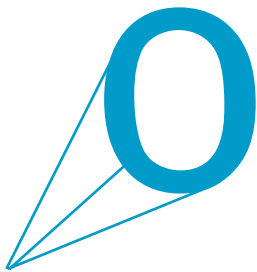




**OBSERVATORIO  
NACIONAL**

EN GÉNERO Y SALUD SEXUAL  
Y REPRODUCTIVA EN URUGUAY

[INFORME 2007]



**OBSERVATORIO  
NACIONAL**

EN GÉNERO Y SALUD SEXUAL  
Y REPRODUCTIVA EN URUGUAY

© 2007, MYSU.

La reproducción parcial o total de este libro está permitida siempre y cuando se cite la fuente.

MYSU (2007) *Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Informe 2007*. MYSU. Montevideo.

**mYSU** MUJER Y SALUD  
EN URUGUAY

Salto 1267

Montevideo, Uruguay.

Tel.: (5982) 410 39 81 / 410 46 19

[mysu@mysu.org.uy](mailto:mysu@mysu.org.uy)

[www.mysu.org.uy](http://www.mysu.org.uy)



Fondo de Población  
de las Naciones Unidas

Con el apoyo de Fondo de Población de Naciones Unidas

El análisis y las recomendaciones normativas de esta publicación no reflejan necesariamente las opiniones del Fondo de Población de las Naciones Unidas, su Junta Directiva y los Estados miembros.

**Equipo técnico:** Karina Batthyány (coord.), Valentina Perrotta, Lucía Scuro.

**Coordinación institucional:** Lilián Abracinskas, Alejandra López Gómez.

Edición: MYSU

Edición de texto: María Mutilva

Diseño: Einat Wainberg - María Mutilva

Impreso en: Rosgal

Depósito legal:

ISBN 9789974-8080-1-0

Se terminó de imprimir en Montevideo, noviembre de 2007.

# ÍNDICE

Introducción .....	9
<b>Indicadores</b> .....	13
Indicadores de contexto socioeconómico de la población .....	14
Indicadores de salud sexual .....	26
Indicadores de salud reproductiva .....	29
Derechos sexuales y reproductivos .....	42
Acceso y utilización de servicios de salud sexual y reproductiva .....	48
Violencia familiar y sexual .....	62
Embarazo, maternidad y paternidad adolescente .....	71
<b>Políticas públicas en salud sexual y reproductiva</b> .....	77
Educación y capacitación .....	78
Servicios de atención en salud sexual y reproductiva .....	83
Calidad de atención .....	88
<b>Legislación y normativas</b> .....	91
Ratificación de convenciones y convenios internacionales .....	92
Normativas sobre familia .....	93
Normativas sobre aborto .....	97
<b>Mecanismos</b> .....	103
<b>Recomendaciones</b> .....	111
<b>Metodología</b> .....	115
<b>Glosario de indicadores</b> .....	119
<b>Glosario de siglas</b> .....	121
<b>Bibliografía</b> .....	123

## Índice de cuadros

1.	Índices relativos a las desigualdades de género en América Latina .....	11
2.	Porcentaje de hogares con jefatura femenina en el total de hogares según tipo de hogar .....	16
3.	Porcentaje de hogares donde las mujeres aportan los mayores ingresos según tipo de hogar .....	17
4.	Tasa de actividad por tramo de edad según sexo .....	18
5.	Tasa de actividad de mujeres menores de 50 años según clasificación de parentesco y número de menores de 5 años y adultos mayores de 80 años .....	19
6.	Tasa de desempleo por tramo de edad según sexo .....	20
7.	Porcentaje de ocupados no registrados a la seguridad social por años de estudio, según sexo .....	21
8.	Distribución de la carga total de trabajo en promedio de horas semanales según sexo .....	22
9.	Distribución de la carga total de trabajo en promedio de horas semanales para las personas ocupadas según sexo .....	22
10.	Porcentaje de nacimientos según lugar de residencia de la madre y número de nacimientos en el total del país .....	23
11.	Esperanza de vida al nacer por sexo .....	24
12.	Estimación del porcentaje de población urbana por atención a la salud por sexo .....	25
13.	Tasa de mortalidad infantil por sexo .....	25
14.	Incidencia del VIH - SIDA por sexo .....	26
15.	Incidencia de SIDA por sexo .....	27
16.	Incidencia de VIH - SIDA por mecanismo de transmisión .....	27
17.	Uso de anticonceptivos en la última relación sexual por sexo .....	29
18.	Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos según método .....	30
19.	Método anticonceptivo utilizado en la última relación sexual según sexo .....	30
20.	Mujeres en edad fértil que usan anticonceptivos según método .....	31
21.	Uso de anticonceptivos según método .....	32
22.	Población entre 15 y 59 años según lugar de obtención de métodos anticonceptivos .....	32
23.	Muertes femeninas por complicaciones del embarazo, parto y puerperio, y mortalidad por aborto como porcentaje de mortalidad materna .....	35
24.	Índice anual de abortos practicados en condiciones de riesgo .....	36
25.	Tasa bruta de mortalidad por tipo de cáncer .....	37
26.	Proporción de mujeres atendidas al menos una vez por personal especializado durante el embarazo .....	39
27.	Proporción de embarazos controlados .....	39
28.	Proporción de partos atendidos por personal especializado .....	40
29.	Partos atendidos por personal calificado .....	40
30.	Evolución del porcentaje de partos según vía de terminación .....	41
31.	Población entre 15 y 59 años de edad por sexo según persona jerarquizada como fuente de información sobre sexualidad .....	43
32.	Población entre 15 y 59 años de edad por sexo según persona jerarquizada como transmisor de valores sobre sexualidad .....	44

33.	Antecedente de consulta ginecológica no vinculada al embarazo según nivel educativo .....	49
34.	Causas de ausencia de consulta ginecológica fuera del periodo de embarazo .....	50
35.	Antecedente de realización de PAP según nivel socioeconómico .....	52
36.	Antecedente de realización de PAP según nivel educativo .....	52
37.	Antecedente de realización de PAP según servicio utilizado .....	54
38.	Antecedente de realización de PAP según fecha de último control .....	54
39.	Causas de ausencia de PAP .....	55
40.	Antecedente de examen de mama según nivel socioeconómico .....	56
41.	Antecedente de examen de mama según años de estudio .....	57
42.	Antecedente de examen de mama según servicio utilizado .....	57
43.	Antecedente de examen de mama según fecha de último control .....	58
44.	Causas de ausencia de control de mamas .....	58
45.	Antecedente de estudio de antígeno prostático según nivel socioeconómico .....	59
46.	Antecedente de estudio de antígeno prostático según servicio utilizado .....	60
47.	Antecedente de estudio de antígeno prostático según fecha de último control .....	60
48.	Causas de ausencia de control de próstata .....	61
49.	Población por sexo según lugar de concurrencia frente a situaciones de violencia familiar .....	63
50.	Población por sexo según lugar de concurrencia frente a situaciones de violencia sexual .....	64
51.	Número de denuncias realizadas al servicio 0800 4141 de la IMM y MI .....	64
52.	Cantidad de denuncias de delitos sexuales .....	66
53.	Tasas de denuncias de violencia doméstica por departamento .....	67
54.	Tasa de fecundidad adolescente .....	71
55.	Distribución anual del número de nacimientos según edad de la mujer .....	72
56.	Nacimientos de madres adolescentes según edad .....	72
57.	Embarazo adolescente según departamento .....	73
58.	Porcentaje de nacimientos de madres entre 15 y 19 años de edad .....	74
59.	Tasas de fecundidad por edad y tasa global de fecundidad .....	75
60.	Estructura de la fecundidad por edad .....	75
61.	Contenidos en programas de Educación Primaria .....	79
62.	Contenidos en programas de Educación Secundaria .....	81
63.	Políticas de aborto en la región .....	99

## Índice de gráficos

1.	Porcentaje de mujeres en el total de la población uruguaya .....	14
2.	Tasa global de fecundidad .....	15
3.	Porcentaje de jefas mujeres según tipo de hogar .....	16
4.	Nacimientos según forma de unión de las madres .....	24
5.	Tasa bruta de mortalidad por SIDA .....	26
6.	Tasa de mortalidad materna .....	34
7.	Mortalidad materna en América Latina .....	36
8.	Principales causas de mortalidad en mujeres .....	38
9.	Principales causas de mortalidad en varones .....	38
10.	Opinión acerca del respeto de derechos sexuales y reproductivos .....	42
11.	Opinión acerca de los componentes del proyecto de ley de salud reproductiva .....	45
12.	Aprobación al proyecto de ley sobre salud reproductiva (2004) .....	45
13.	Aprobación al proyecto de ley sobre salud reproductiva (2006) .....	46
14.	Evolución de la opinión a favor de la despenalización del aborto .....	46
15.	Evolución de la opinión en contra de la despenalización del aborto .....	47
16.	Antecedente de consulta ginecológica no vinculada al embarazo .....	49
17.	Antecedente de realización de PAP en alguna oportunidad .....	51
18.	Antecedente de realización de PAP según región .....	53
19.	Antecedente de examen de mama por ginecólogo en alguna oportunidad .....	56
20.	Antecedente de realización de antígeno prostático .....	59
21.	Formas percibidas de violencia familiar .....	62
22.	Denuncias de violencia doméstica .....	66
23.	Denuncias de delitos sexuales .....	68
24.	Tasa de denuncia de violaciones .....	68
25.	Atención de situaciones de maltrato por INFAMILIA e INAU .....	69
26.	Tipo de unión de las personas en pareja .....	95

# PRESENTACIÓN

Desde hace diez años y en torno a los compromisos asumidos por el Estado uruguayo ante las distintas conferencias y convenciones del sistema de las Naciones Unidas, las organizaciones de la sociedad civil han desarrollado estrategias para monitorear y dar seguimiento al cumplimiento de dichos compromisos.

Mujer y Salud en Uruguay (MYSU), desde su creación en 1996, ha implementado esta línea de trabajo, generando información sobre el estado de salud sexual y reproductiva de la población, de acuerdo a los datos existentes en el país.

El diseño y la puesta en marcha de un Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva, en tanto herramienta teórica-técnica y política de mayor complejidad, potencia las posibilidades de incidencia en la definición, implementación y evaluación de políticas públicas. Al mismo tiempo, ofrece evidencias construidas con criterios de profesionalidad y autonomía, que pueden servir de insumos para el trabajo de diferentes actores que intervienen en la agenda de género, salud y derechos sexuales y reproductivos.

Éste ha sido un importante desafío institucional que busca proyectarse en el escenario regional para los próximos años. Tener una valoración sostenida del estado de situación de las políticas nacionales permitirá realizar análisis comparados de los avances, vacíos y desafíos para garantizar plenamente los derechos de las personas al ejercicio de la salud, sexualidad y reproducción. Asimismo, permitirá fortalecer los lazos con otras organizaciones de la región que lleven adelante iniciativas de similares características.

El informe 2007 del Observatorio, en tanto primer producto de esta herramienta, se basa en la sistematización de la información disponible en Uruguay. Uno de los retos principales para el futuro será generar nueva evidencia sobre aquellos tópicos para los cuales no existen antecedentes de investigación ni estadísticas oficiales.

Agradecemos a todas las personas e instituciones que facilitaron el acceso a la información que posibilitó la elaboración de este informe.

Agradecemos al Fondo de Población de las Naciones Unidas, particularmente a la oficina y su equipo responsable en Uruguay, por el apoyo brindado a MYSU para la implementación del Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva.

Como coordinadoras de la institución también queremos hacer público el reconocimiento al compromiso y la calidad profesional del equipo técnico del Observatorio y de todo el staff de MYSU que hizo posible este producto que esperamos contribuya al desarrollo efectivo y eficiente de las acciones en este terreno.

Montevideo, noviembre de 2007

**Lilián Abracinskas y Alejandra López Gómez**  
Coordinadoras





INTRODUCCIÓN 



El Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva es una propuesta política y técnica de monitoreo ciudadano sobre el estado de la salud sexual y reproductiva de mujeres y varones en el país, en el contexto de un proceso de reforma del sector de la salud. Así, se propone identificar y analizar los sesgos en el diseño e implementación de políticas públicas, según sexo, género, edad, orientación sexual y nivel socioeconómico, para generar insumos que permitan su transformación basada en criterios integrales de equidad e igualdad.

MYSU, en tanto organización no gubernamental, a través de esta línea de trabajo busca contribuir a la producción de evidencia científica para la evaluación y formulación de políticas públicas que impacten en la equidad de género en salud.

Este documento presenta el Informe 2007 del Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. En él se destacan los avances, los temas pendientes y aquellas áreas de intervención pública que muestran retrocesos y requieren de acción urgente desde distintas entidades.

A través de los indicadores seleccionados, el Informe 2007 se propone dar cuenta de la situación en materia de equidad de género en el campo de la salud sexual y reproductiva.

El primer apartado incluye los indicadores existentes en las fuentes de información disponibles; en los casos que resulta interesante y la información lo permite, se incluye la correspondiente evolución en un período determinado. Aquí se revisan indicadores de contexto socioeconómico y demográfico, así como indicadores sobre salud sexual, salud reproductiva, derechos, acceso a servicios, violencia familiar y sexual, y maternidad y paternidad adolescente.

El segundo apartado da cuenta del estado de las políticas públicas en las áreas de educación y capacitación, servicios de atención en salud sexual y reproductiva, y calidad de la atención.

El tercer apartado aborda la legislación y normativas en este terreno, las ratificaciones de convenios y convenciones internacionales realizadas por Uruguay y las normativas sanitarias vigentes.

Por último pero no menos importante, se ubican los mecanismos de participación de las mujeres en los ámbitos de decisión. Aquí se relevan las normativas que incluyen a las organizaciones de mujeres en instancias de decisión sobre salud sexual y reproductiva, los mecanismos para la participación en organismos internacionales y las acciones afirmativas para la participación, así como las instancias bi y tripartitas que incorporan a las mujeres organizadas y la existencia de un organismo de gobierno rector en políticas de género.

En términos de aportes al debate sobre género y salud sexual y reproductiva en Uruguay, consideramos este informe un insumo para la consolidación de un sistema de indicadores, que permita, además de ilustrar el estado de situación, establecer un marco comparativo y de acción para el monitoreo ciudadano y la valoración en el proceso de implementación de políticas y servicios.

## LA EQUIDAD DE GÉNERO EN URUGUAY, LA REGIÓN Y EL MUNDO

Resulta interesante observar a través de indicadores internacionales, la situación y las posiciones que Uruguay ocupa en las clasificaciones elaboradas a escala mundial sobre temáticas de género. Un claro ejemplo son los índices que presenta año a año el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), que permite tener una visión de los países en diferentes áreas y proporciona insumos para la comparación nacional o regional, pero también evoluciones y retrocesos de situaciones en que las sociedades deben “medirse” para diseñar y rediseñar sus políticas públicas.

El Índice de Desarrollo Relativo al Género (IDG) utiliza las dimensiones del Índice de Desarrollo Humano (IDH), al tiempo que incorpora las diferencias entre varones y mujeres en cada una de las variables y dimensiones que lo componen: salud, educación e ingreso. Otra herramienta para medir las desigualdades entre varones y mujeres es el Índice de Potenciación de Género (IPG), también desarrollado por el PNUD y que se calcula como la suma de un indicador de participación y poder de decisión política, un índice de participación y poder de decisión económica, y un índice de control sobre los recursos económicos. La participación política se aproxima mediante la proporción de varones y mujeres con escaños parlamentarios. La participación económica se basa en la participación de mujeres y varones en puestos directivos, profesionales y técnicos. Por último, el control sobre los recursos económicos proviene de una estimación de los ingresos percibidos por ambos sexos.

Por su parte, el Índice de Equidad de Género (IEG) desarrollado por Social Watch permite medir el grado de equidad de género en los distintos países, en base a tres dimensiones: actividad económica, empoderamiento y educación. El IEG clasifica a 149 países y verifica de manera concluyente que para eliminar las disparidades de género no es suficiente que haya un ingreso elevado, sino voluntad política para la modificación de las posiciones que ocupan las mujeres en la sociedad, cambiando las relaciones entre varones y mujeres tanto en el ámbito público como en el privado. Para esto se requiere la formulación de políticas explícitas y la constante evaluación de las mismas (Social Watch, 2006). Los valores posibles del índice se ubican entre 0 y 100, tendiendo hacia el 0 los países con menor equidad y hacia el 100 aquellos con mayor equidad.

Cuadro 1. Índices relativos a las desigualdades de género en América Latina.

	IDG		IPG		IEG	
	Clasificación mundial	Valor	Clasificación mundial	Valor	Clasificación mundial	Valor
Argentina	32	0.857	19	0.697	13	71
Bolivia	86	0.687	56	0.499	25	59
Brasil	55	0.789	61	0.486	16	68
Chile	37	0.85	52	0.506	21	63
Colombia	56	0.787	51	0.506	7	77
Ecuador	-	-	49	0.524	23	61
Paraguay	-	-	-	-	18	66
Perú	67	0.759	39	0.580	24	60
<b>Uruguay</b>	<b>39</b>	<b>0.849</b>	<b>50</b>	<b>0.513</b>	<b>14</b>	<b>70</b>
Venezuela	60	0.78	46	0.532	16	68

Fuente: Elaboración propia en base a Informe de Desarrollo Humano, 2006, PNUD y Social Watch Informe 2006.

- 
- 

Según datos de 2006, Uruguay se ubica en el lugar 39 en la clasificación del IDG, ocupando el tercer lugar en América del Sur luego de Argentina y Chile.

Para el caso del IPG, en el Informe 2006 nuestro país ocupa el lugar 50 a nivel mundial y el quinto lugar en América del Sur luego de Argentina, Ecuador, Perú y Venezuela.

Con respecto al IEG, Uruguay ocupa para el año 2006 el lugar 14 a nivel mundial, y el tercer lugar luego de Colombia (7) y Argentina (13) en América del Sur.

INDICADORES

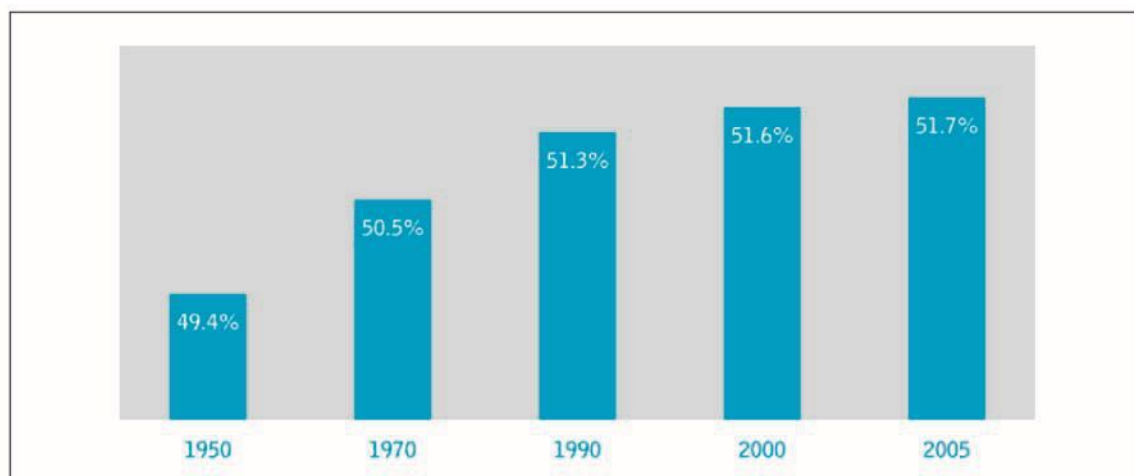


## INDICADORES DE CONTEXTO SOCIOECONÓMICO DE LA POBLACIÓN

### Porcentaje de mujeres en la población total

Las mujeres uruguayas constituyen algo más de la mitad de la población nacional (51,7%), siendo 107 el índice de feminidad total para el país. De acuerdo a las evidencias aportadas por varias investigaciones, el envejecimiento poblacional del Uruguay ha acelerado, durante los últimos cincuenta años, la ligera mayoría numérica de las mujeres: en 1950 representaban un 49,4% del total, en 1970 un 50,5%, en 1990 un 51,3%, en 2000 un 51,6% y en 2005 un 51,7%.

Gráfico 1. Porcentaje de mujeres en el total de la población uruguayana.  
Años 1950, 1970, 1990, 2000 y 2005.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Instituto Nacional de Estadística.

Estas tendencias nos permiten observar un problema poblacional central en el país: por un lado, el envejecimiento de la población y la feminización de ese envejecimiento (el índice de feminidad para la población de 65 a 79 años de edad es de 137 mientras que para la población de más de 80 años era de 204 en 2005). Por otro, una lenta pero progresiva disminución de la tasa global de fecundidad que se ubicaba en 2,04 para 2005. Es relevante destacar que esta cifra se encuentra al límite de los valores mínimos necesarios para el reemplazo de las generaciones.



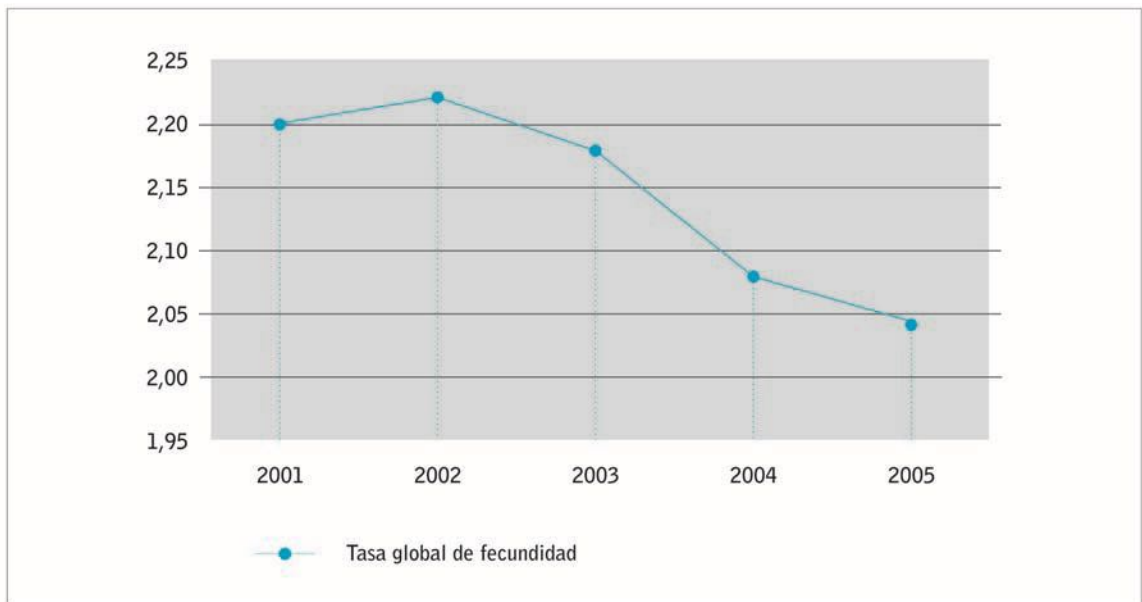
Durante los últimos cincuenta años el envejecimiento poblacional de Uruguay ha acelerado la ligera mayoría numérica de las mujeres. El Observatorio considera que éste es un dato relevante al momento de pensar políticas de acción positiva que atiendan todas las etapas del ciclo vital de las mujeres.

## Tasa global de fecundidad

La tasa global de fecundidad (TGF) es el número de hijos que en promedio tendría cada mujer de una cohorte hipotética de mujeres que durante su vida fértil tuvieran sus hijos de acuerdo con las tasas de fecundidad por edad del período de estudio y no estuvieran sometidas a riesgos de mortalidad desde el nacimiento hasta la finalización del período fértil.

Como se observa en el siguiente gráfico, la TGF desciende a partir del año 2002 pasando de 2.22 a 2.04 en el año 2005. En 2004, y por primera vez en la historia de nuestro país, se alcanzaron niveles que comprometen el reemplazo de la población.

Gráfico 2. Tasa global de fecundidad. Total del país. Años 2001 a 2005.



Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas de Género INE - INAMU. Años 2001 a 2005.

## Hogares con jefatura femenina según tipo de hogar

Aproximadamente uno de cada tres hogares en nuestro país son de jefatura femenina (34% en 2005).<sup>1</sup>

Al observar la distribución de las jefas mujeres en los hogares uruguayos se aprecia que la jefatura se concentra en los hogares de tipo monoparental (87%) y en los unipersonales; en este segundo caso la concertación puede estar vinculada a la mayor expectativa de vida de las mujeres, constitu-

<sup>1</sup> La noción de jefatura de hogar no es la más adecuada para representar las relaciones de género al Interior de los hogares y presenta siempre una subestimación de la cantidad real de mujeres a cargo de sus hogares, debido a la existencia de patrones culturales que consideran la jefatura como algo referido a lo masculino.



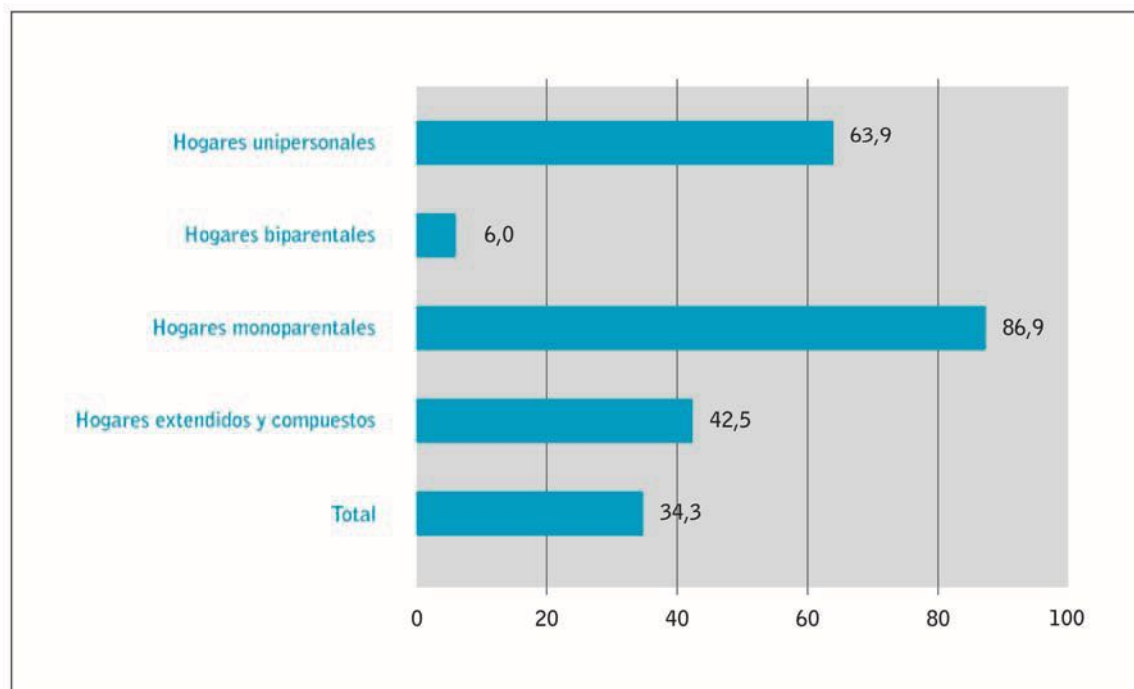
yéndose hogares unipersonales femeninos con mujeres viudas y probablemente mayores de 60 años de edad. Por otra parte, los hogares biparentales presentan un porcentaje muy bajo de jefatura femenina (6%).

Cuadro 2. Porcentaje de hogares con jefatura femenina en el total de hogares según tipo de hogar. País urbano. Años 2001 a 2005.

Tipo de hogar	2001	2002	2003	2004	2005
Hogar unipersonal	67.5	64.0	64.7	65.2	63.9
Hogar biparental	6.4	7.1	5.6	5.8	6.0
Hogar monoparental	86.2	84.9	86.8	84.7	86.9
Hogares extendidos y compuestos	41.5	42.6	41.5	40.3	42.5
Total	32.1	32.7	32.8	32.5	34.3

Fuente: Estadísticas de Género INE - INAMU. Años 2001 a 2005.

Gráfico 3. Porcentaje de jefas mujeres según tipo de hogar. País urbano. Año 2005.



Fuente: Estadísticas de Género INE - INAMU. Años 2001 a 2005.

## Aporte de ingresos de las mujeres al ingreso global del hogar

Uno de los indicadores socioeconómicos interesantes desde una perspectiva de género, y que muestra modificaciones en el período 2001-2005, es el que refiere a los aportes económicos de las mujeres en los hogares. Mientras que en 2001 el 37.7% de los hogares estaba sostenido principalmente por las mujeres (es decir, que aporta entre el 40 y 100% a los ingresos totales del hogar), en 2005 ascienden al 40.4%. Cabe destacar que este aumento se registra en forma sostenida.

Cuadro 3. Porcentaje de hogares donde las mujeres aportan los mayores ingresos (por todos los conceptos) según tipo de hogar. País urbano 2001-2005.

Tipo de hogar	2001	2002	2003	2004	2005
Hogar unipersonal	67.5	64.0	64.8	65.2	63.9
Hogar biparental	18.5	19.8	20.6	18.0	19.3
Hogar monoparental	74.9	75.1	78.0	74.2	77.4
Hogares extendidos y compuestos	43.3	45.4	46.5	44.8	46.3
Total	37.7	38.7	40.3	38.4	40.4

Fuente: Estadísticas de Género INE - INAMU. Años 2001 a 2005.

Si observamos esta variable en función del tipo de hogar, encontramos que 19% de los hogares biparentales, 77% de los hogares monoparentales y 46% de los hogares extendidos y compuestos cuentan con una mujer como mayor aportante económica.



Cuatro de cada diez hogares uruguayos son sostenidos, desde el punto de vista económico, principalmente por una mujer. Esto permite al menos cuestionar el mito que otorga a las mujeres la condición de ingreso secundario en los hogares y a los varones como proveedores principales o exclusivos.

## Tasa de actividad por sexo y edad

La proporción de mujeres mayores de 14 años que trabajan o procuran hacerlo es menor que la de los hombres en las mismas condiciones. Ello se refleja en la menor tasa de actividad femenina respecto a la masculina (49.5% y 69.3% para 2005 respectivamente). El análisis por tramo de edad indica que las mayores tasas de actividad femenina se ubican entre los 25 y 44 años (entre 76.2 y 77.4%).

Cuadro 4. Tasa de actividad por tramo de edad según sexo. País urbano. Años 2001 a 2005.

		14 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 59	60 y más	Total
2001	■	62.1	96.6	97.2	92.5	28.7	72.2
	■	47.7	76.0	78.5	66.4	11.8	<b>50.9</b>
	■	54.9	85.9	87.1	78.1	18.7	60.6
2002	■	58.4	96.5	97.0	92.0	27.1	70.7
	■	43.2	76.2	76.8	66.1	11.5	<b>49.4</b>
	■	50.8	85.8	86.1	78.1	17.9	59.1
2003	■	54.9	94.8	96.5	91.5	26.2	69.0
	■	41.0	75.9	77.5	67.9	10.9	<b>48.9</b>
	■	48.0	85.0	86.3	78.6	17.1	58.1
2004	■	55.7	95.7	96.7	92.1	26.8	70.0
	■	40.9	75.0	75.1	67.3	12.7	<b>48.7</b>
	■	48.4	85.0	85.2	78.7	18.4	58.5
2005	■	55.1	94.5	96.2	92.4	26.7	69.3
	■	41.8	76.2	77.4	67.6	12.8	<b>49.5</b>
	■	48.5	85.1	85.9	79.0	18.4	58.5

■ Varones    ■ Mujeres    ■ Total

Fuente: Estadísticas de Género INE - INAMU. Años 2001 a 2005.

Si bien la tasa de actividad femenina registra un levísimo descenso entre 2003 y 2004, se puede decir que hay cierta estabilidad en el entorno del 50%. El dato de este mismo indicador para 2006 se registra en 50.9%, no siendo necesariamente comparable con los datos anteriores, ya que en el caso de este año, la muestra de la Encuesta Continua de Hogares fue ampliada, lo cual indica mayor representatividad de la situación país.

## Tasa de actividad de mujeres según presencia de menores y/o adultos mayores en hogar

La tasa de actividad de mujeres menores de 50 años se reduce cuando tienen hijos o existen menores en los hogares (62.6% con un menor) y esto se agudiza en la medida que el número de hijos menores aumenta, sobre todo entre las cónyuges. La tasa de actividad de las cónyuges sin menores en el hogar representa el 74.1%, y cuando hay tres o más menores ese porcentaje se reduce a 37.5%. Aunque las jefas presentan la misma tendencia, las tasas en cada situación son mayores.

Cuadro 5. Tasa de actividad de mujeres menores de 50 años según clasificación de parentesco y número de menores de 5 años y adultos mayores de 80 años. País urbano. Años 2001 a 2005.

		Jefa	Cónyuge	Otro	Total
2001	Ningún menor	90.6	74.4	57.4	68.3
	1 menor	82.5	66.1	58.6	65.1
	2 menores	74.7	54.4	56.6	57.4
	3 y más menores	65.6	43.7	44.3	46.2
	Adultos de 80 y más años	87.2	73.3	64.3	67.7
	Total	88.2	70.4	57.4	66.8
2002	Ningún menor	89.8	73.3	55.7	67.0
	1 menor	81.4	63.0	55.4	62.3
	2 menores	65.8	49.9	51.3	52.2
	3 y más menores	66.0	44.9	48.0	48.3
	Adultos de 80 y más años	83.8	68.3	61.8	64.3
	Total	87.0	68.7	55.3	65.0
2003	Ningún menor	92.0	74.1	51.9	65.8
	1 menor	80.6	65.4	55.7	63.4
	2 menores	73.5	52.2	58.2	56.5
	3 y más menores	54.1	40.3	48.3	45.5
	Adultos de 80 y más años	90.6	62.9	56.4	60.1
	Total	89.1	70.1	52.8	64.6
2004	Ningún menor	89.2	72.5	52.7	65.3
	1 menor	83.2	61.5	51.2	59.7
	2 menores	65.0	52.2	53.3	54.0
	3 y más menores	50.8	38.8	57.2	48.4
	Adultos de 80 y más años	83.8	62.5	60.2	62.0
	Total	86.7	67.8	52.5	63.3
2005	Ningún menor	90.7	74.1	52.1	66.2
	1 menor	81.5	62.7	55.3	62.6
	2 menores	74.9	55.8	56.3	58.5
	3 y más menores	53.0	37.5	58.3	49.8
	Adultos de 80 y más años	81.6	62.9	61.4	63.2
	Total	88.2	69.8	52.8	65.0

Fuente: Estadísticas de Género INE - INAMU. Años 2001 a 2005.



La tasa de actividad de las mujeres se reduce cuando tienen hijos o existen menores en el hogar. Frente a esta situación el Observatorio se plantea la siguiente interrogante: ¿cuáles son las políticas de apoyo desarrolladas para favorecer el cuidado infantil y la autonomía económica de las mujeres?

## Tasa de desempleo por sexo y edad

La tasa de desempleo es el cociente entre la población desempleada y la población económicamente activa. Esta tasa es siempre significativamente mayor para las mujeres. Las brechas de desempleo entre varones y mujeres rondan los 10 puntos, acentuándose la diferencia en las poblaciones más jóvenes.

Cuadro 6. Tasa de desempleo por tramo de edad, según sexo. País urbano. Años 2001 a 2005.

		14 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 59	60 y más	Total
2001	■	28.7	10.2	4.8	6.1	7.3	11.5
	■	41.7	18.9	15.3	11.5	10.4	19.7
	■	34.3	14.2	9.9	8.6	8.5	15.3
2002	■	32.1	12.7	7.8	8.1	6.6	13.5
	■	46.2	20.9	16.8	12.8	8.9	21.2
	■	38.1	16.5	12.1	10.2	7.5	17.0
2003	■	34.0	12.7	7.3	7.1	8.5	13.5
	■	44.2	21.9	16.4	13.2	9.8	20.8
	■	38.3	16.9	11.7	10.0	9.0	16.9
2004	■	28.0	9.0	4.6	5.6	4.8	10.2
	■	39.9	17.6	12.0	9.1	6.4	16.5
	■	33.0	12.9	8.1	7.2	5.5	13.1
2005	■	25.4	8.7	5.1	5.0	4.5	9.5
	■	34.9	17.4	11.4	8.5	5.7	15.3
	■	29.5	12.7	8.2	6.6	5.0	12.2

■ Varones    ■ Mujeres    ■ Total

Fuente: Estadísticas de Género INE - INAMU. Años 2001 a 2005.

## Distribución de las personas que acceden a la seguridad social por sexo y años de estudio

En el caso de las mujeres, la falta de cobertura de la seguridad social es un fenómeno de mayor gravedad, dado que la desprotección no solamente abarca la situación presente y futura de las trabajadoras en términos de salud y bienestar, sino que también afecta la protección de la maternidad tanto en lo que se refiere a la madre como a los hijos, al menos con la legislación actual y antes de la entrada en vigencia de la reforma de salud prevista para enero de 2008.

Cuadro 7. Porcentaje de ocupados no registrados a la seguridad social por años de estudio, según sexo. País urbano.

		0 a 3	4 a 6	7 a 9	10 a 12	13 y más	Total
2001	■	59.9	45.6	40.4	27.3	17.5	35.4
	■	69.9	55.9	50.8	30.1	15.4	36.8
	■	63.1	49.5	44.2	28.6	16.3	36.0
2002	■	66.0	50.9	41.3	28.7	16.4	37.3
	■	72.4	57.7	52.3	32.2	14.4	37.0
	■	67.9	53.4	45.2	30.3	15.3	37.2
2003	■	68.2	52.5	44.9	32.8	17.2	39.8
	■	73.5	60.6	53.8	34.7	15.3	39.1
	■	70.0	55.5	48.2	33.7	16.1	39.5
2004	■	65.3	53.6	45.7	33.1	19.4	40.1
	■	78.5	63.2	57.3	37.9	18.5	41.5
	■	69.6	57.2	49.9	35.2	18.9	40.7
2005	■	68.6	51.6	44.2	31.8	17.2	38.4
	■	75.3	62.7	54.4	36.3	15.3	39.1
	■	70.7	55.8	48.1	33.9	16.1	38.7

■ Varones   
■ Mujeres   
■ Total

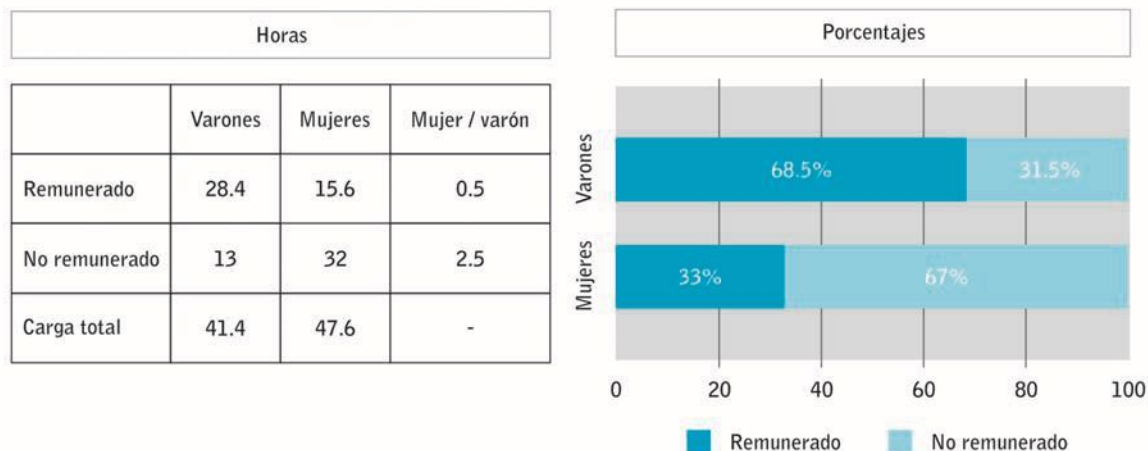
Fuente: Estadísticas de Género INE - INAMU. Años 2001 a 2005.

### Distribución del trabajo remunerado y no remunerado por sexo

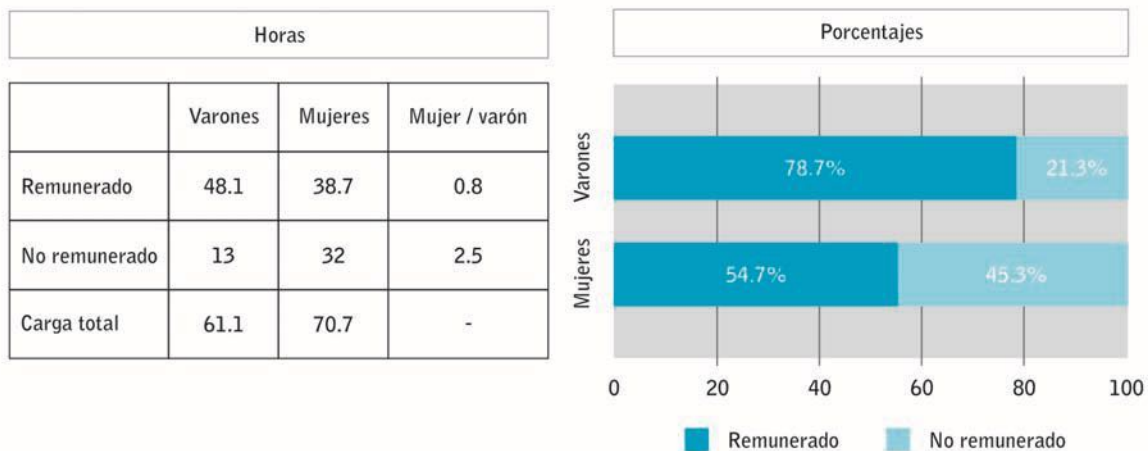
Un indicador extremadamente revelador para la equidad de género es la carga total de trabajo (suma del trabajo remunerado y no remunerado). Si se observa la distribución de la carga total de trabajo se aprecia que las mujeres realizan dos veces y media más trabajo no remunerado que los varones y que la carga total de trabajo es mayor. (Aguirre y Batthyány, 2003)

Para las mujeres, la carga total de trabajo es de 48 horas semanales, mientras que para los varones es de 41. A su vez, si se observa su distribución para la población ocupada se aprecia que también en este caso la carga femenina es mayor a la masculina, aun cuando la proporción de horas dedicadas al trabajo no remunerado no varíe.

Cuadro 8. Distribución de la carga total de trabajo en promedio de horas semanales según sexo. Montevideo. Año 2003.



Cuadro 9. Distribución de la carga total de trabajo en promedio de horas semanales para las personas ocupadas según sexo. Montevideo. Año 2003.



Fuente: Aguirre, R. y Batthyány, K. "Uso del tiempo y trabajo no remunerado" Encuesta sobre Uso del tiempo y Trabajo No Remunerado. Montevideo. 2003.

Según Aguirre y Batthyány (2003), el cálculo del trabajo no remunerado comprende al trabajo doméstico familiar (producción de servicios y bienes en el hogar, compras y gestiones), el trabajo de cuidados infantiles y el trabajo de cuidados de ancianos y enfermos.



## Nacimientos según lugar de residencia de las madres

Como se observa en la siguiente tabla, Montevideo concentra el mayor porcentaje de nacimientos que se producen en el país: más de un tercio de los nacimientos tienen lugar en la capital (38.7%). El segundo departamento con mayor porcentaje de nacimientos es Canelones (15%). Maldonado, Paysandú y Salto presentan porcentajes cercanos al 5%.

Cuadro 10. Porcentaje de nacimientos según lugar de residencia de la madre y número de nacimientos en el total del país. Años 2000 al 2005.

Departamento	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Montevideo	37.3	38.0	37.9	37.8	37.3	38.7
Artigas	2.8	2.7	2.8	2.7	2.6	2.5
Canelones	15.3	15.3	15.5	15.5	15.2	15.3
Cerro Largo	3.0	2.9	2.9	3.1	3.0	2.8
Colonia	3.4	3.3	3.5	3.5	3.4	3.4
Durazno	2.0	1.9	2.0	0.8	1.9	1.8
Flores	0.7	0.7	0.8	2.0	0.8	0.7
Florida	1.9	2.0	1.9	2.0	2.0	2.0
Lavalleja	1.8	1.8	1.7	1.7	1.8	1.7
Maldonado	4.7	4.6	4.6	4.5	4.7	5.0
Paysandú	4.3	4.0	4.1	4.0	4.1	4.1
Río Negro	1.8	2.0	1.8	1.9	1.9	1.9
Rivera	3.8	3.6	3.4	3.6	3.7	3.5
Rocha	2.0	2.0	2.0	2.1	2.1	2.1
Salto	4.8	4.6	4.7	4.3	4.5	4.4
San José	2.8	3.0	3.0	3.2	3.2	2.9
Soriano	2.8	2.8	2.9	2.8	3.0	2.8
Tacuarembó	3.1	3.3	3.1	3.1	3.3	2.9
Treinta y Tres	1.6	1.5	1.5	1.4	1.5	1.4
Total	100	100	100	100	100	100
Nacimientos en el país	-	-	-	50.538	50.052	47.334

Fuente: Para porcentaje de nacimientos por departamento, elaboración propia en base a Estadísticas de Género, INE INAMU, años 2001 a 2005. Para número de nacimientos en el Uruguay 2003 - 2006, Informe de gestión - Maternidad, 2006. Hospital de la mujer, CHPR, MSP.

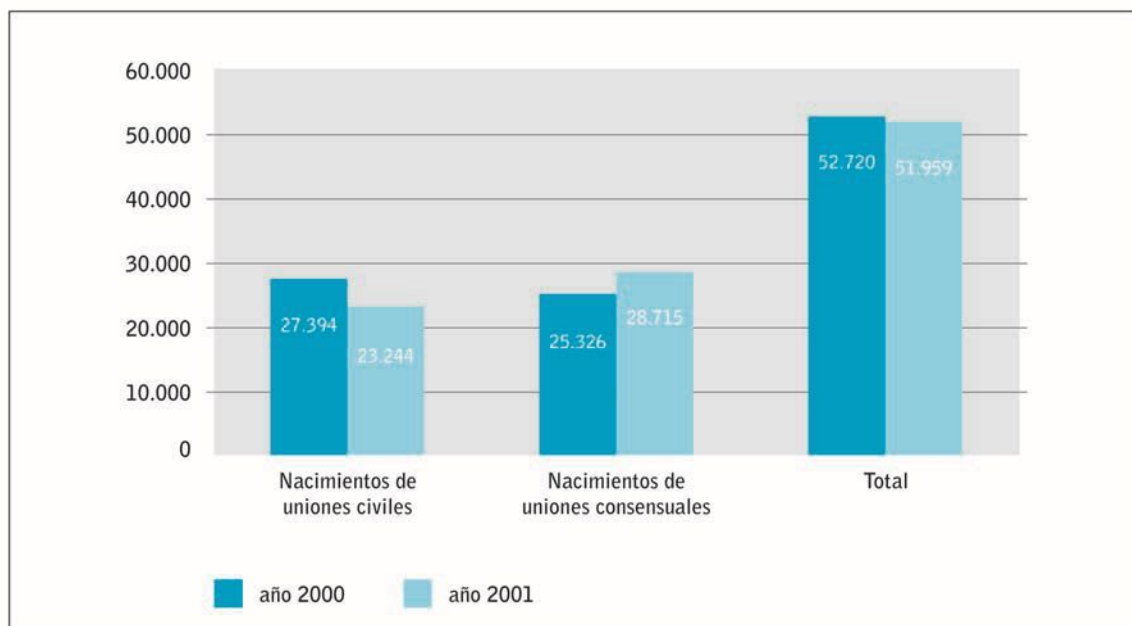
El número anual de nacimientos en Uruguay está próximo a los 50.000. En el período 2003 - 2006 se observa un lento pero persistente descenso correspondiente a más de 3.000 casos. (MSP, 2007)



## Nacimientos según forma de unión de las madres

En el período 2000 – 2001 se observa un aumento de los nacimientos provenientes de uniones consensuales en detrimento de aquellos provenientes de uniones civiles.

Gráfico 4. Nacimientos según forma de unión de las madres. Años 2000 y 2001.



Fuente: INE, Estadísticas Vitales.

## Esperanza de vida al nacer por sexo

La esperanza de vida al nacer es mayor para las mujeres que para los varones en aproximadamente siete años, lo cual se mantiene constante en el período 2001 – 2005.

Cuadro 11. Esperanza de vida al nacer por sexo. Años 2001 a 2005.

Año	Varones	Mujeres
2001	71.2	78.8
2002	71.1	78.8
2003	71.2	78.8
2004	71.7	78.9
2005	72.0	79.4

Fuente: Estadísticas de Género INE - INAMU. Años 2001 a 2005.

### Cobertura de salud por sexo

No se observan grandes diferencias entre varones y mujeres con respecto al tipo de cobertura de la salud. Cerca de un 38% de varones y mujeres se atienden únicamente en Salud Pública. En el caso de las personas con atención en las mutualistas (IAMC), los varones tienen menor tendencia que las mujeres a contratar el servicio parcial de asistencia móvil.

Cuadro 12. Estimación del porcentaje de población urbana por atención a la salud por sexo. Año 2004.

Tipo de cobertura	Varones	Mujeres
MSP	37.3	38.9
MSP y Asistencia Móvil	3.6	4.9
IAMC	23.0	19.9
IAMC y Asistencia Móvil	22.2	24.9
Sólo Asistencia Móvil	1.1	1.0
Sin atención	4.2	2.8
Otro	8.6	7.6
Total	100.0	100.0

Fuente: Diagnóstico de situación sobre género y salud en Uruguay, Programa Nacional de la Salud de la Mujer y Género, MSP, 2006.

### Tasa de mortalidad infantil por sexo

La tasa de mortalidad infantil de los varones es superior a la de las mujeres en el período 2000 – 2006.

Cuadro 13. Tasa de mortalidad infantil por sexo. Años 2000 a 2006.

Año	Varones	Mujeres	Total
2000	15.7	11.8	13.8
2001	15.9	12.9	14.4
2002	15.0	12.5	13.8
2003	17.2	13.4	15.3
2004	16.3	12.6	14.5
2005	15.9	12.4	14.2
2006	15.5	12.2	13.9

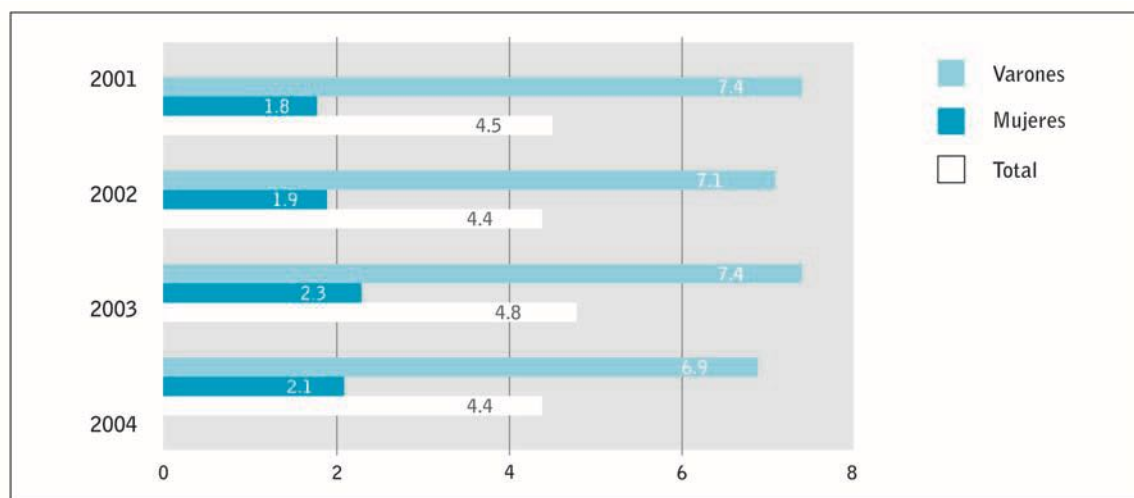
Fuente: INE Indicadores demográficos Uruguay, 1996 - 2005.

## INDICADORES DE SALUD SEXUAL

### Tasa de mortalidad entre personas con VIH-SIDA

Desde 1983 a la fecha se notificaron un total de 3020 casos de SIDA acumulados y 1493 fallecimientos (49.4%). La tasa de mortalidad por SIDA se ha mantenido relativamente constante en el período 2001 - 2004.

Gráfico 5. Tasa bruta de mortalidad por SIDA (100.000 hab.). Total del país. Años 2001 a 2004.



Fuente: Estadísticas de Género INE - INAMU. Años 2001 a 2005.

### Incidencia de VIH - SIDA por sexo

Desde 1983 a la fecha se notificaron 6961 casos de personas infectadas por VIH. De ese total, las mujeres representan el 34.2%. Para el total de las personas con SIDA, la población femenina representa la cuarta parte de los casos (25%).

Cuadro 14. Incidencia del VIH - SIDA por sexo. Años 1983 - 2007.

Sexo	VIH		SIDA	
	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje
Varones	4543	65.3	2266	75.0
Mujeres	2400	34.2	754	25.0
No indicado	18	0.2	-	-
Total	6961	100	3020	100

Fuente: Informe epidemiológico del VIH - SIDA, MSP, abril de 2007.

Como se observa en el cuadro, en los últimos años se verifica un aumento de la incidencia del SIDA en la población femenina.

Cuadro 15. Incidencia de SIDA por sexo. Años 2000 a 2006.

Año	Varones	Mujeres
2000	70.5	29.5
2001	73.1	26.9
2002	75.8	24.2
2003	69.4	30.6
2004	71.7	28.3
2005	71.7	28.3
2006	68.9	31.1

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Informe epidemiológico del VIH - SIDA, MSP, abril de 2007.

### Incidencia de VIH - SIDA por mecanismo de transmisión

El mecanismo de transmisión más frecuente, tanto para el VIH como para el SIDA, es la vía sexual. En el caso del VIH representa el 66.4% y el 71.2% en el caso del SIDA. Es importante señalar que según los datos oficiales hay un 14% de casos de VIH cuya vía de transmisión no fue precisada.

Cuadro 16. Incidencia de VIH - SIDA por mecanismo de transmisión. Años 1983 a 2007.

Mecanismo	VIH		SIDA	
	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje
Sexual	4625	66.4	2150	71.2
Sanguínea	1258	18.1	760	25.2
Perinatal	106	1.5	110	3.6
No precisada	972	14.0	-	-
Total	6961	100	3020	100

Fuente: Informe epidemiológico del VIH - SIDA, MSP, abril de 2007.

El aumento de mujeres infectadas con VIH implica mayor riesgo de transmisión vertical. Según la guía Profilaxis y tratamiento de la infección por VIH en pediatría del MSP, de no mediar ninguna intervención, la tasa de transmisión VIH por vía vertical sería mayor a 25%.

Para prevenir la transmisión vertical, se estableció, a través del Decreto N° 295/97 del MSP (1997), la obligatoriedad de ofrecer a todas las mujeres embarazadas la serología para VIH en su primer control obstétrico y, de resultar positiva, iniciar el tratamiento antiretroviral (ARV) para disminuir la posibilidad de transmisión vertical. Después de la implementación de ésta y otras medidas adicionales, la tasa de transmisión vertical de VIH en Uruguay descendió de 26% en 1995 a 3% en la actualidad. (MSP, 2006)



Las mujeres representan el 34.2% del total de personas viviendo con VIH y una cuarta parte de los infectados por SIDA. En los últimos años ha aumentado la incidencia del SIDA en la población femenina. El Observatorio llama la atención frente a este aumento y considera indispensable el fortalecimiento de estrategias múltiples para la información y prevención.



Según datos del MSP, la tasa de transmisión vertical de VIH descendió de 26% en 1995 a 3% en 2006.



## INDICADORES DE SALUD REPRODUCTIVA

### Utilización de anticonceptivos por sexo

Uno de los derechos sexuales y reproductivos reconocidos en múltiples acuerdos internacionales es el derecho de las personas a decidir sobre el número y espaciamiento de sus hijos/as en función de sus deseos, expectativas y necesidades, así como el derecho al acceso a métodos anticonceptivos seguros y de calidad.

Tal como surge del proyecto Género y Generaciones: reproducción biológica y social de la población uruguaya<sup>2</sup>, en nuestro país el uso de anticonceptivos está altamente integrado a la vida cotidiana de mujeres y varones. En el siguiente cuadro se observa que el 66% de mujeres y varones utilizaron algún método anticonceptivo en su última relación sexual. Cabe mencionar que las respuestas de mujeres y varones difieren en casi 20 puntos porcentuales entre quienes declaran haber utilizado algún método.

Mientras que un 77% de los varones declara haber utilizado algún método anticonceptivo en su última relación sexual, las mujeres lo hacen en un 58%. Si bien entre quienes declaran no haber utilizado método alguno no hay mayores diferencias por sexo, los casos de "No contesta" entre las mujeres ascienden al 27.6%, mientras que entre los varones representan tan sólo el 7% de los entrevistados.

Cuadro 17. Uso de anticonceptivos en la última relación sexual por sexo.  
Población entre 15 y 59 años. Uruguay urbano, año 2004.

	Varones	Mujeres	Total
Utilizó	76.5	58.3	65.8
No utilizó	16.4	14.1	15.0
No contesta	7.0	27.6	19.1
Total	100	100	100

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos del Proyecto Género y Generaciones: reproducción biológica y social de la población uruguaya, 2004.

Con respecto al conocimiento de los métodos anticonceptivos, en el año 2004 el 99% de los varones y el 95% de las mujeres declaraban conocer el preservativo; las pastillas fueron mencionadas por el 91% de los varones y el 96% de las mujeres, y el DIU es el método menos conocido, aunque seis de cada diez varones declaran conocerlo y ocho de cada diez mujeres también.

<sup>2</sup> Este proyecto interinstitucional fue realizado con la cooperación del UNFPA, IMM, MSP, MYSU, UDELAR, INE y PNUD. Para este trabajo se realizó una encuesta a 6.500 personas residentes en Montevideo y localidades urbanas del Interior (con más de 5.000 habitantes).

En cuanto al uso de los métodos, el preservativo es el que alcanza los mayores porcentajes para ambos sexos. El 86% de los varones y el 68% de las mujeres declaran haber utilizado este método. Resulta interesante la comparación con respecto al año 1986, puesto que es significativo el cambio en el comportamiento de los y las uruguayas en relación con la anticoncepción. Mientras que en 1986 tres de cada diez mujeres utilizaban el preservativo, en 2004 siete de cada diez declaró hacerlo.

Cuadro 18. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, según método.  
Uruguay urbano. Año 1986 (Mujeres) y 2004.

Método	Conoce			Sabe dónde conseguir			Ha usado		
	Varones 2004	Mujeres 2004	Mujeres 1986	Varones 2004	Mujeres 2004	Mujeres 1986	Varones 2004	Mujeres 2004	Mujeres 1986
Preservativo	99	95	85	96	92	81	86	68	34
Anticonceptivos orales	91	96	98	87	92	95	50	63	75
DIU	59	77	83	54	72	72	15	21	14

Fuente: Primer Informe de investigación del Proyecto Género y Generaciones: reproducción biológica y social de la población uruguaya, 2004.

### Utilización de anticonceptivos por tipo

Los métodos más utilizados en la última relación sexual por las personas en pareja son los preservativos masculinos (42%), seguidos por las pastillas anticonceptivas con el 31,6%. El DIU alcanzó el 16,6% y la ligadura de trompas fue señalada como el método utilizado por el 7,4% de las personas encuestadas.

Cuadro 19. Método anticonceptivo utilizado en la última relación sexual según sexo.  
Población entre 15 y 59 años. Uruguay urbano, año 2004.

	Varones	Mujeres	Total
Preservativo / condón	46.7	37.5	42.0
Píldora o pastillas anticonceptivas	29.7	33.3	31.6
Dispositivo intrauterino (DIU)	15.2	17.9	16.6
Esterilización femenina (ligadura de trompas)	6.3	8.3	7.4
Coito interruptus	0.9	1.0	1.0
Otros	0.8	1.9	1.4
No sabe	0.2	0.0	0.1
Total	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos del Proyecto Género y Generaciones: reproducción biológica y social de la población uruguaya, 2004.

Es interesante destacar que en uno de los primeros estudios que se realizó en Uruguay sobre estadísticas con perspectiva de género aparecen datos que muestran tendencias bien diferentes a las actuales en términos de uso de anticonceptivos. En 1993 el trabajo *Mujeres latinoamericanas en cifras – Uruguay* publicaba el siguiente cuadro con datos del año 1986.

Cuadro 20. Mujeres en edad fértil que usan anticonceptivos según método. Año 1986.

Método anticonceptivo	Porcentaje
Píldora o pastillas anticonceptivas	51.4
Preservativo	13.8
Dispositivo intrauterino (DIU)	11.7
Ogino	6.4
Esterilización	7.0
Coitus interruptus	6.0
Métodos vaginales	3.2
Otros	0.5
Total	100.0

Fuente: *Mujeres Latinoamericanas en Cifras – Uruguay, 1993*.

De estos datos se desprende que el método más utilizado en el año 1986 eran las píldoras o pastillas anticonceptivas. Si se observa el siguiente cuadro, también publicado en el mencionado trabajo, comienza a percibirse un cambio en el uso de los métodos anticonceptivos. Las píldoras comienzan a bajar sus niveles de uso, aumentando sostenidamente el uso del preservativo. Este cambio puede estar relacionado con la aparición del VIH-SIDA.

En Uruguay, el primer caso de VIH aparece en 1983; en 1990 ya se registraban 784 casos de VIH y SIDA, y el Estado comienza a plantearse políticas de prevención e información para la no expansión de la enfermedad. Si bien en los gobiernos de la década del 90 las campañas y la mención del preservativo como método de prevención fueron altamente cuestionadas -generando polémicas tanto a nivel del Ministerio de Salud Pública como del Parlamento-, las recomendaciones de los organismos internacionales de las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud (OMS) instaban a la divulgación de información con respecto a las enfermedades de transmisión sexual y al uso del preservativo como principal método para evitar la infección.



Cuadro 21. Uso de anticonceptivos según método. Montevideo, 1989 y 1990.

Método anticonceptivo	1989	1990
Métodos orales	56.6	48.4
Preservativos	27.1	41.6
Espermicidas	11.7	5.7
DIU	4.6	4.3
Total	100	100

Fuente: Mujeres Latinoamericanas en Cifras – Uruguay, 1993.

Según el estudio realizado en 2004, los principales lugares de adquisición de anticonceptivos para las personas en pareja son las farmacias y comercios, tanto en Montevideo como en el Interior, en más de un 60% de los casos. En segundo lugar, con menos de un 20% aparecen los servicios públicos, mientras que las mutualistas representan el lugar de obtención de anticonceptivos tan sólo para el 7% de la población encuestada. Es de destacar que hasta al momento la prestación de anticonceptivos no está incluida en los servicios del sistema mutual. El Sistema Nacional Integrado de Salud prevé la incorporación de la anticoncepción como prestación prioritaria en todos los servicios de salud del país.

Cuadro 22. Población entre 15 y 59 años según lugar de obtención de métodos anticonceptivos. Montevideo e Interior urbano. Año 2004.

Lugar de obtención de métodos anticonceptivos	Montevideo	Interior
Farmacias / Comercios	61.8	60.3
Servicios Públicos	17.4	16.4
Mutualista	6.4	7.6
Asociación Uruguaya de Planificación Familiar	4.9	4.5
Médico particular	1.0	3.1
Otros	8.6	8.2
Total	100.0	100.0

Fuente: Primer Informe de Investigación, Proyecto Género y Generaciones: reproducción biológica y social de la población uruguaya, 2004.



Un 66% de las personas utilizaron algún método anticonceptivo en su última relación sexual. Se observa una diferencia de casi 20 puntos porcentuales en el uso por sexo: 77% de los varones y 58% de las mujeres. El 86% de los varones y el 68% de las mujeres declaran haber utilizado el preservativo en su última relación sexual.

Se observa un cambio en la elección del método en los últimos veinte años; mientras que en 1986 tres de cada diez mujeres utilizaban el preservativo, en 2004 la relación es siete de cada diez.

Más del 75% de la población no utiliza los servicios de salud públicos y privados para obtener métodos anticonceptivos. El Observatorio considera que esta cifra es muy alta, puesto que desde 2001 el MSP garantiza el acceso universal. Por otra parte, las recomendaciones técnicas de consultores y organismos internacionales apuntan al fortalecimiento de la gestión y operación central y departamental para asegurar la disponibilidad de anticonceptivos en los servicios públicos de salud. (UNFPA, 2006)



## Tasa de mortalidad materna

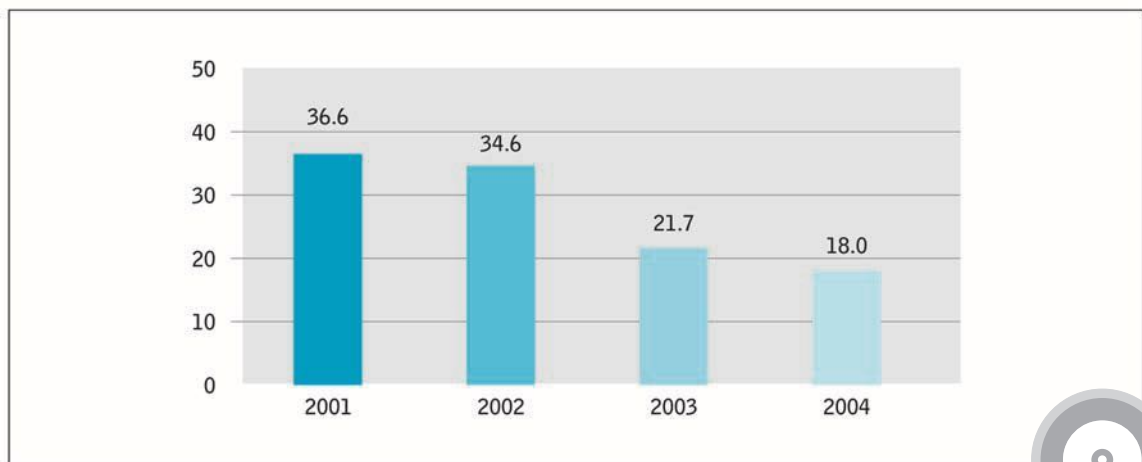
Este indicador refiere a la muerte de mujeres vinculada al proceso de embarazo, parto, puerperio y aborto. Se calcula en base a las muertes de mujeres registradas en un período determinado por estas causas por cada 100.000 nacimientos vivos.

Según el informe Estado de la Población Mundial 2005 de UNFPA, los trastornos de la salud reproductiva son la principal causa de enfermedad y muerte de las mujeres en todo el mundo. Si se consideran mujeres y varones a escala mundial, los trastornos de la salud reproductiva son la segunda causa de enfermedad, después de las enfermedades transmisibles. (UNFPA, 2005)

En este mismo informe se establece que toda mujer, rica o pobre, enfrenta un riesgo del 15% de padecer complicaciones cuando se aproxima el parto, pero en las regiones desarrolladas las defunciones a raíz de situaciones vinculadas al embarazo, parto, puerperio y aborto son prácticamente inexistentes. La falta de progreso en muchos países en cuanto a reducir la mortalidad materna evidencia el escaso valor asignado a la vida de la mujer y refleja su limitada voz en la fijación de prioridades públicas. En los países en desarrollo podrían salvarse las vidas de muchas mujeres mediante intervenciones en la salud reproductiva que para los habitantes de países ricos son algo normal y habitual. (UNFPA, 2005)

En nuestro país se observa una reducción de la tasa de mortalidad materna en los últimos años. En 2001 la tasa era de 36.6 cada 100.000 niños nacidos vivos, mientras que en 2004 es de 18.0, observándose una reducción del 50%.

Gráfico 6. Tasa de mortalidad materna por 100.000 nacimientos vivos. Años 2001 a 2004.



Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas Vitales – INE.

Según el trabajo "Mortalidad materna, aborto y salud en el Uruguay" (Abracinskas y López, 2004), durante el período 1990 - 2002 se registraron 173 muertes maternas sobre un total de 716.671 nacimientos, lo que constituyó una tasa de 2.4 por 10.000 nacidos vivos. Durante ese período la mortalidad por aborto representó el 27%, convirtiéndose en la principal causa independiente de muerte materna.

### Tasa de mortalidad materna por aborto

En 2003 la mortalidad materna por aborto representaba más de la mitad de los casos de muerte materna, disminuyendo drásticamente en 2004 a 11%.

Para el análisis de esta importante disminución de la mortalidad materna por aborto hay varias hipótesis en juego. Si bien no hay datos oficiales que indiquen con exactitud a qué se debe el descenso, podemos plantear que la difusión informal de la normativa sanitaria, junto con la entrada al mercado clandestino del medicamento Misoprostol, ha generado un cambio en las prácticas a las que recurren las mujeres para interrumpir un embarazo no deseado. Esta situación no se aleja del contexto latinoamericano, ya que se ha observado en la región una disminución de los abortos quirúrgicos en las últimas décadas convirtiéndose el aborto con medicamentos la práctica más frecuente. (Gynuity Health Projects, 2007)

Otra dimensión que puede estar influyendo en este cambio de prácticas es la aparición en los medios de comunicación, tanto televisión y radio como prensa, del tema del aborto con medicamentos, que se suma a esta situación de difusión informal, transmitiendo información y vías de acceso al Misoprostol.

Por otra parte, en el segundo semestre de 2003 se instala en el Hospital Pereira Rossell, principal centro materno infantil del país, la Policlínica de Asesoramiento pre y post aborto, con la finalidad, entre

otras, de disminuir la tasa de mortalidad materna por causa de abortos practicados en condiciones de riesgo. Si bien la práctica del aborto continúa siendo un delito en Uruguay, la instalación de esta nueva prestación brinda a las mujeres mejores condiciones para acceder a información ante la toma de decisiones frente a un embarazo no deseado. Esta instancia favorece la prevención de abortos de riesgo mediante un espacio de información técnica para las mujeres. Aún no hay datos oficiales con respecto a la mortalidad materna para los años posteriores a 2004 y tampoco se cuenta con una evaluación de la implantación del programa.

El 6 de agosto de 2004 el Ministerio de Salud Pública en Uruguay aprobó la normativa sanitaria Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo (Ordenanza N° 369). Esta propuesta surgió en 2001 del Grupo Iniciativas Sanitarias contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo, integrado por profesionales médicos y de otras disciplinas de la salud, y en el cual participaron organizaciones de la sociedad civil en la elaboración de la propuesta.

Cuadro 23. Muertes femeninas por complicaciones del embarazo, parto y puerperio, y mortalidad por aborto como porcentaje de mortalidad materna. Años 2000 a 2004.

Año	Muertes maternas total muertes mujeres por mil	Muertes maternas muertes mujeres 15 - 49 años por mil	Mortalidad por aborto como porcentaje de mortalidad materna
2000	0.64	10.29	-
2001	1.29	22.30	47.4
2002	1.21	20.31	33.3
2003	0.69	13.23	54.5
2004	0.58	10.63	11.1

Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas Vitales - INE y Estadísticas de Género INE - INAMU, años 2001 a 2005.

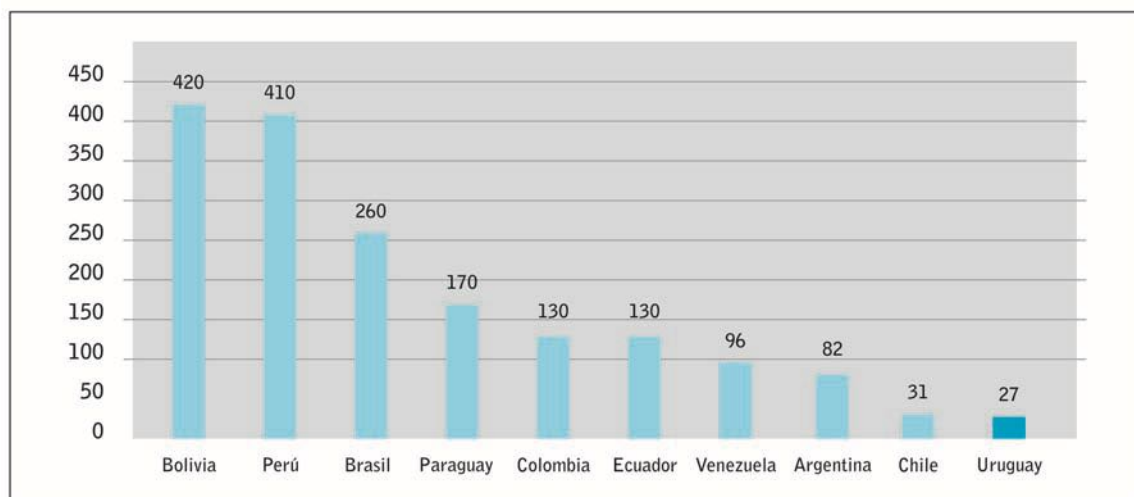


Sin lugar a dudas es un avance contar con una normativa sanitaria (Ordenanza 369, MSP) para el asesoramiento pre y post aborto. Sin embargo, una preocupación persistente desde el Observatorio es la no aplicación de la norma en todos los servicios de salud del país.

En el contexto regional, Uruguay presenta la menor tasa de mortalidad materna (27 muertes maternas cada 100.000 nacidos vivos), mientras que Bolivia y Perú superan las 400 muertes maternas. Argentina, Chile y Venezuela presentan las menores tasas de la región luego de Uruguay.

Gráfico 7. Mortalidad materna en América Latina, período 1997 - 2005.

(Datos referidos al año disponible más reciente durante el período).



Fuente: Estado Mundial de la Infancia. UNICEF, 2007.

### Tasa de abortos practicados en condiciones de riesgo

La tasa de abortos realizados en condiciones de riesgo en las regiones más desarrolladas es significativamente menor que en las menos desarrolladas. En Sudamérica la tasa de abortos en condiciones de riesgo por cada mil mujeres de 15 a 49 años asciende a 30. A su vez, en esta misma región se practican 39 abortos en condiciones de riesgo por cada 100 nacidos vivos.

Cuadro 24. Índice anual de abortos practicados en condiciones de riesgo.

Región de la ONU	Cifras aproximadas de abortos en condiciones de riesgo	Razón de aborto en condiciones de riesgo por cada 100 nacidos vivos	Tasa de abortos en condiciones de riesgo por cada 1000 mujeres de 15 a 49 años
El mundo	19.000.000	14	12
Naciones más desarrolladas	500.000	4	2
Naciones menos desarrolladas	18.500.000	15	15
Latinoamérica y el Caribe	3.700.000	32	26
Caribe	110.000	15	11
Centroamérica	680.000	20	19
Sudamérica	2.900.000	39	30

Fuente: Ahman, E. y Shah, I. 2002. Unsafe Abortion: Worldwide Estimates for 2000. Reproductive Health Matters, en Aborto en Latinoamérica y el Caribe.

## Tasas de mortalidad por diversos tipos de cáncer asociados a la salud reproductiva

Según datos del INE (Indicadores Demográficos), en el año 1991 los cinco cánceres más frecuentes entre las mujeres fueron el de mama, cérvix uterino, colorrectal, endometrio y piel, en ese orden. El cáncer de mama se ha convertido en un problema de gran magnitud en el Uruguay, cuya incidencia aumenta, constituyéndose la segunda causa de muerte de origen tumoral entre las mujeres.

Según datos presentados en Mortalidad materna, aborto y salud en Uruguay, los tres tipos de cáncer relacionados al aparato reproductivo de las mujeres (mama, cérvix y útero) causaron más de 9.330 muertes a mujeres en la última década del siglo XX.

En el siguiente cuadro se presenta la tasa de mortalidad para varones y mujeres según tipo de cáncer relacionado al sistema reproductivo. En primer lugar, se observa que el cáncer de mama tiene mayor presencia entre las mujeres que entre los varones, registrándose una tasa de mortalidad de 36 mujeres cada 100.000 habitantes para el año 2004, mientras que para los varones es del 0.1. Si bien no se registra un ascenso constante de la mortalidad por esta causa, la tasa se mantiene en el entorno de las 35 mujeres cada 100.000 habitantes en el período 2001 – 2004.

Las tasas de mortalidad por cáncer de mama (femenino) y de próstata (masculino) son similares. Es importante consignar que una proporción de estos decesos son evitables mediante la detección oportuna y el tratamiento en sus etapas iniciales. En el caso del cáncer de próstata se observa un aumento de la mortalidad pasando de 36 a 40 muertes cada 100.000 habitantes.

Con respecto al cáncer de útero, incluyendo el cáncer de cuello del útero, se percibe un leve descenso de la mortalidad entre 2001 y 2004. Por el contrario, se observa un leve aumento de la mortalidad por cáncer de ovario para el mismo período.

Cuadro 25. Tasa bruta de mortalidad por tipo de cáncer. Total del país. Años 2001 a 2004.

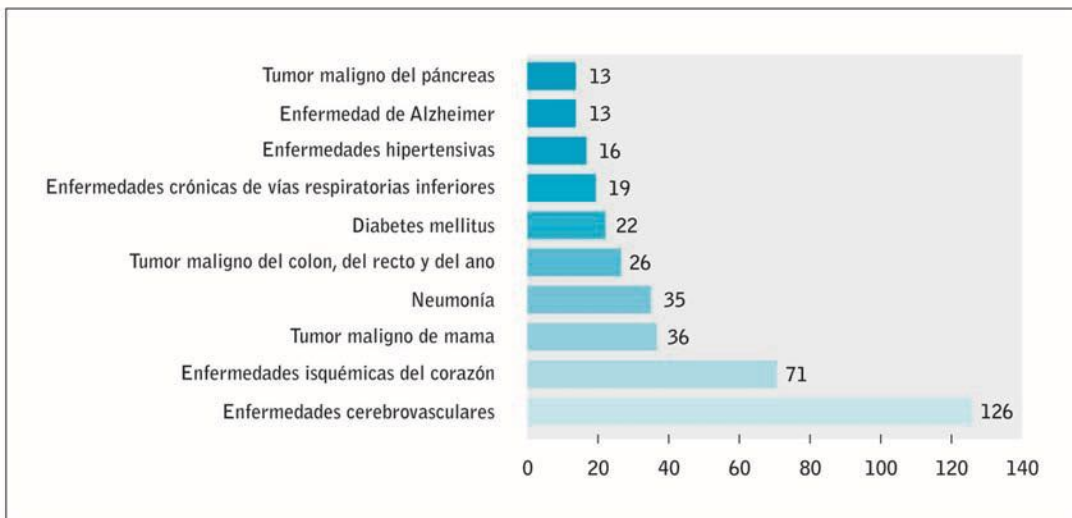
	Mama		Cuello de útero	Otras partes no especificadas del útero	Ovario	Próstata
	Varones	Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres	Varones
2001	0.6	33.8	5.7	8.4	5.6	36.0
2002	1.1	37.1	5.9	8.0	7.4	33.4
2003	0.3	33.8	5.9	8.1	7.7	38.9
2004	0.1	35.8	4.6	7.8	7.0	40.5

Fuente: Estadísticas de Género INAMU - INE. Años 2001 a 2005.

En cuanto a la mortalidad femenina por tumores malignos, el primer lugar lo ocupa el cáncer de mama, causa de mortalidad femenina que se ubica en el tercer lugar luego de enfermedades cerebro-

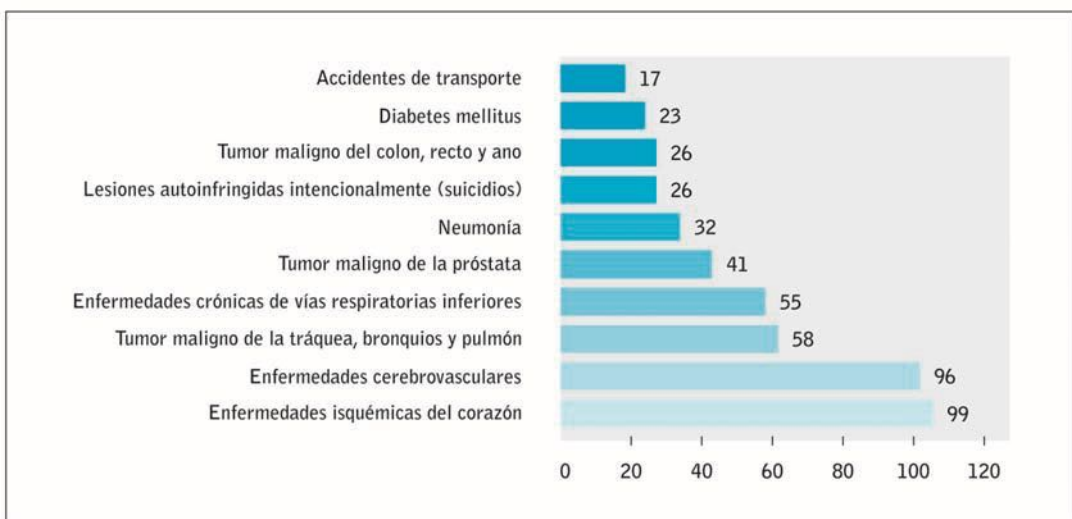
vasculares y del corazón. En el caso de los varones, ocupa el primer lugar en la mortalidad por tumores malignos el cáncer de tráquea, bronquios y pulmones, seguido del cáncer de próstata. (Batthyány, Espino, 2007)

Gráfico 8. Principales causas de mortalidad en mujeres.  
Tasa bruta de mortalidad cada 100.000 habitantes. Año 2004.



Fuente: Estadísticas de Género INAMU - INE. Años 2001 a 2005.

Gráfico 9. Principales causas de mortalidad en varones.  
Tasa bruta de mortalidad cada 100.000 habitantes. Año 2004.



Fuente: Estadísticas de Género 2001 2005 INE- INAMU.

## Cobertura de atención prenatal

Uruguay presenta una tasa de cobertura de atención prenatal del 94%, lo cual lo sitúa en el cuarto lugar entre los países de América del Sur. Por su parte, el promedio para estos países es de 92.1%. La situación más extrema en América del Sur la presenta Bolivia, donde un 21% de las mujeres nunca fueron atendidas por personal especializado durante el embarazo.

Cuadro 26. Proporción de mujeres atendidas al menos una vez por personal especializado durante el embarazo. Período 1997 - 2005. (Datos referidos al año disponible más reciente durante el período).

País	Cobertura prenatal
Argentina	98
Brasil	97
Chile	95
Colombia	94
Paraguay	94
<b>Uruguay</b>	<b>94</b>
Venezuela	94
Perú	92
Ecuador	84
Bolivia	79

Fuente: Estado mundial de la Infancia – UNICEF 2007.

Cuadro 27. Proporción de embarazos controlados. Total del país.

Año	Controlados	No controlados	NS/NC
2001	93.1	4.4	2.5
2002	94.0	3.6	2.4
2003	94.5	4.4	1.1
2004	95.2	3.6	1.2

Fuente: Estadísticas de Género INE - INAMU. Años 2001 a 2005.





## Proporción de partos atendidos por personal profesional

En el contexto regional los tres países que se destacan con un mejor desempeño en partos atendidos por personal especializado son Argentina, Chile y Uruguay. Brasil, Colombia y Venezuela también muestran un buen desempeño en este indicador aunque no alcanzan la universalización en la atención. Para el caso de Perú, Ecuador y Paraguay promedialmente 3 de cada 4 partos son atendidos por personal especializado. Se destaca el caso de Bolivia donde el 33% de los partos no son atendidos por personal especializado.

Cuadro 28. Proporción de partos atendidos por personal especializado. Período 1997 - 2005. (Datos referidos al año disponible más reciente durante el período).

<b>País</b>	<b>Partos atendidos por personal especializado</b>
Argentina	98
Brasil	97
Chile	95
Colombia	94
Paraguay	94
<b>Uruguay</b>	<b>94</b>
Venezuela	94
Perú	92
Ecuador	84
Bolivia	79

Fuente: Estado mundial de la Infancia – UNICEF 2007.

Cuadro 29. Partos atendidos por personal calificado. Uruguay 2001 - 2004.

<b>Año</b>	<b>Porcentaje</b>
2001	98.9
2002	99.4
2003	99.3
2004	99.3

Fuente: Estadísticas de Género INE - INAMU. Años 2001 a 2005.

De acuerdo a los registros del Hospital de la Mujer, para el 2006 se observa que un 70% de los nacimientos correspondió a partos espontáneos, un 23% a cesáreas y un 6% a partos con fórceps. Es interesante destacar la tendencia al aumento del porcentaje de cesáreas en dicho hospital. (MSP, 2007) No se dispone de información sobre este aspecto de la salud reproductiva para todas las maternidades del país.

Cuadro 30. Evolución del porcentaje de partos según vía de terminación.  
Hospital de la Mujer 2003 – 2006. Años 2003 – 2006.

Año	Parto espontáneo	Fórceps	Cesárea	No indicado
2003	72.8	4.9	21.7	0.5
2004	70.0	5.3	24.4	0.3
2005	68.4	3.9	27.6	0.1
2006	70.6	5.7	23.5	0.2

Fuente: Informe de gestión - Maternidad 2006. Hospital de la Mujer. CHPR. MSP.



Los trastornos de la salud reproductiva son la principal causa de enfermedad y muerte de las mujeres en todo el mundo. En Uruguay se observa una reducción de la tasa de mortalidad materna de un 50% en el período 2001 – 2004. La mortalidad materna por aborto en el 2003 representaba más de la mitad de los casos de muerte materna, disminuyendo drásticamente a 11% en 2004.

El Observatorio se congratula de presentar estas cifras y propone no abandonar la línea de atención a las mujeres que cursan embarazos no deseados, si bien se recuerda que esta línea de atención no está extendida a todos los servicios y en todos los departamentos del país como correspondería.

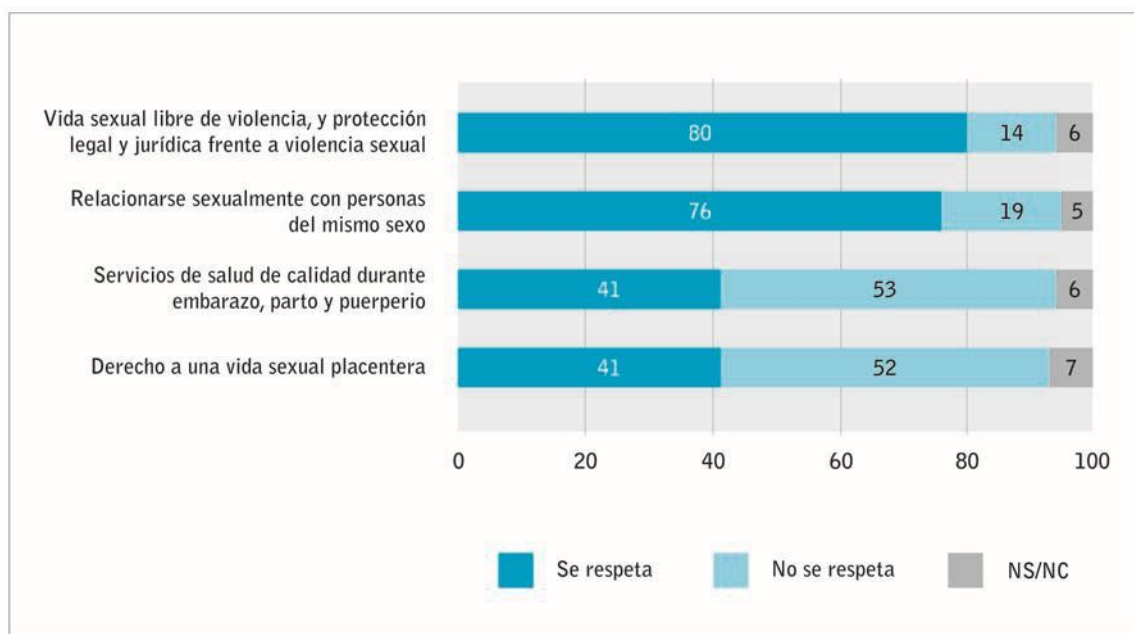
## DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

### Opinión acerca del respeto de los derechos sexuales en el Uruguay

La mitad de la población encuestada considera que no se respeta el derecho a una vida sexual libre de violencia ni el derecho a contar con protección legal y jurídica frente a la violencia sexual. Por otra parte, uno de cada dos uruguayos piensa que no se respeta el derecho a relacionarse sexualmente con una persona del mismo sexo.

Tres de cada cuatro uruguayos considera que en nuestro país se respeta el derecho a contar con servicios de salud de calidad durante el embarazo, parto y puerperio, mientras que ocho de cada diez considera que se respeta el derecho a una vida sexual placentera.

Gráfico 10. Población entre 15 a 59 años de edad según opinión acerca del respeto de derechos sexuales y reproductivos. Uruguay urbano. Año 2004.



Fuente: Primer Informe de Investigación, Proyecto Género y Generaciones: reproducción biológica y social de la población uruguaya, 2004.

## Opinión acerca de quién debería ser el principal transmisor de información sobre sexualidad

Ante la pregunta “¿Quién piensa usted que debe informar en relación a la sexualidad?”, nueve de cada diez mujeres mencionaron a la madre. Ocho de cada diez mencionaron al padre. Entre los varones, el más mencionado es el padre (85.2%) aunque la madre también obtuvo gran porcentaje de respuestas (82.9%). En ambos casos, la madre y el padre son los preferidos como fuente de información sobre sexualidad. No sucede lo mismo con otros familiares, que obtienen porcentajes significativamente menores.

Por otra parte, varones y mujeres coinciden en casi un 60% en que los docentes deberían ser quienes informen sobre sexualidad. Cabe destacar que son las mujeres quienes más mencionan al personal de salud (54.7%), mientras que un 48.5% de los varones los hace.

Cuadro 31. Población entre 15 y 59 años de edad por sexo según persona jerarquizada como fuente de información sobre sexualidad. Uruguay urbano. Año 2004.

Persona jerarquizada como fuente de información	Varones	Mujeres
Madre	82.9	87.4
Padre	85.2	78.3
Hermanos/as, tíos/as	18.8	17.0
Docentes	57.8	56.6
Profesional de la salud	48.5	54.7
Otros (amigos, vecinos, religiosos)	18.3	15.7

Fuente: Primer Informe de Investigación, Proyecto Género y Generaciones: reproducción biológica y social de la población uruguaya, 2004.

## Opinión acerca de quién debería ser el principal transmisor de valores sobre sexualidad

Padre y madre son las personas más elegidas para transmitir valores sobre la sexualidad. En el caso de las mujeres, nueve de cada diez eligen a la madre y ocho de cada diez al padre. Los varones mencionan más al padre (87.7%) que a la madre (81.9%), pero ambos obtienen altos niveles de respuesta.

En este caso, los docentes son mencionados sólo por el 30% de varones y mujeres. Los porcentajes de mención del personal de salud también descienden para el caso de la transmisión de valores.

Cuadro 32. Población entre 15 y 59 años de edad por sexo según persona jerarquizada como transmisor de valores sobre sexualidad. Uruguay urbano. Año 2004.

Principal transmisor de valores	Varones	Mujeres
Madre	84.7	90.2
Padre	87.7	81.9
Hermanos/as	13.9	11.3
Docentes	31.4	30.8
Profesional de la salud	22.5	21.1
Otros (amigos, vecinos, religiosos)	12.7	11.3

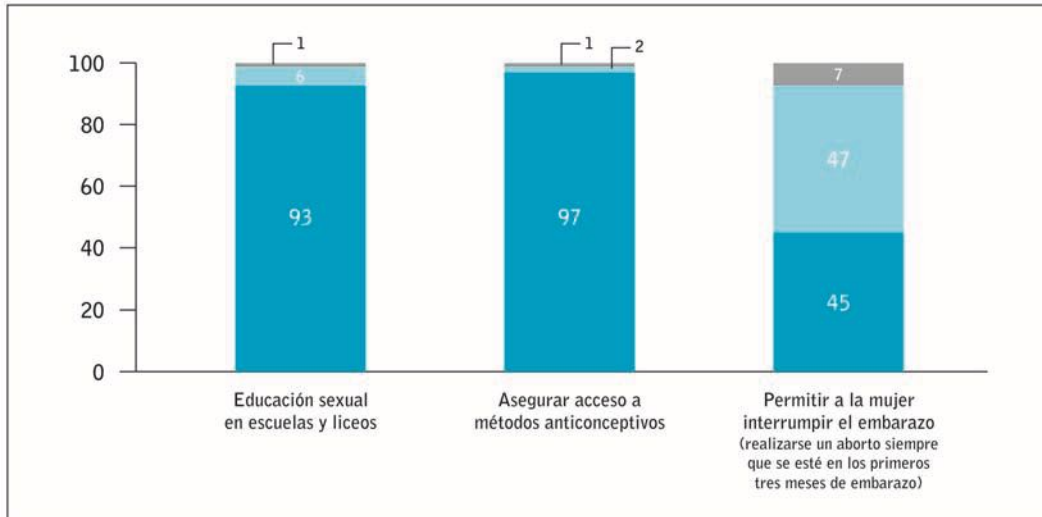
Fuente: Primer Informe de Investigación, Proyecto Género y Generaciones: reproducción biológica y social de la población uruguaya, 2004.

### Opinión acerca de los proyectos de ley sobre defensa de salud sexual y reproductiva (legislaturas 2000-2004 y 2005-2009)

En abril de 2004 la consultora Equipos Mori realizó un estudio de opinión sobre el proyecto de ley de salud reproductiva que discutía en ese momento la Cámara de Senadores. El estudio preguntaba la opinión acerca del proyecto de ley y sus componentes. Frente a la consigna: "Le voy a leer algunas cosas que incluye este proyecto. Le pido que me diga si esta de acuerdo o en desacuerdo con estas cosas", el 97% estuvo de acuerdo con asegurar el acceso a métodos anticonceptivos y el 93% de los encuestados manifestó estar de acuerdo con la pertinencia de incorporar la educación sexual en las escuelas y liceos.

Si bien en los dos indicadores anteriores la mayoría de la población considera que padre y madre deben ser los principales trasmisores de información y valores sobre sexualidad, en este caso surge la educación sexual como elemento a incorporar en la educación pública, otorgándole un rol destacado a las instituciones educativas en estos temas. Ante la posibilidad de permitir a la mujer que interrumpa un embarazo en los primeros tres meses de gestación, el 45% de la población indicó que está de acuerdo.

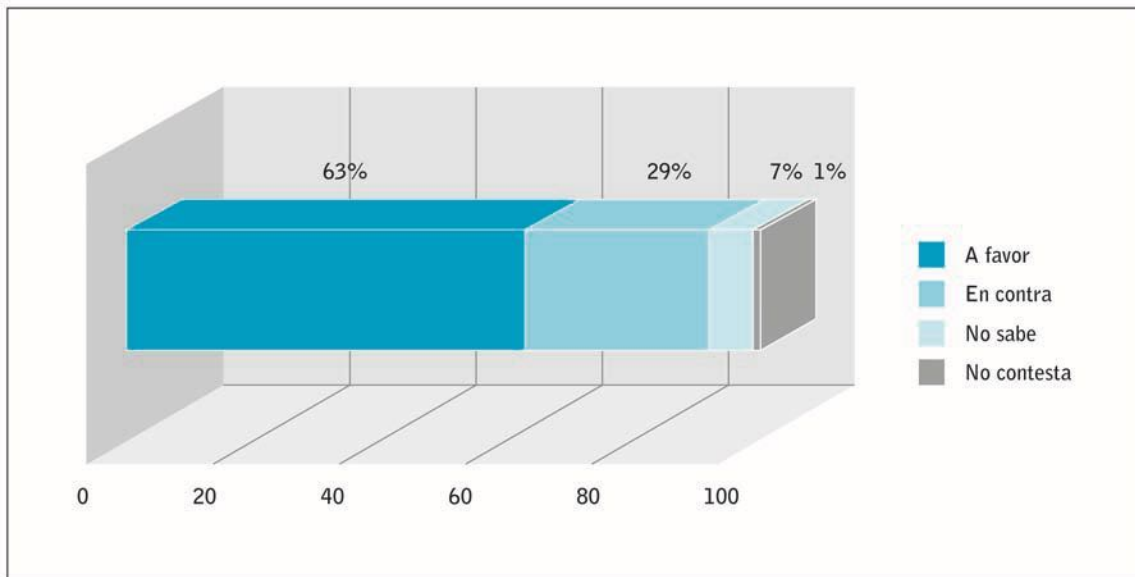
Gráfico 11. Opinión acerca de los componentes del proyecto de ley de salud reproductiva (Legislatura 2000 - 2004). Año 2004.



Fuente: Estudio de opinión sobre ley de salud reproductiva. Equipos Mori, abril 2004.

En este mismo estudio se relevó la opinión de las personas en cuanto a la aprobación por parte del Parlamento del proyecto de ley. Ante la pregunta: "En términos generales, ¿Usted diría que está a favor o en contra de la aprobación de una ley que tenga estas características / estos contenidos?, el 63% manifestó estar a favor de la misma.

Gráfico 12. Aprobación del proyecto de ley sobre salud reproductiva. Año 2004.

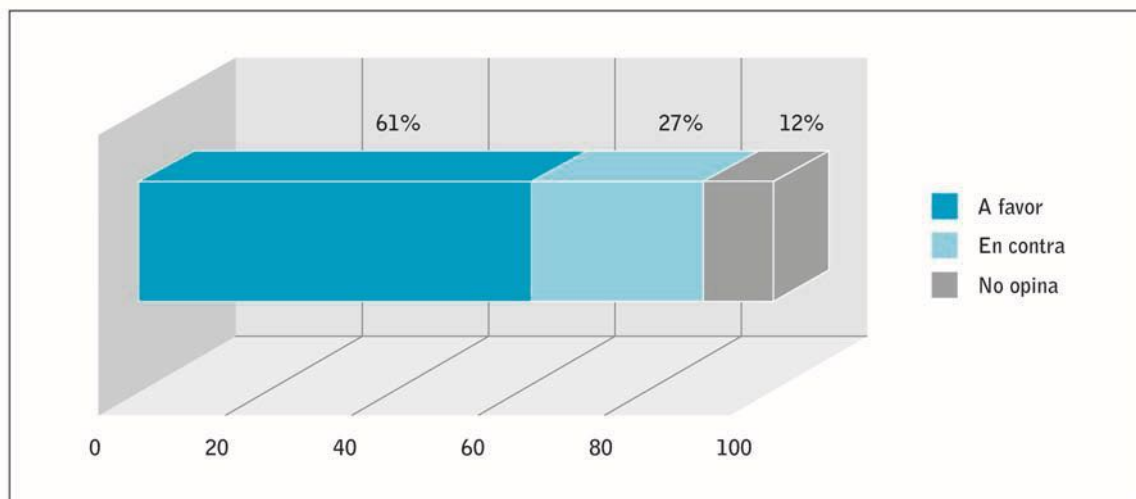


Fuente: Estudio de opinión sobre ley de salud reproductiva. Equipos Mori, abril 2004.

A fines del año 2006 la consultora Factum realizó la siguiente pregunta: "El Senado tiene en discusión hace un tiempo una ley que permite a las mujeres recurrir al aborto dentro de las primeras doce semanas del embarazo, y también -como existe actualmente en la legislación- en caso de violación, de riesgo de vida de la madre o de malformaciones del feto. ¿Está usted a favor o en contra?".

Los resultados fueron los siguientes: el 61% se manifestó a favor, el 27% en contra y el 12% no opinó.

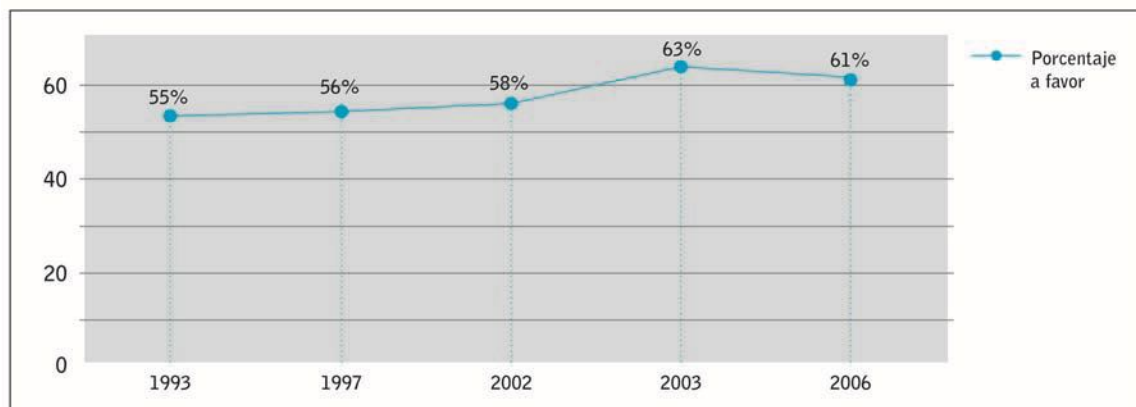
Gráfico 13. Aprobación del proyecto de ley sobre salud reproductiva. Año 2006.



Fuente: Estudio de opinión sobre ley de salud reproductiva. Factum. Año 2006.

Por otra parte, resulta interesante ver cómo ha evolucionado el posicionamiento de la población en las distintas encuestas de opinión realizadas por esta empresa.

Gráfico 14. Evolución de la opinión a favor de la despenalización del aborto. Años: 1993 - 2006.

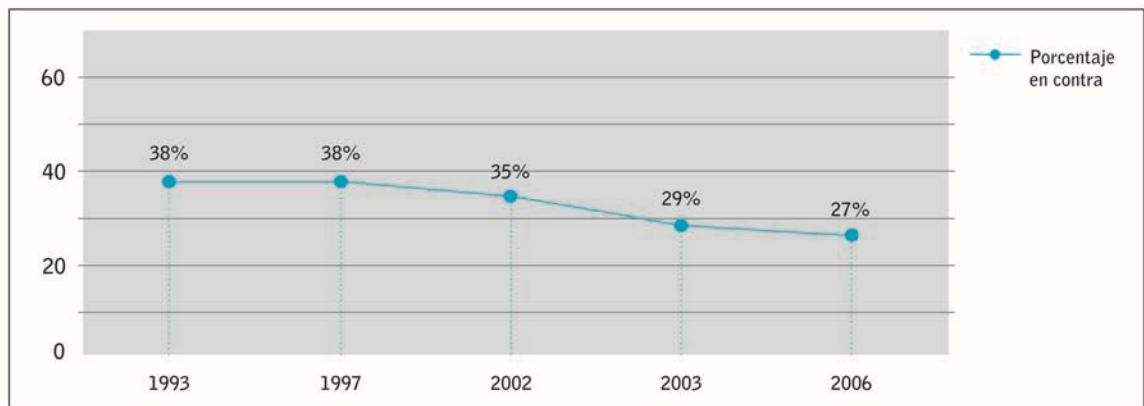


Fuente: Elaboración propia en base a datos publicados en [www.factum.edu.uy](http://www.factum.edu.uy).

En más de una década de relevamiento se aprecia un incremento de las personas afines a la despenalización del aborto, aunque cabe destacar que ya en 1993 más de la mitad de la población estaba a favor de esta medida, lo que indica que, si bien el tema se ha instalado en la opinión pública en estos últimos años, la actitud de la población no era inicialmente adversa.

Este aumento en la aceptación de la despenalización del aborto se vio acompañado de un descenso de entre 9 y 11 puntos porcentuales de la opinión negativa frente a la despenalización.

Gráfico 15. Evolución de la opinión en contra de la despenalización del aborto. Años: 1993 - 2006.



Fuente: Elaboración propia en base a datos publicados en [www.factum.edu.uy](http://www.factum.edu.uy).



## ACCESO Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

En 1986 y según la Encuesta Nacional de Fecundidad, que aporta información sobre exámenes preventivos de la población en edad fértil (entre los 15 y 49 años de edad), el 58.7% de las mujeres encuestadas declaró que nunca se realizó alguno de los exámenes (PAP, examen ginecológico y autoexamen de mama); sólo el 19% se había practicado una citología oncológica. El porcentaje total de las mujeres en edad fértil que declaró haber sido examinada ginecológicamente fue del 41%.

La Encuesta sobre Estilos de Vida y Salud de la población adulta, realizada en 1999 por el proyecto Fortalecimiento Institucional del Sector Salud del Ministerio de Salud Pública, recoge información de las mujeres de 55 años y más.

Los datos mostraron que más de la mitad de la población urbana en este rango de edad nunca se había realizado una mamografía. La tendencia muestra una disminución en la frecuencia de consulta al ginecólogo a medida que la edad avanza. La práctica del autoexamen de mama es más frecuente entre las mujeres más jóvenes.

En el estudio Del enfoque materno infantil al enfoque de la salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas (2003) realizado por la Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, se menciona que el 48% de las usuarias de Salud Pública en Montevideo, nunca se practicó un autoexamen de mama y 27% nunca se realizó un PAP. El estudio señala que 41% de las mujeres encuestadas declaró no haber sido examinadas por el profesional en la consulta ginecológica, así como tampoco haber recibido información sobre el autoexamen de mama.

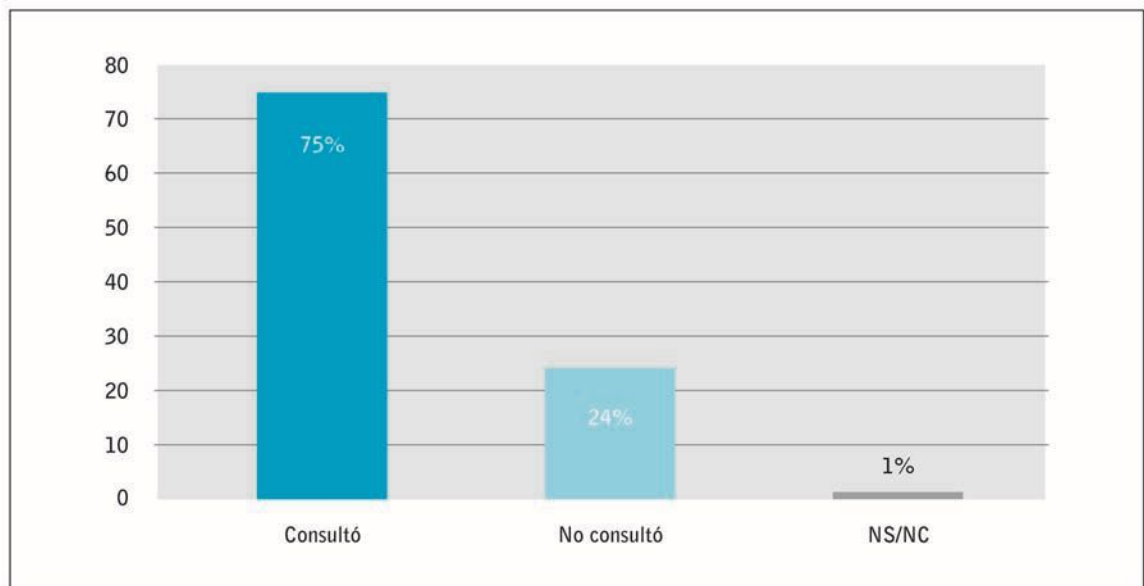
En los siguientes indicadores se ampliará esta información con datos para el 2004 teniendo en cuenta que las fuentes y las muestras que fueron trabajadas son diferentes y no permiten una rigurosa comparación.

### Proporción de mujeres que no se han realizado controles ginecológicos fuera del período de embarazo

Una de cada cuatro mujeres encuestadas (24%) no consultó nunca a un ginecólogo sin ser por embarazo. Esto indica que existe una parte importante de la población femenina que establece un vínculo con el cuidado de su salud sexual y reproductiva únicamente a partir de su función reproductiva.

Se observan diferencias al desagregar los datos por años de estudio. Mientras el 86% de las mujeres con 12 años de estudios o más tienen antecedentes de consulta ginecológica no vinculada al embarazo, el 69% de las mujeres con menos años de estudio realizaron alguna consulta ginecológica no vinculada al embarazo. Cambiar el modelo de atención materno infantil es sustancial para las políticas de promoción de salud sexual y reproductiva.

Gráfico 16. Antecedente de consulta ginecológica no vinculada al embarazo. Año 2004.



Fuente: Primer Informe de Investigación, Proyecto Género y Generaciones: reproducción biológica y social de la población uruguaya, 2004.

Cuadro 33. Mujeres entre 15 y 59 años de edad por antecedente de consulta ginecológica no vinculada al embarazo según nivel educativo. Uruguay urbano. Año 2004.

Años de estudio	Consultó	No consultó	NS/NC
0 a 5	68.1	31.0	0.5
6 a 8	69.7	30.0	0.7
9 a 11	69.0	30.0	0.5
12 y más	86.0	13.0	1.1

Fuente: Primer Informe de Investigación, Proyecto Género y Generaciones: reproducción biológica y social de la población uruguaya, 2004.

Es de destacar que una de cada tres mujeres con hasta 11 años de estudio no consulta al ginecólogo por un motivo diferente al embarazo.

## Causas de ausencia de consulta ginecológica fuera del período de embarazo

Entre las principales causas para no consultar al ginecólogo se encuentra “No querer, no sentir la necesidad o preferir no saber”, mencionada por tres de cada cuatro mujeres entrevistadas sin antecedente de consulta ginecológica no vinculada al embarazo. Sin duda esto implica repensar el modelo de atención materno infantil que considera a la mujer sujeto para la atención de la salud exclusivamente en su situación de gravidez. El concepto que prioriza la salud de la familia muchas veces contribuyó a la invisibilización de la salud de la mujer y la postergación del cuidado de sí misma en pro de su rol materno.

Cuadro 34. Causas de ausencia de consulta ginecológica fuera del período de embarazo. Mujeres de entre 20 y 59 años de edad. Año 2004.

Causas de ausencia de consulta ginecológica	Porcentaje
Porque no quiere (no siente necesidad, prefiere no saber)	74.6
No sabe que hay que hacerlo	8.4
No tiene tiempo	4.9
Por motivos económicos	1.1
La hacen esperar mucho	1.1
No sabe donde se puede hacer	0.5
Otros	2.9
No sabe/ No contesta	6.6
Total	100

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos del Proyecto Género y Generaciones: reproducción biológica y social de la población uruguaya, 2004.

## Proporción de mujeres que se realizaron el Estudio Citológico Cervical Papanicolau (PAP)

El cáncer cervicouterino es un importante problema de salud pública que ocasiona muertes que pueden evitarse mediante la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado. El método de tamizaje más corriente es la citología cervical conocida como Papanicolau. A nivel mundial, este cáncer ocupa el segundo lugar entre los más frecuentes en las mujeres. Cada año se diagnostican 500.000 nuevos casos y mueren 250.000 mujeres.

Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), a partir de estudios en América Latina, las principales barreras con respecto a la prevención del cáncer cervicouterino son: las dificultades socioeconómicas, el acceso a los servicios y el pudor. “Las mujeres tienen mucho temor a

este cáncer y elaboran mentalmente imágenes de deterioro y muerte que afectan en forma negativa su decisión de someterse a un examen. Sin embargo, aquellas mujeres que se someten a pruebas de detección, perciben beneficios significativos tales como sentirse tranquilas, cuidarse a sí mismas y a sus familias”.

El cáncer cervicouterino, siendo altamente prevenible, afecta a un número significativo de mujeres en la región, sobre todo a las que pertenecen a los sectores de menos ingresos. Se calcula que cada 15 minutos una mujer muere de cáncer cervical en América Latina y el Caribe. La prevención de esta neoplasia requiere la difusión de información sobre la importancia de su detección temprana, así como la debida capacitación al personal de salud a fin de que, además de mejorar la calidad de la atención, comprenda las barreras que existen para el acceso de las mujeres a los servicios de salud. (OPS - 2001) A su vez, es necesaria la modificación de los patrones sociales de cuidado de salud en las familias.

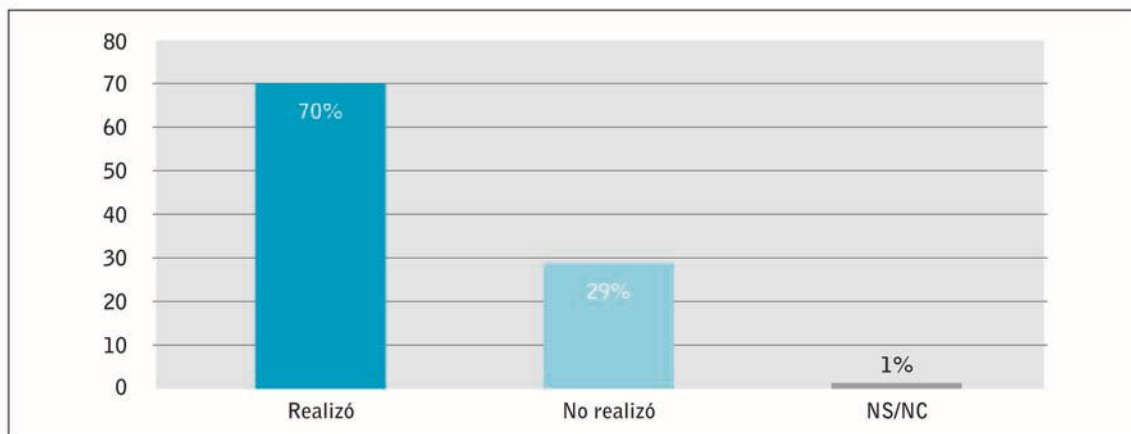


En nuestro país los tumores malignos ocupan el segundo lugar como causa de muerte. En la población femenina el cáncer de mama ocupa el primer lugar como causa de muerte por tumores.



El Primer Informe de Investigación del Proyecto Género y Generaciones: reproducción biológica y social de la población uruguaya, indica que según datos de 2004, en nuestro país tres de cada diez mujeres de entre 20 y 59 años de edad no tienen antecedentes de realización de PAP.

Gráfico 17. Mujeres entre 20 y 59 años de edad según antecedente de realización de PAP en alguna oportunidad. Uruguay urbano. Año 2004.



Fuente: Primer Informe de Investigación, Proyecto Género y Generaciones: reproducción biológica y social de la población uruguaya, 2004.

Esta cifra varía cuando se estudian los datos por nivel socioeconómico: cuatro de cada diez mujeres de nivel socio económico bajo no tienen antecedentes de realización de Papanicolau, mientras que la proporción desciende a tres de cada diez en el caso de aquellas con nivel socioeconómico alto.

Cuadro 35. Mujeres entre 20 y 59 años de edad por antecedente de realización de PAP según nivel socioeconómico. Uruguay urbano. Año 2004.

Nivel socio económico	Realizó	No realizó	NS/NC
Alto	71.4	28.6	0.0
Medio	72.5	26.6	0.9
Bajo	58.4	40.3	1.3
Se ignora	73.3	26.7	0.0

Fuente: Primer Informe de Investigación, Proyecto Género y Generaciones: reproducción biológica y social de la población uruguaya, 2004.

Por otra parte, a medida que aumentan los años de estudio de las mujeres, crece la proporción de antecedente de realización de PAP. Las tres cuartas partes de las mujeres con 12 años de estudio se ha realizado un PAP en alguna oportunidad. Este porcentaje, desciende entre 8 y 10 puntos cuando las mujeres tienen menos de 12 años de estudio, es decir, que no han completado el nivel secundario.

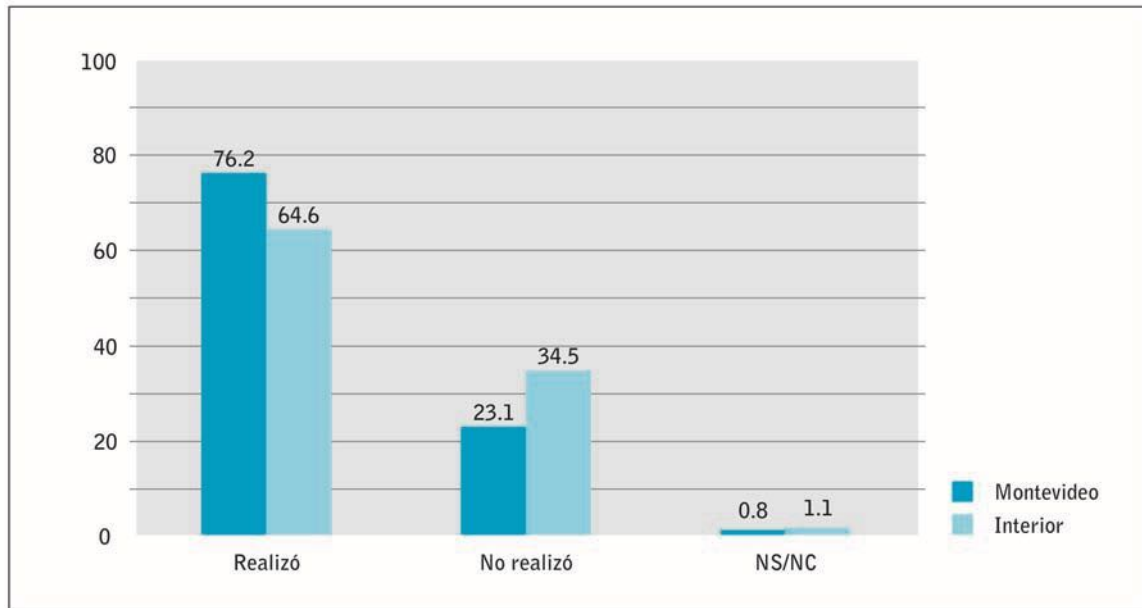
Cuadro 36. Mujeres entre 20 y 59 años de edad por antecedente de realización de PAP según nivel educativo. Uruguay urbano. Año 2004.

Años de estudio	Realizó	No realizó	NS/NC
0 a 5	66.8	32.1	1.0
6 a 8	66.9	32.6	0.4
9 a 11	68.2	31.3	0.4
12 y más	75.3	23.3	1.4

Fuente: Primer Informe de Investigación, Proyecto Género y Generaciones: reproducción biológica y social de la población uruguaya, 2004.

La variable región establece diferencias en el acceso y utilización de los servicios de salud sexual y reproductiva. En este sentido, el 34% de las encuestadas del Interior del país no tiene antecedentes de realización de este análisis médico, mientras que esta proporción desciende al 23% en el caso de Montevideo.

Gráfico 18. Mujeres entre 20 y 59 años de edad por antecedente de realización de PAP según región. Uruguay urbano. 2004.



Fuente: Elaboración propia en base a base de datos del Proyecto: Género y Generaciones: reproducción biológica y social de la población uruguaya, 2004.



El Observatorio llama la atención sobre el menor acceso de las mujeres del Interior del país a la realización del PAP, así como de aquellas con menor nivel educativo.



### Proporción de mujeres que se han realizado PAP por servicio utilizado

Al desagregar los datos por subsector se observa que no hay mayores diferencias entre el público y privado. De las mujeres entre 20 y 59 años de edad que se han realizado un PAP, el 50.3% lo ha hecho en mutualista, mientras que el 49.7% recurrió a servicios de Salud Pública.

Cuadro 37. Proporción de mujeres entre 20 y 59 años de edad que se ha realizado PAP por servicio utilizado. Uruguay urbano. Año 2004.

Servicio utilizado para PAP	Porcentaje
Mutualista	50.3
MSP Hospital	19.2
MSP Policlínicas, Centro de salud	15.6
Sanidad Policial o Militar	7.3
MSP Policlínicas, Centro de salud	4.8
Hospital de Clínicas	1.0
Otro	1.7
No sabe	0.1
Total	100

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos del Proyecto Género y Generaciones: reproducción biológica y social de la población uruguaya, 2004.

### Proporción de mujeres que se han realizado PAP por fecha de último control

Cuadro 38. Proporción de mujeres entre 20 y 59 años de edad que se ha realizado PAP por fecha de último control. Uruguay urbano. Año 2004.

Fecha último control PAP	Porcentaje
Menos de 1 año	47.6
Entre 1 y 2 años	25.3
Entre 2 y 5 años	17.3
Entre 5 y 10 años	6.2
Más de 10 años	3.2
No sabe	0.3
Total	100

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos del Proyecto Género y Generaciones: reproducción biológica y social de la población uruguaya, 2004.

El PAP debe realizarse anualmente en todas las mujeres que han iniciado su vida sexual. Los datos muestran que en nuestro país, el 47.6% de las encuestadas con antecedentes de PAP lo había hecho en el último año. Por lo tanto, más de la mitad de las encuestadas no se ha realizado el examen en el último año, llegando a casi un 10% aquellas que dejaron pasar más de 5 años desde el último control.

### Causas de ausencia de PAP

Un tercio de las mujeres sin antecedentes de PAP menciona que este estudio no le fue indicado. La misma proporción sostiene que nunca fue a un ginecólogo. Una de cada cinco mujeres sin antecedentes de PAP rechaza realizarse este estudio.

Cuadro 39. Causas de ausencia de PAP. Mujeres entre 20 y 59 años de edad. Uruguay urbano. Año 2004.

Causas de ausencia de realización de PAP	Porcentaje
No se lo indicaron	33.9
Nunca fue a un ginecólogo	33.5
No quiso hacérselo	19.1
No pudo hacérselo	8.5
Otro	1.0
No sabe / No contesta	4.0
Total	100

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos del Proyecto Género y Generaciones: reproducción biológica y social de la población uruguaya, 2004.

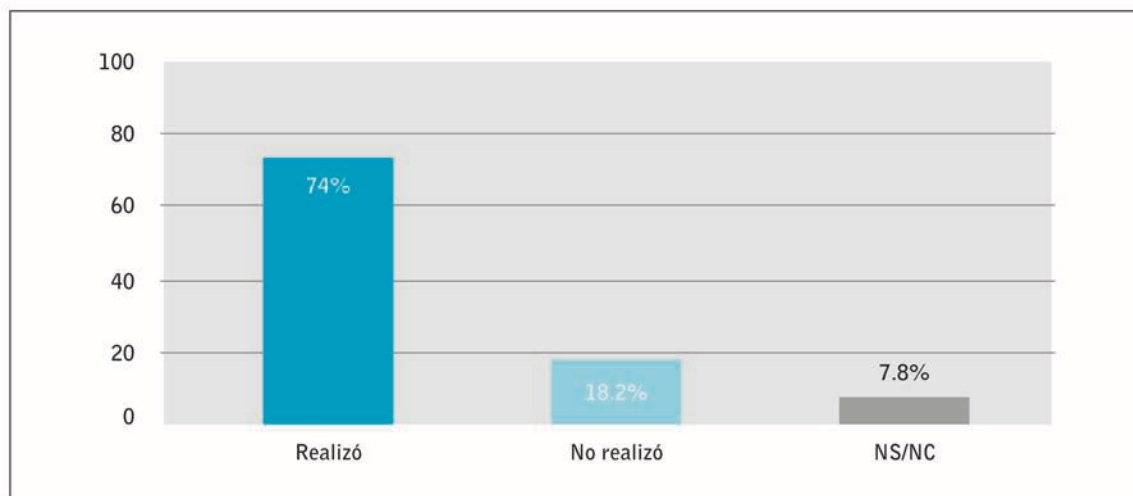
### Proporción de mujeres con antecedentes de control de mamas

Si bien el cáncer de mama es la primera causa de muerte oncológica entre las mujeres de nuestro país, una de cada cinco mujeres (18,2%) manifestó no haberse realizado nunca un examen de mama por un ginecólogo.

Se observan diferencias significativas al desagregar los datos por nivel socioeconómico; una de cada cuatro mujeres de nivel socioeconómico bajo (25.6%) nunca fue controlada por un ginecólogo para detectar cáncer de mama, mientras que esta situación se presenta en el 5,7% de los casos entre las mujeres de nivel socioeconómico alto.



Gráfico 19. Mujeres entre 20 y 59 años de edad según antecedente de examen de mama por ginecólogo en alguna oportunidad. Uruguay urbano. Año 2004.



Fuente: Primer Informe de Investigación, Proyecto Género y Generaciones: reproducción biológica y social de la población uruguaya, 2004.

Cuadro 40. Mujeres entre 20 y 59 años de edad por antecedente de examen de mama por ginecólogo según nivel socioeconómico. Uruguay urbano. Año 2004.

Nivel socio económico	Realizó	No realizó	NS/NC
Alto	82.2	5.7	12.1
Medio	75.6	17.5	6.9
Bajo	62.6	25.6	11.8

Fuente: Primer Informe de Investigación, Proyecto Género y Generaciones: reproducción biológica y social de la población uruguaya, 2004.

Con respecto al nivel educativo, también se aprecian diferencias para el tramo de 12 o más años de estudios. En este grupo el 13.4% manifestó no tener antecedente de examen de mama realizado por ginecólogo. Esta proporción asciende a una de cada cinco mujeres para los grupos con menos años de estudio.

Cuadro 41. Mujeres entre 20 y 59 años de edad por antecedente de examen de mama realizado por ginecólogo según años de estudio. Uruguay urbano. Año 2004.

Años de estudio	Realizó	No realizó	NS/NC
0 a 5	63.7	21.9	14.4
6 a 8	62.4	23.9	13.6
9 a 11	58.1	20.9	21.0
12 y más	76.6	13.4	10.0

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos del Proyecto Género y Generaciones: reproducción biológica y social de la población uruguaya, 2004.

### Proporción de mujeres que se han realizado control de mamas por servicio utilizado

Al igual que lo que sucede con el examen de PAP, no se presentan diferencias entre la utilización de servicios del sub-sector público y privado para la realización del examen de mama. Casi el 50% de las mujeres lo hicieron en mutualistas mientras que el otro 50% en servicios de Salud Pública.

Cuadro 42. Proporción de mujeres entre 20 y 59 años de edad que se ha realizado control de mama por servicio utilizado. Uruguay urbano. Año 2004.

Servicio utilizado para examen de mamas	Porcentaje
Mutualista	49.5
MSP Hospital	19.9
MSP Policlínicas, Centro de salud	14.7
Sanidad Policial o Militar	6.2
Policlínica Municipal	4.4
Otros	2.5
Hospital de Clínicas	1.7
No contesta	1.1
Total	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos del Proyecto Género y Generaciones: reproducción biológica y social de la población uruguaya, 2004.

## Proporción de mujeres que se ha realizado control de mamas por fecha de último control

Más de la mitad de las mujeres que se han realizado control de mama por un ginecólogo lo habían hecho en el último año.

Cuadro 43. Proporción de mujeres entre 20 y 59 años de edad que se ha realizado control de mama por fecha de último control. Uruguay urbano. Año 2004.

Fecha último control de mama	Porcentaje
Menos de 1 año	52.3
Entre 1 y 2 años	23.4
Entre 2 y 5 años	15.7
Entre 5 y 10 años	5.8
Más de 10 años	2.3
No sabe	0.1
No contesta	0.4
Total	100

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos del Proyecto Género y Generaciones: reproducción biológica y social de la población uruguaya, 2004.

## Causas de ausencia de control de mamas

El 76% de las mujeres sin antecedente de control de mama declara que en la consulta ginecológica el médico no le realizó control mamario.

Cuadro 44. Causas de ausencia de control de mamas. Mujeres entre 20 y 59 años de edad. Uruguay urbano. Año 2004.

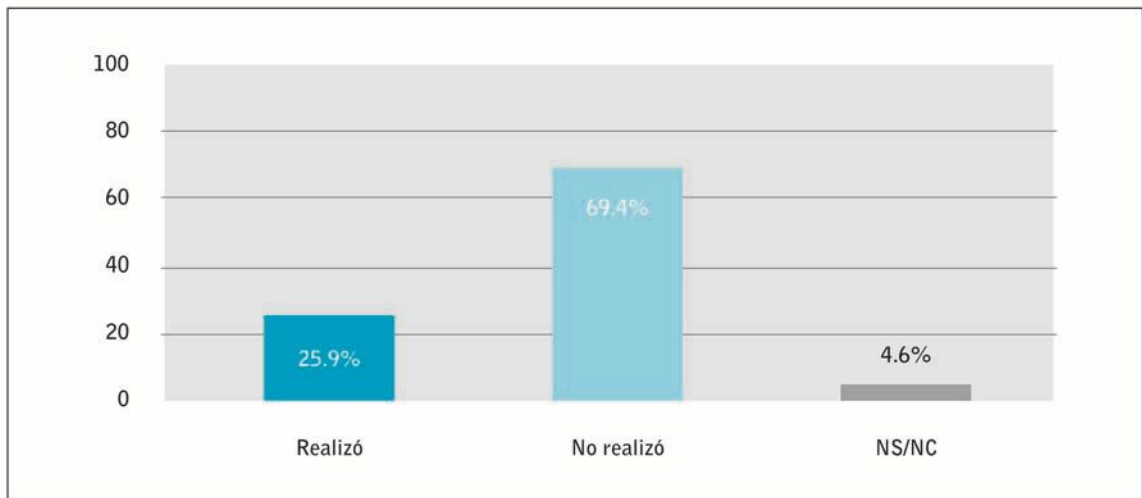
Causas de ausencia de control de mamas	Porcentaje
Fue al ginecólogo y no se lo hizo	76.1
No quiere/no necesita /no siente nada	2.9
No pudo por diferentes motivos	0.8
Miedo/vergüenza	0.9
Otros	4.5
No sabe / No contesta	14.8
Total	100

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos del Proyecto Género y Generaciones: reproducción biológica y social de la población uruguaya, 2004.

### Proporción de varones que se han realizado control de próstata

El 69% de los varones no tiene antecedente de control de próstata (antígeno prostático).

Gráfico 20. Varones entre 40 y 59 años de edad según antecedente de realización de antígeno prostático. Uruguay urbano. Año 2004.



Fuente: Elaboración propia en base a base de datos del Proyecto Género y Generaciones: reproducción biológica y social de la población uruguaya, 2004.

Al analizar este indicador según nivel socioeconómico se observan importantes diferencias. Más de la mitad de los varones de nivel socioeconómico alto tienen antecedentes de realización de control de próstata; tres de cada diez varones de nivel socioeconómico medio se han realizado este estudio mientras que en el caso de los varones de nivel socioeconómico bajo uno de cada diez se han controlado.

Cuadro 45. Varones entre 40 y 59 años de edad según antecedentes de estudio de antígeno prostático según nivel socioeconómico. Uruguay urbano. Año 2004.

Nivel socio económico	Realizó	No realizó	NS/NC
Alto	53.4	37.6	9.0
Medio	27.1	68.8	4.1
Bajo	10.9	82.7	6.4

Fuente: Primer Informe de Investigación, Proyecto Género y Generaciones: reproducción biológica y social de la población uruguaya, 2004.

### Proporción de varones que se han realizado control de próstata por servicio utilizado

A diferencia de las mujeres, los varones presentan una mayor utilización de servicios del subsector privado. El 63.3% de quienes se realizaron el análisis de próstata lo hizo en una mutualista.

Cuadro 46. Proporción de varones entre 40 y 59 años de edad que se ha realizado control de próstata por servicio utilizado. Uruguay urbano. Año 2004.

Servicio utilizado para examen de próstata	Porcentaje
Mutualista	63.6
Hospital MSP	14.2
Clínica particular	4.8
Sanidad Policial o Militar	4.2
No sabe / No contesta	13.3
Total	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos del Proyecto Género y Generaciones: reproducción biológica y social de la población uruguaya, 2004.

### Proporción de varones que se han realizado control de próstata por fecha de último control

El 45.5% de los varones que declararon haberse realizado un control de próstata lo ha hecho en el último año y uno de cada cuatro de estos varones se ha controlado entre uno y dos años atrás.

Cuadro 47. Proporción de varones entre 40 y 59 años de edad que se ha realizado control de próstata por fecha de último control. Uruguay urbano. Año 2004.

Fecha último control de próstata	Porcentaje
Menos de 1 año	45.5
Entre 1 y 2 años	25.4
Entre 2 y 5 años	15.7
Entre 5 y 10 años	3.7
Más de 10 años	1.2
No sabe / No contesta	8.6
Total	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos del Proyecto Género y Generaciones: reproducción biológica y social de la población uruguaya, 2004.

## Causas de ausencia de control de próstata

Seis de cada diez varones sin antecedentes de control de próstata declaran que no sabían de la necesidad del mismo y uno de cada cinco rechaza realizarse el estudio.

Cuadro 48. Causas de ausencia de control de próstata. Varones entre 40 y 59 años. Uruguay urbano. Año 2004.

Causas de ausencia control de próstata	Porcentaje
No sabe que es necesario	62.2
Rechaza realizarse el estudio	20.1
Los horarios no le convenían	5.1
No lo podía pagar	3.1
No sabe dónde hacerlo	2.7
Le quedaba lejos de su casa	0.4
Le hacían esperar mucho	0.2
Otros	2.0
No sabe / No contesta	4.2
Total	100

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos del Proyecto Género y Generaciones: reproducción biológica y social de la población uruguaya, 2004.

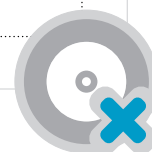


El Observatorio alerta sobre la escasa indicación por parte del equipo de salud sobre los controles rutinarios de la salud sexual y reproductiva. De las mujeres que no se han realizado control de mamas, tres de cada cuatro declara que el ginecólogo no se lo indicó.

Una de cada cuatro mujeres no consultó un ginecólogo fuera del período de embarazo.

Tres de cada diez mujeres de entre 20 y 59 años de edad no tienen antecedentes de realización de PAP.

Una de cada cinco mujeres manifestó no haberse realizado un examen de mama por un ginecólogo. El 69% de los varones no tiene antecedente de control de próstata.



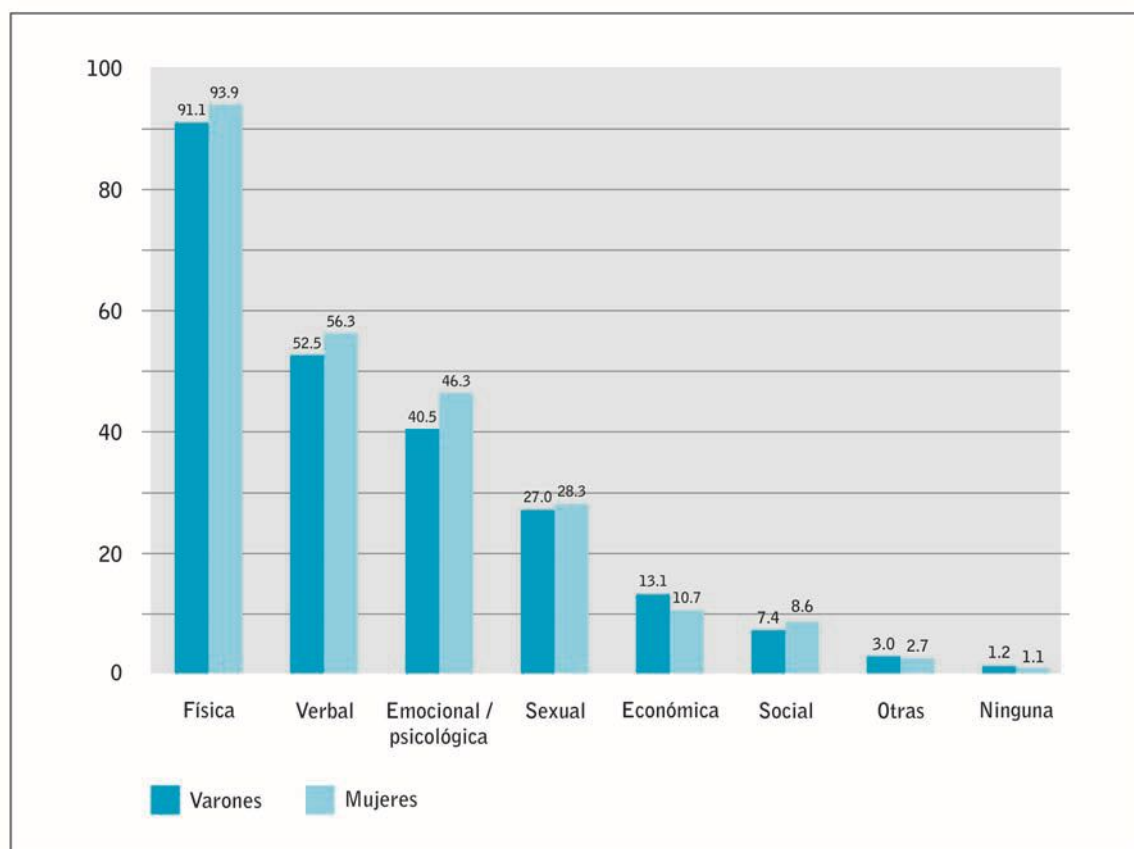
## VIOLENCIA FAMILIAR Y SEXUAL

### Percepción de tipos de violencia familiar

El Proyecto Género y Generaciones: reproducción biológica y social de la población uruguaya abarcó también temas de violencia familiar. Ante la pregunta "¿Qué formas de violencia familiar usted percibe que existen?", la violencia física fue el tipo más aludido tanto por varones como mujeres (más del 90%). En segundo lugar, y con cifras superiores al 50% también para ambos sexos, se menciona la violencia verbal.

La violencia emocional o psicológica ocupa el tercer lugar y la mencionan más las mujeres (46.6%) que los varones (40.5%). La violencia sexual es mencionada aproximadamente por el 30% de varones y mujeres.

Gráfico 21. Formas percibidas de violencia familiar. Uruguay urbano. Año 2004.



Fuente: Primer Informe de Investigación, Proyecto Género y Generaciones: reproducción biológica y social de la población uruguaya, 2004.

## Instituciones de recurrencia en caso de violencia familiar

Con respecto al lugar al que recurrirían las personas en caso de violencia familiar, la institución más mencionada fue la policía, tanto para varones (64.7%) como para mujeres (46.3%), aunque éstas la mencionan en una proporción significativamente menor. La Comisaría de la Mujer es señalada por el 27.2% de las mujeres mientras que sólo la menciona el 6.3% de los varones. Una de cada cinco mujeres menciona las organizaciones de mujeres como lugar de concurrencia en estos casos, mientras que los hombres lo hacen en una proporción mucho menor (4.1%). Ni los servicios telefónicos ni los servicios de salud ocuparon un lugar relevante.

Cuadro 49. Población por sexo según lugar de concurrencia frente a situaciones de violencia familiar. Uruguay urbano. 2004. Población 15 a 59 años.

Lugar de concurrencia	Varones	Mujeres
Policía	64.7	46.3
Comisaría de la Mujer	6.3	27.2
Organización de mujeres	4.1	21.1
Familiar o amigo/a	14.2	12.9
Centro de salud	6.7	7.0
Servicios telefónicos	5.1	7.3
Institución educativa	1.6	0.9
Parroquia / Iglesia / Templo	1	1.2
Otros	7.7	5.9
No sabe	6.5	5.1

Fuente: Primer Informe de Investigación, Proyecto Género y Generaciones reproducción biológica y social de la población uruguaya, 2004.

## Instituciones de recurrencia en caso de violencia sexual

En el caso de la violencia sexual, nuevamente el lugar de concurrencia más mencionado es la Policía tanto por varones (69%) como por mujeres (53.1%). El segundo lugar más frecuente en el caso de las mujeres es la Comisaría de la Mujer, mencionada por una de cada cuatro (24.3%). En este caso, los servicios de salud son mencionados por las mujeres en la misma proporción que las organizaciones de mujeres (15.1%).



Cuadro 50. Población por sexo según lugar de concurrencia frente a situaciones de violencia sexual. 2004. Población 15 a 59 años.

Lugar de concurrencia	Varones	Mujeres
Policía	69.0	53.1
Comisaría de la Mujer	5.2	24.3
Organización de mujeres	3.1	15.1
Centro de salud	10.5	15.1
Familiar o amigo/a	8.3	8.8
Profesional	3.3	4.2
Servicios telefónicos	2.1	4.9
Parroquia / Iglesia / Templo	1.0	0.8
Institución educativa	0.7	0.7
Otros	4.9	3.3
No sabe	9.1	5.9

Fuente: Proyecto Género y Generaciones, 2004.

Es sorprendente que el recurso del servicio telefónico municipal presente un porcentaje tan bajo de respuesta, ya que es un mecanismo evaluado como ampliamente exitoso en recepción de denuncia tanto por el Ministerio del Interior (MI) como por la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM).

Como se observa en el siguiente cuadro, las denuncias realizadas al servicio 0800 4141, que comenzó a funcionar en 1992, han aumentado en los últimos años.

Cuadro 51. Número de denuncias realizadas al servicio 0800 4141 de la IMM y MI. Años 2000 a 2005.

Año	Llamadas	Acumulado
2000	4954	41521
2001	5328	46849
2002	4275	51124
2003	5359	56483
2004	5967	62450
2005	6205	68655

Fuente: Secretaría de la Mujer, IMM.

## Tipificación de delitos sexuales

Tal como se señala en el Informe País elevado a la CEDAW (INAMU, 2007), en nuestro país los delitos sexuales se incluyen en el Título X del Código Penal, denominado "Delitos contra las buenas costumbres y el orden de la familia", el cual se mantiene casi sin modificaciones desde que fuera creado en 1934. El abordaje del tema trasluce la concepción ideológica de la época, que incluye en los tipos penales específicas calificaciones como la de pudor, la honestidad y el escándalo público.

La violación se describe como conjunción carnal mediante la violencia, entendiéndose por la doctrina que la misma sólo existe vía anal o vaginal, descartándose la vía oral. El atentado violento al pudor abarca las conductas que no incluyen penetración vía anal o vaginal.

La edad de la víctima por debajo de la cual se presume absolutamente la violencia en la violación y el atentado violento al pudor es doce años.

La figura del incesto queda comprendida en los delitos de violación y atentado violento al pudor, considerándose un agravante genérico el abuso de las relaciones domésticas. El incesto con escándalo público se sanciona con una figura específica. En cuanto al delito de raptó, se regula en forma discriminatoria entre las "doncellas honestas", casadas o supuestamente "deshonestas" (arts. 266-271 del Código Penal).

Sin embargo, el mismo informe afirma que se ha avanzado en la legislación nacional sobre esta temática. La Ley 17.938, aprobada en enero de 2006, derogó la disposición conforme a la cual el matrimonio del agresor con la víctima era una causal de extinción del delito o de la pena en los delitos sexuales. Asimismo, la Ley 18.039 incorporó nuevas circunstancias que habilitan la acción de oficio en los delitos sexuales. Estos son: la relación de dependencia laboral de la víctima respecto del ofensor y la condición del ofensor de responsable de la educación o de la salud de la víctima.

A su vez, la Ley 17.815, de setiembre de 2004, introdujo tipos penales específicos en esta materia. Se sanciona específicamente al cliente de explotación sexual infantil y a la pornografía con utilización de niños, niñas y adolescentes. Sin embargo, esta ley aborda indirectamente el tema de la trata ya que se centra en el traspaso de fronteras nacionales, dejando fuera otras etapas de este fenómeno como ser la captación, el reclutamiento y el alojamiento, que continúan rigiéndose por la normativa general.

El informe señala los vacíos y dificultades que presenta la legislación en términos de delitos sexuales. Una de las normas más llamativas al respecto y que aun se mantiene vigente, es el Art. 36 del Código Penal, que otorga al juez la posibilidad de conferir el perdón judicial al agresor si el homicidio o las lesiones fueron provocadas por la denominada "pasión provocada por adulterio", legitimando formas de violencia familiar y culpabilizando a la víctima.

En la legislatura anterior, se presentó un proyecto de ley de reforma Código Penal en relación a delitos sexuales y a la trata de personas que no fue aprobado. En 2005 se presentó nuevamente en Cámara de Diputados pero no fue considerado aún. Actualmente, el proyecto ha sido complementado con otras disposiciones y se encuentra a estudio de la Cámara de Senadores.

Cuadro 52. Cantidad de denuncias de delitos sexuales. Enero - mayo 2005, 2006 y 2007. Uruguay.

Delito	Enero - mayo 2005	Enero - mayo 2006	Enero - mayo 2007
Violaciones consumadas	96	87	88
Tentativas de violación	55	34	38
Total Violaciones	151	121	126
Otros delitos sexuales	364	315	336
Total delitos sexuales	515	436	462

Fuente: Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad en Uruguay, MI.



El Observatorio llama la atención sobre la vigencia del Art. 36 del Código Penal, el cual otorga al juez la posibilidad de conferir el perdón judicial al agresor si el homicidio o las lesiones fueron provocadas por la denominada "pasión provocada por adulterio".

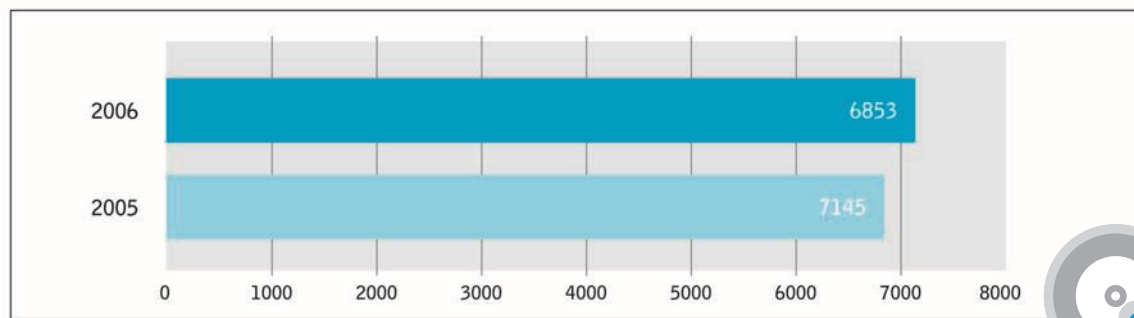


### Denuncias de violencia doméstica

Hasta el año 2005, el MI no poseía estadísticas nacionales sobre denuncias de violencia doméstica. No se disponen todavía de datos confiables y regulares sobre los perfiles de víctimas y agresores, las modalidades y los lugares de ocurrencia de episodios violentos.

Las denuncias de violencia doméstica representan en 2006 el 33.5% del total contra la persona en todo el país y el 32.7% en Montevideo. (MI, 2007)

Gráfico 22. Denuncias de violencia doméstica, 2005 - 2006.



Fuente: Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad en Uruguay, MI.



Según datos del MI para el período enero - mayo de 2007, Río Negro y Soriano presentan las mayores tasas de denuncia de violencia doméstica: 57.0 y 55.2 cada 10.000 habitantes, respectivamente.

Cuadro 53. Tasas de denuncia de violencia doméstica cada 10.000 habitantes por departamento. Enero - mayo 2007.

Departamento	Total contra la persona	Violencia doméstica
Montevideo	22,7	8,3
Artigas	42,5	13,7
Canelones	38,4	19,7
Cerro Largo	6,5	4,3
Colonia	8,3	5,5
Durazno	17,2	7,6
Flores	88,6	24,6
Florida	28,2	18,2
Lavalleja	15,4	1,5
Maldonado	34,5	9,8
Paysandú	37,2	6,7
Río Negro	63,6	57,0
Rivera	44,7	32,8
Rocha	18,4	6,1
Salto	21,5	8,3
San José	21,6	5,9
Soriano	75,2	55,2
Tacuarembó	29,0	8,8
Treinta y Tres	36,2	25,1
Total	29,0	13,1

Fuente: Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad en Uruguay. MI.

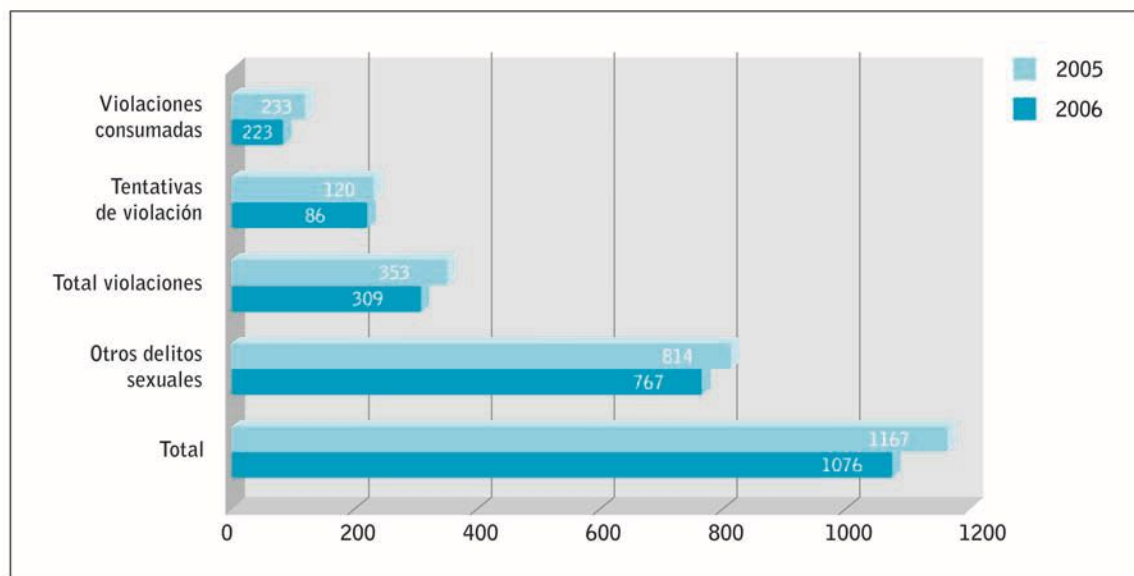


El Observatorio llama la atención sobre el aumento de las denuncias de violencia doméstica y reconoce el esfuerzo del MI en la tipificación de los delitos de violencia doméstica diferenciados del resto de los delitos contra la persona.

## Denuncias por violación

Si bien en términos absolutos hubo 91 denuncias menos en 2006 que en 2005, no es posible hablar de una disminución en los delitos sexuales. Como indica la literatura especializada en estos temas, existe un alto porcentaje de no denuncia que podría estar ocultando la real proporción del problema.

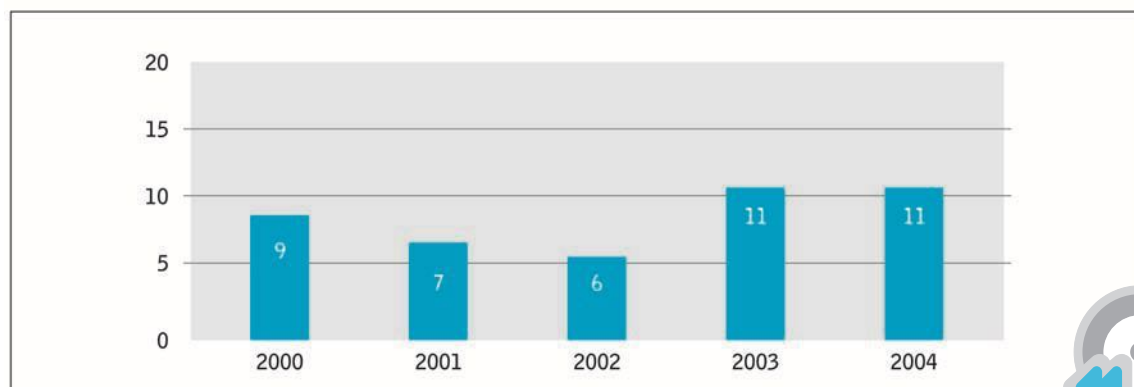
Gráfico 23. Denuncias de delitos sexuales. Números absolutos. Años 2005 - 2006.



Fuente: Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad en Uruguay, MI.

## Tasa de denuncias por violación

Gráfico 24. Tasa de denuncia de violaciones. Cada 100.000 hab. Montevideo. Años 2000 a 2004.



Fuente: Elaboración propia en base Anuarios Estadísticos sobre Violencia y Criminalidad, Montevideo 1997 - 2002, 2003 y 2004. Programa de Seguridad Ciudadana y Departamento de Datos, Estadísticas y Análisis, MI.

La tasa de denuncia por violación ha aumentado en Montevideo en el período 2000 – 2004 pasando de 9 a 11 cada 100.000 habitantes. Este dato se encuentra disponible hasta el año 2004, ya que los Anuarios Estadísticos sobre Violencia y Criminalidad eran elaborados hasta el año 2003 por el Programa de Seguridad Ciudadana, que en el presente gobierno fue desmantelado, quedando a cargo del Departamento de Datos, Estadísticas y Análisis y del Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad el procesamiento y construcción de datos referidos a la violencia en el Uruguay.

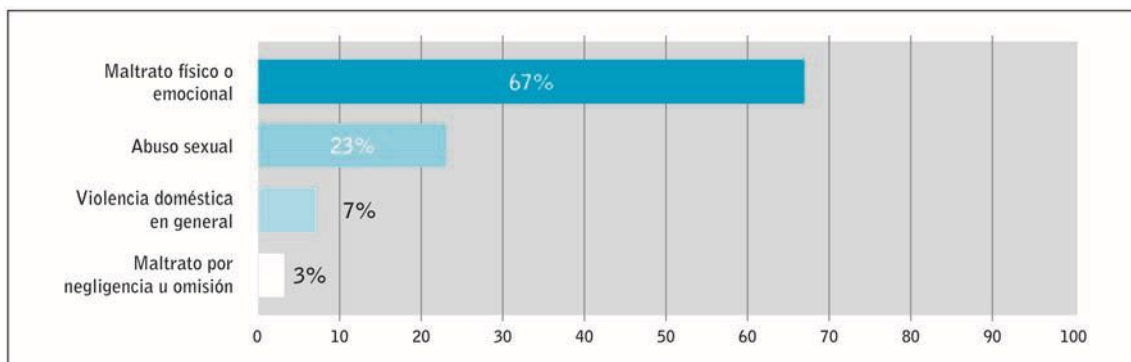
### Existencia de atención integral interdisciplinaria en el sistema público de salud a niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia sexual

El Programa Infancia, Adolescencia y Familia (INFAMILIA) tiene como objetivo fundamental mejorar las condiciones de vida e inserción social de niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo social y sus familias. Este programa es financiado con un préstamo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y fondos del gobierno nacional para un período de ejecución que va desde el 2003 al 2009 y funciona actualmente bajo la órbita del MIDES.

Para atender situaciones de maltrato físico y/o abuso sexual, INFAMILIA generó un espacio de asistencia especializado para el diagnóstico y tratamiento de los niños, niñas, adolescentes y sus familias, a modo de lograr una reducción de la reincidencia en comportamientos violentos en las familias y una mejor socialización de los niños y niñas, buscando especialmente, cuando corresponda, su inserción en centros educativos. En este sentido, el organismo ha apoyado el trabajo, desde mediados del 2005, de tres organizaciones de la sociedad civil, que brindan asistencia especializada y tratamiento de los niños, niñas o adolescentes y sus familias víctimas de maltrato o abuso sexual. Adicionalmente, este organismo trabaja para mejorar las capacidades de las instituciones públicas que operan en las zonas del programa para la captación y derivación de casos de maltrato o abuso sexual.

Entre 2005 y 2006, INFAMILIA, conjuntamente con el INAU, atendió en Montevideo y Canelones 700 casos de maltrato físico y abuso sexual, de los cuales casi un 25% respondían a situaciones de abuso sexual, 67% a maltrato físico o emocional, un 3% a casos de maltrato por negligencia u omisión y el 7% restante a situaciones de violencia doméstica en general.

Gráfico 25. Atención de situaciones de maltrato por INFAMILIA e INAU. Años 2005 y 2006.



Fuente: [www.infamilia.gub.uy](http://www.infamilia.gub.uy).

Según datos publicados en el sitio web de INFAMILIA, en el 80% de los casos de abuso sexual se interrumpió la situación del abuso y también se mejoraron las prácticas de crianza en el caso de maltrato físico en una alta proporción.

En abril de 2007 se lanzó el Sistema Integral de Protección a la Infancia y la Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV), que se propone abordar integralmente el problema de la violencia contra niños, niñas y adolescentes. El SIPIAV funcionará como una red interinstitucional compuesta por INAU, ANEP, MI, MIDES y MSP, con el objetivo de combatir el maltrato y el abuso sexual a niños, niñas y adolescentes. El sistema será coordinado por INAU, en su carácter de organismo rector de las políticas de infancia y adolescencia en el país. ([www.presidencia.gub.uy](http://www.presidencia.gub.uy))

El Plan de Acción de este sistema estima atender directamente a 350 núcleos familiares que padecen situaciones de violencia contra niños, niñas y adolescentes radicados en los departamentos de Montevideo y Canelones.

### Existencia de campañas mediáticas a escala nacional que visibilizan la violencia intrafamiliar y sus secuelas como crimen contra la mujer

Según la Memoria Anual del INAMU en 2005 este instituto elaboró y distribuyó 40.000 folletos llamados "Mano con Mano contra la Violencia Doméstica". En el mismo año se llevaron a cabo actividades por el Día Internacional de la No violencia hacia la Mujer en las que se distribuyeron por todo el país volantes con la consigna conmemorativa y se realizó una actividad de sensibilización en el transporte público capitalino con artistas del Sindicato Único de Actores sobre la prevención de la violencia doméstica. En esta memoria no se reporta la realización de campañas mediáticas a escala nacional que visibilicen la violencia intrafamiliar y sus secuelas como crimen contra la mujer.

### La atención en salud aplica normativas que indagan sobre existencia de violencia doméstica

A partir del decreto ministerial del 27 de noviembre de 2006, las instituciones y servicios de salud de cualquier naturaleza, tanto públicos como privados, deben prestar atención y asistencia a las mujeres usuarias afiliadas o pacientes que se encuentren en situación de violencia doméstica. Por otra parte, deben investigar de rutina la existencia de violencia doméstica a todas las mujeres mayores de 15 años e incluir en su historia clínica un formulario específico que forma parte del decreto.

En todos los casos en que los profesionales intervinientes tomen conocimiento de un hecho de violencia doméstica deben dar cuenta al juez competente en la materia. Se exige que estas instituciones o servicios procuren que el personal posea información que permita detectar y brindar una primera respuesta a las mujeres víctimas de violencia doméstica. También se espera que constituyan un equipo multidisciplinario de referencia para la atención específica y que reporten información al Programa de Salud de la Mujer y Género (MSP). Por otra parte, deben asegurar la existencia de los insumos necesarios para la instrumentación de la atención, promover y participar en acciones de prevención, y establecer mecanismos institucionales para la denuncia judicial en los casos que lo requiera.

## EMBARAZO, MATERNIDAD Y PATERNIDAD ADOLESCENTE

### Tasa de fecundidad adolescente

Según Naciones Unidas (UNFPA, 2004), el embarazo es la principal causa de defunción para las jóvenes de 15 a 19 años de edad, y los mayores factores son las complicaciones del parto y el aborto inseguro. Si bien en muchos países está disminuyendo el embarazo en la adolescencia, éste sigue siendo motivo de gran preocupación, especialmente debido a los riesgos de salud que plantea tanto para la madre como para el hijo, y por su efecto sobre la educación y la perspectiva de vida de estas jóvenes. Por razones fisiológicas y sociales, las probabilidades de que las madres de entre 15 y 19 años mueran en el parto son el doble de las correspondientes a las mayores de 20 años. Las jóvenes menores de 15 años tienen cinco veces más probabilidades de morir en el parto que las mayores de 20 años.

En nuestro país se observa una disminución de la tasa de fecundidad adolescente (el número de nacimientos por cada mil mujeres de entre 15 y 19 años de edad) en el período 2001-2004, pasando de 64.2 a 57.3. Sin embargo, un dato relevante es que en los hospitales públicos de Uruguay uno de cada cinco nacidos vivos es hijo de una madre adolescente.

Cuadro 54. Tasa de fecundidad adolescente. Total del país. Años 2001 a 2005.

Año	Tasa de fecundidad adolescente
2001	64.2
2002	63.2
2003	58.6
2004	57.3



Fuente: Estadísticas de Género, INE - INAMU. Años 2001 a 2005.



Se observa un descenso de la tasa de fecundidad adolescente de 7 puntos porcentuales para el período 2001 – 2004. El Observatorio considera central la continuidad y profundización en las políticas de salud sexual y reproductiva para continuar con el descenso de la tasa de fecundidad adolescente



## Distribución anual del número de nacimientos según edad de la mujer

Con respecto a la fecundidad según la edad de la mujer, se observa una tendencia a la concentración de nacimientos entre los 20 y 29 años de edad. A su vez, la proporción de nacimientos en el tramo de 20 a 24 años es mayor en el 2001 que en 2004 y lo inverso sucede en el tramo de 25 a 29 años. También aumentan los nacimientos en el tramo de edad 30 a 34 años.

Los nacimientos de madres menores de 15 años se mantienen estables, mientras que los de madres de entre 15 y 19 años descienden levemente.

Cuadro 55. Distribución anual del número de nacimientos según edad de la mujer.  
Total del país. Años 2001 a 2004.

Tramo de edad	2001	2002	2003	2004
Menor a 15	0.4	0.4	0.4	0.4
15 – 19	16.1	15.8	15.0	14.8
20 – 24	26.4	25.2	24.7	23.9
25 – 29	24.4	25.1	25.4	25.3
30 – 34	18.5	19.1	19.8	20.0
35 – 39	10.2	10.4	10.2	10.6
40 - 44	2.8	2.8	3.1	3.2
45 - 49	0.2	0.2	0.2	0.2
50 o más	0.0	0.0	0.0	0.0
No Indicado	1.0	1.0	1.3	1.6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Número de nacidos vivos	51.959	51.953	50.631	50.052

Fuente: Estadísticas de Género, INE - INAMU. Años 2001 a 2005.

La gran mayoría de los nacimientos de madres adolescentes provienen de mujeres de entre 15 y 19 años de edad.

Cuadro 56. Nacimientos de madres adolescentes según edad. Años 2000 a 2004.

Tramo de edad	2000	2001	2002	2003	2004
Menores de 15	2.44	2.14	2.45	2.36	2.42
15 a 19	97.55	97.85	97.54	97.63	97.58
Total	100	100	100	100	100

Fuente: Estadísticas Vitales - INE.

## Proporción de nacimientos de madres adolescentes en el total de nacimientos por departamento

El embarazo en la adolescencia es significativamente más frecuente en el Interior que en Montevideo. Para el período 2002-2004, mientras que en Montevideo el 13.5% de las mujeres que dan a luz son menores de 19 años de edad, en Artigas representan el 20.9%. Rivera, Río Negro y Treinta y Tres se ubican también entre los departamentos con mayores niveles de embarazo adolescente. Maldonado es el departamento del Interior con menos ocurrencia de mujeres embarazadas menores de 19 años, presentando un 13.9%.

Cuadro 57. Embarazo adolescente según departamento. Período 2002 - 2004.

Departamento	Porcentaje
Artigas	20.9
Rivera	19.8
Río Negro	19.2
Treinta y Tres	18.8
Salto	18.6
Rocha	18.4
Tacuarembó	18.2
Durazno	18.0
Canelones	17.2
Flores	17.1
Soriano	17.1
San José	17.0
Cerro Largo	16.4
Colonia	16.2
Paysandú	16.1
Lavalleja	15.8
Florida	15.3
Maldonado	13.9
Montevideo	13.5

Fuente: Programa de atención integral a la mujer, el niño y el adolescente, FEMI.

Según datos del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP-OPS), los nacimientos de madres adolescentes representan en nuestro país, para el período 2000-2005, el 15.8% del total de nacimientos. Al comparar estos datos con lo que sucede en la región, Uruguay ocupa el cuarto puesto luego de Venezuela (20.5%), Brasil (18%) y Colombia (16.9%).

Cuadro 58. Porcentaje de nacimientos de madres entre 15 y 19 años de edad del total de nacimientos. América Latina, 2000 - 2005.

País de la región	Porcentaje
Argentina	13.6
Bolivia	14.1
Brasil	18.0
Chile	10.2
Colombia	16.9
Ecuador	14.5
Paraguay	13.4
Perú	11.6
<b>Uruguay</b>	<b>15.8</b>
Venezuela	20.5

Fuente: [www.clap.ops-oms.org](http://www.clap.ops-oms.org) <sup>3</sup>

### Tasas de fecundidad por edad

El incremento de la maternidad en la adolescencia que se inicia en el período 1963 - 1975 se mantiene, con descensos coyunturales, y alcanza su pico más alto en 1997 (74,2% entre las mujeres de 15 a 19 años).

Entre 1963 y 1996 la tasa de fecundidad adolescente se eleva en un 33%. Como se observa en el siguiente cuadro, en ese período es la única tasa que presenta una variación positiva. A partir de 1998, la fecundidad en este grupo etario muestra una tendencia descendente. En 2004, el promedio de hijos de las adolescentes es de 60 por cada mil mujeres, lo que significa una reducción de un 16% en el período intercensal 1996 - 2004. (Varela, 2007)

<sup>3</sup> La información elaborada proviene de Naciones Unidas; se refiere al promedio estimado de embarazos según grupos etarios, con intervalos de 5 años (2000 - 2005) y se ha tomado el valor medio estimado en todos los casos. La población objeto fue el grupo definido entre 15 y 19 años. Se promediaron estos resultados con el total de embarazos registrados en cada región.

Cuadro 59. Tasas de fecundidad por edad y tasa global de fecundidad. Uruguay.  
Años 1963, 1975, 1985, 1996 y 2004.

	1963	1975	1985	1996	2004
10 a 14 años	1.1	1.2	1.2	1.8	1.4
15 a 19 años	53.1	65.7	58.5	70.6	59.5
20 a 24 años	153.5	159.4	131.2	122.3	100.7
25 a 29 años	155.7	157.8	135.7	129.4	105.5
30 a 34 años	109.6	109.8	96.1	97.4	92.4
35 a 39 años	60.6	62.3	54.0	52.2	51.9
40 a 44 años	21.5	19.8	16.9	15.6	15.0
45 a 49 años	4.7	2.9	1.5	1.0	1.0
TGF	2.8	2.9	2.5	2.5	2.1

Fuente: Importante pero urgente. Políticas de Población en Uruguay. UNFPA, RUMBOS, 2007.

### Estructura de la fecundidad por edad

Cabe destacar que en el último período (1996-2004) el aporte de las adolescentes a la fecundidad total no se redujo, debido a que el descenso de la tasa se compensó con la caída aún mayor de la tasa de fecundidad de las mujeres de entre 20 y 29 años. (Varela, 2007)

Cuadro 60. Estructura de la fecundidad por edad. Uruguay. Años 1963, 1975, 1985, 1996 y 2004.

	1963	1975	1985	1996	2004
10 a 14 años	0.2	0.2	0.2	0.4	0.4
15 a 19 años	9.5	11.3	11.8	14.4	15.1
20 a 24 años	27.4	27.5	26.5	24.9	24.3
25 a 29 años	27.8	27.3	27.4	26.4	25.7
30 a 34 años	19.6	19.0	19.4	19.9	20.3
35 a 39 años	10.8	10.8	10.9	10.6	10.7
40 a 44 años	3.8	3.4	3.4	3.2	3.3
45 a 49 años	0.8	0.50	0.30	0.2	0.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Importante pero urgente. Políticas de Población en Uruguay. UNFPA, RUMBOS, 2007.



POLÍTICAS PÚBLICAS EN  
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



## EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN

### Programas de educación no formal que incluyen educación sexual

En el campo de la educación no formal, el Programa Nacional de Adolescencia del MSP y el Programa Infamilia del MIDES han implementado una estrategia conjunta de intervención, que contiene un componente educativo en materia de salud sexual y reproductiva. Esta estrategia comprende tres ejes: el acompañamiento de las y los adolescentes madres y padres en el primer año posterior al nacimiento de su hijo; la formación de promotores juveniles y la creación de espacios de atención especializada en salud integral para adolescentes.

El Programa de Agentes Socioeducativos consiste en el acompañamiento durante un año a madres y padres adolescentes para brindar apoyo en el cuidado de su salud y la del niño, evitar futuros embarazos no planificados y mejorar su inclusión social a través de la reinserción en el sistema educativo, en el mercado laboral y en otros espacios de socialización.

Las instancias de capacitación se realizan a través de talleres para jóvenes sobre la temática, con énfasis en la prevención del embarazo no planificado. De esta manera, se forman promotores juveniles en salud sexual y reproductiva, que posteriormente realizan tareas de difusión y multiplicación de la información entre sus pares y se constituyen en agentes facilitadores de actividades de promoción de salud en su comunidad. Estos promotores se vinculan con los cursos de promotores juveniles que se realizan con el INJU.

A su vez, se están implementando en las instituciones públicas de salud, espacios de atención especializada y diferenciada con personal técnico sensibilizado y capacitado en la materia, con el propósito de aumentar el número de consultas de los adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva. ([www.infamilia.gub.uy](http://www.infamilia.gub.uy))

En el año 2004, la IMM desarrolló el Programa de Fortalecimiento de Estrategias Educativas en Sexualidad y Género, que consiste en la implementación de espacios educativos en sexualidad y género vinculados a los programas Comuna Mujer, Red de Merenderos, Nuestros Niños, Trabajo por Montevideo, y a las Comisiones Zonales de Mujeres y Grupos Comunitarios. (IMM, 2004)

En el ámbito de la educación privada, algunas instituciones integran programas de educación sexual (con diferentes enfoques, contenidos y metodologías: educación para la sexualidad, educación para el amor, educación para la vida, etc.) que no están articulados entre sí ni tampoco son regulados desde el Estado.

## Programas de Educación Primaria que incluyen sexualidad, violencia sexual y responsabilidad masculina

Para la elaboración de estos indicadores se analizaron los programas de Educación Inicial, los programas de Primero a Sexto año de Primaria y de Educación Física de ANEP.<sup>4</sup>

Analizados estos programas, no se encontró referencia a la violencia sexual, a la sexualidad humana o a la responsabilidad masculina en cuestiones de salud sexual y reproductiva en sus contenidos.

No obstante, la propuesta curricular para quinto y sexto año propone abordar los Derechos del Niño y los Derechos Humanos respectivamente. En el programa de quinto año, en la asignatura Educación Social y Cívica se incluyen “Los servicios estatales que protegen a la familia” y el “Código del Niño”, actualmente Código de la Niñez y Adolescencia. Por su parte, el programa de sexto año incluye dentro de la misma asignatura la Declaración de Derechos Humanos como contenido del curso.

La siguiente tabla se elaboró de acuerdo a la información relevada y a la metodología de análisis documental y búsqueda por descriptores.

Cuadro 61. Contenidos en programas de Educación Primaria.

	Sexualidad	Violencia	Responsabilidad masculina	Otros tópicos relativos a derechos
Educación Inicial	No	No	No	No
Primero	No	No	No	No
Segundo	No	No	No	No
Tercero	No	No	No	No
Cuarto	No	No	No	No
Quinto	No	No	No	Derechos del Niño
Sexto	No	No	No	Derechos Humanos

Fuente: Elaboración propia en base a programas curriculares de Educación Primaria, ANEP.

<sup>4</sup> Programa de Educación Primaria para las Escuelas Urbanas. Revisión 1986. Administración Nacional de Educación Pública. Consejo de Educación Primaria. Disponible en [www.anep.edu.uy](http://www.anep.edu.uy).



## Programas de Educación Secundaria que incluyen sexualidad, violencia sexual y responsabilidad masculina

Se analizaron los programas reformulados en 2006 de Biología de los tres años del Ciclo Básico, de Primer año de Bachillerato, de Segundo año de Bachillerato Diversificación Biológica, y Diversificación Humanidades y Ciencias Sociales.

Se analizó también el programa de Ciencias Sociales de Tercer año del Ciclo Básico del Plan 1996 y el programa de Educación Ciudadana de Segundo año de Bachillerato, la cual es común a todas las orientaciones.

El análisis también incluyó los programas de Biología de Tercer año de Bachillerato Diversificado opción Agronomía y Medicina y el programa Introducción al Derecho de las orientaciones Derecho y Economía.

En el programa de Biología de Primer año del Ciclo Básico no se encontró referencia alguna a la violencia sexual, a la sexualidad humana ni a la responsabilidad masculina en cuestiones de salud sexual y reproductiva.

En el programa de Biología de Segundo año del Ciclo Básico, en la Unidad 9 llamada ¿Qué aparatos nos diferencian? se incluye la descripción de la organización general de los aparatos genitales femenino y masculino. Los objetivos de esta unidad son, entre otros, favorecer la comprensión de la importancia de la función de reproducción para la variabilidad y mantenimiento de la especie, colaborar en el reconocimiento de los cambios morfo-funcionales de la pubertad como característicos de la etapa del ciclo vital que transitan los alumnos y promover la valoración y aceptación de su cuerpo como expresión de autoestima. Se mantiene en este caso un enfoque fundamentalmente biológico.

El programa de Biología de Tercer año del Ciclo Básico, aborda el concepto de salud sexual de la OMS en la Unidad 2 titulada Sexualidad humana y Salud sexual. Se proponen como objetivos reconocer la sexualidad como una forma de expresión y de comunicación que conforma una entidad biológica y psicosocial, abordar la estrecha relación de la sexualidad humana con el contexto familiar y social en el que se desarrolla, ampliar los conocimientos de la función de reproducción, reconocer la respuesta sexual humana como respuesta integral del ser humano y reconocer la importancia de la responsabilidad compartida de la pareja en el cuidado del embarazo y en el desarrollo y salud de sus hijos.

Dentro de sus contenidos conceptuales se encuentran: a) la sexualidad humana en sus diferentes dimensiones -biológica, psicológica y sociocultural; b) la estructuración de la sexualidad en el proceso de socialización; y c) el rol de género y los mitos relacionados con la respuesta sexual humana. También se incluye el análisis de los mitos relacionados con la feminidad y masculinidad, así como el análisis de los derechos sexuales.

Si bien la inserción curricular de la temática se ubica en la asignatura de Biología y como parte de un enfoque de salud sexual, se trasciende el enfoque biologista incorporando el análisis de las determinaciones sociales vinculadas a la sexualidad. Cabe destacar que esta unidad es la única de todos los programas analizados en la cual se incluyen estas temáticas.

No se incluyen temas de sexualidad en los programas de Biología de Primer año de Bachillerato, ni de Segundo año de Bachillerato Diversificación Biológica o Diversificación Humanidades y Ciencias Sociales.

En el programa de Ciencias Sociales de Tercer año del Ciclo Básico, en la unidad 2, se hace referencia a la violencia y sus consecuencias. En el programa de Educación Ciudadana de Segundo año de Bachillerato común a todas las orientaciones se encontraron referencias a los derechos civiles, políticos, sociales, laborales y de la cuarta generación.

Cuadro 62. Contenidos en programas de Educación Secundaria.

	Sexualidad	Violencia	Responsabilidad masculina	Otros tópicos relativos a derechos
<b>Primero CBU</b>				
Biología	No	No	No	No
<b>Segundo CBU</b>				
Biología	Sí	No	No	No
<b>Tercero CBU</b>				
Biología	Sí	No	Sí	No
Ciencias Sociales	No	Sí	No	Sí
<b>Primero Bachillerato Diversificado</b>				
Biología	No	No	No	No
<b>Segundo Bachillerato Diversificado</b>				
Biología	No	No	No	No
Educación Ciudadana	No	No	No	Sí
<b>Tercero Bachillerato Diversificado</b>				
Biología <sup>5</sup>	No	No	No	No
Introducción al Derecho <sup>6</sup>	No	No	No	Sí

Fuente: Elaboración propia en base a programas curriculares de Educación Secundaria, ANEP.

<sup>5</sup> Las orientaciones que cuentan con programas de Biología son Medicina y Agronomía.

<sup>6</sup> Las orientaciones que cuentan con programas de Introducción al Derecho son Derecho y Economía.

## Incorporación de la educación sexual en la Educación Pública

En diciembre de 2005 se crea la Comisión de Educación Sexual a través de una resolución del Consejo Directivo Central (CODICEN) de la ANEP, con el cometido de elaborar un proyecto sobre Educación Sexual para la educación pública uruguaya. La comisión queda integrada por la Dra. Stella Cerrutti (coordinadora), una secretaria técnica y un representante de cada subsistema de educación pública: Consejo de Educación Primaria, Consejo de Educación Secundaria, Consejo de Educación Técnico Profesional, Formación docente y Educación para la salud. Se integra también por una representante del MSP, la socióloga María Luz Osimani, responsable del Programa Nacional de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA.

El proyecto presentado por esta comisión se titula "La incorporación de la Educación Sexual en el sistema educativo uruguayo. Una propuesta de trabajo". El marco teórico-conceptual del que se parte ubica a la educación sexual en la confluencia de tres vertientes conceptuales: sexualidad, educación y desarrollo de la salud integral, instalándose en el escenario de los Derechos Humanos y la Bioética.

La efectiva incorporación de estos contenidos en la educación pública varía según los subsistemas de ANEP (Primaria, Secundaria, UTU y Formación y Perfeccionamiento Docente), dado que cada uno tiene distintos procedimientos y tiempos para las reformas curriculares.

## Capacitación para docentes de la Enseñanza Pública en temas de educación sexual

Una de las actividades a destacar de la Comisión de Educación Sexual de la ANEP es el seminario-taller de capacitación al cual asistieron 400 docentes de todos los niveles del sistema educativo del país y que se realizó entre el 2 y 11 de julio de 2007 y tuvo como objetivo principal "generar una movilización reflexiva a nivel del sistema educativo y la sociedad toda que legitime y sustente la incorporación de la Educación Sexual en el ámbito de la formación integral de las y los educandos ofrecida por el Sistema Educativo Formal".

Entre los principales logros del seminario se destaca, a nivel de los vínculos con otras instituciones públicas, el intercambio y la participación del MSP a través de sus programas prioritarios y de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE); del MIDES a través del Instituto Nacional de las Mujeres, del Instituto del Niño y el Adolescente, y de Infamilla y del MEC a través de la División Educación y la Dirección Derechos Humanos. Cabe destacar también la participación de diferentes organizaciones sociales que trabajan en la promoción de la salud sexual y reproductiva.

## SERVICIOS DE ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Existencia de normativa jurídica que regule calidad de atención en salud sexual y reproductiva

Desde una perspectiva de género y derechos, se define que hay calidad en la atención de la salud cuando se provee el máximo bienestar, se garantiza el acceso a los servicios, se brinda trato respetuoso y se responde a las diversas necesidades, incorporando los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, sexuales, ambientales y culturales que intervienen en la calidad de vida y la salud de la población. Una buena calidad de atención es aquella que garantiza una intervención integral y humanizada, y que busca satisfacer, promover y respetar el derecho a la salud de todas las personas, sin discriminaciones de ningún tipo.

En nuestro país no existe hasta el momento un plan nacional que garantice la integralidad de las políticas en salud sexual y reproductiva y atienda los distintos requerimientos de hombres y mujeres, de acuerdo a sus edades, orientaciones sexuales, condiciones de vida y ubicación geográfica. Sin embargo, existen normas sanitarias que regulan la atención en salud sexual y reproductiva que se describen en el siguiente cuadro.

Normativa <sup>7</sup>	Descripción
Decreto Ministerial N° 295/97, MSP. 1997	Obligatoriedad serología VIH en embarazadas. Este decreto establece la obligatoriedad de ofrecer a todas las embarazadas la serología para VIH en su primer control obstétrico y, de resultar positiva, está indicado iniciar el tratamiento antiretroviral (ARV) para disminuir la posibilidad de transmisión vertical. Después de la implementación de ésta y otras medidas adicionales, la tasa de transmisión vertical de VIH en Uruguay descendió de 26% en 1995 a 3% en la actualidad.
Ley N° 17.386, Decreto Ministerial N° 52. 2001	Acompañamiento en el parto. El decreto establece que toda institución de salud pública y privada debe informar a la mujer sobre su derecho a ser acompañada por una persona de su elección durante el trabajo de parto, parto y nacimiento. Asimismo, se exige que todas las instituciones instrumenten los mecanismos para que las mujeres ejerzan este derecho.
Ordenanza N° 369, Normativa Sanitaria, MSP. 2004	Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo. Esta ordenanza establece que todo centro de salud debe brindar orientación y asistencia a mujeres en situación de embarazo no deseado, mediante información de calidad técnica y humana sobre las alternativas que dispone frente a su situación. Asimismo, todo centro de salud debe brindar asistencia en las complicaciones derivadas de un aborto realizado en condiciones de riesgo así como una adecuada orientación anticonceptiva para evitar futuros embarazos no deseados.
Decreto N° 195/005, MSP. 2005	Gratuidad de controles durante el embarazo. El decreto establece que se exonera a todas las mujeres embarazadas que se asisten en el subsistema privado de salud del pago del ticket de los estudios paraclínicos que se recomiendan en un adecuado control de embarazo de bajo riesgo.
Ordenanza N° 402, MSP. 2006	Gratuidad en PAP y mamografía. Establece que estos estudios con fines de detección precoz deben ser realizados sin costo para las usuarias del subsector privado de salud. En caso de resultados normales, esta ordenanza garantiza que el examen de PAP debe realizarse sin costo una vez cada tres años y la mamografía una vez cada dos.
Decreto Ministerial N° 494/06, MSP. 2006	Detección de violencia doméstica en la consulta de salud. A partir de este decreto ministerial las instituciones y servicios de salud de cualquier naturaleza, tanto públicos como privados, deben prestar atención y asistencia a las mujeres usuarias afiliadas o pacientes que se encuentren en situación de violencia doméstica. Por otra parte, deben investigar de rutina la existencia de violencia doméstica a todas las mujeres mayores de 15 años e incluir en su historia clínica un formulario específico que forma parte del decreto.

<sup>7</sup> Para acceder a los textos de las ordenanzas y normativas consultar [www.mysu.org.uy](http://www.mysu.org.uy).

A las normativas, leyes, decretos y ordenanzas descritas en el cuadro anterior, se suman las guías publicadas por el MSO que si bien no tienen fuerza de ley son un instrumento de alta utilidad para la difusión a los equipos de salud de pautas de atención.

#### a) Capítulo anticoncepción: métodos reversibles

Las Guías en Salud Sexual y Reproductiva fueron editadas y presentadas públicamente en 2005 por parte del MSP, a través del Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. (CNS, 2006)

Estas guías, elaboradas en la administración anterior por la Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva toman como marco conceptual de referencia las recomendaciones de las plataformas de acción emanadas de las Conferencias Internacionales de Población y Desarrollo (CIPD; El Cairo, 1994) y sobre la Mujer (CMM, Beijing 1995) y las Medidas claves para avanzar en la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD + 5, 1999) que impulsan la equidad de género y la defensa y promoción de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos universales e inalienables.

Las guías se basan en un enfoque de salud integral que implica la conceptualización de la salud desde una perspectiva multidimensional, compleja y de contextualización histórica. En este sentido, las guías impulsan para todas las propuestas de normatización en el campo de la salud sexual y reproductiva, la consideración y el respeto de una ética civil, plural, autónoma, racional y de la responsabilidad. Hacen hincapié en la importancia de la educación en salud y en el derecho de los y las usuarias a una información pertinente y actualizada.

Presentan información sobre los anticonceptivos hormonales, la anticoncepción de emergencia, el DIU y los métodos naturales o comportamentales. Para todos ellos se describen las ventajas y desventajas, la eficacia y las contraindicaciones. Las guías incluyen también un capítulo sobre la importancia de la inclusión de los varones en los servicios de salud sexual y reproductiva.

El contenido de las guías no se limita a brindar información en base a las evidencias científicas sobre los distintos métodos anticonceptivos, sino que orienta sobre las características que deberían tener las intervenciones en salud sexual y reproductiva, criterios metodológicos para abordar la consulta, equipamiento e infraestructura de los centros de salud y la conformación de los equipos técnicos, entre otros.

Todavía no se han presentado las guías para los métodos anticonceptivos no reversibles (ligadura tubaria y la vasectomía); las publicadas en 2005 sólo incluyen los métodos reversibles.

#### b) Guías sobre ITS / VIH - SIDA

En diciembre de 2005 se publicaron Las Pautas de Diagnóstico, Tratamiento y Control Epidemiológico para Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) a través del Programa Prioritario ITS/SIDA del MSP. En el proceso de elaboración participaron un conjunto de profesionales médicos de la Universidad de la República, de sociedades científicas y del MSP (DIGESA y ASSE). La elaboración de estas pautas

no contó con el aporte de los actores de la sociedad civil como las organizaciones que trabajan en el campo del VIH - SIDA y de personas viviendo con VIH.

Las pautas contienen información sobre el diagnóstico, tratamiento y control epidemiológico de las infecciones de transmisión sexual, los agentes específicos y el manejo sindrómico de estas infecciones en el primer nivel de atención de salud.

A su vez, resaltan las orientaciones que deben realizar los equipos de salud en la consulta para prevenir las ITS, detectarlas oportunamente así como criterios de tratamiento para cada una de ellas.

El monitoreo realizado por la Comisión Nacional de Seguimiento destaca que las pautas no incluyen las características que debería tener la consulta, el abordaje de la consejería ni los derechos de los usuarios. Este monitoreo señala que existe un desfase entre los contenidos de las pautas y algunas de las estrategias planteadas para el logro de los objetivos. Por otra parte, no se incluye ni se propone que el asesoramiento sobre ITS se enmarque dentro de un enfoque integral de salud sexual y reproductiva.

En 2005 se publicaron las Pautas de diagnóstico, tratamiento y control epidemiológico de VIH - SIDA que ofrecen herramientas técnicas para un diagnóstico y tratamiento adecuado de diferentes infecciones de transmisión sexual en todos los centros de salud del país, así como directrices básicas para la realización de consejería y orientación en VIH - SIDA. (MSP, 2005)

De la misma forma, en 2006 se elaboraron las Pautas para profilaxis y tratamiento de la infección por el VIH en pediatría, que ofrecen recomendaciones para racionalizar los métodos, diagnósticos, planes terapéuticos y medidas profilácticas con el fin de optimizar los resultados para controlar la infección y lograr que no aparezcan nuevos casos. Se establece además que los pediatras del primer nivel de atención deben estar informados acerca de cuáles son las características de esta enfermedad y sus complicaciones, y permanecer estrechamente relacionados con los colegas del Centro de Referencia en la infección VIH pediátrica. A estos se suman las Guías para diagnóstico, tratamiento antirretroviral y monitorización de adultos y embarazadas, y las Direcciones básicas para la realización de consejería / orientación en VIH - SIDA. (MSP, 2006)



Los monitoreos realizados por la CNS Mujeres señalan que una debilidad importante de estas normativas ha sido su estrategia de difusión hacia la población y hacia los equipos de salud. Ello dificulta tanto su plena implementación en los servicios como la exigibilidad por parte de la población usuaria.



## Existencia de normativa jurídica que permita a las mujeres decidir sobre anticonceptivos sin autorización de la pareja

No existe normativa jurídica que impida la utilización de métodos anticonceptivos no reversibles sin autorización de la pareja. Si bien el colectivo médico había acordado un criterio para efectuar ligadura de trompas, el MSP a través del Comunicado al Cuerpo Médico de diciembre de 2006 recuerda que "...para acceder a métodos anticonceptivos no reversibles (ligadura tubaria y vasectomía), el centro de salud y el cuerpo médico deben solicitar consentimiento informado y firmado exclusivamente por la persona (mujer o varón) que solicita la intervención. No se debe requerir firma de tercera persona, salvo que el o la solicitante no tenga capacidad para tomar decisiones o sea menor de 21 años" (Comunicado al Cuerpo Médico – MSP, 2006).

## Mecanismos de denuncia ante vulneración de derechos sexuales y reproductivos

<b>Mecanismos de denuncia de discriminación y acoso moral o sexual</b>
<p>En Uruguay la IGTSS es el organismo del MTSS competente para la protección legal de los trabajadores en el empleo. Este organismo lleva registro de denuncias por acoso moral y sexual desde mediados de 2004. También tiene a su cargo el control del cumplimiento de las normas vigentes, nacionales o internacionales, relativas a la condición de la mujer y la no discriminación. (INAMU, 2007)</p> <p>La Ley 16.045 prohíbe toda discriminación que viole el principio de igualdad de trato y oportunidades para ambos sexos en cualquier sector o ramo de la actividad laboral (Art. 1). Esta ley también estipula las consecuencias jurídicas y penales que devengan del incumplimiento de la misma. En su Art. 6 establece que "El Estado y particularmente los medios de enseñanza realizarán campañas educativas necesarias para propiciar en todo el país, el interés y la comprensión por los problemas que afectan a las trabajadoras, fomentar la toma de conciencia de su condición por parte de éstas y de los empleadores y, en especial, suprimir los factores que impidan a los trabajadores la utilización óptima de sus capacidades".</p>
<b>Mecanismos de denuncia de violencia doméstica</b>
<p>En Uruguay sólo existe jurisdicción especializada en violencia doméstica en el departamento de Montevideo. En el interior del país los juzgados letrados distribuyen sus competencias según se trate de materia civil o penal. En el ámbito penal no existe jurisdicción especializada con relación a delitos de violencia doméstica o delitos sexuales en el país.</p> <p>En 2004 se crearon en Montevideo cuatro Juzgados de Familia Especializados que atienden los casos de denuncias de violencia doméstica o de derechos vulnerados de niños, niñas y adolescentes.</p> <p>La superposición de casos de estos dos tipos de denuncia ha desbordado la capacidad de respuesta de estos tribunales. Los mismos se ocupan de adoptar las medidas cautelares y posteriormente el asunto es derivado a los Juzgados de Familia comunes que atienden juntamente con estos temas otras materias propias del Derecho de Familia.</p> <p>La norma prevé la derivación posterior de estos casos al Juzgado Penal. Sin embargo, en pocos casos los tribunales penales intervienen en el asunto.</p>

## Disponibilidad de anticonceptivos en el sistema público de salud

Desde el año 1996, en los servicios de salud del MSP y en las policlínicas de la IMM se ofrecen, en el marco de la consulta ginecológica, métodos anticonceptivos gratuitos (MSP) y a costo de reposición (IMM). Los métodos disponibles son: anticonceptivos orales, inyectables, DIU, preservativos masculinos y anticoncepción hormonal de emergencia. Actualmente esta cobertura incluye a 163 servicios del MSP en todo el país y a las 18 policlínicas municipales de la IMM.

De acuerdo a los monitoreos realizados (CNS, MYSU, 2006) existen inequidades en el acceso a las prestaciones en salud sexual y reproductiva en las capitales departamentales y en distintas ciudades y localidades del Interior del país. La distribución de los métodos anticonceptivos en estas últimas no está garantizada ni es sistemática, lo que deja un número significativo de mujeres y, particularmente, de población joven sin posibilidades de acceso a los mismos en el marco de la consulta de salud. Además, la cantidad de métodos anticonceptivos que cada departamento recibe no siempre es suficiente para la demanda existente. Esta situación no se debe a la falta de insumos sino a las debilidades en la logística y gestión administrativa de los insumos de farmacia desde el nivel central y en la planificación de los servicios a nivel departamental.

La prestación de métodos anticonceptivos no está incluida en los servicios que brinda el sistema mutual. El Sistema Nacional Integrado de Salud, previsto en el contexto de la reforma del sector, de próxima implementación, prevé la incorporación de la anticoncepción como prestación prioritaria en todos los servicios de salud de país.



## CALIDAD DE ATENCIÓN

Si bien existen normativas que regulan la calidad en la atención de los servicios de salud sexual y reproductiva, las mayores carencias se encuentran en la implementación y fiscalización de las mismas. Sin embargo, cabe destacar que en 2007 se implementa la primera edición de Premio Dr. Juan José Crottogini a iniciativa del Programa Nacional Prioritario de Salud de la Mujer y Género del MSP. Este premio pretende incentivar buenas prácticas en las maternidades públicas y privadas de todo el país. Mediante el reconocimiento institucional, esta iniciativa tiene como objetivo promover e incentivar el desarrollo de una atención integral y de calidad a mujeres embarazadas basada en el respeto de sus derechos y la estimulación del parto natural.



El Observatorio saluda este tipo de iniciativas ya que las considera fundamentales para el fomento de las buenas prácticas en la atención de la salud de las mujeres.



### Existencia de condiciones para asegurar la confidencialidad y la privacidad de la consultante

Al analizar la normativa vigente en salud sexual y reproductiva, se observan en varios casos menciones explícitas a la confidencialidad y la privacidad de la consultante.

Las “Guías de procedimiento en el primer nivel de salud, para el abordaje de situaciones de violencia doméstica hacia la mujer”, publicadas por el MSP con el apoyo de UNFPA en 2006, establecen que la confidencialidad es prioritaria para una intervención positiva en materia de violencia doméstica. Se sostiene que frente a la sospecha de una situación de abuso es necesario que el personal de la salud cree las condiciones que permitan y faciliten la entrevista con la usuaria, a partir de la escucha atenta y respetuosa. También se hace referencia a la confidencialidad con respecto al registro de la situación de violencia. Con este objetivo se ha resuelto separar la aplicación del cuestionario con fines asistenciales de la aplicación con fines epidemiológicos.

En la normativa nacional “Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo” y las guías clínicas correspondientes aprobadas por el MSP, se destaca la importancia de la confidencialidad en la relación médico- paciente para garantizar el respeto a la decisión autónoma de cada mujer en esas circunstancias. Se establece que el secreto médico es una categoría ético-jurídica esencial en la actividad médica y en la relación médico-paciente, con una muy fuerte presencia desde la Antigüedad (juramento hipocrático) hasta el presente, que constituye, a la vez, un derecho y una obligación de los médicos.

En las “Guías en Salud Sexual y Reproductiva” (MSP) se establece, en las recomendaciones para los recursos humanos, que se debe preparar a los equipos de salud para respetar la decisión de la mujer y sus derechos de privacidad y confidencialidad.

En las "Guías sobre VIH-SIDA" (MSP) se sostiene que la confidencialidad y privacidad de la información y los resultados deben ser aseguradas por los equipos de salud. De la misma manera, en las "Guías de profilaxis y tratamiento de la infección por VIH en pediatría" se establece que se debe asegurar la confidencialidad del diagnóstico, por eso la revelación del diagnóstico de infección VIH en la escuela o en otros medios donde concurra el niño se realizará si los padres o tutores lo deciden. Por su parte, las "Pautas de diagnóstico, tratamiento y control epidemiológico de las infecciones de transmisión sexual" también establecen que la privacidad y confidencialidad deben ser esencialmente respetadas para evitar la discriminación y estigmatización que habitualmente origina el hecho de tener o presumirse la existencia de una ITS. En este sentido se remarca que la confidencialidad se encuentra en la base de la relación médico-paciente, protege la comunicación y la intimidad, y favorece al acercamiento al sistema de salud al tratamiento precoz.

Si bien todas estas referencias son positivas, los monitoreos realizados por la CNS Mujeres advierten que las normativas en salud sexual y reproductiva no han logrado difundirse dentro del sistema de salud y son en muchos casos desconocidas por los equipos de los servicios públicos y privados, por lo tanto su aplicación es parcial y depende del interés de las direcciones y los equipos de salud de los centros.



En cuanto a las normativas que aseguran la confidencialidad y privacidad de los y las usuarias, el organismo rector en políticas de salud pública no cuenta con un plan de difusión así como tampoco con los mecanismos para la fiscalización de su cumplimiento.



## Existencia de materiales con información sobre distintos aspectos de salud sexual y reproductiva

Como ya se ha señalado, en 2005 el Programa Nacional de la Mujer y Género del Ministerio de Salud Pública, en colaboración con UNFPA, publicó las Guías sobre Salud Sexual y Reproductiva – Capítulo Anticoncepción (métodos reversibles). La segunda parte de estas guías está en proceso de elaboración y aún no está disponible. Además de detallar las condiciones en que las mujeres deben recibir cada uno de los métodos, las guías se detienen en explicaciones sobre uso e indicaciones de anticoncepción oral, de emergencia, DIU y métodos naturales o comportamentales. La publicación también dedica un capítulo a la inclusión de los varones en los servicios de salud sexual y reproductiva.

En 2007 el Instituto Nacional de las Mujeres (MIDES) y el Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género (MSP) elaboraron material de difusión dirigido a las mujeres sobre autocuidado en salud bajo el nombre "Una guía saludable para nosotras". El objetivo del material fue brindar a las mujeres herramientas útiles con información, orientación y propuestas para el cuidado integral de su salud. Aborda la salud sexual, reproductiva, nutricional, bucal, ocular, mental y el derecho de toda mujer a una vida libre de violencia. Asimismo, incluye información sobre derechos.



## LEGISLACIÓN Y NORMATIVAS



## RATIFICACIÓN DE CONVENCIONES Y CONVENIOS INTERNACIONALES

En el siguiente cuadro se presentan un listado de las principales convenciones y convenios internacionales tendientes a disminuir las desigualdades sociales y especialmente a mejorar la situación de las mujeres.

Normativa <sup>8</sup>	Ratificada en	Reglamentada por el Parlamento a través de
Convención de Derechos del Niño	1998	Ley 17.035
Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)	1981	Ley 15.164
Convención Belem Do Pará	1996	Ley 16.735
Convenio 156 OIT	1989	Ley 16.063
Convenio 103 de la OIT	1952	Ley 12.030
Estatuto de Creación de la Corte Penal Internacional	2002	Ley 17.510
Protocolo Opcional de la CEDAW	2001	Ley 17.338

<sup>8</sup> Para acceder a los textos de las normativas consultar [www.mysu.org.uy](http://www.mysu.org.uy).

## NORMATIVAS SOBRE FAMILIA

Existencia de ley que reconozca igualdad de obligaciones de los miembros de la pareja para con los hijos e hijas

La legislación uruguaya no discrimina entre varones y mujeres en relación con los derechos y responsabilidades respecto de los hijos e hijas.

Uruguay aprobó en setiembre de 2004 el nuevo Código de la Niñez y la Adolescencia (Ley N° 17.823), con el objetivo de adaptar el marco legislativo a la Convención de los Derechos del Niño. A través de esta nueva reglamentación se lograron importantes avances como la posibilidad de que mujeres y varones reconozcan a sus hijos cualquiera sea su edad y estado civil. Antes de la aprobación de este código, las personas casadas no podían reconocer a los hijos habidos fuera del matrimonio. A esto se sumaba que tampoco se podía iniciar investigación de maternidad respecto de mujer casada pero sí de paternidad respecto de hombre casado.

Existencia de legislación que establezca igualdad entre todos los hijos e hijas

El Código de la Niñez y la Adolescencia eliminó las categorías de hijo legítimo e hijo natural que habían sido objeto de observación del Comité de los Derechos del Niño en 1996, pero establece distinciones entre los hijos "habidos dentro del matrimonio" y "habidos fuera del matrimonio" en su Art. 27 con respecto al nombre que le corresponde al niño, en su Art. 31 en cuanto a las formalidades del reconocimiento y en su Art. 135 inciso 4 sobre la adopción. Según el informe no gubernamental de Aplicación de la Convención de los Derechos del Niño, elaborado por el Comité de los Derechos del Niño del Uruguay en 2006, estas distinciones mantienen criterios discriminatorios y siguen elevando sobre la categoría hijo la condición del vínculo que une a sus padres.

Actualmente, no existen trabas para el acceso al conocimiento de la verdadera identidad, pero se restringen los plazos para iniciar acciones filiatorias que supongan cuestionar la filiación legítima del interesado.

Según el informe de Aplicación de la Convención de los Derechos del Niño, la nueva legislación no modificó totalmente el sistema de asignación de nombre en casos de ausencia del padre, manteniendo el criterio de otorgar uno "de uso común". Por lo tanto, en este aspecto se mantiene la observación del Comité de Derechos del Niño realizada en 1996, en la que se establecía que el procedimiento para la determinación de los apellidos sentaba las bases de una posible estigmatización.

Con relación a los padres y madres adolescentes, los derechos y responsabilidades respecto de los hijos son diferentes de acuerdo al estado civil de los mismos. Si los progenitores son de estado civil casado, pueden ejercer plenamente la patria potestad. Si no son casados, la tutela es conferida a una tercera persona, otorgando preferencia a los abuelos que convivan con quien reconozca al niño (padre o madre), previéndose que en todas las decisiones que afecten al niño se debe escuchar a sus padres. Por otra parte, las mujeres y varones que no alcancen los doce y catorce años de edad respectivamente, requieren autorización judicial para reconocer a sus hijos. Esta diferencia en cuanto a la edad mínima exigida puede interpretarse como una forma de discriminación para las mujeres niñas/adolescentes.

En cuanto al sostén económico de los hijos, en marzo de 2006 se aprobó la Ley 17.957 a través de la cual se crea el Registro de Deudores Alimentarios, que obstaculiza algunos trámites y créditos a los obligados que intencionalmente evaden el pago de la pensión alimenticia. Esta ley se suma a las normas del Código de la Niñez y Adolescencia respecto a las pensiones alimenticias. (INAMU, 2007)



Las distinciones entre hijos “habidos dentro del matrimonio” y “habidos fuera del matrimonio” mantienen criterios discriminatorios y siguen elevando sobre la categoría hijo la condición del vínculo que une a sus padres. El Observatorio advierte que, si bien la intención legislativa fue acabar con la distinción entre hijos naturales e hijos legítimos, la nueva designación también se considera estigmatizante para el niño/a.

Aún no se ha modificado el sistema de asignación de nombre en caso de ausencia del padre, manteniéndose el criterio de otorgar uno “de uso común”. A este respecto, Uruguay fue observado por el Comité de los Derechos del niño en 1996, puesto que este procedimiento sienta las bases de una posible estigmatización.

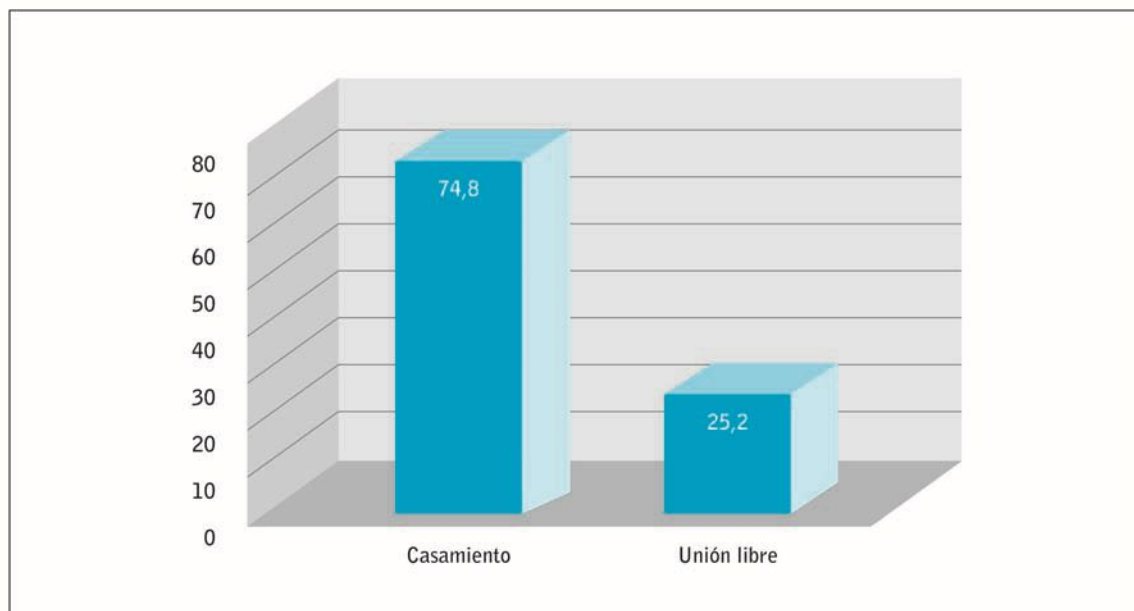


### Existencia de ley que iguale uniones concubinarias al matrimonio civil

Nuestra legislación civil regula los derechos de las personas en la familia teniendo como eje central el matrimonio. Según la Encuesta Continua de Hogares Ampliada de 2006, las uniones libres representan el 25.2% de las parejas en Uruguay. (INE, 2006) Si bien una de cada cuatro uniones son de hecho, aún no cuentan con reconocimiento legal como tales, sino que en determinadas situaciones se les reconocen ciertos efectos filiatorios para los hijos nacidos durante el período y patrimoniales respecto de los bienes adquiridos, mediante la instauración de un juicio por enriquecimiento sin causa. La Seguridad Social reconoce la calidad de concubino/a a los efectos del seguro de paro y la atención materno-infantil, pero no a los efectos del derecho a la pensión por sobrevivencia.

A nivel legislativo, en 2006 se presentó un proyecto de ley de unión concubinaria, que obtuvo media sanción en la Cámara de Senadores y se encuentra en discusión en la Cámara de Representantes. Con este proyecto de ley se busca garantizar los derechos básicos a las parejas estables que no han contraído matrimonio, sea que se encuentren integradas por personas de distinto o igual sexo.

Gráfico 26. Tipo de unión de las personas en pareja. Año 2006.



Fuente: Perspectiva de Género. Encuesta Nacional de Hogares Ampliada, 2006. INE, UNFPA, PNUD.

### Existencia de ley que establezca licencias de paternidad

La legislación establece diferencias según se trate de funcionarios públicos o privados. Para los funcionarios públicos, la Ley 16.104 determina que los funcionarios padres tendrán derecho a una licencia por paternidad de tres días.

En el caso de los trabajadores privados afiliados al Banco de Previsión Social existe un proyecto de ley (mayo de 2007) para que se reconozca la licencia por paternidad que comprenda el día de nacimiento y los dos hábiles siguientes.

La Ley 17.292 establece una licencia especial para funcionarios públicos o trabajadores privados que adopten menores. Según esta ley, todo trabajador dependiente, afiliado al Banco de Previsión Social, que reciba uno o más menores de edad, tendrá derecho a una licencia especial de seis semanas continuas de duración. En su artículo 35 esta ley establece que podrá hacer uso de esta licencia especial uno u otro integrante del matrimonio beneficiario.

### Existencia de ley que regule edad mínima para contraer matrimonio

La edad mínima para contraer matrimonio continúa fijada en los doce años de edad para la mujer y catorce para el varón. Esta edad, extremadamente baja, es especialmente discriminatoria para las mujeres, más aun si se considera que el Código de la Niñez y la Adolescencia establece el comienzo de



la adolescencia a los trece años de edad. A este respecto, Uruguay ya fue objeto de observaciones por parte del Comité de Derechos del Niños en 1996 y por parte de la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. (INAMU, 2006)

### Existencia de sanciones para el incumplimiento de obligaciones familiares

El Código Penal establece que los padres podrán perder la patria potestad si se comprueba que durante al menos un año han hecho abandono culpable de los deberes inherentes a su condición, no prestando a sus hijos los cuidados y atenciones que les corresponden.

En este sentido, se establece que aquel que omitiere el cumplimiento de los deberes legales de asistencia económica inherentes a la patria potestad, o a la guarda judicialmente conferida, será castigado con pena de tres meses de prisión a dos años de penitenciaría. A su vez, constituye agravante especial de este delito el empleo de pretextos para el no cumplimiento de estos deberes.

De la misma forma, el que omitiere el cumplimiento de los deberes de asistencia inherentes a la patria potestad poniendo en peligro la salud moral o intelectual del hijo menor será castigado con tres meses de prisión a cuatro años de penitenciaría.

## NORMATIVAS SOBRE ABORTO

En Uruguay el aborto está penalizado desde de la aprobación de la Ley N° 9.763, de 1938, que establece el aborto como delito en todos los casos, con sanciones para la mujer de tres a nueve meses de prisión y para el que colabore con penas de seis a veinticuatro meses, cuando se efectúa con el consentimiento de la mujer, y de dos a ocho años, cuando se realiza sin su consentimiento.

En el caso de los abortos realizados por un médico y en los tres primeros meses del embarazo, la ley establece atenuantes y eximentes de pena, siempre y cuando se haya producido para salvar el propio honor, el de la esposa o un pariente próximo; para eliminar el fruto de una violación o por razones de angustia económica. En caso de que el aborto se cometiere para salvar la vida de la mujer, si bien continúa configurando delito, no tiene plazos estipulados por la Ley y se exime de pena a la mujer y al médico que lo practique.

Se estima que en el mundo anualmente el 13% de las defunciones relacionadas con el embarazo (70.000) corresponden a mujeres que se practican abortos en condiciones de riesgo. En América Latina y el Caribe se producen 4.2 millones de abortos anuales, el 95% de ellos en la ilegalidad. Esta región es la que, proporcionalmente, practica el mayor número de abortos y en la que se producen más muertes debido a complicaciones por abortos inseguros. Por cada mil mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) se practican 37 abortos inseguros en la región de América Latina y el Caribe. El 10% de todos los abortos del mundo ocurren en las adolescentes. (UNFPA, 2004) Las cifra estimada de abortos voluntarios en Uruguay para 2003 es 33.000 por año. (Sanseviero, 2004. Referido en: Cuadernos de Divulgación sobre Derechos y Salud Sexual y Reproductiva, Época 1, N° 5, setiembre, 2007. Mujer y Salud en Uruguay)

### Existencia de normativa que obligue a los servicios de salud a dar atención de calidad en aborto

En nuestro país el aborto es considerado un delito en cualquier circunstancia o condición, razón por la cual no existe norma que obligue a los servicios de salud a dar atención de calidad para su realización. Sin embargo, la normativa vigente establece la obligatoriedad de la atención de calidad en las instancias pre y post aborto, tal como se analiza más adelante.

### Existencia de normativa jurídica que permita la objeción de conciencia del personal de salud

Según la ley vigente, no existe normativa jurídica que permita la objeción de conciencia del personal de salud en nuestro país. El actual proyecto de Ley de Defensa al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, que cuenta con media sanción en el Parlamento (aprobación en Cámara de Senadores), establece en el Art. 15 que los médicos o miembros del equipo quirúrgico que tengan objeción de conciencia para intervenir en una interrupción de embarazo podrán hacerlo saber a las autoridades de las instituciones a las que pertenezcan, dentro de los treinta días contados a partir de la promulgación de

la ley. Quienes ingresen posteriormente podrán manifestar su objeción en el momento en que comiencen a prestar servicios. Aquellos profesionales y técnicos que no hayan expresado objeción, no deberán negarse a efectuar las intervenciones. Los servicios de salud deberán, en el marco del cumplimiento de la ley, brindar la atención adecuada.

### Existencia de normativa que garantice trámites para la interrupción del embarazo antes de las doce semanas de curso del mismo

Según la legislación vigente no existe normatividad que garantice trámites para la interrupción del embarazo antes de las doce semanas de gestación. El proyecto de ley que se encuentra a consideración de la Cámara de Diputados establece que el embarazo podrá ser interrumpido, durante las doce primeras semanas de gravidez, según se estipula en los artículos 8 y 9 del capítulo II.

### Existencia de normativa que garantice atención humanizada del aborto inseguro y obligue a los servicios de salud a brindar asesoría pre y post aborto

La normativa de atención sanitaria "Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo" fue elaborada en forma conjunta por integrantes de la Sociedad de Ginecología del Uruguay, SMU y Facultad de Medicina.

En 2004 las autoridades del MSP aprobaron la propuesta de normativa sanitaria mediante la Ordenanza N° 369, con el fin de reducir el daño del aborto inseguro y considerando el marco legal restrictivo vigente en nuestro país.

El marco conceptual de la normativa destaca el derecho de la mujer a decidir sobre la interrupción de su embarazo y recomienda que lo haga sobre la base de la reflexión informada. Su finalidad es implementar medidas sanitarias tendientes a disminuir los daños generados por el aborto provocado en condiciones de riesgo, actuando antes y después de su realización.

Se propone generar una instancia médica y psico-social de diagnóstico, asesoramiento y apoyo a las usuarias del sistema de salud, para que éstas cuenten con toda la información necesaria para la toma de decisiones responsables. La acción médica tenderá a disminuir la incidencia de abortos provocados, respetando la decisión informada de la usuaria. En los casos que la usuaria decida realizarse un aborto, se tomarán las medidas que posibiliten un seguimiento y procuren disminuir las complicaciones inmediatas. La normativa incluye guías clínicas para su aplicación con el fin de brindar mayor seguridad y homogeneidad en la práctica clínica.

Hasta el año 2006 la normativa se aplicaba sólo en Montevideo, en el Hospital de la Mujer del Centro Hospitalario Pereira Rossell, en la Policlínica de Asesoramiento en Salud Sexual y Reproductiva. En el informe del monitoreo "Uruguay y las políticas en salud sexual y reproductiva" (CNS, 2006) se constató un conocimiento prácticamente nulo de esta normativa a través de los canales institucionales por parte de los directores departamentales de salud y coordinadores de ASSE. Se confirmó también que en el sistema mutual la normativa no era aplicada.

Actualmente esta normativa se aplica también en el Centro de salud Dr. Ruben Misurraco en Casavalle (Montevideo) y en tres policlínicas y un centro auxiliar de la Ciudad de la Costa en el departamento de Canelones: Policlínica Pinar, Policlínica Villa Don Arturo, Policlínica de atención integral al adolescente y Centro auxiliar Ciudad de la Costa. Por otra parte, la organización no gubernamental Asociación Uruguaya de Planificación Familiar (AUPF) también ofrece asesoramiento en el marco de esta normativa desde 2007 en Montevideo.

### Existencia de excepciones para hacer el aborto no punible

La ley vigente sobre aborto en Uruguay, lo considera delito siempre. Por tanto, el país no dispone de aborto no punible. Si se establecen atenuantes y/o eximentes de pena para los casos de: a) el móvil del honor, b) para eliminar el fruto de la violación, c) por razones de angustia económica y d) por causas graves de salud que pusieran en riesgo la vida de la mujer, siempre que el aborto se haya practicado con su consentimiento. En todos estos casos el aborto debe ser realizado por un médico y, salvo en el último caso, durante los tres primeros meses de gestación.

La legislación y políticas sobre aborto en el mundo son significativamente más restringidas en los países en desarrollo. En los países desarrollados, el aborto es permitido por causas económicas y sociales en el 78% de los casos, mientras que por voluntad de la mujer en el 67%. Contrariamente, el 19% de los países en desarrollo permiten el aborto por razones económicas o sociales, y el 15% por voluntad de la mujer.

En el siguiente cuadro se establecen las causales permitidas para el aborto en los países de América del Sur según datos de Naciones Unidas (2007).<sup>9</sup>

Cuadro 63. Políticas de aborto en la región.

País	Salvar la vida de la mujer	Preservar salud física	Preservar salud mental	Violación o incesto	Malformación del feto	Económica o social	Por voluntad de la mujer
Argentina	X	X	X	X	-	-	-
Bolivia	X	X	X	X	-	-	-
Brasil	X	-	-	X	-	-	-
Chile	-	-	-	-	-	-	-
Colombia	X	X	X	X	X	-	-
Ecuador	X	X	X	X	-	-	-
Paraguay	X	-	-	-	-	-	-
Perú	X	X	X	-	-	-	-
Uruguay <sup>10</sup>	X	X	X	X	-	X <sup>11</sup>	-
Venezuela	X	-	-	-	-	-	-

Fuente: Políticas mundiales de aborto, Naciones Unidas, 2007.

<sup>9</sup> Datos disponibles al 31 de diciembre de 2006.

<sup>10</sup> Si bien el cuadro describe las causales por las cuales el aborto es permitido, en Uruguay siempre es delito. Por tanto las cruces del cuadro representan las causales que pueden significar un atenuante o eximente de pena.

<sup>11</sup> Este dato no estaba originalmente en la fuente pero se incluyó luego de consultar la Ley 9.763 de aborto.

Observando el cuadro se destaca que “salvar la vida de la mujer” es el motivo más usual para permitir el aborto en los países de la región, siendo Chile la única excepción. A escala mundial, casi la totalidad de los países (97%) consideran esta causa válida para permitir el aborto.

En caso de violación o incesto la realización de un aborto es permitida en seis de los diez países analizados, al igual que la preservación de la salud física y de la salud mental.

A escala mundial, la violación o incesto es un motivo permitido para aborto en el 84% de los países desarrollados y para el 37% de los países en desarrollo o subdesarrollados.

En ningún país de la región se permite la interrupción del embarazo por sola voluntad de la mujer.

Los abortos son permitidos por malformación del feto en una gran proporción de países, incluso en aquellos con legislaciones más estrictas. Mundialmente, en el 84% de los países desarrollados se permite el aborto por esta causa, mientras que esto sucede en el 32% de los países en desarrollo. En la región, sólo Colombia admite esta causa para la realización de un aborto.

Tal como se observa en el cuadro, Chile es el país de la región con la política más restrictiva respecto al aborto. De todas formas, la fuente citada sostiene que no queda claro si en caso de riesgo de vida de la mujer no puede ser admitido mediante su defensa en un proceso judicial.

Con respecto a la implementación de estas leyes, en muchos casos en que las mujeres están legalmente autorizadas para realizarse un aborto, no se dispone de servicios seguros por diversas razones (OMS, 2003): problemas del sistema de salud, tales como falta de personal de salud capacitado o su concentración en áreas urbanas; actitudes negativas desde los técnicos de los servicios; utilización de métodos inadecuados o desactualizados para inducir el aborto; falta de conocimiento de la ley o falta de aplicación por parte de los proveedores; requerimientos reglamentarios complejos o falta de recursos. También intervienen factores políticos y sociales más amplios como los requerimientos reglamentarios o legales, la falta de información pública sobre la ley y los derechos de las mujeres, la falta de conocimiento sobre lugares donde se realizan abortos, la actitud familiar, el estigma y los temores en relación con la privacidad y confidencialidad, y cómo se percibe la calidad de la atención.

## Existencia de atenuantes para el delito de aborto

Según el Artículo 328 de la ley vigente (Ley 9.763 de enero de 1938), los atenuantes y eximentes del delito son los siguientes:

**Inciso 1°.** Si el delito se cometiere para salvar el propio honor, el de la esposa o un pariente próximo, la pena será disminuida de un tercio a la mitad, pudiendo el Juez, en el caso de aborto consentido, y atendidas las circunstancias de hecho, eximir totalmente de castigo. El móvil del honor no ampara al miembro de la familia que fuera autor del embarazo.

**Inciso 2°.** Si el aborto se cometiere sin el consentimiento de la mujer, para eliminar el fruto de la violación, la pena será disminuida de un tercio a la mitad y si se efectuare con su consentimiento será eximido de castigo.

**Inciso 3°.** Si el aborto se cometiere sin el consentimiento de la mujer, por causas graves de salud, la pena será disminuida de un tercio a la mitad y si se efectuare con su consentimiento o para salvar su vida será eximida de pena.

**Inciso 4°.** En caso de que el aborto se cometiere sin el consentimiento de la mujer por razones de angustia económica el Juez podrá disminuir la pena de un tercio a la mitad y si se efectuare con su consentimiento podrá llegar hasta la exención de la pena.

**Inciso 5°.** Tanto la atenuación como la exención de pena a que se refieren los incisos anteriores regirá sólo en los casos en que el aborto fuese realizado por un médico dentro de los tres primeros meses de la concepción. El plazo de tres meses no rige para el caso previsto en el inciso 3°.

### Obligatoriedad de denuncia del aborto por parte del personal de los servicios de salud

La ley establece que el médico que intervenga en un aborto o en sus complicaciones deberá dar cuenta al MSP dentro de las 48 horas, sin revelación de nombres. El juez no podrá realizar procesamiento por razón de aborto sin solicitar previamente informe al MSP, que se expedirá luego de oír al médico.

### Existencia de ley sobre derechos sexuales y reproductivos incluida la despenalización del aborto

En nuestro país el debate social y político sobre el aborto acompaña el proceso de redemocratización que comienza en 1985. En cada legislatura hubo un proyecto que intentó modificar la ley que penaliza el aborto desde 1938 (Ley 9.763 que modifica el Capítulo IV del Código Penal). Cuando se comienzan a realizar las primeras movilizaciones, en la década del 80, el aborto era un tema tabú. (Cuadernos de Divulgación sobre Derechos y Salud Sexual y Reproductiva - MYSU, 2007)

Tal como se presentó en datos anteriores, cuando la población uruguaya fue consultada por el anterior proyecto de ley (legislatura 2000 - 2005) un 63% se manifestó a favor, siendo este porcentaje desestimado por la Cámara de Senadores en mayo de 2004 cuando la votación resultó negativa.

En la actual legislatura se presentó un nuevo proyecto ante la Cámara de Senadores, el pasado mes de octubre, más complejo y completo que el anterior que contiene en su Capítulo II la interrupción voluntaria del embarazo hasta las 12 semanas de gestación (proyecto de Ley de Defensa al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva).

El 6 de noviembre de 2007, con 18 votos a favor y 13 en contra, el proyecto de ley fue aprobado por la Cámara de Senadores y entró a la Cámara de Diputados para su discusión.

Cabe destacar que esta votación tuvo lugar tras una solicitud de reconsideración de la votación del 17 de octubre, en la cual, si bien se había aprobado el proyecto en forma general, el capítulo II -que establece el derecho de la mujer a la interrupción del embarazo- no había sido aprobado. Los próximos pasos para que el proyecto se transforme en ley dependen de la Cámara de Diputados y, posteriormente, de la promulgación (o veto) del Presidente de la República.



El Observatorio alerta sobre la necesidad de modificar la ley vigente y celebra la aprobación del proyecto de Ley de Defensa al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva en Cámara de Senadores, que significó un paso importante hacia la despenalización del aborto en el marco de una ley integral de salud sexual y reproductiva.



MECANISMOS





## Existencia de normativa que incluya a las organizaciones de mujeres en instancias de decisión sobre salud sexual y reproductiva

En el plano regional existe la Comisión Intergubernamental MERCOSUR en Salud Sexual y Reproductiva. Fue creada en diciembre de 2003 por la Cumbre de Ministros de Salud del MERCOSUR y países asociados para el trabajo articulado en la región, en el marco de los compromisos asumidos en CIPD 1994, a diez años de su realización, reafirmando la vigencia de la Plataforma de Acción. La creación de la Comisión Intergubernamental en el marco del MERCOSUR significó una herramienta de gran importancia para incidir en la ratificación de la vigencia de la CIPD en el proceso regional.

En el plano nacional, para poder dar cumplimiento a los cometidos de dicha Comisión, se crea la Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva, que está integrada por instituciones gubernamentales, académicas, sociedades científicas y organizaciones de mujeres, y es hoy el único mecanismo intersectorial e interinstitucional para impulsar y dar seguimiento a una política nacional en la materia.

La Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva funciona en el ámbito del MSP desde marzo de 2004 y se crea a través de la Ordenanza Ministerial No. 147. La Comisión está integrada, por parte del Poder Ejecutivo, por representantes del MSP, la Secretaría de la Presidencia de la República; por las instituciones académicas, la integran Facultad de Medicina y Facultad de Psicología de UDELAR; por instituciones médicas, el SMU y la Sociedad de Ginecología del Uruguay; por la sociedad civil organizada, MYSU y CNS Mujeres; por parte del Poder Legislativo, la Comisión de Equidad y Género del Parlamento; y por los ámbitos departamentales, un representante de la División Salud de la IMM y un representante por el Congreso de Intendentes.

La integración de la comisión da cuenta de un amplio perfil de actores gubernamentales y no gubernamentales, todos ellos con un papel clave en la agenda de la salud sexual y reproductiva en el país. Esta diversidad es un factor relevante para la construcción de acuerdos y consensos necesarios para cumplir con su rol de asesoramiento a la autoridad sanitaria.

Cabe destacar que la Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva fue pionera en incluir a las organizaciones de la sociedad civil en su conformación, respecto a las de los demás países del MERCOSUR.

En marzo de 2005 inició su trabajo el Mecanismo Coordinador País, en la órbita de la OPP, con el cometido de elaborar el proyecto de país a ser presentado en la Quinta Ronda del Fondo de Lucha contra la Malaria, la Tuberculosis y el Sida. Este mecanismo interinstitucional actualmente funciona como un espacio de articulación de organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y académicas en las discusiones sobre políticas nacionales sobre VIH - SIDA.

Está coordinado por el MSP y en él participan representantes del parlamento nacional, de organizaciones de personas viviendo con VIH, de trabajadoras sexuales, de la diversidad sexual, organizaciones no gubernamentales (incluidas organizaciones feministas) y grupos que han desarrollado una capacidad técnico-profesional en esta área, todas con larga tradición en la lucha contra el SIDA. También participan en el mecanismo distintos representantes de instituciones del Estado y de la Universidad de la República.

## Existencia de mecanismos para la participación de organizaciones de mujeres ante organismos internacionales

El INAMU presidió la delegación oficial de Uruguay a la 49ª Sesión de la Comisión Social y Jurídica de la Mujer (Beijing + 10). En la comitiva oficial participaron representantes de la sociedad civil organizada, si bien no existen mecanismos jurídicos que establezcan sistematización en la participación de organizaciones de mujeres ante organismos internacionales.

## Acciones afirmativas para la participación de mujeres en instancias de decisión

En Uruguay no existen acciones afirmativas para la participación de mujeres en instancias de decisión. En la región, doce países (excepto Chile y Uruguay) implementaron entre 1991 y 2000 sistemas de cuota tendientes a asegurar una participación mínima de mujeres en organismos gubernamentales (Johnson y Moreira, 2003). Estudios sobre la "calidad de la democracia" confirman que hay un grado de relación entre la consolidación democrática, la calidad de la democracia y la participación de mujeres. Esto significa que en las democracias más consolidadas, la participación de las mujeres es mayor. Nuestro país ha incorporado tempranamente derechos políticos para las mujeres pudiendo ser ejercidos con mayor continuidad que en otros países de la región. Sin embargo, no se encuentra más adelantado que sus pares en América Latina en la incorporación de las mujeres en la vida política.

Esto puede explicarse en parte por el histórico dominio masculino en el mundo de la política, que hace que el liderazgo sea calificado con signos de masculinidad y que el funcionamiento diario de la política esté estructurado según normas y valores masculinos. A su vez, el sistema de reclutamiento legislativo resulta excluyente para las mujeres y para los grupos social y culturalmente subordinados y discriminados.

Las estrategias para superar estos obstáculos no pasan por un reconocimiento explícito por parte de los partidos políticos de la desigualdad de condiciones en dicho reclutamiento ni por la adopción de medidas concretas para revertir esta situación. En este sentido, los partidos políticos, salvando algunas pocas excepciones, no han desarrollado políticas institucionales que fomenten y apoyen la voluntad de militantes mujeres para participar en la toma de decisiones. Las acciones afirmativas que se han realizado en materia de capacitación o articulación han surgido de las propias mujeres políticas o de organizaciones sociales de mujeres o feministas.

El Instituto Nacional de las Mujeres ha elaborado un programa denominado "Participación política y social de las mujeres, ciudadanía y liderazgos" que tiene como objetivo garantizar el acceso equitativo de mujeres y varones en todas las estructuras de poder público y promover espacios de participación y promoción de derechos ciudadanos que fortalezcan a las mujeres. A su vez, desarrollar liderazgos femeninos mediante mecanismos y acciones que permitan el pleno ejercicio de su ciudadanía y su participación efectiva en los procesos de desarrollo.

En la "Memoria anual 2005: A 1 año... el Instituto Nacional de las Mujeres rinde cuentas y cuenta", elaborada por ese instituto, se describen las acciones realizadas en el marco de este programa y que consisten en talleres, seminarios, instancias de intercambio y capacitación, debates y foros vinculados a la temática. (INAMU, 2005)

## Instancias bi o tripartitas de salud sexual y reproductiva y derechos sexuales y reproductivos incorporan organizaciones de mujeres

<b>Decreto de Poder Ejecutivo N° 365/999</b>	<b>1999</b>
<b>Nombre:</b> Comisión Tripartita de Igualdad de Oportunidades y Trato en el Empleo	
<b>Integración:</b> Departamento de Equidad y Género del PIT-CNT; COSUPEM; INAMU; MTSS (DINAE e IGTS).	
<p><b>Objetivos:</b></p> <p>Asesorar al MTSS en cuestiones de género.</p> <p>Contribuir al equilibrio del mercado de trabajo mediante estrategias que respondan al propósito de generar igualdad en el empleo.</p> <p>Promover una política activa de igualdad de oportunidades en el empleo.</p> <p>Incidir en la implementación de acciones que permitan incorporar una visión de género en los tres programas sustantivos del MTSS.</p> <p>Impulsar y apoyar iniciativas que en materia de igualdad de oportunidades decidan adoptar los actores sociales involucrados.</p> <p>Generar instancias de coordinación que fortalezcan las iniciativas existentes de sectores gubernamentales y no gubernamentales en materia de igualdad.</p> <p>Implementar estrategias de difusión promoviendo la igualdad de oportunidades y de información sobre la legislación laboral.</p>	

<b>Artículo 24 de Ley 17.514</b>	<b>2002</b>
<b>Nombre:</b> Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica	
<b>Integración:</b> INAMU (presidencia actual); MI; MSP; INAU; Poder Judicial; ANEP; Congreso de Intendentes y tres representantes de las organizaciones no gubernamentales de lucha contra la violencia doméstica.	
<p><b>Objetivos:</b></p> <p>Asesorar al Poder Ejecutivo en materia de su competencia.</p> <p>Velar por el cumplimiento de la Ley 17.514 y su reglamentación.</p> <p>Diseñar y organizar planes de lucha contra la violencia doméstica.</p> <p>Promover la coordinación e integración de las políticas sectoriales de lucha contra la violencia doméstica diseñadas por parte de las diferentes entidades públicas vinculadas al tema.</p> <p>Elaborar un informe anual acerca del cumplimiento de sus cometidos y sobre la situación nacional de violencia doméstica.</p> <p>Aportar en la elaboración de los informes que el Estado debe elevar en el marco de las Convenciones Internacionales vigentes, relacionadas con los temas de violencia doméstica.</p> <p>Opinar, a requerimiento expreso, en la elaboración de los proyectos de ley y programas que tengan relación con la violencia doméstica.</p> <p>Colaborar con la SCJ en la implementación de la asistencia letrada establecida en el Art. 20 de la ley.</p>	

<b>Ordenanza ministerial N°147</b>	<b>2004</b>
<b>Nombre:</b> Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva	
<b>Integración:</b> MSP, Presidencia, Facultad de Medicina, Facultad de Psicología, SMU, SGU, MYSU, CNS Mujeres, Comisión de Equidad y Género del Parlamento, División Salud de IMM, Congreso de Intendentes.	
<b>Objetivos:</b> Dar cumplimiento a los cometidos de la Comisión Intergubernamental MERCOSUR en Salud Sexual y Reproductiva. Impulsar y dar seguimiento a una política nacional en la materia.	
<b>Resolución presidencial 23/04/2004</b>	<b>2004</b>
<b>Nombre:</b> Comisión Interinstitucional para cuestiones de Género	
<b>Integración:</b> Gobierno: INAMU; MRREE; DINA E – MTSS; MSP; MEC; INE; MI; Poder Judicial; Bancada Bicameral Femenina; Secretaría de la Mujer de la IMM-Congreso de Intendentes. Sociedad civil: CLADEM; CNS Mujeres; REPEM. Organismos Internacionales: UNIFEM y UNFPA que participan en calidad de observadores.	
<b>Objetivos:</b> Preparación, presentación y rendición de informes a Comités internacionales creados por instrumentos vinculantes de los que Uruguay es parte Participación en las distintas conferencias y convenciones del Sistema de Naciones Unidas y/ u otros organismos internacionales.	
	<b>2005</b>
<b>Nombre:</b> Mecanismo Coordinador País	
<b>Integración:</b> MSP, Parlamento, organizaciones de personas viviendo con VIH, de la diversidad sexual, trabajadoras sexuales, organizaciones no gubernamentales (incluidas las organizaciones feministas) y grupos que han desarrollado una capacidad técnico profesional en esta área. Otras instituciones del Estado y representantes de UDELAR.	
<b>Objetivos:</b> Elaborar proyecto de país a ser presentado en la Quinta Ronda del Fondo de Lucha contra la Malaria, la Tuberculosis y el Sida. Espacio de discusión sobre políticas nacionales sobre VIH - SIDA.	

<b>Ordenanza N° 759 / MSP</b>	<b>2005</b>
<b>Nombre:</b> Comisión Nacional para el monitoreo y reducción de las muertes de mujeres por causa del embarazo, parto, cesárea, puerperio y aborto <sup>12</sup>	
<b>Integración:</b> Representantes de organismos gubernamentales y de la Universidad de la República.	
<b>Objetivos:</b> Contribuir a la vigilancia de la totalidad de las muertes de mujeres por estas causas. Mantener un diagnóstico permanente de la situación epidemiológica de estas muertes en todo el territorio nacional. Proponer directivas, instrumentos legales y principios éticos que concreten estrategias para la obtención de datos y la reducción de las muertes de referencia.	

<b>Ordenanza N° 890<sup>13</sup> / MSP</b>	<b>2006</b>
<b>Nombre:</b> Comisión Asesora para la interrupción de la gestación	
<b>Integración:</b> Designación directa a cargo de la autoridad sanitaria. Quienes la integran lo hacen a título personal y no representando instituciones.	
<b>Objetivos:</b> La actual Comisión tiene una nueva integración en sus miembros pero la ordenanza no especifica sus funciones ni su marco de intervención.	



Las organizaciones de mujeres no participan del Consejo Consultivo para el Cambio en Salud (CCC), ámbito en el cual el MSP y actores involucrados en la reforma de la salud, discuten y acuerdan los principales lineamientos.



<sup>12</sup> Esta comisión es de carácter técnico consultivo.

<sup>13</sup> Esta ordenanza deja sin efecto una resolución ministerial de octubre de 1991 que había creado el Comando de Lucha contra el Aborto Criminal.

## Existencia y carácter de Secretaría o Ministerio de la Mujer

El primer mecanismo nacional en políticas de género en Uruguay fue creado en 1987, en la órbita del MEC, en respuesta a las recomendaciones de la Conferencia Latinoamericana sobre "Mujer, Población y Desarrollo" realizada un año antes en Uruguay. Este mecanismo se llamó Instituto Nacional de la Mujer.

En octubre de 1991 se crea una nueva agencia nacional, que se denominaría Instituto Nacional de la Familia y la Mujer (INFM), y que modifica la estructura interna de la agencia. Ya no será concebida como una comisión horizontal dentro del MEC, sino como una dependencia de la Dirección General de Secretaría de ese ministerio, al tiempo que no se preveía en su integración ningún órgano de carácter asesor o coordinador integrado con representaciones de otras dependencias del Estado y/o de la sociedad civil.

El INFM permaneció con la misma estructura y prácticamente los mismos cometidos hasta 2005, cuando se produjo otro cambio en su institucionalidad: pasó a funcionar bajo la órbita del nuevo MIDES (Ley N° 17.866 del 21 de marzo de 2005).

Luego, a partir del Art. 377 de la Ley N° 19.930 (Ley de Presupuesto Nacional), cambió su nombre por el de Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU). El mismo artículo redefine sus cometidos; entonces asume explícitamente el papel de "ente rector de las políticas de género", lo que implica no sólo las funciones de diseño y ejecución de políticas, sino también las de evaluación y coordinación con otras agencias del Estado. (CNS, 2007)



## RECOMENDACIONES





El informe 2007 del Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva ofrece información sistematizada sobre los avances, vacíos y desafíos para el desarrollo de políticas integrales en salud sexual y reproductiva en Uruguay dirigidas a distintos sectores de la población.

El campo de género y salud sexual y reproductiva es una dimensión sensible cuando se analiza la realidad de un país y se definen políticas de desarrollo que impliquen mejores condiciones de vida para su población. La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD, El Cairo, 1994) fue un punto de inflexión en el debate internacional, al producir un cambio de paradigma en el tratamiento de los asuntos poblacionales, colocando el foco en las personas, sus derechos y la calidad de vida. La Plataforma de Acción de la CIPD recomienda a la comunidad internacional: "una importante serie de objetivos de población y desarrollo, así como metas cualitativas y cuantitativas que son mutuamente complementarias y de importancia decisiva para esos objetivos. Entre ellos figuran el crecimiento económico sostenido en el marco del desarrollo sostenible; la educación, sobre todo de las niñas; la igualdad entre los sexos; la reducción de la mortalidad neonatal, infantil y materna; y el acceso universal a servicios de salud reproductiva, en particular de planificación de la familia y de salud sexual". (CIPD, 1994)

El debate sobre políticas de población en Uruguay debería considerar enfáticamente las recomendaciones emanadas de la Plataforma de Acción de la CIPD y colocar en el centro de sus preocupaciones las garantías para que las personas puedan ejercer todos sus derechos humanos.

Entre otras cosas, y para alcanzar las recomendaciones propuestas por la Plataforma, el país necesita desarrollar un sistema nacional estadístico que contribuya y oriente la toma de decisiones políticas. El presente informe muestra la necesidad de avanzar en el esfuerzo de creación de un sistema de indicadores de género integrado al sistema estadístico nacional, con producción sistemática de información referida a la situación de varones y mujeres en distintas esferas de los derechos y la salud sexual y reproductiva. El Observatorio destaca, particularmente, la carencia de información en esta área, que en muchos casos ha sido suplida por la producción generada desde organizaciones no gubernamentales y académicas. Esto genera además importantes dificultades al momento de evaluar y comparar la información disponible. En el esfuerzo por fortalecer un sistema nacional estadístico en el área de salud sexual y reproductiva, es recomendable considerar la necesidad de producir indicadores de comparabilidad regional que permitan observar la evolución y el impacto de las políticas públicas en un escenario regional integrado.

Uruguay no ha participado de los emprendimientos internacionales de DHS (Demographic Health Survey) ni la Encuesta de Prevalencia de Métodos Anticonceptivos; además, la última Encuesta Nacional de Fecundidad disponible data del año 1986. El proyecto Género y Generaciones. Reproducción biológica y social de la población uruguaya, implementado durante los años 2004 y 2006 e impulsado por un conjunto de actores gubernamentales, no gubernamentales, académicos y organismos internacionales, fue un esfuerzo de articulación de una agenda de investigación con el propósito de brindar insumos para el diseño, evaluación y monitoreo de políticas públicas. Los resultados del estudio cuantitativo realizado en el marco del proyecto fueron integrados en este informe. Sin embargo, en la medida en que el proyecto Género y Generaciones no tiene prevista su continuidad, no se dispondrán de insumos que permitan dar seguimiento a la información por éste arrojada en distintos tópicos de la salud sexual y reproductiva.

En materia de políticas y programas de salud, cuando en 1999 el país incorpora las prestaciones en anticoncepción en los servicios públicos de la salud comienza a implementar algunas de las medidas recomendadas por la Plataforma de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994). Fue un paso importante en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, aún estamos muy lejos de garantizar el acceso universal a esta prestación. En primer lugar, si bien todos los servicios públicos de ASSE / MSP cuentan actualmente con una canasta amplia de anticonceptivos, persisten barreras funcionales, organizacionales y culturales para el acceso pleno de las/os usuarias/os. Asimismo, no se dispone de un registro oficial sistemático y accesible de la distribución de anticonceptivos que realiza el MSP por departamento y servicio, ni un seguimiento del uso de los mismos. En segundo lugar, esta prestación no está aún integrada a los servicios del sector privado de la salud (IAMC). Si bien el proyecto de Sistema Nacional Integrado de Salud incluye la anticoncepción dentro de sus prestaciones prioritarias para todos los servicios, su implementación comenzaría en 2008. Hasta tanto, la equidad en el acceso no estará garantizada. Al mismo tiempo, la anticoncepción no reversible (ligadura tubaria y vasectomía) es un derecho no protegido por los servicios de salud.

Algunas de las evidencias presentadas en el Informe 2007 muestran la necesidad de intervenir e incrementar urgentemente las acciones de promoción, difusión y prevención en distintos tópicos de la salud sexual y reproductiva. El aumento de la incidencia del VIH - SIDA en la población femenina y la baja utilización de servicios de salud públicos para la obtención de métodos anticonceptivos son situaciones que deberían reorientar las políticas públicas.

Los avatares que producen los cambios de administración de gobierno en la definición de políticas públicas, junto con la ausencia de normas nacionales que protejan los derechos a la salud sexual y reproductiva de las personas, generan escenarios inestables en términos de desarrollo de programas y servicios. En este sentido, la media sanción del proyecto de Ley de Defensa al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, que tuvo lugar el 6 de noviembre de este año, es un paso de gran significación para que el país cuente con una ley integral en salud sexual y reproductiva que garantice, proteja y promueva los derechos de toda la población a la toma de decisiones en materia de sexualidad y reproducción, con libertad, autonomía y responsabilidad social.

En materia de legislación nacional, el Informe 2007 también refiere a la necesidad de su actualización, en la medida que la misma refleja de manera extendida prejuicios, estereotipos y valores no equitativos desde el punto de vista de género. El artículo 26 del Código Penal, que otorga al juez la posibilidad de conferir el perdón judicial al agresor si el homicidio fue motivado por la pasión provocada por el adulterio, es un ejemplo de ello.

A pesar de no contar aún con una ley nacional en salud sexual y reproductiva, el país avanzó en los últimos años con la aprobación de medidas sanitarias en distintos tópicos de la salud sexual y reproductiva, que brindan mejores garantías en la atención de la salud. Sin embargo, uno de los déficits que debería ser revertido es el bajo conocimiento que la población tiene de estas medidas. La ausencia de campañas públicas masivas de difusión es un factor clave en la promoción de las prestaciones a las que la población tiene derecho. Es también una estrategia para generar demanda social calificada y con capacidad de exigibilidad de sus derechos.

Al mismo tiempo, los servicios de salud y sus equipos de trabajo deben prepararse para procesar un cambio en el modelo de atención, centrado históricamente en lo materno infantil, hacia otro integral

en salud sexual y reproductiva. Esto implica la formación profesional y la actualización permanente de los conocimientos de los equipos de salud, la adecuación, implementación y control de normativas sanitarias y guías clínicas, y el desarrollo de estrategias de atención primaria en salud que promuevan calidad de vida y derechos sexuales y reproductivos, así como prevención de infecciones y enfermedades sexuales y reproductivas.

El modelo de atención materno infantil centrado en la figura de la madre favoreció la invisibilidad de la mujer en tanto persona y sujeto de derechos, al dirigir su estrategia asistencial al binomio madre – hijo. Los servicios de salud basados en la atención del embarazo, parto y puerperio no fueron tradicionalmente acompañados de estrategias de transformación de las condiciones que generan la subordinación por género. Un modelo integral de atención en salud sexual y reproductiva está desafiado a incorporar la satisfacción de necesidades prácticas y estratégicas de género. Las necesidades prácticas son aquellas que se derivan de la división sexual del trabajo y del rol tradicional de reproducción biológica y social de las mujeres (acciones focalizadas tendientes a superar las inequidades). Las necesidades estratégicas cuestionan la posición de las mujeres en la sociedad y buscan subvertir el orden genérico que coloca a las mismas en posición de subordinación.

La integración de un enfoque de género en las políticas y programas de salud permitiría revertir las inequidades construidas históricamente en la sexualidad y la reproducción, y sus efectos concretos en la vida de las personas.

Finalmente, a los efectos de avanzar en la definición e implementación de una política nacional integral en salud sexual y reproductiva, con perspectiva de género y generaciones, es necesario generar, profundizar y dotar de mayores responsabilidades a los mecanismos de coordinación Estado – sociedad civil, que incluyan la participación de distintos actores relevantes en la agenda de la salud, incluyendo a las organizaciones de mujeres y feministas. Éstas han demostrado su capacidad de incidencia política calificada mediante elaboración de diagnósticos, propuestas y recomendaciones a partir de su conocimiento sistematizado sobre las políticas públicas, tanto en los niveles nacionales como departamentales.

METODOLOGÍA Y GLOSARIOS



## METODOLOGÍA

El Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva es una herramienta de monitoreo ciudadano en temas de equidad de género en salud sexual y reproductiva, entendiendo por equidad la superación de las desigualdades injustas y evitables que se producen en la sociedad por razones de género en los ámbitos de:

- la situación de salud,
- el acceso a servicios de calidad,
- el acceso a recursos,
- las posiciones de poder en los sistemas institucionales,
- la distribución de responsabilidades en el cuidado de la salud de la familia y de la comunidad.

El Observatorio trabaja con la información disponible en organismos nacionales e internacionales, sistematizando, recopilando y procesándola según resulte pertinente a efectos de los indicadores definidos en la base de datos. El diseño metodológico combina la sistematización de datos secundarios y la generación y ordenamiento de nueva información.

La elaboración del Informe anual 2007 requirió de diferentes abordajes metodológicos que se detallan a continuación.

En primer lugar, la recolección, sistematización y análisis de datos secundarios para los indicadores de corte cuantitativo. Los datos secundarios fueron extraídos de fuentes provenientes de organismos públicos, organismos internacionales y organizaciones no gubernamentales que cuentan con información pertinente a la temática. Algunas de las principales limitantes con las que se encontró el Observatorio fueron la ausencia de información relevante a nivel oficial, la falta de homogeneidad en las fechas y series históricas de datos para las cuales se dispone de información, las posibles diferencias en los criterios metodológicos para la construcción de los indicadores y la existencia de algunas discrepancias entre las estadísticas proporcionadas para el mismo año por distintas fuentes.

Los principales organismos consultados fueron:

Instituto Nacional de Estadística  
Ministerio de Salud Pública  
Ministerio del Interior  
Banco de Previsión Social  
Universidad de la República  
Sistema Informático Perinatal del Centro Latinoamericano de Perinatología  
CEPAL  
OPS/OMS  
PNUD  
UNESCO  
UNFPA  
UNICEF  
UNIFEM  
Social Watch

Por otra parte, se recurrió a la creación, recolección y sistematización de indicadores de corte cualitativo que permiten monitorear la existencia de políticas, legislación y mecanismos para el conocimiento y real cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las personas. Se trata básicamente de indicadores binarios que permiten conocer la existencia o inexistencia de políticas, legislación y mecanismos. En este caso se suman a los organismos ya mencionados los siguientes:

#### ANEP

Parlamento

Ministerio de Salud Pública

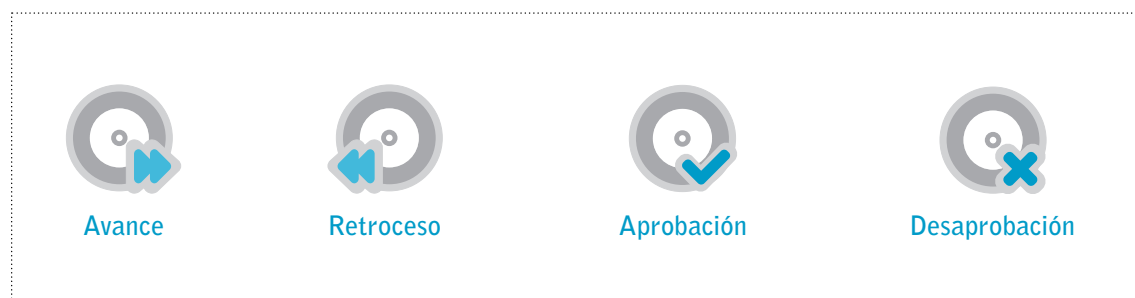
Intendencia Municipal de Montevideo

Instituto Nacional de las Mujeres

Sindicato Médico del Uruguay

La información que se presenta en el Informe 2007 es la más actualizada para cada uno de los indicadores, teniendo en cuenta la heterogeneidad de las fuentes y la disparidad en las fechas relevadas por las fuentes disponibles.

Una de las novedades que propone el Informe 2007 tiene que ver con la asignación de una simbología en la presentación de los datos. En el documento se encuentran los siguientes símbolos:



En el caso de los símbolos que representan avances y retrocesos, el criterio para la asignación de los mismos tiene que ver con la evolución en términos cuantitativos del indicador, pero también con la valoración de la evolución del mismo. El aspecto valorativo está relacionado con los acuerdos nacionales e internacionales sobre cada tema que el indicador ilustra y con las recomendaciones, convenciones y metas internacionales. Es así que, por ejemplo, si bien en términos de medición cuantitativa, la mortalidad materna disminuye, eso implica cualitativamente un avance para el país (ver página 32). En otros casos, el propio aumento cuantitativo implica un avance cualitativo, como es el caso de la proporción de embarazos controlados. (ver página 37)

En cuanto a los signos que representan aprobación o desaprobación, la intención del Observatorio es llamar la atención sobre temas o situaciones preocupantes o alentadoras para el país. Con el signo de aprobación se quiere transmitir la satisfacción por una situación de mejoría respecto al pasado o de logros tendientes a alcanzar metas internacionales o acuerdos nacionales para el bienestar de la población. Es el caso del descenso de la fecundidad adolescente, porque se entiende -nacional e internacionalmente- que representa una mejoría para el país, ya que implica el respeto de las etapas de

ciclo de vida de las personas garantizando a las adolescentes el desarrollo intelectual y de formación por sobre las responsabilidades familiares (ver página 69). Cuando se aplica un signo de desaprobación se está indicando que la situación observada no va en la línea de las recomendaciones nacionales e internacionales y que representa situaciones indeseables para el bienestar de la población. Este es el caso de las normativas sobre confidencialidad y privacidad de las pacientes que, si bien existen, no cuentan con la difusión y la fiscalización por parte del organismo público rector en salud para su cabal cumplimiento (ver página 87).

## GLOSARIO DE INDICADORES

**Tasa global de fecundidad:** número de hijos que en promedio tendría cada mujer de una cohorte hipotética de mujeres que durante su vida fértil tuvieran sus hijos de acuerdo con las tasas de fecundidad por edad del período de estudio y/o estuvieran sometidas a riesgos de mortalidad desde el nacimiento hasta la finalización del período fértil.

**Hogares con jefatura femenina según tipo de hogar:** porcentaje de hogares donde las mujeres se declaran jefas de hogar según tipo de hogares (unipersonal, biparental, monoparental, extendidos y compuestos).

**Aporte de ingresos de las mujeres al ingreso global del hogar:** porcentaje de hogares en que las mujeres aportan más del 40% de los ingresos por todos los conceptos del hogar.

**Tasa de actividad:** surge del cociente de la Población económicamente activa (PEA) y la Población en edad de trabajar (PET). La PEA incluye a todas las personas de 14 o más años de edad que tienen al menos una ocupación o la buscan activamente. La PET incluye a todas las personas de 14 años o más años de edad.

**Tasa de desempleo:** surge de dividir la cantidad de desocupados entre la Población económicamente activa (PEA). Los desocupados son todas las personas de 14 o más años de edad que no tienen empleo en la semana anterior a la encuesta, pero lo buscaron activamente durante las últimas cuatro semanas.

**Distribución del trabajo remunerado y no remunerado:** se define como trabajo no remunerado aquel que no se realiza para el mercado (de subsistencia, doméstico, de cuidados familiares y voluntario o de servicio a la comunidad). El trabajo remunerado es aquel que se realiza para el mercado.

**Distribución de la carga global de trabajo:** surge de la suma del trabajo remunerado y el trabajo no remunerado.

**Tasa de mortalidad entre personas con VIH - SIDA:** es la proporción de defunciones por VIH-SIDA en la población general, en un año específico, por cada 100.000 habitantes.

**Esperanza de vida al nacer:** Es el número de años que vivirá en promedio cada recién nacido de una cohorte hipotética sometida durante su vida a las tasas de mortalidad por edades del período en estudio.

**Tasa de mortalidad infantil:** se obtiene como cociente entre las defunciones de menores de un año, ocurridas durante un período determinado y el total de nacimientos vivos de ese mismo período. El resultado se expresa por 1000.

**Incidencia de VIH - SIDA por sexo:** proporción de casos de VIH-SIDA en mujeres y varones.

**Incidencia de VIH - SIDA por mecanismo de transmisión:** proporción de casos de VIH-SIDA según se trate de transmisión por vía sexual, sanguínea o perinatal.



**Tasa de mortalidad materna:** expresa el número de mujeres que fallecen en un período determinado por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio por cada 100.000 nacidos vivos en ese mismo período.

**Tasa de mortalidad materna por aborto:** refiere al número de muertes provocadas por aborto como porcentaje de la mortalidad materna.

**Tasa de abortos practicados en condiciones de riesgo:** expresa el número de abortos practicados en condiciones de riesgo por cada 1000 mujeres de 15 a 49 años de edad.

**Tasa bruta de mortalidad por diversos tipos de cáncer asociados a la salud reproductiva:** es el número de defunciones ocurridas en un determinado período por cáncer de mama, cuello del útero, otras partes del útero, ovario y próstata cada 100.000 habitantes.

**Cobertura de atención prenatal:** proporción de mujeres atendidas por personal especializado al menos una vez durante el embarazo.

**Proporción de partos atendidos por personal profesional:** proporción de partos atendidos por personal especializado (médicos y/o personas con conocimientos sobre atención del parto que pueden diagnosticar y tratar complicaciones obstétricas, además de atender partos normales).

**Tasa de denuncias de violencia doméstica:** número de denuncias de violencia doméstica registradas cada 10.000 habitantes.

**Tasa de fecundidad adolescente:** es la relación entre el número de nacidos vivos de mujeres de 15 a 19 años de edad y el total de mujeres de esa misma edad, multiplicada por 1000. Expresa la cantidad de nacimientos de madres adolescentes por cada 1000 mujeres adolescentes.

**Distribución anual del número de nacimientos según edad de la mujer:** es la proporción de nacimientos de mujeres según grupos de edad en el total de nacimientos de un período determinado.

**Proporción de nacimientos de madres adolescentes en el total de nacimientos por departamento:** refiere al porcentaje de nacimientos de mujeres de hasta 19 años de edad en el total de nacimientos de cada departamento.

**Tasa de fecundidad por edad:** refiere al número de nacimientos que ocurren durante un determinado año o período de referencia por cada 1000 mujeres en edad reproductiva, clasificadas en grupos de edad simples o quinquenales.

**Estructura de la fecundidad por edad:** proporción de nacimientos de mujeres, clasificadas en grupos de edad, en el total de nacimientos de un determinado período.

## GLOSARIO DE SIGLAS

ANEP	Administración Nacional de Educación Pública
ARV	Tratamiento Antiretroviral
ASSE	Administración de Servicios de Salud del Estado
AUPF	Asociación Uruguaya de Planificación Familiar
BPS	Banco de Previsión Social
CAIF	Centros de Atención a la Infancia y la Familia
CEDAW	Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CHPR	Centro Hospitalario Pereira Rossell
CIPD	Conferencia Internacional de Población y Desarrollo
CLADEM	Comité Latinoamericano por los Derechos de la Mujer
CLAP	Centro Latinoamericano de Perinatología
CMM	Conferencia Mundial de la Mujer
CODICEN	Consejo Directivo Central
COSUPEM	Consejo Superior Empresarial
CRNU	Coordinador Residente de las Naciones Unidas
DIGESA	Dirección General de Salud
DINAE	Dirección Nacional de Empleo
DIU	Dispositivo Intrauterino
ENHA	Encuesta Nacional de Hogares Ampliada
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
IAMC	Institución de Asistencia Médica Colectiva
IDG	Índice de Desarrollo Relativo al Género
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IEG	Índice de Equidad de Género
IGTSS	Inspección General del Trabajo y la Seguridad Social
IMM	Intendencia Municipal de Montevideo
INAMU	Instituto Nacional de la Mujer
INAU	Instituto de la Niñez y la Adolescencia del Uruguay
INDA	Instituto Nacional de Alimentación
INE	Instituto Nacional de Estadística
INFAMILIA	Programa Infancia, Adolescencia y Familia
INFM	Instituto Nacional de la Familia y la Mujer
INJU	Instituto Nacional de la Juventud
IPG	Índice de Potenciación de Género
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MEC	Ministerio de Educación y Cultura
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MERCOSUR	Mercado Común del Sur
MI	Ministerio del Interior
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social
MRREE	Ministerio de Relaciones Exteriores
MSP	Ministerio de Salud Pública
MTSS	Ministerio de Trabajo y Seguridad Social

MYSU	Mujer y Salud en Uruguay
NNUU	Naciones Unidas
OIT/CINTERFOR	Organización Internacional del Trabajo / Centro Interamericano de Investigación y Documentación sobre Formación Profesional
ONUSIDA	Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH - SIDA
OPP	Oficina de Planeamiento y Presupuesto
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
PAP	Citología Cervical/Papanicolau
PIT CNT	Plenario Intersindical de Trabajadores – Central Nacional de Trabajadores
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
REPEM	Red de Educación Popular para Mujeres
SCJ	Suprema Corte de Justicia
SGU	Sociedad de Ginecología del Uruguay
SIPIAV	Sistema Integral de Protección a la Infancia y la Adolescencia contra la Violencia
TGF	Tasa Global de Fecundidad
UDELAR	Universidad de la República
UIP	Unión Inter Parlamentaria
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNIFEM	Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer
VIH - SIDA	Virus de Inmunodeficiencia Adquirida/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

# BIBLIOGRAFÍA

Abracinskas, L.; López Gómez, A. (2007) *Aborto en debate. Dilemas y desafíos del Uruguay democrático. Proceso político y social 2001 - 2004*. MYSU. Montevideo.

Abracinskas, L.; López Gómez, A. (2004) *Mortalidad materna, aborto y salud en Uruguay*. MYSU. Montevideo.

Aguirre, R.; (1993) *Mujeres latinoamericanas en cifras. Uruguay*. Ministerio de Asuntos Sociales, España. FLACSO.

Aguirre, R.; Batthyány, K. (2003) *Uso del tiempo y trabajo no remunerado*. FCS- UNIFEM. Montevideo.

Ahman, E.; Shah, I. (2002) *Unsafe abortion: worldwide estimates for 2000. Reproductive health matters*. En línea: <http://www.ipas.org/Publications>

Batthyány, K.; Cabrera, M.; Scuro, L. (2007) *Perspectiva de Género. Informe temático de la ENHA 2006*. INE-UNFPA-PNUD. Montevideo.

Batthyány, K.; Espino, A.; (2007) *Principales Resultados. En Estadísticas de Género 2001-2005*. (Xerox)

Benia, W.; Macadar, D.; Niedworok, N. (2005) *Primer informe de investigación. Proyecto Género y Generaciones*. UNFPA-IMM-MSP-MYSU-UDELAR-INE-PNUD. Montevideo.

CNS Mujeres (2006) *2006: A un año de gobierno progresista. Uruguay y las políticas en salud sexual y reproductiva*. Montevideo.

CNS Mujeres (2007) *Nuevas perspectivas para la institucionalidad de género en el Uruguay. Ir a más. Monitoreo de lo actuado por el Instituto Nacional de las Mujeres (Período 2005-2006)*. Montevideo.

Comité de los Derechos del Niño Uruguay (2006) *Informe no gubernamental de aplicación de la Convención de los Derechos del Niño*. Montevideo.

Gynuity Health Projects (2007) *Opciones para la introducción del aborto con medicamentos en Brasil, Colombia, México y Perú*. En línea: [www.clacai.org/imagenes/pdf/abortoconmedicamentos.pdf](http://www.clacai.org/imagenes/pdf/abortoconmedicamentos.pdf)

Equipos Mori (2004) *Estudio de Opinión sobre la ley de salud reproductiva*. Montevideo.

FEMI (2005) *Programa de atención integral a la mujer, el niño y el adolescente*. En línea: [www.femi.com.uy/archivos\\_v/primer\\_nivel\\_atencion/PROGRAMAS%202007/Prog.%20RN%20FEMI%2024-11-06.ppt](http://www.femi.com.uy/archivos_v/primer_nivel_atencion/PROGRAMAS%202007/Prog.%20RN%20FEMI%2024-11-06.ppt)

IMM (2004) *Memoria de actividades 2004*. Comisión de la Mujer-Comisión de equidad y género. Montevideo.

INAMU (2006) *Memoria anual 2005. A un año el Instituto Nacional de las Mujeres rinde cuentas y cuenta*. Montevideo.

INAMU (2007) *Informe País para la CEDAW*. Montevideo.

INE (s/f) *Indicadores Demográficos. Variables relevantes durante el siglo XX*. Fascículo 5 Salud. En línea: [www.ine.gub.uy/biblioteca](http://www.ine.gub.uy/biblioteca)

INE, INAMU (2006) *Estadísticas de Género 2001-2005*. (Xerox)

Johnson, N; Moreira, C. (2003) *Democracia, Género y Equidad: Aportes para el debate sobre los mecanismos de acción afirmativa*. FESUR. Montevideo.

López Gómez, A. (coord.) (2003) *Del enfoque materno infantil al enfoque de la salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas*. Facultad de Psicología-UDELAR-UNFPA. Montevideo.

López Gómez, A. (coord.) (2006) *Proyecto Género y Generaciones. Reproducción biológica y social de la población uruguaya*. Tomo I Estudio cualitativo. UNFPA-IMM-MSP-MYSU-UDELAR-INE-PNUD. Montevideo.

Ministerio del Interior (2002) *Anuario estadístico sobre violencia y criminalidad. Programa Seguridad Ciudadana y Departamento de datos, estadísticas y análisis*. Montevideo.

Ministerio del Interior (2003) *Anuario estadístico sobre violencia y criminalidad. Programa Seguridad Ciudadana y Departamento de datos, estadísticas y análisis*. Montevideo.

Ministerio del Interior (2004) *Anuario estadístico sobre violencia y criminalidad. Programa Seguridad Ciudadana y Departamento de datos, estadísticas y análisis*. Montevideo.

MSP, UNFPA, OMS, OPS (1986) *Encuesta nacional de fecundidad*. Montevideo.

MSP (1999) *Encuesta sobre estilos de vida y salud de la población adulta*. Montevideo.

MSP, UNFPA (2005) *Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo anticoncepción (Métodos reversibles)*. Montevideo.

MSP, OPS (2006) *Profilaxis y tratamiento de la Infección por VIH en pediatría*. Montevideo.

MSP, OPS (2005) *Guías de Infecciones de Transmisión Sexual. Pautas de diagnóstico, tratamiento y control epidemiológico*. Montevideo.

MSP, OPS (2005) *Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH-SIDA) Pautas de diagnóstico, tratamiento y control de VIH/SIDA*. Montevideo.

MSP, UNFPA (2006) *Guías de procedimiento en el primer nivel de atención de salud. Abordaje de situaciones de violencia doméstica hacia la mujer*. Montevideo.

MSP, OPS (2006) *Guías para diagnóstico, tratamiento antirretroviral y monitorización adultos y embarazadas*. Montevideo.

MSP (2006) *Diagnóstico de situación sobre género y salud en Uruguay. Programa Nacional de la Salud de la Mujer y Género*. Montevideo.

MSP (2007) *Informe epidemiológico del VIH/SIDA*. Montevideo.

MSP (2007) *Informe de Gestión - Maternidad 2006*. Centro Hospitalario Pereira Rossell-Hospital de la Mujer. Montevideo.

MYSU (2007) *Aborto en Uruguay. Cuadernos de divulgación sobre Derechos y Salud sexual y reproductiva*. Época 1, Número 5. Montevideo.

Naciones Unidas (2007) *Políticas mundiales sobre aborto 2007*. En línea: [http://www.un.org/esa/population/publications/2007\\_Abortion\\_Policies\\_Chart/2007\\_WallChart.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/2007_Abortion_Policies_Chart/2007_WallChart.pdf)

Observatorio de Equidad de Género en Salud (2005) *Informe 2005*. Santiago de Chile.

Observatorio de Equidad de Género en Salud (2006) *Informe 2005*. Santiago de Chile.

Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad en Uruguay (2007) *Presentaciones de datos y estadísticas*. Ministerio del Interior. En línea: [www.minterior.gub.uy](http://www.minterior.gub.uy)

OMS (2003) *Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud*.

OPS (2001) *Informe anual del Director. Promoción de la salud en las Américas*.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2006) *Informe Desarrollo Humano*.

SMU (2002) *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. Aspectos clínicos, epidemiológicos, médico-legales, bioéticos y jurídicos*. Montevideo.

Social Watch (2006) *Informe 2006. Arquitectura imposible*. Montevideo.

Tansini, R. (Editor) (1999) *Economía para no economistas*. Departamento de Economía. Facultad de Ciencias Sociales. Montevideo.

UNFPA (2004) *Estado de la población mundial 2004. El consenso de El Cairo diez años después*.

UNFPA (2005) *Estado de la población mundial 2005. La promesa de igualdad. Equidad de género, salud sexual y reproductiva y Objetivos de Desarrollo del Milenio*.

UNICEF (2007) *Estado mundial de la infancia*.

Varela, C. (2007) *Fecundidad. Propuestas para la formulación de políticas*. En: Calvo, J.; Mieres, P. Importante pero urgente. Políticas de población en Uruguay. UNFPA-RUMBOS. Montevideo.

UNFPA (2006) *Misión de colaboración técnica al Ministerio de Salud Pública de Uruguay*. (Xerox)

Sitios web consultados

[www.anep.edu.uy](http://www.anep.edu.uy)

[www.clap.ops-oms.org](http://www.clap.ops-oms.org)

[www.factum.edu.uy](http://www.factum.edu.uy)

[www.femi.com.uy](http://www.femi.com.uy)

[www.ine.gub.uy](http://www.ine.gub.uy)

[www.infamilia.gub.uy](http://www.infamilia.gub.uy)

[www.presidencia.gub.uy](http://www.presidencia.gub.uy)





