de derechos en la práctica asistencial de enfermería, giran en torno a aspectos como la comunicación entre el profesional de enfermería y el niño hospitalizado, y la percepción del niño hospitalizado para generar entornos de salud adaptados a las preferencias de los niños. No teniendo acceso a investigaciones nacionales sobre el tema.

El propósito de esta investigación es determinar si el personal de enfermería de los servicios de pediatría y/o medicina familiar de los centros de salud de ASSE/RAP Montevideo, consideran al niño como sujeto de derechos. Cabe señalar que el 51% de la población infantil del país es asistida en ASSE.

A partir de un estudio descriptivo de corte transversal, basado en el análisis cuantitativo de los datos obtenidos mediante la aplicación de una encuesta al personal de enfermería, se evaluó la información, identificación y la aplicación de los derechos del niño en el periodo comprendido entre el 4 y el 11 de abril de 2014.

A partir de los resultados obtenidos se concluye que aún persiste la visión del niño o adolescente como objeto pasivo, lo cual es influenciado por la desinformación sobre la temática, que presenta la población estudiada. No existe uniformidad en el actuar de enfermería, en relación a la atención del niño/adolescente desde el nuevo paradigma.



PREGUNTA PROBLEMA

¿Es incorporado el enfoque de derechos del niño en las prácticas asistenciales de los equipos de enfermería de los centros de salud de ASSE/RAP Montevideo?

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Determinar si el personal de enfermería de los servicios de pediatría y/o medicina familiar de los centros de salud de ASSE/RAP Montevideo, consideran a los niños y adolescentes como sujetos de derechos.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar la población de estudio.
- Determinar si el personal de enfermería aplica en su práctica diaria los derechos del niño.
- Identificar si el personal de enfermería presenta dificultades para la aplicación de los mismos.



ANTECEDENTES

El 20 de noviembre de 1989 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Convención sobre los Derechos del Niño, un tratado sobre derechos y libertades del niño y el adolescente, que generó un cambio de paradigma a finales del siglo XX sobre la consideración del niño por el derecho: el niño deja de ser considerado como un objeto de protección, para convertirse en un sujeto titular de derechos que debe ser empoderado en los mismos. Uruguay ratificó dicho tratado, creando en el 2004 su expresión nacional: el Código de la Niñez y Adolescencia de la República Oriental del Uruguay (1).

En el año 2005, en el marco del X Congreso Argentino de Pediatría Social se incorpora el "Manual de Formación de Formadores en la Convención de los Derechos del Niño para el equipo de salud", con el fin de operativizar los conceptos de derechos de niños y adolescentes de forma accesible y motivadora.

En el año 2007 se realizaron los talleres regionales "Formador de formadores en derechos de la Infancia, Adolescencia y Salud". A punto de partida de estos talleres se crea un grupo interinstitucional quienes en el 2008, ratificaron el interés de profundizar en la atención de salud de los niños y los adolescentes con perspectiva de derecho.

Se realizó una encuesta a los profesionales de la salud participantes del Congreso de Pediatría en el año 2007, en la que se solicitaba al profesional redactar una situación vivida en la que no estuviese garantizado el respeto a algún derecho relacionado con la salud de niños y adolescentes. A punto de partida de esta encuesta, la Dra. Susana Falca elaboró en el año 2012, bajo Iniciativa Derechos de Infancia, Adolescencia y Salud en Uruguay (IDISU) la "Guía: Los Derechos del Niño, Niña y Adolescente en el área de la salud". La visión de IDISU es "Lograr un cambio cultural en relación a los derechos humanos de los niños y adolescentes" (1), formando a todos los operadores de salud en relación a ellos, que les permita encontrar estrategias de afrontamiento en un marco de derecho (1).



A partir de esta iniciativa, en cuanto a la formación de recursos humanos del área salud, se incorporó una visión integral de la salud, que refuerza el carácter humano de los profesionales, creando nuevas áreas académicas que apuntan a los derechos de la infancia, y la adolescencia, en su atención integral, impulsando el trabajo interdisciplinario y en equipo.

De igual manera la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud impulsa cambios en el modelo de atención y promueve el conocimiento de los derechos de sus usuarios en los servicios de salud. Desde la Dirección General del SNIS se aspiró a que la guía anteriormente mencionada, "sea un instrumento que promueva la reflexión y revisión de las prácticas de todos los integrantes de las instituciones prestadoras de salud, desde las autoridades hasta los equipos técnicos, porque para promover, proteger y respetar los derechos de niñas, niños y adolescentes tenemos que conocerlos y darlos a conocer" (1).

Existen antecedentes a nivel internacional de trabajos en pos de los derechos del niño a nivel hospitalario, como es el caso de Hospitales Promotores de Salud para la Infancia y la Adolescencia de la Organización Mundial de la Salud.

En el marco del cual se creó, en el año 2004, el Grupo de Trabajo para la Promoción de la Salud de Niños y Adolescentes en y por los Hospitales cuyo objetivo fue abordar el tema específico de la promoción de la salud de niños y adolescentes, proporcionando un mejor entendimiento y definición del papel que los hospitales pueden y deberían jugar en este campo. En el año 2007, este grupo elaboró el documento "Recomendaciones sobre los Derechos de los Niños en los Hospitales" dirigido a instituciones sanitarias y Organizaciones Internacionales, para obtener un compromiso mayor y llamar más la atención sobre el tema de los derechos de los niños en los hospitales (2).

Las investigaciones y los artículos recopilados sobre la incorporación del enfoque de derechos en la práctica asistencial de enfermería, giran en torno a aspectos como la



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA SALUD DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN



comunicación entre el profesional de enfermería y el niño hospitalizado, el consentimiento informado en pediatría y la participación del niño hospitalizado en el proceso de toma de decisiones.

Fagerskiold (2004), publicó "Nursing and the Child's. Right in Sweden" (Enfermería y los Derechos del Niño en Suecia) en el año 2004, que tuvo como objetivo reflexionar sobre los derechos del niño en Suecia desde la perspectiva de enfermería, utilizando partes de la Convención de la ONU sobre los Derechos del Niño y estudios científicos realizados. Una de las reflexiones a las que arribaron es que las enfermeras en Suecia trabajan para desarrollar el derecho de los niños a participar en las decisiones sobre su propio cuidado y el compromiso de los padres en los cuidados de la salud (3).

Noreña y Juan (2008) publicaron la investigación descriptiva –exploratoria, "El contexto de la interacción comunicativa. Factores que influyen en la comunicación entre los profesionales de enfermería y los niños hospitalizados" en el año 2008, con el objetivo de comprender la dinámica del escenario hospitalario (servicio de pediatría), así como el proceso de comunicación del niño hospitalizado y la enfermera. El trabajo describió los aspectos que abarca esta interacción y qué construye el niño alrededor de lo que se le comunica. Concluyeron que "la meta debe consistir en crear una forma cooperativa de comunicación, que tenga sentido para ambos (Profesional –binomio niño familia) dado que si se dedicaran esfuerzos a obtener esta información, se podría adecuar la atención sanitaria a las necesidades reales del niño" (4).

Söderbäck publica en 2011 "The importance of including both a child perspective and the child's perspective within health care settings to provide truly child-centred care" (La importancia de la inclusión de una perspectiva infantil y la perspectiva del niño dentro de los entornos de atención de salud para brindar atención verdaderamente centrada en el niño). En esta investigación se consideró que la prestación de una atención de calidad en los servicios de salud adaptados a las preferencias de los niños, significa que los profesionales de la salud tienen la responsabilidad de garantizar los derechos del niño, y que el niño se



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA SALUD DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN



anime y de su opinión sobre los temas que les afectan. Este trabajo ayudó a diferenciar la perspectiva de los niños y la perspectiva del niño en los centros sanitarios. La investigación ilustró las diferentes perspectivas, concluyendo que se requieren de ambas para generar entornos de atención de salud centrados en el niño (5).



JUSTIFICACIÓN

El cambio de paradigma aportado por la Convención sobre los Derechos del Niño y su expresión nacional el Código de la Niñez y Adolescencia, en el que la condición jurídica de las personas menores de edad pasa de ser un objeto de tutela a ser sujetos de derechos, implica también un cambio cultural en cuanto a la atención de la salud de los mismos por parte del equipo multidisciplinario, "entendiendo que debe sustituirse el concepto de niñez como "objeto pasivo" de intervención por parte de los adultos, por el concepto de niñez como sujeto de derechos" (1).

Desde el punto de vista estadístico, la población nacional menor de 19 años de edad es de 756.311 representando un 23% del total. En cuanto al total de la población asistida a nivel nacional por ASSE según información brindada en la página Web de dicho ente, es de 1.266.034 usuarios. Destacando que la población menor de 19 años asistida es de 387.496 lo que representa un 31% de la población total, siendo ésta junto con la franja de 20 a 44 años las de mayor porcentaje, (Ver Anexo I). El 51% de la población nacional menor de 19 años es asistida en ASSE

En este sentido es fundamental que el equipo de enfermería, como parte del equipo multidisciplinario, conozca los derechos con que cuentan los niños y adolescentes en nuestra sociedad a la hora de asistir. A su vez es importante que estos reflexionen y revisen las prácticas diarias, de modo que las mismas protejan, promuevan y respeten los derechos de niños, niñas y adolescentes, ya que en ámbitos donde enfermería interactúa con el usuario y familia, podrían incorporar dicho enfoque. De esta manera identificar y divulgar las dificultades que los equipos de enfermería en el primer nivel de atención encuentran en la implementación del enfoque de derechos, es una forma de contribuir a este proceso de adecuación de las prácticas cotidianas al nuevo paradigma.



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA SALUD DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN



Cabe agregar que no se tuvo acceso a investigaciones nacionales similares, abocadas al enfoque de derechos en la interacción enfermería-niño, por lo que constituye también, un aporte al conocimiento de esta situación.

El 21 de Octubre de 1948, se promulgó el acuerdo para la solución de problemas a los que se enfrenta la humanidad, tratado Naciones Unidas ratificado por 114 países. La misma proclama el primer Tratado Internacional, el cual tiene cuatro propósitos, mantener la paz y seguridad, fomentar el comercio entre naciones, cooperar en la solución de controversias y desarrollar y promover los derechos humanos.

La Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó, en 1948, la Declaración Universal de los Derechos Humanos. En el mismo año promulgó la Constitución de Uruguay sobre los Derechos del Niño, que se promulgó al mismo año promulgación española. En 1988 se promulgó el tratado la Declaración Universal de los Derechos del Niño, la cual cuenta con 111 países que respaldan los principios generales de los niños.

Es el 20 de noviembre de 1989 que la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Convención sobre los Derechos del Niño, la cual es un tratado que garantiza y establece los niños y el adulto.

La CDN es convención en el nivel internacional y el primer instrumento internacional de la justicia. La Convención sobre los Derechos del Niño es el primer instrumento internacional de los derechos de los niños y las niñas legalmente vinculante a los derechos que dispone la Convención a todos los niños y niñas menores de 18 años independientemente del tipo de matrimonio, del que sea padre o su familia, de cuál sea el sexo, el nivel de pobreza que integran o la edad y sexo a la que pertenecen. El artículo 2 de la CDN, en su artículo 24, de desarrollo promueve un estado de bienestar a través del siglo XX, como la consideración del niño por el derecho de ser considerado como un sujeto de una vida, para convertirse en un sujeto titular de derechos que debe ser reconocido en el mundo.



MARCO TEÓRICO

El 24 de octubre de 1945 se constituye el núcleo para la solución de problemas a los que se enfrenta la humanidad, llamado Naciones Unidas conformado por 188 países. La misma proclama el primer Tratado Internacional, el cual tiene cuatro propósitos, mantener la paz y seguridad internacional, fomentar la amistad entre naciones, cooperar en la solución de problemas y desarrollar y fomentar los derechos humanos.

La Asamblea General de las Naciones Unidas proclama, en 1948, la Declaración Universal de los Derechos Humanos. En el mismo año promulga la Declaración de Ginebra sobre los Derechos del Niño, que proporciona al niño una protección especial. En 1959 es cuando se realiza la Declaración Universal de los Derechos del Niño, la cual cuenta con 10 artículos que resumen los principales derechos de los niños.

Es el 20 de noviembre de 1989 que la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Convención sobre los Derechos del Niño, la cual es un tratado sobre derechos y libertades del niño y el adolescente.

La CDN se convirtió en el tratado de derechos humanos más ampliamente aprobado de la historia. La Convención sobre los Derechos del Niño es el primer código universal de los derechos de los niños y las niñas legalmente obligatorio. Los derechos que proclama corresponden a todos los niños y niñas menores de 18 años independientemente del lugar de nacimiento, de quiénes sean sus padres o su familia, de cuál sea su sexo, su etnia, la religión que practiquen o la clase social a la que pertenezcan (Artículo 2 de la CDN, ver Anexo II). Se consagra entonces un cambio de paradigma a finales del Siglo XX, sobre la consideración del niño por el derecho: el niño deja de ser considerado como un objeto de protección, para convertirse en un sujeto titular de derechos que debe ser empoderado en los mismos.



La CDN incluye varios principios de los que se destacan: el principio del interés superior del niño lo que significa que, "entre el conjunto de intereses involucrados en una situación particular, debe primar el interés del niño, de manera tal que la resolución esté orientada a garantizarle el pleno ejercicio de sus derechos en el presente y en el futuro" (1); el principio de autonomía progresiva significa que "cada niño o adolescente tiene la capacidad de ejercer sus derechos y de asumir responsabilidades específicas conforme a la edad que esté viviendo, es decir, su grado de autonomía personal que se va ampliando a medida que el niño va creciendo, en tanto va desarrollando sus capacidades de discernir y determinarse por sí mismo" (1); el principio de participación que impone la obligación de "escuchar al niño en todas las decisiones que le afecten" (1)

Uruguay en 1990 ratificó la CDN y en el año 2004 aprueba la creación del nuevo Código de la Niñez y la Adolescencia de la República Oriental del Uruguay (Ley 17.823), como un intento de adecuar la normativa nacional a los compromisos asumidos por el Estado. En este documento se establecen los deberes y derechos del estado, de los padres y del niño/adolescente.

En dicho documento se establece que : "A los efectos de la aplicación de este Código, se entiende por niño a todo ser humano hasta los trece años de edad y por adolescente a los mayores de trece y menores de dieciocho años de edad" (6) (Art.1,ver anexo II). "Se deberá tener en cuenta el interés superior del niño y adolescente, que consiste en el reconocimiento y respeto de los derechos inherentes a su calidad de persona humana. En consecuencia, este principio no se podrá invocar para menoscabo de tales derechos" (6) (Art. 6, ver Anexo III).

Por lo tanto "Todos los niños y adolescentes son titulares de derechos, deberes y garantías inherentes a su calidad de personas humanas, tiene derecho a las medidas especiales de protección que su condición de sujeto en desarrollo exige por parte de su familia, de la sociedad y del Estado" (6) (Art. 3, ver Anexo III)



En cuanto a los principios generales refiere que "Todo niño y adolescente goza de los derechos inherentes a la persona humana. Tales derechos serán ejercidos de acuerdo a la evolución de sus facultades, y en la forma establecida por la Constitución de la República, los instrumentos internacionales, este Código y las leyes especiales. En todo caso tiene derecho a ser oído y obtener respuestas cuando se tomen decisiones que afecten su vida" (6) (Art. 8, ver Anexo III).

El CNA establece que "Todo niño y adolescente tiene derecho intrínseco a la vida, dignidad, libertad, identidad, integridad, imagen, salud, educación, recreación, descanso, cultura, participación, asociación, a los beneficios de la seguridad social y a ser tratado en igualdad de condiciones cualquiera sea su sexo, su religión, etnia o condición social".(6) (Art. 9, ver Anexo III)

En relación a los deberes de los padres o responsables respecto de los niños y adolescentes; "Respetar y tener en cuenta el carácter de sujeto de derecho del niño y del adolescente, respetar el derecho a ser oído y considerar su opinión, prestar orientación y dirección para el ejercicio de sus derechos" (6). (Art. 16, ver anexo III)

En relación a los deberes del niño; "Todo niño y adolescente tiene el deber de mantener una actitud de respeto en la vida de relación familiar, educativa y social, así como de emplear sus energías físicas e intelectuales en la adquisición de conocimientos y desarrollo de sus habilidades y aptitudes". (Art. 17, ver anexo II)

Para poder hablar del Derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes, es preciso conceptualizar la misma. La OMS la define como el "estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad" (7). A los efectos de este trabajo, se interpretará como proceso variable y dialéctico de los estados salud-enfermedad. En este sentido la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República plantea "es un proceso que constituye un producto social que se distribuye en las sociedades según el



momento histórico y cultural en que el hombre se encuentra. En este proceso el hombre puede tener distintos grados de independencia de acuerdo a su capacidad reaccional y la situación salud-enfermedad en que se encuentre. La salud es un derecho inalienable del hombre, que debe estar asegurado por el Estado a través de políticas eficaces, con la participación de la población y del equipo de salud, promoviendo la autogestión de los grupos" (8).

En relación a esto, el Artículo 24 de la CDN establece que "Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud" (1) Para ello deberán asegurar entre otros, "la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud" (1). Esta es definida por la OMS como "La asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas, socialmente aceptables, puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y de autodeterminación" (9).

Además plantea que "todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos" (1).

En ese sentido, el enfoque de derechos genera un marco propicio para que los niños y adolescentes puedan exigir sus derechos pues son considerados sujetos de derechos y "ciudadanos activos" (10). La participación de estos, derecho consagrado por la CDN, debe ser considerado en la interpretación y aplicación de todos los demás derechos. Por lo tanto, se puede decir que el derecho a la participación transversaliza los demás derechos; sin



embargo a nivel del derecho a la salud, para que esto pueda darse deben suceder dos aspectos: "el acceso a información adecuada y los servicios de salud accesibles y amigables" (10).

El acceso a la información adecuada implica que todos los sectores de la sociedad conozcan los principios básicos de la salud, que tengan acceso a la educación pertinente; reafirma el derecho del niño y del adolescente a buscar, recibir y difundir información y garantiza que estos estén adecuadamente informados sobre las distintas circunstancias, opciones y consecuencias de las decisiones tomadas. Esto se encuentra implícito en el Artículo 13 de la CDN (ver en Anexo II).

Desde el punto de vista de la psicología evolutiva, J. Piaget plantea "el conocimiento y la inteligencia exigen necesariamente la actividad del niño, de allí que una de las implicaciones pedagógicas más importantes que se pueden deducir de su teoría sean las siguientes; los niños deben ser incitados a utilizar su iniciativa e inteligencia en la manipulación activa de su entorno porque es solo por el intercambio directo con la realidad como se desarrolla la capacidad biológica que da lugar a la inteligencia" (11).

Es en este sentido que, "La participación infantil y adolescente impacta en el desarrollo emocional, intelectual, y en el proyecto de vida de los niños, niñas y adolescentes." (12). A su vez, desde la Plataforma de Organizaciones de Infancia, se entiende que "si los niños y las niñas ejercen estos derechos desde la responsabilidad, no sólo se benefician ellos mismos, sino que contribuyen al bienestar de su comunidad, como un ciudadano más. Consideramos que la participación es un componente fundamental de una democracia inclusiva, donde los grupos y los individuos se relacionan en condiciones de igualdad" (13).

Para que el derecho a saber de los niños y adolescentes se haga efectivo, es fundamental que la información que se les proporciona tenga un lenguaje apropiado. "El derecho a la información es un requisito para la participación" (1).



Por otra parte que los servicios de salud sean accesibles y acordes a los niños y adolescentes implica que sean "amigables y acogedores, respetuosos de los adolescentes y no prejuiciosos" (10). Accesible, involucra desde la ubicación geográfica del servicio hasta la utilización de un lenguaje apropiado a la edad del usuario.

Para hablar de servicios de salud amigables, es importante que el equipo de salud conceptualizado como "una estructura organizativa, funcional, flexible. Integrada por profesionales, técnicos, representantes de la comunidad, que desarrollan actividades con el objetivo de contribuir a mejorar la salud de comunidad" (14), conozca las inquietudes de los niños y adolescentes, sus "problemas de salud con sensibilidad y sin prejuicios, y respeten la necesidad de confidencialidad que ellos tengan". Para ello deberían estar capacitados y los adolescentes deberían participar en dicha capacitación, así como también en el "monitoreo y la evaluación de los servicios" (10).

Por ende, el Auxiliar de Enfermería y el Licenciado en Enfermería que "desarrollan asistencia directa conforme a las necesidades del usuario (...) realizando cuidados integrales", actuando con principios y valores éticos (15), como parte del equipo de salud, deben estar capacitados para el cuidado de esta población en los diferentes niveles y debe incluir el contexto familiar y social en el que se encuentran inmersos (16).

El personal de enfermería requiere desarrollar habilidades para establecer con estos usuarios y sus familiares una relación de confianza y entendimiento, reconociendo las necesidades y los problemas, y actuar en base a conocimientos, juicios, medios disponibles y recursos para crear de esta manera un clima de seguridad y armonía¹. Tanto el lenguaje verbal como no verbal influyen la realidad de los niños, cambian la percepción de las personas y permiten el establecimiento de una comunicación efectiva (16). Entendiendo como comunicación efectiva aquella en que el transmisor y el receptor codifican de manera exitosa el mensaje que se intercambia, es decir, ambos entienden el mensaje transmitido.

¹ "Relación enfermera- niño y adolescente enfermo" [Diapositiva]. Montevideo: Facultad de Enfermería; 2009.



La comunicación terapéutica "se da en la relación asistencial, cuando el profesional hace consciente todo los componentes verbales y no verbales que se ponen en juego en la relación, con el fin de ayudar al usuario a manejarse con sus necesidades vitales y específicas"².

En el primer nivel de atención, dado que es el más cercano a la población, el primer contacto con el usuario, enfermería adquiere un rol primordial para el cuidado de ésta en relación a la prevención, fomento, recuperación y rehabilitación de la salud, mediante la promoción del autocuidado y la autorresponsabilidad en el reconocimiento y control de la salud (17)

En el Uruguay, con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud en 2007-2008, el cual pretende universalizar el acceso a la salud, dar justicia en el mismo, equidad en el gasto y el financiamiento de ésta, calidad asistencial y devolver la sustentabilidad al sistema, se establecen en la Ley Nº. 18.335 los Derechos y Obligaciones de los Pacientes y de los Usuarios de los Servicios de Salud.

En el año 2010 se crea la Cartilla de Derechos y Deberes de los Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud que en su artículo 39 hace referencia a los niños, niñas y adolescentes y establece que "Todo niño, niña y adolescente tiene derecho a que se le brinde información sobre los procedimientos de atención a su salud, en términos adecuados a su edad y a la evolución de sus facultades.

En todos los casos, tendrán derecho a ser oídos y a obtener respuestas a sus interrogantes y sus opiniones deberán ser debidamente tenidas en cuenta en función de su edad y madurez, la que será valorada por el profesional de la salud actuante" (18). (Ver anexo IV) Los profesionales de la salud tienen la responsabilidad de garantizar los derechos del niño, buscando una atención de calidad en los servicios de salud, adaptados a las preferencias del niño. (5)

² "Relación enfermera- niño y adolescente enfermo" [Diapositiva]. Montevideo: Facultad de Enfermería; 2009.



DISEÑO METODOLÓGICO

Este estudio es de tipo descriptivo, de corte transversal, el cual se basó en el análisis cuantitativo de los datos recabados de fuentes primarias.

Se tomó como población de estudio a todo Auxiliar y Licenciado de Enfermería, que hubiera trabajado con niños de 0-18 años en policlínicas de pediatría o consultorios de medicina familiar, con un frecuencia mayor o igual de tres veces por semana, por un periodo mayor o igual de tres meses, durante el año 2013-2014, en los centros de salud de la Red de Atención Primaria en el periodo comprendido entre el 4 y el 11 de abril de 2014 (ver carta de solicitud, en Anexo V). Se constituyó así, una población total de 40 individuos.

Referente a los criterios de exclusión, no participaron de este estudio aquellos Auxiliares o Licenciados de Enfermería que:

- Se encontraron certificados o con licencia reglamentaria al momento de la encuesta.
- No accedieron a participar del estudio
- Se encontraban en su día libre al momento de la encuesta.
- No cumplían con los criterios de inclusión

Para la recolección de datos se utilizó una encuesta (ver Anexo VI). La misma se dividió en tres áreas; la primera permitió caracterizar a los integrantes de los diferentes equipos de enfermería que participaron de la misma y su conocimiento en relación a los Derechos del niño/a y adolescente así como el conocimiento de la existencia de la "Guía: Los Derechos del niño, niña y adolescentes en el área de Salud", implementada en el año 2012.

La segunda permitió determinar, por medio de preguntas cerradas, la incorporación de los Derechos del niño/a y adolescente en los ámbitos de interacción con enfermería



En la tercera se identificó, por medio de preguntas cerradas y abiertas, las dificultades que el equipo de enfermería encuentra a la hora de implementar los derechos en las prácticas cotidianas. También se tuvo en cuenta las sugerencias de los mismos para poder mejorar esas dificultades. Las mismas se enumeraron para poder brindar información para futuras investigaciones

La recolección de los datos estuvo a cargo del grupo investigador. Los datos obtenidos se procesaron por medio de la planilla de cálculo EXCEL y se utilizaron, para su representación, tablas de distribución de frecuencia y gráficos.

En cuanto a los aspectos éticos de la investigación, se solicitaron las autorizaciones correspondientes a las autoridades de la ASSE-RAP, a efectos de realizar el estudio en los centros de salud. Además, se solicitó el consentimiento informado a los participantes del estudio.

Cronograma

El protocolo de investigación se llevó a cabo durante noviembre de 2013 y marzo de 2014. En marzo de 2014 se solicitó la autorización correspondiente para realizar la recolección de datos en los centros de salud ya mencionados, concretándose en el mes de abril.

Entre abril y mayo, se procesaron los datos recabados, se analizaron y se concluyó la investigación.

Posteriormente, se realizaron las correcciones pertinentes por parte de la docente tutora, la cual guió en el proceso de desarrollo de esta investigación.



Variables

Sexo

Definición Conceptual: conjunto de características biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos, que los definen como hombre o mujer.

Definición Operativa: Femenino, Masculino.

Clasificación: cualitativa, nominal, dicotómica.

Edad

Definición Conceptual: tiempo transcurrido entre el nacimiento al día de la entrevista.

Definición Operativa: 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65.

Clasificación: cuantitativa, discreta.

Cargo que desempeña

Definición Conceptual: lugar que ocupa en su desempeño laboral.

Definición Operativa: Auxiliar de Enfermería, Licenciado en Enfermería.

Clasificación: cualitativa, nominal, dicotómica.

Tiempo de ejercicio profesional y técnico.

Definición Conceptual: tiempo en años de desempeño de función como enfermero Auxiliar o Licenciado.

Definición Operativa: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 45.

Clasificación: cuantitativa, nominal.



Tiempo de desempeño de tareas en policlínica de pediatría y/o medicina familiar

Definición Conceptual: Tiempo en meses que desempeña su labor.

Definición Operativa: 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 45, , 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, (...).

Clasificación: cuantitativa, discreta.

Frecuencia semanal de desempeño de tareas en el área de pediatría y/o medicina familiar

Definición Conceptual: tiempo en días que realiza actividades de enfermería en el área de pediatría y/o medicina familiar.

Definición Operativa: 3, 4, 5, 6.

Clasificación: cuantitativa, discreta.

Conocimiento de la Convención de los Derechos del Niño

Definición Conceptual: conocimiento del equipo de enfermería sobre la Convención de los Derechos del Niño y su contenido.

Definición Operativa: Si, No.

Clasificación: cualitativa, nominal, dicotómica.

Conocimiento de la ratificación Convención de los Derechos del Niño por Uruguay

Definición Conceptual: conocimiento del equipo de enfermería sobre la ratificación de la Convención de los Derechos del Niño por Uruguay.

Definición Operativa: Si, No.

Clasificación: cualitativa, nominal, dicotómica.



Denominación de la expresión nacional de la CDN

Definición Conceptual: nombre por el cual se conoce la expresión nacional de la CDN (Código de la Niñez y Adolescencia)

Definición Operativa: lo denominó, no lo denominó.

Clasificación: cualitativa, nominal, dicotómica

Conocimiento de la "Guía: Los Derechos de niños, niñas y adolescentes en el área de Salud".

Definición Conceptual: conocimiento del equipo de enfermería sobre la creación de esta guía y su contenido.

Definición Operativa; Si, No.

Clasificación: cualitativa, nominal, dicotómica.

Presencia en el servicio de la "Guía: Los Derechos de niños, niñas y adolescentes en el área de Salud".

Definición Conceptual: conocimiento del equipo de enfermería sobre la presencia de esta guía en el servicio.

Definición Operativa: Si, No.

Clasificación: cualitativa, nominal, dicotómica.

Capacitación en el tema Derechos del Niño, Niña y Adolescentes.

Definición Conceptual: cursos, especialidades, jornadas, congresos en la que el equipo de enfermería participó para aumentar el conocimiento del tema y su puesta en práctica.

Definición Operativa: Si, No

Clasificación: cualitativa, nominal, dicotómica.



Información y/o asesoramiento sobre los Derechos del Niño.

Definición Conceptual: información y/o asesoramiento sobre derechos del niño recibida a través de cualquiera de las vías de comunicación.

Definición Operativa: Si, No

Clasificación: cualitativa, nominal, dicotómica.

Promoción del servicio para la formación continua del equipo de salud en DDNN

Definición Conceptual: facilidades, premios, estímulos que se le brinda a enfermería para y por la concurrencia a estas actividades de capacitación.

Definición Operativa: Si, No.

Clasificación: Cualitativa, nominal, dicotómica.

Consideración de la expresión del niño

Definición conceptual: el/la enfermero/a tiene en cuenta lo expresado por el niño/a y/o adolescente durante la asistencia.

Definición operativa: Si, No.

Clasificación: cualitativa, nominal, dicotómica.

Información sobre el mantenimiento del estado de salud

Definición conceptual: el personal de enfermería le brinda al niño/a y/o adolescente conocimientos de cómo mantener el estado de salud.

Definición operativa: Si, No.

Clasificación: cualitativa, nominal, dicotómica.

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay



Fomento del derecho a la libre expresión

Definición conceptual: el equipo de enfermería fomenta en el niño/a y/o adolescente el derecho a la libre expresión, consagrado en la declaración universal de los derechos humanos.

Definición operativa: Si, No.

Clasificación: cualitativa, nominal, dicotómica.

Solicitud de la opinión del usuario sobre el centro de salud y la atención que se brinda.

Definición conceptual: solicitud del equipo de enfermería de la opinión de los usuarios sobre el centro de salud y la atención que se brinda.

Definición operativa: Si, No.

Clasificación: cualitativa, nominal, dicotómica.

Presencia de juguetes u objetos acordes a la edad en el consultorio

Definición conceptual: presencia de juguetes u objetos acordes a la edad del usuario que se asiste en el centro de salud, disponibles para uso de los mismos.

Definición operativa: Si, No.

Clasificación: cualitativa, nominal, dicotómica.

Posibilidad de ser atendido por personal de enfermería de igual sexo.

Definición conceptual: accesibilidad del equipo de enfermería a la solicitud del usuario de ser atendido por un enfermero de igual sexo.

Definición operativa: Si, No.

Clasificación: cualitativa, nominal, dicotómica.



Entrar a una consulta únicamente con la presencia de un adulto

Definición conceptual: ingresar al consultorio con el personal de enfermería únicamente acompañado de un adulto responsable.

Definición operativa: Si, No.

Clasificación: cualitativa, nominal, dicotómica.

Intimidad y confidencialidad en la atención

Definición conceptual: respeto por parte del equipo de enfermería de la intimidad y confidencialidad del usuario.

Definición operativa: Si, No.

Clasificación: cualitativa, nominal, dicotómica.

Asistencia en un área privada

Definición conceptual: la asistencia de enfermería es realizada en un área privada, sin la presencia de otros usuarios.

Definición operativa: Si, No.

Clasificación: cualitativa, nominal, dicotómica.

Información sobre los procedimientos de enfermería a realizar

Definición conceptual: brindar al niño/a o adolescente la descripción de las actividades de enfermería tanto dependientes como independientes, dirigidas al mismo, durante la asistencia.

Definición operativa: Si, No.

Clasificación: cualitativa, nominal, dicotómica.



Denominación del niño/a y adolescente

Definición conceptual: forma de denominar al niño/a o adolescente en el contexto de la asistencia por enfermería.

Definición operativa: número, nombre y/o apellido

Clasificación: cualitativa, nominal.

Destinatario de la información durante la asistencia

Definición conceptual: destinatario de la información brindada durante la asistencia de enfermería.

Definición operativa: Ambos, Usuario, Acompañante.

Clasificación: cualitativa, nominal.

Presencia de accesorios identificatorio

Clasificación: cualitativa, nominal, dicotómica

Definición conceptual: el servicio de salud le brinda al personal de enfermería un accesorio identificatorio, en el cual se pueda observar nombre y cargo que desempeña

Definición operativa: Si, No.

Clasificación: cualitativa, nominal, dicotómica.

Forma de presentación del equipo de enfermería ante el usuario

Definición conceptual: forma de presentación por parte de los integrantes del equipo de enfermería ante el niño/a o adolescente.

Definición operativa: por su nombre y/o apellido, con la descripción de su cargo, no se presenta.

Clasificación: cualitativa, nominal.



Acciones de enfermería que presentan dificultades de implementación

Definición conceptual: acciones que no son posibles de llevar cabo en práctica diaria de enfermería.

Definición Operativa:

- a- Llamar al usuario a la consulta por su nombre y/o apellido
- b- Informar al usuario nombre y cargo que desempeña en el servicio
- c- autorizar a que el usuario ingrese a la consulta sin un adulto.
- d- realizar las preguntas y brindar la información al usuario o al acompañante.
- e- en escuchar la opinión de niño, niña y/o adolescente sobre su salud.
- f- en explicar los procedimientos a realizarle.
- g- en explicar su estado de salud
- h- otras

Clasificación; cualitativa, categórica



RESULTADOS

Las encuestas fueron realizadas en diez centros de salud. Si bien el total era de once centros, no se pudo establecer comunicación con uno de los mismos.

La población total a la que se dirigieron las encuestas fue de 45 personas. Sin embargo, sólo cumplieron los criterios de inclusión al estudio 40 de las mismas.

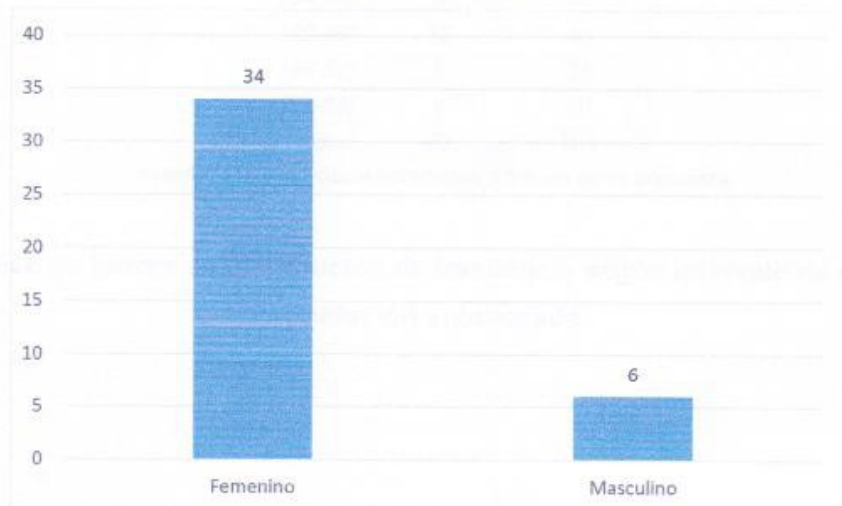
La población de enfermería a la que se le realizó la encuesta, es predominantemente del sexo femenino con un porcentaje de 85%, como muestra la tabla 1.1. Cabe destacar que 15% de la población masculina se distribuye en cuatro centros de los diez incluidos en el estudio.

1.1 Tabla de distribución de frecuencia según sexo de la población encuestada

Sexo	FA	FR%
Femenino	34	85
Masculino	6	15
Total	40	100

Fuente: Base de datos obtenidos a través de la encuesta.

1.2 Gráfico de barras de distribución de frecuencia según sexo de la población encuestada



Fuente: Base de datos obtenidos a través de la encuesta.

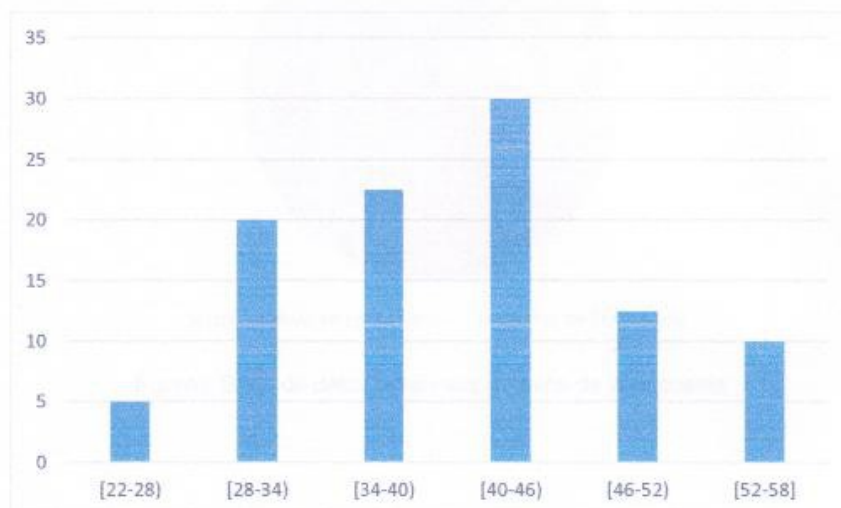
El promedio de edad es de 40 años; el 30 % de la población pertenece al rango comprendido entre los 40 y 46 años, mientras que 23% pertenece a rango de 34 a 40 años.

2.1 Tabla de distribución de frecuencia según intervalo de edad de la población encuestada

<i>Edad</i>	FA	FR%
[22-28]	2	5
[28-34]	8	20
[34-40]	9	23
[40-46]	12	30
[46-52]	5	12
[52-58]	4	10
<i>Total</i>	40	100

Fuente: Base de datos obtenidos a través de la encuesta.

2.2 Grafico de barras de distribución de frecuencia según intervalo de edad de la población encuestada.



Fuente: Base de datos obtenidos a través de la encuesta.

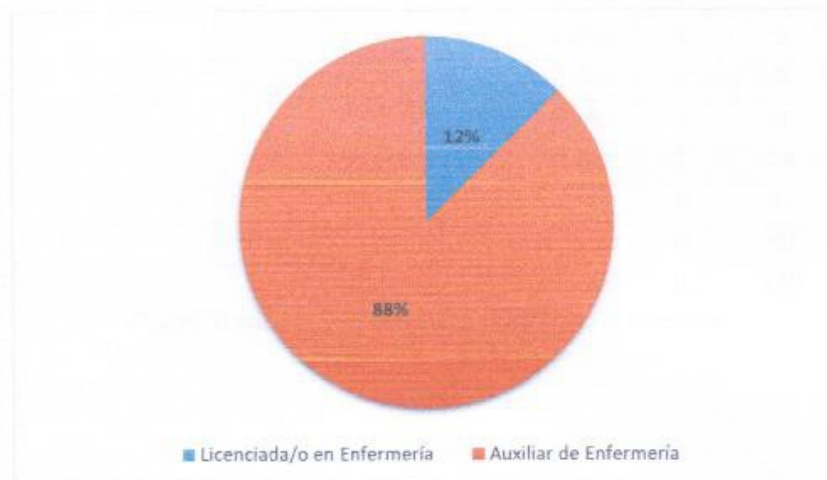
El 88% de la población encuestada son Auxiliares de Enfermería y el 12 % son Licenciadas en Enfermería.

3.1 Tabla de distribución de frecuencia según cargo que desempeña la población encuestada.

<i>Cargo que desempeña</i>	FA	FR%
<i>Licenciadas en Enfermería</i>	5	12
<i>Auxiliares de Enfermería</i>	35	88
<i>Total</i>	40	100

Fuente: Base de datos obtenidos a través de la encuesta.

3.2 Gráfico sectorial de distribución de frecuencia según cargo que desempeña la población encuestada.



Fuente: Base de datos obtenidos a través de la encuesta.

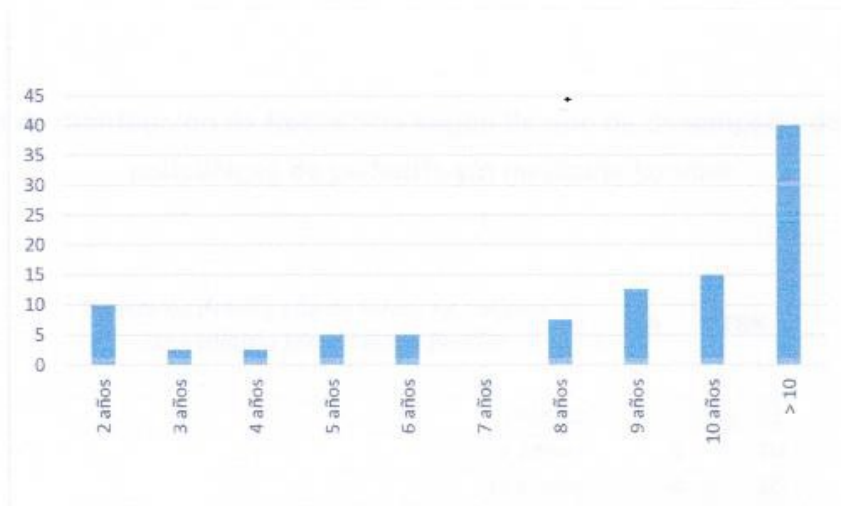
Con referencia al tiempo de ejercicio profesional y técnico, predominan con un 40% aquellos que tienen más de diez años de actividad. Continúa con 15% los que presentan diez años, con un 13% los que presentan nueve años de actividad y con un 10% lo que presentan dos años.

4.1 Tabla de distribución de frecuencia según tiempo de ejercicio profesional y técnico.

<i>Tiempo de ejercicio profesional y técnico.</i>	FA	FR%
<i>1 años</i>	0	0
<i>2 años</i>	4	10
<i>3 años</i>	1	2
<i>4 años</i>	1	2
<i>5 años</i>	2	5
<i>6 años</i>	2	5
<i>7 años</i>	0	0
<i>8 años</i>	3	8
<i>9 años</i>	5	13
<i>10 años</i>	6	15
<i>> 10</i>	16	40
<i>Total</i>	40	100

Fuente: Base de datos obtenidos a través de la encuesta.

4.2 Gráfico de barras para la distribución de frecuencia según tiempo de ejercicio profesional y técnico.



Fuente: Base de datos obtenidos a través de la encuesta.



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA SALUD DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN



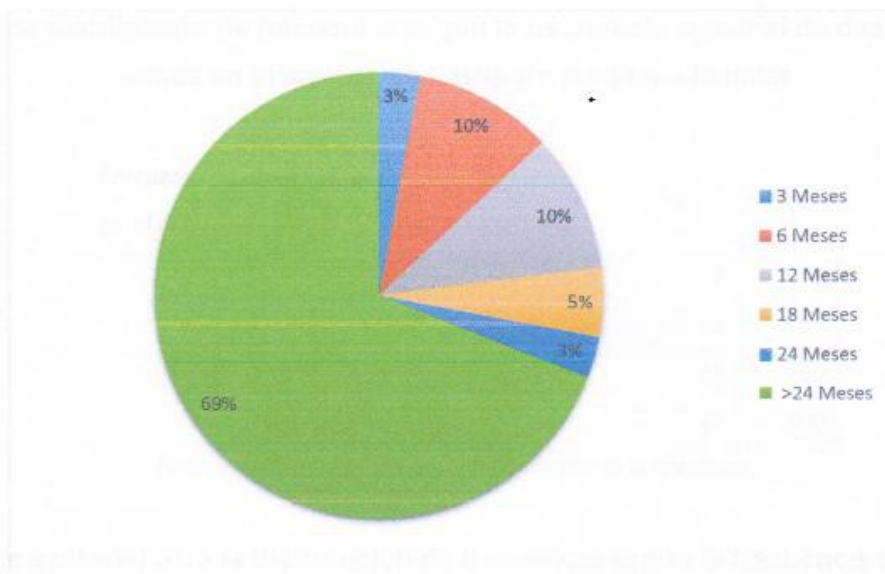
En relación a la variable tiempo de desempeño de tareas en policlínicas de pediatrias y/o medicina familiar el 69% de la población encuestada presenta más de veinticuatro meses de trabajo en dichas áreas. Con un 10% le siguen los que presentan doce meses y con igual porcentaje los que presentan seis meses de desempeño en estos servicios.

5.1 Tabla de distribución de frecuencia según tiempo de desempeño de tareas en policlínicas de pediatría y/o medicina familiar

<i>Tiempo de desempeño de tareas en policlínicas de pediatría y/o medicina familiar</i>	FA	FR%
<i>3 Meses</i>	1	3
<i>6 Meses</i>	4	10
<i>12 Meses</i>	4	10
<i>18 Meses</i>	2	5
<i>24 Meses</i>	1	3
<i>>24 Meses</i>	28	69
<i>Total</i>	40	100

Fuente: Base de datos obtenidos a través de la encuesta.

5.2 Gráfica sectorial de distribución de frecuencia según tiempo de desempeño de tareas en policlínicas de pediatría y/o medicina familiar



Fuente: Base de datos obtenidos a través de la encuesta.

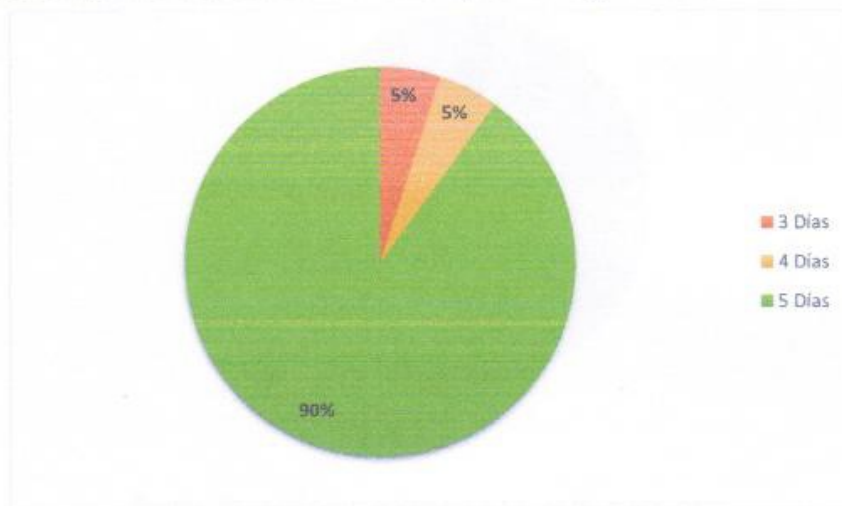
En cuanto a la frecuencia semanal de desempeño de tareas en el área de pediatría y/o medicina familiar, el 90% de la población encuestada desarrolla las tareas durante cinco días a la semana.

6.1 Tabla de distribución de frecuencia según la frecuencia semanal de desempeño de tareas en el área de pediatría y/o medicina familiar

<i>Frecuencia semanal de desempeño de tareas en el área de pediatría y/o medicina familiar</i>	FA	FR%
3 Días	2	5
4 Días	2	5
5 Días	36	90
<i>Total</i>	40	100

Fuente: Base de datos obtenidos a través de la encuesta.

6.2 Gráfica sectorial para la distribución de frecuencia según la frecuencia semanal de desempeño de tareas en el área de pediatría y/o medicina familiar



Fuente: Base de datos obtenidos a través de la encuesta.

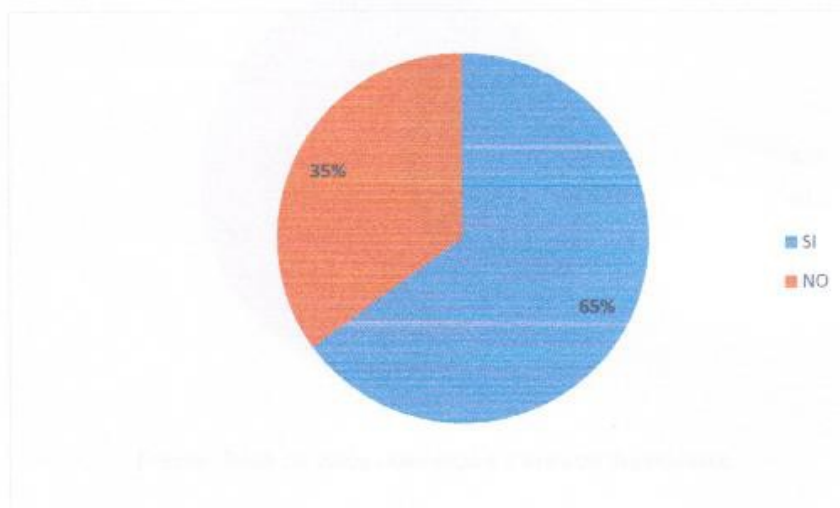
En relación al conocimiento del personal de enfermería sobre la Convención de los Derechos del Niño, el 65% de los encuestados respondió conocer la misma

7.1 Tabla de distribución de frecuencia según conocimiento del personal de Enfermería sobre la Convención de los derechos del Niño

<i>Conocimiento de la Convención sobre los Derechos del Niño</i>	FA	FR%
SI	26	65
NO	14	35
<i>Total</i>	40	100

Fuente: Base de datos obtenidos a través de la encuesta.

7.2 Gráfico sectorial de distribución de frecuencia según conocimiento del personal de enfermería sobre la Convención de los derechos del Niño



Fuente: Base de datos obtenidos a través de la encuesta.

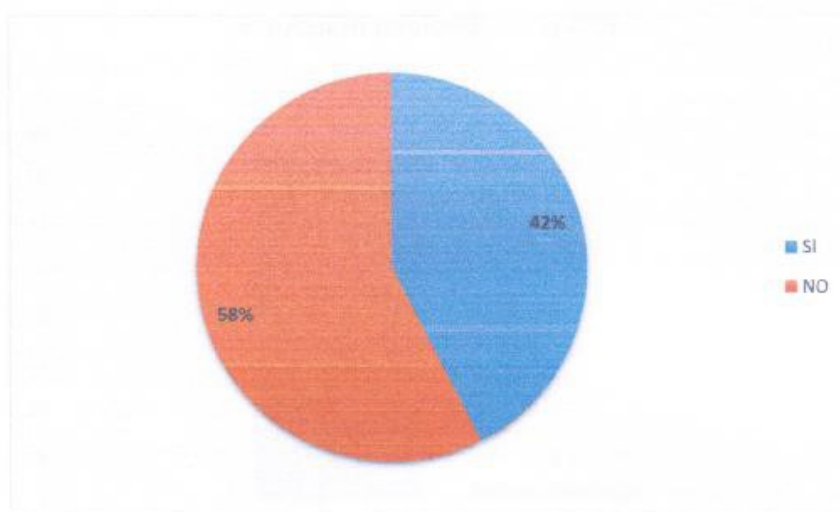
El 43% de las personas encuestadas respondió que la misma fue ratificada por Uruguay.

8.1 Tabla de distribución de frecuencia según el conocimiento de la ratificación de la Convención de los Derechos del Niño por Uruguay

<i>Conocimiento de la ratificación de la CDN por Uruguay</i>	FA	FR%
SI	17	43
NO	23	57
Total	40	100

Fuente: Base de datos obtenidos a través de la encuesta.

8.2 Gráfico sectorial de distribución de frecuencia según el conocimiento de la ratificación de la Convención de los Derechos del Niño por Uruguay



Fuente: Base de datos obtenidos a través de la encuesta.

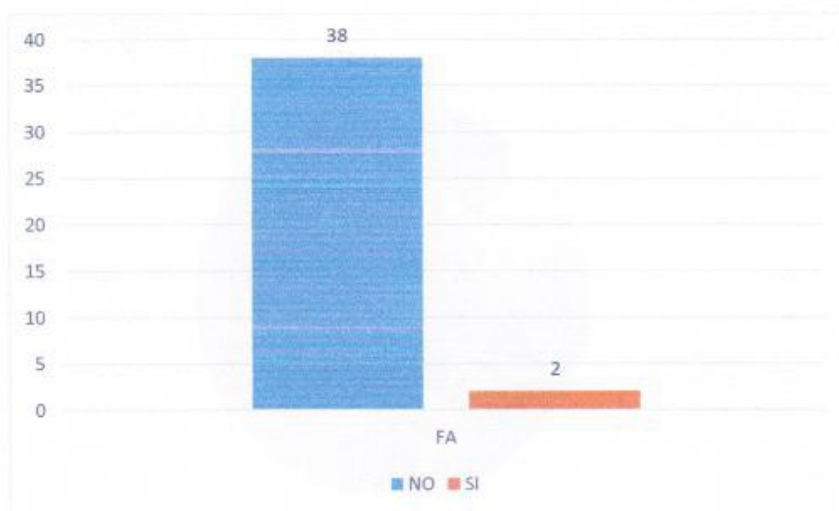
Un 5% de la población total de enfermeros denominó el documento de expresión nacional de la CDN, el Código de la Niñez y Adolescencia.

9.1 Tabla de distribución de frecuencias según denominación de la expresión nacional de la CDN

<i>Denominación de la expresión nacional de la CDN</i>	FA	FR%
NO	38	95
SI	2	5
<i>Total</i>	40	100

Fuente: Base de datos obtenidos a través de la encuesta.

9.2 Gráfico de barras para la distribución de frecuencias según denominación de la expresión nacional de la CDN



Fuente: Base de datos obtenidos a través de la encuesta.

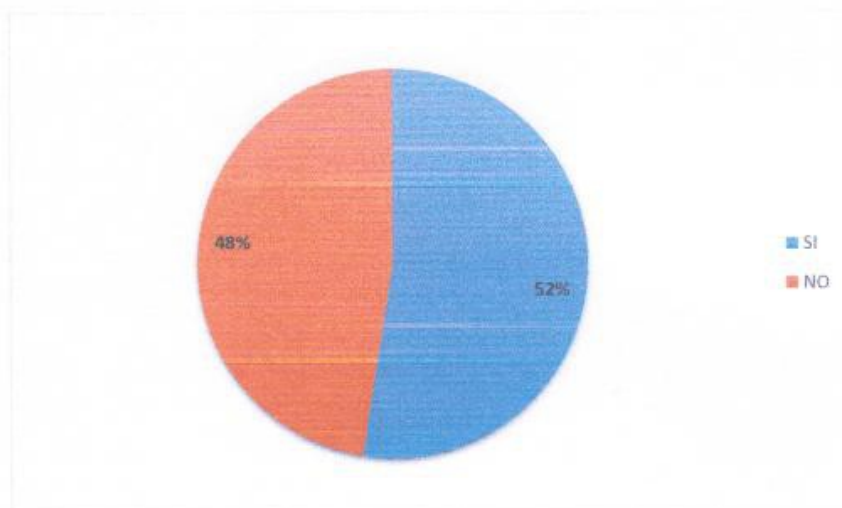
En cuanto a la "Guía: Los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes en el área de salud", es conocida por un 52% de los encuestados.

10.1 Tabla de distribución de frecuencia según el conocimiento de la "Guía: Los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes en el área de salud"

<i>Conocimiento de la "Guía: Los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes en el área de salud"</i>	FA	FR%
SI	21	52
NO	19	48
Total	40	100

Fuente: Base de datos obtenidos a través de la encuesta.

10.2 Gráfico sectorial de distribución de frecuencia según el conocimiento de la "Guía: Los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes en el área de salud"



Fuente: Base de datos obtenidos a través de la encuesta.

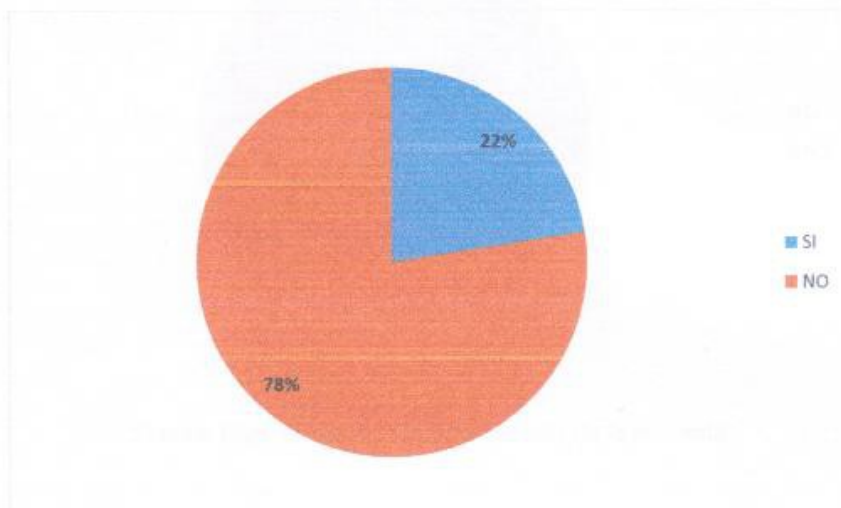
El 22% manifestó contar con la misma en el servicio.

11.1 Tabla de distribución de frecuencia según presencia de la “Guía: Los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes en el área de salud” en el servicio

<i>Presencia de la Guía en el servicio</i>	FA	FR%
SI	9	22
NO	31	78
Total	40	100

Fuente: Base de datos obtenidos a través de la encuesta.

11.2 Gráfico sectorial para la distribución de frecuencia según presencia de la “Guía: Los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes en el área de salud” en el servicio



Fuente: Base de datos obtenidos a través de la encuesta.

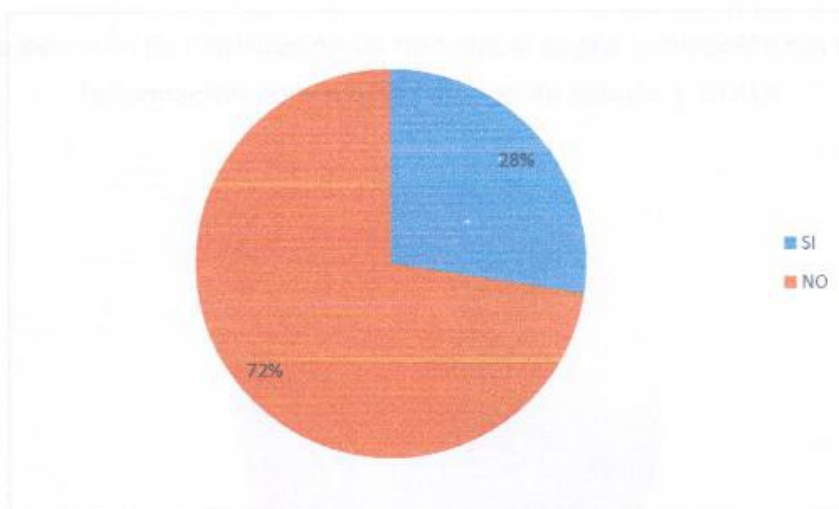
El 28% de los encuestados asistió a seminarios, talleres y/o cursos de capacitación en DDNN.

12.1 Tabla de distribución de frecuencia según asistencia a seminarios, talleres y/o cursos de capacitación en DDNN

<i>Asistencia a seminarios, talleres y/o cursos de capacitación en DDNN.</i>	FA	FR%
SI	11	28
NO	29	72
Total	40	100

Fuente: Base de datos obtenidos a través de la encuesta.

12.2 Gráfico sectorial para la distribución de frecuencia según asistencia a seminarios, talleres y/o cursos de capacitación en DDNN



Fuente: Base de datos obtenidos a través de la encuesta.

De la población total, el 50% (20 personas) recibió información y/o asesoramiento sobre derechos del niño, niña y adolescente.

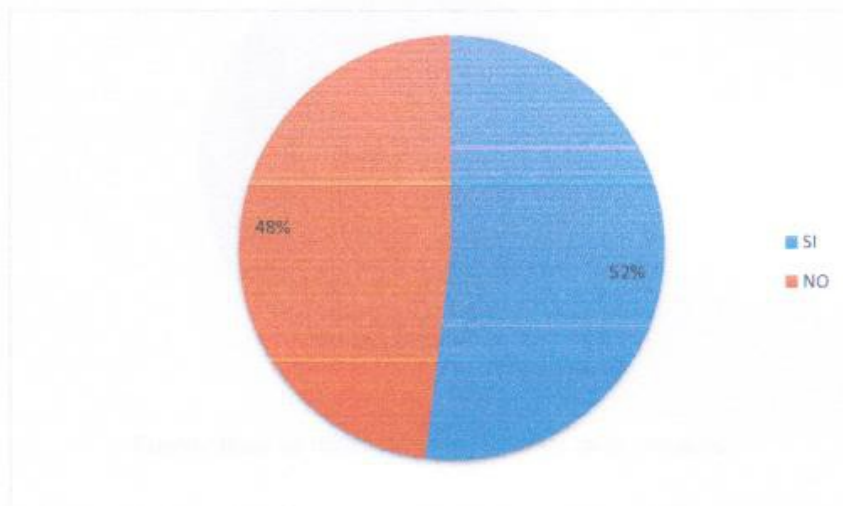
Un 52% de los enfermeros consultados afirmó que en el servicio donde se desempeña como tal, realizan formación continua promoviendo los derechos del niño, niña y adolescentes.

13.1 Tabla de distribución de frecuencia según promoción del servicio para la formación continua del equipo de salud en DDNN

<i>Promoción del servicio para la formación continua del equipo de salud en DDNN</i>	FA	FR%
SI	21	52
NO	19	48
<i>Total</i>	40	100

Fuente: Base de datos obtenidos a través de la encuesta.

13.2 Gráfico sectorial de distribución de frecuencia según promoción del servicio para la formación continua del equipo de salud en DDNN



Fuente: Base de datos obtenidos a través de la encuesta.

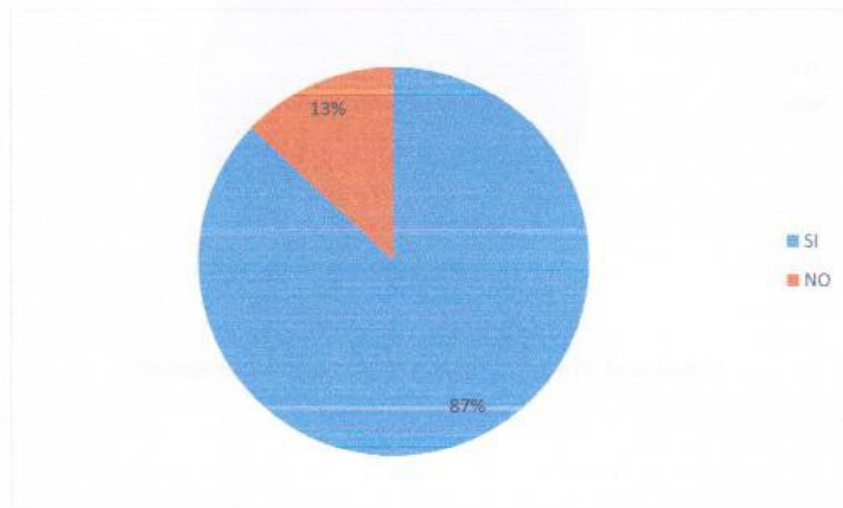
En cuanto a la inclusión de los derechos en la asistencia brindada por los equipos de enfermería, un 87% refirió tener en cuenta lo expresado por el niño y el adolescente relacionado a su salud, como se puede apreciar en el gráfico 14.2. En el gráfico 15.2 se observa que el 87% de los encuestados afirmó que le proporciona información sobre cómo cuidar su estado de salud. En cuanto a la estimulación de su expresión por parte de enfermería el 92% manifestó que la fomenta (ver gráfico 16.2).

14.1 Tabla de distribución de frecuencia según consideración de la expresión del niño

Consideración de la expresión del niño	FA	FR%
SI	35	87
NO	5	13
Total	40	100

Fuente: Base de datos obtenidos a través de la encuesta.

14.2 Gráfico sectorial de distribución de frecuencia según consideración de la expresión del niño



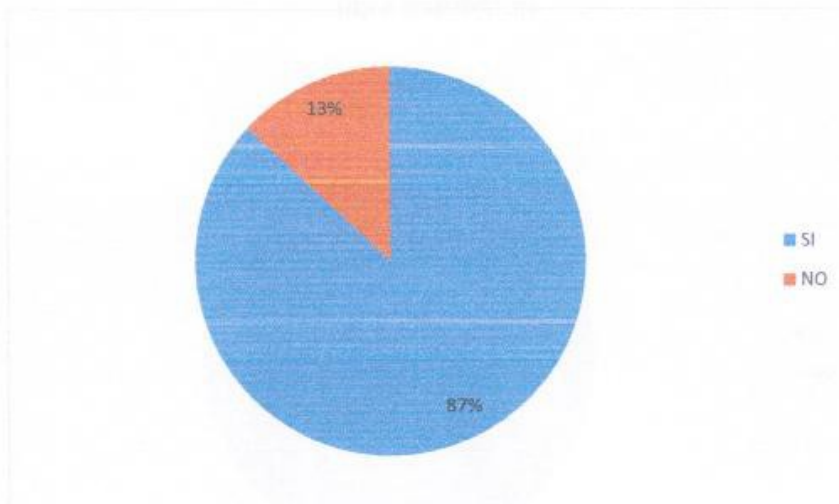
Fuente: Base de datos obtenidos a través de la encuesta.

15.1 Tabla de distribución de frecuencia según si el personal de enfermería le brinda información sobre el mantenimiento del estado de salud

	FA	FR%
<i>Información sobre el mantenimiento del estado de salud</i>		
SI	35	87
NO	5	13
Total	40	100

Fuente: Base de datos obtenidos a través de la encuesta.

15.2 Gráfico sectorial de distribución de frecuencia según si el personal de enfermería le brinda información sobre el mantenimiento del estado de salud



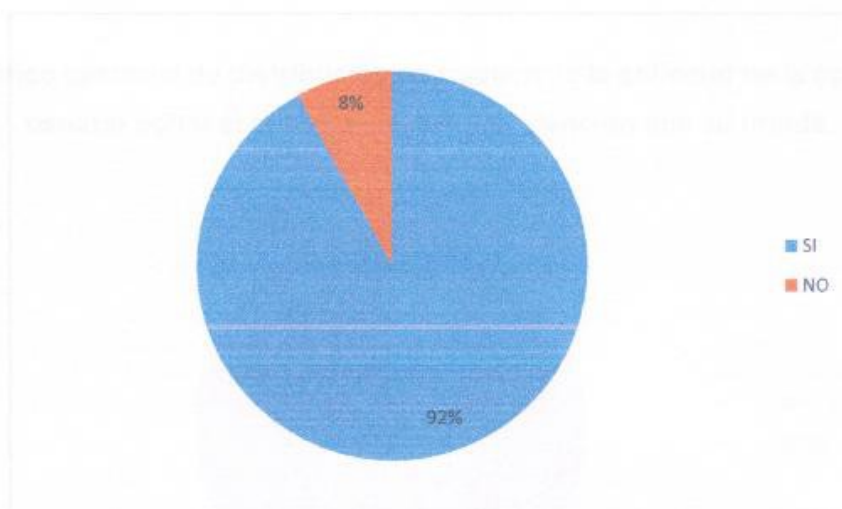
Fuente: Base de datos obtenidos a través de la encuesta.

16.1 Tabla de distribución de frecuencia según fomento del derecho a la libre expresión

<i>Fomento del derecho a la libre expresión</i>	FA	FR%
SI	37	92
NO	3	8
Total	40	100

Fuente: Base de datos obtenidos a través de la encuesta.

16.2 Gráfico sectorial de distribución de frecuencia según fomento del derecho a la libre expresión



Fuente: Base de datos obtenidos a través de la encuesta.

El 17% de los participantes del estudio refirieron consultar al niño, niña y adolescente su opinión y conformidad en relación al centro de salud y la asistencia recibida, como se puede ver en el gráfico 17.2.

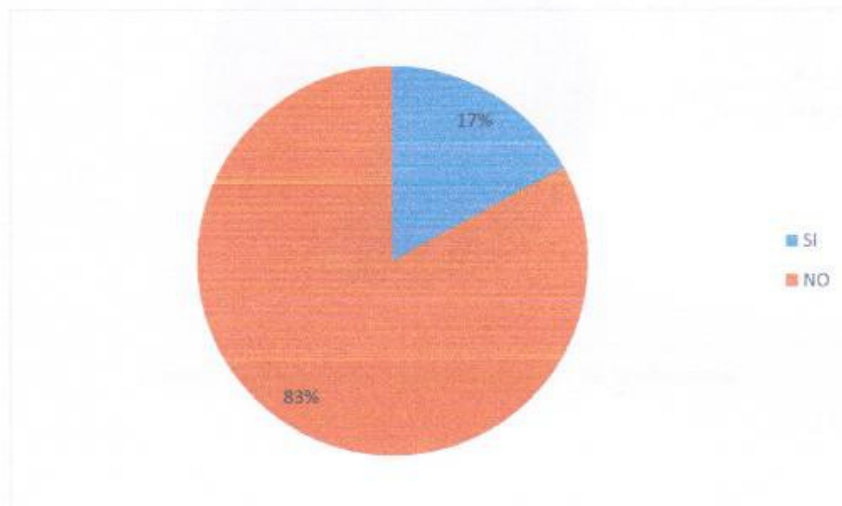
En el gráfico 18.2 puede observarse que el 58% de los encuestados manifestaron que el servicio cuenta con juguetes u objetos adecuados a su edad.

17.1 Tabla de distribución de frecuencia según la solicitud de la opinión del usuario sobre el centro de salud y la atención que se brinda.

<i>Solicitud de la opinión del usuario sobre el centro de salud y la atención que se brinda.</i>	FA	FR%
SI	7	17
NO	33	83
<i>Total</i>	40	100

Fuente: Base de datos obtenidos a través de la encuesta.

17.2 Gráfico sectorial de distribución de frecuencia la solicitud de la opinión del usuario sobre el centro de salud y la atención que se brinda.



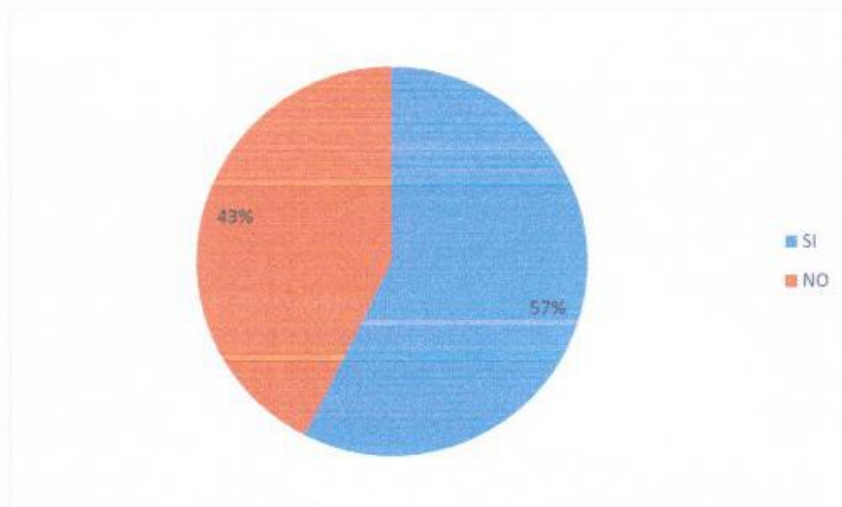
Fuente: Base de datos obtenidos a través de la encuesta.

18.1 Tabla de distribución de frecuencia según presencia de juguetes u objetos acordes a la edad en el consultorio

<i>Presencia de juguetes u objetos acordes a la edad en el consultorio</i>	FA	FR%
SI	23	57
NO	17	43
Total	40	100

Fuente: Base de datos obtenidos a través de la encuesta.

18.2 Gráfica sectorial de distribución de frecuencia según presencia de juguetes u objetos acordes a la edad en el consultorio



Fuente: Base de datos obtenidos a través de la encuesta.



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA SALUD DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN

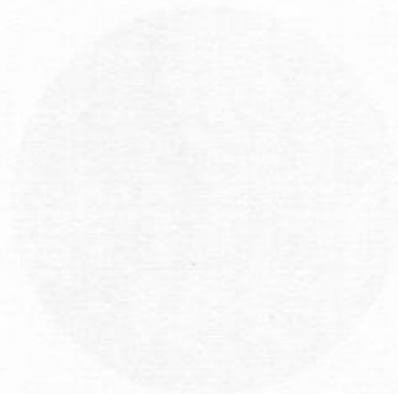


Frente a la solicitud de ser asistido por un enfermero de su mismo sexo, un 90% de los encuestados afirmó que es posible (ver en gráfico 19.2).

El 40% de los enfermeros consultados refirieron acceden a brindar asistencia al niño, niña y adolescente sin la presencia del adulto responsable (ver gráfico 20.2).

La intimidad del niño, niña y adolescente en un 97,5% es respetada durante su asistencia, y un 40% de los enfermeros manifestaron que éstos comparten el área física de atención con otros niño, niña y adolescente de su mismo sexo.

Gráfico 19.2 Gráfico sectorial de distribución de frecuencia según posibilidad de ser atendido por personal de enfermería es igual cero



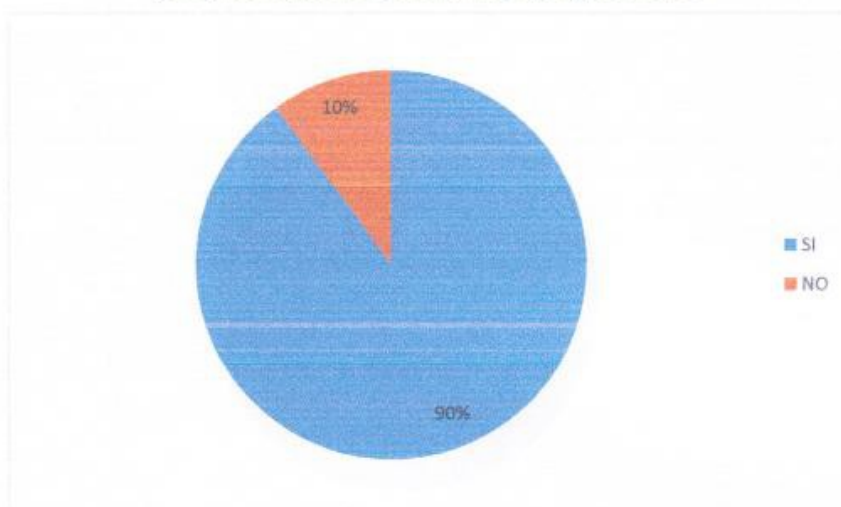
Fuente: Base de datos de la Encuesta de Salud de Niños y Adolescentes

19.1 Tabla de distribución de frecuencia según posibilidad de ser atendido por personal de enfermería de igual sexo

<i>Posibilidad de ser atendido por personal de enfermería de igual sexo</i>	FA	FR%
SI	36	90
NO	4	10
<i>Total</i>	40	100

Fuente: Base de datos obtenidos a través de la encuesta.

19.2 Gráfico sectorial de distribución de frecuencia según posibilidad de ser atendido por personal de enfermería de igual sexo



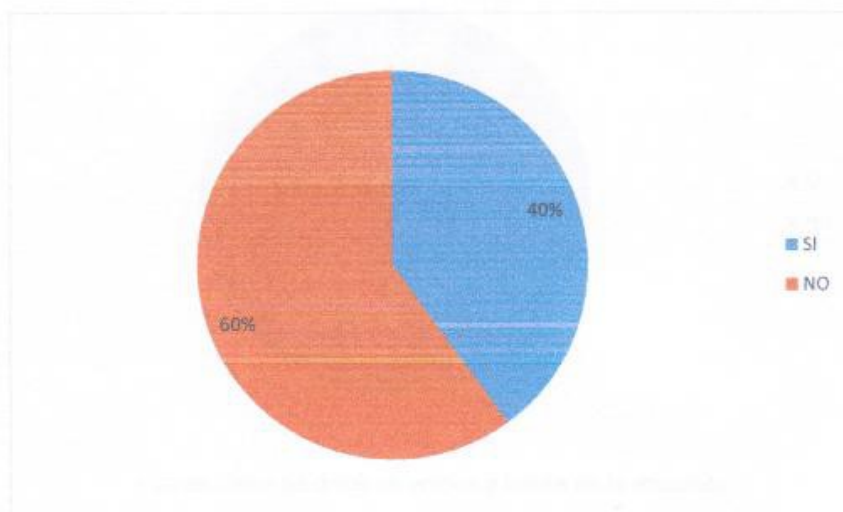
Fuente: Base de datos obtenidos a través de la encuesta.

20.1 Tabla de distribución de frecuencia según posibilidad de ser atendido únicamente con la presencia de un adulto.

<i>Posibilidad de ser atendido únicamente con la presencia de un adulto</i>	FA	FR%
SI	16	40
NO	24	60
Total	40	100

Fuente: Base de datos obtenidos a través de la encuesta.

20.2 Gráfico sectorial de distribución de frecuencia posibilidad de ser atendido únicamente con la presencia de un adulto.



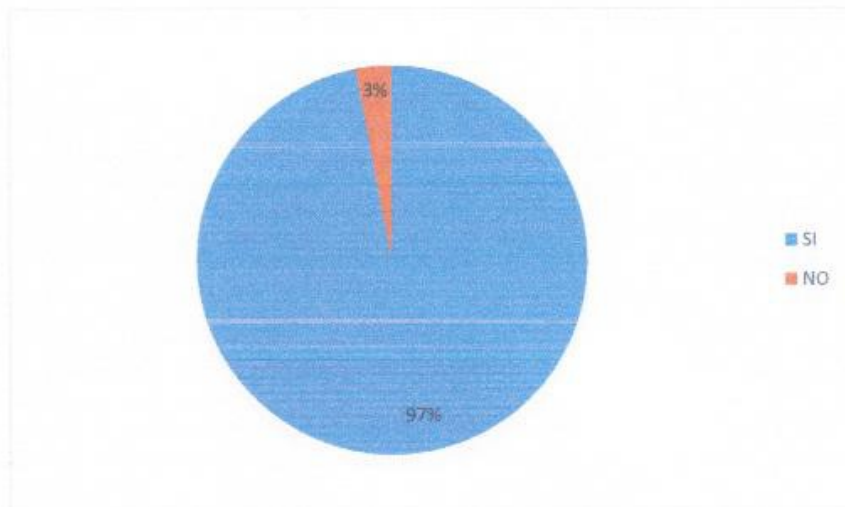
Fuente: Base de datos obtenidos a través de la encuesta.

21.1 Tabla de distribución de frecuencia según intimidad y confidencialidad en la atención

<i>Intimidad y confidencialidad en la atención</i>	FA	FR%
SI	39	97
NO	1	3
Total	40	100

Fuente: Base de datos obtenidos a través de la encuesta.

21.2 Gráfico sectorial de distribución de frecuencia según intimidad y confidencialidad en la atención



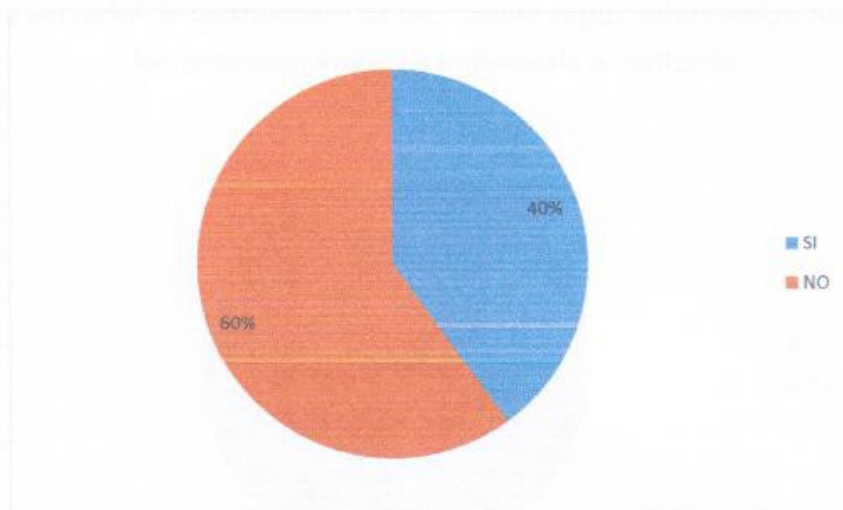
Fuente: Base de datos obtenidos a través de la encuesta.

22.1 Tabla de distribución de frecuencia según asistencia en área privada

<i>Asistencia en área privada</i>	FA	FR%
SI	16	40
NO	24	60
<i>Total</i>	40	100

Fuente: Base de datos obtenidos a través de la encuesta.

22.2 Gráfico sectorial de distribución de frecuencia según asistencia en área privada



Fuente: Base de datos obtenidos a través de la encuesta.

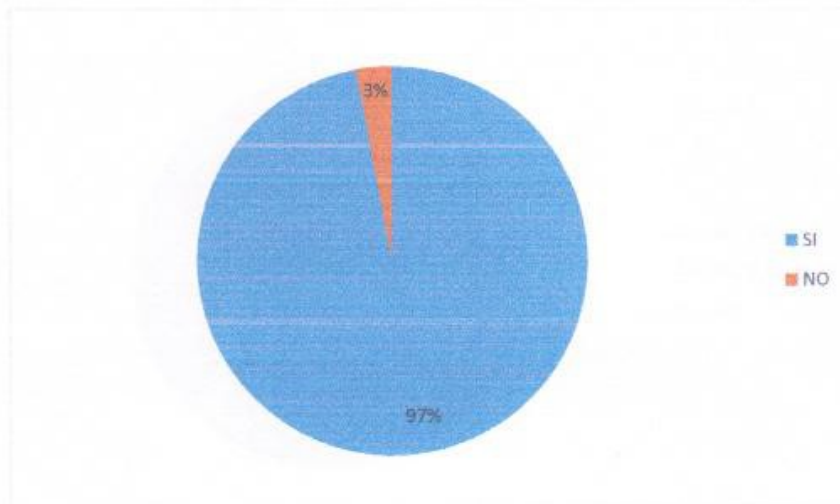
El 97 % de los encuestados refirió explicar al niño, niña y adolescente los procedimientos a realizarle

23.1 Tabla de distribución de frecuencia según información brindada a niños y adolescentes sobre los procedimientos de enfermería a realizar

<i>Información sobre los procedimientos de enfermería a realizar</i>	FA	FR%
SI	39	97
NO	1	3
Total	40	100

Fuente: Base de datos obtenidos a través de la encuesta.

23.2 Gráfica sectorial de distribución de frecuencia según información brindada sobre los procedimientos de enfermería a realizarle



Fuente: Base de datos obtenidos a través de la encuesta.

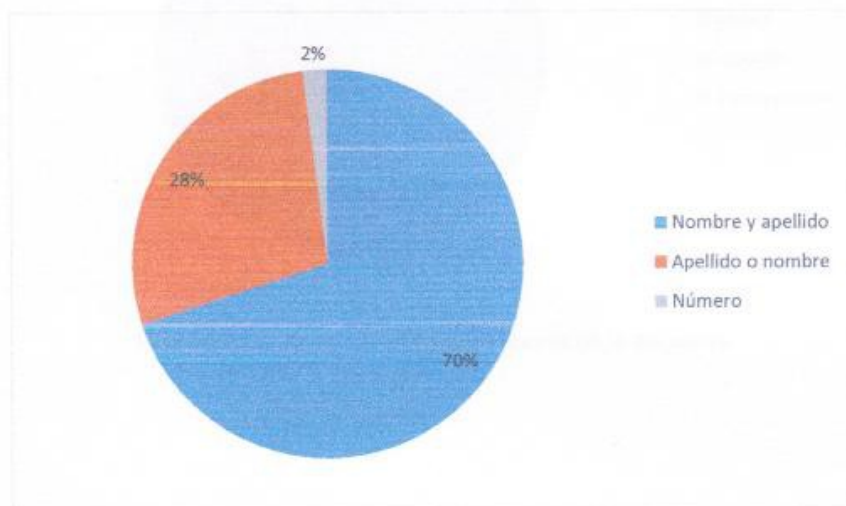
El 2% de los enfermeros consultados afirmaron que cuando llaman al usuario para ingresar al área de asistencia se refieren a los mismos con el número; esto lo observamos en el gráfico 24.2. El 8% manifestaron dirigirse exclusivamente al adulto responsable durante la asistencia (ver gráfico 25.2).

24.1 Tabla de distribución de frecuencia según denominación del niño, niña y adolescente.

<i>Denominación del niño, niña y adolescente</i>	FA	FR%
<i>Nombre y apellido</i>	28	70
<i>Apellido o nombre</i>	11	28
<i>Número</i>	1	2
<i>Total</i>	40	100

Fuente: Base de datos obtenidos a través de la encuesta.

24.2 Gráfica sectorial de distribución de frecuencia según denominación del niño, niña y adolescente.



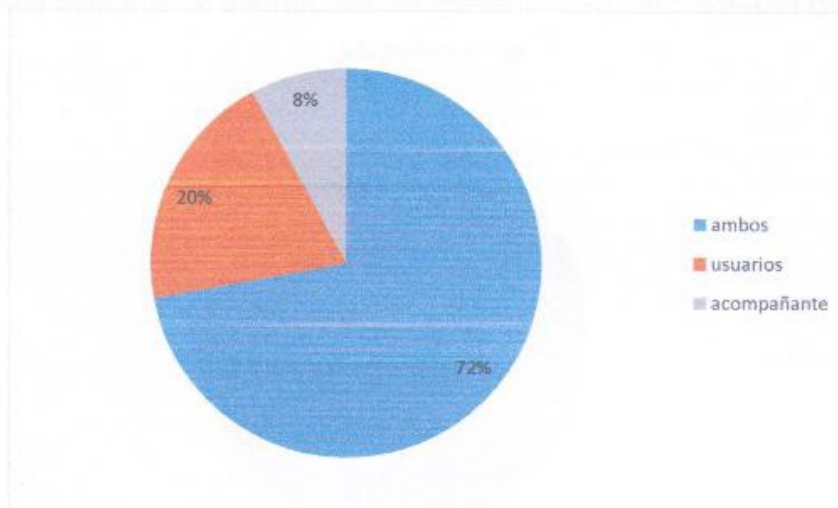
Fuente: Base de datos obtenidos a través de la encuesta.

25.1 Tabla de distribución de frecuencia según a quien se dirige enfermería durante la atención

<i>A quien se dirige enfermería durante la asistencia</i>	FA	FR%
<i>Ambos</i>	29	72
<i>Usuarios</i>	8	20
<i>Acompañante</i>	3	8
<i>Total</i>	40	100

Fuente: Base de datos obtenidos a través de la encuesta.

25.2 Gráfica sectorial de distribución de frecuencia según a quien se dirige enfermería durante la atención



Fuente: Base de datos obtenidos a través de la encuesta.



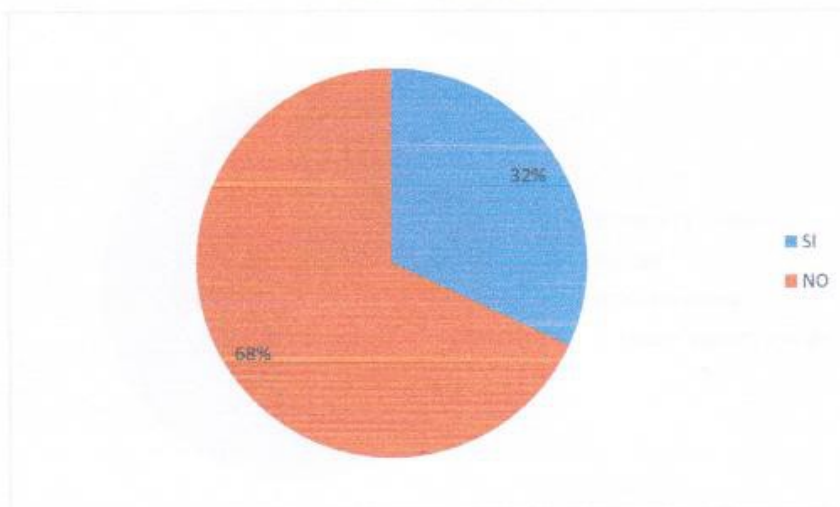
El 68% no utiliza accesorio identificatorio y el 32% de los encuestados refirió no presentarse ante el usuario.

26.1 Tabla de distribución de frecuencia según presencia de accesorio identificatorio

Presencia de accesorio identificatorio	FA	FR%
SI	13	32
NO	27	68
Total	40	100

Fuente: Base de datos obtenidos a través de la encuesta.

26.2 Gráfico Sectorial de distribución de frecuencia según presencia de accesorio identificatorio



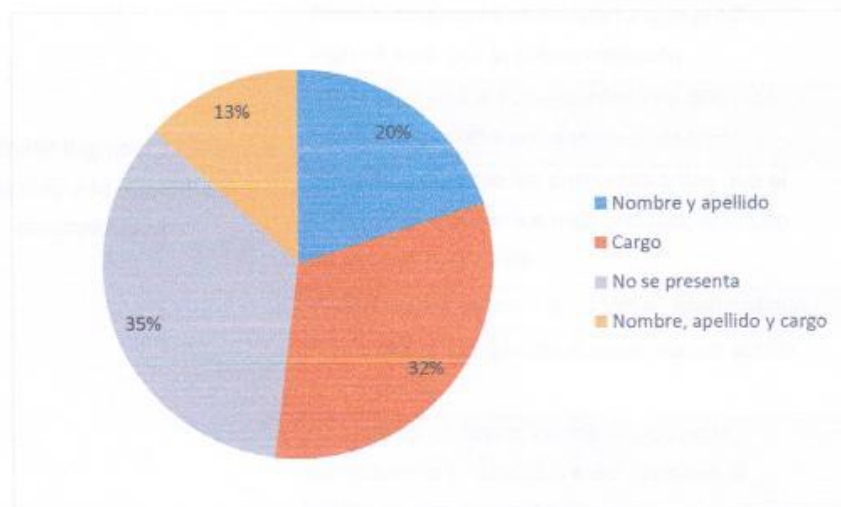
Fuente: Base de datos obtenidos a través de la encuesta.

27.1 Tabla de distribución de frecuencia según forma de presentación del equipo de enfermería ante el usuario

<i>Forma de presentación del equipo de enfermería ante el usuario</i>	FA	FR%
<i>Nombre y apellido</i>	8	20
<i>Cargo</i>	13	32
<i>No se presenta</i>	14	35
<i>Nombre, apellido y cargo</i>	5	13
<i>Total</i>	40	100

Fuente: Base de datos obtenidos a través de la encuesta.

27.2 Gráfico Sectorial de distribución de frecuencia según forma de presentación de enfermería ante el usuario



Fuente: Base de datos obtenidos a través de la encuesta.

En cuanto a la pregunta de por qué presenta la/s dificultad/es indicada/s, se presenta a continuación un tabla en la que se enumeran las dificultades señaladas por los participantes del estudio, con la justificación respectiva y la frecuencia de respuesta.

Cuadro N° 1.

Dificultades	¿Por qué?	Frecuencia absoluta
En presentarse ante el usuario	En general los usuarios conocen los nombres de lo que lo atienden y parece reiterativo presentarse	1
	El niño "debe" ingresar siempre con un adulto.	2
En el permitir ingresar al niño/a o adolescente a la consulta sin acompañante	Solo en casos especiales como de violencia doméstica se permite que ingrese solo el niño a la consulta.	1
	Porque los padres se resisten a que el niño ingrese solo, por la sobreprotección.	1
	En el caso de los adolescentes hay dificultad con los acompañantes que no colaboran.	1
	El adulto responde las preguntas antes que el niño. En el caso de los más grandes, el adulto desea estar presente.	
	Los pediatras quieren que ingrese acompañado	1
	Por la exigencia que debe entrar con un adulto responsable	1
	Cuando se realiza el examen físico en la consulta si o si tiene que estar presente el adulto en ese momento	2
	No respondió por qué.	3
A quién hablarle durante la consulta	No respondió por qué.	1
	No permiten los padres la participación de los niños.	4
	La comprensión de lo explicado no es igual en el adulto que en el niño.	1



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA SALUD DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN



En escuchar la opinión del niño/a o adolescente sobre su salud	No respondió por qué.	1
En explicar los procedimientos a realizarle	En el caso de los adolescentes "están en babilonia, son mal educados"	1
	En el caso de los niños más pequeños es más difícil explicar el tipo de procedimiento a realizar	1
	Se dificulta porque el niño o adolescente no entiende los procedimientos o las palabras que se emplea al dirigirse a ellos	1
	La madre lo primero que hace es decir "no te va a dolor" o "pórtate bien te van a dar una inyección"	1
	Se le explica a la madre cuando es chico y al adolescente.	1
En explicar su estado de salud	Porque el niño "no entiende".	1
	Prefiero que le explique un médico el estado de salud y tratamiento.	1
	Le compete al médico tratante.	5
	Se trabaja con gente con poco nivel	1
	No respondió por qué	1
	Depende de la edad y de la capacidad de entendimiento.	1

Cuadro N° 2.

Otras dificultades planteadas	¿Por qué?	Frecuencia absoluta
En la comunicación	Dado el contexto social en el que se encuentran las familias.	2
Agresividad familiar	No respondió por qué.	1
Cómo expresarse el personal de la salud ante el niño	No respondió por qué.	1
Madre/padre sordomudo	Dificultad en la comunicación.	2
Preservar la intimidad/privacidad	No se cuenta con un espacio adecuado para la atención.	2
Dificultad en la atención del adolescente	Poco diálogo, desconfianza y "razonamiento lógico de la edad".	1
Interinstitucional	No respondió por qué	1
	Dificultad en la interconsulta para mejorar la atención en el momento que lo requiere	1
	Problemas con el pedido de interconsultas con otras instituciones	1
Escasos cursos de actualización	No respondió porque	1

Las sugerencias propuestas para mejorar las dificultades planteadas, se presentan en el siguiente cuadro.

Cuadro N° 3.

Sugerencias propuestas:	Frecuencia absoluta
Más intimidad, más espacios donde se permita la atención en casos de violencia doméstica.	1
Re educar a los padres ya que son el "ejemplo".	2
Adaptación del equipo de enfermería a la población a atender, ya que nos encontramos muchas veces con población analfabeta.	1
Mejora de las coordinaciones interinstitucionales.	1
Material informativo y distribución del mismo para la implementación de los derechos. Cursos de actualización.	1
Otorgamiento de tarjetas identificadoras	1
Ampliación del espacio físico de la enfermería y juguetes para niños	2
Mayor educación al personal sobre los derechos de niño	1
Posibilidad de mayor diálogo y ámbito para poder dialogar con el niño y adolescente para que manifieste su inquietud o dificultad.	1
Contar con una puerta de emergencia	1
No se cuenta con protocolos porque se les entrega a los profesionales. No hay renovación de conocimientos.	1
Cuando termina la consulta que el pediatra se quede rato a solas con el niño.	1
Recursos humanos	1
Tiempo.	1
Organización.	1
Equipo multidisciplinario adecuado.	1
Mucha educación e información sobre todo desde el núcleo familiar y saber que pueden contar con un centro de salud que respalde sus derechos.	1



ANÁLISIS

En base a los resultados obtenidos se puede decir que la población encuestada se caracteriza por predominio del sexo femenino, con una media de 40 años de edad y de 11 años de ejercicio profesional. El promedio de tiempo de desempeño en el área de pediatría y/o medicina familiar es de 57 meses (5 años), con una frecuencia semanal de 5 días. Esto permite afirmar que la población participante del estudio tiene experiencia en el trato con menores de 18 años y sus acompañantes.

Esta población en general, está informada sobre la existencia de la CDN, y reconoce la ratificación de Uruguay de dicho documento. Sin embargo, un elevado porcentaje desconoce la denominación de su expresión nacional, el Código de la Niñez y la Adolescencia. Cabe decir, que el conocimiento de esto es fundamental para poder incorporar la perspectiva de derechos en las prácticas asistenciales.

En cuanto al conocimiento de la existencia de la "Guía: Los Derechos de niños, niñas y adolescentes en el área de la salud", predomina el porcentaje que refiere conocerla. Mientras que la mayoría de los encuestados manifestó que el servicio en el cual trabaja, no cuenta con ella.

La guía tiene como cometido ser una herramienta para la práctica diaria del equipo de salud, por ende la misma debe tener un amplio alcance e incluir a todos sus integrantes. Sin embargo, por el porcentaje de encuestados que refirieron desconocer la misma, se deduce que aún no ha alcanzado a todo el personal de enfermería de los centros de salud en los que se llevó a cabo esta investigación. A esto se añade que para lograr dicho objetivo, los servicios de salud deben contar con éste instrumento, lo cual no se ve reflejado por el porcentaje de respuestas obtenidas en relación a tal aspecto.



No obstante, la formación del recurso humano de enfermería en el área de derechos del niño, es otro punto importante que se detalló en la Guía. En este sentido, un escaso porcentaje de los encuestados presentó asistencia a seminarios, talleres y/o cursos de capacitación sobre este tema durante su ejercicio profesional. La opinión de uno de los participantes es que son escasos los cursos de actualización, lo cual es señalado como una dificultad para la interacción con el niño. Sin embargo, la mitad refirió haber recibido información y/o asesoramiento sobre la temática por distintas vías de comunicación.

Asimismo, las instituciones de salud deben estimular la formación de los recursos humanos en el área de los derechos del niño, de modo de brindar una asistencia de calidad; más de la mitad de los encuestados afirmaron que en el servicio en donde se desempeñan se promueve la formación continua sobre el mencionado tema.

Sobre el derecho a la expresión del niño en los ámbitos de interacción con el personal de enfermería, se puede decir que en general, existe un respeto por dicho derecho, marcado por el alto porcentaje de enfermeros que refirieron tener en cuenta la opinión y estimular a que éste se exprese. Sin embargo, el porcentaje decae en el interés del personal de enfermería por conocer específicamente la opinión del mismo en cuanto al centro de salud y a la atención recibida. La importancia de este aspecto recae en que la inclusión de la óptica infantil permite adaptar los servicios a las necesidades reales de esta población.

Por otra parte, que el niño sea escuchado y sea estimulado para que opine, es decir, participe en determinados temas que le involucran, contribuye al pleno desarrollo de éste como persona, así como también beneficia a su comunidad. La participación, derecho consagrado en el Artículo 12 de la CDN, Artículo 9 del CNA y en la Cartilla de Derechos y Obligaciones de los Pacientes y de los Usuarios de los Servicios de Salud, es un componente fundamental para la democracia inclusiva.

Los juguetes u objetos acordes a la edad del usuario pueden ser utilizados para la recreación durante el tiempo de espera, así como herramienta para el fomento de la



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA SALUD DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN



expresión del niño y para las actividades de educación para la salud. Por otra parte, la presencia de juguetes u objetos contribuye a que los espacios donde se asisten dichos usuarios sean más amigables y acogedores. En este sentido, un amplio porcentaje de los enfermeros respondió que presentan éstos accesorios en los consultorios.

El SNIS promueve el conocimiento de los derechos de todos sus usuarios en los servicios de salud. El derecho a la confidencialidad y al respeto de la intimidad de los niños y adolescentes (consagrado en el Artículo 16 de la CDN, Artículo 11 del CNA, en la Ley 18.335 Artículo 31 y Artículo 34 de la Cartilla de Derechos y Obligaciones de los Pacientes y de los Usuarios de los Servicios de Salud) que se atienden en los centros de salud, es tenido en cuenta por el personal de enfermería. Sin embargo, ante la pregunta si se comparte el espacio físico con otros niños o adolescentes, se observa un número elevado de respuestas afirmativas.

La preservación de la intimidad/privacidad del niño fue señalada como una dificultad, asociada a una inadecuada planta física o a la necesidad de dar respuesta rápida al volumen de niños en las consultas.

En cuanto al ingreso del niño al área de asistencia de enfermería sin presencia de acompañante, si bien predomina el porcentaje de los enfermeros que lo permiten si éste lo solicita, impresiona la cantidad de encuestados que respondieron negativamente. A su vez, constituye la dificultad más reiterada por éstos. Las fundamentaciones presentadas se las puede agrupar en tres secciones para su posterior análisis. En primer lugar, la "resistencia" por parte de los padres o adultos responsables; en segundo lugar, la visión de obligatoriedad de que esté el adulto responsable presente durante el procedimiento; en tercer lugar, la solicitud por parte del pediatra que ingrese con acompañante.

La "resistencia" de los padres puede analizarse desde el punto de vista del anterior paradigma, en el cual el niño era considerado objeto de tutela, pasivo, siendo el principio rector la protección del mismo.



La visión del personal de enfermería de la obligatoriedad de la presencia del acompañante adulto durante la asistencia, se asocia al concepto anterior, a lo cual se añade que varios de los encuestados refirieron no conocer la guía a la que se hizo referencia anteriormente, en la que se incorpora el nuevo paradigma.

La solicitud por parte de otros integrantes del equipo de salud a que el niño ingrese con acompañante, influye también, en el actuar de enfermería.

Ante la solicitud del niño o adolescente de ser atendido por un enfermero del mismo sexo, el mayor porcentaje manifestó acceder a esa solicitud. Este aspecto se vincula con el respeto del derecho a la libre expresión y a la intimidad del niño. Se destaca que de la población encuestada, seis eran del sexo masculino y se distribuían en cuatro de los diez centros de salud incluidos en el estudio. Lo cual permite formular la siguiente pregunta: ¿Los servicios de salud cuentan con recursos humanos en enfermería hombres suficientes para lograr acceder a estas demandas? Interrogante a la que no tenemos respuesta dado el sentido de ésta investigación. En ambos casos, los servicios de salud deben estar preparados o deben desarrollar estrategias que incluyan dicha solicitud.

En cuanto al derecho a recibir información adecuada a su edad y en un lenguaje comprensible, sobre el mantenimiento de su salud y los procedimientos a realizarle por el personal encuestado, se puede decir que es incorporado por una amplia mayoría en ambos casos. El acceso a la información es un derecho consagrado en los Artículos 5 y 17 de la CDN, en los Artículos 8, 9 y 11bis del CNA, y en el Artículo 39 de la cartilla de los Derechos y Obligaciones de los Pacientes y de los Usuarios de los servicios de salud.

El acceso a la información adecuada contribuye a que el niño o adolescente participe en la toma de decisiones en las situaciones que le involucren, a lo que se añade que el niño tiene el derecho y el deber de cuidar su estado de salud (Artículo 2 de la CNA). La información es un requisito para la participación del niño. Sin embargo, varios de los



encuestados plantearon tener dificultad en explicarles los procedimientos a realizar. La justificación de esto se asocia a dificultades en la comunicación entre el personal de enfermería y el niño/adolescente.

Dependiendo de la etapa de desarrollo en el que el usuario se encuentra, las dificultades identificadas por los consultados son diferentes: en el caso de los adolescentes "están en babilonia, son mal educados", existe dificultad en obtener su atención; en el caso de los niños la intervención de los adultos acompañantes, no permite que enfermería pueda establecer un diálogo con los mismos. En general, la opinión de los encuestados es que el lenguaje utilizado, no es comprendido por el niño o por el adolescente, no lográndose así una comunicación efectiva. Esto les genera la necesidad de más tiempo del requerido para lograr el mismo objetivo, con el que muchas veces no les es posible contar dado el volumen de demanda como se planteó anteriormente.

Que el niño conozca quién es el que lo atiende y qué cargo desempeña es otro aspecto que se enmarca dentro del derecho a recibir información adecuada. Sin embargo, un escaso porcentaje señaló presentarse con descripción de nombre, apellido y cargo, la cual se entiende, es la mejor opción para que el niño o adolescente acceda a dicha información. Además, el accesorio identificatorio es un instrumento que contribuye a dicha acción aunque la mayoría de los participantes respondió no utilizar el mismo.

Varios de los participantes refirieron tener dificultad en explicar el estado de salud al usuario. De las fundamentaciones brindadas se destaca que un total de cinco personas refirieron que le "compete al médico tratante" y un total de dos refirió que está sujeto a la capacidad de entendimiento del niño.

En relación al primer punto, tanto el Auxiliar de Enfermería como el Licenciado en Enfermería brindan cuidados integrales al usuario y fomentan su participación en el mantenimiento de su salud; por lo tanto, deben contribuir al proceso de comprensión de su



situación actual. La información que se le brinda al niño debe contemplar el grado de comprensión y de madurez de éste, evaluada por el técnico o profesional actuante.

Posteriormente, al verificar lo que el niño comprendió permite valorar si se logró una comunicación efectiva así como también, mejorar los procesos de comunicación futuros con ésta población. En este aspecto el recurso tiempo volvería a jugar un papel importante.

Ante la pregunta a quién se dirige durante la asistencia, el mayor porcentaje de los participantes señaló dirigirse a ambos. La opción de dirigirse únicamente al acompañante, representó la menor frecuencia de respuesta.

La dificultad en la comunicación con el niño o con el adolescente, planteada por el personal de enfermería, se entiende que conlleva a que el diálogo se mantenga con el acompañante. Éstos últimos en ocasiones no permiten la participación de los niños o adolescentes ya que responden al interrogatorio realizado por enfermería, según refieren los encuestados. A su vez, el contexto social del que procede la familia del niño o adolescente, también es visto como una dificultad en la comunicación; las situaciones de agresividad hacia el personal de enfermería, manifestadas por los consultados, dificultan estos procesos.

Otro de los problemas que planteó el personal asociado a la comunicación, es ante la presencia de un padre o una madre con discapacidad auditiva, dado que no cuentan con herramientas para el trabajo con ésta población.

La denominación del niño o adolescente en por su nombre y apellido, ratifica el derecho a la identidad, reafirmando la visión del niño/adolescente como persona. En este sentido, un amplio porcentaje respondió esta opción. Los encuestados no plantearon dificultades con relación a este aspecto. Desde el punto de vista del proceso de comunicación, el denominarlo de esa forma contribuye también, a lograr establecer una relación de confianza.



La población de estudio expresó como otro problema la solicitud de interconsultas a nivel interinstitucional por el tiempo de respuesta, dificultando dar soluciones rápidas a las necesidades de los usuarios en lo que refiere al mantenimiento, prevención y recuperación de su salud.

Las sugerencias brindadas por el personal de enfermería, se pueden agrupar en cinco secciones: asociadas a la mejora de estructuras edilicias, a la formación del equipo de enfermería, a la educación de la familia, a la mejora de la gestión administrativa de los centros de salud y a la mejora en la comunicación del niño/adolescente con el equipo de salud. Todas estas, están asociadas a las dificultades que se presentaron anteriormente.



CONCLUSIONES

En relación al objetivo de determinar si el personal de enfermería de los servicios de pediatría y/o medicina familiar del primer nivel de atención de ASSE/RAP Montevideo, consideran al niño como sujeto de derecho, se logró una aproximación al conocimiento del contexto en el que se desarrolla la asistencia de enfermería y la incorporación de esta perspectiva.

Se puede concluir que existen acciones en la práctica de enfermería en estos centros de salud, en las que se incorpora este enfoque; los niños y adolescentes son considerados sujetos de derecho. Esto no está relacionado con la formación adquirida en cursos, talleres o seminarios específicos en el tema. Sin embargo, gran parte de esta población recibió información y/o asesoramiento acerca de los derechos del niño/adolescente por otras vías de comunicación.

Mientras que en determinadas situaciones, persiste aún la visión de los niños y adolescentes como objetos pasivos, lo cual es influenciado por la desinformación que presenta la población estudiada en esta temática y por las dificultades que la misma tiene, en el relacionamiento con el adulto a cargo del menor asistido.

Dado los resultados obtenidos se puede decir que no existe uniformidad en el actuar de enfermería, en relación a la atención de esta población desde el nuevo paradigma. Lo cual significa que cada enfermero trabaja desde su experiencia, de acuerdo con los valores morales adquiridos y en base a un criterio autodefinido.

Existen factores externos al actuar de enfermería, que comprometen el poder implementar un enfoque de derechos en la asistencia, que manifestados por los encuestados. Entre estos factores se destacan: la estructura edilicia de estos centros de salud, el número de recursos humanos de enfermería que trabajan en los mismos



relacionado al volumen de usuarios atendidos, demoras en las interconsultas, las prácticas asistenciales de otros integrantes del equipo de salud y el contexto social del niño y su familia.

La comunicación entre el niño/adolescente y el equipo de enfermería se vería favorecida con espacios físicos adecuados para la asistencia, donde se preserve la intimidad de éstos, en el que se brinden cuidados integrales, empleando el tiempo que fuese requerido y contando con un recurso humano capacitado.

Generar un espacio de escucha para que el niño/adolescente exprese su opinión en cuanto al servicio de salud así como a la asistencia recibida, otorgaría al centro la visión de los mismos, que permitiría cambiar o renovar la asistencia para que verdaderamente sea centrada en las necesidades de esta población.

Si bien la "Guía: Los derechos de niños, niñas y adolescentes en el área de la salud" es rica en sugerencias para la resolución de dificultades en la práctica diaria donde están en juego los derechos del niño/adolescente, no presenta situaciones relacionadas a enfermería, lo cual dificulta la aplicación de la misma por este sector.



SUGERENCIAS

Sería importante que se confeccionaran más materiales informativos sobre la temática y que los mismos fuesen distribuidos a todo el personal de la salud de los distintos niveles de atención adaptados a los mismos.

De igual modo, que los centros de salud cuenten con la guía y que la misma esté al alcance del equipo en los ámbitos de asistencia, para su consulta ante dificultades o dudas en la toma de decisiones en relación a la atención de niños y adolescentes. Asimismo, sería enriquecedor que dicha guía incorporase situaciones fácticas desde el punto de vista de enfermería, así como también se considerara la opinión de éstos para su confección, dado que constituyen un eslabón fundamental para brindar cuidados integrales a estos usuarios.

Se debería trabajar con el niño/adolescente y sus familias para el reconocimiento de sus derechos y deberes, siendo quienes guiarán a los mismos en el pleno ejercicio de sus derechos.

Continuar investigando sobre la incorporación del enfoque de derechos en los ámbitos de atención de enfermería, profundizando en el grado de conocimiento en la temática, que contribuya a generar instancias educativas al respecto tanto en el sistema educativo formal como no formal.

A su vez, sería importante que se brindaran capacitaciones accesibles para todos los integrantes del equipo de salud sobre derechos del niño, dado que el niño/adolescente cuando ingresa al centro de salud está en contacto con los distintos actores que lo conforman.

También deberían brindarse capacitaciones que contribuyan a la labor con personas con discapacidad.



CITAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) Iniciativa Derechos de Infancia, adolescencia y salud en el Uruguay. "Guía: Los Derechos de niños, niñas y adolescentes en el área de la salud". Montevideo: UNICEF Uruguay. 2012.

(2) Grupo de Trabajo HPH para la Promoción de la Salud de la Infancia y la adolescencia en y por los Hospitales (HPH-CA). "Promoción de la Salud de la Infancia y la Adolescencia en y por los Hospitales (HPH-CA). Recomendaciones sobre los Derechos de los Niños en los Hospitales". Dirección General de Salud Pública. Servicio Canario de la Salud; Consejería de Sanidad: España. Enero 2008.

(3) Fagerskiold A. "Nursing and the Child's Right in Sweden". Revista Enfermagem Uerj. 2004. 12: pp 95-101.

(4) Noreña A; Juan L. "El contexto de la interacción comunicativa. Factores que influyen en la comunicación entre los profesionales de enfermería y los niños hospitalizados". Revista Cultura de Cuidados. 2008. 23: pp 70-79.

(5) Coyne I. Harder M. Söderbäck M. "The importance of including both a perspective and the child's perspective within health care settings to provide truly child-centred care" Journal of Child Health Care. 2011. pp 99- 106.

(6) Poder Legislativo. [Internet] República Oriental del Uruguay. Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=17823&Anchor=> [consulta: 15 de diciembre 2013]

(7) Organización Mundial de la Salud [Internet] Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/> [Citado: 15 de diciembre de 2013].

(8) Monge A. Gabrielzyk I. "El hombre en el Proceso Salud-Enfermedad". Montevideo: Facultad de Enfermería, Departamento de Enfermería Comunitaria. 2009.

(9) Vignolo J. Vacarezza M; Álvarez, C; Sosa; A. "Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud". Arch Med Int [revista en la Internet]. 2011. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0250-38162011000100003&lng=es. [Citado: 23 Marzo de 2014].

(10) Artagaveyti L. Bonetti J. Pedrowicz S. "Salud y participación adolescente. Palabras en juego". Primera edición. Uruguay: Gráfica Mosca. 2006.



(11) Montañés Rodríguez J. [Internet] "Psicología evolutiva y educación. Piaget versus Vygotsky". Revista de la Facultad de Educación de Albacete, Nº. 3, 198, pp. 185-204; Disponible en: <http://www.uclm.es/ab/educacion/ensayos/pdf/revista3/r3a16.pdf> [Citado: 13 de marzo de 2014]

(12) Organización de los Estados Americanos. Instituto Iberoamericano del Niño. "La Participación de Niños y Adolescentes en las Américas". Uruguay; 2010. Disponible en: <http://www.iin.oea.org/IIN2011/documentos/librilloESPANOL.pdf> [Citado: 13 de marzo de 2014].

(13) Alfageme E. Cantos R. Martínez M. "De la participación al protagonismo infantil. Propuestas para la acción". Primera edición. Madrid: Plataforma de Organizaciones de Infancia. 2003. p 11.

(14) Organización Panamericana de la Salud. "Atención Primaria de Salud en Uruguay; experiencias y lecciones aprendidas". Concepto Equipos de Salud. Uruguay; 2011. Disponible: <http://uruguay.campusvirtualsp.org/sites/default/files/webfiles/contenido/OPS%20-%20libro%20de%20APS-2011-FINAL-tapas.pdf> [Citado: 10 de diciembre de 2013].

(15) Almilla M. Bozzo E. Capezzuto B. Fernández L. Gonzalez, P; Huguet, A. "Abordaje teórico-práctico en la atención de enfermería en niños/as y adolescentes" Montevideo: Taller Gráfico. 2008. p 60.

(16) Martínez, E; Tocantin, F; de Souza, S. "As especificidades da comunicação na assistência na enfermagem à criança" Revista Gaúcha Enferm. 2013;34(1): pp 37-44 [Citado: 30 de abril de 2014].

(17) Guirao I Goris, J. "Consulta de enfermería". En: Frías, A. "Enfermería comunitaria". España: Masson; 2000. p 203.

(18) MSP. [Internet] "Cartilla de Derechos y Deberes de los Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud", Disponible en: <http://www2.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?5005,21060> [Citado: 10 de abril de 2014].



BIBLIOGRAFÍA

- Administración de los servicios del Estado [Internet] República Oriental del Uruguay Disponible en: <http://www.asse.com.uy/andocasociado.aspx?6604,35277> [consulta: Abril 2014].
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. UNICEF Uruguay. "La convención en tus manos. Los derechos de la infancia y la adolescencia". Uruguay; 2004.
- Hernández R. Baptista P. Fernández C. "Metodología de la investigación" Cuarta edición. España: Mc Graw Hill; 2006. pp 521-719.
- Instituto Nacional de Estadística [Internet] República Oriental del Uruguay. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/censos2011/resultadosfinales/analisispais.pdf> [consulta: 03 de mayo de 2014].
- Internacional Institute for Child Rights and Developement. Manual de Formación de Formadores en la Convención de los Derechos del Niño para el Equipo de Salud. Buenos Aires: FLASCO. 2005.
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Convención sobre los Derechos del Niño. [Internet] Disponible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm> [consulta: 15 de diciembre 2013].
- Organización de los Estados Americanos. Instituto Iberoamericano del Niño. "La Participación de Niños y Adolescentes en las Américas". Uruguay; 2010.
- Pineda E. Alvarado E. "Metodología de la investigación" Tercera edición. Washington, D.C: Organización panamericana de la Salud; 2008.
- Poder Legislativo. [Internet] República Oriental del Uruguay. Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/htmlstat/pl/convenciones/conv16137.htm> [consulta: 15 de diciembre 2013].
- Promoción de la Salud de la Infancia y la Adolescencia en y por los Hospitales (HPH-CA). "Los Derechos de los Niños en el Hospital y Servicios de Salud: Herramienta de valoración para Niños entre 6 y 11 años". España: Dirección General de Salud Pública. Servicio Canario de la Salud; Consejería de Sanidad; Marzo, 2012.
- Promoción de la Salud de la Infancia y la Adolescencia en y por los Hospitales (HPH-CA). "Los Derechos de los Niños en el Hospital y Servicios de Salud: Herramienta de valoración para Niños y Adolescentes entre 12 y 18 años" España: Dirección General de Salud Pública. Servicio Canario de la Salud; Consejería de Sanidad; Marzo 2012.
- Promoción de la Salud de la Infancia y la Adolescencia en y por los Hospitales (HPH-CA). "Los Derechos de los Niños en el Hospital y Servicios de Salud: Herramienta de valoración para Profesionales de la Salud" España: Dirección General de Salud Pública. Servicio Canario de la Salud; Consejería de Sanidad; Marzo 2012.



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA SALUD DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN



- Promoción de la Salud de la Infancia y la Adolescencia en y por los Hospitales (HPH-CA). "Documentos de Antecedentes" España: Dirección General de Salud Pública. Servicio Canario de la Salud; Consejería de Sanidad; Marzo 2007.
- PROPIA Uruguay- Programa de Participación Infantil y Adolescente del INAU [Internet]. Disponible en: <http://propiauruguay.blogspot.com/> [consulta: 18 de diciembre de 2013].
- Setaro M. Koolhas. M. Políticas de salud para la Infancia y Adolescencia. Cuadernos del ENIA. Montevideo. 2008.

ANEXOS



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
 FACULTAD DE ENFERMERÍA
 CÁTEDRA SALUD DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE
 TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN



... LA Población Asistida por ASSE a Nivel Nacional, en 2013.

... de la Facultad de Enfermería, Universidad de la República.

... de la Cátedra de Salud del Niño, Niña y Adolescente.

... de la Facultad de Enfermería, Universidad de la República.

... DEL PAÍS DE USUARIO Y NIVEL DE COBERTURA, SEGÚN SEXO Y GRUPO DE EDAD

ANEXOS

	TOTAL	ASISTIDA	NO ASISTIDA	% ASISTIDA
PAÍS	28.274	19.714	8.560	70,1
URUGUAY	24.407	16.438	7.969	67,3
SEXO	155.773	117.174	38.599	75,3
Varón	77.792	57.714	20.078	74,2
Mujer	77.981	59.460	18.521	76,3
GRUPO DE EDAD	28.274	19.714	8.560	70,1
0-4 años	14.571	10.217	4.354	70,2
5-9 años	13.703	9.497	4.206	69,3
10-14 años	10.000	7.000	3.000	70,0
15-19 años	10.000	7.000	3.000	70,0
20-24 años	10.000	7.000	3.000	70,0
25-29 años	10.000	7.000	3.000	70,0
30-34 años	10.000	7.000	3.000	70,0
35-39 años	10.000	7.000	3.000	70,0
40-44 años	10.000	7.000	3.000	70,0
45-49 años	10.000	7.000	3.000	70,0
50-54 años	10.000	7.000	3.000	70,0
55-59 años	10.000	7.000	3.000	70,0
60-64 años	10.000	7.000	3.000	70,0
65-69 años	10.000	7.000	3.000	70,0
70 años y más	10.000	7.000	3.000	70,0

ANEXO I. POBLACIÓN ASISTIDA POR ASSE A NIVEL NACIONAL, EN 2013.



Administración de los Servicios de Salud del Estado
Dirección de Sistemas de Información
Departamento de Gestión de la Información
Unidad de Información de Usuarios

TOTAL DEL PAÍS DE USUARIOS ASSE, POR TIPO DE COBERTURA SEGÚN SEXO Y GRUPOS DE EDAD

DICIEMBRE 2013

	SEXO	GRUPOS DE EDAD	TOTAL USUARIOS	USUARIOS ASSE			
				TIPO DE COBERTURA			
				CARNÉ	FONASA	CUOTA	CONVENIO
TOTAL DEL PAÍS	TOTAL	TOTAL	1.266.034	834.741	359.318	395	71.580
		Menores de 1	18.114	16.759	1.198	1	156
		1 a 4	62.898	47.958	12.746	2	2.192
		5 a 14	188.702	129.890	48.014	7	10.791
		15 a 19	117.782	85.372	24.718	21	7.671
		20 a 44	409.143	250.883	134.982	103	23.175
		45 a 64	263.894	179.776	65.429	153	18.536
		65 a 74	101.566	73.546	21.805	63	6.152
		75 y más	103.632	50.377	50.364	45	2.846
		No Indicado	303	180	62	0	61
	MASCULINO	Total	592.146	380.301	176.550	157	35.138
		Menores de 1	9.324	8.610	635	1	78
		1 a 4	33.112	25.265	6.668	2	1.177
		5 a 14	98.376	67.762	24.864	3	5.727
		15 a 19	58.872	41.493	13.293	10	4.076
		20 a 44	187.733	108.991	66.529	42	12.171
		45 a 64	117.516	75.641	33.715	51	8.109
		65 a 74	45.766	32.074	10.980	27	2.685
		75 y más	41.280	20.368	19.809	21	1.082
		No Indicado	167	97	37	0	33
	FEMENINO	Total	673.863	454.420	182.763	238	36.442
		Menores de 1	8.788	8.147	563	0	78
		1 a 4	29.786	22.693	6.078	0	1.015
		5 a 14	90.320	62.124	23.128	4	5.064
		15 a 19	58.909	43.876	11.425	11	3.595
		20 a 44	221.402	141.887	68.450	61	11.004
		45 a 64	146.375	104.132	31.714	102	10.427
		65 a 74	55.798	41.470	10.825	36	3.467
75 y más		62.352	30.009	30.555	24	1.764	
No Indicado		133	80	25	0	28	
NO INDICADO	Total	25	20	5	0	0	
	Menores de 1	2	2	0	0	0	
	1 a 4	0	0	0	0	0	
	5 a 14	6	4	2	0	0	
	15 a 19	1	1	0	0	0	
	20 a 44	8	5	3	0	0	
	45 a 64	3	3	0	0	0	
	65 a 74	2	2	0	0	0	
	75 y más	0	0	0	0	0	
	No Indicado	3	3	0	0	0	

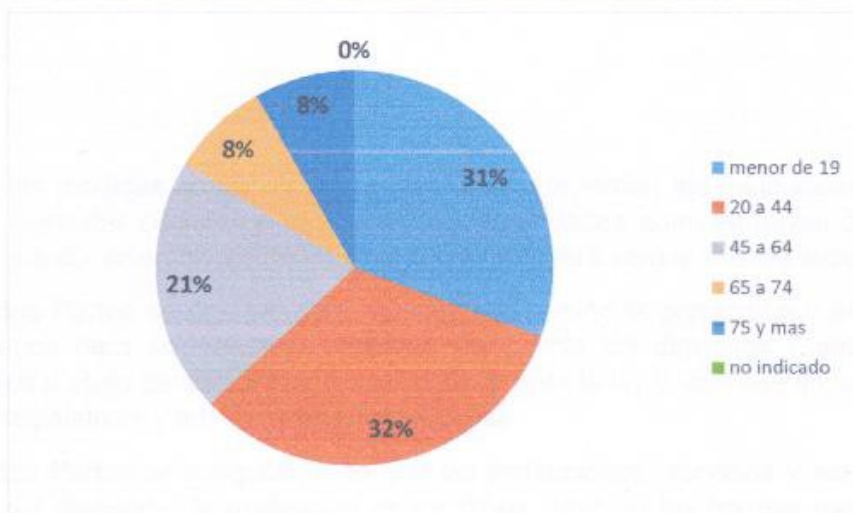
Fuente: Departamento de Gestión de la Información de ASSE. Reelaboración de información proveniente de la Dirección de Informática de ASSE.

Tabla de distribución de frecuencia según población total asistida por ASSE a nivel nacional por franja etaria a diciembre de 2013

<i>Población total asistida por ASSE a nivel nacional por franja etaria a diciembre de 2013</i>	FA	FR%
menor de 19	387496	31
20 a 44	409143	32
45 a 64	263894	21
65 a 74	101566	8
75 y mas	103632	8
no indicado	303	0
Total	1266034	100

Fuente: <http://www.asse.com.uy/andocasociado.aspx?6604,35277>

Grafico sectorial de distribución de frecuencia según población total asistida por ASSE a nivel nacional por franja etaria a diciembre de 2013



Fuente: <http://www.asse.com.uy/andocasociado.aspx?6604,35277>



ANEXO II

FRAGMENTO DE LA CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO

PARTE I

Artículo 1

Para los efectos de la presente Convención, se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.

Artículo 2

1. Los Estados Partes respetarán los derechos enunciados en la presente Convención y asegurarán su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales.

2. Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para garantizar que el niño se vea protegido contra toda forma de discriminación o castigo por causa de la condición, las actividades, las opiniones expresadas o las creencias de sus padres, o sus tutores o de sus familiares.

Artículo 3

1. En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las Instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el Interés superior del niño.

2. Los Estados Partes se comprometen a asegurar al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus padres, tutores u otras personas responsables de él ante la ley y, con ese fin, tomarán todas las medidas legislativas y administrativas adecuadas.

3. Los Estados Partes se asegurarán de que las instituciones, servicios y establecimientos encargados del cuidado o la protección de los niños cumplan las normas establecidas por las autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad, número y competencia de su personal, así como en relación con la existencia de una supervisión adecuada.



Artículo 4

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas administrativas, legislativas y de otra índole para dar efectividad a los derechos reconocidos en la presente Convención. En lo que respecta a los derechos económicos, sociales y culturales, los Estados Partes adoptarán esas medidas hasta el máximo de los recursos de que dispongan y, cuando sea necesario, dentro del marco de la cooperación Internacional.

Artículo 5

Los Estados Partes respetarán las responsabilidades, los derechos y los deberes de los padres o, en su caso, de los miembros de la familia ampliada o de la comunidad, según establezca la costumbre local, de los tutores u otras personas encargadas legalmente del niño de impartirle, en consonancia con la evolución de sus facultades, dirección y orientación apropiadas para que el niño ejerza los derechos reconocidos en la presente Convención.

Artículo 6

1. Los Estados Partes reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida.
2. Los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño.

Artículo 7

1. El niño será inscripto Inmediatamente después de su nacimiento y tendrá derecho desde que nace a un nombre, a adquirir una nacionalidad y, en la medida de lo posible, a conocer a sus padres y a ser cuidado por ellos.
2. Los Estados Partes velarán por la aplicación. de estos derechos de conformidad con su legislación nacional y las obligaciones que hayan contraído en virtud de los Instrumentos internacionales pertinentes en esta esfera, sobre todo cuando el niño resultara de otro modo apátrida.

Artículo 8

1. Los Estados Partes se comprometen a respetar el derecho del niño a preservar su Identidad, incluidos la nacionalidad, el nombre y las relaciones familiares de conformidad con la ley sin injerencias ilícitas.



2. Cuando un niño sea privado ilegalmente de algunos de los elementos de su Identidad o de todos ellos, los Estados Partes deberán prestar la asistencia y protección apropiadas con miras a restablecer rápidamente su Identidad.

Artículo 12

1. Los Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño.

2. Con tal fin, se dará en particular al niño oportunidad de ser escuchado en todo procedimiento judicial o administrativo que afecte al niño, ya sea directamente o por medio de un representante o de un órgano apropiado, en consonancia con las normas de procedimiento de la ley nacional.

Artículo 13

1. El niño tendrá derecho a la libertad de expresión; ese derecho incluirá la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de todo tipo, sin consideración de fronteras, ya sea oralmente, por escrito o impresas, en forma artística o por cualquier otro medio elegido por el niño.

2. El ejercicio de tal derecho podrá estar sujeto a ciertas restricciones, que serán únicamente las que la ley prevea y sean necesarias:

- a) Para el respeto de los derechos o la reputación de los demás; o
- b) Para la protección de la seguridad nacional o el orden público o para proteger la salud o la moral públicas.

Artículo 14

1. Los Estados Partes respetarán el derecho del niño a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión.

2. Los Estados Partes respetarán los derechos y deberes de los padres y, en su caso, de los representantes legales, de guiar al niño en el ejercicio de su derecho de modo conforme a la evolución de sus facultades.



3. La libertad de profesar la propia religión o las propias creencias estará sujeta únicamente a las limitaciones prescritas por la ley que sean necesarias para proteger la seguridad, el orden, la moral o la salud pública o los derechos y libertades fundamentales de los demás.

Artículo 15

1. Los Estados Partes reconocen los derechos del niño a la libertad de asociación y a la libertad de celebrar reuniones pacíficas.

2. No se Impondrán restricciones al ejercicio de estos derechos distintas de las establecidas de conformidad con la ley y que sean necesarias en una sociedad democrática, en Interés de la seguridad nacional o pública, el orden público, la protección de la salud y la moral públicas o la protección de los derechos y libertades de los demás.

Artículo 16

1. Ningún niño será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra y a su reputación.

2. El niño tiene derecho a la protección de la ley contra esas injerencias o ataques.

Artículo 17

Los Estados Partes reconocen la importante función que desempeñan los medios de comunicación y velarán porque el niño tenga acceso a información y material procedentes de diversas fuentes nacionales e internacionales, en especial la información y el material que tengan por finalidad promover su bienestar social, espiritual y moral y su salud física y mental. Con tal objeto, los Estados Partes:

a) Alentarán a los medios de comunicación a difundir información y materiales de interés social y cultural para el niño, de conformidad con el espíritu del artículo 29;

b) Promoverán la cooperación internacional en la producción, el intercambio y la difusión de esa información y esos materiales procedentes de diversas fuentes culturales, nacionales e internacionales;

c) Alentarán la producción y difusión de libros para niños;

d) Alentarán a los medios de comunicación a que tengan particularmente en cuenta las necesidades lingüísticas

del niño perteneciente a un grupo minoritario o que sea indígena;



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA SALUD DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN



e) Promoverán la elaboración de directrices apropiadas para proteger al niño contra toda Información y material perjudicial para su bienestar, teniendo en cuenta las disposiciones de los artículos 13 y 18.

Artículo 18

1. Los Estados Partes pondrán el máximo empeño en garantizar el reconocimiento del principio de que ambos padres tienen obligaciones comunes en lo que respecta a la crianza y el desarrollo del niño. Incumbirá a los padres o, en su caso, a los representantes legales la responsabilidad primordial de la crianza y el desarrollo del niño. Su preocupación fundamental será el Interés superior del niño.

2. A los efectos de garantizar y promover los derechos enunciados en la presente Convención, los Estados Partes prestarán la asistencia apropiada a los padres y a los representantes legales para el desempeño de sus funciones en lo que respecta a la crianza del niño y velarán por la creación de Instituciones, Instalaciones y servicios para el cuidado de los niños.

3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para que los niños cuyos padres trabajan tengan derecho a beneficiarse de los servicios e instalaciones de guarda de niños para los que reúnen las condiciones requeridas.

Artículo 23

1. Los Estados Partes reconocen que el niño mental o físicamente Impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad.

2. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño Impedido a recibir cuidados especiales y alentarán y asegurarán, con sujeción a los recursos disponibles, la prestación al niño que reúna las condiciones requeridas y a los responsables de su cuidado de la asistencia que se solicite y que sea adecuada al estado del niño y a las circunstancias de sus padres o de otras personas que cuiden de él.

3. En atención a las necesidades especiales del niño impedido, la asistencia que se preste conforme al párrafo 2 del presente artículo será gratuita siempre que sea posible, habida cuenta de la situación económica de los padres o de las otras personas que cuiden del niño, y estará destinada a asegurar que el niño impedido tenga un acceso efectivo a la educación, la capacitación, los servicios sanitarios, los servicios de rehabilitación, la preparación para el empleo y las oportunidades de esparcimiento y reciba tales servicios con el objeto de que el niño logre la integración social y el desarrollo individual, incluido su desarrollo cultural y espiritual, en la máxima medida posible.



4. Los Estados Partes promoverán, con espíritu de cooperación Internacional, el intercambio de Información adecuada en la esfera de la atención sanitaria preventiva y del tratamiento médico, psicológico y funcional de los niños impedidos, Incluida la difusión de Información sobre los métodos de rehabilitación y los servicios de enseñanza y formación profesional, así como el acceso a esa información a fin de que los Estados Partes puedan mejorar su capacidad y conocimientos y ampliar su experiencia en estas esferas. A este respecto, se tendrán especialmente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.

Artículo 24

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular adoptarán las medidas apropiadas para:

a) Reducir la mortalidad Infantil y en la niñez;

b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud;

c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, 'entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente;

d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres;

e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos;

f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia.

3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños.

4. Los Estados Partes se comprometen a promover y alentar la cooperación internacional con miras a lograr progresivamente la plena realización del derecho reconocido en el



presente artículo. A este respecto, se tendrán plenamente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.

Artículo 25

Los Estados Partes reconocen el derecho del niño que ha sido internado en un establecimiento por las autoridades competentes para los fines de atención, protección o tratamiento de su salud física o mental a un examen periódico del tratamiento a que esté sometido y de todas las demás circunstancias propias de su Internación.

Artículo 26

1. Los Estados Partes reconocerán a todos los niños el derecho a beneficiarse de la seguridad social, incluso del seguro social, y adoptarán las medidas necesarias para lograr la plena realización de este derecho de conformidad con su legislación nacional.
2. Las prestaciones deberían concederse, cuando corresponda, teniendo en cuenta los recursos y la situación del niño y de las personas que sean responsables del mantenimiento del niño, así como cualquier otra consideración pertinente a una solicitud de prestaciones hecha por el niño o en su nombre.

Artículo 27

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social.
2. A los padres u otras personas encargadas del niño les incumbe la responsabilidad primordial de proporcionar, dentro de sus posibilidades y medios económicos, las condiciones de vida que sean necesarias para el desarrollo del niño.
3. Los Estados Partes, de acuerdo con las condiciones nacionales y con arreglo a sus medios, adoptarán medidas apropiadas para ayudar a los padres y a otras personas responsables por el niño a dar efectividad a este derecho y, en caso necesario, proporcionarán asistencia material y programas de apoyo, particularmente con respecto a la nutrición, el vestuario y la vivienda.
4. Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para asegurar el pago de la pensión alimenticia por parte de los padres u otras personas que tengan la responsabilidad financiera por el niño, tanto si viven en el Estado

Parte como si viven en el extranjero. En particular, cuando la persona que tenga la responsabilidad financiera por el niño resida en un Estado diferente de aquel en que resida



el niño, los Estados Partes promoverán la adhesión a los convenios internacionales o la concertación de dichos convenios, así como la concertación de cualesquiera otros arreglos apropiados.

Artículo 28

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño a la educación y, a fin de que se pueda ejercer progresivamente y en condiciones de igualdad de oportunidades ese derecho, deberán en particular:

- a) Implantar la enseñanza primaria obligatoria y gratuita para todos;
- b) Fomentar el desarrollo, en sus distintas formas, de la enseñanza secundaria, incluida la enseñanza general y profesional, hacer que todos los niños dispongan de ella y tengan acceso a ella y adoptar medidas apropiadas tales como la implantación de la enseñanza gratuita y la concesión de asistencia financiera en caso de necesidad;
- c) Hacer la enseñanza superior accesible a todos, sobre la base de la capacidad, por cuantos medios sean apropiados;
- d) Hacer que todos los niños dispongan de información y orientación en cuestiones educacionales y profesionales y tengan acceso a ellas;
- e) Adoptar medidas para fomentar la asistencia regular a las escuelas y reducir la tasas de deserción escolar;

2. Los Estados Partes adoptarán cuantas medidas sean adecuadas para velar porque la disciplina escolar se administre de modo compatible con la dignidad humana del niño y de conformidad con la presente Convención.

3. Los Estados Partes fomentarán y alentarán la cooperación Internacional en cuestiones de educación, en particular a fin de contribuir a eliminar la ignorancia y el analfabetismo en todo el mundo y de facilitar el acceso a los conocimientos técnicos y a los métodos modernos de enseñanza. A este respecto, se tendrán especialmente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.

Artículo 29

1. Los Estados Partes convienen en que la educación del niño deberá estar encaminada a:

- a) Desarrollar la personalidad, las aptitudes y la capacidad mental y física del niño hasta el máximo de sus posibilidades;



- b) Inculcar al niño el respeto de los derechos humanos y las libertades fundamentales y de los principios consagrados en la Carta de las Naciones Unidas;
- c) Inculcar al niño el respeto de sus padres, de su propia identidad cultural, de su idioma y sus valores, de los valores nacionales del país en que vive, del país de que sea originario y de las civilizaciones distintas de la suya;
- d) Preparar al niño para asumir una vida responsable en una sociedad libre, con espíritu de comprensión, paz, tolerancia, igualdad de los sexos y amistad entre todos los pueblos, grupos étnicos, nacionales y religiosos y personas de origen indígena;
- e) Inculcar al niño el respeto del medio ambiente natural.

2. Nada de lo dispuesto en el presente artículo o en el artículo 28 se interpretará como una restricción de la libertad de los particulares y de las entidades para establecer y dirigir instituciones de enseñanza, a condición de que se respeten los principios enunciados en el párrafo 1 del presente artículo y de que la educación impartida en tales instituciones se ajuste a las normas mínimas que prescriba el Estado.

Artículo 31

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al descanso y al esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas propias de su edad y a participar libremente en la vida cultural y en las artes.

2. Los Estados Partes respetarán y promoverán el derecho del niño a participar plenamente en la vida cultural y artística y propiciarán oportunidades apropiadas, en condiciones de igualdad, de participar en la vida cultural, artística, recreativa y de esparcimiento.



ANEXO III

FRAGMENTO DE LA LEY N° 17.823 (ACTUALIZADA AL 2 DE MARZO DE 2010)

CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA

CAPÍTULO I

PRINCIPIOS GENERALES

Artículo 1º. (Ámbito de aplicación).- El Código de la Niñez y la Adolescencia es de aplicación a todos los seres humanos menores de dieciocho años de edad.

A los efectos de la aplicación de este Código, se entiende por niño a todo ser humano hasta los trece años de edad y por adolescente a los mayores de trece y menores de dieciocho años de edad.

Siempre que este Código se refiere a niños y adolescentes comprende ambos géneros.

Artículo 2º. (Sujetos de derechos, deberes y garantías).- Todos los niños y adolescentes son titulares de derechos, deberes y garantías inherentes a su calidad de personas humanas.

Artículo 3º. (Principio de protección de los derechos).- Todo niño y adolescente tiene derecho a las medidas especiales de protección que su condición de sujeto en desarrollo exige por parte de su familia, de la sociedad y del Estado.

Artículo 4º. (Interpretación).- Para la interpretación de este Código, se tendrán en cuenta las disposiciones y principios generales que informan la Constitución de la República, la Convención sobre los Derechos del Niño, leyes nacionales y demás instrumentos internacionales que obligan al país.

En los casos de duda se deberá recurrir a los criterios generales de interpretación y, especialmente, a las normas propias de cada materia.

Artículo 5º. (Integración).- En caso de vacío legal o insuficiencia se deberá recurrir a los criterios generales de integración y, especialmente, a las normas propias de cada materia.



Artículo 6º. (Criterio específico de interpretación e integración: el interés superior del niño y adolescente).- Para la interpretación e integración de este Código se deberá tener en cuenta el interés superior del niño y adolescente, que consiste en el reconocimiento y respeto de los derechos inherentes a su calidad de persona humana. En consecuencia, este principio no se podrá invocar para menoscabo de tales derechos.

Artículo 7º. (Concurrencia para la efectividad y la protección de los derechos de los niños y adolescentes).-

- 1) La efectividad y protección de los derechos de los niños y adolescentes es prioritariamente de los padres o tutores -en su caso -, sin perjuicio de la corresponsabilidad de la familia, la comunidad y el Estado.
- 2) El Estado deberá actuar en las tareas de orientación y fijación de las políticas generales aplicables a las distintas áreas vinculadas a la niñez y adolescencia y a la familia, coordinando las actividades públicas y privadas que se cumplen en tales áreas.
- 3) En casos de insuficiencia, defecto o imposibilidad de los padres y demás obligados, el Estado deberá actuar preceptivamente, desarrollando todas las actividades integrativas, complementarias o supletivas que sean necesarias para garantizar adecuadamente el goce y ejercicio de los derechos de los niños y adolescentes.

CAPÍTULO II

DE LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES

Artículo 8º. (Principio general).- Todo niño y adolescente goza de los derechos inherentes a la persona humana. Tales derechos serán ejercidos de acuerdo a la evolución de sus facultades, y en la forma establecida por la Constitución de la República, los instrumentos internacionales, este Código y las leyes especiales. En todo caso tiene derecho a ser oído y obtener respuestas cuando se tomen decisiones que afecten su vida.

Podrá acudir a los Tribunales y ejercer los actos procesales en defensa de sus derechos, siendo preceptiva la asistencia letrada. El Juez ante quien acuda tiene el deber de designarle curador, cuando fuere pertinente, para que lo represente y asista en sus pretensiones.



Los Jueces, bajo su más seria responsabilidad, deberán adoptar las medidas necesarias para asegurar el cumplimiento de lo establecido en los incisos anteriores, debiendo declararse nulas las actuaciones cumplidas en forma contraria a lo aquí dispuesto.

Artículo 9º. (Derechos esenciales).- Todo niño y adolescente tiene derecho intrínseco a la vida, dignidad, libertad, identidad, integridad, imagen, salud, educación, recreación, descanso, cultura, participación, asociación, a los beneficios de la seguridad social y a ser tratado en igualdad de condiciones cualquiera sea su sexo, su religión, etnia o condición social.

Artículo 10. (Derecho del niño y adolescente con capacidad diferente).- Todo niño y adolescente, con capacidad diferente psíquica, física o sensorial, tiene derecho a vivir en condiciones que aseguren su participación social a través del acceso efectivo especialmente a la educación, cultura y trabajo.

Este derecho se protegerá cualquiera sea la edad de la persona.

Artículo 11. (Derecho a la privacidad de la vida).- Todo niño y adolescente tiene derecho a que se respete la privacidad de su vida. Tiene derecho a que no se utilice su imagen en forma lesiva, ni se publique ninguna información que lo perjudique y pueda dar lugar a la individualización de su persona.

Artículo 11 bis. (Información y acceso a los servicios de salud).- Todo niño, niña o adolescente tiene derecho a la información y acceso a los servicios de salud, inclusive los referidos a la salud sexual y reproductiva, debiendo los profesionales actuantes respetar la confidencialidad de la consulta y ofrecerle las mejores formas de atención y tratamiento cuando corresponda.

De acuerdo a la edad del niño, niña o adolescente se propenderá a que las decisiones sobre métodos de prevención de la salud sexual u otros tratamientos médicos que pudieran corresponder, se adopten en concurrencia con sus padres u otros referentes adultos de su confianza, debiendo respetarse en todo caso la autonomía progresiva de los adolescentes.

En caso de existir riesgo grave para la salud del niño, niña o adolescente y no pudiera llegarse a un acuerdo con éste o con sus padres o responsables del mismo en cuanto al tratamiento a seguir, el profesional podrá solicitar el aval del Juez competente en materia de derechos vulnerados o amenazados de niños, niñas y adolescentes, quien a tales efectos deberá recabar la opinión del niño, niña o adolescente, siempre que sea posible.



El artículo 11 bis fue agregado por el artículo 7 de la Ley N°18426 de 01/12/2008

DE LOS DERECHOS DEL ESTADO

Artículo 12. (Derecho al disfrute de sus padres y familia).- La vida familiar es el ámbito adecuado para el mejor logro de la protección integral.

Todo niño y adolescente tiene derecho a vivir y a crecer junto a su familia y a no ser separado de ella por razones económicas.

Sólo puede ser separado de su familia cuando, en su interés superior y en el curso de un debido proceso, las autoridades determinen otra relación personal sustitutiva.

En los casos en que sobrevengan circunstancias especiales que determinen la separación del núcleo familiar, se respetará su derecho a mantener vínculos afectivos y contacto directo con uno o ambos padres, salvo si es contrario a su interés superior.

Si el niño o adolescente carece de familia, tiene derecho a crecer en el seno de otra familia o grupo de crianza, la que será seleccionada atendiendo a su bienestar.

Sólo en defecto de esta alternativa, se considerará el ingreso a un establecimiento público o privado. Se procurará que su estancia en el mismo sea transitoria.

Artículo 12 bis. (Prohibición del castigo físico).- Queda prohibido a padres o responsables, así como a toda persona encargada del cuidado, tratamiento, educación o vigilancia de niños y adolescentes, utilizar el castigo físico o cualquier tipo de trato humillante como forma de corrección o disciplina de niños, niñas o adolescentes.

Compete al Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay, en coordinación con las demás instituciones del Estado y la sociedad civil:

A) Ejecutar programas de sensibilización y educación dirigidos a padres, responsables, así como a toda persona encargada del cuidado, tratamiento, educación o vigilancia de las personas menores de edad; y,

B) promover formas de disciplina positivas, participativas y no violentas, que sean alternativas al castigo físico y otras formas de trato humillantes.

El artículo 12 bis fue agregado por el artículo 1° de la Ley N° 18214 de 09/12/2007.

Artículo 13. (Conflictos armados).- Los niños y adolescentes no pueden formar parte de las hostilidades en conflictos armados ni recibir preparación para ello.



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA SALUD DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN



CAPÍTULO III

DE LOS DEBERES DEL ESTADO

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 legales.

El Estado pondrá el máximo empeño en garantizar el reconocimiento del principio de que ambos padres o sus representantes legales, cuya preocupación fundamental será el interés superior del niño, tienen obligaciones y derechos comunes en lo que respecta a su crianza y desarrollo.

El Estado asegurará la aplicación de toda norma que dé efectividad a esos derechos.

Artículo 15. (Protección especial).- El Estado tiene la obligación de proteger especialmente a los niños y adolescentes respecto a toda forma de:

- A) Abandono, abuso sexual o explotación de la prostitución.
- B) Trato discriminatorio, hostigamiento, segregación o exclusión en los lugares de estudio, esparcimiento o trabajo.
- C) Explotación económica o cualquier tipo de trabajo nocivo para su salud, educación o para su desarrollo físico, espiritual o moral.
- D) Tratos crueles, inhumanos o degradantes.
- E) Estímulo al consumo de tabaco, alcohol, inhalantes y drogas.
- F) Situaciones que pongan en riesgo su vida o inciten a la violencia, como el uso y el comercio de armas.
- G) Situaciones que pongan en peligro su seguridad, como detenciones y traslados ilegítimos.
- H) Situaciones que pongan en peligro su identidad, como adopciones ilegítimas y ventas.
- I) Incumplimiento de los progenitores o responsables de alimentarlos, cuidar su salud y velar por su educación.



CAPÍTULO IV

DE LOS DEBERES DE LOS PADRES O RESPONSABLES

Artículo 16. (De los deberes de los padres o responsables).- Son deberes de los padres o responsables respecto de los niños y adolescentes:

- A) Respetar y tener en cuenta el carácter de sujeto de derecho del niño y del adolescente.
- B) Alimentar, cuidar su salud, su vestimenta y velar por su educación.
- C) Respetar el derecho a ser oído y considerar su opinión.
- D) Colaborar para que sus derechos sean efectivamente gozados.
- E) Prestar orientación y dirección para el ejercicio de sus derechos.
- F) Corregir a sus hijos o tutelados, excluyéndose la utilización del castigo físico o cualquier tipo de trato humillante.
- G) 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 pone en grave riesgo la vigencia de los derechos del niño y del adolescente.
- H) Velar por la asistencia regular a los centros de estudio y participar en el proceso educativo.
- I) Todo otro deber inherente a su calidad de tal.

El artículo 2 de la Ley N° 18214 de 09/12/2007 dió nueva redacción al literal f.

CAPÍTULO V

DE LOS DEBERES DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES

Artículo 17. (De los deberes de los niños y adolescentes).- Todo niño y adolescente tiene el deber de mantener una actitud de respeto en la vida de relación familiar, educativa y social, así como de emplear sus energías físicas e intelectuales en la adquisición de conocimientos y desarrollo de sus habilidades y aptitudes.

Especialmente deberán:

- A) Respetar y obedecer a sus padres o responsables, siempre que sus órdenes no lesionen sus derechos o contravengan las leyes.



- B) Cuidar, en la medida de sus posibilidades, a sus ascendientes en su enfermedad y ancianidad.
- C) Respetar los derechos, ideas y creencias de los demás.
- D) Respetar el orden jurídico.
- E) Conservar el medio ambiente.
- F) Prestar, en la medida de sus posibilidades, el servicio social o ayuda comunitaria, cuando las circunstancias así lo exijan.
- G) Cuidar y respetar su vida y su salud.

CAPÍTULO VI

POLÍTICAS SOCIALES DE PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

Artículo 18. (Objetivos).- Son objetivos fundamentales:

- A) Promoción social. Deberá asegurarse la promoción tendiente a favorecer el desarrollo integral de todas las potencialidades del niño y del adolescente como persona en condición de ser en desarrollo, a efectos de procurar su integración social en forma activa y responsable como ciudadano. Se cuidará especialmente la promoción en equidad, evitando que se generen desigualdades por conceptos discriminatorios por causa de sexo, etnia, religión o condición social.
- B) Protección y atención integral. Deberá asegurarse una protección integral de los derechos y deberes de los niños y adolescentes, así como asegurar una atención especial por parte del Estado y de la sociedad ante la necesidad de ofrecer atención personalizada en determinadas situaciones.

Artículo 19. (Vida familiar y en sociedad).- Son principios básicos:

- A) El fortalecimiento de la integración y permanencia de los niños y adolescentes en los ámbitos primarios de socialización: la familia y las instituciones educativas.
- B) La descentralización territorial que asegure el acceso de los niños, adolescentes y familias en toda la gama de servicios básicos.
- C) La participación de la sociedad civil y la promoción de la solidaridad social hacia los niños y adolescentes.



Artículo 20. (Afirmación de políticas sociales).- Las normas que regulan la vigencia efectiva de los derechos de los niños y adolescentes en las áreas de supervivencia y desarrollo, requerirán de la implementación de un sistema de políticas sociales básicas, complementarias, de protección especial, de carácter integral, que respondan a la diversidad de realidades y comprendan la coordinación entre el Estado y la sociedad civil.

Artículo 21. (Criterio rector).- Es criterio rector velar por el desarrollo armónico de los niños y adolescentes, correspondiendo fundamentalmente a la familia y a los sistemas de salud y educación su seguimiento hasta la mayoría de edad, según el principio de concurrencia que emerge del artículo 7º de este Código.

Artículo 22. (Líneas de acción).- La atención hacia la niñez y la adolescencia se orientará primordialmente a:

- A) La aplicación de políticas sociales básicas, que hagan efectivos los derechos consagrados en la Constitución de la República, para todos los niños y los adolescentes.
- B) La creación de 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.
- C) La implementación de medidas apropiadas para que los niños tengan derecho a beneficiarse de los servicios de instalaciones de guarda, especialmente en el caso de que los padres trabajen.
- D) La adopción de programas integrales y servicios especiales de prevención y atención médica y psicosocial a las víctimas de negligencia, maltrato, violencia o explotación laboral o sexual.
- E) La aplicación de programas de garantías para la protección jurídico-social de los niños y adolescentes en conflicto con la ley, y de educación para la integración social.
- F) La adopción de programas de promoción de la niñez y adolescencia en las áreas deportivas, culturales y recreativas, entre otras.
- G) La creación de sistemas de indicadores de desarrollo del niño y del adolescente, respetando el derecho a la privacidad y el secreto profesional.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA

UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA SALUD DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



CAPÍTULO VII

I - De la filiación

Artículo 23. (Derecho a la filiación).- Todo niño y adolescente tiene derecho a conocer quiénes son sus padres.

Artículo 24. (Derecho a la protección).- Todo niño y adolescente tiene derecho, hasta la mayoría de edad, a recibir de sus padres y responsables la protección y cuidados necesarios para su adecuado desarrollo integral y es deber de éstos el proporcionárselos.

Artículo 25. (Derecho a la identidad).- Sin perjuicio de las normas del Registro de Estado Civil, el recién nacido deberá ser identificado mediante las impresiones plantar y digital acompañadas por la impresión digital de la madre.

Todas las maternidades públicas y privadas deberán llevar un registro para cumplir con lo dispuesto en el inciso anterior, al momento de realizarse el parto. Se le otorgará copia a la madre y se enviará otra al Registro de Estado Civil.

Los médicos o parteros que asistan nacimientos fuera de la maternidad, deberán realizar el registro de igual forma y, en caso de imposibilidad, anotarlo en la historia clínica.

En este último caso y fuera de las hipótesis señaladas anteriormente, las impresiones digital y plantar del recién nacido se tomarán al momento de hacerse la inscripción en el Registro de Estado Civil.



ANEXO IV

Ley N° 18.335

PACIENTES Y USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD SE ESTABLECEN SUS DERECHOS Y OBLIGACIONES

El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General,

DECRETAN:

CAPÍTULO I

DE LAS DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1°.- La presente ley regula los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de salud con respecto a los trabajadores de la salud y a los servicios de atención de la salud.

Artículo 2°.- Los pacientes y usuarios tienen derecho a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón ya sea de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social, opción u orientación sexual, nivel cultural o capacidad económica.

CAPÍTULO II

DE LAS DEFINICIONES

Artículo 3°.- Se considera servicio de salud a toda organización conformada por personas físicas o jurídicas, tales como instituciones, entidades, empresas, organismos públicos, privados -de carácter particular o colectivo- o de naturaleza mixta, que brinde prestaciones vinculadas a la salud.

Artículo 4°.- Se entiende por trabajador de la salud, a los efectos de los derechos de los pacientes, a toda persona que desempeñe funciones y esté habilitada para ello, en el ámbito de un servicio de salud, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 3° de la presente ley, que cumpla una actividad permanente o temporal, remunerada o no.

Artículo 5°.- Es usuario de un servicio de salud toda persona física que adquiera el derecho a utilizar bienes o servicios de salud.



Se entiende por paciente a toda persona que recibe atención de la salud, o en su defecto sus familiares, cuando su presencia y actos se vinculen a la atención de aquélla.

En los casos de incapacidad o de manifiesta imposibilidad de ejercer sus derechos y de asumir sus obligaciones, le representará su cónyuge o concubino, el pariente más próximo o su representante legal.

CAPÍTULO III

DE LOS DERECHOS

Artículo 6º.- Toda persona tiene derecho a acceder a una atención integral que comprenda todas aquellas acciones destinadas a la promoción, protección, recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos, de acuerdo a las definiciones que establezca el Ministerio de Salud Pública.

Artículo 7º.- Todo paciente tiene derecho a una atención en salud de calidad, con trabajadores de salud debidamente capacitados y habilitados por las autoridades competentes para el ejercicio de sus tareas o funciones.

Todo paciente tiene el derecho a acceder a medicamentos de calidad, debidamente autorizados por el Ministerio de Salud Pública e incluidos por éste en el formulario terapéutico de medicamentos, y a conocer los posibles efectos colaterales derivados de su utilización.

Todo paciente tiene el derecho a que sus exámenes diagnósticos, estudios de laboratorio y los equipos utilizados para tal fin cuenten con el debido control de calidad. Asimismo tiene el derecho de acceso a los resultados cuando lo solicite.

Artículo 8º.- El Estado, por intermedio del Ministerio de Salud Pública, será responsable de controlar la propaganda destinada a estimular tratamientos o al consumo de medicamentos. La promoción engañosa se determinará de acuerdo con lo prescripto en la Ley N° 17.250, de 11 de agosto de 2000, y, en particular, en el Capítulo IX de ese texto.

Artículo 9º.- El Estado, por intermedio del Ministerio de Salud Pública, está obligado a informar públicamente y en forma regular sobre las condiciones sanitarias en el territorio nacional.

Artículo 10.- El Estado garantizará en todos los casos el acceso a los medicamentos incluidos en el formulario terapéutico de medicamentos.



Todas las patologías, agudas o crónicas, transmisibles o no, deben ser tratadas, sin ningún tipo de limitación, mediante modalidades asistenciales científicamente válidas que comprendan el suministro de medicamentos y todas aquellas prestaciones que componen los programas integrales definidos por el Ministerio de Salud Pública de acuerdo con lo establecido por el artículo 45 de la Ley N° 18.211, de 5 de diciembre de 2007.

Los servicios de salud serán responsables de las omisiones en el cumplimiento de estas exigencias.

Artículo 11.- Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante -luego de recibir información adecuada, suficiente y continua- y el profesional de salud. El consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos estará consignado en la historia clínica en forma expresa. Éste puede ser revocado en cualquier momento.

El paciente tiene derecho a negarse a recibir atención médica y a que se le expliquen las consecuencias de la negativa para su salud.

Cuando mediaren razones de urgencia o emergencia, o de notoria fuerza mayor que imposibiliten el acuerdo requerido, o cuando las circunstancias no permitan demora por existir riesgo grave para la salud del paciente, o cuando se esté frente a patologías que impliquen riesgo cierto para la sociedad que integra, se podrán llevar adelante los procedimientos, de todo lo cual se dejará precisa constancia en la historia clínica.

En la atención de enfermos siquiátricos se aplicarán los criterios dispuestos en la Ley N° 9.581, de 8 de agosto de 1936, y las reglamentaciones que en materia de atención a la salud mental dicte el Ministerio de Salud Pública.

Artículo 12.- Todo procedimiento de investigación médica deberá ser expresamente autorizado por el paciente sujeto de investigación, en forma libre, luego de recibir toda la información en forma clara sobre los objetivos y la metodología de la misma y una vez que la Comisión de Bioética de la institución de asistencia autorice el protocolo respectivo. En todos los casos se deberá comunicar preceptivamente a la Comisión de Bioética y Calidad de Atención del Ministerio de Salud Pública. La información debe incluir el derecho a la revocación voluntaria del consentimiento, en cualquier etapa de la investigación. La Comisión se integrará y funcionará según reglamentación del Ministerio de Salud Pública y



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA SALUD DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN



se asesorará con los profesionales cuya capacitación en la materia los constituya en referentes del tema a investigar.

Artículo 13.- Toda persona tiene el derecho de elección del sistema asistencial más adecuado de acuerdo con lo establecido por el artículo 50 de la Ley N° 18.211, de 5 de diciembre de 2007.

En caso de que una persona cambie de institución o de sistema de cobertura asistencial, la nueva institución o sistema deberá recabar de la o del de origen la historia clínica completa del usuario. El costo de dicha gestión será de cargo de la institución solicitante y la misma deberá contar previamente con autorización expresa del usuario.

Artículo 14.- La docencia de las diferentes actividades profesionales en el ámbito de la salud podrá ser realizada en cualquier servicio de salud.

CAPÍTULO IV

DE LOS DERECHOS RELATIVOS A LA DIGNIDAD DE LA PERSONA

Artículo 15.- Los servicios de salud, dependiendo de la complejidad del proceso asistencial, integrarán una Comisión de Bioética que estará conformada por trabajadores o profesionales de la salud y por integrantes representativos de los usuarios.

Artículo 16.- Todo paciente tiene el derecho a disponer de su cuerpo con fines diagnósticos y terapéuticos con excepción de las situaciones de emergencia imprevista, sin perjuicio de lo dispuesto en la Ley N° 14.005, de 17 de agosto de 1971, y sus modificativas.

Artículo 17.- Todo paciente tiene derecho a un trato respetuoso y digno. Este derecho incluye, entre otros, a:

A)	Ser respetado en todas las instancias del proceso de asistencia, en especial recibir un trato cortés y amable, ser conocido por su nombre, recibir una explicación de su situación clara y en tiempo, y ser atendido en los horarios de atención comprometidos.
B)	Procurar que en todos los procedimientos de asistencia médica se evite el dolor físico y emocional de la persona cualquiera sea su situación fisiológica o patológica.



C)	Estar acompañado por sus seres queridos o representantes de su confesión en todo momento de peligro o proximidad de la muerte, en la medida que esta presencia no interfiera con los derechos de otros pacientes internados y de procedimientos médicos imprescindibles.
D)	Morir con dignidad, entendiendo dentro de este concepto el derecho a morir en forma natural, en paz, sin dolor, evitando en todos los casos anticipar la muerte por cualquier medio utilizado con ese fin (eutanasia) o prolongar artificialmente la vida del paciente cuando no existan razonables expectativas de mejoría (futilidad terapéutica), con excepción de lo dispuesto en la <u>Ley N° 14.005</u> , de 17 de agosto de 1971, y sus modificativas.
E)	Negarse a que su patología se utilice con fines docentes cuando esto conlleve pérdida en su intimidad, molestias físicas, acentuación del dolor o reiteración de procedimientos. En todas las situaciones en que se requiera un paciente con fines docentes tendrá que existir consentimiento. Esta autorización podrá ser retirada en cualquier momento, sin expresión de causa.
F)	Que no se practiquen sobre su persona actos médicos contrarios a su integridad física o mental, dirigidos a violar sus derechos como persona humana o que tengan como resultado tal violación.

CAPÍTULO V

DEL DERECHO AL CONOCIMIENTO DE SU SITUACIÓN DE SALUD

Artículo 18.- Todo paciente tiene derecho a conocer todo lo relativo a su enfermedad. Esto comprende el derecho a:

A)	Conocer la probable evolución de la enfermedad de acuerdo a los resultados obtenidos en situaciones comparables en la institución prestadora del servicio de salud.
----	---



B)	Conocer en forma clara y periódica la evolución de su enfermedad que deberá ser hecha por escrito si así lo solicitase el paciente; así como el derecho a ser informado de otros recursos de acción médica no disponibles en la institución pública o privada donde se realiza la atención de salud.
	En situaciones excepcionales y con el único objetivo del interés del paciente con consentimiento de los familiares se podrá establecer restricciones al derecho de conocer el curso de la enfermedad o cuando el paciente lo haya expresado previamente (derecho a no saber).
	Este derecho a no saber puede ser relevado cuando, a juicio del médico, la falta de conocimiento pueda constituir un riesgo para la persona o la sociedad.
C)	Conocer quién o quiénes intervienen en el proceso de asistencia de su enfermedad, con especificación de nombre, cargo y función.
D)	Que se lleve una historia clínica completa, escrita o electrónica, donde figure la evolución de su estado de salud desde el nacimiento hasta la muerte.
	La historia clínica constituye un conjunto de documentos, no sujetos a alteración ni destrucción, salvo lo establecido en la normativa vigente.
	El paciente tiene derecho a revisar su historia clínica y a obtener una copia de la misma a sus expensas, y en caso de indigencia le será proporcionada al paciente en forma



	gratuita.
	En caso de que una persona cambie de institución o de sistema de cobertura asistencial, la nueva institución o sistema deberá recabar de la o del de origen la historia clínica completa del usuario. El costo de dicha gestión será de cargo de la institución solicitante y la misma deberá contar previamente con autorización expresa del usuario.
	La historia clínica es de propiedad del paciente, será reservada y sólo podrán acceder a la misma los responsables de la atención médica y el personal administrativo vinculado con éstos, el paciente o en su caso la familia y el Ministerio de Salud Pública cuando lo considere pertinente.
	El revelar su contenido, sin que fuere necesario para el tratamiento o mediare orden judicial o conforme con lo dispuesto por el artículo 19 de la presente ley, hará pasible del delito previsto en el artículo 302 del Código Penal.
E)	Que los familiares u otras personas que acompañen al paciente -ante requerimiento expreso de los mismos- conozcan la situación de salud del enfermo y siempre que no medie la negativa expresa de éste.
	En caso de enfermedades consideradas estigmatizantes en lo social, el médico deberá consultar con el paciente el alcance de esa comunicación. La responsabilidad del profesional en caso de negativa por parte del enfermo quedará salvada asentando en la historia clínica esta decisión.
F)	Que en situaciones donde la ciencia médica haya agotado las posibilidades terapéuticas



	de mejoría o curación, esta situación esté claramente consignada en la historia clínica, constando a continuación la orden médica: "No Reanimar" impartida por el médico tratante, decisión que será comunicada a la familia directa del paciente.
G)	Conocer previamente, cuando corresponda, el costo que tendrá el servicio de salud prestado, sin que se produzcan modificaciones generadas durante el proceso de atención. En caso de que esto tenga posibilidad de ocurrir será previsto por las autoridades de la institución o los profesionales actuantes.
H)	Conocer sus derechos y obligaciones y las reglamentaciones que rigen los mismos.
I)	Realizar consultas que aporten una segunda opinión médica en cuanto al diagnóstico de su condición de salud y a las alternativas terapéuticas aplicables a su caso. Las consultas de carácter privado que se realicen con este fin serán de cargo del paciente.

Artículo 19.- Toda historia clínica, debidamente autenticada, en medio electrónico constituye documentación auténtica y, como tal, será válida y admisible como medio probatorio.

Se considerará autenticada toda historia clínica en medio electrónico cuyo contenido esté validado por una o más firmas electrónicas mediante claves u otras técnicas seguras, de acuerdo al estado de la tecnología informática. Se aplicará a lo dispuesto en los artículos 129 y 130 de la Ley N° 16.002, de 25 de noviembre de 1988, en el inciso tercero del artículo 695 y en el artículo 697 de la Ley N° 16.736, de 5 de enero de 1996, y en el artículo 25 de la Ley N° 17.243, de 29 de junio de 2000.

Artículo 20.- Es de responsabilidad de los servicios de salud dotar de seguridad a las historias clínicas electrónicas y determinar las formas y procedimientos de administración y custodia de las claves de acceso y demás técnicas que se usen.

El Poder Ejecutivo deberá determinar criterios uniformes mínimos obligatorios de las historias clínicas para todos los servicios de salud.

CAPÍTULO VI



DE LOS DERECHOS DE PRIVACIDAD

Artículo 21.- El servicio de salud, en su carácter de prestador de salud, y, en lo pertinente, el profesional actuante deberán cumplir las obligaciones legales que le imponen denuncia obligatoria, así como las que determine el Ministerio de Salud Pública.

CAPÍTULO VII

DE LOS DEBERES DE LOS PACIENTES

Artículo 22.- Toda persona tiene el deber de cuidar de su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad, tal como lo establece el artículo 44 de la Constitución de la República. Asimismo tiene la obligación de someterse a las medidas preventivas o terapéuticas que se le impongan, cuando su estado de salud, a juicio del Ministerio de Salud Pública, pueda constituir un peligro público, tal como lo dispone el artículo 224 del Código Penal.

El paciente tiene la obligación de suministrar al equipo de salud actuante información cierta, precisa y completa de su proceso de enfermedad, así como de los hábitos de vida adoptados.

Artículo 23.- El paciente es responsable de seguir el plan de tratamiento y controles establecidos por el equipo de salud. Tiene igualmente el deber de utilizar razonablemente los servicios de salud, evitando un uso abusivo que desvirtúe su finalidad y utilice recursos en forma innecesaria.

Artículo 24.- El paciente o en su caso quien lo representa es responsable de las consecuencias de sus acciones si rehúsa algún procedimiento de carácter diagnóstico o terapéutico, así como si no sigue las directivas médicas.

Si el paciente abandonare el centro asistencial sin el alta médica correspondiente, tal decisión deberá consignarse en la historia clínica, siendo considerada la situación como de "alta contra la voluntad médica", quedando exonerada la institución y el equipo de salud de todo tipo de responsabilidad.

CAPÍTULO VIII

DE LAS INFRACCIONES A LA LEY

Artículo 25.- Las infracciones a la presente ley determinarán la aplicación de las sanciones administrativas previstas en la normativa vigente en las instituciones o en el ámbito del Ministerio de Salud Pública, sin perjuicio de otras acciones que se puedan derivar de su



violación.

Artículo 26.- Sin perjuicio de lo establecido en el artículo anterior, los agrupamientos de trabajadores de la salud con personería jurídica, podrán juzgar la conducta profesional de sus afiliados de acuerdo a sus estatutos.

Sala de Sesiones de la Cámara de Senadores, en Montevideo, a 5 de agosto de 2008.

**CARTILLA DE DERECHOS Y DEBERES
DE LOS PACIENTES Y USUARIOS
DE LOS SERVICIOS DE SALUD
CAPÍTULO I. AFILIACION**

ARTÍCULO 1º.- (Usuarios o pacientes) Son pacientes o usuarios de servicios de salud tanto los habitantes residentes en el país como las personas no residentes en el mismo que adquieran el derecho a utilizar dichos servicios.

ARTÍCULO 2º.- (Elección del prestador) La elección del servicio de salud es libre, en los términos de las disposiciones legales y reglamentarias aplicables. Los usuarios deberán inscribirse en la institución de su preferencia, en forma personal y en sus oficinas autorizadas al efecto por el Ministerio de Salud Pública.
El formulario de afiliación deberá contar con la firma del usuario y la del funcionario que la recibió.

ARTÍCULO 3º.- (Mayores de 65 años) Las personas mayores de 65 años, no amparadas por el Seguro Nacional de Salud, no podrán ser rechazadas por Instituciones de Asistencia Médica Colectiva cuando cambien su domicilio de un Departamento a otro del País, o acrediten dificultades supervinientes de acceso geográfico a los servicios del prestador que tienen y siempre que no mantengan deudas con el mismo. En



estos casos no estarán sometidas a examen de ingreso el que, si igualmente se realiza, será a costo del servicio de salud y no supondrá limitación alguna de las prestaciones que les correspondan de acuerdo a la cobertura a la que tengan derecho.

UD

ARTÍCULO 4º.- (Derecho a no ser rechazado).- Ningún paciente o usuario amparado por el Seguro Nacional de Salud podrá ser rechazado por los servicios de salud que integren el mismo. En caso de perder esa condición, dentro de los 30 (treinta) días subsiguientes podrán optar por permanecer como afiliados individuales en la misma Institución. Si no hacen esa opción ni usan los servicios, la Institución no podrá reclamarles pago alguno.

ARTÍCULO 5º.- (Hijos) Los hijos de usuarios amparados por el Seguro Nacional de Salud que sean menores de 18 (dieciocho) años, o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo los del cónyuge o concubino a cargo, tienen derecho al mismo amparo. Deberán ser inscriptos por sus padres, tutores, curadores o titulares de guarda concedida judicialmente, en Instituciones de salud que integren el Seguro Nacional de Salud.

Los recién nacidos quedarán afiliados al servicio de salud de la madre, pudiendo sus responsables trasladarlos a otro en un plazo no mayor de 90 (noventa) días, contados a partir del nacimiento. Si al momento del parto los padres, tutores, curadores o titulares de la guarda concedida judicialmente, hubieran perdido la cobertura del Seguro Nacional de Salud o no pudieran transmitirla por tenerla a través de sus propios responsables, el recién nacido gozará de la cobertura de dicho seguro hasta el último día del mes siguiente al del nacimiento y a partir de ese momento, el servicio de salud no podrá rechazarlo si sus responsables deciden mantenerlo afiliado al mismo, pagando por los servicios que reciba.

Los beneficiarios del Seguro Nacional de Salud podrán optar por amparar en el mismo, en cualquier momento, a sus hijos desde los 18 (dieciocho) y hasta cumplir los 21 (veintiún) años, pagando a la Institución de salud la cuota bonificada que determine el Poder Ejecutivo, de conformidad con las disposiciones vigentes. A tal efecto, podrán



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA SALUD DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN



mantenerlos en los mismos prestadores que tenían como menores de edad o elegir para ellos otro de los que integran el Seguro Nacional de Salud. Cumplidos los 21 (veintiún) años, será de aplicación lo dispuesto en el Artículo 4 de la presente Cartilla.

ARTÍCULO 6º.- (Seguros Integrales de Salud) Tratándose de Seguros Integrales de Salud autorizados por el Ministerio de Salud Pública para integrar el Seguro Nacional de Salud, lo dispuesto en el Artículo 4 y en los Incisos 2,3 y 4 del Artículo 5 de la presente Cartilla, estará condicionado por el Contrato que el usuario haya celebrado con los mismos, en virtud del régimen de libre contratación que los ampara.

ARTÍCULO 7º.- (Cónyuges y concubinos) Los usuarios amparados por el Seguro Nacional de Salud podrán incorporar al mismo a cónyuges y concubinos a cargo, en los plazos y condiciones que determinen las disposiciones legales y reglamentarias aplicables.

ARTÍCULO 8º.- (Retiro incentivado) Mientras perciban retiro incentivado, los trabajadores podrán optar, en los términos de las normas vigentes, por conservar el amparo del Seguro Nacional de Salud, para sí y para las personas respecto de las que generen el mismo derecho, realizando los aportes correspondientes al Fondo Nacional de Salud.

ARTÍCULO 9º.- (Seguro de paro) Los trabajadores acogidos al Seguro de Desempleo conservarán el amparo del Seguro Nacional de Salud mientras dure el mismo, al igual que las personas para quienes generen ese derecho.

ARTÍCULO 10º.- (Jubilados) Los trabajadores dependientes y no dependientes amparados por el Seguro Nacional de Salud, conservarán el mismo amparo cuando se jubilen, siempre que no justifiquen tener otra cobertura de salud de nivel similar, aunque en cualquier caso deberán realizar los aportes al Fondo Nacional de Salud sobre su haber jubilatorio, de acuerdo a la composición de su núcleo familiar. Mientras se encuentren tramitando dicha jubilación y siempre que cumplan los requisitos determinados por el Banco de Previsión



Social para que pueda presumirse que alcanzarán ese beneficio, conservarán la cobertura del Seguro Nacional de Salud por un plazo de hasta seis meses.

ARTÍCULO 11º.- (Movilidad) Los usuarios amparados por el Seguro Nacional de Salud podrán cambiar de Institución de salud en las condiciones y plazos que autorice el Poder Ejecutivo, realizando el trámite en forma personal y en las oficinas de la Institución a la que pretendan ingresar, autorizadas al efecto por el Ministerio de Salud Pública. Los afiliados a Instituciones de salud privadas en cualquier momento podrán cambiarse a la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), solicitando su registro ante la misma.

Los afiliados a Instituciones públicas o privadas podrán cambiarse en cualquier momento a un Seguro Integral de los que integran el Seguro Nacional de Salud, pero cuando quieran egresar de él deberán volver al prestador que tenían con anterioridad. El cambio de uno a otro de dichos Seguros Integrales es libre en todo momento. Las solicitudes excepcionales de cambio de Institución de salud por las causas que habilite la reglamentación vigente, deberán presentarse ante el Banco de Previsión Social y serán resueltas por la Junta Nacional de Salud.

CAPÍTULO III. COBERTURA

ARTÍCULO 12º.- (Prestaciones incluidas) Los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud con derecho a atención integral de salud, recibirán como mínimo las prestaciones incluidas en el Catálogo de Prestaciones (Plan Integral de Atención a la Salud), que tiene como marco de referencia los programas integrales definidos por el Ministerio de Salud Pública y aprobados por el Poder Ejecutivo. Incluye acciones de promoción, protección, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, y puede ser consultado en el sitio web del Ministerio de Salud Pública: La atención de salud de tipo parcial, estará sujeta a los acuerdos que celebren los usuarios con los servicios de salud, en el marco de las disposiciones vigentes.



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA SALUD DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN



ARTÍCULO 13°.- (Medicamentos) La atención integral de salud comprende el acceso a los Medicamentos incluidos en el Formulario Terapéutico de Medicamentos (FTM) aprobado por el Ministerio de Salud Pública, sin perjuicio del pago a cargo del usuario o paciente de las tasas moderadoras que autorice el Poder Ejecutivo. El acceso a Medicamentos no incluidos en dicho formulario, de no estar tampoco en el Vademécum institucional del prestador, se registrará por el régimen de libre contratación.

ARTÍCULO 14°.- (Prestaciones no incluidas) El derecho de los usuarios y pacientes a ser informados sobre otros recursos de atención médica disponibles en la Institución de salud donde se atienden, no incluidos en las prestaciones que obligatoriamente debe proporcionarles la misma, no implica para el prestador ni para el Estado la obligación de garantizarles el acceso a los mismos, a menos que así lo convengan con dicha Institución en régimen de libre contratación.

ARTÍCULO 15°.- (Drogodependencia) Usuarios y pacientes tienen derecho a recibir atención en materia de drogodependencia que incluya: apoyo presencial o telefónico durante las 24 (veinticuatro) horas, policlínicas de atención ambulatoria multidisciplinaria e internación por intoxicación severa.

ARTÍCULO 16°.- (Salud Sexual y Reproductiva) Usuarios y pacientes tienen derecho a acceder a servicios de salud sexual y reproductiva, que formarán parte de los programas integrales de salud y deberán brindarse con un abordaje universal, amigable, inclusivo, igualitario, integral, multidisciplinario, ético, calificado y confidencial.

ARTÍCULO 17°.- (Violencia doméstica y sexual) Usuarios y pacientes tienen derecho a atención y derivación oportuna cuando en la consulta médica se detecte violencia física, psicológica o sexual.



ARTÍCULO 18°.- (Prevención del cáncer genitomamario) Las mujeres de entre 21 (veintiún) y 65 (sesenta y cinco) años tienen derecho a un estudio gratuito de Papanicolaou con fines preventivos cada 3 (tres) años. Las que tengan entre 40 (cuarenta) y 59 (cincuenta y nueve) años también tienen derecho a un estudio gratuito de mamografía cada 2 (dos) años.

ARTÍCULO 19°.- (Embarazo) Las mujeres embarazadas tienen derecho a exoneraciones y beneficios en el pago de tasas moderadoras por los controles y estudios paraclínicos incluidos en el protocolo de control de embarazo, cuyo detalle puede consultarse en el sitio web del Ministerio de Salud Pública y en la Institución de salud correspondiente.

ARTÍCULO 20°.- (Parto) Las mujeres tienen derecho a estar acompañadas durante el trabajo de parto, el parto (incluyendo las cesáreas, de acuerdo a las posibilidades y limitaciones del evento obstétrico) y el nacimiento por una persona de su confianza o, en su defecto, a su libre elección por una especialmente entrenada para darles apoyo emocional.

ARTÍCULO 21°.- (Controles gratuitos ^ menores) Los menores de 18 (dieciocho) años tienen derecho a controles gratuitos de acuerdo a pautas de los Programas Nacionales de Salud de la Niñez, Adolescencia, Mujer y Género, Bucal y Ocular.
Los menores de 18 (dieciocho) años amparados por el Seguro Nacional de Salud tienen derecho a internación psiquiátrica sin límite de tiempo.

ARTÍCULO 22°.- (Beneficios especiales por patologías) Los usuarios y pacientes con patologías oncológicas, hipertensos y diabéticos tienen derecho a contar con actividades de prevención secundaria y un plan de seguimiento establecidos en las guías y protocolos institucionales y nacionales que los referencien a un equipo de salud que les dé seguimiento y realice los registros asistenciales correspondientes en su Historia Clínica.
Hipertensos, diabéticos y psiquiátricos también tienen derecho a beneficios en materia de tasas moderadoras



ARTÍCULO 23°.- (Beneficios para jubilados) Los jubilados amparados por el Seguro Nacional de Salud, tienen derecho a beneficios en materia de tasas moderadoras

ARTÍCULO 24°.- (Carné de salud) El Carné de Salud podrá ser obtenido en forma gratuita cada dos años por los usuarios a los que les sea exigible por sus actividades laborales. Para ello, dichos usuarios deberán haber tenido en los últimos 12 (doce) meses consulta con médico general y haberse realizado las rutinas de control requeridas por las normas vigentes para la obtención del mismo. En los demás casos, los usuarios deberán pagar por la obtención del carné de salud la tasa moderadora que autorice el Poder Ejecutivo.

En todos los casos, los usuarios deberán pagar el aporte a la Caja de Profesionales Universitarios. Asimismo, los usuarios tienen derecho a que se les otorguen, sin costo adicional, los Carné de Salud establecidos por la autoridad sanitaria (Carné de Salud del Niño/a, del/la Adolescente, del Adulto Mayor, etc.).

ARTÍCULO 25°.- (Estudios especiales) Los usuarios que gestionen ante el Banco de Previsión Social un subsidio o jubilación por incapacidad laboral, tendrán derecho a que el servicio de salud les realice los estudios de diagnóstico necesarios a esos efectos, siempre que los mismos estén incluidos en la cobertura de salud a la que tengan derecho, según lo establecido en el Artículo 12 de la presente Cartilla.

CAPÍTULO IV. ACCESO A LOS SERVICIOS

ARTÍCULO 26°.- (Derechos) Los pacientes y usuarios tienen derecho a:

- a) Conocer y ejercer sus derechos, con asesoramiento y apoyo, en su caso, del servicio de salud correspondiente.
- b) Que se les facilite el acceso y uso de los servicios de salud, incluyendo las plantas físicas donde funcionen, contemplando sus dificultades, discapacidades y necesidades.
- c) Ser oídos y atendidos en un ambiente adecuado y en forma oportuna.



d) Recibir un trato respetuoso y digno, que incluye la protección de su intimidad cuando estén haciendo uso de los servicios de salud.

ARTÍCULO 27º.- (Coordinación de consultas) Los servicios de policlínica de Medicina General, Pediatría y Ginecología deberán estar disponibles como mínimo, en la sede principal del servicio de salud, de lunes a viernes de 8 (ocho) a 20 (veinte) horas y los sábados de 8 (ocho) a 14 (catorce) horas. La coordinación de horas para todo tipo de consultas se podrá hacer en forma telefónica como mínimo, en los mismos días y horarios.

ARTÍCULO 28º.- (Tiempos de espera) Los servicios de salud de todo el país, deberán otorgar cita para consulta externa en Medicina General, Pediatría y Ginecobstetricia, en un plazo máximo de 24 (veinticuatro) horas desde el momento de la solicitud. El plazo máximo de espera para consulta externa de Cirugía General será de de 2 (dos) días desde la fecha de la solicitud. Las consultas externas en las especialidades médicas y quirúrgicas en ningún caso podrán ser coordinadas en un plazo mayor a 30 (treinta) días desde que fueron solicitadas. Los procedimientos quirúrgicos no urgentes deberán coordinarse en un plazo inferior a 180 (ciento ochenta) días a partir del momento en que la cirugía es indicada por el especialista actuante.

CAPÍTULO V. PARTICIPACIÓN INFORMACIÓN

ARTICULO 29º.- (Participación) Los usuarios tienen derecho a participar, a través de los representantes que elijan por voto secreto, en los Consejos Consultivos y Asesores de Los servicios de salud. Para ser electores deberán tener una antigüedad ininterrumpida mínima en la Institución de un año y de dos años para ser elegibles. En el caso de las Instituciones de salud que aseguren la integración en sus órganos de gobierno de representantes de los usuarios, éstos tendrán derecho a ser informados sobre las condiciones para participar a ese nivel.



ARTÍCULO 30°.- (Información) Los pacientes y usuarios tienen derecho a recibir información sobre:

- a) Nombres, especialidades, días y horarios de consulta de los profesionales que se desempeñan en el servicio de salud, así como nombres, cargos y funciones de cualquier trabajador de la salud que participe en la atención que se le brinde.
- b) Políticas de salud y programas de atención integral que se implementan en el Sistema Nacional Integrado de Salud; servicios que presta la Institución y condiciones de acceso a los mismos en todo el territorio nacional y eventualmente fuera de él; prestaciones de salud comprendidas y excluidas de acuerdo a la extensión de la cobertura que les corresponda; precios de las tasas moderadoras que el prestador esté autorizado a cobrar; precios de las prestaciones no incluidas en la cobertura que deba brindarles el prestador obligatoriamente o en la que hayan contratado; resultados asistenciales y económico – financieros de la Institución; forma de acceso al sitio web del prestador, entre otras.

ARTÍCULO 31°.- (Peticiones y reclamaciones) Los usuarios y pacientes también tienen derecho a: Presentar ante la Institución de salud y/o ante el Ministerio de Salud Pública sugerencias, iniciativas, consultas, peticiones o reclamos que estimen pertinentes y a que se agoten todas las etapas del procedimiento que corresponda, de conformidad con las disposiciones vigentes, así como a la confidencialidad de todo el proceso y a la protección de los datos personales en los términos de las disposiciones vigentes. Dichas gestiones serán canalizadas a través de las oficinas de atención al usuario de las respectivas Instituciones de salud y/o a través de la propia del Ministerio de Salud Pública. Poner en conocimiento de las gestiones a que refiere el literal anterior al Consejo Consultivo y Asesor de la Institución de salud, a través de sus representantes en el mismo o, en su caso, a sus representantes en los órganos de gobierno de dicha Institución.

CAPÍTULO VI. HISTORIA CLINICA

ARTÍCULO 32°.- (Obligatoriedad y reserva) El paciente tiene derecho a que se lleve una Historia Clínica completa, donde conste la evolución de su estado de salud desde el



nacimiento hasta la muerte, que será reservada y a la cual sólo podrán acceder las personas y organismos autorizados por las disposiciones legales y reglamentarias aplicables.

ARTÍCULO 33º.- (Disponibilidad) El paciente tiene derecho a revisar su Historia Clínica y a obtener una copia de la misma a sus expensas. En caso de indigencia, le será proporcionada en forma gratuita por el servicio de salud.

ARTÍCULO 34º.- (Confidencialidad para adolescentes) Los adolescentes tienen derecho a que se guarde confidencialidad también respecto de sus familiares, incluyendo a padres, tutores y otros responsables, de los datos relativos a su salud, salvo cuando a juicio del profesional actuante o de la Dirección Técnica del servicio de salud, exista riesgo grave para la salud del paciente o de terceros.

ARTÍCULO 35º.- (Continuidad) Si el usuario o paciente cambia de servicio de salud, la nueva Institución deberá recabar de la de origen su Historia Clínica completa o copia autenticada de la misma. CAPÍTULO VII.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ARTÍCULO 36'.- (Oportunidad y forma) Antes de someterse a procedimientos diagnósticos y terapéuticos, el paciente o su representante tienen derecho a otorgar su consentimiento informado, que el profesional de la salud actuante tiene el deber de solicitarle, previa información adecuada, suficiente, continua y en lenguaje comprensible para dicho paciente, dejando constancia del mismo en su Historia Clínica. El consentimiento informado deberá otorgarse por escrito, con firma del paciente y del profesional de la salud, cuando se trate de intervenciones quirúrgicas y de procedimientos diagnósticos o terapéuticos invasivos. En casos de urgencia, emergencia o de notoria fuerza mayor, se podrán llevar adelante los procedimientos sin requerirse el consentimiento informado.



ARTÍCULO 37'.- (Derecho a no saber) El paciente tiene derecho a otorgar el consentimiento sin recibir información, excepto cuando a juicio del profesional de la salud actuante su falta de conocimiento pueda constituir un riesgo para la persona o la sociedad.

ARTÍCULO 38º.- (Limitación del conocimiento) En situaciones excepcionales y con el único objetivo del interés del paciente, con el consentimiento de sus familiares se podrán establecer restricciones a su derecho a conocer el curso de la enfermedad.

ARTÍCULO 39º.- (Niños y adolescentes) Todo niño, niña y adolescente tiene derecho a que se le brinde información sobre los procedimientos de atención a su salud, en términos adecuados a su edad y a la evolución de sus facultades. En todos los casos, tendrán derecho a ser oídos y a obtener respuestas a sus interrogantes y sus opiniones deberán ser debidamente tenidas en cuenta en función de su edad y madurez, la que será valorada por el profesional de la salud actuante.

ARTÍCULO 40º.- (Autorizados a consentir) El consentimiento informado será otorgado personalmente por el paciente, salvo en los siguientes casos:

a) Tratándose de niños, niñas y adolescentes no emancipados ni habilitados de edad, será otorgado por sus representantes legales. No obstante, se propenderá a que las decisiones sobre la atención de su salud, incluyendo los métodos de prevención de la salud sexual, se adopten en concurrencia con sus padres y otros adultos de su confianza, debiendo en todos los casos respetarse la autonomía progresiva de los adolescentes.

Si en función del grado de madurez y evolución de sus facultades, el profesional de la salud actuante considera que el adolescente es suficientemente maduro para ejercer el derecho a consentir, podrán efectuarse actos de atención a su salud sin el consentimiento de los padres, tutores y otros responsables.



De existir riesgo grave para la salud del niño, niña o adolescente, cuando no pudiera llegarse a un acuerdo con éstos o con sus padres, el profesional de la salud actuante podrá solicitar el aval del Juez competente.

b) En los demás casos de incapacidad legal, el consentimiento será. En los demás casos de incapacidad legal, el consentimiento será otorgado por los representantes legales respectivos

c) Los pacientes legalmente capaces pero en situación de manifiesta imposibilidad de otorgar el consentimiento o que no se encuentren psíquicamente aptos para ello, serán representados por su cónyuge o concubino o, en su defecto, por su pariente más próximo. A falta de estos familiares el paciente, haciendo constar tal circunstancia, podrá comunicar con anticipación al servicio de salud el nombre de otra persona allegada que podrá representarlo a esos efectos.

d) Tratándose de pacientes en estado terminal de una patología incurable o irreversible, que no hayan expresado su voluntad anticipadamente conforme a la Ley N° 18.473 y que se encuentren incapacitados para expresarla, la decisión de suspender los tratamientos o procedimientos deberá adoptarse observando los requisitos que dicha Ley establece.

CAPÍTULO VIII. DEBERES DE PACIENTES Y USUARIOS

ARTÍCULO 41°.- (Relación con el servicio de salud) Todo paciente y usuario tiene el deber de:

a) Suministrar al equipo de salud actuante información cierta, precisa y completa de su proceso de enfermedad, así como de los hábitos de vida adoptados.

b) Utilizar razonablemente los servicios de salud, evitando un uso abusivo que desvirtúe su finalidad y utilice recursos en forma innecesaria.

c) Respetar los Estatutos de los servicios de salud y cumplir con las disposiciones de naturaleza sanitaria de observancia general, así como con las específicas que determinen dichos servicios, cuando estén haciendo uso de las prestaciones que brindan.

d) Conducirse y dirigirse con respeto tanto a los trabajadores del servicio de salud como a otros usuarios y pacientes del mismo.



e) Cuidar las instalaciones, equipamiento e instrumental del servicio de salud, así como colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las primeras y de la integridad de los segundos.

El incumplimiento de los deberes enumerados acaecerá las consecuencias previstas en los Estatutos del servicio de salud.

ARTÍCULO 42".- (Otros derechos y deberes) Los derechos y deberes enunciados en la presente Cartilla no excluyen otros que resulten inherentes a la condición de ser humano, así como tampoco los demás que deriven, de conformidad con las normas vigentes, de la condición de paciente o usuario del Sistema Nacional Integrado de Salud, beneficiario del Seguro Nacional de Salud, asociado, afiliado o contratante de servicios de salud.

Montevideo, diciembre 2010

Ministerio de Salud

Pública



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
 FACULTAD DE ENFERMERÍA
 CÁTEDRA SALUD DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE
 TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN



ANEXO V. AUTORIZACIÓN ASSE-RAP



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
 FACULTAD DE ENFERMERÍA
 CÁTEDRA SALUD DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE
 TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN



Montevideo, 24 de marzo de 2014.-


Dr. Ramiro Draper
 Sub Director Regional Metropolitano
 ASSE – RAP.

Por la presente solicitamos a usted autorización para la aplicación de una encuesta al personal de Enfermería en los centros de salud de Montevideo.

Nos encontramos realizando el Trabajo Final de Investigación de la Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería, de la Universidad de la República.

El mismo se titula "interacción del niño como sujeto de derecho y el personal de Enfermería en los Centros de Salud" y tiene como objetivo, "Determinar la interacción del niño como sujeto de derecho y el personal de Enfermería, en el contexto de las consultas de enfermería, en los centros de salud pertenecientes a la Red de Atención del Primer Nivel". Adjuntamos el protocolo de dicha investigación.

Agradecemos desde ya esperando su pronta respuesta.
 Sin más saluda atentamente.


 Prof. Agda Mag. Annalet Viera (Tutora)

 Cruz, Carolina  Da Cunha, Virginia  Frelria, Rossana  Iari, Patricia  Obelaf, Lucia

P.D.: Por contacto se agradece comunicarse con: Carolina Cruz, nel:
 mail: carolina.cruz@ur.edu.uy

RAP - METROPOLITANA - AS - DIRECCION -
27 MAR. 2014
RE: 468/14



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
 FACULTAD DE ENFERMERÍA
 CÁTEDRA SALUD DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE
 TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN



MONTEVIDEO, 27 DE marzo DE 2014

- FASE A. Lic. *Paula Rojas Rodríguez* - *Equipo Técnico Área RAP Petroleras*
- PARA INFORME
 - PARA CONOCIMIENTO
 - A LOS EFECTOS de *conocer su opinión sobre la investigación en curso, tener su visto bueno, afianzar y realizar las coordinaciones correspondientes por su ejecución*

FECHA DEVOLUCIÓN: *27/3/2014*

[Signature]
 Dra. Alicia Sosa
 Subdirectora
 Región Metropolitana
 Red del Primer Nivel de Atención ASPE

2/4/2014

El área Enfermería del Equipo Técnico asesor
 do el cual para la realización del Trabajo
 de investigación propuesta
 se realizó reunión con los representantes
 a fin de coordinar en conjunto con la Edf
 de Centros de Salud de Montevideo

[Signature]
 Lic. Edf
 Equipo Técnico Asesor



ANEXO VI

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Consentimiento informado para la participación de la investigación "Interacción del niño como sujeto de derecho y el personal de Enfermería en los Centros de Salud"

Somos un grupo de cinco estudiantes (Cruz, C; Da Cunha, V; Freiria, R; Iriart, P; Obelar, L.) que nos encontramos realizando el Trabajo Final de Investigación de la Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería, de la Universidad de la República.

Usted ha sido invitado a participar de esta investigación. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender el sentido de la misma. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Dicho trabajo de investigación, que tiene como objetivo evaluar la aplicación de los derechos del niño, niña y adolescente en las consultas de enfermería en los centros de salud de Montevideo, está dirigido a todo Auxiliar de Enfermería o Licenciado en Enfermería, que hubiera trabajado con niños de 0-18 años en policlínicas de pediatría o consultorios de medicina familiar, con un frecuencia mayor o igual de tres veces por semana por un periodo mayor o igual de tres meses, durante el año 2013-2014, en servicios públicos de primer nivel de atención.

Los datos serán recabados a través de un cuestionario de carácter anónimo, que se compone de preguntas abiertas y de preguntas cerradas. En el caso de las preguntas abiertas deberá desarrollar la respuesta. En el caso de las cerradas, deberá marcar la opción que considere más adecuada.

Si Ud. desea participar de la misma, entonces le pediremos que firme esta forma de consentimiento:

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio son de carácter anónimo y pueden ser publicados sólo con fines académicos (en la biblioteca de la Facultad de Enfermería). Convengo en participar en esta investigación.

Firma del participante: _____

Fecha: _____

Nombre del Investigador: _____

Firma del Investigador: _____

Fecha: _____



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA SALUD DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN



Numero de Encuesta:		Fecha:		Centro de Salud:	
Sexo:	Edad:				
Cargo que desempeña:					
Lic. de Enfermería		Aux. de Enfermería			
Tiempo de ejercicio Profesional Y Tecnico (años)					
Tiempo de desempeño en servicio de pediatría y/o medicina familiar (meses)		¿Cuántas veces a la semana desempeña dicha tarea?			
¿Conoce la Convención sobre los Derechos de los Niños?		SI		¿Uruguay ratificó esa Convención?	
		NO		SI	
				NO	
En Uruguay existe un documento de expresión nacional de la Convención sobre los Derechos del Niño. ¿Cómo se denomina la misma?					
¿Conoce la "Guía: Los Derechos del niño, niña y adolescentes en el área de Salud"?		SI		¿Cuentán en el servicio con la Guía?	
		NO			
¿Ha asistido a seminarios, talleres o/y cursos de capacitación en Derechos del Niño y Adolescente?		SI		NO	
		NO			
¿Ha recibido información y/o asesoramiento sobre los Derechos de los Niños y Adolescentes?		SI			
		NO			
¿El servicio en el que Ud. trabaja promueve la formación continua en el ámbito de los derechos del niño y adolescentes?				SI	
				NO	
¿Tiene en cuenta Ud. lo expresado por el niño y/o adolescente relacionado a su salud?				SI	
				NO	
¿Le proporciona al niño y/o adolescente información sobre cómo cuidar su estado de salud?				SI	
				NO	
¿Estimula al niño y/o adolescente a expresar su opinión?				SI	
				NO	
¿Le pregunta al niño y/o adolescente su opinión y conformidad en relación al Centro de Salud y la asistencia recibida?				SI	
				NO	
¿El consultorio cuenta con juguetes u objetos adecuados a las edades de los usuarios que se asisten?				SI	
				NO	
¿El niño y/o adolescente puede ser asistido por un enfermero/a de su mismo sexo si éste lo solicita?				SI	
				NO	
¿El niño y/o adolescente ingresa únicamente acompañado a la consulta?				SI	
				NO	
¿Respeto la intimidad y confidencialidad del niño y/o adolescente durante su atención?				SI	
				NO	
¿Comparte el espacio físico durante la consulta con otros niños o adolescentes?				SI	
				NO	
¿Le explica al niño y/o adolescente los procedimientos a realizar?				SI	
				NO	
¿Cómo llama Ud. Al niño y/o adolescente para ingresar al área de asistencia?		Por número			
		Por Apellido / Nombre			
		Por Apellido y Nombre			
¿A quién se dirige Ud. cuando habla durante la consulta?		Al usuario			
		Al acompañante			
		A ambos			



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
 FACULTAD DE ENFERMERÍA
 CÁTEDRA SALUD DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE
 TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN



¿Ud. utiliza una tarjeta identificatoria donde describe su nombre y cargo?	SI	
	NO	
¿Cómo se presenta Ud. ante el niño y/o adolescente?	Por nombre y apellido	
	Descripción del cargo	
	No se presenta	

¿Encuentra alguna dificultad en realizar las siguientes acciones en la consulta de enfermería? Señale con una "X" las actividades correspondientes.

<input type="checkbox"/>	En poder llamarlo por su nombre al ingreso
<input type="checkbox"/>	En presentarse ante el usuario
<input type="checkbox"/>	En el permitir ingresar al niño y/o adolescente al área de asistencia sin acompañante
<input type="checkbox"/>	A quien hablarle durante la asistencia
<input type="checkbox"/>	En escuchar la opinión del niño y/o adolescente sobre su salud
<input type="checkbox"/>	En explicar los procedimientos a realizarle
<input type="checkbox"/>	En explicar su estado de salud
Otra:	

Describa brevemente el por qué de la/s opción/es marcadas.

Describa sugerencias para solucionar la/s dificultad/es señaladas.

Agradecemos su colaboración