



## MONITOREO VIH Y VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

Situación de las dos pandemias en  
ARGENTINA, BRASIL, COLOMBIA,  
PERÚ y URUGUAY

### Informe Uruguay

Inclusión de la Violencia Contra las Mujeres en la respuesta al SIDA a nivel nacional y la implementación de la Agenda de ONUSIDA para la Acción Acelerada de los países para abordar la problemática de las mujeres, las niñas, la igualdad de género y el VIH.

**mYSU** MUJER Y SALUD  
EN URUGUAY

**Women WON'T wait**  
End HIV & Violence Against Women. NOW.

Coordinación regional  
del proyecto:



Con el apoyo de:



MYSU –Mujer Y Salud en Uruguay (2015) INFORME URUGUAY– Inclusión de la Violencia Contra las Mujeres en la respuesta al SIDA a nivel nacional y la implementación de la Agenda de ONUSIDA para la Acción Acelerada de los países para abordar la problemática de las mujeres, las niñas, la igualdad de género y el VIH. Proyecto regional coordinado por Gestos (Brasil). Informe Uruguay Abracinskas, L; Casanova, M.; Puyol, S. (compiladores) – Edición MYSU, Montevideo, 2015.

ISBN 978-9974-8080-5-8 (tramitar)

1. Derechos sexuales y reproductivos 2. Violencia contra las mujeres  
3. VIH/sida 4. Salud

## **mysu** MUJER Y SALUD EN URUGUAY

Salto 1267 – 11200 Montevideo – Uruguay

(598) 24103981 / 24104619

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

Coordinación del proyecto en Uruguay: Lilián Abracinskas

Elaboración del informe: María Eugenia Casanova, Santiago Puyol y Lilián Abracinskas

Asistencia de edición: Fiorella Duhalde

Diseño de la publicación: María Elena Fernández

Esta publicación ha sido realizada en el marco de las actividades de la Coalición y Campaña "Las Mujeres NO Esperamos. Acabemos la Violencia contra las Mujeres y el VIH/SIDA. YA!", con el apoyo de ONU Mujeres. El proyecto "Inclusión de la violencia contra las mujeres en la respuesta frente al VIH/Sida" con el objetivo central de analizar la incorporación de la VCM en los servicios y programas nacionales de VIH en 5 países de la región de América Latina: Argentina, Brasil, Colombia, Perú y Uruguay. El proyecto es coordinado por GESTOS (Brasil), y llevado a cabo por organizaciones socias de la Campaña WWW en cada país (FEIM, Fundación María Fortaleza, Centro Flora Tristán y MYSU, respectivamente).

El análisis, las afirmaciones y conclusiones contenidas en esta publicación no reflejan necesariamente las opiniones de las agencias que apoyaron esta iniciativa.

Se autoriza la reproducción parcial de este informe siempre y cuando se cite la fuente.

©MYSU, 2015.

# Índice

<b>Introducción</b> .....	<b>5</b>	<b>Características de los servicios y programas de atención a VIH y VCM</b> .....	<b>30</b>
<b>Uruguay – principales características</b> .....	<b>8</b>	Servicios de Prueba, Tratamiento, Cuidado y Apoyo de VIH .....	30
Datos geopolíticos .....	8	Situación general de los servicios .....	30
Datos demográficos .....	8	Confidencialidad y privacidad .....	31
Aspectos en salud .....	9	Obligatoriedad del test de VIH .....	32
<b>Panorama de la epidemia del VIH en Uruguay</b> .....	<b>11</b>	Disponibilidad de los test .....	33
Perfil de la epidemia .....	11	Atención a mujeres con VIH/SIDA .....	33
Perfil generacional y territorialidad de la epidemia .....	13	Prestaciones sociales para PVVS .....	35
Poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad .....	14	Servicios dedicados a la atención de víctimas de VCM .....	35
Vías de transmisión .....	14	Situación general de los servicios .....	35
Tratamiento ARV .....	15	Capacitación del personal .....	38
Legislación nacional vigente en materia de VIH/SIDA .....	16	<b>Inclusión de organizaciones y redes de mujeres en procesos de toma de decisiones en torno a VIH y VCM</b> .....	<b>40</b>
Estudios nacionales en materia de VIH/SIDA .....	17	<b>Fortalezas y avances en materia de integración de las pandemias</b> .....	<b>42</b>
<b>Panorama de la violencia contra las mujeres en el país</b> .....	<b>18</b>	<b>Debilidades y desafíos en materia de integración de las pandemias</b> .....	<b>43</b>
Estado de situación de la VCM en Uruguay .....	18	<b>Recomendaciones para el avance en materia de integración de las pandemias</b> .....	<b>45</b>
Perfil generacional de la epidemia .....	18	<b>Bibliografía</b> .....	<b>48</b>
Territorialidad de la epidemia .....	19	<b>Glosario de términos</b> .....	<b>50</b>
Perfil socioeconómico de la epidemia .....	20		
Tipos de violencia .....	21		
Perfil del agresor .....	22		
Impacto físico y emocional de la VCM .....	23		
Otras estadísticas relevantes .....	23		
Sistema de vigilancia de VCM en el país .....	25		
Legislación vigente en materia de VCM .....	26		
Estudios nacionales sobre VCM .....	27		
<b>Vínculo entre ambas pandemias</b> .....	<b>29</b>		



# Introducción

Esta publicación contiene la información relevada en Uruguay sobre el estado de situación de la violencia contra las mujeres, de la epidemia de VIH y su impacto en las mujeres y la vinculación de las políticas públicas, servicios y estudios realizados en el país, para dar respuesta a ambas pandemias.

Es una de las actividades realizadas por MYSU, en el marco del proyecto *"Incorporación de la violencia contra las mujeres en las respuestas nacionales al VIH"* llevado adelante por la coalición y campaña **"Las Mujeres no Esperamos" (Women Won't Wait - WWW)**, con el apoyo de ONUMujeres. El proyecto coordinado por la organización **Gestos de Brasil** se llevó adelante entre mediados de 2014 y comienzo del 2015 en 5 países de la región de América Latina: **Argentina, Brasil, Colombia, Perú y Uruguay**; y fue implementado por las organizaciones socias de la Campaña WWW en cada país: **FEIM, Gestos, Fundación María Fortaleza, Centro Flora Tristán y MYSU**, respectivamente.

La violencia contra las mujeres y las desigualdades de género colocan a las mujeres y niñas en un contexto de mayor vulnerabilidad a la epidemia de VIH, incidiendo tanto en la exposición a contraer el virus como en el acceso a la atención y tratamiento en caso de haberlo contraído. En el año 2010 ONUSIDA presentó *"La Agenda para la acción acelerada de los países para abordar la problemática de las mujeres, las niñas, la igualdad de género y el VIH"*, un plan de acción concreto para ser llevado a cabo por los gobiernos con la finalidad de incorporar la problemática de género así como la violencia contra las mujeres en los planes nacionales de respuesta al VIH.

El monitoreo sobre el grado de cumplimiento de los acuerdos que los países de la región han asumido en este campo, es una herramienta fundamental para las acciones de incidencia de las organizaciones sociales con el propósito de aportar en la erradicación de las causas que generan ambas pandemias. El impacto de la violencia de género y su inter-vinculación con la situación de las mujeres que viven con VIH constituye una señal de alarma que debe ser tenida mucho más en cuenta en los esfuerzos que se realizan a nivel nacional y regional. Atender y combatir ambas pandemias es una demanda que las organizaciones sociales, trabajando en el campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, realizamos de forma cada vez más intensa y articulada. El relevamiento realizado en estos cinco países aporta elementos importantes para visualizar los avances, las debilidades y los pendientes en las respuestas a las

problemáticas del VIH y de la VCM. Particularmente, se indagó sobre los niveles de integralidad en el diseño e implementación de las políticas públicas y los de participación, intersectorialidad y financiamiento destinados para su abordaje.

La verticalidad de los programas y los servicios diseñados e implementados como compartimientos estancos según áreas de especialización (VIH-Sida; Salud Sexual y Reproductiva, Violencia, etc.) deberían ser sustituidos por una modalidad articulada de intervención que esté transversalizada por la equidad de género y que tenga la igualdad de oportunidades como meta fundamental para el ejercicio de los derechos. Las diversas situaciones de desigualdad que padecen las mujeres en las diferentes áreas de la vida en nuestras sociedades, deben ser analizadas y abordadas desde un enfoque integral que dé cuenta de la compleja trama que se urde y hace carne en las biografías particulares, produciendo un abanico variado de padeceres (MYSU, 2009). La situación encontrada por los estudios realizados en estos cinco países, demuestra que no deben ceder los esfuerzos porque los avances en este campo son débiles y la realidad da cuenta de situaciones de profunda injusticia sobre las mujeres impactadas por ambas pandemias. Por lo tanto, en el momento que en el contexto internacional se debaten las prioridades para el post-2015, deberían priorizarse los recursos humanos, técnicos y financieros suficientes para abordar ambas pandemias de forma mucho más integral y basada en el respeto y reconocimiento de los derechos humanos.

En todos los países estudiados resalta la necesidad de innovar y desarrollar políticas, programas, servicios e investigaciones que profundicen y aborden la intersección entre los grados de autonomía y libertad alcanzados por las mujeres, la prevalencia de la violencia basada en la opresión por razones de género y la incidencia de la trasmisión del VIH, en tanto caras diversas de una misma realidad. De lo contrario será difícil avanzar y modificar las condiciones de vida de importantes sectores de mujeres, adolescentes, niñas y niños afectados por la superposición de las distintas pandemias, con la correspondiente vulneración de sus derechos.

En Uruguay, el relevamiento de leyes, políticas, programas y servicios coincide con las diversas voces consultadas las que indican que se han hecho esfuerzos para atender cada una de estas problemáticas pero con muy bajos niveles de integralidad y abordaje integral.

## El proceso uruguayo de aplicación de la guía y elaboración del informe.

La implementación de la Guía permitió dar continuidad a los estudios iniciados en el año 2008 sobre las "Dos caras de una misma realidad: violencia contra las mujeres y feminización del VIH/sida en el MERCOSUR"<sup>1</sup>. En dicha oportunidad se encuestó para nuestro país a 100 mujeres viviendo con VIH/sida, mayores de 18 años que recibían asistencia en el Instituto de Higiene de la ciudad de Montevideo. Se trató del primer estudio exploratorio disponible en el país que vinculó la violencia en mujeres con VIH con el propósito de aportar información y centrar la atención sobre su impacto en la vida, el bienestar y los derechos de las mujeres.

En estos años transcurridos, Uruguay procesó cambios importantes en los marcos normativos de reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos. Lleva adelante una reforma del Sistema Nacional Integrado de Salud que se propone sea universal, basado en la promoción y prevención, con servicios de calidad, integrales descentralizados y con fuerte promoción del primer nivel de atención. Desde el 2010, los servicios de salud sexual y reproductiva forman parte de las medidas prestacionales obligatorias tanto para las instituciones públicas como privadas integradas al Sistema. En este contexto fue importante volver a fijar la atención en las respuestas a la situación de violencia contra las mujeres y a las el VIH. MYSU realiza el seguimiento de las políticas en salud sexual y reproductiva desde su programa Observatorio nacional y, por lo tanto, este tipo de estudios en articulación con otras organizaciones de la región con iguales cometidos, fortalece el proceso de generación de conocimiento para la promoción de políticas informadas y basadas en evidencia. Fue, por lo tanto, muy importante participar del proyecto regional y aplicar una metodología de trabajo en común que permitió conocer el estado de situación de cada país pero también visualizar situaciones comparables, elaborar propuestas comunes y ensayar estrategias compartibles.

Para cumplir con la aplicación de la "Guía para Monitorear la inclusión de la VCM en la respuesta al SIDA a nivel nacional", en la primera fase se convocó a participar de un taller de presentación y análisis, a organizaciones uruguayas trabajando en VIH y VCM. En dicha instancia realizada el 3 de octubre de 2014 en el local de MYSU asistieron representantes de organizaciones de trabajadoras sexuales, personas trans y que trabajan en violencia contra las mujeres de los departamentos de Montevideo, Canelones, Río Negro y Rivera. Si bien habían confirmado su participación organizaciones referentes en el trabajo en VIH, lamentablemente no asistieron al taller.

<sup>1</sup> MYSU Mujer Y Salud en Uruguay (2009)– VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y VIH/SIDA EN CUATRO PAÍSES DEL MERCOSUR. INFORME URUGUAY. Estadísticas, políticas públicas, legislación y estado del arte/ Burstin, V.; Abrahams, L.; López Gómez, A. (compiladoras) – Edición MYSU Montevideo.

En la actividad se entregó una copia impresa de la guía para que pudieran identificar la información requerida y los aportes que cada organización podría realizar. Se acordó la forma en que se recolectarían los datos y la información existente y elaborada por distintas instituciones y organizaciones. Se identificó la colaboración de cada organización y se establecieron los acuerdos para la validación de la información recolectada por la guía y la definición de recomendaciones a partir de los datos obtenidos.

El equipo de MYSU dedicó el primer mes del proyecto a recabar toda la información disponible para completar la guía. Para ello se consultó en portales de organismos del Estado, tales como el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), Ministerio del Interior (MI), el Instituto Nacional de Estadística (INE), el Parlamento Uruguayo y la Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales (IMPO). A través de la página del MSP se rastrearon informes sobre el estado epidemiológico del VIH, encontrándose el Informe de Situación Nacional de VIH/SIDA que elabora anualmente el Ministerio, así como el Informe de Progreso Global sobre SIDA para el caso de Uruguay. Asimismo, el equipo acudió al MSP para solicitar material disponible y actualizado sobre los manuales y protocolos vinculados a la atención del VIH/SIDA en el país. En el portal del INMUJERES se encontró material referido a la atención en violencia doméstica, legislación y estudios realizados sobre la temática.

El Ministerio del Interior cuenta con un Observatorio de Violencia y Criminalidad, desde el cual elabora y difunde datos sobre las denuncias por violencia doméstica y de homicidios a mujeres por violencia doméstica. Se contó con esta fuente para completar parte de los indicadores de violencia.

El INE presentó el 25 de Noviembre de 2014 la primera encuesta de prevalencia en violencia basada en género y generaciones. MYSU asistió a dicha actividad en la búsqueda de los primeros datos cuantitativos sobre VBG relevados en el país. A su vez, y a través de su página web, el equipo obtuvo datos estadísticos útiles para completar la sección de estadísticas generales del Uruguay (requeridas para el informe final) y sobre estadísticas en VIH, datos elaborados por el INE en sus distintas publicaciones sobre aspectos en salud de la población uruguaya.

El relevamiento de leyes, decretos y reglamentos se hizo a través de la página del Parlamento Uruguayo y la base de datos en línea del IMPO.

Desde algunas de las organizaciones participantes del primer taller se relevó documentos relativos a estudios sobre violencia doméstica, los cuales fueron considerados para integrar en las secciones correspondientes del informe.

Cuando se tuvo recopilada la información estadística y documental se realizó un segundo taller con la participación de las organizaciones sociales. El mismo tuvo lugar el martes 18 de noviembre, con escasa participación de las organizaciones convocadas a pesar de la confirmación de asistencia previa. Para el proceso de validación se envió previamente el archivo de la guía con los datos relevados y en el taller se registraron las sugerencias y recomendaciones realizadas por las organizaciones asistentes.

Las Organizaciones convocadas a participar del proceso fueron: Asociación Trans de ARTIGAS (ATRU); AMEPU – Asociación de Meretrices Públicas que nuclea trabajadoras sexuales; UTRU – Unión Trans del Uruguay (nucleamiento de organizaciones y personas trans); Casa de la Mujer de la Unión- (organización de mujeres que trabaja en violencia de género en Montevideo); Grupo Visión Nocturna (organización de trabajadoras sexuales del departamento de Rio Negro); Movimiento Trans Salteño; Mujer positiva (organización de mujeres con VIH); ALPCSE (personas trans que realizan trabajo sexual); Comuna Mujer 13 (organización de base comunitaria que trabaja en violencia en Montevideo); Redtrasextrasida (red de trabajadoras sexuales trans con trabajo en VIH); MUJER AHORA (organización feminista que trabaja en violencia de género); ASEPO – asociación de apoyo al seropositivo; MUJERES DE NEGRO (organización que trabaja en violencia contra las mujeres); ICW – organización de mujeres con VIH; CIEDUR (especializada en desarrollo local con programas de integración comunitaria); CIRE (organización de mujeres que trabaja en desarrollo de ciudadanías); Mujeres Las Piedras (organización que trabaja en violencia); CLADEM Uruguay – representante de la red regional por los derechos de las mujeres; Mujeres del Obelisco – organización contra la violencia hacia las mujeres de Canelones; Grupo Cambios – organización contra la violencia en Canelones; Amnistía Uruguay; Red de mujeres por la humanización del parto; Casa de la Mujer de Marindia – organización de mujeres de Canelones que trabaja por los derechos de las mujeres; Guyunusa – organización de mujeres de Maldonado; Movimiento Paulina Luisi – organización de mujeres de Cerro Largo; Red Uruguaya contra la violencia; El Faro Juvenil – organización de Montevideo que trabaja contra la violencia a niños, niñas y adolescentes; Red de mujeres canarias – articulación de organizaciones de mujeres de Canelones; Instituto Mujer y Sociedad – organización de Montevideo que asesora legalmente a mujeres víctimas de

violencia; PLEMUU – Plenario de Mujeres Uruguayas que coordina la línea telefónica de asesoramiento en violencia de género; Inlatina (Iniciativa Latinoamericana) organización con trabajo en educación entre pares y prevención del VIH.

Agradecemos la participación involucrada y los aportes de Unión Trans del Uruguay (UTRU) ; Diversidad Fray Bentos; Mujeres de Negro; Mujer Ahora; Asociación Trans del Uruguay (ATRU); ATSU ; Federación Uruguaya de la Diversidad Sexual (FUDIS); Durazno Diverso. Así como las opiniones y propuestas de las organizaciones especializadas en las áreas de violencia y de VIH que no pudieron acudir a los talleres, pero con las que se mantuvo entrevistas bilaterales para recopilar sus aportes. Estas entrevistas incluyeron a referentes de ASEPO, Mujer Ahora, Canarias en Movimiento, CIRE, Red de violencia contra las mujeres y Casa de la Mujer de la Unión. También fueron incluidas las propuestas elaboradas por ASEPO, ICW y Red de personas con VIH en proyecto financiado por UNFPA Uruguay con recomendaciones sobre políticas públicas de atención a la situación del VIH. Los aportes de ambos talleres, de las entrevistas y de diferentes documentos de las organizaciones sociales fueron integrados al presente informe, identificando la fuente correspondiente.

El equipo de MYSU que participó en el proceso de relevamiento de datos, organización de talleres, entrevistas a organizaciones claves, elaboración de informes, difusión de sus resultados y acciones de incidencia estuvo integrado por Lilián Abracinskas; María Eugenia Casanova; Santiago Puyol; Patricia Antuña, Damián Coalla, Martha Aguñín, Victoria Gadea y Fiorella Duhalde.

Agradecemos a Gestos de Brasil por la inclusión de MYSU en este proyecto regional así como a las compañeras de las organizaciones FEIM de Argentina, Flora Tristán de Perú, y María Fortaleza de Colombia por la experiencia compartida y la riqueza de los resultados obtenidos que esperamos contribuyan al mejorar las condiciones de vida de las mujeres que padecen diariamente la vulneración de sus derechos por los impactos de ambas pandemias. A ONUmujeres nuestro reconocimiento y agradecimiento por el apoyo recibido para la ejecución de estas actividades.

Lilián Abracinskas  
Directora MYSU  
Abril 2015.

# Uruguay – principales características

## Datos geopolíticos

La República Oriental del Uruguay es el segundo país más pequeño de América Latina con una superficie total de 176.215 kilómetros cuadrados. Situado al este de América del Sur, entre Argentina y Brasil, se divide políticamente en 19 departamentos y 89 municipios, siendo Montevideo su capital y sede de gobierno, y el departamento en que se concentra la mayoría de la población. El idioma oficial es el español.

El Uruguay como República se rige por el principio de división de poderes. Existen en total tres: el Ejecutivo, el Legislativo y el Judicial. El Poder Ejecutivo se encuentra conformado por el Presidente de la República, el Vicepresidente de la República y su gabinete ministerial integrado por trece carteras. El Poder Legislativo consta de dos cámaras, una Cámara Baja o de Representantes conformada por 99 diputados, y una Cámara Alta o de Senadores, integrada por 33 senadores y presidida por el Vicepresidente de la República quien también preside la Asamblea General, esto es, la reunión de ambas cámaras.

El régimen de gobierno es democrático, con elecciones cada 5 años. A través de éstas se elige de forma directa el Presidente, Vicepresidente, Parlamento, Intendentes y Alcaldes.

El Estado Uruguayo es, desde el año 1919, laico, y no posee por lo tanto, religión oficial. Desde la reforma educativa del 1876 ya se establecía la laicidad de la educación en el país, siendo la primera referencia a un proceso de secularización que se llevó adelante a comienzos del siglo XX.

## Datos demográficos

El país cuenta con 3.286.314<sup>2</sup> habitantes según el censo del 2011 (INE), un 48,01% de los cuales son varones y un 51,99% son mujeres. El 94,66% de la población reside en zonas urbanas, mientras que el 5,34% restante lo hace en zonas rurales.

<sup>2</sup> Nótese que este dato difiere del cuadro siguiente en el total de población. Esto es debido a que el Instituto Nacional de Estadística (INE) no contabilizó en algunos cuadros la población en situación de calle.

Población por área y sexo, según grupo quinquenal de edades. Total País

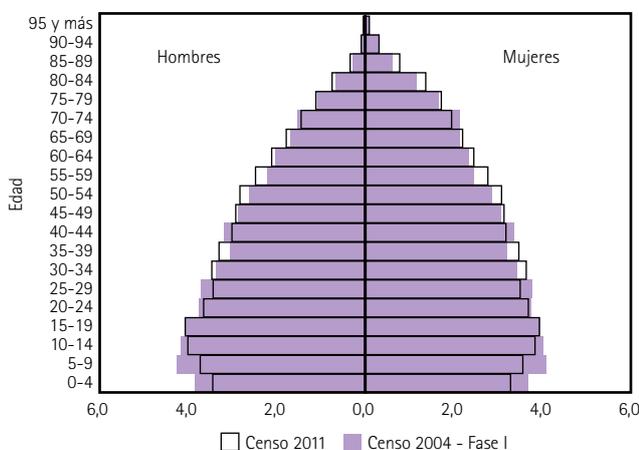
Grupo quinquenal de edades	Total			Área y sexo					
	Total	Hombre	Mujer	Urbana			Rural		
				Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
Total	3.285.877	1.577.416	1.708.461	3.110.264	1.478.658	1.631.606	175.613	98.758	76.855
0 a 4	220.345	112.704	107.641	209.663	107.163	102.500	10.682	5.541	5.141
5 a 9	238.068	121.820	116.248	225.974	115.560	110.414	12.094	6.260	5.834
10 a 14	256.552	131.022	125.530	243.701	124.289	119.412	12.851	6.733	6.118
15 a 19	261.691	133.042	128.649	248.573	125.655	122.918	13.118	7.387	5.731
20 a 24	241.006	119.928	121.078	229.054	112.626	116.428	11.952	7.302	4.650
25 a 29	228.385	112.852	115.533	216.541	105.936	110.605	11.844	6.916	4.928
30 a 34	233.365	113.884	119.481	220.934	106.771	114.163	12.431	7.113	5.318
35 a 39	222.521	108.704	113.817	210.125	101.642	108.483	12.396	7.062	5.334
40 a 44	203.098	98.612	104.486	191.369	92.030	99.339	11.729	6.582	5.147
45 a 49	198.773	95.812	102.961	187.356	89.304	98.052	11.417	6.508	5.909
50 a 54	194.565	93.175	101.390	183.306	86.750	96.556	11.259	6.425	4.834
55 a 59	173.007	81.828	91.179	162.340	75.635	86.705	10.667	6.193	4.474
60 a 64	150.775	69.864	80.911	141.192	64.288	76.904	9.583	5.576	4.007
65 a 69	131.563	58.769	72.794	123.640	54.149	69.491	7.923	4.620	3.303
70 a 74	112.395	47.705	64.690	106.346	44.102	62.144	6.149	3.603	2.546
75 a 79	93.659	36.806	56.853	89.142	34.280	54.862	4.517	2.526	1.991
80 a 84	70.505	24.912	45.593	67.588	23.393	44.195	2.917	1.519	1.398
85 a 89	37.426	11.535	25.891	35.994	10.888	25.106	1.432	647	785
90 a 94	14.113	3.636	10.477	13.599	3.432	10.167	514	204	310
95 a 99	3.546	733	2.813	3.421	694	2.727	125	39	86
100 o más	519	73	446	506	71	435	13	2	11

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE) – Censos 2011.

Nota: El cuadro no incluye a las 437 personas en situación de calle.

Se observa en el cuadro siguiente de población según área de residencia, sexo y grupo etario que el número de mujeres es levemente superior al de los hombres, con la excepción de las zonas rurales.

Uruguay hizo su transición demográfica a comienzos del siglo XX, muy tempranamente en comparación con los países de la región, lo que ha determinado un perfil demográfico similar al de los países desarrollados. La siguiente pirámide da cuenta del envejecimiento poblacional del país. La franja etaria de 0 a 14 años ha disminuido en comparación con los datos del Censo del 2004, mientras que en el Censo del 2011 existe un aumento de casos a partir de la franja de 30 a 34 años en adelante.

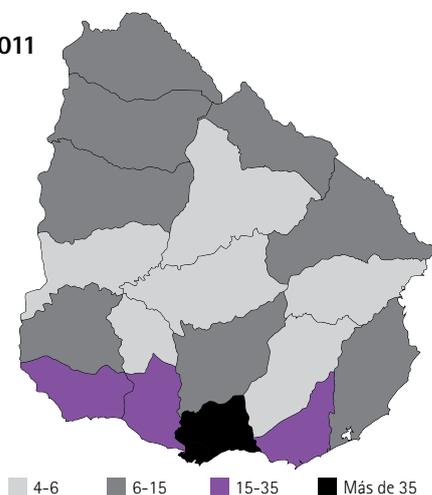


Fuente: INE - Censo 1963, Censo 1985, Censo 1996, Censo 2004 - Fase I y Censo 2011.

En Uruguay la densidad más alta de población se centraliza en el área metropolitana, esto es, en Montevideo y Canelones. Los departamentos que limitan esta área son los siguientes en densidad poblacional. Por el contrario, los departamentos que se encuentran en el centro del país son los menos poblados.

Densidad de población (cantidad de habitantes por km<sup>2</sup>)

2011



Fuente: Uruguay en cifras 2013, INE.

## Aspectos en salud

La distribución de la población según el Sistema de Atención de Salud se concentra mayoritariamente –con más del 50%– en Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), subsector privado del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) incluyendo usuarios/as que ingresan por FONASA<sup>3</sup>. En segundo lugar (35%) se atiende en instituciones públicas gestionadas por ASSE – Administración de Servicios de Salud de Estado– y otras instituciones públicas. Un porcentaje menor a través de seguros privados; sólo con emergencia móvil o no tienen cobertura.

Distribución de la población, por área geográfica, según Sistema de Atención de Salud (FONASA) (porcentaje) – 2012

Sistema de atención de Salud	Total	Montevideo	Resto País
Total	100,0	100,0	100,0
Instituciones de asistencia médica colectiva por FONASA	49,3	54,9	45,6
Instituciones de asistencia médica colectiva pago privado	8,8	11,7	6,8
Ministerio de Salud Pública por FONASA	7,1	4,2	9,0
Ministerio de Salud Pública por bajos recursos	22,9	15,6	27,7
Sanidad Militar o Policial	5,0	5,1	5,0
Otro	2,3	4,1	1,1
Solo emergencia móvil	0,3	0,4	0,3
Sin cobertura	4,3	4,0	4,5

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE) - Encuesta Continua de Hogares (ECH).

En Uruguay la esperanza de vida al nacer es de 76,91 años, diferenciado en 73,24 para varones y 80,20 para mujeres según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE 2014). Las mujeres tienen una sobrevivida de 7 años promedio en relación a los varones.

La Tasa de Natalidad ronda el 14 o/oo para los años comprendidos entre 2010-2012, presentándose una leve disminución para el año 2013 con un 13,50 o/oo, en tanto la Tasa de Mortalidad fue de alrededor de 9,4 o/oo para los mismos años. La Tasa de Mortalidad infantil en 2013 fue de 93 en 1000, con 5,6 correspondiente a fallecimientos neonatales y 3,7 posnatales, este número se redujo en 2013 a 8,9 en 1000.

En cuanto a la mortalidad materna, se registraron 6 muertes de mujeres por razones de embarazo, parto y puerperio en el año 2006, 13 en 2007, 7 en 2008 y 11 en 2009 según registro del Sistema de Información de Género del Instituto Nacional de las Mujeres en base a datos del MSP e INE.

La tasa general de fecundidad es de 1,85 hijos por mujer, y la edad media de maternidad es de 27,69 de acuerdo a datos del INE (2014).

3 El Fondo Nacional de Salud se encuentra reglamentado por la Ley N° 18.131.

#### Indicadores sociodemocráticos

Indicador	2010	2011	2012
Esperanza de Vida al Nacer (ambos sexos) (1)	76,23 años	76,40 años	76,58 años
Tasa Bruta de Natalidad (2)	14,4 o/oo	14,4 o/oo	14,3 o/oo
Tasa Bruta de Mortalidad (2)	9,4 o/oo	9,4 o/oo	9,3 o/oo
Tasa de Mortalidad Infantil (3)	7,7 o/oo	8,9 o/oo	9,3 o/oo

Fuente: *Anuario Estadístico* 2013, INE.

En el año 2008 Uruguay comenzó el proceso de reforma sanitaria con la puesta en funcionamiento de un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) creado con la Ley N° 18.211. Además en ese año se promulgó la Ley N° 18.426 de Defensa del derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. En 2009 se promulga la Ley General de Educación N° 18.437 que prioriza la Educación en DDHH, Salud y Educación Sexual y se publican las Guías para el Abordaje Integral de la Salud de Adolescentes en el Primer Nivel de Atención que incluye especificaciones sobre SS y R y VIH/Sida por parte del Ministerio de Salud Pública. En este año también, se promulga la Ley N° 18.561 de Acoso Sexual en el ámbito laboral y educativo. Con la asunción de una nueva administración de gobierno en el año 2010 se reorganiza el Ministerio de Salud Pública, generándose una Dirección de Planificación Estratégica en Salud que incluye un área específica de Salud Sexual y Reproductiva y se incorpora

el programa de ITS/Sida a dicha área. Los servicios de SSR comienzan a ser brindados en instituciones públicas y mutuales del SNIS en todo el país.

Se modifica la composición de la CONASIDA integrando representantes de ministerios y otras instituciones vinculadas a la temática para que las respuestas al VIH trasciendan el abordaje exclusivamente sanitario y se sostiene la importancia de la participación de organizaciones sociales y de personas con VIH/sida en los mecanismos de diálogo con el Estado.

Se fortalece el Programa de Educación Sexual de la ANEP en todas las ramas del Sistema Educativo formal (primaria, secundaria, educación técnica y formación docente) y se incrementa el número de espacios y programas educativos para el desarrollo de estrategias de prevención.

Se destacan mejoras respecto a años anteriores como por ejemplo el aumento de la disponibilidad de condones masculinos; la disponibilidad de tratamiento ARV gratuito a niños, niñas y mujeres embarazadas con VIH/sida en ASSE. Aumenta la disponibilidad de pruebas de detección de VIH ya que se incorporan los test rápidos a todos los servicios de salud públicos. La profilaxis al momento del parto y post exposición (accidentes laborales y situaciones de violación sexual) y los sucedáneos de leche materna para lactantes se universalizan para personas usuarias del subsistema público de salud.

# Panorama de la epidemia del VIH en Uruguay

## Perfil de la epidemia

En Uruguay la epidemia de VIH es de tipo "concentrado". Mientras en la población general la prevalencia es menor al 1% en poblaciones más expuestas, el promedio supera el 5%.

Desde el comienzo de la epidemia en el año 1983 (año en que se registró el primer caso) a octubre de 2013 han sido registrados un total de 12.422 casos de infección por VIH y se estima que anualmente se producen 1000 nuevas infecciones.

El número acumulado de fallecidos a diciembre de 2010 era de 2.489.

La relación hombre/mujer para los casos notificados de VIH ha ido disminuyendo en el largo plazo, lo que demuestra una feminización de la epidemia.

La epidemia de VIH presenta un patrón de tipo "concentrado". Esto es, mientras que en la población general la prevalencia es menor al 1% - 0,23% en mujeres y 0,68% en varones-, en poblaciones más expuestas por lo general supera el 5%.

En las personas trans se registra la prevalencia más alta, (21%) que aumenta en las que realizan trabajo sexual (23%). En los varones que realizan trabajo sexual es de 8,5%, y en las mujeres trabajadoras sexuales 0,7%. En usuarios de drogas (6,3%), HSH (9,7%), y personas privadas de libertad (2%)-. (MSP, 2014:8; MSP en MYSU, 2013:18).

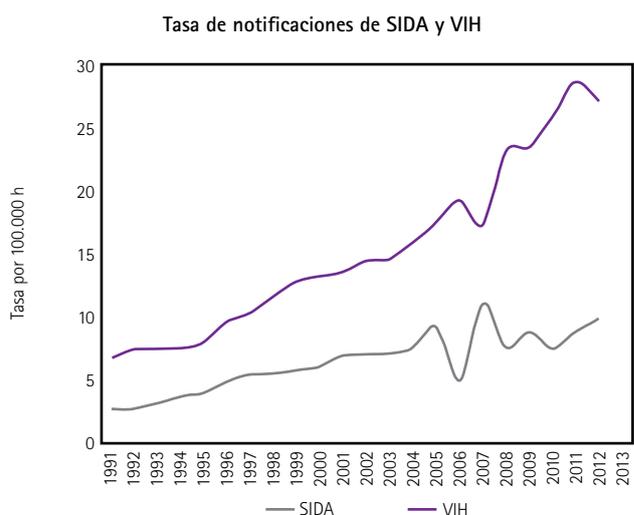
Por el contrario, la prevalencia muestra niveles más bajos para los y las jóvenes (15-24 años). Para mujeres jóvenes es estimada en 0,2%, mientras que para los hombres de la misma franja etaria es de 0,5% (UNAIDS, 2014).

La vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA en Uruguay se encuentra a cargo del Programa ITS/SIDA y del Departamento de Vigilancia en Salud del Ministerio de Salud Pública. "El mismo propone un sistema integrado con todas las áreas involucradas, desde la vigilancia hasta el tratamiento, contribuyendo a entender la dinámica de la epidemia de infección por VIH en el país, como un proceso longitudinal" (MSP, 2012:3). Esto se realiza en la búsqueda de contar con información para la planificación y evaluación de intervenciones, así como para

que "los clínicos y las propias instituciones cuenten con información consolidada de sus usuarios" (MSP, 2012:3).

Desde el comienzo de la epidemia en el año 1983 (año en que se registró el primer caso) a octubre de 2013 han sido registrados un total de 12.422 casos de infección por VIH y se estima que anualmente se infectan 1000 nuevos casos (un promedio de 3 personas infectadas por día). La tasa de notificación de infección por VIH en 2012 fue de 3/10.000h (MSP, 2013:4) contra una tasa de notificación de casos de SIDA de 1,91/100.000h, en base a una notificación de 63 nuevos casos (datos hasta noviembre) (MSP, 2012:9). El siguiente gráfico presenta la cantidad de casos notificados por sexo, año a año para el período 2006-2013.

La relación entre tasas de notificación de casos de VIH y de SIDA da cuenta de un despegue de la notificación de los casos de VIH contra los casos de SIDA. La estabilidad de la epidemia en casos de SIDA se debería a los "avances terapéuticos y logros en la adhesión al tratamiento, que retrasan el pasaje a estadio SIDA" (MSP, 2013:4). Este fenómeno no es propio del Uruguay, dándose a nivel mundial y también en América Latina. El siguiente cuadro permite apreciar la relación.

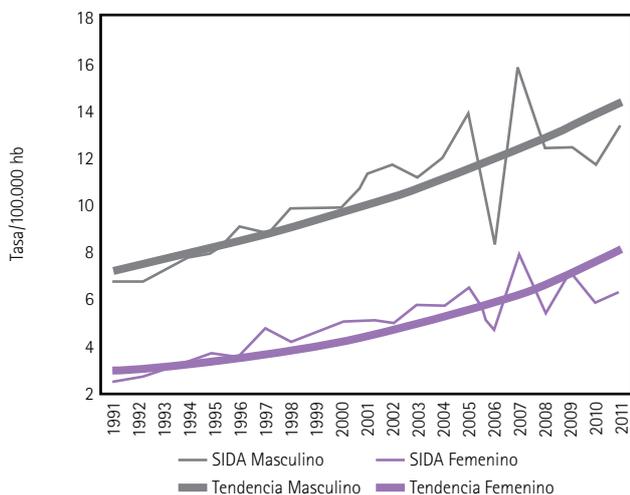


Fuente: Informe de la situación nacional de VIH/SIDA.DIGESA-Departamento de Vigilancia en Salud-Programa ITS/SIDA, Montevideo, Uruguay. MSP, 2013, pp. 4.

El comportamiento de la notificación de casos de SIDA varía entre hombres y mujeres. En el 2011 esta tasa fue tres veces mayor en hombres que en mujeres. La tasa para varones fue

de 2,28/100.000h y para mujeres de 0,88/100.000h (MSP, 2012:9). El siguiente gráfico nos permite observar las tendencias para la tasa de notificación tanto en varones como en mujeres.

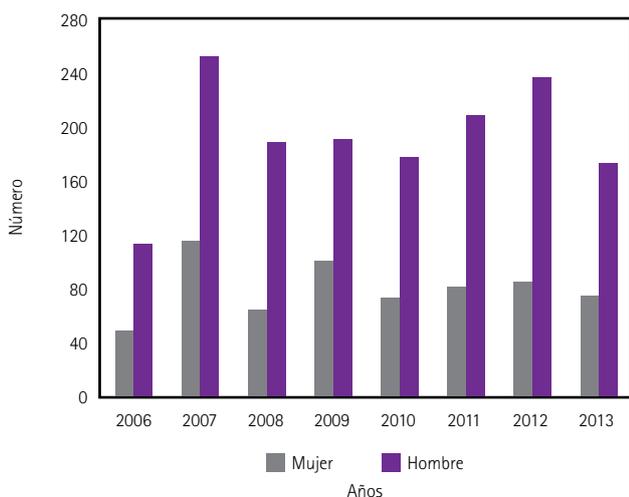
Tasa de notificaciones de SIDA según sexo por 100.000 h



Fuente: Informe de la situación nacional de VIH/SIDA. DIGESA-Departamento de Vigilancia en Salud-Programa ITS/SIDA, Montevideo, Uruguay. MSP, 2013, pp. 4.

Observando el número de casos notificados por año, desglosado por sexo se encuentra que esta tendencia tiene una regularidad año a año. El siguiente gráfico presenta este dato para el período 2006-2013 y permite concluir que la notificación de casos de SIDA es primordialmente masculina.

Casos de Sida notificados, por año, según sexo

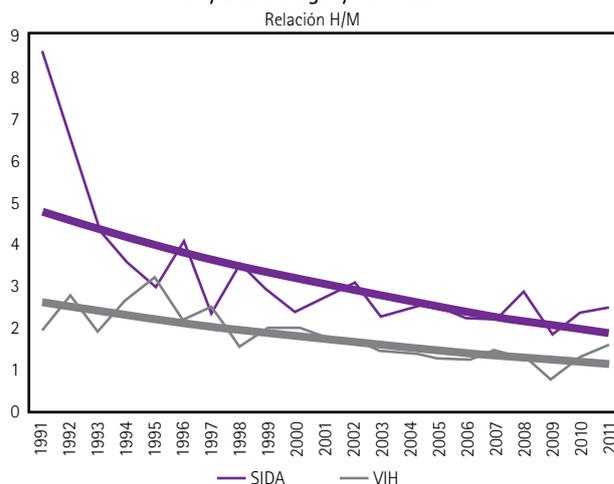


Fuente: Uruguay en Cifras 2014, INE.

La razón hombre-mujer toma valores diferentes para la tasa de notificación de VIH y la de notificación de SIDA. La relación oscila entre valores de 1 y 2 para la infección por VIH a lo largo de los años (con una tendencia progresiva a estabilizarse y a disminuir, pero con una tendencia a la feminización

de la epidemia). Para los casos de SIDA la tasa de variación es mucho mayor, a pesar de seguir una tendencia de largo plazo también a la baja, feminizándose también los casos de SIDA. El siguiente gráfico resume claramente que desde el 2009 la tendencia comienza a revertirse, y en el 2012 fue de 1.7 (MSP, 2014:8).

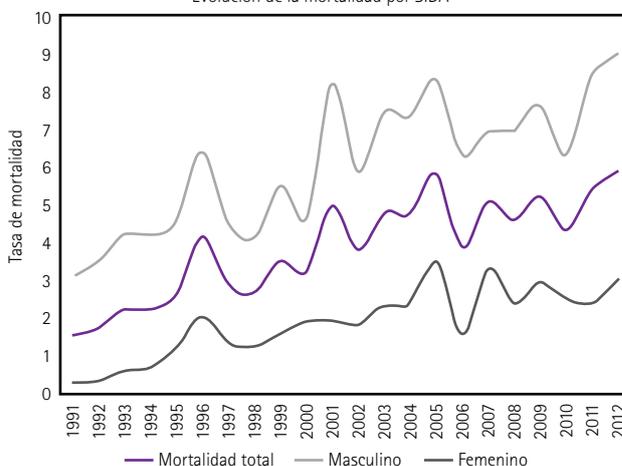
Evolución de la relación hombre mujer en VIH y SIDA. Uruguay 1991-2011



Fuente: Informe de la situación nacional de VIH/SIDA. DIGESA-Departamento de Vigilancia en Salud-Programa ITS/SIDA, Montevideo, Uruguay. MSP, 2012, pp. 5.

Según el Informe de Progreso Global sobre SIDA 2012 "el número acumulado de fallecidos a diciembre de 2010 era de 2.489" (MSP, 2012b:12) No se registran valores más actualizados de fallecimientos acumulados, aunque considerando los certificados de defunción del año 2012 se registraron 193 fallecimientos por SIDA (142 varones y 51 mujeres) (MSP, 2013:13). La tasa de mortalidad por VIH/SIDA muestra una tendencia a estabilizarse al igual que la tasa de notificación

Evolución de la tasa de mortalidad por SIDA específica por sexo



Fuente: Informe de la situación nacional de VIH/SIDA. DIGESA-Departamento de Vigilancia en Salud-Programa ITS/SIDA, Montevideo, Uruguay. MSP, 2013, pp. 13.

de los casos. En el gráfico siguiente se observa que la tasa de mortalidad femenina es menor a la masculina.

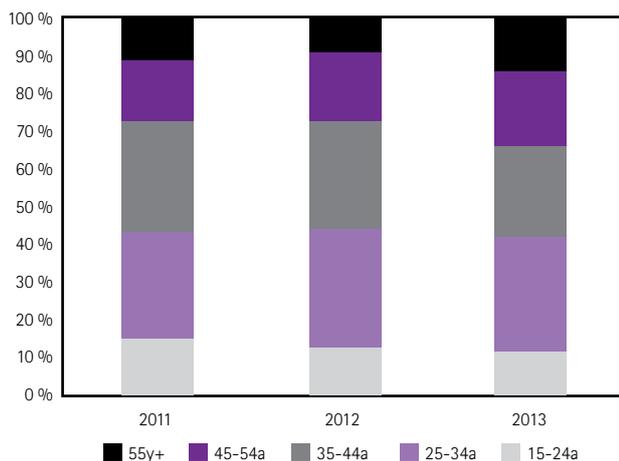
### Perfil generacional y territorialidad de la epidemia

La prevalencia más alta se presenta en el grupo que va de los 25 a 34 años, seguido por el grupo de 35 a 44 años.

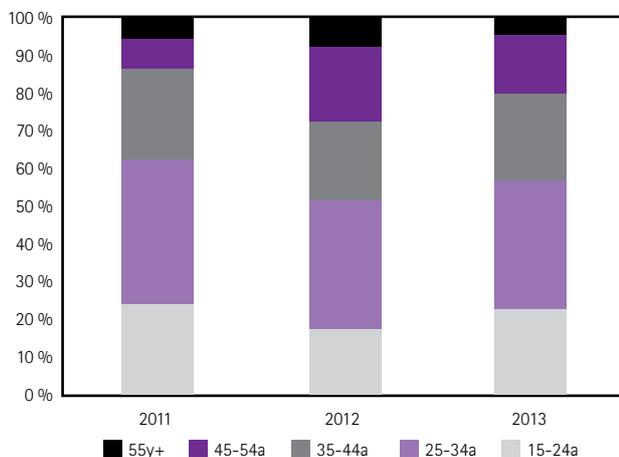
Cerca de tres cuartos de los casos de VIH/SIDA se encuentran en Montevideo, siguiéndole en orden de incidencia Artigas, Rivera, Rocha y Maldonado como los departamentos más afectados por la epidemia.

El 73% de los casos de VIH notificados al Departamento de Vigilancia de Salud (MSP) en personas mayores de 14 años se encuentran concentrados en la franja etaria que va de 15 a 44 años. Si observamos más detalladamente, la prevalencia

Distribución de los casos de VIH en hombres según grupo etario, año 2011-2013



Distribución de los casos de VIH en mujeres según grupo etario, año 2011-2013



Fuente: Informe de la situación nacional de VIH/SIDA. DIGESA-Departamento de Vigilancia en Salud-Programa ITS/SIDA, Montevideo, Uruguay. MSP, 2013, pp. 5.

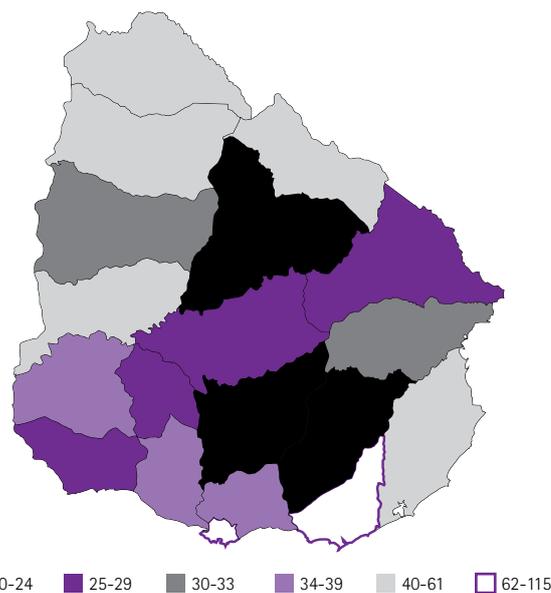
más alta se presenta en el grupo que va de los 25 a 34 años, seguido por el grupo de 35 a 44 años (MSP, 2013:5).

Este comportamiento varía al tener en cuenta la variable sexo. Así, "el predominio en el sexo masculino es claro en casi todos los grupos, excepto en el de 15 a 24 años y 35 a 44 donde la frecuencia es mayor en el grupo de mujeres" (MSP, 2013:5), lo que puede observarse en los siguientes cuadros. Esto puede estar vinculado al hecho de que la franja etaria de 15 a 44 años corresponde a la edad reproductiva de la mujer, a las cuales se les realiza, luego de expresado su consentimiento, el test de VIH durante el embarazo por Decreto N° 295/997 del Ministerio de Salud Pública.

Cerca de tres cuartos de los casos de VIH/SIDA se encuentran en Montevideo, siguiéndole Artigas, Rivera, Rocha y Maldonado como los departamentos más afectados por la epidemia (MSP en MYSU, 2013:18). Resulta necesario destacar que, en primer lugar, Montevideo contiene al 40% del total de la población del país, por lo que evidentemente la presencia de un número de casos más elevado es de esperarse. Por otra parte, los departamentos de Artigas, Rivera y Rocha son departamentos limítrofes con el país de Brasil, lo cual implica una movilidad de personas mucho más alta que en otras regiones del Uruguay. En el departamento de Maldonado, el impacto del turismo en general y en especial del turismo sexual podría estar incidiendo en el comportamiento de la epidemia.

El siguiente cuadro resume la tasa de notificación de VIH por departamento para el periodo 2011-2013.

Tasa de notificación de VIH por 100.000 h según departamento período 2011-2013



Fuente: Informe de la situación nacional de VIH/SIDA. DIGESA-Departamento de Vigilancia en Salud-Programa ITS/SIDA, Montevideo, Uruguay. MSP, 2013, pp. 8.

En materia de mortalidad sin embargo, el departamento que presenta la mayor tasa es Florida, pero esto se debe *“a la existencia de un centro de internación y atención para personas con SIDA y enfermos terminales, único en nuestro país, al que confluyen pacientes de todo el interior y de Montevideo, sin contar con el dato real de residencia”* (MSP, 2013:13).

### Poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad

La prevalencia de VIH presenta los más altos índices en personas trans que realizan trabajo sexual, población trans en general, HSH, trabajadores sexuales varones y usuarios de drogas, ordenados de orden de incidencia decreciente.

La prevalencia de VIH presenta los más altos índices en personas trans que realizan trabajo sexual, población trans en general, HSH, trabajadores sexuales varones y usuarios de drogas, ordenados de orden de incidencia decreciente.

Como indica el cuadro siguiente, la prevalencia de VIH presenta los más altos índices en trabajadoras sexuales trans, población trans en general, HSH, trabajadores sexuales varones y usuarios de drogas, ordenados de mayor a menor. Esto las sitúa como las poblaciones más vulnerables a la epidemia.

Poblaciones	Prevalencia
HSH	9,7
Personas Trans	21,0
Trabajadores sexuales varones	8,5
Trabajadoras sexuales trans	23,0
Trabajadoras sexuales mujeres	0,7
Usuarios de drogas	6,3
PPL	2,0

Fuente: Informe Sobre los Avances en la Respuesta Mundial al Sida 2014. Seguimiento de la Declaración Política sobre el VIH/Sida de 2011. Período de Cobertura: enero de 2012 diciembre de 2013. MSP, 2014, pp. 46.

En la población trans se encontró una prevalencia de un 21% en una muestra de 174 pruebas de VIH, en base a una encuesta realizada por la consultora Radar en el 2013. Dicha cifra aumenta conforme aumenta la edad, *“mientras que en las personas menores de 35 años la prevalencia es de 15% en las personas de 36 y más años la prevalencia se duplica (30%)”* (MSP, 2014:40).

No se observan cambios significativos en la prevalencia entre las personas trans que realizan trabajo sexual (23%) y las que no (21%). Cabe destacar que el 51% de las personas consideradas para este estudio declaró que realizaban trabajo sexual. La prevalencia varía a su vez según nivel socioeconómico ya que es menor a medida que el nivel aumenta. En los niveles

medios la prevalencia es de 16%, mientras que en los niveles bajos llega al 26% (MSP, 2014:40).

Los datos relativos al nivel socioeconómico en personas con VIH se encuentran presentes únicamente en población trans, no registrándose ese dato en ningún otro grupo, ni en la población en general. Asimismo, no se registran datos cruzados por nivel educativo en ninguna población.

En el caso de hombres que tienen sexo con hombres se relevó que el 9,7% de esta población han contraído VIH, teniendo en consideración datos relevados por la consultora AIRE.UY en el año 2013. En términos de edad, la concentración más alta se da en la franja de 35 a 44 años, presentando una prevalencia de 17% (MSP, 2014:38).

Los dos estudios mencionados se realizaron en el marco del proyecto *“Hacia la inclusión social y el acceso universal a la prevención y atención integral en VIH/Sida de las poblaciones más vulnerables en Uruguay”*, con el apoyo del Fondo Mundial del lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria, que el país implementó durante los años 2012-2013.

A través del “Estudio seroprevalencia de VIH/Sida y de conocimientos, actitudes y prácticas entre usuarios de cocaína, pasta base, crack y otros derivados de la hoja de coca en Montevideo y su área metropolitana” (2012) se realizaron test a usuarios de cocaínas fumables. Los resultados brindaron una estimación de 6,3% de prevalencia en esta población, no presentando diferencias significativas por sexo. No es el caso de la variable edad, que presentó diferencias importantes: *“mientras que entre los usuarios de drogas de alto riesgo más jóvenes (18 a 24 años) la prevalencia de VIH positivo es de 3,5%, en el grupo de 30 a 39 años esa prevalencia alcanza a 10,8%”* (MSP, 2014:43).

A su vez, la prevalencia asciende a 17,9% en aquellos que declaran haber mantenido relaciones sexuales por dinero, drogas y otras mercancías en el último año. (MSP, 2014: 43).

### Vías de transmisión

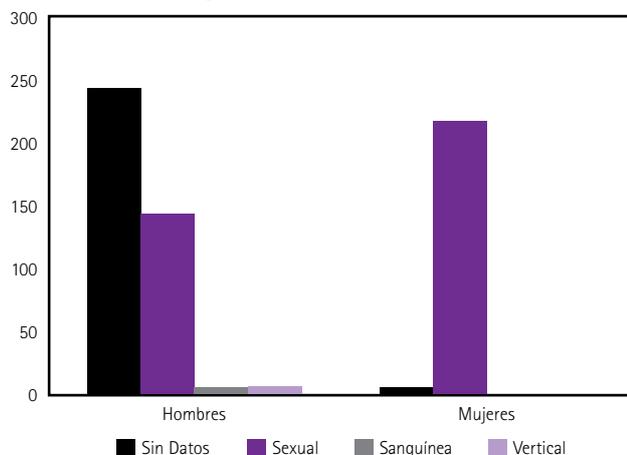
Tanto en hombres como en mujeres la vía predominante de transmisión es la sexual.

El mayor porcentaje de los casos de vía de transmisión sanguínea es de sexo masculino, y el consumo de drogas intravenosas es el factor de riesgo más destacado.

La vía de transmisión vertical en el año 2013 se ubicó en el 1,6%.

Tanto en hombres como en mujeres la vía predominante de transmisión es la sexual. Sin embargo se puede observar en el cuadro siguiente un gran número de casos masculinos que no son registrados en ninguna categoría (aparecen "sin datos"). Desde el informe de situación nacional de VIH/SIDA (MSP, 2013:5) se plantea la hipótesis de que ese valor sin dato puede deberse a "una resistencia del equipo de salud a interrogar sobre orientación sexual en los pacientes del sexo masculino". Así, se estarían perdiendo casos de HSH que no declaran la vía y a los cuales tampoco se les interroga al respecto.

Distribución de los casos de VIH notificados según vía de transmisión 2012



Fuente: Informe de la situación nacional de VIH/SIDA. DIGESA-Departamento de Vigilancia en Salud-Programa ITS/SIDA. MSP, 2012, pp. 8.

Referido a la vía de transmisión sanguínea, "el consumo de drogas intravenosa es el factor de riesgo más destacado y el mayor porcentaje corresponde al sexo masculino" (MSP, 2013:5).

La vía de transmisión vertical en el año 2013 se ubicó en el 1,6% (Cabrera, 2014) logrando así superar el umbral de

Evolución de la tasa de transmisión vertical



Fuente: Cabrera, Susana (2014) Situación epidemiológica de VIH y Sifilis en la mujer y mujer embarazada.

eliminación del 2% al que se aspiraba. El porcentaje de esta tasa ha ido disminuyendo debido a la "introducción de la oferta de la prueba de VIH durante el embarazo" (en el primer control y a las 28 semanas), la obligatoriedad de ofrecer el tratamiento antirretroviral y la posibilidad de "pruebas rápidas en embarazos de captación tardía o con riesgo de exposición" (MSP, 2013:8). El siguiente gráfico registra la evolución de la tasa de transmisión vertical para el período 2000-2013.

Desde el 2012 se incorporó en la Historia Clínica Perinatal y en el Sistema de Información Perinatal la variable VIH, el resultado y la indicación de TARV. También se incorporó en el Certificado del Nacido Vivo las variables de prueba de diagnóstico y resultado de VIH (MSP, 2013:9) lo cual permite tener un mejor conocimiento de la realidad de la epidemia en las mujeres embarazadas y los recién nacidos.

En el caso de las embarazadas, según ordenanza ministerial (367/13) "los prestadores de salud deben realizar auditorías de las historias clínicas de mujeres embarazadas con VIH" para ser enviadas al Programa de ITS-VIH/SIDA, con el objetivo de caracterizar "el diagnóstico y la atención de las mujeres con VIH, así como determinar los factores contribuyentes a la transmisión vertical" (MSP, 2013:9).

Con respecto a la diferencia entre sector público y privado, los datos brindados en el año 2012 reflejan una tasa nacional de 5,1%, siendo de 5,5% en el subsector público y 4,4% en el privado (MSP, 2013:9).

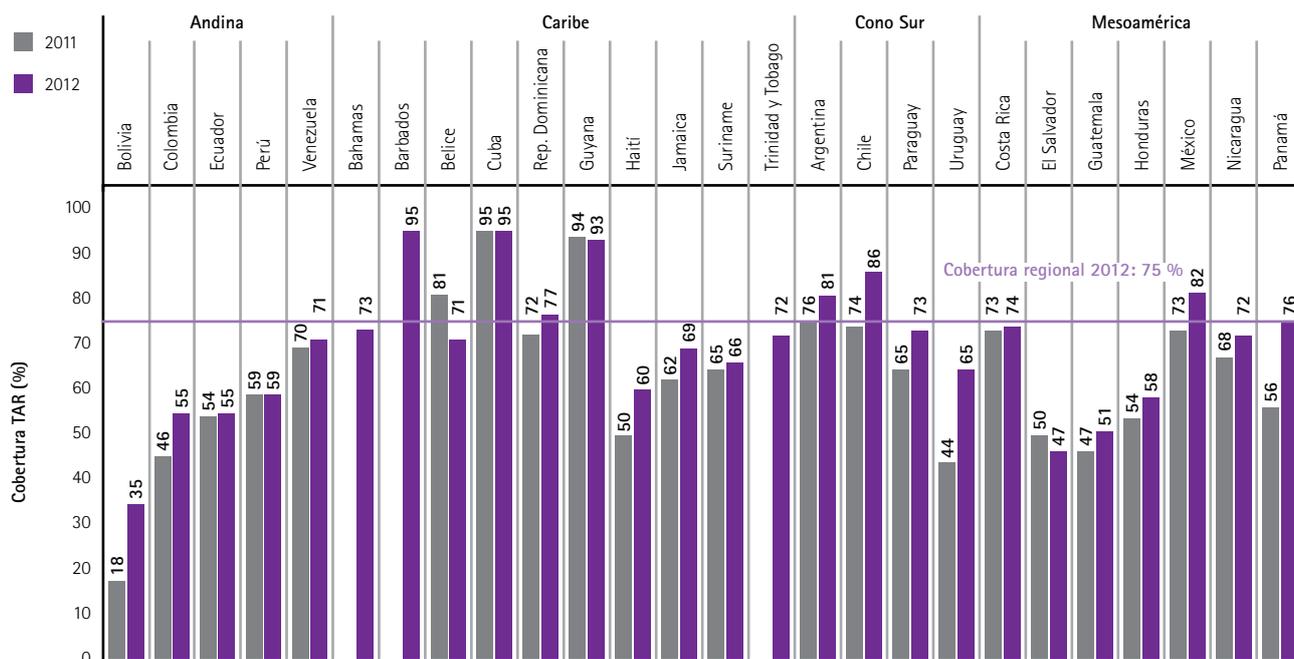
### Tratamiento ARV

El porcentaje de cobertura de TARV fue en el 2012 de 65% para adultos, mientras que para niños fue de 95%.

El número de personas con TARV en el 2012 fue de 4.048. El número de inicios del tratamiento en el año 2011 y su permanencia muestra un mayor número de adherencia por parte de los hombres (74.2%) que de las mujeres (68,5%).

El porcentaje de cobertura de TARV aumentó a 65% en el 2012, mientras que en el año 2011 era de 44%. A pesar del aumento, este nuevo porcentaje no alcanza el recomendado por ONUSIDA, que establece un 90% (UNAIDS, 2014b).

En el siguiente cuadro se compara este porcentaje con otros países de América Latina y el Caribe.

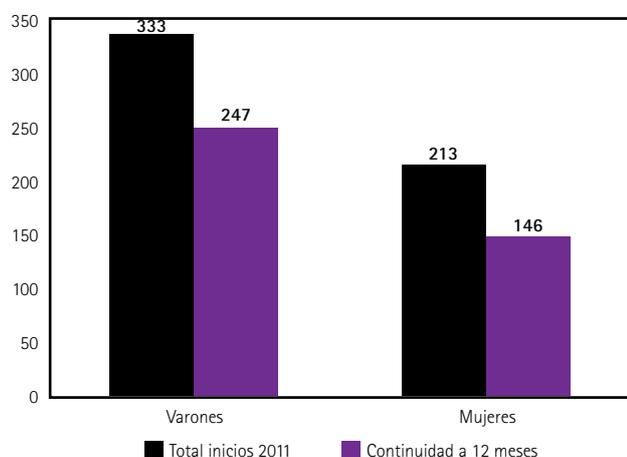


Fuente: Tratamiento antirretroviral bajo la lupa: un análisis de salud pública en Latinoamérica y el Caribe, OPS 2013.

El número de personas en tratamiento antirretroviral durante el año 2012 fue de 4,048, siendo 6,200 las personas que se encontrarían necesitando del tratamiento según registra el siguiente cuadro (OPS, 2013).

País	Personas en TAR (diciembre 2012)	Personas que precisan TAR 2012 <sup>b</sup>	Cobertura TAR (%) (adultos y niños) 2012	Cobertura TAR (%) intervalo 2012 (adultos y niños)	Niños en TAR (diciembre 2012)	Cobertura TAR niños (%) 2012	Cobertura TAR adultos (%) 2012
Uruguay	4.048	6.200	65	[53-81]	120	>95->95]	64[52-81]

Fuente: Tratamiento antirretroviral bajo la lupa: un análisis de salud pública en Latinoamérica y el Caribe, OPS 2013.



Fuente: Encuesta nacional de uso de ARV, 2012. Programa Nacional ITS-VIH/Sida en Cabrera, Susana (2014) Situación epidemiológica de VIH y Sifilis en la mujer y mujer embarazada.

El número de inicios del tratamiento en el año 2011 y su permanencia muestra un mayor número de adherencia por parte de los hombres (74,2%) que de las mujeres (68,5%) (Cabrera, 2014).

### Legislación nacional vigente en materia de VIH/SIDA

Es importante destacar que aunque no existen leyes específicas sobre VIH/SIDA, sí se pueden encontrar marcos regulatorios, normativas sanitarias, guías y protocolos sanitarios de intervención, como medidas protectoras de la privacidad, la confidencialidad y la no obligatoriedad del diagnóstico de la infección por VIH.

De todas formas, en los últimos dos años está en proceso una iniciativa parlamentaria de proyecto de ley de VIH introducida por la diputada Bertha Sanseverino, que ha contado con los aportes y la participación de las organizaciones sociales que trabajan en VIH. El proyecto no fue abordado en la legislatura finalizada en febrero de 2015 pero existe el compromiso de retomar el debate en el periodo 2015-2019.

El proyecto de ley tiene como objetivo la regulación de distintos aspectos como el reconocimiento de la no-obligatoriedad del test<sup>4</sup>, la defensa de la confidencialidad y privacidad del mismo -y en especial para aquellas personas con resultado reactivo<sup>5</sup>]-, y también incluye sanciones para los casos de

4 Anteproyecto de ley sobre VIH Sida desde una perspectiva de derechos humanos: Fortaleciendo la acción legislativa en respuesta al VIH Sida. Dip. Bertha Sanseverino. Art. 4, 5 y 11.

5 Ibidem, art. 9, 13 y 14.

discriminación que se encuentran debidamente detallados para los ámbitos laboral y educativo<sup>6</sup>. Se determina la obligatoriedad de proveer consejería pre y post<sup>7</sup>test así como del tratamiento de todo tipo (médico, farmacológico, psicológico, etc.) incluyendo el TARV<sup>8</sup>. Queda previsto que la reglamentación de la ley incluiría un protocolo de denuncia para casos de violación de algún derecho de las PWS, entre ellos los de confidencialidad y consentimiento<sup>9</sup>.

## Estudios nacionales en materia de VIH/SIDA

Existe una serie de estudios desarrollados por distintas instituciones entre las que se desatacan las Facultades de Psicología y de Medicina de la Universidad de la República. En su mayoría los estudios exploran los vínculos entre la epidemia y las poblaciones privadas de libertad. A su vez, organizaciones de la sociedad civil han investigado en la

---

6 Ibidem, art. 14.

7 Ibidem, art. 12.

8 Ibidem, art. 6.

9 Ibidem, art. 7 y 18.

materia, trabajando usualmente con poblaciones vulnerables como PPL o usuarios de drogas.

Sobre mujeres trans también se ha investigado, existiendo una tesis de Trabajo Social (*Chicas trans, trabajo sexual, VIH. ¿Crónica de una muerte anunciada?* de Rosana Vuono) que pone énfasis en el vínculo entre identidad de género, trabajo sexual y VIH.

MYSU en el marco del proyecto país financiado por el Fondo Mundial indagó sobre el estado de salud de las personas trans incluyendo VIH pero, en general, la información es escasa y los estudios sobre VIH/SIDA con especial atención en las poblaciones más vulnerables son esporádicos, lo que no permite tener un conocimiento sostenido sobre el estado de situación de la epidemia.

Para las mujeres viviendo con VIH o sobre los vínculos de esta pandemia con la VCM la información también es escasa, siendo el único estudio relevado el realizado por MYSU en 2008, también en el contexto de un estudio en el marco del MERCOSUR, coordinado en ese caso desde FEIM de Argentina.

El listado de estudios identificados se encuentra en la guía de relevamiento de la información para Uruguay.

# Panorama de la violencia contra las mujeres en el país

## Estado de situación de la VCM en Uruguay

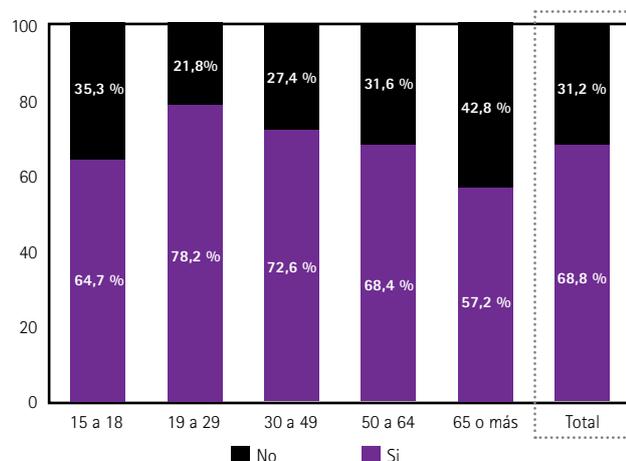
En Uruguay el 68,8% de las mujeres mayores de 15 años indica haber vivido una situación de violencia basada en género (VBG) en algún ámbito a lo largo de su vida, o sea, 7 de cada 10 mujeres afirman haber experimentado violencia por el hecho de ser mujeres.

Según el Informe de resultados de la Primera Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones (PENPVBGG) el 68,8% de las mujeres mayores de 15 años indica haber vivido una situación de violencia basada en género (VBG) en algún ámbito a lo largo de su vida. Esto es, 7 de cada 10 mujeres afirman haber experimentado violencia por el solo hecho de ser mujeres alguna vez (INE, 2014b:21).

## Perfil generacional de la epidemia

En el siguiente cuadro se puede observar la incidencia de la VBG<sup>10</sup> en los distintos rangos etarios para mujeres mayores de 15 años.

Porcentaje de mujeres de 15 años o más, según hayan vivido situaciones de VBG en algún ámbito a lo largo de su vida, por tramos de edad. Total país, 2013.



Fuente: *Primera Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones*, INE, 2014.

<sup>10</sup> La mayoría de los documentos y estudios oficiales utilizan los conceptos de violencia contra las mujeres, violencia doméstica y violencia basada en género, indistintamente.

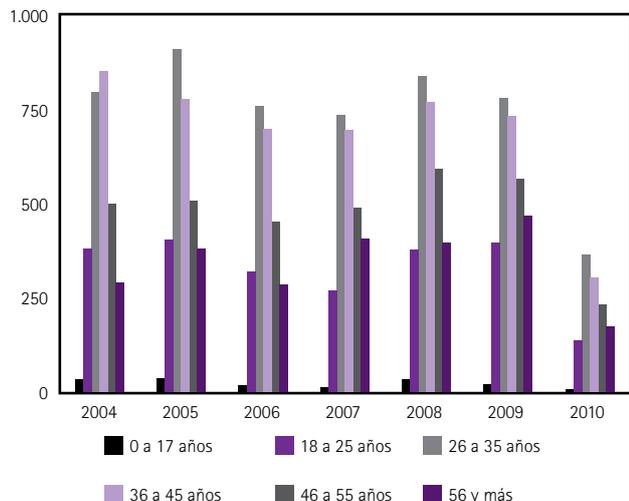
La incidencia de la VBG se mantiene en todos los cortes de edad en un rango bastante similar –entre el 60 y 70 por ciento, con un pico de casi 80% en la franja etaria de 19 a 29 años– lo que daría cuenta que el problema atraviesa a las distintas generaciones y es un fenómeno estructural, de largo plazo. El crecimiento de los porcentajes en edades más jóvenes puede hacer suponer que el fenómeno ha crecido en el tiempo incluso, aunque no deben descartarse otras explicaciones. El mayor conocimiento y reconocimiento de la violencia contra la mujer por las propias mujeres, debido a la visibilización y sensibilización sobre la problemática podría también estar explicando este incremento. Es posible suponer que las generaciones mayores omitían denunciar la violencia por estar naturalizada, entendida como un problema íntimo, del ámbito familiar y privado o sólo limitado a las situaciones de violencia física.

Cabe resaltar que 32,4% de las mujeres identifica haber experimentado algún tipo de violencia antes de los 15 años (INE, 2014, b:44) lo cual es relevante ya que daría indicios sobre la incidencia de la VBG en la infancia.

La presencia de las situaciones de violencia en las distintas generaciones puede verse reflejada en algunos servicios de atención a la violencia, como son la Línea de Apoyo Mujer (0800 4141) o los Servicios Especializados de Atención a Mujeres en Situación de Violencia de INMUJERES (MIDES) en los cuales el perfil generacional de las consultantes, aun con predominancia de algunos tramos de edad, muestra una presencia de mujeres de todos los grupos etarios, como se aprecia en los siguientes gráficos.

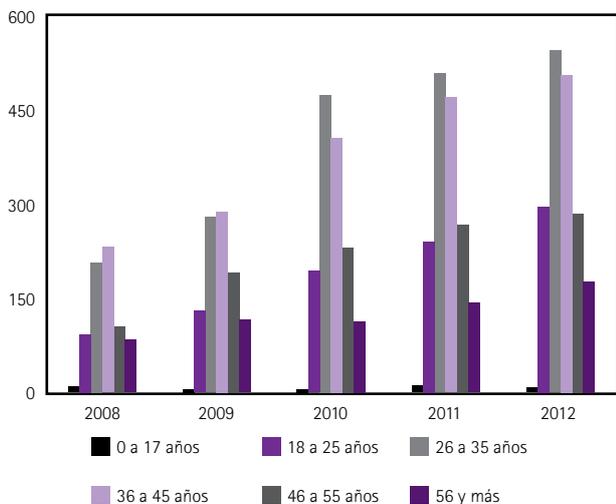
La relación entre el crecimiento de estadísticas del MIDES y la caída de las estadísticas del 0800 4141 (en números absolutos de consultas) esté posiblemente ligada a la expansión progresiva de Servicios de Violencia. Entre 2008 y 2012 se abrieron 9 servicios nuevos en distintos lugares del país que estuvo acompañada de una mayor difusión sobre su existencia. La cercanía de los servicios en términos territoriales y la atención cara a cara (con las formas de contención y apoyo que eso supone) pueden ser factores que favorezcan la preferencia por los servicios instalados en el territorio frente al servicio telefónico.

Perfil de las consultantes en el 0800 4141  
por corte de edad del 2004 al 2010



Fuente: Observatorio en línea de la violencia doméstica en Uruguay, datos brindados por Secretaría de la Mujer.

Perfil de las consultantes por corte de edad en  
Servicios de INMUJERES del 2008 al 2012



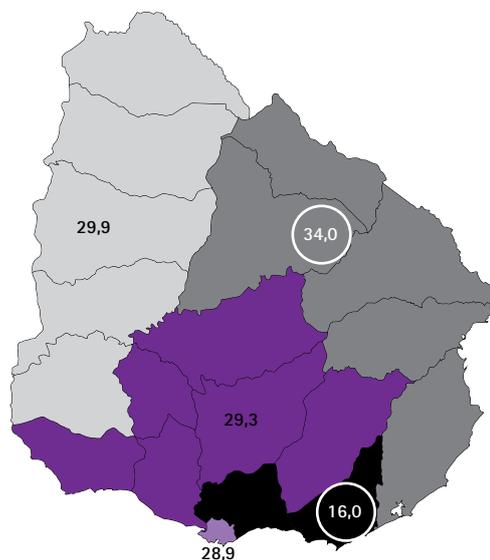
Fuente: Observatorio en línea de la violencia doméstica en Uruguay.

### Territorialidad de la epidemia

A pesar que no existe aún en el Uruguay un registro estadístico que permita observar las diferencias entre las mujeres del ámbito rural y del ámbito urbano en materia de VBG, los resultados de la Encuesta sobre Prevalencia de la Violencia Doméstica entre las mujeres mayores de 15 años asistidas en servicios de salud públicos y privados desarrollada por el Ministerio de Salud Pública (MSP) junto al Ministerio del Interior (MI) y el MIDES, encontró que las regiones más al norte y centro del país presentan niveles más altos de casos diagnosticados de VD que las regiones más al sur (como puede apreciarse en el mapa, extraído del folleto con el resumen

de resultados de la encuesta<sup>11</sup>). La explicación de ello podría estar ligada a que se trata de las regiones con porcentaje más alto de poblaciones rurales.

Porcentaje de casos diagnosticados de VD en mujeres  
mayores de 15 años en centros de salud por región

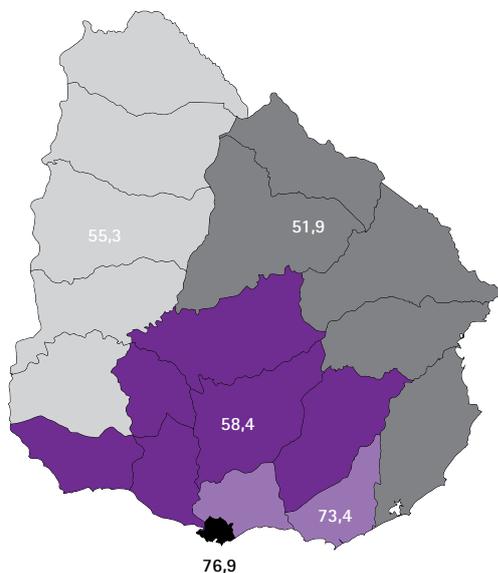


Fuente: Folleto resumen de los resultados de la Encuesta.

Los diagnósticos de situación de mujeres realizados por INMUJERES en el año 2011 en los departamentos de Artigas y Canelones advierten de la especial vulnerabilidad de la mujer rural ante situaciones de violencia debido al acceso limitado o inexistente que tienen tanto a servicios sanitarios como específicos de VCM. Esta vulnerabilidad se incrementa por las dificultades en el ingreso al mercado laboral, que las hace más dependientes a sus parejas (INMUJERES, 2011).

El estudio más reciente de la PENPVBGG identifica concentraciones más altas de VCM en los departamentos de Montevideo (76,9%), Canelones y Maldonado (73,4%) (INE, 2014b:23). El porqué de estos niveles tan altos en los departamentos del litoral sur puede tener alguna relación con el mayor acceso a información sobre la temática y servicios especializados para ello, lo que brinda mejores herramientas a las mujeres para reconocer el problema como tal, aceptarlo y permitirse así consultar para abordar el problema. El litoral oeste y la zona noreste presentan los valores más bajos con un 55,3% y un 51,9% respectivamente, fenómeno que podría estar vinculado de forma inversa a lo planteado anteriormente. La falta de condiciones para reconocer el problema como tal podría estar invisibilizando algunas situaciones. La quinta región estudiada, situada más en la zona centro-sur del país, tiene un porcentaje del 58,4% (INE, 2014b:23).

Porcentaje de mujeres de 15 años o más que han vivido situaciones de VGB a lo largo de toda su vida, por región. Total país, 2013



Fuente: Primera Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones, INE, 2014.

No es posible realizar la comparación entre las distintas encuestas, porque una indagó sobre VD y la otra sobre VBG. La violencia doméstica está definida por la Ley N° 17.514 y toma como base las relaciones de parentesco, matrimonio, unión de hecho o noviazgo para su definición<sup>12</sup>. Además, la encuesta que tomaba como base los centros de salud tenía un acceso limitado para evaluar la problemática por lo que los datos no son comparables estrictamente. La Primera Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones (PENPVBGG) incluyó mujeres de hogares de localidades de 5000 o más habitantes, lo cual dificulta aún más la comparación.

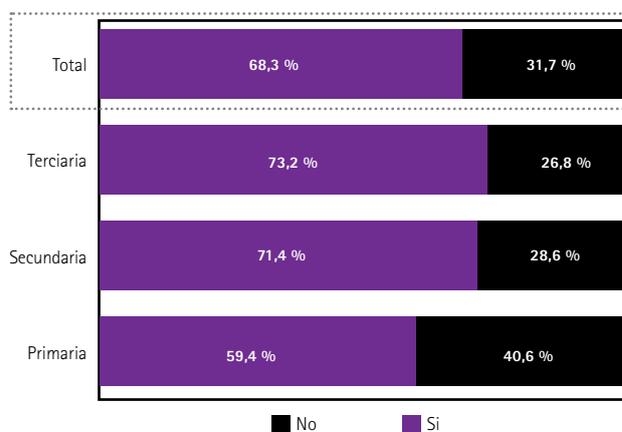
### Perfil socioeconómico de la epidemia

La varianza entre los porcentajes de violencia según nivel socioeconómico o nivel educativo es mínima, reflejando así la naturaleza transversal de la epidemia.

La PENPVBGG identifica el porcentaje de mujeres mayores de 24 años que han experimentado VCM alguna vez en su vida según último nivel educativo alcanzado (incluye si está completado o no y agrupa terciario universitario y no-universitario). Los datos arrojan que 59,4% de las mujeres que alcanzaron educación primaria declaran haber vivido

situaciones de violencia: 59,4%; para las que alcanzaron estudios secundarios asciende al 71,4%; y para quienes cursaron estudios terciarios fue del 73,2%. El incremento de percepción y reconocimiento de VBG de acuerdo al mayor nivel educativo puede deberse a que las mujeres más educadas tengan mayor acceso a información para identificar las diversas situaciones de violencia vividas por ser mujeres (INE, 2014b:22). El siguiente gráfico resume esta información.

Porcentaje de mujeres de 24 años o más, según hayan vivido situaciones de VBG en algún ámbito a lo largo de su vida, por máximo nivel educativo alcanzado. Total país, 2013



Fuente: Primera Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones, INE, 2014.

Para los distintos niveles socioeconómicos (bajo: 67,7%; medio: 68,4%; y alto: 71%) se evidencia la misma situación, las mujeres con nivel socioeconómico más alto relatan en mayor porcentaje haber vivido situaciones de VBG seguramente por la misma razón ya que pertenecen también a la población más educada (INE, 2014b:23). Esto reafirma que el fenómeno está presente en todos los estratos socio-económicos y en igual intensidad, dado que la varianza entre los porcentajes es bastante mínima, particularmente por nivel socioeconómico. La naturaleza transversal de la epidemia, rompe con el estereotipo de que la VBG es problema exclusivo o mayoritario de las clases bajas.

Los porcentajes tampoco varían sustantivamente cuando se indaga en mujeres a partir de los 15 años lo que indicaría que la VBG no estaría disminuyendo en las generaciones más jóvenes.

12 Ley de Violencia Doméstica (N° 17.514): Artículo 2.- "Constituye violencia doméstica toda acción u omisión, directa o indirecta, que por cualquier medio menoscabe, limitando ilegítimamente el libre ejercicio o goce de los derechos humanos de una persona, causada por otra con la cual tenga o haya tenido una relación de noviazgo o con la cual tenga o haya tenido una relación afectiva basada en la cohabitación y originada por parentesco, por matrimonio o por unión de hecho."

Porcentaje de mujeres de 15 años o más, según hayan vivido situaciones de VBG a lo largo de toda su vida, por nivel socioeconómico del hogar. Total país, 2013

Nivel socioeconómico	VBGG		Total
	SI	NO	
Bajo	67,7 %	32,3 %	100 %
Medio	68,4 %	31,6 %	100 %
Alto	71,0 %	29,0 %	100 %
Total	68,8 %	31,2 %	100 %

Fuente: Primera Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones, INE, 2014.

## Tipos de violencia

En el ámbito de la pareja un porcentaje del 23,7% de las mujeres uruguayas identifican haber experimentado situaciones de violencia en el año 2013, valor que asciende al 45,4% para las situaciones a lo largo de toda la vida.

La Ley N° 17.514 de Violencia Doméstica de 2002 sirve de marco para la definición de la VBG ya que no existe una ley específica sobre violencia basada en género o violencia contra la mujer. A pesar de ello, esta ley representó en su momento un gran avance en materia de VBG, considerando que la violencia doméstica no se tipificó como delito hasta el año 1995 con la Ley N° 16.707 de Seguridad Ciudadana<sup>13</sup>. La Ley N° 17.514 define, además de la necesidad de atender la violencia doméstica como un problema nacional y público, cuatro tipos de violencia diferentes han servido desde entonces como referencia a la hora de evaluar el impacto de las situaciones de violencia en las vidas de las mujeres.

Los cuatro tipos de violencia identificados, definidos por el artículo 3 de la mencionada ley, son:

13 *Artículo 18.-* Incorporarse al Código Penal, la siguiente disposición:

"321 bis. Violencia doméstica. El que, por medio de violencias o amenazas prolongadas en el tiempo, causare una o varias lesiones personales a persona con la cual tenga o haya tenido una relación afectiva o de parentesco, con independencia de la existencia del vínculo legal, será castigado con una pena de seis a veinticuatro meses de prisión.

La pena será incrementada de un tercio a la mitad cuando la víctima fuere una mujer o mediaren las mismas circunstancias y condiciones establecidas en el inciso anterior.

El mismo agravante se aplicará si la víctima fuere un menor de dieciséis años o una persona que, por su edad u otras circunstancias, tuviera su capacidad física o psíquica disminuida y que tenga con el agente relación de parentesco o cohabite con él".

*"A) Violencia física: Acción, omisión o patrón de conducta que dañe la integridad corporal de una persona.*

*B) Violencia psicológica o emocional: Toda acción u omisión dirigida a perturbar, degradar o controlar la conducta, el comportamiento, las creencias o las decisiones de una persona, mediante la humillación, intimidación, aislamiento o cualquier otro medio que afecte la estabilidad psicológica o emocional.*

*C) Violencia sexual: Toda acción que imponga o induzca comportamientos sexuales a una persona mediante el uso de: fuerza, intimidación, coerción, manipulación, amenaza o cualquier otro medio que anule o limite la libertad sexual.*

*D) Violencia patrimonial: Toda acción u omisión que con ilegitimidad manifiesta implique daño, pérdida, transformación, sustracción, destrucción, distracción, ocultamiento o retención de bienes, instrumentos de trabajo, documentos o recursos económicos, destinada a coaccionar la autodeterminación de otra persona."*

La PENVBGG toma como base estos cuatro tipos de violencia definidos por la Ley N° 17.514 y mide el impacto de los mismos separando los episodios en cuatro ámbitos diferentes: el ámbito social (los lugares públicos como la calle, parques, plazas, centros deportivos, religiosos, etc.), el ámbito educativo (centros educativos de todos los niveles), el ámbito laboral (medido a través de las mujeres asalariadas) y el ámbito familiar (subdividido en la familia actual y las parejas/ex-parejas) (INE, 2014b:17).

Para el ámbito social se relevó la incidencia de la violencia sexual (teniendo en cuenta el acoso sexual callejero en sus diversas modalidades). El porcentaje de mujeres que ha experimentado VBG en lugares públicos en el último año es del 18,5%, ascendiendo a 36,5% en caso de haberla experimentado a lo largo de toda su vida (INE, 2014b:24).

En el ámbito educativo se relevó la incidencia de la violencia sexual y psicológica. El porcentaje de mujeres que identifica VBG en los últimos 12 meses es de un 5,2% ascendiendo a 8,8% a lo largo de toda su vida. Desglosado por tipo de violencia encontramos que, en el último año: un 4,6% ha experimentado violencia psicológica y un 1,4% violencia sexual. Estos mismos datos aplicados a lo largo de toda la vida ascienden a 7,4% y 3% respectivamente. Se debe aclarar que las mismas mujeres pueden haber vivido ambos tipos de violencia (INE, 2014b:27-28).

En el ámbito laboral un 9,5% de mujeres identifica haber experimentado VBG en el pasado año y un 14,8% a lo largo de toda su vida. En cuanto a los tipos de violencia en el

pasado año se identifica un 8,1% de violencia psicológica y un 2,8% de violencia sexual, ascendiendo a un 11,6% y un 7% respectivamente a lo largo de toda su vida. Al igual que en el caso anterior, las mujeres pueden haber experimentado más de un tipo de violencia (INE, 2014b:30-31).

En el ámbito familiar (excluyendo parejas y exparejas) un 20,7% identifica haber experimentado violencia de algún tipo en el pasado año. En cuanto a los tipos de violencia un 20,3% identifica la violencia psicológica, un 2,8% la patrimonial y un 1,5% la física. No hay datos para VBG en este ámbito a lo largo de toda la vida (INE, 2014b:34).

En el ámbito de la pareja un 23,7% de las mujeres identifican haber experimentado situaciones de violencia en el pasado año, valor que asciende al 45,4% para las situaciones a lo largo de toda la vida. Desglosado por tipo de violencia se evidencia como predominante la psicológica (con 23,1% y 43,7% respectivamente), seguida de la patrimonial (4,4% y 19,9% respectivamente), la física (2,7% y 14,8%) y la sexual (0,8% y 6,7%) (INE, 2014b:38).

Dentro de la pareja están determinados, además, los hechos más frecuentes para cada tipo de violencia. La opción *"usó palabras groseras o agresivas para dirigirse a usted"* fue identificada como el hecho de violencia más habitual de parte de las parejas a lo largo de la vida de la mujer, y como el hecho de violencia psicológica más habitual en 28,7% de las encuestadas; 13,5% identificó que *"se negó a darle suficiente dinero o dejó de darle dinero a pesar de tenerlo"* como el mayor hecho de violencia patrimonial; en 11% *"le golpeó con las manos"* aparece como el hecho más frecuente de violencia física; y 5,3% reconoció *"le obligó a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad mediante la fuerza física"* como el episodio más repetido de violencia sexual (INE, 2014b:40).

En general la violencia sexual aparece con menor incidencia, aun cuando en la encuesta se especificaron de manera clara las situaciones comprendidas en este tipo de violencia. Aun así, no debe descartarse que pueda haber subregistro debido al método de relevamiento de la información, ya que el clima de la encuesta no favorece la apertura de la persona al testimonio.

### Perfil del agresor

El perfil del agresor parece ser un dato difícil de identificar por estar escasamente registrado en las estadísticas nacionales. La falta de un marco legal específico sobre VBG hace difícil medir quiénes son los agresores fuera del ámbito privado y de la violencia doméstica exclusivamente. A pesar de ello, existen dos encuestas que brindan algunos datos interesantes sobre esta cuestión.

La PENPVBGG identifica que en el ámbito laboral, en el pasado año, 57,8% de los casos de violencia fueron perpetrados por parte de un jefe/a o superior/a directo, mientras que en el restante 42,2% se trató de un compañero o compañera de trabajo (INE, 2014b:31).

La Encuesta sobre Prevalencia de la Violencia Doméstica entre las mujeres mayores de 15 años realizada en los servicios de salud (MSP-MIDES-MI, 2013) permite observar cuál era el vínculo entre la mujer víctima de violencia doméstica y su agresor. En el siguiente cuadro se observa el desglose del universo de agresores, pudiéndose identificar a simple vista que las parejas y ex-parejas se presentan como el principal agresor (realizando la sumatoria de los porcentajes para las categorías que corresponden a parejas y ex-parejas, se acumula un 61,3% de los casos). Aun así, como ya fuese explicitado, esta encuesta solo mide casos de VD y no de VBG, por lo que las relaciones con el agresor son siempre de parentesco o pareja/ex-pareja.

Perfil del agresor de los casos identificados de VD en mujeres mayores de 15 años en centros de salud públicos y privados

Vínculo con el agresor	Porcentaje
Esposo/a o Compañero/a permanente	41,9 %
Novio/a	3,4 %
Ex esposo/a	6,2 %
Ex novio/a	8,7 %
Padre	4,6 %
Madre	7,3 %
Hijo/a	14,1 %
Hermano/a	8,4 %
Abuelo/a	0,4 %
Padrastro	0,1 %
Madrastra	0,5 %
Tío/a	0,2 %
Cuñado/a	0,9 %
Suegro/a	2,1 %
Nieto/a	0,5 %
Yerno o Nuera	0,9 %
Total	100 %

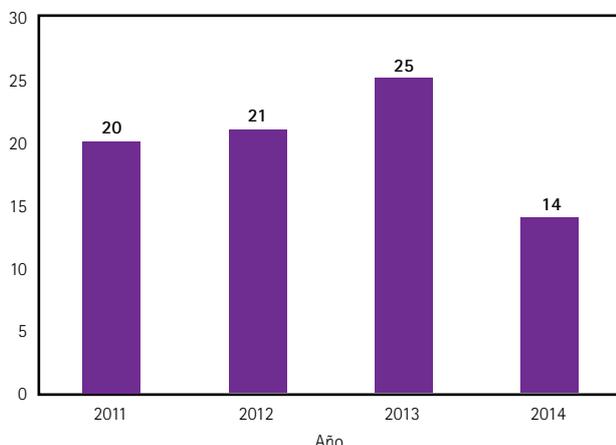
Fuente: Folleto resumen de los resultados de la Encuesta.

La PENPVBGG identifica que en el ámbito familiar (sin contar a la pareja) los principales agresores son: otro familiar de la mujer (48,2%), hermano/a (19,6%), padre/madre (17,4%), otro familiar de la pareja de la mujer (14,7%), suegro/a (8,7%) y cuñado/a (8,5%). Cabe aclarar que en la medición de este indicador las mujeres que han vivido violencia en el ámbito familiar pueden haber declarado más de un agresor (INE, 2014b:35). Estos datos son para la familia actual, esto es, episodios ocurridos en el pasado año.

En el Observatorio Nacional Sobre Violencia y Criminalidad del Ministerio del Interior se registran los casos de homicidio a mujeres y el vínculo de éstas con su atacante. Según

lo publicado por este Observatorio en el 2014, del total de homicidios, 14 fueron por parte de la pareja o ex pareja de la mujer. Este dato representa un 58% de los casos (MI, 2014).

Homicidios de Mujeres cometidos por Parejas o Ex Parejas, por Año  
Noviembre 2010 – Octubre 2014 (Todo el país)



Fuente: Observatorio Nacional Sobre Violencia y Criminalidad, MI, 2014.

Se nota una baja importante en relación al número en años anteriores. Sin embargo, esta caída se puede deber al alto número de casos no resueltos.

### Impacto físico y emocional de la VCM

En cuanto a lesiones, la PENPVBBG incluía en su cuestionario una serie de preguntas sobre el tema. Sin embargo, en el informe de resultados solo se registraron datos relativos al impacto a nivel psicológico (en la violencia ejercida por sus parejas y/o ex parejas). Estos datos reflejan la incidencia y permanencia de efectos en las mujeres aun cuando la violencia como tal termina. Los porcentajes identificados para cada efecto son: depresión, angustia, tristeza o miedo: 55,4%; dificultades o alteraciones del sueño: 38,4%; agresividad o mal humor: 33,2%; problemas o alteraciones alimenticias: 28,2%; ideas o deseos de morir o suicidarse: 21,6%. Cabe aclarar que la sumatoria de los porcentajes da más de 100 porque se pueden registrar más de un efecto por mujer (INE, 2014b:44).

### Otras estadísticas relevantes

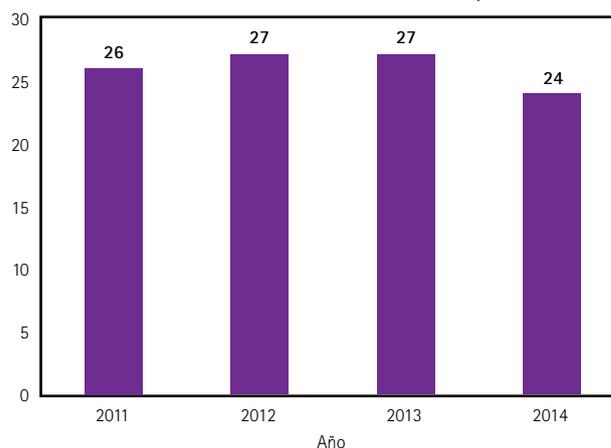
En el año 2014 se registraron un total de 24 casos de homicidios por violencia doméstica, es decir, murió una mujer cada 15 días.

La figura del femicidio no existe como tal ni en el código penal ni definida por ley alguna.

Un 28% de los casos de femicidio por violencia doméstica han ocurrido en el domicilio de la víctima.

En el año 2014 se registró un total de 49 homicidios de mujeres, de los cuales 24 fueron de mujeres muertas por violencia doméstica, esto se traduce en la muerte de una mujer cada quince días. Si se le suman las tentativas de homicidio –un total de 15 en el año– se concluye que cada 9 días se mató o intentó matar a una mujer (MI, 2014). En la gráfica que se encuentra a continuación, se observa la evolución de los homicidios de mujeres por VD del 2011 al 2014.

Homicidios de Mujeres por violencia Doméstica, por Año  
Noviembre 2010 – Octubre 2014 (Todo el país)



Fuente: Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad, MI, 2014.

Si bien el número de homicidios de mujeres por VD representa el 49% de los homicidios de mujeres en el 2014, la tendencia no suele ir por esta línea, parece tratarse de un caso atípico en realidad. El siguiente cuadro refleja de forma más clara la relación entre homicidios a mujeres en general y debido a casos por VD. Es clara la relación entre las muertes violentas experimentadas por las mujeres y la VBG, en especial la violencia doméstica. Los porcentajes oscilan entre 60% y 80% con picos en los años 2007 y 2010, donde se acercan al 90% de los casos.

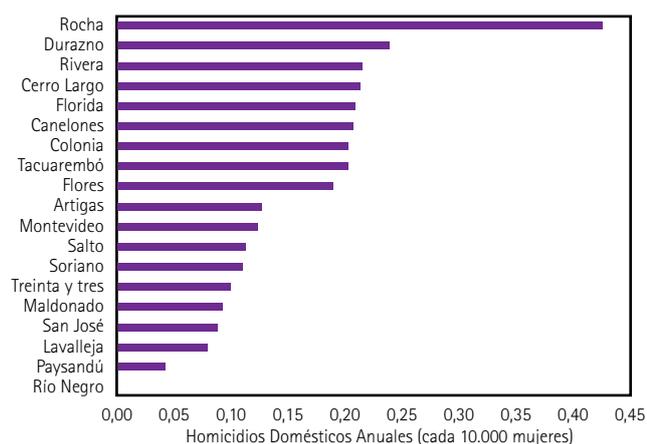
Relación homicidios a mujeres en total con casos por VD

AÑO	TOTAL CASOS	CASOS RELACIONADOS CON VD	PORCENTAJE
2004	45	31	68,89
2005	37	29	78,38
2006	43	30	69,77
2007	32	28	87,50
2008	44	34	77,27
2009	45	26	57,78
2010	41	35	85,37
TOTAL	287	213	74,22

Fuente: Información pública sobre la intervención del Ministerio del Interior en situaciones de violencia doméstica, Informe MI-Cainfo, 2012.

La figura del femicidio no existe como tal en el código penal ni en otro marco normativo uruguayo. Es posible, por lo tanto, que existan casos dentro de los homicidios a mujeres en general que sean femicidios no registrados por no ser consecuencia de violencia doméstica directamente. La no existencia del delito, además, ignora la dimensión de género que tiene esta violencia específica dado que el motivo del asesinato es por el hecho de ser mujeres. A nivel local, la tasa de homicidios de mujeres por violencia doméstica por departamento muestra una alta concentración en algunos departamentos como Rocha, Durazno y Rivera, mientras que las tasas son bajas en los departamentos de San José, Lavalleja y Paysandú. Aún así, la distribución de casos a lo largo del período 2011 a 2014 refleja que ningún departamento escapa a esta realidad. El caso de Río Negro llama la atención y no queda claro si realmente no se registró ningún episodio de homicidio por violencia doméstica a alguna mujer en todo el período.

**Homicidios de Mujeres por Violencia Doméstica, por Departamento**  
Tasa Anual, cada 10.000 Mujeres (Promedio 2011-2014)



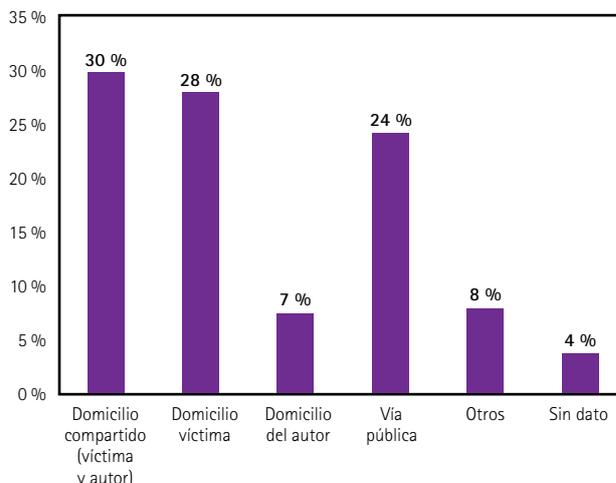
Fuente: *Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad, MI, 2014.*

Los homicidios por VD en el 28% de los casos (para el período noviembre del 2011 a octubre del 2013) ocurrieron en el domicilio de la víctima. Esto aporta al argumento que el agresor entiende que la víctima y todo su entorno "le pertenecen", y por lo tanto se apropia de la víctima como si fuera una propiedad más y se siente con el derecho de invadir su espacio personal y acabar incluso con la vida de ella.

La situación de las trabajadoras sexuales es un caso con particulares agravantes porque las condiciones en las que ejercen la tarea, en muchas ocasiones las pone en un lugar de vulnerabilidad mayor respecto a la VBG, sin embargo no existe registro estadístico que permita medir el impacto en esta población. La invisibilidad del problema limita las posibilidades de acción desde las políticas del Estado como desde la denuncia y demanda por parte de las organizaciones sociales.

Tampoco existen estadísticas que registren el impacto de la VBG en otros grupos como en mujeres lesbianas, usuarias de

**Lugar donde se cometió el homicidio por VD**  
Todo el país, Noviembre 2011 - Octubre 2013



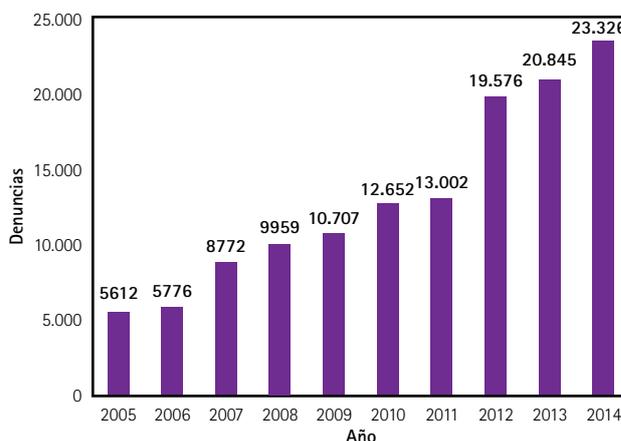
Fuente: *Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad - Ministerio del Interior 2013*

drogas, mujeres con discapacidad, personas trans o mujeres viviendo con VIH. La necesidad de una mirada integral del problema resulta más que evidente. Desde los centros de salud sobre todo, debería incorporarse la VCM en la atención de adicciones, salud sexual y reproductiva -teniendo en cuenta la diversidad sexual-, ITS/VIH y discapacidad.

La Encuesta sobre Prevalencia de la Violencia Doméstica del MSP aporta, a pesar de sus limitaciones, un dato de especial relevancia. El 14% de las situaciones identificadas de violencia doméstica en la encuesta tuvieron lugar mientras la mujer estaba embarazada. Este valor resulta alarmante (MSP-MIDES-MI, 2013).

Analizar la evolución de las denuncias por violencia doméstica, como proxy de las denuncias por VBG permite identificar un aumento sostenido de las mismas a nivel general del país. Como se ve en el gráfico siguiente, el número total de

**Evolución de Denuncias de Violencia Doméstica**  
(Todo el País - Enero a Octubre de cada año)

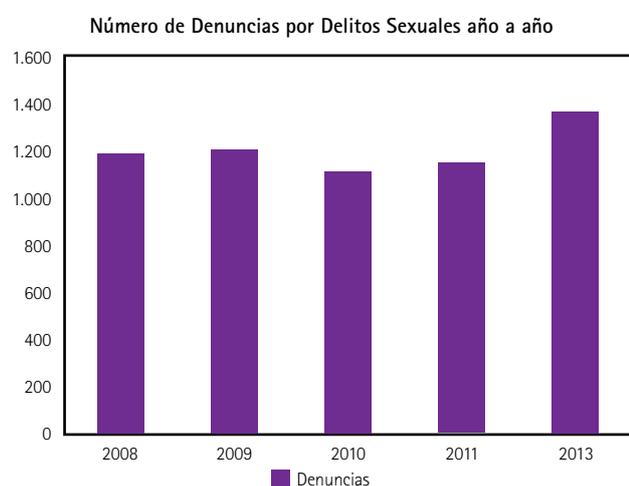


Fuente: *Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad, MI, 2014.*

denuncias crece año a año, llegando a un total de 23.326 denuncias a octubre de 2014 (MI, 2014).

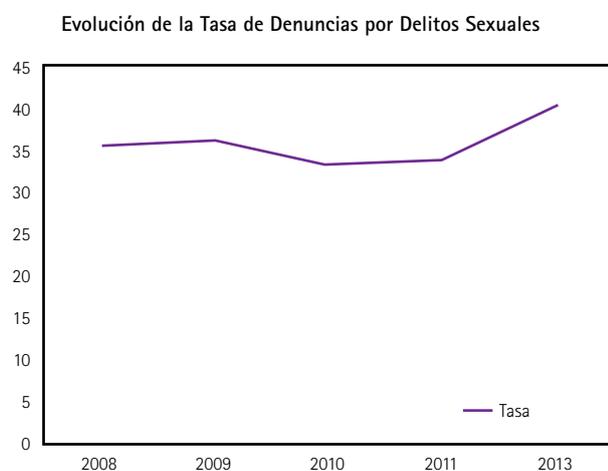
Una aclaración pertinente acerca de los datos presentados en los párrafos anteriores es que se trata de denuncias de hechos tipificados como violencia doméstica lo cual puede dejar por fuera casos de VCM e incluir casos que no sean VCM, ya que como identificáramos antes la violencia doméstica no es necesariamente lo mismo que violencia contra la mujer o violencia basada en género.

Otro dato relevante, aunque no se encuentre discriminado por sexo, es el número de denuncias por delitos sexuales, las mujeres, niños, niñas y adolescentes, son quienes más experimentan la violencia sexual. El siguiente gráfico muestra la tendencia al crecimiento del número de denuncias:



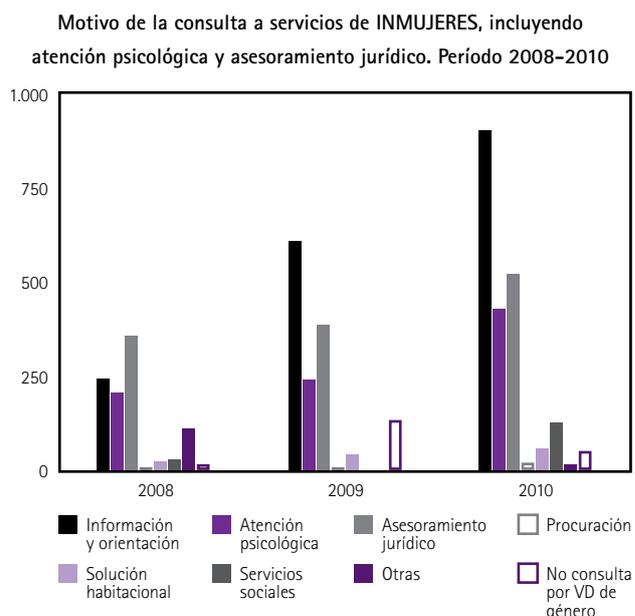
Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Regional de datos Estandarizados de Convivencia y Seguridad Ciudadana del Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

La tasa de denuncias evoluciona, entonces, de la siguiente forma.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Regional de datos Estandarizados de Convivencia y Seguridad Ciudadana del Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Respecto a los servicios de asesoramiento legal y asistencia psicológica o psicosocial a mujeres en situación de violencia, en los servicios prestados por INMUJERES-MIDES, hubo un total de 521 mujeres consultantes que recibieron asesoramiento jurídico mientras que 430 mujeres recibieron atención psicológica en el año 2010. En el siguiente gráfico se puede evaluar el avance de la atención a lo largo del período 2008-2010.



Fuente: Observatorio en línea de la violencia doméstica en Uruguay.

Es importante resaltar que al 2010 INMUJERES tenía instalados un total de 13 servicios a lo largo de todo el país, esto significa que en 6 departamentos (Cerro Largo, Durazno, Flores, San José, Soriano y Treinta y Tres) las mujeres no tenían servicio al que acceder. A la fecha actual existen servicios en todos los departamentos excepto en Treinta y Tres. También es importante destacar que no existen estadísticas que releven posibles servicios en la misma materia, como podrían ser servicios de Intendencias, organizaciones de la sociedad civil o privados. Resulta preocupante la falta de información actualizada sobre la respuesta existente cuando se ha incrementado la denuncia ante VBG. Esto indicaría que ha habido una sensibilización sobre el problema y por lo tanto mayor denuncia ante los hechos, pero no necesariamente estarían las respuestas adecuadas para atender a las mujeres que denuncian.

## Sistema de vigilancia de VCM en el país

La inexistencia de un sistema de vigilancia, evaluación y monitoreo de la VBG en el Uruguay resulta de especial alarma. Faltan datos desde las distintas instituciones, pero la sistematización de lo existente es limitada también. Esto no permite conocer además el impacto en poblaciones específicas, pues si la información es limitada para la generalidad

de las mujeres lo es aún más para las mujeres viviendo en situaciones de especial vulnerabilidad.

Los esfuerzos realizados en el marco del proyecto “Más información. Mejor prevención. Acceso a la información pública sobre violencia doméstica en Uruguay” llevado adelante por las organizaciones sociales Cainfo y la Red Uruguaya contra la Violencia Doméstica y Sexual (RUCVDS) para recopilar información desde distintas instituciones (MI, MIDES, MSP, Poder Judicial, ANEP, entre otros) con el objetivo de montar un observatorio en línea (<http://www.infoviolenciadomestica.org.uy/>) dan cuenta de esta necesidad.

## Legislación vigente en materia de VCM

La Ley N° 17.514 de Violencia Doméstica de 2002 sirve de marco para la definición de la VBG ya que no existe una ley específica sobre violencia basada en género o violencia contra la mujer.

Si bien Uruguay ha ratificado convenciones, tratados y protocolos internacionales que protegen el interés de las mujeres y de la población en general, buscando erradicar todas las formas de discriminación y violencias que las personas experimentan por su sexo, clase, etnia, orientación sexual y cualquier otro motivo<sup>14</sup>, no han sido traducidas a legislaciones nacionales.

Desde 1945, Uruguay ratificó en su legislación (Ley N° 10.683) la Carta Orgánica de las Naciones Unidas y con ello suscribió a la Declaración Universal de los Derechos Humanos. A partir de allí, el país tiene una tradición de ratificar y así incorporar en su legislación interna tratados internacionales, en especial desarrollados en la órbita de las Naciones Unidas y organizaciones vinculadas.

En materia específica de protección de las mujeres, erradicación de la desigualdad de género y la VBG, el país ha ratificado, la Convención internacional para la erradicación de todas las formas de discriminación contra la mujer (por sus siglas en inglés, CEDAW), con la Ley N° 15.164 de 1981 y también su protocolo facultativo, por la Ley N° 17.338 de 2001.

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer, más conocida como Convención de Belém do Pará, fue ratificada por la Ley N° 16.735 de 1996. Además de la ya mencionada Ley N° 17.514 de Violencia Doméstica, que sirve de marco para atender la VBG en el país (también con las limitaciones antes reconocidas).

14 Declaración Universal de los Derechos Humanos. *Artículo 2, inciso a)* “Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.”

En el 2009 se promulgó la Ley N° 18.561 de Acoso Sexual en los ámbitos laboral y educativo, buscando combatir así el acoso que sufren las mujeres en sus lugares de trabajo (sea por sus superiores o sus compañeros/as de trabajo) y en la relación alumno-docente. A pesar de que la ley no especifica el género de las personas en situación de acoso, sirve de marco para enfrentar las situaciones que las mujeres experimentan ya que en su mayoría son quienes sufren de acoso sexual en estos ámbitos.

En cuanto a la trata de personas, que afecta de especial forma a las mujeres, no existe una normativa específica. La referencia a esta situación como figura delictiva se encuentra en la Ley N° 18.250 de Migración del 2008, en una sección con tres de artículos que así lo definen (artículos 78, 79 y 80). En este sentido, el artículo 78 establece que:

*“quien de cualquier manera o por cualquier medio participe en el reclutamiento, transporte, transferencia, acogida o el recibo de personas para el trabajo o servicios forzados, la esclavitud o prácticas similares, la servidumbre, la explotación sexual, la remoción y extracción de órganos o cualquier otra actividad que menoscabe la dignidad humana, será castigado con una pena de cuatro a dieciséis años de penitenciaría”.*

El artículo siguiente de la norma, extiende la pena a todos aquellos que de alguna forma colaboraran con el proceso.

Existen además, una serie de leyes que reconocen los derechos de las mujeres y de la población en general en materia de Salud Sexual y Reproductiva. Cabe destacar entre ellas la Ley N° 18.426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva de 2008, que reconoce los derechos sexuales y reproductivos y la responsabilidad del Estado de garantizar las condiciones para su ejercicio y la salud sexual y reproductiva como un derecho intrínseco de mujeres y varones. Entre sus artículos se encuentran contemplados los derechos de la mujer a la prevención, consejería y atención en violencia (VBG en general y específicamente violencia doméstica), además de otros que contemplan la anticoncepción, tanto reversible como irreversible y de emergencia, y cuestiones relativas al embarazo, parto y puerperio, teniendo en consideración los casos de embarazo no deseado, además de incluir referencias a la educación sexual integral.

La Ley N° 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo del 2012 amplía la exención de la aplicación de la pena por el delito de aborto establecido en los artículos del Código Penal desde 1938. Si bien el cambio de marco normativo significa un avance en la respuesta ante esta problemática en el país, de todas maneras no reconoce cabalmente el derecho de las mujeres a decidir. Para que el aborto no sea un delito la

mujer que lo requiere debe presentarse a su servicio de salud y explicitar ante un equipo de tres profesionales (ginecólogo, psicólogo y asistente social) las razones por la que solicita el aborto, luego reflexionar por cinco días para la realización de la interrupción. La ley habilita servicios de interrupción legal del embarazo hasta las 12 semanas de gestación, periodo que se amplía hasta las 14 semanas cuando el embarazo es producto de una violación y sin plazo cuando hay riesgo de salud para la mujer o malformación fetal incompatible con la vida. Los servicios solo pueden ser brindados por las instituciones del subsector público y privado del Sistema Nacional Integrado de Salud, siendo un delito su práctica fuera del sistema. Las mujeres extranjeras o migrantes sólo pueden acceder a estos servicios cuando tienen más de un año de residencia en el país.

En materia de otros derechos, existe una situación de igualdad legal independientemente de que en los hechos puedan darse situaciones de violación de derechos. Así, en materia educativa, de acceso a servicios o de propiedad y herencia, las mujeres tienen los mismos derechos reconocidos por la norma. Ya la Ley N° 10.783 de Capacidad Civil de la Mujer de 1946 ponía a la mujer en situación de igualdad con los varones en materia de derechos civiles, con una actualización de la misma a través de la Ley N° 18.104 de 2007 de Igualdad de Derechos y Oportunidades entre Hombres y Mujeres en la República.

Teniendo en consideración que este marco legal responde en la mayoría de los casos a mujeres mayores de 18 años, para niñas y adolescentes existe un marco legal específico que las ampara. La ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño, por Ley N° 16.137 de 1990 representa un hito clave en el reconocimiento de derechos para los y las menores de edad. El Código de la Niñez y la Adolescencia (Ley N° 17.823 de 2004) reconoce y protege los derechos de niños, niñas y adolescentes en el país, estableciendo una serie de procedimientos para actuar en situaciones de maltrato y abuso, tanto en casos de violencia en el hogar como en otros espacios. Esto se complementa con la Ley N° 17.815 de Violencia Sexual Comercial o no Comercial Cometida contra Niños, Adolescentes o Incapaces del 2004. Esta ley regula lo relativo a explotación sexual, pornografía infantil y trata de menores e incapaces. A pesar de no referir exclusivamente a niñas, adolescentes mujeres y mujeres incapaces sirve de marco para enfrentar este problema en poblaciones de mujeres más vulnerables.

## Estudios nacionales sobre VCM

Tanto desde las instituciones del Estado como desde el ámbito académico y de la sociedad civil, los estudios son numerosos y relativamente exhaustivos, aunque la mayoría se basan en metodologías cualitativas.

La Primera Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones (PENPVBBG) realizada desde el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), cuyos resultados fueron presentados en noviembre de 2014, es el estudio que arroja los datos cuantitativos de mayor relevancia.

Existe una cantidad considerable de estudios acerca del impacto de la VCM y en especial de la violencia doméstica en el país. Tanto desde el ámbito institucional como desde el ámbito académico y de la sociedad civil, los estudios son recurrentes y relativamente exhaustivos, aunque muchos basados en metodologías cualitativas que no permiten aprehender la magnitud a nivel nacional.

Dentro del marco institucional, y a nivel nacional, los estudios antes mencionados como la PENPVBBG (INE, 2014b) y la Encuesta sobre Prevalencia de la Violencia Doméstica entre las mujeres mayores de 15 años asistidas en servicios de salud públicos y privados (MSP-MIDES-MI, 2013, son los más destacables.

A nivel de la sociedad civil la serie de informes realizados en el marco del proyecto de acceso a la información llevados adelante por Cainfo y la Red uruguaya contra la violencia doméstica y sexual (RUCVDS) han sistematizado la información sobre este asunto en el Poder Judicial, INMUJERES y en el Ministerio del Interior durante los años 2011 y 2012. A nivel departamental, INMUJERES ha realizado diagnósticos de situación en cinco departamentos, cuatro de ellos (Artigas, Canelones, Paysandú y Rivera) en 2011 y uno (Salto) en 2010, que incluyeron la indagación sobre VBG. Aunque no son estudios exhaustivos, INMUJERES, además, realizó en 2009 un compilado de cuatro investigaciones sobre violencia doméstica llamado *No era un gran amor*.

También a nivel nacional, los informes del Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva de MYSU han incorporado la variable de la VBG en el monitoreo de los servicios de salud (2007, 2008 y 2009), en el estudio sobre percepciones y valores de los profesionales de la salud (MYSU, 2010) y en las encuestas de hogares sobre vida sexual y reproductiva de mujeres entre 15 y 49 años (2012) y de varones entre 15 y 49 años (2013).

Desde el ámbito académico resalta la presencia marginal de estudios en este campo con un abordaje esporádico en tesis de grado y de posgrado. Por algún motivo, parece existir una desconexión entre la academia y el problema de la violencia contra la mujer, pues aunque existe un número considerable de tesis y monografías realizadas por alumnas/os de Trabajo Social principalmente (Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR) este interés no se manifiesta en estudios posteriores una vez comenzada la vida profesional.

No se conoce la existencia de programas -finalizados o en proceso- en el marco del Departamento de Trabajo Social de FCS que incorporen de algún modo la cuestión de la VCM. Únicamente el proyecto "*Violencia Doméstica en la agenda: aportes interdisciplinarios para su comprensión*" presentado a la Comisión Sectorial de Investigación Científica desde un grupo de docentes

de la Universidad de la República (incluyendo del Departamento de Trabajo Social FCS), va en contra de esta tendencia.

En la Facultad de Psicología (UdelaR) existe un registro de estudios académicos y publicaciones en revistas especializada que abordan el impacto de la VBG en la salud mental.

# Vínculo entre ambas pandemias

No existe un sistema de vigilancia unificado para ambas pandemias. El único estudio realizado en la materia (MYSU, 2008) en el marco del proyecto regional coordinado por FEIM, dio como resultado que en un total de 100 mujeres seropositivas, el 2% de las motivaciones para realizarse el test de diagnóstico de VIH fue por violación. Un 38% identificó sufrir episodios de violencia tras recibir el diagnóstico. La violencia fue en muchas de ellas causa o consecuencia de la infección por VIH.

En cuanto a la vigilancia nacional acerca del VIH y la VCM, es importante destacar que no hay una intervinculación en el abordaje ni en el tratamiento de las dos pandemias. A nivel de diagnóstico de situación, el único estudio existente en la materia es el informe realizado por MYSU en el año 2008, en el marco del proyecto regional coordinado por FEIM, con el objetivo de encontrar vínculos entre ambas pandemias. A través de una serie de encuestas a un total de 100 mujeres seropositivas, realizadas en el Instituto de Higiene del MSP se pudieron registrar datos que dan cuenta del vínculo entre la violencia padecida por las mujeres seropositivas antes o después de la infección por VIH.

A la hora de constatar el número de mujeres y niñas con VIH como consecuencia de una violación no se obtiene ningún dato oficial desde los centros de salud. El formulario de solicitud de test de VIH no incluye entre las razones la causa por relación sexual consentida o no consentida, excluyendo así la "violación" como motivo de solicitud. En este sentido, el estudio exploratorio realizado por MYSU en el año 2008, buscó identificar los motivos por los cuales las mujeres en tratamiento por VIH, habían realizado el estudio de identificación. Para esto "se buscó obtener respuestas espontáneas, teniendo el encuestador ocho categorías para su clasificación: voluntad propia, embarazo, relación sexual sin protección, pareja viviendo con VIH, pedido del médico, violación, compartir drogas inyectables, otros. Se debían marcar todas las opciones a las cuales refiriera la respuesta de la encuestada. Sobre un total de 114 motivos expresados, "violación" fue la respuesta en 2% de las mujeres encuestadas"(MYSU, 2008:13).

No existe información ni estudios que refieran al impacto del abuso físico o económico como consecuencia de ser persona viviendo con VIH. Sin embargo la encuesta de MYSU vuelve a alumbrar algunas tendencias, ya que del total de mujeres entrevistadas en situación de violencia, 38% identificó que las formas de violencia que han experimentado han sucedido luego de recibir su diagnóstico de VIH, lo que indicaría claramente que el ser seropositivas podría ser causa de situaciones de VCM. En el mismo estudio, 62% de las mujeres seropositivas encuestadas relataron episodios de violencias como situaciones vividas previo a recibir el diagnóstico positivo de VIH (MYSU, 2008:14). Si bien una muestra de 100 casos concentrados en un único lugar no permite sacar conclusiones generales, es el único antecedente que existe de la vinculación entre ambas pandemias y arroja resultados que permiten dar cuenta del impacto que representaría en la vida de las mujeres que la padecen. Por ejemplo, la encuesta incluyó preguntas acerca de lesiones, daños en el cuerpo o genitales y/o contagio de infecciones de transmisión sexual en situaciones de violencia que pudieran haber padecido. El 35% identificó haber padecido alguna de estas formas de violencia. "En esos casos se preguntó cuántas veces en su vida habían sufrido este tipo de lesiones o daños y los resultados fueron: 29 % de una o dos veces, 11,4% de tres a cinco y 60% más de cinco veces"(MYSU, 2008:15). Se indagó además sobre la asistencia médica ante las lesiones, identificando un 58% de las entrevistadas que nunca había recibido atención, un 31% que alguna vez y un 11% que siempre.

No se ha encontrado registro oficial alguno del número de mujeres que tuvieron asistencia por VIH ante situaciones de violencia por parte de su pareja o cualquier otra forma de violencia de género perpetrada por la familia o en cualquier otro ámbito. Los mecanismos de denuncia de violencia institucional son limitados, y cuando existen estos hechos, la denuncia debe registrarse en el mismo centro donde fue perpetrada, y en el caso de violencia por parte de la familia o la pareja los datos existentes son por estudios específicos dado que el registro institucional es fragmentando. No existe, por lo tanto, registro del número de mujeres que reciben tratamiento para la prevención de la transmisión vertical de VIH o tratamiento ARV por ser víctimas de violencia.

# Características de los servicios y programas de atención a VIH y VCM

## Servicios de Prueba, Tratamiento, Cuidado y Apoyo de VIH

### Situación general de los servicios

De acuerdo a lo establecido por la Ley N° 18.426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, su decreto de reglamentación específica que los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) deben, a través de sus equipos, atender en prevención de ITS a la población en general, evitar la transmisión en situaciones de embarazo y parto, además de fomentar campañas que erradiquen la discriminación hacia personas que conviven con enfermedades de transmisión sexual y proteger sus derechos individuales -sobre todo lo que hace a la confidencialidad-. También es facultad del servicio investigar y difundir resultados sobre incidencia y mecanismos de transmisión del VIH/SIDA y de otras ITS<sup>15</sup>.

(...) *"las prestaciones en materia de salud sexual tienen como propósito (...) ofrecer consejería y cuidados relativos a las enfermedades de transmisión sexual."*<sup>16</sup> Deben incluir tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, y prevenir, atender y derivar situaciones de violencia considerando lo dispuesto en la Ley N° 17.514 de violencia doméstica y su respectiva reglamentación.

Si bien la ley y su reglamentación asignan a los servicios de salud sexual y reproductiva esta función en relación a la atención de ITS y violencia, en la práctica el cumplimiento de estas funciones depende de los profesionales de la salud. Factores como interés, capacitación y disponibilidad influyen en el cumplimiento o no de estas tareas.

El plan piloto que se desarrolla en la policlínica de La Teja (Montevideo) y en la policlínica de Barros Blancos (Canelones) presenta un nuevo modelo de atención, que integra el conocimiento especializado de los/las infectólogos a la atención comunitaria en la localidad.

Este modelo impulsado desde el MSP no pretende la incorporación de infectólogos en cada servicio que compone el primer nivel de atención, sino el acompañamiento del mismo

a los equipos que lo atienden. Esto se realiza en la búsqueda de un nuevo modelo descentralizado y desde una perspectiva de la medicina familiar y comunitaria.

Por otra parte, la atención en VIH/SIDA se centraliza en los hospitales del interior y en el Servicio de Enfermedades Infecto Contagiosas (SEIC) que funciona en el Instituto de Higiene. Este servicio es visto por algunos usuarios como estigmatizante, ya que las personas que se atienden allí acuden únicamente por situaciones de VIH/sida. Asimismo, no se atienden demandas de otro tipo, ya que los/las profesionales atienden desde la especialidad de infectología, y muy pocos de ellos se encuentran capacitados en otras temáticas tales como violencia, salud sexual y reproductiva, diversidad, etc.

Mujeres, mujeres embarazadas, niños, niñas y adolescentes son atendidos en el Hospital Pereira Rossell y en el Centro de Referencia Materno Infantil. Según fuentes de la Asociación de Seropositivos (ASEPO) la atención en el centro de referencia integra distintas demandas en salud, además el personal se encuentra capacitado y sensibilizado. Frente a un diagnóstico positivo, se deriva inmediatamente al equipo interdisciplinario -integrado por las áreas social, psicológica y médica- que acompaña al usuario/a. ASEPO integra, como organización de la sociedad civil, el área social del centro brindando apoyo y consejería. Este es una estrategia de atención que podría servir de referencia a nivel de todo el país.

El acompañamiento interdisciplinario se prolonga en el tiempo, estando presente en todas las etapas del tratamiento e integrando otras demandas que el usuario/a de salud seropositivo pueda tener. Es el caso de las situaciones de violencia las cuales son detectadas a través del área psicosocial o de la Consejería de ASEPO. Frente a casos de violencia identificados por ASEPO la organización deriva a la Casa de la Mujer de la Unión, ONG que presta servicios de atención a mujeres en situación de violencia doméstica.

En el SEIC, si bien existe derivación a servicio social frente a un diagnóstico positivo de VIH, esta no tiene carácter inmediato, sino que debe agendarse lo que implica una situación de desconcierto y desazón para el usuario/a ya que se retira del servicio únicamente con el diagnóstico positivo sin asesoramiento alguno.

15 Reglamento de la Ley N° 18.426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. Artículo 4.

16 ibidem, artículo 2.

El siguiente cuadro, si bien está desactualizado porque no integra un servicio creado recientemente- resume la respuesta que brinda la salud pública en relación al tratamiento y atención en Montevideo. En el interior del país el tratamiento se lleva adelante en algunos hospitales y en el caso del departamento de Canelones también en la Policlínica Salvador Allende de Barrios Blancos.

Tratamiento en Montevideo			
Mutualistas / Seguro privado		Atención ambulatoria e internación	
Hospital Pasteur / Instituto de higiene	Servicio de Enfermedades Infecciosas (SEIC)	Atención ambulatoria a los/las pacientes con VIH (controles, exámenes, medicación)	Dirección: Alfredo Navarro 3051. Tels.: 24871000 24871194
	Hospitales públicos	Internación de los/las pacientes con VIH	Ver el listado de hospitales en anexos
Hospital Pereira Rossell	Hospital pediátrico	El Centro Nacional Obstétrico-Pediátrico de Referencia VIH/ SIDA atiende a niños/as y a mujeres embarazadas	Dirección: Bvar. Artigas 1550 (se entra por la calle Lord Ponsomby). Tels.: 27087741/44
	Hospital de la Mujer	Se prestan todos los servicios relativos a la Salud Sexual y Reproductiva de la Mujer	
	Consejería de la ASEPO (Integrada al equipo de salud)	Se brinda Consejería, de forma totalmente confidencial. Confirmar horario directamente con ASEPO	

Fuente: Información útil para mujeres con VIH. INMUJERES-MIDES, 2014.

Cabe agregar que ASEPO gestiona la línea 0800 3131 que anteriormente ofrecía asesoramiento a personas con VIH/SIDA y que fue ampliada a salud sexual y reproductiva brindando consejería e información sobre los servicios existentes en el Sistema de Salud. Es un servicio anónimo, por lo que no se registran datos personales excepto aquellos que sirven para identificar las zonas del país que más solicitan el servicio.

### Confidencialidad y privacidad

La confidencialidad y la privacidad en la atención de los servicios de SSR está incluida en la reglamentación de la ley 18.426 en sus artículos 3 y 8<sup>17</sup>.

**Artículo 3.- "Los servicios de salud sexual y reproductiva formarán parte de los programas integrales de salud y deberán brindarse con un abordaje:**

*i) Confidencial, observando la normativa vigente en materia de confidencialidad y secreto profesional en todas las instancias y procedimientos de la atención."*

**Artículo 8.- "Los servicios de salud sexual y reproductiva contarán con instalaciones físicas que garanticen la privacidad y confidencialidad de la consulta y los procedimientos que corresponda realizar a los mismos."**

También en las Directrices básicas para la realización de consejería / orientación en VIH – Sida (2009) y en la guía Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Pautas de diagnóstico, Tratamiento y Control Epidemiológico (2009), se establece protección de la confidencialidad:

*"Se debe lograr que todas las personas involucradas (médicos, enfermeras, técnicos de salud, etc...) respeten la obligación ética y legal de mantener la confidencialidad. Es necesario asegurar la privacidad de toda la información que proviene del usuario/a y establecer los procedimientos adecuados para proteger la misma de su divulgación" (MSP, 2009:14).*

*"Privacidad y confidencialidad deben ser esencialmente respetadas para evitar la discriminación y estigmatización que habitualmente origina el hecho de tener o presumirse la existencia de una ITS (...)" (MSP, 2009b:53).*

ASEPO ha identificado barreras en la concreción del derecho de confidencialidad sobre todo en el Interior del país, donde las circunstancias de baja población generan que los y las usuarias de los distintos centros de salud tengan vínculos cercanos con el personal que allí trabaja. Esto genera, en algunos casos, la pérdida de esa privacidad o confidencialidad del diagnóstico y/o tratamiento.

También fue identificada la falta de confidencialidad en el relevamiento sobre requerimientos de salud de personas trans realizado por MYSU. En el "Relevamiento de necesidades de salud en personas Trans" (2012:23) se da cuenta de esta carencia a la hora de garantizar la confidencialidad en los resultados clínicos y paraclínicos, así como en la atención de los centros de salud.

Para el caso de personas con VIH, los mecanismos de denuncia implican realizar el trámite en el mismo centro de salud o en ASSE (en la capital del país). Esto representa un desestímulo ya que la persona denunciante se seguirá atendiendo y vinculando con el/la profesional (o profesionales) en el centro denunciado, no contando con el amparo del anonimato.

Por otro lado, el trasladarse a Montevideo para realizar la denuncia a través de ASSE es poco factible por los recursos económicos y de tiempo que esto implica.

Asimismo, la organización ASEPO realiza el seguimiento de denuncias, pero las mismas no siempre siguen su curso dado que en algún momento del proceso la persona denunciante debe salir del anonimato. Esta situación es vista como perjudicial por el/la denunciante por lo mencionado anteriormente. El mismo proceso de denuncia aplica también para casos de discriminación a personas con VIH, presentándose las mismas barreras. Esta misma inquietud se registra en la definición de un protocolo que regule los procesos de denuncia en el proyecto de ley existente sobre VIH.

### Obligatoriedad del test de VIH

La no obligatoriedad del test de prueba es respetada en las distintas directrices sobre la atención en VIH/SIDA y otras ITS.

*"Es necesario contar con el consentimiento informado del usuario para poder realizar el examen diagnóstico para VIH y para ello la persona debe estar informada y tomar libremente la decisión de realizárselo o no. Recordar que este examen es voluntario" (MSP, 2009:28).*

*"La consejería y el test de diagnóstico del VIH deben contar siempre con la aprobación voluntaria (expresada en el consentimiento informado) del usuario/a. Ello se aplica tanto para aquellas personas que concurren al centro de salud procurando conocer su situación como aquellos que son orientados por el técnico de salud a hacerse el test de VIH. (MSP, 2009:14).*

*"El consentimiento informado es condición imprescindible para lograr una buena adhesión del paciente en relación al tratamiento y sus controles, así como para poder indicar la realización de los estudios, especialmente la serología para VIH y el respeto a la autonomía y toma de decisiones del usuario del sistema de salud" (MSP, 2009b:53).*

Si bien se presenta el consentimiento informado como requisito para la realización del examen diagnóstico de VIH, existen casos que exceden esta regla.

En el caso de las embarazadas, se les adjunta la realización del test en conjunto con otros exámenes sin requerir su consentimiento, a pesar de que la normativa estipula la necesidad del mismo.

Para las/los trabajadoras/es sexuales resulta obligatorio el diagnóstico de infección por VIH para el ingreso al Registro Nacional del Trabajo Sexual además de controles trimestrales, tal y como se indica en las Directrices para la Atención Integral de las/los trabajadoras/es sexuales, reglamentando la Ley N° 17.515 de Trabajo Sexual.

**Artículo 14.-** *Todo trabajador sexual deberá someterse a controles sanitarios que incluyan examen clínico y paraclínico de acuerdo a las pautas previstas por el Ministerio de Salud Pública.*

**Artículo 15.-** *La atención a las personas que ejerzan el trabajo sexual comprenderá, asimismo, los aspectos de educación y promoción de salud, con énfasis en la profilaxis de las enfermedades de transmisión sexual.*

**Artículo 16.-** *En cada una de las capitales departamentales existirá, a disposición de los trabajadores sexuales y de quienes soliciten información, un equipo mínimo interdisciplinario formado por médico, nurse o auxiliar de enfermería y asistente social.*

**Artículo 17.-** *El Ministerio de Salud Pública expedirá en forma gratuita a los trabajadores sexuales un carné sanitario que acreditará el adecuado control de su estado de salud.*

También para los/as aspirantes a formar parte de la Fuerza Aérea, el Decreto N° 470/007 establece la creación de un Reglamento sobre condiciones de ingreso a la Escuela Militar de Aeronáutica en el cual se exige como requisito el test de VIH.

**Artículo 15to.-** *El presente Capítulo establece los requisitos de la aptitud psicofísica para el ingreso a la Escuela Militar de Aeronáutica.*

#### **B) Técnica del Reconocimiento:**

##### **Exámenes:**

*Los reconocimientos médicos para ingreso o control constarán de los siguientes exámenes:*

#### **9) Análisis de laboratorio:**

*a. Sangre: Hemograma completo, glicemia, urea, perfil lipídico, uricemia, serología (VDRL y HIV) y Grupo sanguíneo.*

Reglamentos similares aplican para las otras fuerzas armadas. El Ejército tiene como requisito de ingreso la condición de VIH negativo (y con ello, se sobreentiende que se exige el test de diagnóstico) reglamentado por Decreto N° 16/977.<sup>18</sup>

Para la Armada, los Requisitos Médicos de ingreso a la Escuela Naval del Uruguay (ESNAL) definen de igual modo que ser portador/a del VIH es condición de inaptitud para servir (esta reglamentación fue aprobada por C/S DIPER N° 926/25/XI/09

18 Ver <http://www2.ejercito.mil.uy/noticia.php?idA=118&idC=40&idSc=42>

y modificada por Decreto COMAR de fecha 30 de diciembre de 2011).<sup>19</sup>

### Disponibilidad de los test

El test rápido de VIH se realiza en el Día Nacional de Prevención de VIH de forma gratuita en distintos servicios para toda la población. De forma permanente, tanto el test (incluyendo el rápido) como el tratamiento son gratuitos para las/los usuarias de ASSE; no así en las instituciones del subsector privado del sistema de Salud (IAMC - mutualistas) donde se debe abonar el valor del ticket de examen médico y tickets de medicamento para los fármacos necesarios, los cuales varían de costo según el centro de atención. Como consecuencia, el TARV adquiere distintos valores en las distintas IAMC.

### Atención a mujeres con VIH/SIDA

En cuanto a la atención en VIH/SIDA a mujeres, se pretende que el/la profesional de la salud considere la feminización de la epidemia, y por lo tanto potencie cada encuentro con la mujer *"para trabajar el cuidado y derecho a su salud, así como promover la comunicación con su pareja en la prevención de las ITS/VIH"* (MSP, 2009:32). Además se recomienda ofrecer el test a la mujer, independientemente de su comportamiento sexual o el de su pareja.

Frente a un resultado negativo del test de diagnóstico de VIH, se espera que la consejería pase por *"reforzar las prácticas seguras ya adoptadas como los beneficios del uso correcto del preservativo/condón y del uso exclusivo de equipamientos para consumo de drogas"* (MSP, 2006:31).

También se destaca en las guías la importancia de brindar herramientas para que la mujer negocie el uso del preservativo con su pareja. Por ejemplo, en consejería pretest se debe:

*"Identificar las dificultades para la adopción de prácticas más seguras (por ejemplo no saber usar el preservativo/condón o tener dificultades en la negociación del uso del mismo con la pareja)"* (MSP, 2009:28).

El estudio sobre "Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas" realizado por MYSU (2012:42) releva que casi un 25% de las más jóvenes y con menor nivel educativo mencionaron sentir impotencia a la hora de negociar con sus parejas el uso de preservativo; mientras que poco menos de 15% de las mujeres con niveles educativos superiores se encontraron en similar situación. Esto demuestra la real dificultad que enfrentan las mujeres uruguayas para negociar el uso del preservativo con sus parejas, y el necesario trabajo que se debe

hacer desde los/las profesionales de salud para brindar herramientas en este sentido.

A su vez, en los contenidos que deben tratar los equipos que realizan atención en ITS, se encuentra el difundir:

*"Técnicas y prácticas de relaciones sexuales que minimicen el riesgo de contraer ITS (sexo sin penetración, uso correcto del preservativo, fortalecimiento de la capacidad de la mujer en el cuidado de su salud y negociación del preservativo con su pareja)"* (MSP, 2009b:53).

Por otra parte, son pocas las referencias a conceptos relativos a la violencia vivida por mujeres y niñas en los protocolos y guías de actuación en atención de VIH. En un apartado de *"Infecciones de Transmisión Sexual. Pautas de diagnóstico, tratamiento y control epidemiológico"* se destaca la vulnerabilidad de las mujeres y los niños y niñas.

*"Son éstos además los que sufren las mayores complicaciones, los que no siempre tienen oportunidades para acceder a tratamientos y controles adecuados. El control de las ITS debe ser considerado entonces fundamental para mejorar la salud de la población, en particular de la salud sexual y reproductiva por el impacto que tiene sobre mujeres y niños. Al mismo tiempo la conexión de estas infecciones con el VIH exige una coordinación adecuada en la forma de abordarlas integralmente, desde el primer nivel de atención, evitando perder oportunidades en materia de estimular la prevención así como el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, superando a la vez cualquier tipo de discriminaciones"* (MSP, 2009b:7).

En cuanto a la identificación de situaciones de violencia *"Directrices básicas para la realización de consejería/orientación en VIH/SIDA"* plantea la importancia de la misma en la consejería.

*"(...) es importante también identificar situaciones de maltrato oculto basado en diferencias de poder o intransigencia, a la que la mujer se ve enfrentada con su pareja o su entorno familiar. En esta situación, <<la evaluación de los recursos presentes permitirá diseñar, junto a la mujer un estrategia de búsqueda de alternativas>>"*(MSP, 2009:33).

Asimismo, todos los profesionales de la salud deben completar el formulario de despistaje para violencia doméstica (formulario violeta) que busca detectar situaciones de violencia a lo largo de la vida de la mujer consultante. Frente a una respuesta afirmativa el profesional deberá derivar a los equipos referentes de violencia del centro de salud. En la realidad, el llenado del formulario es llevado a cabo por algunos profesionales, y en muchos casos su aplicación no se

<sup>19</sup> [http://www.escuelanaval.edu.uy/images/stories/pdf/requisitos\\_medicos.pdf](http://www.escuelanaval.edu.uy/images/stories/pdf/requisitos_medicos.pdf)

da de tal forma que permita una respuesta afirmativa. El clima adecuado para llevar adelante el llenado del formulario no se genera en situaciones de apuro por parte del profesional, insensibilización acerca de la temática o el hecho de que la usuaria lo sienta invasivo.

Los resultados del estudio "Profesionales de la salud y salud sexual y reproductiva. Estudio sobre percepciones, valores y prácticas" (MYSU, 2010: 72), sugieren que "la violencia contra las mujeres es una realidad que impacta en los servicios de salud y para la cual los profesionales no se sentirían en condiciones afectivas y técnicas para intervenir", debido a que frente a éstas, los/las profesionales sienten impotencia y enojo como emociones predominantes.

Desde el nuevo modelo de atención en el primer nivel de salud se pretende hacer un abordaje integral a las personas viviendo con VIH y sus posibles situaciones de violencia. En el caso del SEIC el tratamiento es desde una óptica especializada al igual que la atención en unidades hospitalarias, lo que implica que la violencia no es un tema a considerar.

Los servicios de atención a mujeres embarazadas deben brindar espacios de educación participativa que incluya temas de interés para las mujeres y sus parejas, entre los que se destaca el de prevención de violencia doméstica (MSP, 2007:8).

A su vez, tanto en la primera consulta como en el seguimiento de la mujer que cursa embarazo normal se debe indagar sobre posibles situaciones de violencia doméstica y sexual entre otras situaciones (como uso de sustancias psicoactivas, patologías psíquicas y/o situaciones de vulnerabilidad psicológica) (MSP, 2007:9). En el caso de identificar situaciones de este tipo se procederá según el "Abordaje de Situaciones de Violencia Doméstica hacia la Mujer" (MSP, 2006b). A continuación se presenta el protocolo de actuación actual de los equipos de salud frente a un caso de violación sexual:

#### EN CASOS DE VIOLACIÓN SEXUAL

Los equipos de salud deben:

Aplicar el abordaje de Situaciones de Violencia Doméstica hacia la Mujer  
Guía de procedimientos en el Primer Nivel de Atención de Salud, MSP 2007

En todos los casos, las personas perjudicadas deben ser atendidas con integridad, comprensión, privacidad y confidencialidad

#### PREVENCIÓN DE EMBARAZO

Levonorgestrel 0,75mg

2 comprimidos en dosis única o

1 comprimido cada 12 horas en dos dosis

En su defecto utilizar el Método de Yuzpe

50mcg Etil Estrasdiol + 250mcg Levonorgestrel

2 comprimidos VO cada 12 horas en dos dosis o

4 comprimidos VO dosis única

30mcg Etil Estrasdiol + 150mcg Levonorgestrel

4 comprimidos VO cada 12 horas en dos dosis u

8 comprimidos VO dosis única

#### RECOLECCIÓN DE SECRECIONES (Legal)

Aspirar secreciones con jeringa sin aguja de fondo de saco vaginal y enviar a laboratorio para detección de ADN, espermatozoides y microbiológico.

Para cavidad bucal, si no hay secreciones o en violación anal usar hisopo de algodón y fijar en papel filtro estéril. Guardar en sobre lacrado a temperatura ambiente o heladera. No usar sobre de plástico ni fijadores.

Asegurar cadena de custodia de muestra de ADN.

#### PREVENCIÓN DE VIH

Iniciar tratamiento preventivo antes de las primeras 6 horas

Zidovudine (AZT) 300mg VO cada 12 horas por 4 semanas

Lamivudine (3TC) 150mg VO cada 12 horas por 4 semanas

Saquinavir 1.000mg VO cada 12 horas por 4 semanas

Ritonavir 100mg VO cada 12 horas por 4 semanas

Si no dispone esta medicación derivar a Instituto de Higiene con resumen de caso clínico e indicación médica

#### PREVENCIÓN DE ITS

Penicilina G Benzatínica 2.400.00 UI IM dosis única

Ciprofloxacina 500mg VO dosis única

Metronidazol 2.000 VO dosis única\*

Azitromicina 1.000mg VO dosis única\*

\*En personas con patología gastroduodenal evitar monodosis

#### PREVENCIÓN DE HEPATITIS B

En mujeres no inmunizadas indicar:

Inmunoglobulina Humana Anti Hepatitis B 0,06ml/kg IM

Vacuna Anti Hepatitis B 20mcg IM a los 0-1-6 meses

Si bien se profundizará más sobre este tema en la sección de servicios de violencia, cabe destacar que MYSU realizó una propuesta de protocolización de la atención frente a casos de violación sexual destinada a la prevención del embarazo y del VIH-sida y otras ITS (MYSU, 2011), que tuvo una implementación piloto en los servicios de la Intendencia de Montevideo. De todas maneras el protocolo no fue considerado por las autoridades ministeriales a pesar de que se buscaba que la atención a víctimas de violación fuese regulada en la respuesta sanitaria institucional para que las intervenciones no quedasen libradas a la decisión o discrecionalidad de los profesionales intervinientes.

## Prestaciones sociales para PWS

El siguiente cuadro resume algunas de las prestaciones sociales que existen para las personas viviendo con VIH/SIDA en el país.

Tarjeta Uruguay Social para Programas Alimentarios de INDA (INDA / MTSS)	Es un programa de apoyo alimentario para personas con enfermedades crónicas y en situación de vulnerabilidad socioeconómica. Consiste en una prestación mensual para la compra de víveres en comercios adheridos a través de la recarga mensual de la tarjeta.	En Montevideo: Llamar al 0800 7171 opción 5  En el Interior: En el Área Social de las Intendencias de cada Departamento.  Por más información: Llamar al 2916 2603 / 2916 2852
Pase libre de transporte colectivo urbano (IMM)	Beneficio de libre tránsito para el transporte colectivo de Montevideo a personas con VIH en situación de vulnerabilidad socioeconómica.	Tel: 1950 2171

Fuente: *Información útil para mujeres con VIH*. INMUJERES-MIDES, 2014.

Además del pase libre de transporte colectivo urbano que brinda la Intendencia de Montevideo, existen prestaciones similares en otros departamentos. En el departamento de Rivera se les entrega un paso libre de transporte a las PWS, mientras que en Canelones esta prestación es brindada únicamente a las personas que viven con SIDA, situación que las organizaciones de VIH se encuentran trabajando para modificar, en el entendido que no corresponde darlo en esa etapa de la enfermedad.

Por otra parte, la Intendencia de Montevideo también otorga una tarjeta de descuentos especiales en comercios para las personas que poseen el pase libre antes mencionado.

Existe una pensión para todo niño diagnosticado con VIH hasta los 18 años, con posibilidad de prórroga hasta los 21 años previa evaluación.

Se destaca que todas estas prestaciones se encuentran determinadas también por situación socioeconómica o estado avanzado de enfermedad.

No se registró la existencia de refugios específicos para PWS. En el caso de la necesidad de pernoctar en uno, las personas viviendo con VIH/SIDA deben acudir a refugios disponibles para la población en situación de calle.

## Servicios dedicados a la atención de víctimas de VCM

### Situación general de los servicios

En el marco del combate a la Violencia Doméstica, tomando como base la Ley N° 17.514, el Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica y el Primer Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos, el Estado ha llevado adelante, a través de INMUJERES, un esfuerzo por generar una red de servicios a nivel de todo el país para tratar la situación de mujeres que experimentan VBG. En 2005 se fundó en Montevideo el primer Servicio Especializado de Atención a Mujeres en Situación de Violencia, marcando el comienzo de un proceso expansivo que a lo largo de los años ha llevado a que en el 2014 exista un servicio en cada departamento del país con excepción de Treinta y Tres.

Estos servicios cuentan con un equipo multidisciplinario compuesto por psicóloga/o, trabajador/a social, abogada/o y secretaria/o. Según lo establece el Protocolo de atención para los Servicios especializados de Atención a las Mujeres en situación de Violencia Doméstica del Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES-MIDES, 2010), los equipos deben recibir a las mujeres y, en un clima de contención, apoyo y confidencialidad, ir llenando un formulario específicamente diseñado para tener un perfil más claro de la consultante y también de la situación de violencia y el/la agresor/a. Estos datos se utilizan luego para generar estadísticas en el Sistema de Información de Género de INMUJERES.

Estos 18 Servicios se encuentran instalados en la mayoría de los casos en las capitales departamentales ya que operan en las Oficinas Territoriales del MIDES. Existen excepciones, ya que los Servicios de Canelones, Colonia, Maldonado, Rocha y San José se encuentran instalados en otras localidades importantes que no son capital departamental. Este dato resulta relevante ya que por una parte situarse en las ciudades capital o ciudades importantes permite acceder a un número mayor de situaciones de violencia, pero por otra parte puede representar una limitación en el acceso para mujeres que viven en localidades lejanas a donde está instalado el servicio, en especial tratándose de mujeres con bajos recursos o en situaciones de extrema violencia.

A su vez, 12 de los Servicios en todo el país han incorporado dispositivos móviles, que se encargan de realizar tareas de promoción y difusión, acercando así la información a

las mujeres y la población en general, además de brindar herramientas y apoyo a los y las operadores/as sociales que trabajan en el territorio. Estos dispositivos se encuentran ausentes en los departamentos de Cerro Largo, Durazno, Flores, Soriano y Montevideo. Resulta un tanto alarmante la situación de Montevideo considerando que un 40% de la población del país habita en esta ciudad.

Entre las prestaciones que los Servicios ofrecen se encuentra el asesoramiento legal y apoyo psicológico para las mujeres en situación de violencia, además de la consejería. Los Servicios pueden además ayudar a la mujer en la búsqueda de soluciones habitacionales y derivarle a otros servicios sociales que puedan serle de ayuda cuando la situación de violencia sea una de las tantas problemáticas que puedan aquejarle. En el interior del país los Servicios tienen la capacidad de patrocinar a la mujer en caso de juicio, siguiendo los pasos que el protocolo de acción indica para la protección de la mujer y también de los y las profesionales que trabajan en ellos.

Desde el Ministerio del Interior (MI) se han realizado esfuerzos para incorporar las cuestiones de género y salud sexual y reproductiva en los servicios policiales. Desde que se incorporara el delito de violencia doméstica en la Ley N° 16.707 de Seguridad Ciudadana, la cuestión de la VBG se ha ido integrando progresivamente. Existen en todo el país Unidades Especializadas en Violencia Doméstica (UEVD). Son un total de 31, por lo que algunos departamentos tienen más de una instalada. Al no existir la figura de violencia basada en género o de violencia contra la mujer, las cuestiones de género acaban siendo tratadas en el marco de las UEVD, lo cual representa problemas para afrontar esta situación.

El personal de las UEVD está, como lo indica su nombre, capacitado especialmente en cuestiones de género y violencia doméstica. Las UEVD, a su vez, operan regidas por un protocolo único de acción, la Guía de procedimiento policial: Actuaciones en violencia doméstica y de género (MI, 2011). Esta guía contiene una serie de recomendaciones que además de orientar al personal policíaco sobre cómo debe proceder frente a una persona en situación de violencia (actitudes, disposición, etc.), incluye herramientas para hacer una evaluación de riesgo de la situación, todo con el objetivo de llegar a una mejor solución para la persona denunciante. La guía contempla además las situaciones en las que se debe proceder con respuestas inmediatas, magnitud con la que deben serlo y forma de actuación para proteger la privacidad y confidencialidad de la persona denunciante. Proteger la integridad física y moral de la persona y otras potenciales víctimas (hijos sobre todo) resulta crucial.

A diferencia de los Servicios de INMUJERES, las UEVD se enmarcan exclusivamente en la Ley N° 17.514, por lo que consideran la eventualidad de recibir a hombres como

denunciantes. A pesar de que esta situación puede presentarse, queda en claro que no son servicios exclusivamente centrados en el combate de la VBG.

Las UEVD deben además llenar un formulario para el relevamiento de información sobre violencia doméstica en todo el país, el Formulario de Actuación Policial - Relevamiento de Indicadores de Violencia Doméstica. Este formulario viene incluido en el Protocolo: Gestión de información de violencia doméstica, elaborado por el MI y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

Buena parte de las Intendencias del país ofrecen algún tipo de servicio para la atención de la violencia doméstica y la VCM en alguna medida. En algunos casos actúan en conjunto con organizaciones de la sociedad civil para llevar adelante estos programas, planes o servicios. Usualmente poseen áreas o programas de género aunque en otros casos se integra el problema de la violencia con las áreas, programas o departamentos de familia, lo cual tiene un claro enfoque de combate a la violencia doméstica y no a la VBG, resultando ser una limitación.

Además, según el Diagnóstico sobre las Respuestas del Estado ante la violencia contra las mujeres en Uruguay realizado por el MSP, MIDES, MI y Poder Judicial en 2011, se encontró que aproximadamente el 20% de las Intendencias no poseían ningún tipo de servicio o prestación para hacer frente al problema. Las respuestas, además, son muy diversas ya que *"varias Intendencias realizan la tarea de asesoramiento y derivación. En algunos casos participan con otras instituciones en el desarrollo de refugios específicos para VD. En otros casos abarcan derivación, otro asesoramiento y/o atención a víctimas. Son escasas las Intendencias que desarrollan servicios psicosociales y legales, permanentes en el tiempo y en varias localidades del departamento"* (MIDES-MSP-MI-Poder Judicial, 2011:61). Estos déficits refuerzan la centralización de las respuestas en lugares específicos y no una acción más integral o descentralizada.

A nivel de Montevideo existen los Juzgados Letrados de Primera Instancia de Familia Especializados del Poder Judicial. Estos juzgados tienen por ley la competencia específica para actuar en materia de violencia doméstica y para proceder de urgencia en aquellos casos que requieran atención inmediata por el riesgo que implican o porque se constataran lesiones graves a niños, niñas y adolescentes. De nuevo, el marco legal se impone como una barrera, ya que aunque estos tienen a personal especializado en materia de violencia doméstica, no así en materia de VBG o violencia contra la mujer en general.

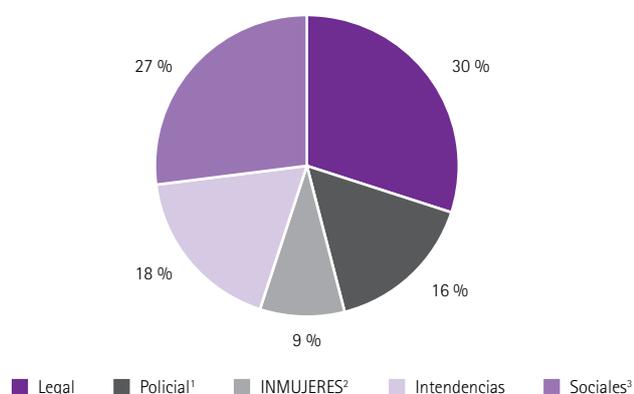
La situación se agrava en el interior del país donde estos juzgados no existen. Para solucionar este déficit, la ley le otorga capacidades similares a los Juzgados Letrados de Familia, los

Juzgados Penales y, en situaciones especiales (medio rural, poblaciones que no tienen juzgado de algún otro tipo), a los Juzgados de Paz. Es importante resaltar que estos juzgados aunque tengan capacidad para actuar de facto y de jure, lo cierto es que el personal raras veces tiene los conocimientos específicos que la materia exige, mucho menos conocimientos acerca de cuestiones de género en especial. La centralización de las respuestas en Montevideo puede estar atentando a que en el interior del país no se resuelvan situaciones de violencia doméstica.

Además de los servicios antes mencionados, en la capital del país también operan los servicios de las Comuna Mujer dependientes de la Intendencia de Montevideo que a nivel de municipios brindan atención psicosocial y legal.

La siguiente gráfica resume la distribución de instituciones de recurrencia para las mujeres en situación de violencia doméstica y/o sexual en el país, incluyendo también a las organizaciones de la sociedad civil de consulta, asesoramiento y prestadoras de servicios.

Distribución de servicios de atención, consejería o apoyo a mujeres en situación de violencia doméstica y/o sexual en el país



#### Aclaraciones:

<sup>1</sup> Solo unidades Especializadas en Violencia Doméstica

<sup>2</sup> Solo Servicios Especializados de Atención a VBG

<sup>3</sup> Incluye ONGs.

Información extraída de INMUJERES, Observatorio en Línea de la Violencia Doméstica y Red Uruguaya en Contra de la Violencia Sexual y Doméstica

En materia de servicios telefónicos existe el 0800 4141, de carácter gratuito, desarrollado en convenio de la Secretaría de la Mujer de la Intendencia de Montevideo con la organización social Plenario de Mujeres del Uruguay (PLEMUU). Este servicio brinda asesoramiento, apoyo y contención a mujeres en situación de violencia doméstica. A pesar de estar instalado físicamente en Montevideo es un servicio de alcance nacional, anónimo y confidencial. La llamada no queda registrada en la factura telefónica y desde los teléfonos públicos se puede llamar sin necesidad de monedas o tarjetas.

Existe además el servicio del BPS, con consulta telefónica al 2409 1547 -interno 236-, que atiende a mujeres con derecho a controlar su embarazo, parto y puerperio en los Centros Materno Infantil de todo el país, Sanatorio Canzani en Montevideo y en las mutualistas afiliadas a FEMI (Federación Médica del Interior), con la que existe un convenio. En este servicio las mujeres pueden consultar hasta pasado un año después del parto en caso de encontrarse en situación de violencia doméstica, para conseguir apoyo y orientación.

A su vez, todos los centros de salud del país, por reglamentación de la Ley N°18.426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, están obligados a incorporar un servicio de salud sexual y reproductiva que incluya un equipo de referencia en género y violencia doméstica. En estos servicios, se debe de actuar según lo indicado en un protocolo de acción definido por el MSP, el protocolo de Abordaje de Situaciones de Violencia Doméstica hacia la Mujer: Guía de procedimientos en el Primer Nivel de Atención de Salud (MSP, 2006b). El diagnóstico de situaciones de violencia debe seguir los pasos indicados en este protocolo que brinda herramientas para una mejor identificación.

Los mayores problemas que enfrentan estos servicios son la permanencia en el tiempo y la presencia a nivel país. En 2011, "funcionaban aproximadamente 93 equipos de referencia en Violencia Doméstica creados en instituciones de salud pública y privada, contando con 327 técnicos/as. 49 de estos servicios se ubican en Montevideo" (MIDES-MSP-MI-Poder Judicial, 2011:33). La falta de cobertura implica que no todas las usuarias están pudiendo ejercer sus derechos sexuales y reproductivos en forma plena, ya que no están accediendo a información, consejería y atención en materia de su salud sexual y reproductiva en general, y en lo respectivo a la violencia doméstica en particular.

El mecanismo principal de diagnóstico de violencia doméstica que existe en los centros de salud, independientemente de que se aplique en los equipos de referencia, es el formulario violeta. Este formulario no siempre es utilizado, ya que los profesionales de la salud suelen entender que entorpece la dinámica habitual de las consultas o que con la falta de tiempo necesario para desarrollarlo no se puede indagar correctamente en la problemática. Las organizaciones de la sociedad civil suelen identificar problemas con el formulario también, pues no es un instrumento privilegiado para favorecer que las mujeres expresen su situación, en especial al ser un formulario genérico y estandarizado. Se entiende de todos modos que el que sea genérico permitiría realizar estadísticas. No obstante, su no-implementación lleva a que de hecho estas estadísticas tampoco existan.

Este protocolo incluye, además, la indicación de un kit para responder a casos de violencia sexual, específicamente para

violaciones, que indica entre otras cosas anticoncepción de emergencia y profilaxis para prevenir distintas ITS, entre ellas el VIH. Se debe resaltar que estas recomendaciones se encuentran en un adhesivo que no siempre está presente en todos los centros de salud del país.

A pesar de no establecer nada en materia de asistencia psicológica y legal, cabe destacar que el equipo suele tener entre sus miembros a un/a trabajador/a social o psicólogo/a que pueden asistir desde un abordaje más social o psicosocial dependiendo de su profesión y capacitación. En materia legal el SSR debería contemplar de algún modo la vinculación con servicios legales para poder hacer las referencias. El protocolo de denuncia del MI contempla la asistencia de ambos tipos y los servicios del MIDES pueden complementar la asistencia si la mujer recurre primero a ellos o recurre después de haber sido asistida en el centro de salud.

En materia de refugios, el único dato que se logró recopilar es que *"El Instituto del Niño y Adolescente en Uruguay (INAU) cuenta con 4 servicios de atención en Montevideo y 4 en el departamento de Canelones, y 4 refugios para víctimas y sus familias (con 30 cupos cada refugio)"* (MIDES-MSP-MI-Poder Judicial, 2011:62). No existe ningún listado de refugios para mujeres víctimas de violencia doméstica o VCM en general, ni siquiera en las instituciones que se encargan específicamente de las cuestiones de género y de mujeres (INMUJERES-MIDES).

Más allá de los servicios antes mencionados, existe una treintena de grupos u organizaciones de la sociedad civil que trabajan para combatir la violencia de género y doméstica en el país. La RUCVDS nuclea a buena parte de las organizaciones, estando integrada por un total de 33 miembros de distintos departamentos del país<sup>20</sup>. Actúa además en coordinación con otras organizaciones en aquellos departamentos en que no está presente a través de organizaciones miembros. Además de brindar información y asesorar a las mujeres, algunas de estas organizaciones brindan servicios de distinto tipo para combatir la VCM (MIDES-MSP-MI-Poder Judicial, 2011:37).

Resulta relevante mencionar que dentro del enfoque de combate a la violencia doméstica se han realizado esfuerzos desde distintos programas e instituciones para dar un marco en caso de situaciones de violencia en niños, niñas y adolescentes, único marco que puede servir para combatir la VBG en niñas y adolescentes mujeres. Deben resaltarse los siguientes protocolos como marco normativo de distintos servicios: Protocolo de Intervención para Situaciones de Violencia hacia niños, niñas y adolescentes (SIPIAV-INAU, 2007); Mapa de ruta: situaciones de maltrato y abuso sexual en niños, niñas y adolescentes en el ámbito escolar (ANEP-

CEP, 2007); Mapa de ruta para la prevención y la atención de situaciones de maltrato y abuso sexual infantil en el sector salud (MSP-SIPIAV-UNICEF, 2009); y Protocolo para Enseñanza Media. Situaciones de violencia doméstica en Adolescentes (ANEP-CODICEN-SIPIAV, 2010).

Debe destacarse que aunque existe un protocolo para la atención de situaciones de emergencia, el mismo no contiene referencias a cuestiones de género, salud, anticoncepción o seguridad de niños, niñas, adolescentes o mujeres (SINAE, 2014).

### Capacitación del personal

Una problemática que aqueja a los servicios en general, y en especial a los de salud, es el problema de la capacitación. Se han realizado esfuerzos desde distintos ámbitos, tanto desde el Estado como desde organizaciones de la sociedad civil para concientizar acerca de la problemática de la VBG y otras cuestiones relacionadas como la salud sexual y reproductiva, diversidad o discriminación, pero siempre resultan limitados. El vínculo entre la pandemia del VIH/SIDA y la VCM también se encuentra ausente.

La existencia de guías y protocolos para los distintos servicios resulta un avance importante, pero no siempre se difunden correctamente ni llegan a ser apropiados por parte de los y las operadores. Por lo general las capacitaciones no son continuas ni sistemáticas, tampoco son obligatorias. Al quedar libradas a la voluntad individual de los operadores/as, estos/as no se presentan a menos que demuestren interés en la temática. Por lo general, son operadoras mujeres las que más acuden a las capacitaciones, y en el sector salud la presencia de operadores del área social (como psicólogos/os y trabajadores/as sociales) es destacable (MIDES-MSP-MI-Poder Judicial, 2011:73). La falta de interés y de presencia de los hombres en los equipos ya es un dato de alarma, que se complejiza con la escasa asistencia a capacitaciones (MYSU, 2010).

La falta de articulación entre la universidad y los servicios, para incluir en las currículas las temáticas de género, violencia y temas vinculados hace que el panorama se muestre aún más complejo. La inclusión sería una herramienta privilegiada para incorporar las temáticas y hacer que los nuevos profesionales tengan al menos conceptos y herramientas teóricas básicas para comprender de manera más integral estas situaciones (MIDES-MSP-MI-Poder Judicial, 2011:73).

El *Informe 2009 del Observatorio Violencia y Salud Uruguay – Violencia Doméstica hacia la mujer* (MSP-UNFPA, 2009) establecía a esa fecha la existencia de una serie de capacitaciones de distinto tipo (únicas, periódicas, prolongadas y

20 <http://www.violenciadomestica.org.uy/organizaciones.php>

continuas) para todas las instituciones del país, en materia de VCM. Aun así, se registran déficits de capacitación en el personal de salud concreto, básicamente el problema parece ser la asistencia, el énfasis realizado en ellas, y el acceso limitado a información y materiales de apoyo. A nivel del subsistema privado de salud pareciera que la incorporación de la capacitación en las metas institucionales ha aumentado el número de personal capacitado. Las reuniones de los equipos de referencia se visualizan como un espacio privilegiado para la capacitación. Aun así, *"en la mayoría de las instituciones no existe documentación de las mismas y muy pocos equipos llevan el registro de los participantes y de si*

*las mismas son coordinadas o apoyadas por otros actores"* (MSP-UNFPA, 2009:61).

A nivel de educación policial se ha intentado implementar las cuestiones de género, violencia doméstica y salud sexual y reproductiva, existiendo un manual de *Propuestas para la incorporación de la perspectiva de género, la salud sexual reproductiva y la violencia doméstica en la Educación Policial* (MI-Escuela de Policía Nacional, 2011). Aun así, el marco que da la Ley N° 17.514 sigue ligando género exclusivamente a violencia doméstica, lo que hace que se pierda de vista otras modalidades que la VBG puede adquirir.

# Inclusión de organizaciones y redes de mujeres en procesos de toma de decisiones en torno a VIH y VCM

El mecanismo que regula la participación de diversas entidades para la toma de decisiones en las políticas sobre VIH en el país es la **Comisión Nacional de Lucha contra el Sida (CONASIDA)** creada por el Decreto del Poder Ejecutivo N° 409/993, reformulada por el decreto N° 255/008. La CONASIDA se encarga de coordinar acciones para el desarrollo de políticas públicas sobre VIH/SIDA, teniendo capacidad de generar propuestas e incidir así en el diseño, monitoreo y evaluación de las políticas impulsadas por y desde el MSP, buscando promover la universalidad de los tratamientos y la mejora de la calidad de vida de las PVVS.

Dada su naturaleza de comisión consultiva, se priorizó la inter-institucionalidad al momento de su creación, es por ello que el artículo 3 del Decreto N° 409/993 (con redacción dada por el Decreto N° 255/008) establece que estará integrada por un Plenario de Delegados, presidido por la Subsecretaría del MSP, y en él participarán además con un titular y un suplente *"la Dirección General de la Salud (DIGESA-MSP), la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), el Ministerio del Interior, el Ministerio de Defensa Nacional, el Ministerio de Desarrollo Social, el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay, la Administración Nacional de Educación Pública, la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, la Universidad de la República, la Comisión de Salud del Senado, la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, el Congreso de Intendentes, el Sector Empresarial, el Plenario Intersindical de Trabajadores (PIT/CNT)"*.

Otro de los objetivos de la CONASIDA es el de integrar a las organizaciones de la sociedad civil, tanto las que trabajan con la problemática del VIH/SIDA como aquellas de PVVS para que conformen el Plenario de Delegados con cuatro titulares y suplentes, según lo establece el artículo 4 del mencionado decreto. Dentro de estas organizaciones se encuentran a algunas de PVVS como la Red Uruguaya de PVVS, y específicamente una organización de mujeres viviendo con VIH, que es ICW Uruguay. La Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA (ICW por sus siglas en inglés) es una red internacional dirigida e integrada por mujeres que viven con VIH/SIDA, creada con el objetivo de responder a las problemáticas propias que afectan a la diversidad de mujeres que convive con el virus.

Salvo MYSU que integra esta instancia en su calidad de organización especializada en salud y DSR, no están integradas aquellas que se encargan de trabajar la temática de la

VCM, o la violencia doméstica. La única organización que abordaría la temática de VIH y de violencia de género sería ASEPO, particularmente por su tarea de gestionar la línea telefónica de salud sexual y reproductiva que deriva hacia organización de asesoramiento de acuerdo al motivo de la llamada de consulta.

El Mecanismo Coordinador País (MCP) es la instancia creada por exigencia del Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria, en el momento que el país postuló a la solicitud de financiamiento. En el año 2010 cuando comienza la gestión de la solicitud *"Hacia la Inclusión Social y el Acceso Universal a la Prevención y Atención Integral en VIH - SIDA de las Poblaciones más Vulnerables en Uruguay"* el MCP estaba integrado a la CONASIDA. Tras lograrse la aprobación del proyecto y su puesta en marcha en 2012 el MCP se separa de la CONASIDA y cumple, aunque con dificultades la función de contralor de la gestión del proyecto. La ejecución de dicho proyecto estuvo a cargo de dos receptores principales: el Ministerio de Salud Pública para la acción estatal y la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII) para lo no estatal. La participación de las organizaciones sociales en la ejecución de este proyecto fueron principalmente tres: la de ser subreceptores seleccionados por la CONASIDA en base a proceso de postulación para trabajar en coordinación con ANII en la ejecución de las tareas no estatales. Las organizaciones seleccionadas como subreceptoras fueron Inlatina, MYSU y Centro Virchow. Otra de las tareas fue la de integrar el MCP y allí estuvieron aquellas que no tenían ejecución directa de estos fondos como ASEPO, Compañeros de las Américas y el Centro IELSUR. Las organizaciones directamente afectadas por la problemática participaron en tareas de prevención en los centros especializados creados desde el MSP para este proyecto y a través de fondos semilla de la ejecución no estatal para actividades de fortalecimiento de las organizaciones y combate al estigma y la discriminación vinculados a la orientación sexual y la identidad de género. El proyecto se ejecutó satisfactoriamente en su primera fase de dos años pero por dificultades en la conducción política y por las demoras generadas por la ejecución estatal, no alcanzó la segunda fase perdiendo los fondos aprobados.

En materia de VCM, el mecanismo de trabajo interinstitucional es de carácter diferente al de VIH. Se trata del **Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica (CNCLVD)**, creado por la Ley N° 17.514 en su artículo 24. Es

presidido por INMUJERES y está integrado por representantes de los Ministerios de Desarrollo Social, del Interior, de Salud, por el Poder Judicial, INAU, ANEP, Congreso de Intendentes, tres representantes de las organizaciones no gubernamentales de lucha contra la violencia doméstica designadas por la Asociación Nacional de Organizaciones No Gubernamentales (ANONG) quien designó, desde la creación del Consejo, a la Red Nacional de mujeres contra la violencia doméstica y sexual (RUCVDS). Pueden participar en carácter de invitados el Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente (MVOTMA), el Banco de Previsión Social (BPS), el Ministerio Público y Fiscal y el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS)<sup>21</sup>. Las competencias del CNCLVD incluyen el asesoramiento al Poder Ejecutivo en materia de violencia doméstica además de la coordinación, evaluación e integración de las diferentes políticas públicas sobre la materia.

La participación de la sociedad civil, al igual que en el caso de la CONASIDA, tiene el cometido de aportar la experiencia del trabajo a terreno así como el conocimiento acumulado al ser las que iniciaron, antes que el Estado, la atención directa de estas problemáticas y su visibilización a través de campañas de denuncia y sensibilización. Los tres lugares para las organizaciones sociales en el CNCLVD están ocupados por la RUCVDS, la cual nuclea a más de treinta organizaciones de la sociedad civil especializadas en cuestiones de género, violencia y derechos de las mujeres, lo cual supone una alta representación en materia de OSC que trabajan en la temática. Sin embargo en esta instancia no hay organizaciones de mujeres que trabajan en el campo del VIH a pesar de que la condición de seropositividad es, como fue demostrado,

causa o consecuencia de situaciones de violencia hacia las mujeres y de género.

El CNCLVD está organizado, a su vez, en Comisiones Departamentales de Lucha contra la VD, integradas también de forma interinstitucional en representación de las instancias locales estatales y de la sociedad civil. La RUCVDS es quien promueve y coordina a nivel de los departamentos la presencia de la sociedad civil organizada o articula en aquellos departamentos en los cuales no tiene presencia directa de alguna de sus organizaciones integrantes.

Por otra parte, tampoco está asegurada la presencia de las organizaciones que trabajan o afectadas por VIH en el mecanismo de evaluación y elaboración de informes ante el Comité de Expertas de la CEDAW (Convención contra toda las formas de discriminación hacia las mujeres por su sigla en inglés) ni en la que reporta a la Convención Regional contra la Violencia hacia las mujeres, conocida como Belén do Pará.

Estos datos aportan elementos que dan cuenta que ambas pandemias son abordadas en el país de forma vertical con muy pocas instancias de vinculación y articulación de las respuestas existentes. No existe un plan de intervención conjunta que brinde respuestas integrales al VIH y a la VCM, ni acciones coordinadas para combatirlas. No se registra la capacitación sostenida de los recursos humanos de los equipos con lo cual los profesionales intervinientes no necesariamente tienen las herramientas suficientes para dar una respuesta integral de calidad y en base a un sistema de referencia y contra-referencia debidamente aceptado.

21 [http://www.inmujeres.gub.uy/innovaportal/v/18258/6/innova.front/consejo\\_nacional\\_consultivo\\_de\\_lucha\\_contra\\_la\\_violencia\\_domestica](http://www.inmujeres.gub.uy/innovaportal/v/18258/6/innova.front/consejo_nacional_consultivo_de_lucha_contra_la_violencia_domestica)

# Fortalezas y avances en materia de integración de las pandemias

No se registran en el país iniciativas y acciones sostenidas y permanentes que signifiquen la integración de las respuestas al VIH en combinación con la VCM más allá de algunos casos específicos y aislados. La atención en el Centro de Referencia Materno-Infantil del Hospital Pereira Rossell, así como los intentos descentralizados de atención en VIH de las policlínicas de La Teja y Barros Blancos, son iniciativas que buscan concretar un abordaje integral articulando las demandas de la población usuaria de servicios de VIH/sida con otras necesidades de salud, donde se inscribe la atención de los casos de violencia y su derivación y tratamiento oportunos. Pero no se ha logrado aún una respuesta integral consistente.

Con la atención de la violencia doméstica y sexual a través de los servicios estatales se constata igual situación. No hay indicios de que los servicios de atención a la VD incluyan regularmente los aspectos relacionados con el tratamiento y detección temprana de VIH/sida y de otras ITS. Salvo en los casos de denuncia por violación en los que media consulta con medicina forense o la atención en emergencia hospitalaria en los que se aplica tratamiento ARV, de anticoncepción de emergencia y de detección de otras ITS ante la exposición sexual sin protección, no hay servicios que atiendan de forma regular y adecuada el vínculo e impacto en la salud sexual de la persona violentada y/o con VIH.

Esta verticalidad en el abordaje de los equipos especializados también se registra en la acción de las organizaciones sociales. En general, aquellas que brindan atención en violencia de género declaran que las situaciones de riesgo a las ITS y el VIH son derivados a las organizaciones que trabajan con PWS. En alguna de las organizaciones relevadas con trabajo en VCM, ante una situación de violencia sexual, se brinda el kit de profilaxis post exposición para evitar ITS y embarazo no deseado.

En síntesis, el país ha avanzado en mejorar sus respuestas hacia las personas con VIH y se han fortalecido los dispositivos de detección temprana y atención integral a las personas afectadas por la infección. Hay dificultades pero la situación

es comparativamente mejor que en otros países de la región. También la violencia doméstica tiene un lugar prioritario en las políticas de género impulsadas desde los elencos de gobierno tanto a nivel nacional como departamental. Los recursos destinados para combatirla no son suficientes pero la dimensión y la gravedad alcanzada por la problemática, son incuestionables.

Donde se evidencia la mayor debilidad es en la capacidad de articular las respuestas y desarrollar efectivamente el abordaje integral, interinstitucional y multidisciplinario que se requiere. Los problemas y las condicionantes sociales impactan sobre las personas de forma compleja y por lo tanto se requieren dispositivos variados para asegurar el acceso universal a las condiciones básicas necesarias para ejercer los derechos humanos.

En líneas generales, se mantienen los avances que destacó en su momento el monitoreo realizado por MYSU, ASEPO y Grupo Esperanza y Vida en el marco del Proyecto Internacional "Monitoreo sobre las metas en Salud Sexual y Reproductiva de las Mujeres" (UNGASS Naciones Unidas) (MYSU-ASEPO, 2011) coordinado también por Gestos desde Brasil. Algunas mejoras y vacíos se corroboran en el presente relevamiento de información realizado en Argentina, Brasil, Colombia, Perú y Uruguay, a través del Proyecto Regional para la incorporación de las mujeres y las niñas en la respuesta al VIH/Sida en los programas gubernamentales. Las evidencias confirman que las problemáticas que afectan la vida de las mujeres desde las múltiples dimensiones de la desigualdad de género, no están debidamente atendidas. No se identifica un salto cuantitativo ni cualitativo en las respuestas consignadas a través de la creación o modificación de leyes, normativas programas y servicios que reflejen la importancia política que habría que otorgarle al abordaje de estas problemáticas. La asignación de recursos presupuestales genuinos y de los fondos de la cooperación destinados a superar la injusticia de género y la vulneración de derechos por razones de la violencia de género y su impacto en el estado de salud y calidad de vida de las mujeres son aún insuficientes.

# Debilidades y desafíos en materia de integración de las pandemias

Existen importantes debilidades a la hora de integrar las políticas atención y erradicación de la VCM y de VIH. Se registra una serie de pendientes que ya habían sido constatados por otros estudios y relevamientos anteriores que continúan, lamentablemente, vigentes en la actualidad. Hay una muy débil vinculación entre políticas de prevención y atención de VIH/SIDA y políticas de género, así como un déficit importante en políticas que aborden de manera integral el VIH/sida y la VCM.

En Uruguay no existe, por ejemplo, la categoría "relación sexual no consentida" como motivo para la solicitud del test de VIH en los formularios elaborados para tal registro. Por lo tanto esto indicaría la falta de vinculación de ambas pandemias y la necesidad de una mejor identificación del problema por parte de gestores y responsables de la implementación de las políticas públicas. Por lo tanto no se puede indagar el dato de la potencial infección de VIH como consecuencia de una violación. El formulario antes mencionado tiene además otros problemas como clasificar a las personas trans en la categoría de "hombres que tienen sexo con hombres" cuando la vía de transmisión identificada es la sexual, lo cual no sólo refleja la falta de precisión conceptual en la elaboración de los formularios de registro como, lo que es más grave aún, se violenta la identidad de género de la persona trans. A su vez, resulta pertinente cuestionarse hasta qué punto preguntar por orientación sexual en caso de vía sexual resulta realmente relevante (más allá del intento de generar estadísticas a poblaciones específicas mediante este registro).

La no sistematización de la información obtenida en los servicios de salud así como la falta de claridad sobre la división responsable del MSP de dicha tarea, tanto en VIH como en VCM, impide el acceso a datos estadísticos más exhaustivos y precisos sobre la incidencia de ambas pandemias, mucho menos para establecer vínculos entre ellas.

No existen programas de protección especiales para MVVS que sean víctimas de violencia, usuarias de drogas, mujeres con discapacidad, lesbianas, mujeres trans u otros grupos de mujeres viviendo en condiciones de vulnerabilidad específica. Atender a la diversidad de mujeres en sus distintos requerimientos en el campo de la salud y los DSR es una cuenta pendiente tanto para los servicios de atención en VIH como de atención en VCM, de los ámbitos institucionales como desde la sociedad civil organizada y de la población afectada.

Las políticas de protección a niñas y niños huérfanos de padre y/o madre fallecidos por VIH/sida (y también por violencia hacia sus madres) son escasas y usualmente carecen de una mirada integral, sin contemplar la complejidad de situaciones que afrontan estos niños y niñas. Es importante resaltar que para quienes se encuentran afectados doblemente por la situación de orfandad y de tener VIH siendo jóvenes, adolescentes, niños y niñas es imprescindible que los dispositivos institucionales de respuesta estén provistos por distintos organismos de forma tal de poder asegurarles condiciones para la atención de salud, inserción educativa, vivienda, alimentación además del acompañamiento imprescindible y necesario para su proceso de socialización y continentación para la adecuada inserción y desarrollo de sus proyectos de vida.

En relación a las campañas de educación y difusión de derechos en estos campos, el IMPO presentó el día 25 de noviembre del 2014 una campaña nacional contra la violencia basada en género, siendo de los primeros esfuerzos que se observan en este sentido. Sin embargo, esta campaña no integra ningún aspecto relacionado con el VIH/sida.

Asimismo, las campañas de sensibilización sobre VIH/sida hacia la población en general no se realizan de manera sostenida y se focalizan en la discriminación y el estigma que sufren las PVVS pero no en la prevención y en la promoción de derechos de las personas afectadas. Ni tampoco vinculan las diversas determinantes sociales que favorecen la transmisión de las ITS y del VIH.

Hay una importante falla en la capacitación permanente y en la formación de los recursos humanos tanto de los equipos de salud, como docentes y funcionarios responsables de la implementación de las políticas sociales. Tampoco hay un sistema de acreditación y evaluación de las intervenciones que permita adecuar el funcionamiento y la calidad de las prestaciones brindadas. En líneas generales, los esfuerzos realizados desde el Programa de Educación Sexual de la ANEP remiten, al igual que en el Sistema Nacional Integrado de Salud, a instancias de capacitación esporádicas, no sistemáticas, no integradas a las curriculas de formación de las profesiones vinculadas y en la gran mayoría de los casos depende del interés y voluntad de los profesionales y personal involucrados en los servicios. Las capacitaciones son limitadas en todos los ámbitos a pesar de la existencia de distintos mecanismos operando. La obligatoriedad así como la definición

de un sistema de acreditaciones riguroso y la incorporación de evaluaciones periódicas sobre desempeño y calidad de la atención brindada, podrían contrarrestar algunos de los problemas antes mencionados.

La falta de marcos teóricos referenciales sobre equidad e igualdad de género, violencia en sus diversas causas y manifestaciones así como diversidad sexual, identidad de género-diversas, prácticas y conductas de cuidado y protección y conciencia de derechos en el campo de la vida sexual y reproductiva, son necesarias tanto para la organización de los servicios como para la formación de los recursos a través de las vías institucionales formales. Es de especial alarma que la violencia de género no sea entendida como un problema de salud por un porcentaje importante de médicos/as, ginecólogos/as, obstetras, enfermeros/as, entre otros, ni tengan noción de cómo abordarlas cuando se manifiestan en una consulta. Estos asuntos deberían también estar mucho más presentes en la agenda de investigaciones de los distintos organismos del Estado así como de las distintas facultades de la Universidad de la República. No sólo se debe conocer más sobre los problemas vinculados a las ITS y el VIH; y a la violencia contra las mujeres, sino que es necesario indagar mucho más sobre sus vínculos e impactos en uno y otro sentido.

Deberían revisarse, modificarse y mejorarse los marcos normativos legales y sanitarios para superar los vacíos en la protección de los derechos tanto de las personas afectas por el VIH como por la violencia basada en género. Las situaciones de estigma y la discriminación a las que se encuentran expuestas las personas con VIH, o las que tienen identidad

de género diversa o distintas orientaciones sexuales están identificadas y son muy importantes, pero los mecanismos de denuncia, protección y reparación de las víctimas son precarios, inexistentes o sumamente débiles.

En materia de violencia, el único marco vigente es la Ley N° 17.514 de Violencia Doméstica que ha demostrado, a más de diez años de su promulgación, ser ineficaz e insuficiente para dar cuenta de todas las dimensiones de la violencia hacia las mujeres y por razones de género, presentes en la sociedad uruguaya. La inexistencia de figuras delictivas como el acoso sexual callejero o el femicidio son demostraciones claras de la falta de sensibilidad del Poder Legislativo para su reconocimiento y tipificación como delitos. Entre los desafíos a futuro se tendrán que impulsar cambios en los marcos legales que reflejen de manera adecuada estas situaciones. Las instituciones que apuntan al combate de la violencia de género (como los servicios del MIDES, las UEVD o los Juzgados Letrados Especializados) están restringidos en su actuación a un concepto de Violencia Doméstica que no dan cuenta de la complejidad de la VBG.

Identificar y replicar buenas prácticas, reorganizar y adecuar el funcionamiento de los servicios así como capacitar al personal en los diversos componentes de la salud y los DSR, promoviendo abordajes integrales e interinstitucionales, serían medidas muy necesarias que permitirían avanzar hacia el mejoramiento de la atención. Políticas integrales que promuevan el ejercicio informado de los derechos, aportarían, sin lugar a dudas, al mejoramiento de la calidad de vida tanto a nivel personal, como familiar y comunitario.

# Recomendaciones para el avance en materia de integración de las pandemias

En base a la información relevada y dadas las carencias en cuanto a la integración entre políticas sobre violencia contra las mujeres y respuesta al VIH, y en el entendido de que *"no se puede desconocer la profunda relación (...) entre prevención de ITS, acceso integral a salud sexual y reproductiva y prevención de toda forma de violencia contra mujeres y niñas"* y que *"sólo un abordaje integral contribuye a romper la vulnerabilidad frente a la pandemia"* (MYSU-ASEPO, 2011), planteamos algunas recomendaciones. Consideramos que estas podrían contribuir a la construcción de una política de respuesta conjunta a ambas pandemias. Algunas ya han sido planteadas en otros informes pero no han sido materializadas aún, mientras que otras surgen de lo aportado por las organizaciones que han contribuido con el proceso de elaboración de este informe.

En primer lugar, es fundamental incluir la categoría sexo/género (incluyendo población trans) no sólo en el formulario del test de VIH, sino de forma transversal en las estadísticas y formularios de los distintos organismos del Estado. Esto permitiría, por ejemplo, saber con mayor exactitud la cantidad de población trans, el número de trans con VIH (dato que en la actualidad es elaborado a partir de una encuesta), y el número de muertes por transfobia.

A su vez, las categorías homosexual, bisexual y heterosexual en el apartado de vía de transmisión sexual del formulario de test de VIH genera situaciones de no dato por parte de los usuarios que no desean revelar su orientación sexual. Debería replantearse la forma de indagar la orientación sexual de las personas sin asociarlas directamente a la vía de transmisión. Remarcamos que la población trans no debería estar categorizada en HSH, ya que debería ser clasificada a través de una variable de identidad de género no de orientación sexual. Considerando el mismo formulario, nos resulta esencial incluir en motivación del examen de VIH las relaciones no consentidas, lo cual permitiría construir indicadores para medir la incidencia de la violencia sexual en la trasmisión y prevalencia del VIH.

La implementación de la descentralización de los servicios fortaleciendo las acciones en el primer nivel de atención así como la promoción de práctica seguras y la amplia y sostenida difusión de las medidas de prevención puede favorecer la incorporación del vínculo entre ambas pandemias y también con otras demandas en salud, particularmente en

el campo de la salud sexual y reproductiva. Este esfuerzo debe buscar un abordaje multidisciplinario donde las especialidades médicas (infectología, ginecología, obstetricia, pediatría, salud sexual, entre otras) juegan un papel clave, interactuando entre sí y con los médicos comunitarios y de familia. Esta inquietud también aparece en las recomendaciones del "Estado de Situación de los Derechos de las Mujeres con VIH y aportes para su pleno ejercicio" (MSP, ONUSIDA, UNFPA, 2014).

Ayudaría además, a nivel de los centros de salud, el incorporar un seguimiento ginecológico a las MWS en los controles de rutina. Sería conveniente tener presente el modelo integral de atención a mujeres embarazadas, niñas, niños y adolescentes del Centro de Referencia Materno-Infantil del Hospital Pereira Rossell como estrategia que ha demostrado resultados muy positivos y que podría mejorar la atención del VIH en otros hospitales e instituciones de salud del país.

Garantizar y facilitar la consulta con infectólogos sería otro avance considerable en la implementación de un progresivo proceso de descentralización del asesoramiento, consejería y tratamiento a las PWS, como se recomienda en el trabajo de MSP, ONUSIDA y UNFPA antes mencionado.

Los centros de salud deberían de ser libres de discriminación a PWS, mujeres en situación de violencia o usuarios/as de drogas así como libres de homolesbotransfobia para generar un ambiente propicio en la atención a estos usuarios/as. Se debe profundizar las capacitaciones al personal de salud en materia de VIH y violencia, buscando erradicar los estereotipos estigmatizantes hacia estas poblaciones.

La necesidad de implementar capacitaciones en materia de VIH y VCM así como de otras cuestiones relacionadas en centros educativos, servicios de violencia del INMUJERES, las UEVD o los servicios legales que atienden situaciones de violencia, es imprescindible. A esto ayudaría que los y las operadores/as fueran estimulados desde las instituciones a capacitarse, favoreciendo la posibilidad de asistir a instancias de formación valorándolas en las fojas de servicio como elementos a valorar para el avance en las carreras administrativas y profesionales.

Incorporar las cuestiones de género, violencia, diversidad, VIH/SIDA y los vínculos existentes entre estas temáticas en

las carreras universitarias de medicina, abogacía, psicología, trabajo social, ciencia política y sociología (en algunas encontramos ciertos temas trabajados pero no todos y ciertamente no se registra el vínculo), favorecería la formación acreditada de profesionales con una mirada más integral en el futuro. Una recomendación pertinente podría ser, también, generar cursos interdisciplinarios coordinados entre más de una facultad y a la que pudieran acceder miembros de distintas carreras así como actores sociales con amplia experiencia y conocimiento en las temáticas.

Generar una red interinstitucional de protección a niños, niñas y adolescentes en situación de orfandad y/o abandono paterno y/o materno por VIH/sida o por violencia de género podría traducirse en una mayor contención de esta población viviendo en condición de vulnerabilidad. Generar un sistema de respuestas ante las distintas necesidades facilitaría la integración social de menores impactados por estas pandemias.

Campañas de sensibilización e información sobre derechos sexuales y reproductivos, libertad y autonomía de las decisiones en este campo, dirigidas a la población en general y a poblaciones específicas, de manera periódica y sostenida, contribuirían a fortalecer la prevención y el cuidado en el campo de la vida sexual y reproductiva, mejorando la prevención y atención del VIH, así como a la erradicación de la violencia hacia las mujeres y de género.

Los procesos de denuncia ante situaciones de discriminación, mal trato, vulneración de derechos, falta de confidencialidad o de privacidad en las consultas, mala calidad de la atención, o padecimiento de actos de discriminación deberían estar asegurados a través de mecanismos que efectivamente den curso y respuesta a las situaciones denunciadas. Que las denuncias se deban realizar en el mismo centro de salud donde el usuario/a se atiende implica el temor a represalias por parte de las/los profesionales. Una solución a este problema podría ser generar mecanismos de denuncia para casos concretos, a través de un portal digital del Departamento de Atención al Usuario del MSP. Por otra parte, debería existir un mecanismo por fuera del ámbito de la salud para situaciones sistemáticas o de gravedad en las que el sistema de ASSE no dé respuesta y para los casos de usuarios/as del subsistema privado a los cuales el Departamento de Atención al Usuario no les resuelva sus demandas.

Se hace necesario contar con una legislación específica sobre la violencia basada en género, salvando las limitaciones que la Ley N° 17.514 de Violencia Doméstica tiene, así como la posibilidad de tipificar el femicidio y el acoso sexual callejero y superar los conceptos de atentado violento al pudor y las buenas costumbres cuando se trata de delitos por violencia y abuso sexual.

El proyecto existente para crear una ley de VIH debe aunar esfuerzos de las distintas organizaciones de PWS y de mujeres para integrar las distintas dimensiones del VIH, incluyendo a la diversidad de MWS. Se podría incluir en esta ley la no obligatoriedad del resultado negativo en el test del VIH para ejercer cualquier profesión u oficio. La realización del mismo como requisito para ingresar a las fuerzas armadas debería eliminarse.

ASEPO, ICW Uruguay, REDUPP (Mujeres con VIH de Montevideo, Canelones, Maldonado, San José, Artigas, Durazno, Salto y Paysandú, con el apoyo de MIDES, MSP, ONUSIDA y UNFPA, presentaron en diciembre de 2014 el "Estado de situación de los derechos de las mujeres con VIH y aportes para su pleno ejercicio" con diagnósticos y propuestas en diversos campos. En lo relacionado a la salud, transcribimos las acciones que estas organizaciones consideran necesarias:

- **"Difusión e implementación de instancias educativas a nivel nacional integrando varios temas de salud, además de las leyes, normativas, derechos y deberes referentes a la atención en salud.**
- **Acceso a TAR en el momento indicado en los centros de ASSE y en instituciones de Asistencia Médica Colectiva – IAMC.**
- **Sensibilizar a la población general ante la necesidad de un cambio socio-cultural, por las múltiples formas de discriminación existentes en nuestra sociedad hacia la comunidad LGTB.**
- **Campañas de comunicación para divulgación de los servicios creados de SSR y de prevención de VIH.**
- **Mejora continua del monitoreo del TARV y la adherencia.**
- **Incorporar el abordaje del TARV el reconocimiento de los efectos secundarios, mayor información sobre los mismos y en caso de necesidad contemplando las cirugías reparadoras (lipodistrofia).**
- **Facilitar a las mujeres con VIH la asistencia en salud de calidad en todos los centros de salud del país (descentralización).**
- **Implementar rápidamente las medidas anunciadas por el MSP sobre la inclusión de los medicamentos de rescate por parte del Fondo Nacional de Recursos.**
- **Incrementar acciones de incidencia política sobre los derechos de las personas con VIH por parte de la sociedad civil.**

- **Facilitar e incrementar la realización de consejerías entre pares.**
- **Reducción de los tiempos de acceso e inicio de los TARV, en particular, de primera línea.**
- **Disponibilidad efectiva de médicos infectólogos en cada departamento.**
- **Extracciones de sangre y realización de exámenes en horarios adecuados para facilitar la concurrencia de las personas, en el interior.**
- **Atención de calidad en centros de salud barriales, terminando con la centralización en hospitales.**
- **Mejorar la atención de ASSE en el interior donde las consultas para especialidades demoran meses, y donde las consultas programadas demoran hasta horas por no cumplimiento de los horarios por parte de los médicos.**
- **Reconocer la cronicidad del VIH y ajustar los costos de la atención médica como otra enfermedad crónica, tickets moderadores, órdenes. Etc.**

- **Integrar al FTM todos los fármacos en presentación pediátrica y mientras tanto negociar con la industria farmacéutica su disponibilidad en el país.**
- **Incrementar la difusión a nivel nacional de la Línea gratuita de orientación e información.** <sup>22</sup>

Como puede apreciarse en las propuestas elaboradas por estas organizaciones, no se incluye ninguna demanda que esté vinculada a abordar la de violencia de género como causa o consecuencia de la condición de seropositividad. Lo que reafirma la necesidad de continuar trabajando para que también a nivel de las organizaciones haya una mayor conciencia de la necesidad de intervincular ambas dimensiones en las estrategias de incidencia social para el combate a las dos pandemias.

---

22 Estado de situación de los Derechos de las mujeres con VIH y aportes para su pleno ejercicio, Proyecto Fortalecimiento de los derechos y ciudadanía de las mujeres con VIH, ASEPO, ICW Uruguay, REDLA, REDUPP, INMUJERES - MIDES, Área SSR y PITS/VIH-Sida - MSP, ONUSIDA, UNFPA, 2014.

# Bibliografía

- Cabrera, Susana (2014). *Situación epidemiológica de VIH y Sífilis en la mujer y mujer embarazada*.
- Cainfo-RUCVDS (2012) *Información pública sobre la intervención del Ministerio del Interior en situaciones de violencia doméstica*, Informe de sistematización de datos del MI.
- INE (2014). *Uruguay en Cifras 2014*.
- INE (2014b). *Primera Encuesta Nacional de Violencia Basada en Género y Generaciones. Informe 2013*. SIPIAV-CNCLVD, Montevideo, Uruguay.
- INMUJERES (2010). *Estadísticas de Género 2010*. Sistema de Información de Género-INMUJERES. Consultado en: [http://www.inmujeres.gub.uy/innovaportal/file/23352/1/estadisticas\\_de\\_genero\\_2010\[1\].pdf](http://www.inmujeres.gub.uy/innovaportal/file/23352/1/estadisticas_de_genero_2010[1].pdf)
- INMUJERES-MIDES (2014) *Información útil para mujeres con VIH*.
- MSP (2012). *Informe de la situación nacional de VIH/SIDA*. DIGESA-Departamento de Vigilancia en Salud-Programa ITS/SIDA, Montevideo, Uruguay.
- MSP (2012b). *Informe de Progreso Global sobre SIDA 2012. Seguimiento de la Declaración Política sobre el VIH/sida de 2011. Uruguay*. DIGESA-División de Programación Estratégica en Salud-Departamento Salud Sexual y Reproductiva-Programa Nacional ITS-VIH/Sida, Montevideo, Uruguay.
- MSP (2013). *Informe de la situación nacional de VIH/SIDA*. DIGESA-Departamento de Vigilancia en Salud-Programa ITS/SIDA, Montevideo, Uruguay.
- MSP (2014). *Informe Sobre los Avances en la Respuesta Mundial al Sida 2014. Seguimiento de la Declaración Política sobre el VIH/Sida de 2011. Período de Cobertura: enero de 2012 diciembre de 2013*. DIGESA-División de Programación Estratégica en Salud-Departamento Salud Sexual y Reproductiva-Programa Nacional ITS-VIH/Sida, Montevideo, Uruguay.
- MSP-MIDES-MI (2013). *Encuesta sobre Prevalencia de la Violencia Doméstica entre las mujeres mayores de 15 años asistidas en servicios de salud públicos y privados*.
- MSP-UNFPA, (2009). *Informe 2009 del Observatorio Violencia y Salud Uruguay – Violencia Doméstica hacia la mujer*. MSP-UNFPA-OPS, Montevideo.
- MYSU (2008). *Dos caras de una misma realidad: violencia contra las mujeres y feminización del VIH/SIDA en Uruguay*, Informe Uruguay. MYSU, Montevideo.
- MYSU (2010). *Profesionales de la Salud y Salud Sexual y Reproductiva. Estudio sobre percepciones, valores y prácticas - Informe 2010*. MYSU, Montevideo.
- MYSU (2011) *Violación sexual: la intervención desde el sistema de salud. Importancia de un protocolo para la atención de víctimas de violaciones*.
- MYSU (2012). *Relevamiento de Necesidades de Salud en Personas Trans*. MYSU, Montevideo.
- MYSU (2013). *Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Estudio 2011-2012: Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas*. MYSU, Montevideo.
- MYSU-ASEPO (2011). *Monitoreo de la declaración 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 2008-2010*.
- OPS (2013) *Tratamiento antirretroviral bajo la lupa: un análisis de salud pública en Latinoamérica y el Caribe 2013*. Washington, DC: OPS.
- Programa Nacional ITS-VIH/Sida (2012). *Encuesta nacional de uso de ARV*.
- UNAIDS (2014). *The gap report*. Consultado en: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/UNAIDS\\_Gap\\_report\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Gap_report_en.pdf)
- UNAIDS (2014b). *90-90-90. An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic*. Consultado en: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/90-90-90\\_en\\_0.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en_0.pdf)
- UNICEF-ASSE-MSP-Programa Prioritario ITS/SIDA (2010). *Conocer para intervenir. Panorama de niños y adolescentes en*

situación de orfandad a causa del SIDA en Uruguay. UNICEF Uruguay, Montevideo.

#### Otras fuentes, documentos y protocolos:

ANEP-CEP (2007). *Mapa de ruta: situaciones de maltrato y abuso sexual en niños, niñas y adolescentes en el ámbito escolar.*

ANEP-CODICEN-SIPIAV (2010). *Protocolo para Enseñanza Media. Situaciones de violencia doméstica en Adolescentes.*

Anteproyecto de ley sobre VIH Sida desde una perspectiva de derechos humanos: Fortaleciendo la acción legislativa en respuesta al VIH Sida, Versión final aprobada por la CONA-SIDA con agregados propuestos en reunión 13/03/2014, Dip. Bertha Sanseverino.

Base de datos de IMPO, consultada en: <https://www.impo.com.uy/cgi-bin/bases/consultaBases.cgi>

INMUJERES-MIDES (2010). *Protocolo de atención para los Servicios especializados de Atención a las Mujeres en situación de Violencia Doméstica del Instituto Nacional de las Mujeres.* Casa de la Mujer de la Unión.

MI (2011). *Guía de procedimiento policial. Actuaciones en violencia doméstica y de género.*

MI (2013). *Observatorio Nacional Sobre Violencia y Criminalidad.*

MI (2014). *Observatorio Nacional Sobre Violencia y Criminalidad.*

MI-Escuela de Policía Nacional (2011). *Propuestas para la incorporación de la perspectiva de género, la salud sexual reproductiva y la violencia doméstica en la Educación Policial.*

MSP – Folleto resumen de datos Encuesta sobre Prevalencia de la Violencia Doméstica entre las mujeres mayores de 15 años asistidas en servicios de salud públicos y privados: [http://www2.msp.gub.uy/uc\\_7676\\_1.html](http://www2.msp.gub.uy/uc_7676_1.html)

MSP – Formulario para test de VIH: <http://www.msp.gub.uy/publicacion/C3%B3n/vih-sida-nuevos-formularios-de-notificacion/C3%B3n>

MSP – Instructivo de llenado de formulario para test de VIH en adultos: [http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/instructivo\\_solicitud\\_vih\\_adulto.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/instructivo_solicitud_vih_adulto.pdf)

MSP (2006). *Directrices básicas para la realización de consejería/orientación en VIH/SIDA.* Programa Prioritario ITS/SIDA-MSP-OPS.

MSP (2006b). *Abordaje de Situaciones de Violencia Doméstica hacia la Mujer Guía de procedimientos en el Primer Nivel de Atención de Salud.* DIGESA-Programa Nacional Prioritario Salud de la Mujer y Género.

MSP (2007). *Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo: Normas de Atención a la Mujer Embarazada.* MSP-DIGESA-Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género.

MSP (2009). *Directrices básicas para la realización de consejería/orientación en VIH/SIDA.* Programa Prioritario ITS/SIDA-MSP-OPS.

MSP (2009b). *Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Pautas de Diagnóstico, Tratamiento y Control Epidemiológico.* OPS-MSP-Programa Prioritario ITS/SIDA.

MSP-SIPIAV-UNICEF (2009). *Mapa de ruta para la prevención y la atención de situaciones de maltrato y abuso sexual infantil en el sector salud.*

MSP, ONUSIDA, UNFPA (2014) *Estado de situación de los Derechos de las mujeres con VIH y aportes para su pleno ejercicio, Proyecto Fortalecimiento de los derechos y ciudadanía de las mujeres con VIH, ASEPO, ICW Uruguay, REDLA, REDUPP, INMUJERES - MIDES, Área SSR y PITS/VIH-Sida -.*

Observatorio en línea de la violencia doméstica en Uruguay en <http://infoviolenciadomestica.org.uy/>

Parlamento Uruguayo, consultado en: <http://www.parlamento.gub.uy/palacio3/index1280.asp?e=0&w=1366>

SINAE (2014). *Protocolo de Coordinación General del Sistema Nacional de Emergencias durante la Respuesta a Emergencias y Desastres Súbitos.* Presidencia del Uruguay, Montevideo.

SIPIAV-INAU (2007). *Protocolo de Intervención para Situaciones de Violencia hacia niños, niñas y adolescentes.*

# Glosario de términos

ANEP – Administración Nacional de Educación Pública	INAU – Instituto del Niño y el Adolescente en Uruguay
ANONG – Asociación Nacional de Organizaciones No Gubernamentales	INE – Instituto Nacional de Estadística
ARV – Antirretroviral	INMUJERES – Instituto Nacional de las Mujeres
ASSE – Asociación de Servicios de Salud del Estado	ITS – Infecciones de Transmisión Sexual
BPS – Banco de Previsión Social	MCP – Mecanismo de Control País del Fondo Mundial
Cainfo – Centro de archivos y acceso a la Información Pública	MI – Ministerio del Interior
CEDAW – Convención Internacional para la Erradicación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer	MIDES – Ministerio de Desarrollo Social
CEP – Comisión de Educación Primaria	MSP – Ministerio de Salud Pública
CNCLVD – Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica	MTSS – Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
CODICEN – Consejo Directivo Central	MVOTMA – Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente
CONASIDA – Comisión Nacional de Lucha contra el SIDA	MVVS – Mujeres Viviendo con VIH/SIDA
DDHH – Derechos Humanos	MYSU – Mujer y Salud en Uruguay
DIGESA – Dirección General de Salud	PENPVBGG – Primera Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones
ESNAL – Escuela Naval del Uruguay	PIT-CNT – Plenario Intersindical de Trabajadores-Convención Nacional de Trabajadores
FCS – Facultad de Ciencias Sociales	PLEMUU – Plenario de Mujeres del Uruguay
FEMI – Federación Médica del Interior	PPL – Personas Privadas de Libertad
FONASA – Fondo Nacional de Salud	PVVS – Personas Viviendo con VIH/SIDA
HSH – Hombres que tienen sexo con hombres	RUCVDS – Red Uruguaya contra la Violencia Doméstica y Sexual
IAMC – Instituciones de Asistencia Médica Colectiva	SEIC – Servicios de Enfermedades Infecto-Contagiosas
ICW Uruguay – Comunidad Internacional de Mujeres viviendo con VIH/SIDA	SIDA – Síndrome de la Inmuno-Deficiencia Humana
IMPO – Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales	SINAE – Sistema Nacional de Emergencia

SIPIAV – Sistema Integrado de Protección a la Infancia y Adolescencia contra la Violencia

SSR – Salud Sexual y Reproductiva

TARV– Tratamiento Antirretroviral

UdelaR – Universidad de la República

UEVD – Unidad Especializada de Violencia Doméstica

UNFPA – Fondo de Población de las Naciones Unidas

UNGASS – UN General Assambly Special Session on Drugs

UNICEF – Fondo para la Infancia de Naciones Unidas

UTRU – Unión Trans del Uruguay

VBG – Violencia basada en género

VCM– Violencia hacia la mujer

VD – Violencia Doméstica

VIH –Virus de la Inmuno Deficiencia Humana

