



MONITOREO

DE LA DECLARACION DE COMPROMISO EN
VIH – SIDA (UNGASS, Naciones Unidas)

SOBRE LAS METAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES

INFORME DE LA SOCIEDAD CIVIL

URUGUAY :: 2005 – 2007

mysu MUJER Y SALUD
EN URUGUAY

asepo
ASOCIACION ARGENTINA DE ESTUDIOS
DE PEDIATRIA

Coordinación Internacional:



Apoya



UNAIDS

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS

UNICEF
UNEP
UNFPA
UNEP
WHO
WORLD BANK

2008

MONITOREO MONITOREO MONITOREO

COMPROMISO EN DE LA DECLARACION DE COMPROMISO EN DE LA DECLARACION
(Naciones Unidas) VIH – SIDA (UNGASS, Naciones Unidas) VIH – SIDA (UNGASS,
EN SALUD SOBRE LAS METAS EN SALUD SOBRE
REPRODUCTIVA DE SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE SEXUAL
Mujeres LAS MUJERES LAS MUJERES LAS MUJERES

CIVIL INFORME DE LA SOCIEDAD CIVIL INFORME DE
URUGUAY :: 2005 – 2007 URUGUAY :: 2005 – 2007 URUGUAY :: 2005 – 2007 URUG

mYSU MUJER Y SALUD
EN URUGUAY

asepo
ASOCIACION DE AYUDA AL SERO POSITIVO

Coordinación Internacional:



GESTOS

Apoya:



FORD FOUNDATION



UNAIDS
JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS

UNICEF
UNEP
UNFPA
UNHCR
UNRWA
UNWFP
UNWOMEN
WHO
WFP
WORLD BANK

Montevideo – Uruguay | 2008

Este Informe fue realizado en el marco del proyecto internacional de Monitoreo de las Metas de UNGASS en salud sexual y reproductiva, coordinado por GESTOS – Brasil, con el financiamiento de Fundación Ford y el apoyo de CICT, UNFPA y ONUSIDA.

Instituciones responsables

MYSU – Mujer y Salud en Uruguay
ASEPO – Asociación de Ayuda al Sero Positivo

Equipo de elaboración del informe técnico

Lic. Valentina Perrota (MYSU, equipo técnico Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva)
Lic. Lucía Scuro (MYSU, equipo técnico Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva)

El relevamiento en el departamento de Colonia estuvo a cargo de la organización Tendiendo Puentes.

Coordinación general del Informe

Lilián Abracinskas (MYSU)
Liset Collazo (ASEPO)
César Dos Santos (ASEPO)
Alejandra López Gómez (MYSU)

Montevideo, abril de 2008.

Índice

Sección I

Panorama general del sistema de salud del país y de las políticas de salud sexual y reproductiva y del VIH/sida.	7
Estadísticas básicas sobre la epidemia, y la situación de la salud sexual y reproductiva en el país.	9

Sección II

Introducción	13
Metodología	13
Resultados	14
META 37 LIDERAZGO DE LOS GOBIERNOS RESPECTO A LA EPIDEMIA DE VIH-SIDA	14
META 52 PREVENCIÓN	17
META 53 PREVENCIÓN	20
META 54 PREVENCIÓN	22
META 59 DERECHOS HUMANOS	25
META 60 DERECHOS HUMANOS	28
META 61 DERECHOS HUMANOS	28
META 62 REDUCCIÓN DE LA VULNERABILIDAD	31
META 63 REDUCCIÓN DE LA VULNERABILIDAD	34
META 64 REDUCCIÓN DE LA VULNERABILIDAD	36
META 65 HUÉRFANOS	36
META 68 MITIGACIÓN DE LOS EFECTOS SOCIALES Y ECONÓMICOS	37
META 72 INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO	37

Sección III

Fortalezas	41
Debilidades	42
Recomendaciones	43

Anexos

ANEXO 1. Listado de personas entrevistadas e instituciones	47
ANEXO 2. Listado de organizaciones participantes del I y II Foro UNGASS de la sociedad civil	48
ANEXO 3. Organizaciones que respondieron el formulario para el monitoreo	49
Fuentes consultadas	49
Sitios Web	50

Panorama general del sistema de salud del país y de las políticas de salud sexual y reproductiva y del VIH/sida.

En 1996, en el período posterior a la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD, El Cairo 1994), Uruguay inicia el camino de la implementación de programas y servicios en salud sexual y reproductiva, que trascienden la salud materno - infantil e incluyen otras necesidades y derechos en salud de las mujeres.

La historia de la salud materno infantil en el país tuvo un temprano desarrollo de políticas y programas, iniciados hacia mediados del SXX, que favoreció su institucionalización y reconocimiento como asunto prioritario de la salud pública, posibilitando el descenso de los indicadores de mortalidad infantil y de mortalidad materna, la captación temprana del embarazo y la atención institucional del parto (99 %). Sin embargo, el desarrollo e institucionalización de un modelo materno infantil sustentado en el "binomio madre - hijo", en la visión hegemónica del papel de las mujeres en tanto madres y cuidadoras de la salud familiar, en la ausencia del varón-padre y su participación en los procesos reproductivos, trajeron dificultades para de-construir y revisar los supuestos en los que se basa este enfoque. Este es uno de los aspectos que explica, la tardía definición desde el Estado de políticas y programas de abordaje integral a la salud sexual y reproductiva. (López Gómez, et. alli, 2003)

Han pasado más de 10 años desde que el país comenzó a implementar las primeras medidas tendientes a una política nacional en salud sexual y reproductiva basada en un enfoque de género y derechos. Los principales avances (que trascienden las tradicionales medidas de atención del embarazo, parto y puerperio) que se han producido están vinculados a la incorporación de prestaciones en anticoncepción reversible, incluyendo anticoncepción de emergencia en los servicios de salud pública, a la inclusión de la atención pre y post aborto en los servicios de salud pública, a la elaboración de normativas sanitarias y guías clínicas en anticoncepción, VIH - sida, directrices de consejería / orientación en VIH, atención de la violencia doméstica en servicios de salud, prevención y atención de aborto de riesgo, entre las más novedosas. Así como la creación y/o jerarquización de Programas Prioritarios de Salud de la Mujer y Género y de ITS - sida y mecanismos interinstitucionales en las áreas de salud sexual y reproductiva y VIH sida (Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva y Mecanismo Coordinador País de lucha contra el sida)

Poco se avanzó desde entonces en la intervencionalización entre las estrategias de prevención, atención y tratamiento en VIH sida y el enfoque de la salud sexual y reproductiva. Estas siguen siendo estrategias verticales no fuertemente interconectadas entre sí, especialmente y más allá de las definiciones programáticas, en las prácticas y prestaciones de los servicios de salud.

En materia de acceso a tratamiento antiretroviral (TAR), las políticas nacionales datan del año 1997 (decreto 171/1997, MSP) que incluye el acceso universal a tratamientos en todo el sistema de salud. Asimismo, es de resaltar la existencia- bajo la órbita de DIGESA- de la Comisión de Consenso para el Tratamiento Antiretroviral, integrada por expertos nacionales del sector público y privado, con asesoramiento de técnicos internacionales, quienes tienen a su cargo la elaboración de normas de bioseguridad y pautas nacionales para el diagnóstico y tratamiento de niños, adultos y mujeres embarazadas. Asimismo existen mecanismos institucionales para la realización de estudios de biodisponibilidad y bioequivalencia y la Comisión de Fármaco Vigilancia encargada del control de calidad de la medicación disponible.

Las políticas de salud no establecen medidas específicas sostenidas dirigidas a las mujeres con VIH-sida, excepto en situación de embarazo, si bien incorporan al género como un determinante de la rápida expansión de la epidemia entre las mujeres. Las últimas dos Campañas “Conmigo con Condón” 2006 y “Hacelo Bien, Usá Condón” orientado a mujeres y jóvenes, procuró fortalecer y empoderar a las mujeres en la compra, uso y negociación del condón en sus relaciones sexuales.

La promoción, respeto y reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos fundamentales, deberían ser una prioridad crucial en el diseño e implementación de políticas públicas, programas y asignación de recursos para el VIH- sida y la salud sexual y reproductiva. Sin embargo, el país tiene un importante camino a recorrer para generar las condiciones para su pleno ejercicio de todas las personas.

La falta de protección plena de los derechos humanos de las niñas y las mujeres, incluidos sus derechos a la salud y a una vida libre de coerción y violencia, alimenta la epidemia y a fin de erradicarla son esenciales el acceso universal a servicios de salud y educación sexual, así como la protección de sus derechos sexuales y reproductivos.

En el año 2005, en el marco de la actual administración de gobierno nacional, se inició el proceso de debate hacia la reforma del sector salud. La propuesta de reforma que finalmente se puso en marcha en enero de 2008, se basa en la transformación de tres pilares del sistema de salud existente hasta ese momento: cambio en el modelo de atención, nuevo modelo de gestión y nuevo modelo de financiamiento. El nuevo modelo propone cambiar el paradigma anterior basado en la asistencia y la rehabilitación, por uno que privilegie la atención integral y jerarquice la promoción y la prevención en materia de salud. Esta modificación hace que el primer nivel de atención se convierta en el foco de los principales cambios. El segundo y tercer nivel de atención verán disminuidas sus demandas en la medida que el primer nivel y la atención primaria sean exitosos.

Esto implica necesariamente fortalecer los servicios de la red que comprende el primer nivel (puestos de salud, policlínicas y centros de salud), en cuanto a recursos humanos, financieros e infraestructura. También implica re - pensar la integración de los equipos de salud, que necesitarán ser reforzados con otros perfiles de profesionales, de modo de responder a un paradigma de integralidad de la salud, desmarcado del modelo biomédico tradicional.

El cambio de paradigma, que persigue “*crear salud*”, mucho más que “*sanar dolencias*”, redundaría en un sistema de salud que progresivamente tendrá que ir abandonando su tradición de trabajar puertas adentro de los centros de salud, para salir a la comunidad, acercarse a la gente y sus condiciones de vida.

Otro cambio importante propuesto en el modelo de atención es la territorialización de las acciones y su implementación en base a programas, y no a prestaciones aisladas. Estos programas se encuentran en la Dirección General de la Salud, cuyo cometido esencial será la definición normativa y el contralor de las acciones en salud en el país. En este sentido, los programas vinculados a la salud sexual y reproductiva y VIH sida (Programa Prioritario de Salud de la Mujer y Género y Programa Prioritario de ITS – sida), tienen un rol fundamental a cumplir al brindar los lineamientos de políticas que serán implementados en el contexto del nuevo sistema nacional de salud, y velar por su adecuado cumplimiento.

A su vez, el cambio de modelo de atención hacia uno basado en la integralidad, ofrece un mejor escenario para el abordaje *integral* de la salud sexual y reproductiva, la cual se ha caracterizado hasta el momento, en general, por el abordaje de aspectos parciales y de manera desarticulada.

En cuanto a las prestaciones, el nuevo modelo incluye dentro de su diseño un Plan Integral con las siguientes características: *“El Plan Integral de Prestaciones (PIP) debe garantizar:*

- *actividades de promoción y protección específica dirigidas a las personas de acuerdo a los antecedentes personales, familiares, sociales y comunitarios.*
- *diagnóstico precoz y tratamiento adecuado de los problemas de salud-enfermedad identificados,*
- *acciones de recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos según corresponda*

Las prestaciones definidas en el PIP contarán con indicadores de calidad de sus procesos y resultados que permitirán al MSP evaluar la atención recibida por los usuarios y la calidad de la asistencia brindada.”

La definición de las prestaciones obligatorias para todo el sistema, implica un proceso de negociación con los distintos efectores públicos y privados, aún en discusión. La inclusión de distintos componentes de la salud sexual y reproductiva, constituiría un avance significativo en la generación de mejores condiciones para el acceso a la salud integral de la población.

Estadísticas básicas sobre la epidemia, y la situación de la salud sexual y reproductiva en el país.

Uruguay tiene una población de 3.314.466 habitantes, de los cuales el 51.7% son mujeres y el 48.3% varones. El 93.6% de la población vive en el área urbana. Presenta un alto porcentaje de alfabetismo del 97%.

El ingreso medio mensual per cápita del hogar es de pesos uruguayos 5.897. La tasa de desempleo corresponde a 10.9 para el total del país, siendo de 8.2 para los varones y 14.2 para las mujeres. La tercera parte de la población del país vive en condiciones de pobreza y hasta la fecha existen 320.000 personas (10% de la población) incorporadas al Plan Nacional de Emergencia Social (PANES) del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) por vivir en condiciones de indigencia.

La tasa global de fecundidad es del 2.03 para datos de 2006. Esta tasa desciende a partir del año 2002 pasando de 2.22 a 2.03 en el año 2006. En el año 2004, y por primera vez en la historia del país, se alcanzaron niveles que comprometen el reemplazo de la población. Los nacimientos de menores de 14 años representan el 0.4%, aquellos de mujeres entre 15 y 19 años el 15.1% y los de 20 a 24 años el 24.3%.

La tasa de mortalidad de mujeres por causa de embarazo, parto, puerperio, cesárea y aborto (mortalidad materna) para datos de 2007 es de 14.0 muertes cada 100.000 nacidos vivos. La tasa de mortalidad por cáncer de cuello del útero es del 4.6 cada 100.000 habitantes. Por otra parte la tasa de mortalidad infantil es de 11.9 para datos de 2007. El 99.3% de los partos son atendidos por personal profesional. En 2007 se notificaron 125 casos de sífilis congénita.

En 1983 fue diagnosticada la primera persona VIH positiva en Montevideo. Según el Programa Prioritario de ITS/sida (MSP) hay un total de 10.574 personas diagnosticadas hasta diciembre de 2007. En dicho año se diagnosticaron 506 casos nuevos de VIH, 239 casos de sida, lo cual podría estar relacionado con un mayor acceso a diagnóstico.

La incidencia de VIH por sexo indica un 64.6% para los varones y un 35.4% para las mujeres. La máxima incidencia de VIH se presenta en la franja etarea de 15 a 34 años acumulando el 65% de los casos. En el caso del sida la incidencia por sexo indica un 74.8% para los varones y un 25.2% para las mujeres. En este caso la máxima incidencia se da en la franja de 20 a 44 años. Es interesante señalar que la tendencia de los últimos años muestra un lento pero constante aumento de la incidencia de VIH/sida para la población femenina.

El mecanismo de transmisión más frecuente, tanto para el VIH como para los casos de sida, es la vía sexual. En el caso del VIH representa el 66.6% y el 71.7% en el caso de personas con sida. Uruguay descendió su tasa de transmisión vertical del VIH/sida de 26% en 1995 a 3% en la actualidad.

La tasa de mortalidad por sida es de 4.4 cada 100.000 habitantes. En el caso de los varones la tasa es de 6.9 y en el caso de las mujeres es de 2.1.

Con respecto al uso de métodos anticonceptivos, el preservativo es mencionado como el de mayor uso tanto para varones como para mujeres. Según una encuesta realizada en 2004, el 86% de los varones y el 68% de las mujeres declararon haber utilizado este método en su última relación sexual. 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. (Proyecto Género y Generaciones: reproducción biológica y social de la población uruguaya). Sin embargo, se observan dificultades para considerar el preservativo en su doble función como anticonceptivo y profiláctico por parte del sistema de salud y de la población en general.

Introducción

Este informe técnico ha sido elaborado por MYSU y ASEPO en el marco de un proyecto internacional para el seguimiento de la Declaración de compromisos de Naciones Unidas sobre VIH-sida (UNGASS), en lo que refiere a la salud sexual y reproductiva. La coordinación internacional de dicho proyecto está a cargo de la organización Gestos de Brasil y el monitoreo incluye a 16 países y es ejecutado por 21 organizaciones sociales. Los países incluidos son Argentina, Belice, Brasil, Chile, India, Indonesia, Kenya, México, Nicaragua, Perú, Sudáfrica, Tailandia, Ucrania, Uganda, Uruguay y Venezuela.

Para la elaboración de los informes se establecieron indicadores comunes que tienen como objetivo recoger información sobre la realidad de los países en relación a la pandemia de VIH-sida y su impacto progresivo en las mujeres. Al mismo tiempo, se elaborará un informe global que permita comparar la realidad en los distintos países involucrados.

El proceso de trabajo en Uruguay comenzó con el Primer Foro UNGASS de la sociedad civil realizado el 12 y 13 de marzo de 2007 en Montevideo, con la participación de diversas organizaciones que trabajan en la temática, de personas viviendo con VIH y de organizaciones de mujeres de distintos departamentos del país¹. Allí se acordaron las metas de la Declaración para ser monitoreadas vinculadas a los temas VIH-sida, género y salud sexual y reproductiva y se establecieron los indicadores para la medición de los niveles de cumplimiento de los compromisos asumidos por el país.

Para la realización del informe técnico se determinó la operacionalización de los indicadores y las fuentes para la obtención de datos que fueron relevados a partir de estadísticas vitales, cifras oficiales disponibles, entrevistas a decisores, revisión de documentos e información secundaria aportada por ONGs.

Los contenidos de este informe fueron puestos a consideración de las organizaciones sociales nacionales involucradas en el proceso en un Segundo FORO UNGASS realizado en el mes de febrero de 2008².

Metodología

El monitoreo de las metas UNGASS en salud sexual y reproductiva en Uruguay se realizó entre abril y octubre de 2007. Su período de cobertura es 2005-2007. Se relevó información en los departamentos de Montevideo, Colonia y Maldonado.

Etapas del monitoreo:

1. Diseño

1.1 Operacionalización de las Metas e Indicadores establecidos: a partir de las metas definidas para el monitoreo se desagregaron en indicadores y dimensiones más concretas de análisis para la elaboración de los instrumentos de recolección de datos.

1 Ver Anexo, Lista participantes I y II Foro Ungass / Uruguay

2 Ver Anexo. Idem anterior.

1.2 lección de estrategia de investigación: se optó por una estrategia de investigación múltiple que incluyó el análisis de datos secundarios (documentos oficiales, bibliografía específica, revisión de sitios web), la realización de entrevistas a informantes calificados (MSP, MIDES, MI, IMC, IMM, CODICEN) y la consulta a las organizaciones sociales que trabajan la temática del VIH/sida mediante la aplicación de un formulario auto-administrado.

2. Relevamiento de datos secundarios y realización de entrevistas a informantes calificados.

3. Análisis de la información relevada y elaboración del informe técnico

Resultados

A continuación se describen los principales resultados obtenidos en cada una de las metas monitoreadas e incluidas en este Informe, las cuales fueron seleccionadas en el proyecto global y regional para su comparabilidad posterior con otros países incluidos.

META 37 | LIDERAZGO DE LOS GOBIERNOS RESPECTO A LA EPIDEMIA DE VIH-SIDA

Indicadores:

- **Participación efectiva de representantes de mujeres y jóvenes con VIH en los programas de VIH/sida, incluso en los espacios de toma de decisiones y en las acciones de monitoreo de UNGASS.**

El programa ITS – sida del MSP cuenta con instancias de participación, consulta y articulación con personas viviendo con VIH y organizaciones sociales que abordan esta problemática. Sin embargo, no se han desarrollado estrategias específicas para la incorporación de jóvenes viviendo con VIH en la formulación de los programas.

La Comisión de Educación Sexual de ANEP refiere haber consultado a jóvenes del sistema educativo pero no se hizo un énfasis especial en jóvenes con VIH.

Durante el año 2007 se elaboró el proyecto “Armonización de Políticas Públicas en Educación Sexual, Prevención VIH y Drogas en el ámbito escolar” (2007 – 09), llevado adelante por el Foro de ONGs, ANEP/CODICEN, Programa Prioritario ITS - sida y Programa Adolescencia (MSP), con intervenciones implementadas directamente con los jóvenes. Se elaboró un material audiovisual orientado a jóvenes y se invitó a los adolescentes y jóvenes con VIH integrados a organizaciones sociales, pero finalmente ellos decidieron no participar (agosto- septiembre 2007) (María Luz Osimani, Directora Programa ITS – sida)

En el caso de la Policlínica de atención de niños con VIH del Centro Hospitalario Pereira Rossell, tampoco se ha abierto la participación a jóvenes con VIH en la planificación y espacios de toma de decisión.

- **Participación de grupos de mujeres beneficiarias en el diseño, implementación, y evaluación de programas dirigidos hacia ellas.**

En el año 2005 y en el marco del proceso de elaboración del proyecto país al Fondo Global de Lucha contra la Tuberculosis, la Malaria y el sida, se creó en el país y bajo la coordinación inicial de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP), el Mecanismo Coordinador País (MCP). Se trata de un mecanismo interinstitucional que actualmente funciona como un espacio de articulación de organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y académicas en las discusiones sobre políticas nacionales sobre VIH/sida. Desde el año 2006, es coordinado por el Ministerio de Salud Pública y en él participan representantes del Parlamento, de organizaciones de personas viviendo con VIH, de trabajadoras sexuales, de la diversidad sexual, feministas, y grupos que han desarrollado una capacidad técnico-profesional en ésta área, todas con larga tradición en la lucha contra el Sida. También están presentes en el MCP, distintos representantes de instituciones del Estado y de la Universidad de la República.

En la entrevista realizada al Dr. Miguel Fernández Galeano, subsecretario del Ministerio de Salud Pública, respecto al MCP señalaba que:

“A partir de allí se marcaron prioridades, el eje principal es el plan estratégico para VIH sida donde yo destacaría el tema de pensar la problemática de VIH sida en la perspectiva de una epidemia que tiene poblaciones vulnerables, que son las que hay que priorizar.” (...) “En suma creo que hay una reorientación clara de colocar el tema de Infecciones de Transmisión Sexual - sida desde una perspectiva de derechos, de derechos sexuales y reproductivos y un plan estratégico que tiene como eje principal trabajar sobre la población general en los temas de promoción, educación en estilos de vida saludables y poner el foco en la población vulnerable.”

“Yo creo que tienen que ser espacios donde se le dé lugar a la participación social de los sectores más pujantes en estos temas, que no deben ser ni principal ni exclusivamente técnicos, deben ser espacios sociales y políticos, de construcción de políticas, que la traducción técnica es una condición necesaria y no suficiente de la construcción de políticas. Yo pondría el eje en que tienen que ser espacios políticos y sociales de construcción. Por eso estamos trabajando para salir del Mecanismo Coordinador País, para la reformulación de la Comisión Nacional de lucha contra el sida, sustituyendo al Mecanismo Coordinador, lo cual lo aumenta y lo reperfila.” (Dr. Miguel Fernández Galeano, Sub-secretario de Salud Pública)

El subsecretario del MSP señaló que el mayor desafío es que el plan estratégico elaborado en estos dos años por el MCP se comience a desarrollar. Considera que es necesario elaborar planes de trabajo anuales que permitan avanzar en las demandas y necesidades que están planteadas.

El Programa Prioritario ITS/sida del Ministerio de Salud Pública, que la actual administración de gobierno (2005 – 2010) ha re-definido en su integración, no cuenta con la participación de las mujeres viviendo con VIH. El equipo del Programa se compone de cuatro técnicos y dos administrativos, según informó la Lic. María Luz Osimani, Directora del mismo. De todas formas, las organizaciones de mujeres viviendo con VIH integran el MCP.

En el departamento de Maldonado, la Dirección General de la Salud del MSP (DIGESA – MSP), trabaja junto con personas viviendo con VIH quienes participan en la organización del día nacional e internacional de lucha contra el sida. Se trabaja en coordinación con ONGs que se ocupan de la temática.

Con respecto a la evaluación de la participación de las organizaciones de personas viviendo con VIH/sida o que trabajan la temática en el MCP, la mayoría sostiene que ésta es muy positiva, que ha crecido y es muy activa (AMISEU, ICW, IELSUR, Compañeros de las Américas, FRANSIDA). Por otra parte, algunas señalan que si bien las organizaciones son escuchadas, no son tenidas en cuenta en la toma de decisiones. (AMISEU, ASEPO, ATRU). La Red Uruguaya de PVVS señala que muchas veces se ha chocado con la indiferencia frente a los problemas específicos de las PVVS en este espacio.

Sumado a esto, se indica que la participación en este mecanismo es insuficiente y que no contempla la diversidad organizacional y geográfica de las organizaciones. (Grupo Esperanza y Vida)

Algunas organizaciones consideran que es necesaria una mayor articulación entre las propias organizaciones para lograr una mayor incidencia política (AMISEU, ASEPO, MYSU).

- **Disponibilidad de informaciones financieras respecto a los planes de financiación nacionales para la lucha contra el VIH/sida**

En las entrevistas mantenidas, no se pudo obtener información precisa acerca del monto o porcentaje del presupuesto nacional destinado a las políticas de prevención y atención en ITS - sida.

“No se manejan montos de presupuesto para sida. No se trabaja por ese lado. Lo que hay que tener es un presupuesto para el programa de desarrollo y eso el programa ITS sida lo está haciendo, hay una contraparte nacional del presupuesto y otra que se está planteando en términos de cooperación.” (Miguel Fernández Galeano, Sub-secretario de Salud Pública)

“Monto del presupuesto no sabría decirte. Un monto que te puedo decir es que los tratamientos salen alrededor de tres millones de dólares anuales y la parte de prevención será de 500 mil dólares, de los cuales te diría que casi hay unas tres cuartas partes que son cooperación internacional. Lo demás todo es tratamiento, es presupuesto nacional y un cuarto de la prevención también es aportado por el Ministerio. Desde el 2007, se viene trabajando intensamente en la elaboración del Informe de Medición de Gastos (MEGAS) 2005-07 que nos permitirá contar con datos más precisos.” (María Luz Osimani, Directora Programa ITS/sida)

El Programa Prioritario ITS/sida se financia principalmente con el presupuesto ministerial, y los tratamientos para personas que se asisten en el sector público prácticamente la totalidad proviene del presupuesto ministerial.

“Tenemos un capítulo muy importante de financiamiento público, que no lo está resolviendo el nivel privado, en todo lo que tiene que ver con acceso, atención sanitaria de pacientes viviendo con VIH, donde el país tiene un nivel, desde nuestro punto de vista, muy digno. No voy a decir que ideal pero muy digno, en términos globales y en términos de costo que tiene eso. (...) Quizás, el punto más complicado que tenemos hoy en la agenda de la reforma sanitaria es el acceso en el sector de las IAMCS.” (Miguel Fernández Galeano, Sub-secretario de Salud Pública)

La financiación externa principal proviene de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA).

“Lo hemos puesto como un tema prioritario en la agenda de la cooperación internacional y la expectativa para el 2008, cambiando los criterios de elegibilidad, es que podamos postular al Fondo Global para

poder tener implementar el que apuntaba a evitar la expansión de la epidemia.” (Miguel Fernández Galeano, Sub-secretario de Salud Pública)

“Uruguay es de los pocos países de América Latina que no tiene Fondo Global (importante línea de financiamiento internacional). Eso hace una diferencia enorme en relación a como se solucionan los problemas de acceso universal en Argentina, Chile y en otros países de América. En Uruguay prácticamente sale del esfuerzo del país.” (María Luz Osimani, Directora Programa ITS/sida, MSP)

META 52 | PREVENCIÓN

Indicadores:

- **Alcance, adecuación y efectividad de los programas educativos de prevención para mujeres y jóvenes.**

No se han implementado programas educativos específicos de prevención, destinados a mujeres y jóvenes desde el Estado, tanto desde el MSP como desde ANEP.

El Programa Prioritario ITS/SIDA integra, en nombre del MSP, la Comisión de Educación Sexual de ANEP.

“Los programas educativos de prevención de VIH en general están incluidos en los programas de la Enseñanza Media dentro del programa de Ciencias Biológicas, esto esta desde hace muchos años, desde que se incorpora la prevención de enfermedades de transmisión sexual y el VIH. Pero no creo, hasta donde sé, que este programa tenga un perfil de género. Son por lo general programas de educación para la salud mucho más clásicos.” (Stella Cerrutti, Directora Comisión de Educación Sexual, ANEP)

Desde el Programa Prioritario de ITS - sida se sostiene que se han implementado programas educativos de prevención con ONGs, con Hombres teniendo Sexo con Hombres (HSH), con población carcelaria, trabajadoras sexuales y transexuales en varias zonas del país, pero su directora señala que han sido proyectos acotados que tienen dificultades de sustentabilidad en el tiempo.

Con respecto a las campañas implementadas por este programa, Osimani señala: *“me resultó corto porque preciso tener una campaña anual que llegue, que calculamos cuesta un millón de dólares para ocupar los espacios televisivos, y yo solo tuve una campaña el año pasado que fue de vía pública que duró un período acotado de un mes y medio o un poco más.” (María Luz Osimani, Directora Programa ITS/sida, MSP)*

Por otra parte, el Programa Nacional de Adolescencia del MSP ha implementado junto con el Programa INFAMILIA (Ministerio de Desarrollo Social) un programa de formación de promotores juveniles de salud, y se han instalado espacios de salud adolescente que cuentan con componentes educativos en salud sexual y reproductiva. No hay un programa específico de prevención de ITS/sida para jóvenes. (Susana Grunbaum, Directora Programa Nacional de Adolescencia, MSP)

Según Susana Grunbaum, Directora del Programa Nacional de Adolescencia del MSP: *“Tenemos planeada la promoción de salud que incluye la educación. Un eje central es la participación. Todas las actividades de promoción de salud, derechos y salud sexual y reproductiva son participativas. El año*

pasado se realizaron actividades con alrededor de 300 chicos. Pero los efectores son los que tienen que seguir generando esto.”

Y agrega: *“Nosotros no podemos tener un programa de prevención de sida, un programa de prevención de accidentes, un programa de prevención del embarazo, del suicidio, de la violencia, no se puede. Nosotros tenemos que tratar de trabajar los distintos temas pero con un mismo programa.”*

Desde las organizaciones de la sociedad civil se informa que en los espacios de salud adolescente del MSP no se trabaja la temática VIH y que el trabajo en salud sexual y reproductiva está centrado en la prevención de embarazo. En este mismo sentido, las organizaciones señalan que los contenidos actuales de aspectos de educación sexual en la enseñanza también suelen estar vinculados a la prevención del embarazo no considerando la sexualidad en su dimensión placentera.

- **Disponibilidad de condones femeninos y masculinos en los servicios de salud, escuelas y asociaciones.**

Desde el año 1996 en los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública y en las policlínicas de la Intendencia Municipal de Montevideo 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, 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. La prestación de métodos anticonceptivos no está incluida en los servicios que brinda el sistema mutual. El Sistema Nacional Integrado de Salud, de próxima implementación, prevé la incorporación de la anticoncepción como prestación prioritaria en todos los servicios de salud de país. (MYSU, 2007)

Desde el MSP se sostiene que hay disponibilidad de preservativos pero se señalan ciertas dificultades en el efectivo acceso a los mismos por parte de la población:

“El Ministerio en el área de DIGESA, y más específicamente el PPITS/Sida – ya que ASSE es la que está implementando su distribución en los Servicios- ha tenido condones para las ONG, para las Direcciones Departamentales de Salud, para las Policlínicas de ITS de todos el país, para las acciones e intervenciones en espectáculos de música, carnaval, etc. en forma abundante, ha empezado a poner algunas máquinas expendedoras con las que hemos tenido dificultad porque hay una sola industria en el país, entonces más bien la dificultad ha sido la propia industria de resolverlo. Hemos incorporado el condón femenino para poblaciones más específicas como las mujeres con VIH, las trabajadoras sexuales y situaciones de violencia doméstica. (...) hemos tenido mucha dificultad porque muchas veces el preservativo ha llegado al país y al Ministerio a través de salud sexual y reproductiva con un enfoque de preservativo como anticonceptivo. Prácticamente todo el sistema de salud lo toma como anticonceptivo exclusivamente, entonces no se distribuye desde una perspectiva de la doble protección, y esa ha sido una batalla permanente nuestra. Nosotros tenemos un grave problema en el interior, queda en los consultorios de planificación familiar, en ginecología, pero no llega a las policlínicas de infecciones de transmisión sexual, o que atienden a personas con VIH o a las trabajadoras sexuales o a los jóvenes en general.” (María Luz Osimani, Directora Programa ITS/sida, MSP)

Estas dificultades tienen que ver con las propias concepciones del personal de la salud: *“...la visión de que el VIH entra dentro de la perspectiva de salud sexual y reproductiva se complejiza en la hora concreta de la prevención y de los insumos, eso es algo que estamos trabajando internamente con el*

Programa de Género y Salud de la Mujer y demás porque realmente estamos teniendo problemas en ese sentido". (María Luz Osimani, Directora Programa ITS/sida, MSP)

Según la Directora del Programa Prioritario de Salud de la Mujer y Género, la compra de preservativos masculinos se realiza a través del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), en el marco de la compra que el Estado uruguayo realiza de insumos en toda la canasta de métodos anticonceptivos. *"El mayor porcentaje de preservativos masculinos son gestionados, una vez adquiridos, por el Programa Prioritario de ITS/sida y nosotros nos quedamos con un porcentaje menor que se destina junto con el resto de los anticonceptivos a las prestaciones en salud sexual y reproductiva"* (Cristina Grela, Directora Programa Prioritario Salud de la Mujer y Género)

En el Departamento de Maldonado se afirma que hay disponibilidad de condones masculinos en todos los centros de salud de forma gratuita y que se entregan en los espacios adolescentes para cualquier persona que lo solicite, no siendo necesario ser usuario de Salud Pública. También se sostiene que está disponible la anticoncepción de emergencia y que es propiciada en los servicios de salud de forma gratuita. (Beatriz Legeard, DIGESA, Maldonado)

En el Departamento de Colonia se informa que se dispone de condones masculinos. No se dispone de condones femeninos ni de lubricantes. (Martha Machado, ASSE, Colonia)

Con respecto a la disponibilidad de anticonceptivos, se relevaron experiencias de las organizaciones que trabajan en la temática. Las organizaciones entienden que la disponibilidad de preservativos es insuficiente y que el acceso de la población es limitado y no responde a criterios claramente establecidos, sobre todo en el interior del país. Incluso se señala que en el interior el acceso a los preservativos se da principalmente a través de las organizaciones de la sociedad civil. (IELSUR, FRANSIDA, Grupo Esperanza y Vida, Compañeros de las Américas, MYSU)

En los centros de salud no se accede en cantidad suficiente a preservativos por parte de las trabajadoras sexuales, quienes reciben tres preservativos por mes en algunos centros de salud. También se señala que las personas VIH reciben doce preservativos para el mes, si concurren al control. (ASEPO)

Por otra parte se informa que en algunos departamentos los preservativos enviados por el MSP de distribución gratuita se venden en prostíbulos y que esta práctica se encuentra incorporada a la realidad departamental (Grupo Esperanza y Vida) Cabe aclarar que en el envoltorio de estos preservativos no está impreso que está prohibida su venta. En este sentido, a partir de las experiencias de la sociedad civil se constata que no hay un control por parte del MSP, sobre los preservativos que envía a los distintos centros de salud del interior del país.

Otro aspecto reiterado por las organizaciones refiere a diversas fallas que han presentado los preservativos masculinos que distribuye el MSP, por lo que se señala la necesidad de un control por parte de este organismo sobre distintos aspectos relativos a la calidad de los mismos. (ICW -Uruguay)

Con respecto al asesoramiento para el uso correcto de los métodos anticonceptivos en los centros de salud, las organizaciones de la sociedad civil señalan que el mismo es insuficiente, que debería ser un asesoramiento permanente con un enfoque que no estuviera exclusivamente centrado en el aspecto anticonceptivo sino basado en una sexualidad placentera y segura. (AMISEU, ICW, IELSUR, ASEPO, MYSU, Red UTRASEXTRASIDA, Grupo Solidaridad)

Las organizaciones tratan de suplir esta carencia realizando asesoramiento para el uso correcto. (ICW, Grupo Esperanza y Vida)

- **Facilidad de obtención y orientación para el uso correcto de los condones de las mujeres, más allá de la franja de edad reproductiva.**

El MSP no distribuye todavía condones femeninos a toda la población. Actualmente se encuentra ejecutando un proyecto piloto de seis meses de duración, que cuenta con 10.000 condones, los cuales se han entregado principalmente a trabajadoras sexuales, mujeres con VIH y víctimas de violencia doméstica. Aún no se ha evaluado el impacto de este programa, pero la misma está prevista dado que cada organización que participa del mismo asumió la responsabilidad de monitorear cómo ha resultado el uso del preservativo femenino para estas poblaciones. Este proyecto cuenta con folletería de orientación elaborada entre el Programa ITS/sida y el Programa de Salud de la Mujer y Género, y realizó una actividad educativa en este tema. Para el año 2008 se proyecta la compra de 20.000 preservativos femeninos y la ampliación de la red de difusión y distribución de los mismos. (María Luz Osimani, Directora Programa ITS/sida, Cristina Grela, Directora Programa Salud de la Mujer y Género, MSP)

Las organizaciones que participaron de esta experiencia informan que el condón femenino es bien recibido por las mujeres, sobre todo en las trabajadoras sexuales, pero que existen dificultades vinculadas a la pauta de distribución que resultó muy estricta dado que sólo permitía la distribución a trabajadoras sexuales, mujeres víctimas de violencia doméstica y mujeres con VIH. (AMISEU, Grupo Esperanza y Vida). Por otra parte, la cantidad de condones que recibían las organizaciones resultó muy reducida. Otra dificultad de este proyecto se vinculó a las resistencias de las mujeres a responder a un formulario aplicado por las organizaciones para reportar al MSP. En muchos casos, las mujeres se negaron a dar información sobre el efectivo uso del condón (AMISEU, Grupo Esperanza y Vida)

Otras experiencias refieren a las dificultades en el uso y adaptación al condón femenino por parte de las mujeres que no lo consideran práctico. (Red uruguaya de PVVS)

Con respecto a los condones masculinos, la mayoría de las organizaciones coinciden en que la población no accede a los mismos con facilidad, sobre todo en el interior del país, en donde se sostiene que muchas veces se obtienen sólo en consultorios de planificación familiar o ginecología, pero no en todos los centros de salud.

Al respecto señala Grunbaum: *“Lo que sé es que en Montevideo aparentemente sí llegaron al centro de salud, ahora después qué pasa, creo que todavía no estamos contentas. Y en el interior es muy heterogéneo, si hay que hacer un promedio es regular, pero hay lugares donde funciona brillante y otros no, entonces termina dependiendo de las personas que estén a cargo de los centros de salud.”* (Susana Grunbaum, Directora Programa Nacional de Adolescencia, MSP)

META 53 | PREVENCIÓN

Indicadores:

- **Alcance, adecuación y efectividad de los programas de salud sexual para jóvenes.**

El Programa Nacional de Adolescencia del MSP, implementa un área de trabajo en conjunto con el Programa INFAMILIA del Mides, compuesto por tres líneas de acción: 1) acompañamiento de madres adolescentes desde el parto hasta un año de vida del bebé; 2) formación de promotores juveniles en salud sexual y reproductiva y 3) apoyo en la implementación de espacios de atención especializada de

salud integral de adolescentes. Esas tres líneas están relacionadas con la salud sexual y reproductiva si bien los espacios de salud son concebidos como espacios de salud integral.

“Son espacios que tienen un área de atención clínica, donde lo que se va a hacer es atender a los chicos por cualquier motivo, pero también implementar el control de salud, de ver la vida de los chicos en distintos aspectos, y allí está incluida la sexualidad y otros aspectos de crecimiento. No está exclusivamente centrado en la salud sexual y reproductiva.” (Susana Grunbaum, Directora Programa Nacional de Adolescencia, MSP)

Hasta ahora funcionan 18 espacios de salud adolescente en el total el país. En Montevideo éstos están ubicados en los centros de salud de Maroñas, Sayago, Cerro, Jardines del Hipódromo, Piedras Blancas, La Cruz de Carrasco, Giordano en Cerrito de la Victoria y está prevista la apertura en Paso Carrasco, Monterrey y Unión.

Con respecto al alcance de estos espacios, se sostiene que si bien el Programa Nacional de Adolescencia es un programa universal, se sabe que acceden a los espacios de salud adolescente los sectores más pobres, que además son los priorizados desde el programa. Estos espacios están instalados en zonas de vulnerabilidad social y su población meta son los jóvenes de 10 a 19 años.

En el año 2005, 50 agentes socioeducativas realizaron acciones de acompañamiento a 1.500 adolescentes madres y padres. Por otra parte, se formaron 180 Promotores jóvenes en salud sexual y reproductiva. En 2004 fueron capacitados 250 técnicos no médicos en “Salud Sexual y Reproductiva con énfasis en la prevención de embarazo en la adolescencia”, con el objetivo de desempeñar las tareas de agentes socioeducativas/os y otras funciones en la atención especializada. Durante los años 2005 y 2006 se replicó la capacitación a 250 médicos de los servicios del MSP. Ambas capacitaciones, con un total de entre 32 y 42 horas curso, fueron implementadas por MYSU y la Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, propuesta ganadora en el llamado a licitación realizado oportunamente por INFAMILIA y MSP. Asimismo, está previsto realizar inversiones en infraestructura para equipar los espacios de atención específica en los centros de salud públicos. (www.infamilia.gub.uy, MYSU)

Con respecto a la evaluación de este programa, su directora sostiene que está conforme con la instalación por primera vez de espacios de salud adolescente. *“Es muy difícil con los mismos recursos sin poner más recursos humanos, sólo con la capacitación se ha logrado que la gente se entusiasme y se ponga a trabajar. Hay algunos centros que funcionan espectacularmente bien porque tienen una fuerza propia por ejemplo Ciudad de la Costa, que funciona todos los días de la mañana a la tarde para adolescentes. Hay equipos que se han unido público y privado. En Maldonado trabajan con un recurso de mutualistas y salud pública. En Cardona (Soriano) funciona con recursos del INAU y BPS y eso es muy bueno pero si eso no se termina de ajustar bien no puede quedar solamente en la motivación de las personas.”* (Susana Grunbaum, Directora Programa Nacional de Adolescencia, MSP)

- **Alcance, adecuación y efectividad de los programas de educación sexual para jóvenes en el sistema educativo formal e informal.**

Hasta ahora no se ha implementado la educación sexual en el sistema educativo formal. En el año 2005, comenzó el proceso de instalación de la Comisión de Educación Sexual en la órbita de ANEP, que elaboró un proyecto llamado “La incorporación de la educación sexual en el sistema educativo formal: una propuesta de trabajo”, que comenzó su implementación en el segundo semestre del año 2007 en escuelas, liceos y UTU.

Cada subsistema de ANEP conformó su propia comisión, y actualmente, en Enseñanza Primaria y Formación docente se elaboraron nuevos programas. *“El desafío es que las propias comisiones vayan incorporando el tema para ir construyendo esto en los distintos programas. Por eso el plazo está vinculado a la propia dinámica de cada subsistema en lo que son sus propias reformas curriculares. Estamos tratando de que se integre de una vez por todas en las propuestas curriculares.”* (Stella Cerrutti, Directora Comisión de Educación Sexual, ANEP)

Con respecto a UTU, en 2006 se realizó su reformulación de sus planes y programas de estudio lo cual permitió la incorporación de lineamientos en educación sexual. Sin embargo, distinta es la situación de Enseñanza Secundaria, la cual había reformulado sus programas en el año 2005 y no contempló la inclusión de la educación sexual, incorporación que ahora resulta de mayor complejidad.

META 54 | PREVENCIÓN

Indicadores:

- **Alcance, calidad y calidez de los servicios para mujeres embarazadas infectadas por el VIH.**

Desde el Programa Nacional de ITS - sida se sostiene que se ofrecen tratamientos eficaces para reducir la transmisión del VIH de madre a hijo. Se logró bajar de un 30% en el año 2000 a un 3% en el año 2004. Se señala que las dificultades para seguir reduciendo esta cifra se centran en la captación temprana de la mujer dado que existe un porcentaje de mujeres que llegan al momento del parto sin tratamiento previo para evitar la transmisión. A su vez en algunas maternidades del interior, no siempre disponen de manera oportuna del test rápido. (María Luz Osimani, Directora Programa ITS/sida, MSP)

Desde el Centro de Referencia Materno-Infantil del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) se sostiene que su objetivo fundamental es reducir la transmisión del VIH de la madre al hijo. *“Fundamentalmente en la administración de ARV a la paciente durante el embarazo y en programar una cesárea antes de que se desarrolle trabajo de parto, hacer medicación intravenosa durante la cesárea y si no se llega a cesárea, durante el parto, hacerle ARV al recién nacido y sugerirle a la madre que no lo amamante y conseguirle leche sustituta”* (Jorge Quián, Centro de Referencia Materno- Infantil de VIH-sida- CHPR-MSP)

Se señala que ese porcentaje del 3% nacional asciende al 10% y más en la población que atiende dicho centro, dado que se trata de mujeres jóvenes, pobres y marginadas del sistema de salud, lo cual hace que haya más niños infectados de lo que se debería. (Jorge Quián, Centro de Referencia Materno- Infantil de VIH-sida- CHPR-MSP)

Las organizaciones de la sociedad civil informan de las grandes diferencias en los servicios para embarazadas VIH de Montevideo y del interior del país. Aquellos servicios que brindan una atención de calidad están concentrados en Montevideo, mientras que en el interior del país no se cuenta con equipos multidisciplinarios para brindar un servicio integral. (Grupo Solidaridad, ICW, ASEPO, Grupo Esperanza y Vida, Compañeros de las Américas, ATRU, Red uruguaya de PVVS)

Por otra parte, se han señalado experiencias de negativas a atender mujeres VIH en hospitales del interior. Otras experiencias dan cuenta de casos de discriminación en el sector privado. (Red

uruguaya de PVVS) Relacionado con este punto, sostienen que no se cuenta con una supervisión adecuada de la calidad de los servicios por parte del MSP. (IELSUR)

Desde agosto de 2007 la organización FRANSIDA dispone de un hogar para mujeres VIH embarazadas en situación de calle.

Desde 2006 la organización Compañeros de las Américas apoya a las mujeres embarazadas VIH que concurren a asistir al Centro de Referencia Materno- Infantil de VIH-sida- del Centro Hospitalario Pereira Rossell del MSP con el viático del transporte.

• **Acceso al tratamiento adecuado para el estado de salud de la mujer embarazada.**

Según nos informa la Dra. Ana Visconti, de la Unidad de Infectología del CHPR, se ofrece el tratamiento adecuado a las mujeres embarazadas *"... existe un decreto que establece que toda mujer embarazada se le debe solicitar la pesquisa para VIH previo consentimiento y de ser positivo ofrecerle el tratamiento. Esto cubre todo el territorio nacional así que supuestamente todas las mujeres embarazadas VIH positivas tienen tratamiento con el objetivo de disminuir la transmisión vertical."*

Desde la Dirección Departamental de Salud de Colonia se informa que las embarazadas con VIH son derivadas a Montevideo. (Jorge Mota, DIGESA, Colonia)

Si bien el tratamiento para la mujer VIH embarazada es accesible en el sector público, la sociedad civil informa que en muchos servicios no se complementa con una contención psico-social adecuada. (Grupo Esperanza y Vida)

Con respecto al sector privado, se presentan dificultades en mujeres que poseen salarios mínimos, que deben atenderse en el sector mutual, pero que no cuentan con ingresos suficientes para costear estos tratamientos. (FRANSIDA)

Desde 1995 ASEPO y desde el año 2003 Compañeros de las Américas, integran el equipo del Centro de Referencia Nacional Materno Infantil de VIH- sida, donde se brinda consejería a las mujeres afectadas por el VIH que concurren a asistir, además se articula la donación para la cédula de identidad (Compañeros de las Américas).

• **Disponibilidad de pruebas de detección.**

Se ejecuta un programa piloto de realización de pruebas de VIH (test rápido) en el primer nivel de atención de las policlínicas de Montevideo.

En el Departamento de Colonia se informa que la disponibilidad de pruebas de detección y tratamiento de VIH tiene variantes según las ciudades e incluso dentro de una misma ciudad. (Jorge Mota, DIGESA, Colonia)

• **Acceso a la detección de sífilis en los servicios de atención a la maternidad.**

El Programa Nacional de ITS - sida señala que uno de sus objetivos es eliminar y/o disminuir la sífilis congénita y esto tiene que ver con la captación temprana de la mujer embarazada, con su empoderamiento en el derecho a la salud y con la prevención en la transmisión vertical.

Se aplica, a través de un programa piloto, el test rápido de detección de VIH y sífilis en el primer nivel de atención en las policlínicas de la Intendencia de Montevideo y de Salud Pública. De esta manera se señala que el Programa ITS/sida y el Programa de Salud de la Mujer y Género unieron la prevención materno-infantil en VIH y en sífilis que funcionaban por separado. Se elaboró un folleto orientado a las mujeres embarazadas sobre la importancia de su cuidado y de la exigencia al sistema de salud del control de VIH y sífilis.

• Acceso a tratamiento de los casos de sífilis identificados durante la gestación.

En el año 2006 se produjo un incremento significativo de la sífilis congénita en Uruguay. Al respecto la Dra Ima León, directora del Hospital de la Mujer (CHPR) sostiene que se aplican las pruebas de detección a todas las embarazadas y que el problema radica durante el control de embarazo donde la sífilis, que es obligatorio controlarla, no fue controlada o no fue tratada. *“Puede ser por muchas causas, que la mujer no volvió a controlarse el embarazo, que el médico cuando volvió no le pidió los exámenes y no vio que había uno positivo.”* (Ima León, Directora Hospital de la Mujer – CHPR-MSP).

En Maldonado también se sostiene que una dificultad grande es el no control o el inadecuado control del embarazo.

• Soporte nutricional para gestantes con VIH.

El Programa INDA, entrega mensualmente un complemento alimentario para la población con VIH, no siendo específico para la mujer embarazada viviendo con VIH. En Montevideo, la distribución se realiza mensualmente y en el Interior, la distribución se realiza cada dos meses, en coordinación con las Intendencias Municipales y/o los Centros de Tratamiento. Para obtener este soporte, se exige pertenecer al grupo de población objetivo, ser asistidos por los servicios públicos de salud (MSP, Policlínicas Municipales, BPS, Sanidad Policial y Militar e INAU) completar una ficha social, presentar fotocopia de cédula de identidad, certificado médico que acredite la patología y que indique además la incapacidad laboral transitoria o permanente, acreditar su situación familiar, a través de la documentación exigida y ser evaluada la situación socio-económica por un licenciado en Trabajo Social.

Las organizaciones de la sociedad civil informan que el acceso a la canasta de alimentos que brinda el INDA es dificultoso debido a los trámites y documentos exigidos. (ASEPO, ICW) Cabe aclarar que para que la persona pueda acceder a la misma, sus ingresos no debe exceder el límite establecido (FRANSIDA) Esta dificultad de acceso se acentúa en el interior. (ASEPO, Grupo Descubrir)

Por otra parte, algunas organizaciones señalan que dicho soporte no se adecua a los requisitos de una dieta balanceada y completa. (ASEPO, ICW, AMISEU, RED UTRSEXTRASIDA)

Al Centro de Referencia Materno Infantil de VIH-sida del CHPR llega el soporte nutricional por medio de donaciones de las organizaciones de la sociedad civil (Compañeros de las Américas)

• Profilaxis anti VIH en el momento del parto.

Existe un protocolo específico sobre parto/cesárea para portadoras de VIH elaborado por el MSP. (Jorge Quián, Centro de Referencia Materno- Infantil de VIH-sida- CHPR-MSP)³

3 MSP (2006) Infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Guías para diagnóstico, tratamiento antiretroviral y monitorización adultos y embarazadas. Montevideo.

En el Hospital de la Mujer se sostiene que el protocolo de atención en caso de embarazada VIH no es tan diferente a otros partos dado que se asume que todos los partos son de riesgo. (Ima León, Directora Hospital de la Mujer – CHPR-MSP).

En Maldonado se sostiene que sí hay profilaxis anti HIV en el momento del parto. (Beatriz Legeard, DIGESA, Maldonado)

El Departamento de Colonia informa que existen estos procedimientos en los partos realizados por parteras diplomadas y/o ginecólogos, pero que no todos los partos son así. (Jorge Motta, DIGESA, Colonia)

- **Alcance, adecuación y efectividad de programas que aseguran sucedáneos de la leche.**

Están disponibles los sucedáneos de la leche materna en los primeros seis meses de vida. Todos los entrevistados sostienen que la población que lo necesita accede sin problemas.

Sin embargo algunas organizaciones sociales del interior del país, señalan que no siempre se accede a la leche sustituta en cantidad suficiente y que ha existido desabastecimiento. También entienden que falta información con respecto a este tema. (Grupo Esperanza y Vida, Grupo Solidaridad)

Las organizaciones informan que en el sub-sector privado las mujeres deben costear este servicio (IELSUR)

META 59 | DERECHOS HUMANOS

- **Alcance, adecuación y efectividad de políticas y programas de gobierno dirigidos a la promoción, garantía y reparación de los derechos de las mujeres**

El Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU, Mides), organismo rector en políticas de género, ha elaborado el Primer Plan de Igualdad de Oportunidades y Derechos (2007-2011), que constituye el marco teórico, conceptual y programático, para la promoción de los derechos de las mujeres. Uno de los ejes priorizados en el accionar de INAMU es la violencia basada en género, y en especial, la violencia doméstica.⁴ Otra de sus líneas de trabajo refiere a la trata y tráfico de mujeres. Se nos informa el eje sobre derechos sexuales y reproductivos, derechos políticos, ciudadanía y promoción de liderazgos y de derechos económicos, son transversales en el trabajo del Instituto.

Se han realizado talleres de capacitación a los operadores en violencia doméstica desde el año 2005, con diferentes organismos y en varios puntos del país. Se encuentran funcionando cuatro servicios propios del Instituto para la atención a la violencia doméstica. Éstos se ubican en Montevideo, Canelones, Cerro Largo y Artigas. No se ha realizado aún una evaluación de estos servicios, dado que han comenzado a funcionar recientemente. Se piensa realizar la evaluación primaria al año de gestión.

4 Con respecto a la **violencia doméstica**, INAMU elaboró el Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica. Para el próximo quinquenio, se propone entre otras cosas capacitar de forma continua a funcionarios/as de los organismos que integran el Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica para la prevención, detección e intervención en situaciones de violencia de género y promover un sistema de información y registro de violencia de género, institucionalizándolo a nivel nacional. Con respecto a la atención, se propone crear servicios de atención a situaciones de violencia doméstica de forma que se facilite y garantice el acceso de las mujeres en todo el territorio nacional, incluyendo la atención a hombres agresores, generar respuestas alternativas para la protección inmediata en situaciones de violencia extrema y unificar criterios de intervención frente a situaciones de violencia doméstica a nivel interinstitucional. A su vez, este plan incluye el fortalecimiento de los Consejos Consultivos Departamentales existentes y su instalación en todo el país y desarrollar campañas de sensibilización contra la violencia doméstica. (Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos)

El INAMU ha realizado en los años 2005 y 2006 campañas nacionales sobre violencia doméstica en los medios de comunicación, y ha elaborado y difundido material gráfico sobre el tema.

Con respecto a los derechos sexuales y reproductivos, una de las acciones más recientes del INAMU es la elaboración de una guía, en conjunto con el Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género del MSP, llamada "Una guía saludable para nosotras". Dicha elaboración conjunta se enmarca en la implementación de dos políticas públicas definidas como prioritarias por el actual gobierno: la reforma de salud hacia un Sistema Nacional Integrado de Salud y el Primer Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos. El objetivo de la guía es 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. Su presentación y lanzamiento se realizó en julio de 2007. Se realizó también un afiche y folleto de acompañamiento en el parto junto con el Programa de Salud de la Mujer y Género del MSP.

- **Vinculación de las políticas dirigidas hacia los derechos de las mujeres con los programas de VIH/sida.**

El INAMU no tiene una política definida en materia de mujeres viviendo con VIH. Sin embargo, se nos informa que se está diseñando un programa de prevención a través de talleres y de los programas que implementa el MSP desde un enfoque de cuidado y promoción de la salud. En este sentido, se informa que se coordinan acciones con el programa prioritario de ITS - sida y de Salud de la Mujer y Género del MSP. (Leticia Benedet, Gabriela Sarasúa, INAMU)

Las organizaciones de la sociedad civil llaman la atención sobre el hecho de que las políticas dirigidas a mujeres viviendo con VIH suelen enfocarse en los aspectos relativos a la maternidad, dejando sin considerar otros aspectos de estas mujeres no vinculados a la función reproductiva. (AMISEU, Grupo Esperanza y Vida, MYSU) Asimismo, la histórica verticalidad de las políticas en VIH - sida y su débil incorporación de un enfoque de género y derechos sexuales y reproductivos, torna más dificultosa el diseño e implementación de políticas sanitarias y sociales que aborden integralmente estas realidades. (MYSU)

En este sentido, se señala que muchas veces a las mujeres embarazadas con VIH no se les ofrece la posibilidad del aborto terapéutico y se les indica automáticamente el tratamiento para prevenir la transmisión vertical, sin considerar que es su derecho decidir sobre la continuidad o no de su embarazo (Red de personas viviendo con VIH, MYSU)

- **Alcance, adecuación y efectividad de políticas, programas y acciones del gobierno dirigidas a la promoción de la responsabilidad masculina en cuestiones de salud sexual y reproductiva.**

En este punto, el INAMU señala que la promoción de la responsabilidad masculina no es un eje que se haya priorizado especialmente ya que la definición política ha sido hasta ahora priorizar a las mujeres. Sin embargo, se sostiene que en cada acción que se implementa se intenta incluir la mirada de mujeres y de varones en la salud sexual y reproductiva y que se propicia el diálogo entre los sexos. En la entrevista realizada, se hace referencia al afiche sobre acompañamiento del parto, en el que se coloca especialmente la figura del varón, para romper con el mandato social de que la maternidad es asunto exclusivo de mujeres. (Leticia Benedet, Gabriela Sarasúa, INAMU)

El Programa Prioritario de Salud de la Mujer y Género cuenta con un Área sobre Condición del Varón y salud de las mujeres, la cual ha realizado un estudio durante el año 2007, sobre el papel de los

varones en el diseño e implementación de estrategias para la prevención y la atención de la violencia basada en el género en el marco de la reforma del sector salud, cuyos resultados fueron presentados en el mes de marzo de 2008. (Programa Prioritario Salud de la Mujer y Género, MSP)⁵

El Área de Condición del Varón del mencionado Programa, tiene entre otros cometidos: *“incorporar en los programas y capacitaciones del sector salud, la necesidad de incorporar una perspectiva de género que aliente cambios sustanciales en las actitudes tradicionales de los varones”*. (Programa Prioritario Salud de la Mujer y Género)

Según las organizaciones sociales, hay un déficit importante en el desarrollo de políticas, programas y acciones sociales y sanitarias que incorporen efectivamente un enfoque de género y masculinidades, y que busquen transformar las relaciones desiguales de poder y su impacto en las decisiones sexuales y reproductivas (MYSU).

- **Alcance, adecuación y efectividad de las políticas y programas de protección de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres más vulnerables.**

El INAMU ha priorizado tres líneas de acción en relación a las mujeres que viven en situación de extrema pobreza beneficiarias del PANES (Programa Nacional de Emergencia Social, Mides). Una línea es la violencia doméstica. Se atienden las consultas de violencia doméstica en los servicios del INAMU que cuentan con un cupo especialmente para recibir, asesorar y atender a la población PANES que sufre de violencia doméstica. Señalan que esto ha sido una prioridad desde el año 2005. Otra línea, se implementa desde la Secretaría de la Mujer Afro descendiente del INAMU y consiste en la realización de talleres sobre identidad étnica y género, dirigidos a mujeres afro descendientes de los distintos sectores sociales, pero a los que acuden fundamentalmente sectores de pobreza. A su vez, dentro de esta secretaría se enfatiza en los derechos de las mujeres en situación de especial vulnerabilidad además de las afro descendientes, como las reclusas y la población en extrema pobreza.

La tercera acción vinculada a las mujeres más vulnerables es el ciclo de talleres “Mujeres descubriendo sus derechos”. Es un proyecto que empezó en el 2005 y se ha reeditado cada año. Está destinado a la población PANES que vive en los refugios. Es una articulación del INAMU con la Universidad de la República a través de la Facultad de Psicología, en la que estudiantes avanzados de esta carrera trabajan desde una perspectiva de género y de derechos, implementando una metodología de talleres con las mujeres que viven en los refugios. El año 2007, inicio la tercera edición del proyecto y está prevista su ampliación al interior del país.

- **Acceso a servicios de reproducción asistida de calidad.**

Uruguay no cuenta con legislación en materia de reproducción asistida. En el Hospital de la Mujer (CHPR) hay un servicio de esterilidad que brinda diagnóstico, atención y tratamiento con medicación a las usuarias de salud pública. No se ofrece tratamiento de fertilización in-vitro. Se realizan tratamientos hormonales pero con un cupo mensual. Según la directora del Hospital, hay más demanda de la que éste puede absorber. No hay programa específico para mujeres con VIH. (Ima León, Directora Hospital de la Mujer – CHPR-MSP).

5 El informe será publicado en el primer semestre de 2008.

META 60 | DERECHOS HUMANOS

Indicadores:

- **Alcance, adecuación y efectividad de las acciones de programas de prevención específica para mujeres jóvenes.**

No se han implementado programas de prevención específicos para mujeres jóvenes. (Susana Grunbaum, Directora Programa Nacional de Adolescencia, MSP)

- **Alcance, adecuación y efectividad de programas de educación formal y no formal que promueven la equidad entre los sexos, considerando aspectos de las masculinidades, la heterofobia, la homofobia y la misoginia.**

Desde ANEP se señala que no existe un programa específico en estos temas. (Stella Cerrutti, Directora Comisión de Educación Sexual, ANEP)

META 61 | DERECHOS HUMANOS

Indicadores:

- **Alcance, adecuación y efectividad de las leyes específicas para prevenir, castigar y reparar el daño en relación a la violencia contra las mujeres.**

En nuestro país rige la Ley 17.514 de Violencia Doméstica desde 2002. A su vez, el artículo 272 del Código Penal declara que el delito de violación se castiga, según los casos, con penitenciaría de dos a doce años.

Con respecto a la reparación del daño en relación a la violencia contra las mujeres, en Montevideo funcionan las Comisarías de la Mujer, así como en departamentos del interior del país. Estas comisarías tienen el cometido de recepcionar las denuncias, dar cuenta al juez, y en algunos casos se ofrece contención. Este último servicio depende de cada dependencia. Según señala Migliónico (Ministerio del Interior) se está elaborando un protocolo de actuación, ya que los criterios varían. Con respecto al personal que trabaja en las mismas, Migliónico sostiene que el mismo es escaso y no suficientemente capacitado. Sumado a esto, en general no se destina al funcionario por su vocación o voluntad de trabajo en esta área, sino que desde el punto de vista institucional se sigue percibiendo el trabajo en estas áreas como un trabajo “de segunda”. (Miguel Migliónico, Asesor Ministerio del Interior)

El Ministerio del Interior ofrece un servicio de atención a las víctimas de la violencia y el delito. El objetivo de esta unidad consiste en brindar asistencia a las víctimas de violencia y a sus familiares respecto al reconocimiento de sus derechos, la contención y reducción del daño provocado. Se busca alcanzar una protección integral para mejorar la calidad de vida de las personas afectadas. El Centro de Atención a las Víctimas de la Violencia y del Delito ofrece, a través de un equipo de profesionales, una asistencia primaria pero entre sus cometidos también se encuentra la difusión, investigación y capacitación, además del desarrollo de políticas de reducción del daño personal y social provocado, mediante un abordaje interdisciplinario de la problemática. (www.minterior.gub.uy)

Con respecto a la adecuación y efectividad de la ley de violencia doméstica, desde el INAMU se nos informa que ha sido una de las preocupaciones centrales del Instituto y que éste tiene una visión crítica en ese sentido, intentando ofrecer respuestas para mejorar la implementación de la ley en la práctica.

“Entendemos que todavía es una ley que hay que explotarla mucho más, que hay que implementarla mucho mejor. Que hay resistencias en este momento del Poder Judicial para implementarla más. Que falta desagregar presupuesto en ese sentido. Cuánto destinan los presupuestos en violencia doméstica. Estamos tratando de construir un registro único de violencia doméstica y en eso hemos colocado el tema en la órbita del MERCOSUR y de la REMM para aprender de las experiencias regionales. Estamos implementando muchas líneas porque todavía es una ley que no se está implementando en profundidad.” (Leticia Benedet, Gabriela Sarasúa, INAMU)

Con respecto a la violencia contra las mujeres, las organizaciones de la sociedad civil entienden que es fundamental considerar esta temática junto con el VIH, dado que son fenómenos altamente relacionados. La intervencionalidad entre ambas pandemias debería ser considerada una prioridad por quienes tienen la responsabilidad de definir políticas públicas. Históricamente, el abordaje de la violencia hacia las mujeres y en particular la violencia doméstica ha estado desvinculado de la problemática del VIH – SIDA y de los procesos de toma de decisiones reproductivas (Grupo Esperanza y Vida, MYSU)

En relación a la normativa vigente en violencia así como en cuestiones de salud sexual y reproductiva, la sociedad civil considera necesaria la priorización política de estas áreas y el desarrollo de planes efectivos para su abordaje. De lo contrario, muchas medidas permanecen en lo discursivo, no pudiendo hacerse efectivo el ejercicio de los derechos, generando descrédito en la población (II Foro Ungass de la sociedad civil)

- **Alcance, adecuación y efectividad de acciones específicas contra la explotación sexual de las niñas.**

No se implementan acciones específicas contra la explotación sexual de las niñas desde el Ministerio del Interior, quien señala que eso es cometido de Instituto Nacional del Niño y del Adolescente (INAU).

“Las iniciativas gubernamentales han venido de distintos lados, han sido fundamentalmente iniciativas de mejora de asistencia, de mecanismos de atención que de prevención. MSP, INAMU, Ministerio del Interior, no sé si son iniciativas para cohibir. La apuesta más grande del ministerio, es la parte de capacitación que se hace junto con INAMU. En atención, prevención, captación del problema.” (Rafael Paternain, Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad, Ministerio del Interior)

- **Cobertura, calidad y calidez de los servicios de atención a mujeres y niñas víctimas de violencia o violación sexual.**

En abril de 2007, se lanzó el “Sistema Integral de Protección a la Infancia y la Adolescencia contra la Violencia”. (SIPIAV) Este sistema 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 y los Ministerios de Desarrollo Social, Salud Pública e Interior, 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.

Dicho sistema desarrollará tres líneas de acción estratégica. En primer lugar, formación y sensibilización sobre el tema: capacitación de operadores, fortalecimiento de redes, campañas de información y sensibilización. En un segundo lugar, evaluación y reorganización de los servicios, articulándolos en un sistema de atención a la violencia, desde un enfoque familiar y comunitario. Por último, revisión permanente del marco legal, a partir de la experiencia, promoviendo su adecuación y actualización. Este acuerdo contará con un Comité Coordinador, integrado por las instituciones firmantes: MIDES; MSP; Ministerio del Interior; ANEP e INAU, y a los que se suman UNICEF y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. (www.presidencia.gub.uy)

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. En el 80% de los casos de abuso sexual, se interrumpió la situación del abuso y también, en una alta proporción, se mejoraron las prácticas de crianza en el caso de maltrato físico. (www.infamilia.gub.uy)

En 27/11/ 2006 se aprueba el decreto presidencial que establece en su artículo primero que *“las instituciones o servicios de salud de cualquier naturaleza, tanto públicos como privados, deberán prestar atención y asistencia a las usuarias, que se encuentren en situación de violencia doméstica”*. El propio decreto incluye el Formulario de Violencia Doméstica que deberá implementarse en los servicios de salud siguiendo las pautas elaboradas por el Programa de Salud de la Mujer y Género y recogidas en el documento del MSP: *“Abordaje a las situaciones de violencia doméstica hacia la mujer. Guía de procedimientos para el primer nivel de atención”* (Dec. Asunto 281 del 27/11/06).

- **Existencia de un sistema público de recolección y divulgación de datos relativos a la violencia contra mujeres y niñas.**

El Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad funciona bajo la órbita el Ministerio del Interior y su objetivo es brindar datos confiables, elaborados mediante una metodología rigurosa respecto al tratamiento de los indicadores, sobre cómo evoluciona la criminalidad y la gestión policial de prevención y represión del delito en nuestro país. Su lanzamiento se realizó en agosto de 2005, y los datos se actualizan trimestralmente. Dicho observatorio sistematiza todas las denuncias, y divulga datos sobre denuncias de violencia doméstica, y delitos sexuales. Sin embargo, tal como señala Rafael Paternain, los datos sobre violencia doméstica que brinda el observatorio son insuficientes dado que este tipo de situaciones están solapadas en otro tipo de delitos. Existe un proyecto de investigación a desarrollarse en el 2007 con el cometido de reconstruir las denuncias escritas en base a treinta delitos para suplir las carencias actuales.

“Hay información informatizada que cargan las seccionales pero es insuficiente, no se pueden cruzar los datos por sexo, o por edad porque aparecen sin información, no se los ingresa bien. (...) Este proyecto permitirá datos más ciertos, de los perfiles, de los tramos de edad, de las víctimas por sexo. Se parte de la hipótesis de que la violencia doméstica a nivel de denuncia es el doble del que hoy se registra.” (Rafael Paternain, Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad, Ministerio del Interior)

No existe un sistema de divulgación de datos sobre violencia contra niñas específicamente. Se sostiene que está contemplado en el mencionado estudio y que se va a disponer de estos datos en el 2008.

- **Alcance, adecuación y efectividad de la Política de Estado para promover los derechos de las mujeres.**

El Instituto Nacional de las Mujeres, ha elaborado el Primer Plan de Igualdad de Oportunidades y Derechos (2007-2011), que constituye el marco teórico, conceptual y programático, para la promoción de los derechos de las mujeres. Uno de los ejes priorizados en el accionar de INAMU es la violencia basada en género, y en particular la violencia doméstica, que es un tema central para el Instituto. Por otro lado, otra línea de acción tiene que ver con la trata y tráfico de mujeres. Se nos informa que se trabaja también con una línea de derechos sexuales y reproductivos, de derechos políticos, ciudadanía y promoción de liderazgos y de derechos económicos.

Se han realizado talleres de capacitación a los operadores en violencia doméstica desde el 2005 con diferentes organismos y en varios puntos del país. Se encuentran funcionando cuatro servicios propios del Instituto de atención a la violencia doméstica. Éstos se ubican en Montevideo, Canelones, Cerro Largo y Artigas. No se ha realizado aún una evaluación de estos servicios dado que han comenzado a funcionar recientemente. Se piensa evaluar al año de gestión.

El INAMU ha realizado en 2005 y 2006 campañas nacionales sobre violencia doméstica en los medios de comunicación, y ha elaborado y difundido material gráfico sobre el tema

Con respecto a los derechos sexuales y reproductivos, una de las acciones más recientes del INAMU es la elaboración de una guía, en conjunto con el Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género del MSP, llamada “Una guía saludable para nosotras”. Dicha elaboración conjunta se enmarca en la implementación de dos políticas públicas definidas como prioritarias por el actual gobierno: la Reforma de Salud hacia un Sistema Nacional Integrado de Salud y el Primer Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos. El objetivo de la guía es 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 a toda mujer a una vida libre de violencia. Su presentación y lanzamiento se realizó en julio de este año. A su vez, se informa que otra acción fundamental ha sido la coordinación con otros actores. Se realizó afiche y folleto de acompañamiento en el parto también junto con el Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género del MSP.

META 62 | REDUCCIÓN DE LA VULNERABILIDAD

Indicadores:

- **Alcance, adecuación y efectividad de programas de apoyo a las mujeres más vulnerables.**
- **Alcance, adecuación y efectividad de políticas afirmativas para la inclusión de las mujeres más vulnerables.**
- **Alcance, adecuación y efectividad de políticas y programas de protección de los derechos humanos de las mujeres más vulnerables.**

El INAMU ha priorizado tres líneas de acción en relación a las mujeres que viven en situación de extrema pobreza beneficiarias del PANES. Una línea es la violencia doméstica. Se atienden las consultas de VD en los servicios del INAMU que cuentan con un cupo especialmente para recibir, asesorar y atender a la población PANES que sufre de violencia doméstica. Señalan que esto ha sido una prioridad desde el 2005.

Otra línea, se implementa desde la Secretaría de la Mujer Afrodescendiente, y consiste en la realización de talleres sobre identidad étnica y género, dirigidos a mujeres afro-descendientes de los distintos sectores sociales pero que como se sabe fundamentalmente abarca a los sectores de pobreza. A su vez, dentro de esta secretaría se enfatiza en los derechos de las mujeres en situación de especial vulnerabilidad además de las afro-descendientes, como las reclusas y la población en extrema pobreza.

La tercera acción vinculada a las mujeres más vulnerables es el ciclo de talleres “Mujeres Descubriendo sus Derechos”. Es un proyecto que empezó en el 2005 y se ha reeditado cada año. Está destinado a la población PANES que vive en los refugios. Es una articulación del INAMU con la Universidad, concretamente con la Facultad de Psicología, en la que estudiantes avanzados de psicología trabajan desde una perspectiva de género y de derechos, bajo la modalidad de talleres en los refugios. Este año es la tercera edición de proyecto en la cual se va a ampliar la implementación al interior del país.

- **Alcance adecuación y efectividad de programas o proyectos productivos (microempresas) para las mujeres más vulnerables.**

El INAMU ha firmado un acuerdo interinstitucional denominado “Doce medidas de Fomento a la Producción Artesanal de Alimentos” en el área metropolitana que intentan promover emprendimientos económicos liderados por mujeres. Se trabaja también en conjunto con REPEM (Red de Educación Popular entre Mujeres) en un concurso nacional de emprendimientos económicos exitosos liderados por mujeres de sectores populares.

- **Alcance, adecuación y efectividad de programas que atiendan las causas y problemas estructurales de la trata de mujeres y niñas, evitando la criminalización y discriminación individual.**

Desde el Ministerio del Interior se informa que no se implementan programas específicos que atiendan las causas y problemas estructurales de la trata de mujeres y niñas. Sostiene Migliónico que es competencia de INAU y de INAMU. Con respecto a las acciones específicas de represión a la trata de mujeres, se nos informa que el Ministerio del Interior coparticipa en actividades que realizan otros organismos del Estado, y naturalmente a través de dependencias y direcciones que tienen competencia en esas problemáticas como INTERPOL, la Junta Nacional de Drogas y a través de Migraciones.

Rafael Paternain sostiene que no se implementa hasta el momento una política definida en materia de trata de mujeres y niñas en el Ministerio del Interior. *“La estructura a veces responde y consigue desbaratar algo, alguna red pero es mas respuesta policial, si bien el tema está en la agenda parece haber poca claridad en términos de una política definida”.* (Rafael Paternain, Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad, Ministerio del Interior)

Desde el INAMU se informa que no hay una línea de acción específica contra la explotación sexual de las niñas en particular. Sí se implementa una política en trata y tráfico de mujeres desde el 2005. Es un programa llamado “Retorno asistido para Migrantes Irregulares”, y funciona en articulación con la Organización Internacional de Migraciones (OIM), para brindar asistencia psicológica de las mujeres que la OIM logra repatriar principalmente de España e Italia. Se trabaja con atención psicológica y reinserción en la comunidad en Montevideo y el interior del país. También integrantes del equipo técnico del INAMU han participado de capacitaciones que la OIM ha desarrollado en el país, para mejorar la respuesta brindada. Se señala también que es un tema que se ha colocado fuertemente en la REM (Reunión Especializada de la Mujer del MERCOSUR). (Leticia Benedet, Gabriela Sarasúa, INAMU)

- Alcance, adecuación y efectividad en la aplicación de acuerdos, convenios y tratados internacionales así como el impulso de las leyes que castiguen la trata de mujeres.⁶
- Alcance, adecuación y efectividad de las acciones de monitoreo por parte del gobierno, con indicadores claros y disponibles y con la participación de la sociedad civil.
- Existencia de decretos y normativas.
- Penalización de la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes.

La Ley 17.815 aprobada en el año 2004 introduce delitos específicos relativos a la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes. Configura el tipo penal que sanciona específicamente al cliente de explotación sexual infantil así como tipos penales en relación a la pornografía con utilización de niños, niñas y adolescentes. Aborda indirectamente el tema de la trata, focalizándose en la etapa del traspaso de fronteras nacionales para la explotación sexual comercial, quedando fuera varias etapas de la trata, como ser la captación, el reclutamiento, el alojamiento, que continúan rigiéndose por la normativa general.

La penalización de todas las formas de explotación sexual de niños, niñas y adolescentes, en tanto conducta que vulnera derechos humanos, ha resultado un paso fundamental para superar vacíos legales del Código Penal que se han interpretado como “tolerantes” a la utilización comercial del cuerpo de los/las adolescentes.

• La trata de mujeres con fines de explotación sexual comercial.

Tal como surge de un estudio reciente en relación a la temática⁷, el contexto regional y nacional de Uruguay lo posicionan como un país vulnerable a la trata de personas con fines de explotación sexual comercial. En diversas investigaciones se ha señalado la existencia de rutas de trata interna e internacional y se han identificado redes de crimen organizado operando en países vecinos.

La pobreza, la discriminación, las estrategias migratorias como respuesta a las crisis económicas, la debilidad fronteriza, el desempleo que afecta en mayor medida a las mujeres, la infantilización de la pobreza, la niñez en situación de calle, el trabajo infantil y los altos índices de violencia y abuso sexual de mujeres, niños y niñas señalan su vulnerabilidad interna.

Es un fenómeno vinculado en mayor medida a la trata de mujeres y adolescentes no siendo posible valorar la magnitud del problema dado que en el país no existen registros oficiales, datos estadísticos, ni investigaciones que permitan conocer esa dimensión del problema. Se han identificado rutas de trata internacional hacia España e Italia, rutas desde Argentina hacia Punta del Este y desde Argentina hacia Brasil pasando por departamentos del país tales como Paysandú, Tacuarembó, Rivera y desde allí hacia San Pablo. En cuanto a la trata interna se identifican rutas de traslado de adolescentes desde zonas de frontera hacia destinos turísticos (Colonia, Costa de Oro, Maldonado, Rocha, zona termal, zonas de turismo rural).

El acceso a la justicia es complejo enfrentándose las víctimas a reacciones estigmatizantes y revictimizantes del sistema, lo que provoca que muchas veces se desista de recurrir a esa vía. La trata de personas no está descripta como tipo penal específico en el Código Penal. Se sancionan penalmente,

6 Esta información fue tomada del Informe País Convención CEDAW, del Instituto Nacional de las Mujeres, 2007.

7 González, D- Tuana, A- Invisibles y Silenciadas. Aportes y Reflexiones sobre la trata con fines de explotación sexual comercial en Uruguay. Pag.77, Montevideo, 2006

algunas etapas y formas de la trata a través de distintas figuras penales. El tipo penal que más se acerca a la definición sobre Trata dada por el Protocolo sobre Trata de Personas, especialmente mujeres y niñas, complementario de la Convención Internacional contra la Delincuencia Organizada Transnacional, es el de «la adquisición, transferencia y comercio de esclavos y reducción de otros hombres a la esclavitud», previsto en el Art. 280 del Código Penal. El Código Penal también tipifica el delito de privación de libertad con el propósito de lucro para utilizar coercitivamente los servicios de la víctima (Art.281 e inc.3 del 282). La ley de proxenetismo N° 8.080, vigente desde 1927, es la que más ha sido utilizada para sancionar los casos de trata de personas con fines de explotación sexual comercial.

La Ley de Seguridad Ciudadana, Ley 16.707 de junio de 1995, agrega un segundo inciso al Art.1 de la Ley 8.080, en el que se incluyen como ilícitos actos que anteriormente se consideraban preparatorios del delito, relacionados con la inducción o promoción de la prostitución de una persona: “el que – con ánimo de lucro- indujere o determinare a otro al ejercicio de la prostitución en el país o en el extranjero.” La última parte de este inciso menciona, expresamente, la posibilidad de que las personas hayan sido movilizadas para la explotación, a través de fronteras, pero este extremo no es considerado una agravante. Es decir, el carácter internacional del delito no incide a los efectos de la sanción aplicable sino que, a través de esta disposición se persigue asegurar la jurisdicción nacional para atrapar conductas en las que la explotación sexual, en sí misma, ocurre fuera del territorio nacional. El Proyecto de Ley de reforma del Código Penal en relación a los delitos sexuales, señalado antes en este informe, aborda temas específicos en relación a la trata y la explotación sexual comercial.

A partir de la situación antes mencionada, el Instituto Nacional de las Mujeres inició acciones conjuntas con la Organización Internacional de Migraciones (OIM) contribuyendo con el desarrollo del Programa: “Retorno asistido para migrantes irregulares” realizando atención clínica y acompañamiento para la reinserción en la comunidad de mujeres que han sido víctimas de situaciones de trata. Asimismo, en el marco de la Reunión Especializada de la Mujer del MERCOSUR (REM), el Instituto Nacional de las Mujeres, junto con el resto de los países miembros impulsó una Campaña de Información y Prevención del Delito de Trata de personas (con apoyo de la OIM).

No existe un sistema de monitoreo sobre trata de mujeres y niñas. Se informa que se realizará un estudio durante el 2007 que permitirá obtener estos datos para el 2008. (Rafael Paternain, Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad, Ministerio del Interior)

META 63 | REDUCCIÓN DE LA VULNERABILIDAD

Indicadores:

- **Alcance, adecuación y efectividad de programas que consideren a las culturas, religiones y contextos culturales en las estrategias de educación.**

Desde la Comisión de Educación Sexual de ANEP se nos informa que se ha intentado asumir una perspectiva multicultural en la formulación de su programa desde un punto de vista ético, basado en el laicismo, en la aceptación de la diversidad, en la tolerancia, la validez de las cosmovisiones y de las distintas situaciones y condiciones. (Stella Cerrutti, Directora Comisión de Educación Sexual, ANEP)

- **Efectividad y cobertura de la implementación de entornos seguros y protegidos para las niñas más vulnerables.**

No se obtuvo información de las instituciones vinculadas y responsables de políticas relativas a este ítem (INFAMILIA-INAU).

- **Acceso a vivienda, educación, alimentación para niñas afectadas por VIH.**

No se obtuvo información de las instituciones vinculadas y responsables de políticas vinculadas a este ítem (INFAMILIA-INAU).

- **Alcance, adecuación y efectividad de las acciones de consejería en salud sexual y reproductiva en los servicios de salud.**

Se nos informa desde el Programa Nacional de ITS – SIDA, que se ha trabajado intensamente durante el año 2006 en las directrices de consejería, dado que era muy escasa en el país. Este trabajo incluyó capacitaciones al personal de salud. (María Luz Osimani, Directora Programa ITS/sida, MSP)

DIGESA de Maldonado informa que la parte más débil es la consejería para que las personas con VIH tengan una buena contención y atención integral en salud sexual y reproductiva. (Beatriz Legeard, DIGESA, Maldonado)

Desde Colonia se informa que el personal de salud no está específicamente capacitado para brindar consejería en VIH y que probablemente no brinde un abordaje integral que trascienda el abordaje en relación a la enfermedad biológica. (Jorge Motta, DIGESA, Colonia)

La mayoría de las organizaciones consultadas entienden que la consejería en salud sexual y reproductiva en los servicios de salud es en general insuficiente, y en muchos casos sin una perspectiva de género (IELSUR, ASEPO, AMISEU, Grupo Solidaridad, ICW, Grupo Esperanza y Vida, MYSU). Asimismo, se sostiene que existen dificultades en los servicios para incorporar la prevención en VIH – SIDA a un marco integral de prevención en salud sexual y reproductiva (MSYU). Por otra parte, las organizaciones sostienen que muchas veces las mujeres desconocen la posibilidad de acceder a la consejería. (FRANSIDA)

A su vez, consideran que es importante que exista un espacio para la consejería entre pares (ICW, ATRU) y que las organizaciones sociales deben participar más en lugares estratégicos (Compañeros de las Américas, Red uruguaya de PVVS).

- **Participación efectiva de jóvenes en el diseño, monitoreo y evaluación de los programas.**

Con respecto al Programa de Educación Sexual, no han participado específicamente jóvenes con VIH. Sí se convocó a participar a los jóvenes del sistema educativo en general. (Stella Cerrutti, Directora Comisión de Educación Sexual, ANEP)

Con respecto al Programa Nacional de Adolescencia, se informa que es una meta que los jóvenes participen, sobre todo en lo que tiene que ver con el ámbito local. Han existido instancias de participación y aportes de jóvenes en la elaboración del programa. (Susana Grunbaum, Directora Programa Nacional de Adolescencia, MSP)

Este programa tiene una línea de acción de formación de promotores juveniles en salud sexual y reproductiva, en el cual se han capacitado cientos de jóvenes.

“Tenemos planteada la promoción de salud que incluye la educación. Un eje central es la participación. Todas las actividades de promoción de salud, derechos y salud sexual y reproductiva son participativas. El año pasado se realizaron actividades con alrededor de 300 chicos. Pero los efectores son los que tienen que seguir generando esto.” (Susana Grunbaum, Directora Programa Nacional de Adolescencia, MSP)

En El Proyecto “Armonización de Políticas Públicas en Educación Sexual, Prevención VIH y Drogas en el ámbito escolar” 2007-09, ha implementado jornadas de elaboración de Proyectos por parte de los /as jóvenes promotores de salud trabajando formados por ONGs, bajo la órbita de INFAMILIA y el Programa Adolescencia; logrando que se implementasen 15 Proyectos- PPITS/Sida y Programa Adolescencia- elaborados, gestionados presupuestalmente y gestionados por jóvenes, orientado a otros jóvenes en todo el país, con asesoramiento de referente adulto de Infamilia y de los Espacios Adolescentes (septiembre- diciembre 2007). Planificándose actividad similar para el 2008. (Maria Luz Osimani, Directora Programa ITS – sida)

META 64 | REDUCCIÓN DE LA VULNERABILIDAD

Indicadores:

- **Alcance y efectividad de las articulaciones desde el gobierno con socios regionales o internacionales para fortalecer los programas y las actividades específicas de atención a la salud sexual y reproductiva para las mujeres más vulnerables.**

El INAMU participa en instancias del MERCOSUR a través de su integración a la Comisión Nacional Asesora de Salud Sexual y Reproductiva⁸. Se prepara en conjunto la realización de un seminario en esta temática. (Leticia Benedet, Gabriela Sarasúa, INAMU)

META 65 | HUÉRFANOS

- **Alcance, adecuación y efectividad de programas específicos de soporte a huérfanos y niños y adolescentes infectados/as y afectados/as por el VIH**

La mayoría de las organizaciones sociales señala que no existe una política definida en materia de huérfanos con VIH o a causa del VIH (ATRU, Compañeros de las Américas, Grupo Esperanza y Vida, ICW, Grupo Descubrir, ASEPO, IELSUR, FRANSIDA) En este sentido, no hay hogares específicos para niños con VIH o huérfanos a causa del VIH, estos niños/as son derivados a los hogares del INAU. La calidad de la atención en estos hogares es variada, dependiendo de la dirección de cada hogar. Algunas organizaciones informan que la mayoría de estos hogares tienen capacidades muy limitadas dado que carecen de personal que brinde atención especializada (AMISEU, FRANSIDA, IELSUR, ICW, Compañeros de las Américas) También se informa sobre casos de discriminación y estigmatización vinculadas al ingreso de niños VIH a los hogares. (ATRU, ASEPO)

⁸ La Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva fue creada en el año 2004 por la Ordenanza N° 147 del 24/03/04. Es un mecanismo de coordinación Estado – sociedad civil, integrado por organismos gubernamentales, no gubernamentales y académicos.

Desde hace un año y medio la organización Compañeros de las Américas lleva adelante un programa de soporte a las niñas y niños VIH positivo huérfanos de ambos padres y otros huérfanos de padre, esto se implementa en el Centro de Referencia Materno Infantil de VIH/sida cito en el CHPR.

Desde la Policlínica de Seguimiento Infantil VIH del CHPR, se nos informa que se está desarrollando un proyecto para huérfanos VIH junto con UNICEF y el Programa ITS SIDA. El proyecto ya está elaborado pero no se ha puesto en marcha porque falta la financiación que se comprometió a proporcionar UNICEF. (Jorge Quián, Centro de Referencia Materno- Infantil de VIH-sida- CHPR-MSP)

- **Calidad de albergues, hogares sustitutos y/o centros de internación del Estado para niños y adolescentes infectados o afectados por el VIH.**

No se obtuvo información de las instituciones responsables (INAU-INFAMILIA)

- **Alcance, adecuación y efectividad de programas educativos para los niños y adolescentes huérfanos y en situación de vulnerabilidad a causa del VIH/sida**

No existen programas educativos específicos dirigidos a niños y adolescentes huérfanos y en situación de vulnerabilidad a causa del VIH/sida ni desde el MSP, ni desde ANEP.

En el Centro de referencia Materno-Infantil VIH del CHPR, se trabaja con jóvenes y niños infectados brindándoles una contención psicológica. Se informa que una de las grandes dificultades es informarles a estos jóvenes y niños sobre la enfermedad que tienen. Todo el trabajo de acompañamiento y contención se realiza en este centro con el equipo de psiquiatría. Esta policlínica lleva atendidos 1118 niños hijos de madres VIH positivas. De los cuales alrededor de 170 están infectados.

Si bien no existe una política coordinada con INAU, el Dr. Quián señala que llegan a la policlínica casos de niños huérfanos o abandonados con VIH desde este instituto. (Jorge Quián, Centro de Referencia Materno- Infantil de VIH-sida- CHPR-MSP)

META 68 | MITIGACIÓN DE LOS EFECTOS SOCIALES Y ECONÓMICOS

- **Disponibilidad de datos o estudios sobre el impacto socioeconómico del VIH sobre las mujeres**

No hay disponibilidad de esos datos.

META 72 | INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO

- **Alcance y calidad de los sistemas de vigilancia de los efectos colaterales de los ARV, desagregado por sexo y género.**

Uno de los objetivos del Programa ITS SIDA es el monitoreo y la evaluación. Se busca generar un sistema informático de pacientes VIH, una base de datos que recoja información de los usuarios del sistema público que viven con VIH. Según señala su directora una misión internacional estuvo en el país para esta instalación, que va a permitir monitorear las dificultades en la adherencia a los tratamientos, cuando no existe consejería, las enfermedades oportunistas, los procesos de

los pacientes, las fallas terapéuticas y las instancias de resistencia. (María Luz Osimani, Directora Programa ITS/sida, MSP)

Se trabajó durante el 2006 para la instalación del test de resistencia y genotipificación, que según señala Osimani *“es algo que implica un mejoramiento en el acceso universal por calidad de atención y que se va a implementar a partir de junio de 2007 luego de una capacitación a médicos y laboratorios sobre esto.”* (María Luz Osimani, Directora Programa ITS/sida, MSP)

Con respecto a la vigilancia de los efectos colaterales, señala que *“el programa tiene una comisión de consenso nombrada por la ministra con técnicos del sector público y privado de laboratorio, infectólogos y pediatras, que son quienes acompañan todo este proceso, ahora también con los test de resistencia, fueron capacitados, y parte de ellos conforma el comité técnico para evaluar el proceso de tratamiento de los pacientes. Cualquier médico ve al paciente, eleva las indicaciones sobre el ingreso al tratamiento o de posibilidad de tener asistencia y se discute en este comité y son quienes monitorean como está la situación, pero lo que está faltando es el registro único de pacientes que es lo que nosotros pensamos poder llegar a implementar en el 2007.”* (María Luz Osimani, Directora Programa ITS/sida, MSP)

El Dr. Quián señala que la policlínica de niños VIH del CHPR se ha investigado profundamente la historia del VIH en el cuerpo femenino. Señala que no hay nada orgánico oficial para este tipo de investigaciones, pero que en la policlínica han investigado y publicado en el tema. Sin embargo, sostiene que la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, no se ha preocupado por este tema. (Jorge Quián, Centro de Referencia Materno- Infantil de VIH-sida- CHPR-MSP)

- **Adecuación de las respuestas de los proveedores de servicios de salud a los efectos de la resistencia y efectos secundarios de los ARV en mujeres.**

Las organizaciones informan que no se brinda la información adecuada sobre los efectos secundarios y la toxicidad de los medicamentos ni la consejería para adherencia a los mismos.

Señalan que se está implementando un instructivo a llenar por la persona o por el médico sobre los efectos adversos.

En este apartado, se identifican las principales fortalezas y deficiencias en la articulación de las estrategias en salud sexual y reproductiva y VIH – sida, desde una perspectiva de género, tanto para la prevención de la epidemia como para la promoción de la salud sexual y reproductiva de las mujeres viviendo con VIH – sida. Se optó por jerarquizar aquellas que se muestran con mayor claridad a partir de los resultados del monitoreo realizado.

Finalmente, se proponen un conjunto de recomendaciones tendientes a profundizar las fortalezas y revertir las brechas identificadas.

Fortalezas

1. Existencia a nivel nacional de un Programa Prioritario en Salud de la Mujer y Género, que incluye el componente de salud sexual y reproductiva y un Programa Prioritario ITS – sida, ambos ubicados en la órbita de la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública. Estos tienen entre sus principales cometidos la elaboración de los lineamientos de la política pública, el control de su implementación en los servicios de salud del sistema nacional, la elaboración de normativas y el desarrollo de estrategias de promoción en salud.
2. Existencia del Instituto Nacional de las Mujeres (Ministerio de Desarrollo Social) como organismo rector de las políticas de género y hacia las mujeres. El Instituto ha elaborado e implementa el Primer Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos (2007 – 2010), incluyendo acciones hacia la política integral en salud sexual y reproductiva.
3. Existencia de normativas y guías clínicas en distintas dimensiones de la salud sexual y reproductiva (anticoncepción reversible, atención de embarazo, parto y puerperio, prevención de aborto provocado en condiciones de riesgo y atención de sus complicaciones, protocolo de diagnóstico de violencia doméstica en los servicios de salud) y en VIH – sida (diagnóstico, tratamiento antiretroviral y monitorización de adultos y mujeres embarazadas, obligatoriedad serológica en mujeres embarazadas, test rápido, profilaxis y tratamiento de VIH en niños).
4. Creación por ley del sistema nacional integrado de salud (SNIS) con criterios de universalidad, accesibilidad y equidad incluyendo un cambio en el modelo de atención, gestión y financiación del sistema acorde a estos principios.
5. Existencia de prestaciones de diagnóstico, atención y tratamiento antiretroviral gratuito a personas viviendo con VIH – sida en los servicios públicos y por normativa ministerial obligatoriedad de brindar la misma en el sector privado, en el marco de la disponibilidad de medicación en el vademécum ministerial.
6. Existencia de mecanismos interinstitucionales de diálogo Estado – sociedad civil en salud sexual y reproductiva (Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva) y en VIH – sida (Mecanismo coordinador país de lucha contra el sida – MCP – y en proceso de conformación de la Comisión Nacional de Sida – CONASIDA). Ambos mecanismos, ubicados en la órbita del MSP, se encuentran en funcionamiento, el primero desde el año 2004 y el segundo desde el año 2005.

7. Existencia de una política para la incorporación de la educación sexual en la enseñanza oficial, mediante la creación de la Comisión de Educación Sexual ubicada en la Administración Nacional de Educación Pública, desde el año 2005.
8. Existencia de diversas organizaciones de la sociedad civil (grupos, redes, ONGs) con un trabajo acumulado en promoción de derechos, prevención, orientación y asesoramiento e incidencia política en VIH – sida, diversidad sexual, género y salud sexual y reproductiva, muchas de las cuales participan activamente en los mecanismos interinstitucionales ya mencionados.

Debilidades

1. Debilidad de las políticas y servicios tendientes a la reducción de la feminización de la epidemia y los requerimientos en salud sexual y reproductiva, más allá de los avances registrados en la prevención y reducción de la transmisión vertical de las ITS, en la ampliación de cobertura de métodos anticonceptivos y en la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.
2. No se conocen los montos destinados del presupuesto nacional para las estrategias de prevención y atención en VIH – sida y salud sexual y reproductiva, así como los fondos aportados por la cooperación internacional, lo cual dificulta el monitoreo y control ciudadano de la gestión pública.
3. Las campañas públicas en salud sexual y reproductiva y VIH – sida no tienen la continuidad y alcance que se requiere para tener un impacto sustantivo y sostenido en el cambio de comportamientos y actitudes hacia el ejercicio de una sexualidad placentera y responsable, así como para la prevención, el auto-cuidado y la no discriminación.
4. Dificultades para el acceso a prestaciones en salud sexual y reproductiva y VIH – sida en los departamentos del interior del país, observándose notorias diferencias con la realidad de la capital, Montevideo.
5. Lógicas programáticas ministeriales que se traducen en la falta de integración, articulación y coordinación de las acciones que desarrollan los Programas Prioritarios directamente involucrados, restando posibilidades para la optimización e impacto de los resultados.
6. Débil inter vinculación entre el Programa Prioritario de ITS - sida y el Instituto Nacional de las Mujeres, no favoreciendo la potenciación y sinergia entre las acciones que llevan adelante ambas instancias para incidir en la población objetivo.
7. Falta de continuidad y permanencia de estrategias de prevención y atención integral dirigidas específicamente a mujeres viviendo con VIH, a privadas de libertad, a trabajadoras sexuales, a usuarias de drogas inyectables y a todas aquellas que están en condiciones de vulnerabilidad y/o “sobre-discriminadas” por causas vinculadas a orientación sexual, etnia raza, edad, discapacidad y religión.

8. Ausencia de políticas de protección integral a los derechos de niñas y niños viviendo con VIH y de niños y niñas huérfanos de padres fallecidos por Sida.
9. Ausencia de una agenda de investigación en VIH – sida y salud sexual y reproductiva, que contribuya en el diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas y que permita contar con información continua y actualizada en distintos tópicos de la agenda.
10. Predominio de una concepción restringida de la participación de las organizaciones de la sociedad civil, las cuales son visualizadas - las más de las veces - como implementadoras de programas gubernamentales y no en sus roles de incidencia política, control ciudadano, monitoreo y seguimiento, elaboración de insumos y propuestas para la definición y evaluación de políticas y generación de conocimientos sistematizados.

Recomendaciones

1. Desarrollar políticas nacionales que incluyan acciones coordinadas en salud de las mujeres, salud sexual y reproductiva y VIH – sida, que superen los enfoques verticales y fortalezcan la integralidad de los abordajes.
2. Garantizar prestaciones de observancia obligatoria en salud sexual y reproductiva y VIH – sida, en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), que avancen sobre las previamente existentes en los servicios públicos de salud y que garanticen cobertura y atención universal, integral y de calidad en estas áreas, con especial énfasis en mujeres, jóvenes, niños/as y personas viviendo con VIH.
3. Desarrollar campañas sostenidas, de interés público y de carácter inter-institucional en VIH – sida y salud sexual y reproductiva y que busquen potenciar los distintos recursos institucionales existentes para tales efectos.
4. Generar mecanismos para la actualización profesional y capacitación en servicio de los equipos de salud, que fortalezca la implementación de los lineamientos programáticos en salud sexual y reproductiva, género y VIH – sida, en el nuevo modelo de atención que promueve el SNIS.
5. Promover la incorporación de la salud sexual y reproductiva y el VIH – sida, con una perspectiva de género y derechos, en la formación de grado y postgrado de los profesionales de la salud.
6. Incorporar en la Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva al Programa Prioritario ITS – sida (MSP), a la Comisión de Educación Sexual (ANEP) y al Programa Prioritario de Adolescencia (MSP).
7. Incorporar en el Mecanismo Coordinador País de Lucha contra el Sida y futura CONASIDA, al Instituto Nacional de las Mujeres (Mides), al Programa Prioritario de Salud de la Mujer y Género y Programa Prioritario de Adolescencia (MSP).

8. Asignar recursos claramente identificados en el presupuesto nacional para los programas prioritarios directamente involucrados y sus políticas de promoción, prevención, atención y tratamiento.
9. Fortalecer la capacidad de incidencia de las organizaciones sociales para una participación calificada y reconocida en la definición, implementación, evaluación, monitoreo y seguimiento de las políticas públicas en VIH – sida y salud sexual y reproductiva.
10. Desarrollar políticas integrales hacia los derechos de niños y niñas afectadas por el VIH – sida, en el marco del pleno cumplimiento de la Convención de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia.
11. Fomentar el desarrollo de una agenda nacional de investigación en VIH – sida y salud sexual y reproductiva con perspectiva de género, derechos y equidad.

ANEXO 1. Listado de personas entrevistadas e instituciones

Nombre	Cargo	Institución	Período
Rafael Paternain	Director	Ministerio del Interior - Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad	2005-2010
Miguel Migliónico	Asesor	Ministerio del Interior – Asesor de la Ministra	2005-2010
María Luz Osimani	Directora	Directora del Programa Nacional de ITS sida - MSP	2005-2010
Ima León	Directora	Directora Hospital de la Mujer – CHPR-MSP	2005-2010
Raquel Rosa	Directora	Unidad de Epidemiología - MSP	2005-2010
Susana Gumbaun	Directora	Encargada Programa Adolescencia - MSP	2005-2010
Miguel Fernández Galeano	Sub- secretario	Ministerio de Salud Pública	2005-2010
Jorge Quián	Director	Centro de Referencia Materno- Infantil de VIH-sida- CHPR-MSP	2005 - 2010
Leticia Benedet y Gabriela Sarasúa	Equipo técnico	Instituto Nacional de las Mujeres – MIDES	2005 - --
Stella Cerrutti	Directora	Comisión Educación Sexual - CODICEN	2005 - 2010
Ana Visconti	Equipo técnico	Unidad de Infectología - CHPR	---
Cristina Grela	Directora	Programa de Salud de la Mujer y Género. MSP	2005 - 2010
Interior			
Beatriz Legeard	Directora	DIGESA – Maldonado	2005-2010
Mary Claire Millán	Directora	Oficina de las Mujeres - Intendencia Municipal Maldonado	2005-2010
Yeti González	Directora	División Salud – Intendencia Municipal de Maldonado	2005-2010
Martha Machado	Responsable	ASSE – Colonia	2005-2010
Jorge Motta	Director	DIGESA – Colonia	2005-2010
Teresa Di Pólito, Carmen Guedes	Directora y equipo técnico	División Salud – Intendencia Municipal de Colonia	2005-2010

ANEXO 2. Listado de organizaciones participantes del I y II Foro UNGASS de la sociedad civil.

I FORO - marzo de 2007

ALPCSE – Asociación de Lucha y Prevención del Sida en el Este
 AMEPU – Asociación de Meretrices y Prostitutas del Uruguay
 AMISEU – Asociación de Minorías Sexuales del Uruguay
 ASEPO – Asociación de Ayuda al Sero Positivo
 ATRU – Asociación de Travestis del Uruguay
 CASA DE LA MUJER DE LA UNIÓN
 CIEI-SU – Centro de Investigación y Estudios Intersexuales del Uruguay
 COMPAÑEROS DE LAS AMÉRICAS
 CUPO – Coordinadora Uruguaya de Personas Sero Positivas
 ESPERANZA Y VIDA
 FRANSIDA
 GRUPO MELO
 GRUPO SOLIDARIDAD
 HOGAR SAN ESTEBAN
 ICW /Uruguay - Comunidad Internacional de Mujeres viviendo con VIH
 IELSUR – Instituto de Estudios Legales y Sociales del Uruguay
 INICIATIVA LATINOAMERICANA
 MYSU – Mujer y Salud en Uruguay
 REDLA+
 SEXUR – Instituto de Formación Sexológica Integral
 UNICEM – Unidad de Investigación Clínica y Epidemiológica Montevideo

II FORO – febrero de 2008

AMISEU – Asociación de Minorías Sexuales del Uruguay
 ASEPO – Asociación de Ayuda al Sero Positivo
 ATRU – Asociación de Travestis del Uruguay
 CIEI-SU – Centro de Investigación y Estudios Intersexuales del Uruguay
 ESPERANZA Y VIDA
 FRANSIDA
 GRUPO DESCUBRIR
 GRUPO MELO
 GRUPO SOLIDARIDAD
 ICW / Uruguay – Comunidad Internacional de Mujeres viviendo con VIH.
 IELSUR – Instituto de Estudios Legales y Sociales del Uruguay
 MYSU - Mujer y Salud en Uruguay
 RED URUGUAYA DE PERSONAS CON VIH
 REDUTRASEXTRASIDA – Red Uruguaya de Trabajadoras/es Sexuales trabajando en sida
 TENDIENDO PUENTES

ANEXO 3. Organizaciones que respondieron el formulario para el monitoreo

Montevideo	
Nombre	Organización
Pablo Nalerio	AMISEU
César dos Santos – Fabrizio Rodríguez	ASEPO
Gloria Alvez	ATRU
Liset Collazo	Compañeros de las Américas
Stella Domínguez	FRANSIDA
Anahí Chittara	ICW
María de los Ángeles Salgado	IELSUR
Laura Pérez Otonello	Red uruguaya PVVS
Yoli Rivarola	REDUTRASEXTRASIDA
Alejandra López – Lilián Abracinskas	MYSU
Interior	
Nombre	Organización
Omar Presa	Grupo Descubrir (Rivera)
Marisol Alves Serra	Grupo Esperanza y Vida (Artigas)
Enrique Cruz	Grupo Solidaridad (Maldonado)

Fuentes consultadas

CNS Mujeres MYSU (2006) Uruguay y las políticas en salud sexual y reproductiva. Montevideo.

González, D- Tuana, A- (2006) Invisibles y Silenciadas. Aportes y Reflexiones sobre la trata con fines de explotación sexual comercial en Uruguay. Montevideo.

INAMU - Mides (2007) Primer Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos. Montevideo.

INAMU -Mides (2007) Informe País Convención CEDAW. Montevideo (xerox)

INE (2007) Uruguay en cifras.

INE-INAMU (2006) Estadísticas de Género 2001-2005 (xerox)

López Gómez A. et al (2003) Del enfoque materno infantil al enfoque en salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas en Uruguay. C.L En Salud Reproductiva, Sexualidad y Género. Facultad de Psicología / UdelAR. Montevideo.

López Gómez, A. (2004) Génesis y desarrollo de las políticas de salud sexual y reproductiva en Uruguay. Desafíos para el por-venir. Ponencia realizada en el Curso Adaptándose al Cambio. Reformas de salud y salud sexual y reproductiva. Banco Mundial, Population Council, Fundación Mexicana para la Salud. Mérida. (xerox)

MSP (2007) Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. Montevideo.

MSP (2008) Informe Epidemiológico VIH/sida. (xerox)

MSP (2008) Informe de la Comisión de Monitoreo y Reducción de muerte de mujeres por embarazo, parto, puerperio, cesárea y aborto. Montevideo.

MYSU (2007) Cuadernos de Divulgación sobre Derechos sexuales y reproductivos. Época 1 – N° 2 Anticoncepción. Montevideo

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

UNFPA, IMM, MSP, MYSU, UDELAR, INE, PNUD (2004) Primer informe de investigación. Proyecto Género y Generaciones. Reproducción biológica y social de la población uruguaya. Montevideo (xerox)

Sitios Web

Programa Infancia y Familia en Riesgo (Mides) - www.infamilia.gub.uy

Ministerio de Salud Pública - www.msp.gub.uy

Ministerio del Interior - www.minterior.gub.uy

Presidencia de la República - www.presidencia.gub.uy



COORDINACIÓN NACIONAL



COORDINACIÓN INTERNACIONAL



AUSPICIO



APOYO



Centro Internacional de Cooperación
Técnica emHIV/AIDS



META

Monitorear el cumplimiento de las metas de UNGASS SIDA por el gobierno y fortalecer la respuesta de las organizaciones sociales de los países frente las cuestiones de salud sexual y reproductiva de la Declaración de Compromiso.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Ampliar el conocimiento sobre UNGASS relacionado con cuestiones de salud sexual y reproductiva en cada país;

Expandir la participación de la sociedad civil organizada en el monitoreo internacional de políticas públicas;

Fortalecer la cuestión del SIDA en la agenda del movimiento de mujeres y los temas de ss&r en la agenda del movimiento SIDA.