cuadernos del UNFPA

Fondo de Población de las Naciones Unidas. Uruguay. Año 3 Nº 4. Noviembre 2009

serie divulgación

Balance a quince años de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Avances y retos para el pleno cumplimiento del Programa de Acción.

Alejandra López Gómez
Lilián Abracinskas
Magdalena Furtado

UNFPA

serie divulgación

Balance a quince años de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Avances y retos para el pleno cumplimiento del Programa de Acción.

Alejandra López Gómez
Lilián Abracinskas
Magdalena Furtado

Fondo de Población
de las Naciones Unidas
Uruguay

El análisis y las recomendaciones contenidos
en esta publicación no reflejan necesariamente
las opiniones del Sistema de Naciones Unidas,
de sus Agencias, Programas y Fondos,
ni Estados Miembros.

© 2009, UNFPA

Diseño:
Jorge Martínez

Impreso en Taller Gráfico
Hocuart 1949
Montevideo, Uruguay
Tel 400 58 86
imprenta@tallergrafico.net
ISBN- 978-92-990052-6-2
DL:

CONTENIDO

Presentación 7

I) El proceso de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. 9
II) Participación de Uruguay en las instancias de Naciones Unidas referidas a CIPD. 11
III) Balance de lo realizado por el país para el cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD.
a. Dinámica de población
b. Salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos
c. Empoderamiento de la mujer e igualdad de género 18
IV) El rol de UNFPA en Uruguay. 43
V) Conclusiones y desafíos. 47

Referencias bibliográficas 51

Anexos 55

1. Intervención de la delegación oficial de Uruguay en CIPD (1994). 57
2. Intervención de la delegación oficial de Uruguay en el Foro de la Haya (Cairo + 5, 1999). 61
3. Intervención de la delegación oficial de Uruguay en Asamblea General de Naciones Unidas (Cairo + 5, 1999). 65
4. Intervención de la delegación oficial de Uruguay en sesión especial de la Comisión de Población y Desarrollo en Santiago de Chile, CEPAL (Cairo + 10, 2004). 71
5. Intervención de la delegación de Uruguay en San Juan de Puerto Rico (Cairo + 10, 2004). 75
6. Intervención de la delegación de Uruguay ante las NNUU (Cairo + 15, 2009) 79
7. Normativas nacionales y guías clínicas en salud sexual y reproductiva (1995 – 2009). 85

Glosario 87

Agradecimientos

Se agradece muy especialmente a todas las personas que participaron del taller de discusión sobre el documento y lo alimentaron de ideas e información para poder disponer de un material de consenso que reflejara la visión de distintos actores sobre el proceso de la implementación de la CIPD en Uruguay.

Margarita Percovich *(Senadora)*
Mónica Xavier *(Senadora)*
Cristina Grela *(Directora del Programa Salud de la Mujer y Género, MSP)*
Nubia Pagnota *(Referente en estadísticas de género del INE)*
Carlos Güida *(Facultad de Psicología, UDELAR; proyecto Desarrolla / NNUU)*
Lucía Scuro *(Coordinadora del sistema de información de género, Inmujeres)*
Daniel Pérez *(Fundación Rumbos)*
Pablo Nalerio *(Coordinador de AMISEU)*
Clara Fassler *(Coordinadora Red Género y Familia)*
Liset Collazo *(Vicepresidenta de ASEPO)*
Elena Ponte *(Directora de la Secretaría de la Mujer de la IMM)*
Área Sexualidad y Género de Gurises Unidos
Karina Batthyany *(Oficial Nacional de Programa de UNFPA, Uruguay)*
Valeria Ramos *(Consultora de UNFPA, Uruguay)*
Daniel Macadar *(Consultor de UNFPA, Uruguay)*

Alejandra López Gómez es psicóloga. Profesora adjunta y coordinadora de la Cátedra Libre de Salud Reproductiva, Sexualidad y Género de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República. Investigadora activa del Sistema Nacional de Investigadores. Directora ejecutiva de Mujer y Salud en Uruguay (MYSU).

Lilián Abracinskas es técnica en Anatomía Patológica y egresada de la licenciatura de Ciencias Biológicas (Udelar). Experta en género y políticas de salud y derechos sexuales y reproductivos. Coordinadora ejecutiva de CNS Mujeres. Directora ejecutiva de Mujer y Salud en Uruguay (MYSU).

Magdalena Furtado es Magister en Economía de la Universidad Pompeu Fabra (España) y egresada de la licenciatura en Economía de Udelar. Oficial Nacional de Programa del Fondo de Población de las Naciones Unidas en la Oficina de Uruguay.

presentación

Quince años han pasado de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD), la cual marcó un cambio de paradigma en estas temáticas. Su impacto también se hizo sentir en Uruguay, ya que desde el Estado se comenzaron a diseñar e implementar políticas específicas e integrales con el acompañamiento y monitoreo de la sociedad civil organizada. Asimismo, la instalación de una Oficina del Fondo de Población de las Naciones Unidas en Uruguay (UNFPA) contribuyó en la aceleración de la implementación del Programa de Acción de la CIPD.

Este informe nacional de Cairo+15 constituye una oportunidad para compartir los avances, celebrar los logros y progresos que se han hecho en el país, identificando los aprendizajes y las debilidades en el campo del desarrollo de políticas públicas. Este material no pretende presentar de manera exhaustiva las distintas medidas, sino documentar con rigor y de manera sintética los principales hitos dentro de los ejes priorizados en la sesión especial de la Asamblea General de las NNUU para conmemorar los 15 años de la CIPD que tuvo lugar el 12 de octubre de 2009 en Nueva York, así como en el seminario técnico «Avances y acciones clave para la implementación del Programa de Acción de El Cairo a 15 años de su aprobación», convocado por CEPAL y UNFPA, los días 7 y 8 de octubre de 2009 en Santiago de Chile. Además de registrar el proceso transitado, este informe intentará dar un sentido de urgencia de lo que faltaría hacer en Uruguay para cumplir con los compromisos acordados a nivel internacional.

Para su elaboración se consultaron fuentes oficiales, informes elaborados por organismos gubernamentales y no gubernamentales así como documentos del Sistema de las Naciones Unidas. A su vez, con el fin de llegar a un informe nacional consensuado y validado, se realizó en setiembre de 2009 un taller de discusión sobre los contenidos del documento primario elaborado, a los efectos de incorporar recomendaciones por parte de los actores clave.

Para UNFPA, en tanto agencia de cooperación internacional que colabora desde 1969 con gobiernos y organizaciones no gubernamentales en más de 150 países en las áreas de salud sexual y reproductiva, género y población y desarrollo, es vital documentar y sistematizar las principales características del proceso a nivel nacional de implementación del Programa de Acción de la CIPD para el período 1994-2009.

UNFPA Uruguay

I) El proceso de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD).

En septiembre de 1994, en el proceso de las conferencias internacionales que tuvieron lugar en las décadas de los 70, 80 y 90, se realizó en El Cairo, la **Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD)**.

Sus antecedentes en la materia fueron la Conferencia Mundial de Población de Bucarest (1974) y la Conferencia Internacional de Población de México (1984). Pero hubo otras importantes a registrar en ese período, cuyos resultados contribuyeron significativamente a la CIPD, entre otras: la Conferencia Internacional para el Examen y la Evaluación de los Logros del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer: Igualdad, Desarrollo y Paz (Nairobi, 1985); La Cumbre Mundial a favor de la Infancia (Nueva York, 1990); la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (Río de Janeiro, 1992); la Conferencia Mundial sobre Nutrición (Roma, 1992) y la Conferencia Internacional de Derechos Humanos (Viena, 1993).

La CIPD significó un cambio de paradigma en los asuntos de población y desarrollo al incluir en el centro de estas políticas, a las personas en su condición de sujetos de derechos, enfatizando en el rol de los estados como garantes y protectores para el ejercicio de los mismos, subrayando la importancia de generar contextos sociales, económicos, culturales y políticos propicios para el pleno desarrollo con equidad y justicia.

El Programa de Acción (PA) de la CIPD fue producto de un largo proceso en el que confluyeron las voluntades de distintos actores, gubernamentales, no gubernamentales, parlamentarios y movimientos sociales (en particular el movimiento de salud de las mujeres). El PA centró una atención sin precedentes en la igualdad de género, la equidad y el empoderamiento de las mujeres manifestando que *«la habilitación y la autonomía de la mujer y el mejoramiento de su condición política, social, económica y sanitaria constituyen en sí un fin de la mayor importancia»*. Así mismo dio un paso innovador al afirmar explícitamente que los derechos reproductivos de las mujeres y la promoción de su ejercicio *«deben ser la base primordial de las políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva, incluida la planificación familiar»* (UNFA, 1994).

La CIPD congregó a delegaciones de 179 países que aprobaron un Programa de Acción (PA), con cometidos a 20 años, culminando formalmente su implementación hacia el año 2014. El PA incluye un conjunto de consideraciones y recomendaciones organizadas en quince capítulos con el siguiente temario:

- relaciones entre población, crecimiento económico y desarrollo sostenible;
- igualdad y equidad entre los sexos y habilitación de la mujer;
- la familia, sus funciones, derechos, composición y estructura;
- crecimiento y estructura de la población;
- derechos reproductivos y salud reproductiva;
- salud, morbilidad y mortalidad;
- distribución de la población, urbanización y migración interna;
- migración internacional;
- población, desarrollo y educación;
- tecnología, investigación y desarrollo;

- actividades nacionales;
- cooperación internacional;
- colaboración con el sector no gubernamental.

A nivel de la región, se había aprobado previo a la CIPD, el Consenso Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo (México, 1993) (CEPAL, 1994). A posteriori de la CIPD se acordó en el vigésimo quinto período de sesiones de la CEPAL, el Programa de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo (1994) y se encomendó su monitoreo al Comité Especial sobre Población y Desarrollo que se reunió por primera vez en San José, Costa Rica en 1996.

En junio de 1999, a través de las «Medidas clave», aprobadas por la Asamblea General de las NNUU, los gobiernos renovaron su compromiso con los principios, metas y objetivos del PA (UNFPA, 1999). Esta instancia conocida como **Cairo + 5,** tuvo su antesala en febrero de 1999, en el Foro preparatorio realizado en La Haya con la participación de delegaciones gubernamentales y no gubernamentales (conocido como Foro de La Haya). En la región, tuvo como antecedente inmediato el Examen y Evaluación de la Ejecución del PA de la CIPD en Santiago de Chile (1998) que fuera presentado como insumo en la Asamblea General de NNUU ya referida.

A posteriori de Cairo + 5 se realizó la «Propuesta de indicadores para el seguimiento de las metas de la CIPD en América Latina y el Caribe», presentada en la reunión de la mesa directiva ampliada del Comité Especial sobre Población y Desarrollo del Período de Sesiones de la CEPAL en marzo de 2004 en Santiago de Chile donde tuvo lugar la Conmemoración del décimo aniversario de la CIPD. A su vez, los días 29 y 30 de junio de 2004, se realizó el Trigésimo Período de Sesiones de la CEPAL en San Juan de Puerto Rico. Ambas reuniones últimas se enmarcaron en lo que se conoce como **Cairo + 10** y participaron delegaciones de la amplísima mayoría de países de la región donde se reafirmó por aclamación el compromiso con el PA y su implementación en los niveles nacionales.

Recientemente, en el proceso conocido como **Cairo + 15** tuvo lugar la cuadragésima segunda sesión de la Comisión de Población y Desarrollo de NNUU (Nueva York, 30/3 al 3/4/2009). A nivel regional tuvo lugar el Seminario «Avances y acciones clave para la implementación del PA de El Cairo a quince años de su aprobación», convocado por CEPAL y UNFPA, los días 7 y 8 de octubre de 2009, con la participación de expertos/as de la región, delegados de gobierno y de organizaciones de la sociedad civil. El Seminario de carácter técnico fue una instancia muy productiva de presentación y discusión de los principales desafíos para cumplir con las recomendaciones establecidas en el PA en la región. El documento síntesis presentado al inicio del seminario brinda un panorama por demás interesante de los principales problemas de la región en materia de población y desarrollo (CEPAL, 2009). Finalmente, tuvo lugar la conmemoración de alto nivel de los 15 años de El Cairo, en la Asamblea General de las NNUU, en Nueva York el 12 de octubre de 2009.

Todo el proceso de búsqueda de consensos para la definición del PA en CIPD, para avanzar en la implementación mediante las medidas clave (1999, CIPD+5) y para reafirmar el compromiso de los países con los acuerdos alcanzados (2004, CIPD+10) puede definirse como un ejemplo de articulación de actores gubernamentales, no gubernamentales y agencias de cooperación para consolidar los vínculos entre población y desarrollo desde un paradigma de derechos humanos, equidad, género y sostenibilidad. A través de una serie de medidas se han tratado de revertir las desigualdades, inequidades, déficit en el acceso a servicios y recursos, déficit en el reconocimiento y protección social y jurídica de derechos humanos, en particular los derechos reproductivos de mujeres y varones, derecho a la educación, derechos de adolescentes y jóvenes, entre otros. Merece destacarse el papel desempeñado por las organizaciones de mujeres al contribuir sustantivamente en el reconocimiento de los derechos reproductivos (y los derechos sexuales) como derechos humanos interdependientes e indivisibles y al enfatizar que las políticas de población debían focalizar necesariamente en el derecho de las mujeres a decidir sobre el número y espaciamiento de los hijos, aspectos éstos que forman parte central del PA y sus principios éticos.

II) Participación de Uruguay en las instancias de Naciones Unidas referidas a CIPD.

II. A) Camino a El Cairo

Las instancias preparatorias para la CIPD se enmarcaron en Uruguay en la administración del gobierno nacional del Dr. Luis Alberto Lacalle, Partido Nacional (1º/3/1990 – 1º/3/1995). Uruguay participó con delegaciones oficiales en las instancias clave de la CIPD. En 1993, por resolución del Poder Ejecutivo (9/2/1993) creó la Comisión Nacional Interministerial integrada por Cra. Rosa Grosskoff (Directora del INE, en representación de la OPP), Prof. José Claudio Williman (h) (MRREE) y el Cr. José López Trillo (MEC) que, con la participación de las demógrafas Ana María Damonte y Nelly Niedworok y la coordinación del demógrafo Guillermo Macció (CELADE), elaboraron el documento oficial del país hacia la CIPD (INE, 1993).

La delegación oficial en la CIPD estuvo integrada por:

- Dr. José María Gamio (Subsecretario de MRREE, Presidente de la delegación)
- Sra. Celina Burmester (INFM)
- Dr. Claudio Williman (h) (MRREE)
- Dra. Alba Osores (Parlamento Nacional)
- Cra. Rosa Grosskoff (INE).

A su vez participaron como representantes de organizaciones no gubernamentales:

- Dra. Cristina Grela (Católicas por el Derecho a Decidir)
- Dra. Leda Pesce (Casa de la Mujer Paulina Luisi)
- Patricia Garcé (ITEM)

El Informe nacional sobre Población elaborado por la Comisión Nacional Interministerial presentaba exhaustivamente información sistematizada sobre el contexto demográfico, las políticas de población, la planificación y la programación, aspectos operacionales de la ejecución de programas de población y planificación de la familia, un plan nacional de acción para el futuro y conclusiones finales. En esta última sección, el informe establecía que:

«El temprano desarrollo institucional del Uruguay con referencia a la salud, la educación pública, la protección del niño, el reconocimiento a derechos explícitos de la mujer, entre otros, contribuyeron a que el país experimentara una evolución demográfica que se anticipó en varias décadas a la mayoría de los países de América Latina. Esta peculiar situación sirvió para que en el ámbito interno y en los escenarios internacionales, se considerara – en razón de la tasa de crecimiento demográfico – un país sin problemas de población. Esta catalogación errónea, ha sobrevivido hasta el presente, con considerables desventajas para la sociedad uruguaya.

Sin embargo, estudios y datos recientes muestran que más allá de la resultante que significa la tasa de crecimiento, el país enfrenta desde hace décadas problemas demográficos específicos, algunos de los cuales tienden a acentuarse».

Según el informe, la situación demográfica del Uruguay y sus tendencias para los próximos treinta años, podían ser caracterizadas a través de los siguientes indicadores:

- *Tasa de crecimiento anual medio del 0,58 %. Hacia el año 2025 su valor se situará en 0,48 %.*
- *Porcentaje de personas de 65 años y más, superior al 11%. Cabe destacar que esta población crece a una tasa casi cuatro veces superior a la media nacional. Al finalizar el primer cuarto del siglo venidero, se espera que la población de ancianos*

represente el 13 % de la población total.

- *Esperanza de vida al nacimiento = 72,04 años. Si bien el nivel de la mortalidad en general es relativamente bajo, la mortalidad infantil (18,7 por mil nacidos vivos en 1992) contiene aún un margen apreciable de reducción, necesaria para acompasarse con aquel nivel general.*
- *En los últimos 20 años, las áreas rurales disminuyeron su población en un 25%. Entre 1965 y 1985, estas áreas perdieron por emigración más de 100.000 menores de 20 años, de los cuales, el 58 % eran mujeres.*
- *El 27,6% de la población registrada en el Censo de 1985 vive en hogares con necesidades básicas insatisfechas, concentrándose el 84% en las áreas urbanas. El hecho se advierte, como más negativo en relación a ciertos grupos de edades y a las áreas rurales. Los menores de 15 años representan el 41 % del total de población pobre del país y los ancianos el 6%. La población carenciada en el área rural, alcanza el 38% de sus integrantes, mientras en la urbana, dicho porcentaje se sitúa diez puntos por debajo.*

Asimismo, se señalaba que Uruguay experimentaba cuatro procesos con marcadas connotaciones demográficas que requerían una atención prioritaria y decisiones políticas claras y sostenidas en el tiempo, que de continuar en la dirección actual, podían condicionar su desarrollo en las próximas dos o tres décadas. A saber:

- *Un proceso de envejecimiento que se acentuará durante los próximos treinta años. Ello reclama una toma de posición por parte del Estado de cual será su ámbito de intervención y qué responsabilidades quedarán en el ámbito individual o familiar.*
- *Un proceso de migración rural-urbana que se aproxima al agotamiento de la reproducción biológica de la población rural como consecuencia del notable desequilibrio entre los sexos.*
- *La inminencia de las políticas de integración regional promueve la aceleración de la movilidad de personas en los países que se integren. Decisiones en el ámbito político relativas a las libertades de movimiento entre países, acceso al mercado laboral y a los sistemas previsionales merecen decisiones impostergables.*
- *Las fuentes convencionales de información demográfica deben ser jerarquizadas asignando recursos presupuestarios para que los censos se levanten a intervalos regulares y los registros continuos de hechos vitales alcancen una calidad y oportunidad acorde con la tecnología disponible en el país y con los requerimientos para el seguimiento de tendencias, estudios de población y el análisis de grupos específicos de la población.* (pp. 56 y 57)

Al final de las conclusiones el informe afirmaba la validez «*de la soberanía de los Estados para adoptar o no políticas de población y el respeto al derecho de los individuos con relación a la formación de la pareja, el número y espaciamiento de los hijos y la libre movilidad en los territorios nacionales*». (INE, 1993)

En el marco de la preparación de la presentación de la delegación de Uruguay en la CIPD, tuvo lugar en el MRREE un seminario con la participación de UNFPA, representantes de la sociedad civil y de organismos gubernamentales a los efectos de discutir y acordar la posición del país en la conferencia. En esta instancia se contó con la presencia de la Sra. Marisela Padrón quien ocupaba el cargo de Directora de UNFPA para América Latina y El Caribe.

Desde la sociedad civil organizada, la Red de Salud de las Mujeres de Uruguay convocó al seminario sobre «Políticas de población y desarrollo desde una perspectiva de género», los días 27 y 28 de junio de 1993, con el objetivo de «*avanzar en las discusiones y propuestas referentes al problema de población y sus determinantes, con vistas a la Conferencia mundial de población que se realizará en Egipto en 1994*» (Red de Salud, 1993). La publicación del seminario incluyó un apartado sobre conclusiones y recomendaciones en el cual se destacaba que:

- *«Las políticas sociales y de población deberían fomentar el mejoramiento de las condiciones de vida de las mujeres, que permitan su desarrollo en condiciones de autonomía. Ya no se pueden admitir concepciones del desarrollo, que promuevan que las mujeres asuman el rol instrumental de implementación de políticas y donde su papel signifique la reproducción de sus responsabilidades tradicionales en el ámbito comunitario. Estas propuestas de desarrollo vuelven a invisibilizar el*

trabajo y el aporte de las mujeres, en aras del poder público.»

- *«Todo diseño de política de población debe tomar en cuenta los valores y pautas culturales, promoviendo el cambio en aquellos aspectos que obstaculizan políticas de desarrollo justas. Nos referimos al significado, por ejemplo, de la familia, la sexualidad, la maternidad, la solidaridad, la pobreza.»*
- *«Se debería avanzar en un diagnóstico de los diferentes tipos de familias que se están conformando en el país, aprovechando los datos de investigaciones que están analizando el comportamiento matrimonial, sexual y reproductivo. Hasta ahora el Estado no ha implementado políticas sociales tomando en cuenta el cambio en la conformación familiar. Continúa descansándose en el trabajo doméstico y maternal de las mujeres, sin tener en cuenta el aumento espectacular de las tasas de actividad femenina, el crecimiento de hogares monoparentales femeninos, etc.»*
- *«Los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y hombres, deben integrarse a la Constitución del país, como un componente de la ciudadanía.»*
- *«El Estado tiene la responsabilidad de crear condiciones de vida digna para todos los ciudadanos y ciudadanas y de promover la justicia social. Las ONG aportan a la generación de actores sociales comprometidos a través de la movilización de la sociedad civil. Se debe reconocer que la coordinación Estado-ONG debe partir de acuerdos donde los aportes de cada contraparte sean explicitados.»* (Red de Salud, 1993)

Uruguay aprobó el PA de la CIPD sin reservas, a diferencia de algunos países de la región. La intervención del presidente de la delegación Dr. José María Gamio que merece ser leída íntegramente[1], sin embargo, no reflejó los principales lineamientos contenidos en el informe técnico referido, ni tampoco las consideraciones y propuestas provenientes de la sociedad civil organizada.

De todas formas, estos tres documentos constituyen la línea de base del «estado del arte» sobre políticas de población, desarrollo y derechos a mediados de los 90 en Uruguay y es el punto de partida para analizar la implementación de la CIPD en el país a quince años.

II. B) A cinco años de El Cairo

Como ya se ha mencionado, en 1999 tuvo lugar en Naciones Unidas, las instancias de definición de medidas clave para avanzar en la implementación de la PA de la CIPD. Ya habían transcurrido cinco años y, tal como se analizará en el apartado II, en Uruguay se habían comenzado a implementar algunas políticas en el campo de la salud y derechos reproductivos, fundamentalmente en el sector sanitario así como algunas medidas relacionadas con la equidad e igualdad de género.

El inicio del proceso de implementación del PA de la CIPD coincidió con el gobierno nacional del Dr. Julio María Sanguinetti, Partido Colorado (1º/3/1995–1º/3/2000) así como la preparación de la participación del país en las instancias evaluatorias de Cairo+5.

Un hito en ese recorrido fue sin duda la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (CCMM, Beijing 1995), en la cual Uruguay concurrió con una importante delegación oficial y una delegación de organizaciones no gubernamentales para participar en el foro paralelo e incidir en el contenido de las discusiones oficiales y la resolución final. El informe elaborado por la delegación oficial a su regreso de la conferencia dio cuenta que el país acordó sin reservas la Plataforma de Acción de Beijing y reafirmó los compromisos que el Estado uruguayo había asumido en la CIPD (Cámara de Representantes, 1995). El informe resaltó especialmente que:

- *«La postura de Uruguay fue no retroceder en los temas de salud sexual y reproductiva ni reabrir la discusión sobre ellos. El acceso a una información adecuada y a servicios de salud con perspectiva de género se considera fundamental para disminuir embarazos no deseados, abortos en condiciones peligrosas y prevenir enfermedades de transmisión sexual como el VIH – sida.»*

1. Anexo1. Intervención de la delegación oficial de Uruguay en CIPD (1994).

- *«Con relación a la violencia contra la mujer, Uruguay afirmó que toda forma de violencia debe ser prevenida, erradicada y sancionada en el caso que ocurra. Siendo la violencia contra la mujer una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre hombres y mujeres, las acciones de concientización, prevención y tratamiento deben orientarse a todos los sectores de los ámbitos gubernamentales y no gubernamentales a través de información, sensibilización y capacitación de los funcionarios involucrados.»*
- *«Con relación a los derechos humanos de la mujer, Uruguay planteó que el gobierno a los efectos del mejor cumplimiento de esta plataforma coordinará en lo pertinente actividades con las ONG especializadas».*

El país participó activamente en el proceso de Cairo + 5 con la conformación de delegaciones oficiales que, por primera vez, incluyeron representación de ONG.

En el Foro de la Haya, que tuvo lugar entre el 8 y 12 de febrero de 1999, instancia preparatoria de la Asamblea especial de las Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo, la delegación oficial de Uruguay estuvo integrada por:

- Embajador de Uruguay en La Haya
- A. S. Ana María Solari (MSP)
- A. S. Mariella Mazzotti (IMM)

Por las ONG, asistieron:

- Tec. Lilián Abracinskas (MYSU, Cotidiano Mujer)
- Dra. Cristina Grela (Comisión Nacional de Seguimiento, hoy CNS Mujeres)
- Lic. Alejandra López Gómez (MYSU)

La intervención de la delegación oficial[2] dio cuenta de los avances registrados en el país a nivel nacional y departamental en Montevideo y se basó en los lineamientos generales definidos por el MRREE (MRREE,1998).

Estos lineamientos se basaron en la información aportada por la OPP a la encuesta solicitada por el UNFPA en junio de 1998 (Presidencia de la República, 1998). Los insumos fueron aportados por el INFM y el contenido del mismo será incluido en el apartado III de este documento.

Desde el 30 de junio al 2 de julio de 1999, tuvo lugar la sesión especial de la Asamblea General de las NNUU para examinar el PA de la CIPD. Uruguay participó con una delegación oficial integrada por:

- Jorge Pérez Otermin (Embajador permanente de la Misión uruguaya ante NNUU, Presidente de la delegación)
- Dr. Winston Abascal (MSP)
- A .S. Ana María Solari (MSP)
- Lic. Alejandra López Gómez (MYSU)
- Dra. Cristina Grela (Comisión Nacional de Seguimiento, hoy CNS Mujeres)
- Tec. Lilián Abracinskas (MYSU, Cotidiano Mujer)

En calidad de ONG con status consultivo, sin integrar la delegación oficial del país, participó el ITEM, a través de Antr. Susana Rostagnol.

La intervención de Uruguay a través del presidente de su delegación[3] se centró en tres áreas de importancia: a) reducción de la pobreza, b) derecho a la salud reproductiva y c) promoción de la equidad y la igualdad de sexos y los derechos de la mujer. La intervención enfatizó que el país *«ha obtenido resultados positivos que nos alientan a proseguir la tarea y esto ha sido fruto de un esfuerzo encomiable por aplicar y promover las recomendaciones del Programa de El Cairo, en lo que respecta fundamentalmente en la formulación de adecuadas políticas, a una correcta administración de recursos y al fomento de una asociación que no sólo compromete a organismos estatales sino que también incluye a la sociedad civil y a organizaciones no gubernamentales.»* (pp.4)

En el tramo final, concluye que:

«Queremos expresar que la organización de servicios de planificación familiar a cargo del Estado,

2. Anexo 2. Intervención de la delegación oficial de Uruguay en el Foro de la Haya (Cairo + 5, 1999).
3. Anexo 3. Intervención de la delegación oficial de Uruguay en la Asamblea General de NNUU (Cairo + 10, 1999).

representa para el Uruguay una destacada innovación. La misma se interpreta en la realización plena del derecho a decidir. Esto, junto con la posibilidad de acceder a medios de anticoncepción modernos, en condiciones de libre acceso para todos los sectores de la sociedad, constituye un indicador sobre el grado de conciencia que el país ha adquirido sobre el necesario respeto a los derechos sexuales y reproductivos. Creemos que desde el compromiso asumido en El Cairo y luego de cinco años transcurridos, hemos trabajado para vincular nuestra política de población nacional y el desarrollo sostenible.»

Uruguay en consonancia con la intervención de la delegación oficial en la Asamblea ratificó sin reservas el conjunto de «Medidas clave» para seguir avanzando en la ejecución del PA de la CIPD.

Por su parte, la sociedad civil organizada tuvo un lugar protagónico en el proceso de incidencia para la implementación de la CIPD en el país por esos años. Participó activamente en instancias convocadas por organismos gubernamentales (nacionales y municipales de Montevideo) para la discusión de políticas y programas. Integró delegaciones en las instancias internacionales. En 1998, elaboró y publicó el primer monitoreo sobre políticas públicas hacia las mujeres, en el cual relevó lo realizado, los vacíos y los pendientes en cinco áreas prioritarias: salud, empleo, violencia contra las mujeres, participación política y educación. Asimismo, el informe incluyó un conjunto de recomendaciones (CNS, 1998).

II. C) A diez años de El Cairo

Entre julio de 1999 y junio de 2004 tuvo lugar el proceso conocido como Cairo + 10. El país tuvo un cambio de administración de gobierno nacional y asumió el 1º de marzo de 2000, el Dr. Jorge Batlle, del Partido Colorado, cuyo mandato coincidió con este proceso (1/3/2000 a 1/3/2005). El PA de la CIPD continuó su recorrido de implementación lo cual será referido en el apartado III.

Como contribución al conocimiento de la implementación del PA en Uruguay, el UNFPA le encomendó al Programa de Población de la Facultad de Ciencias Sociales de la UDELAR la realización de una encuesta dirigida a informantes calificados del sector público, académico y organizaciones de la sociedad civil. El estudio se realizó entre el 24 de marzo y 24 de abril de 2003 e incluyó entrevistas a cuatro parlamentarios (uno por partido político), diez representantes del gobierno nacional y del gobierno de Montevideo, tres representantes de las organizaciones de mujeres y dos del ámbito académico. La encuesta se estructuró con preguntas relativas a los distintos capítulos del PA y la información recogida es incluida en este documento (UNFPA-Programa de Población 2003).

El proceso de Cairo+10 tuvo en la región una serie de reuniones que comenzaron en Santiago de Chile en marzo del 2004 con la reunión de la Mesa Directiva Ampliada del Comité Especial de Población y Desarrollo de CEPAL. Una reunión similar para los países de El Caribe tuvo lugar en Puerto Príncipe y ambas instancias confluyeron en el trigésimo período de sesiones de la CEPAL en San Juan de Puerto Rico del 29 de junio al 2 de julio de ese mismo año.

La delegación oficial de Uruguay a Santiago de Chile estuvo integrada por:

- Sr. Sgarbi (MRREE, Presidente de la Delegación)
- Dra. Raquel Rosa (MSP)
- Téc. Lilián Abracinskas (Comisión Nacional de Seguimiento, CNS Mujeres)
- Lic. Alejandra López Gómez (MYSU)

En calidad de integrantes de redes regionales participaron desde Uruguay por la Coalición de Jóvenes, Nicole Bidegain y por la Campaña contra los Fundamentalismos, Lucy Garrido.

La declaración de Santiago fue aclamada por todas las delegaciones presentes y significó una fuerte reafirmación a los principios, objetivos y acciones del PA de la CIPD.

También hubo declaraciones de las ONG reconociendo los avances alcanzados a pesar de las condiciones adversas en la región y reafirmaron su compromiso por lograr el pleno cumplimiento de

los propósitos definidos en la CIPD y las Medidas Clave.

La intervención de la delegación uruguaya[4] en Santiago de Chile reafirmó «*enfáticamente en esta instancia su compromiso con el PA*» y señaló:

«La CIPD es el marco de referencia conceptual y ético en nuestro país para la implementación de política públicas en salud sexual y reproductiva. En tal sentido, queremos señalar que Uruguay avanzó significativamente en el desarrollo de acciones que protegen y promueven los derechos sexuales y reproductivos de las personas, sin discriminaciones de ningún tipo. En tal sentido cabe destacar el esfuerzo conjunto de sectores gubernamentales, de la cooperación internacional y de organizaciones de la sociedad civil.»

«Los avances logrados hasta el momento si bien constituyen un paso importante de las metas propuestas no son suficientes para el pleno logro de los compromisos asumidos en la CIPD. El país se enfrenta a nuevos desafíos.»

Luego de identificar los retos planteados la intervención culmina diciendo *«queremos reiterar el compromiso de nuestro país con los principios y contenidos de el PA de la CIPD y los consensos generados en los procesos de Cairo+5 así como en las otras conferencias y convenciones para poder alcanzar los objetivos planteados en las metas del milenio.»*

La delegación oficial al Trigésimo Período de Sesiones de la CEPAL en San Juan de Puerto Rico del 28 de junio al 2 de julio de 2004, estuvo integrada por:

- Margarita Percovich (Diputada Nacional)
- Dra. Maria Amalia Sereno (Asuntos Multilaterales, MRREE)
- Cr. Carlos Gasparri (BPS)
- Dr. Gastón Inda (BPS)
- Dra. Raquel Rosa (MSP)
- Dr. Italo Savio (Hospital de Adultos Mayores Piñeiro del Campo)
- Lic. Juan Pablo Wallace (Cónsul de Distrito del Uruguay en Puerto Rico)
- Asesoras: Lic. Alejandra López Gómez y Tec. Lilián Abracinskas (MYSU).

Esta delegación participó de las distintas instancias de negociación dentro del llamado grupo Países Amigos del Cairo. Asimismo, conjuntamente con las delegaciones de Argentina, Brasil, Paraguay, Chile y Bolivia, se elaboró un fundamento de posición, que fue leído en la Asamblea por la Jefa de Delegación de Argentina, en su calidad de Secretaría Pro Tempore del MERCOSUR.

El posicionamiento del MERCOSUR se basó en los acuerdos alcanzados en la Reunión de Ministros de Salud de Punta del Este del 2003, que dio lugar a la constitución de la *Comisión Intergubernamental para Promover una Política Integrada de Salud Sexual y Reproductiva en la Región del MERCOSUR y Estados Asociados*[5]. Esta Comisión tuvo un papel protagónico en los acuerdos alcanzados tanto en Santiago de Chile como en San Juan de Puerto Rico.

El Comité especial sobre Población y Desarrollo, a través de mesas temáticas sobre distintos tópicos relevantes para la región, envejecimiento, VIH – Sida, pobreza y desarrollo, salud sexual y reproductiva y derechos, elaboró un proyecto de resolución de consenso que exhortó a los países a avanzar y profundizar en la implementación de la PA y las Medidas Clave, como condición para alcanzar las Metas de Desarrollo del Milenio.

La intervención de la delegación uruguaya[6], estuvo a cargo de la entonces diputada Margarita Percovich que dio cuenta de los avances registrados en el país, los retos planteados y reafirmó la posición en apoyo a la declaración de Santiago y del MERCOSUR.

4. Anexo 4. Intervención de la delegación oficial Uruguay en Santiago de Chile (Cairo + 10, 2004).
5. MERCOSUR/XV RMSMBCH/ACUERDO N ° 13/03.
6. Anexo 5. Intervención de la delegación de Uruguay en San Juan, Puerto Rico, 2004.

II. D) A quince años de El Cairo

En marzo del 2005 asume un nuevo gobierno nacional en Uruguay con la presidencia del Dr. Tabaré Vázquez de la coalición Frente Amplio - Encuentro Progresista (1º / 3 / 2005 al 1º / 3 / 2010). Este período coincide con el proceso que se conoce como Cairo+15. Las medidas adoptadas en el marco del actual gobierno con relación a los compromisos del PA serán referidos en el próximo apartado.

Hasta la fecha la única instancia vinculada a Cairo+15 tuvo lugar en la cuatrigésima segunda sesión de la Comisión de Población y Desarrollo de las Naciones Unidas, en Nueva York en marzo de 2009. En esta oportunidad no se constituyó delegación oficial y la posición de país estuvo a cargo de Nury Bauzán quien asistió en representación del MRREE[7] y de Dianela Pi de la misión permanente de Uruguay en Naciones Unidas. Por las organizaciones sociales participó Lilián Abracinskas (CNS Mujeres y MYSU).

Recientemente tuvo lugar el Seminario regional «Avances y acciones clave para la implementación del PA de El Cairo, a 15 años de su aprobación» los días 7 y 8 de octubre de 2009 en Santiago de Chile, convocado por CEPAL y UNFPA. En esta instancia de carácter técnico participaron por Uruguay: la senadora Margarita Percovich, la Dra. Cristina Grela por el Programa de Salud de la Mujer y Género del MSP, el A. S. Christian Mirza del MIDES, la Ec. Alicia Melgar Directora del INE, la Lic. Alejandra López Gómez de MYSU, la Téc. Lilián Abracinskas de CNS Mujeres y en calidad de expositora la Prof. Rosario Aguirre de la UDELAR. Asimismo, se realizó el 12 de octubre la Asamblea General de NNUU en Nueva York para conmemorar los 15 años de la CIPD.

7. Anexo 6. Intervención de la delegación de Uruguay ante las NNUU (Cairo + 15, 2009).

III) Balance de lo realizado por el país para el cumplimiento del PA de la CIPD

Más allá de los matices en las valoraciones sobre las lecciones aprendidas, los logros alcanzados en estos 15 años y los desafíos planteados, hay un común denominador: distintos actores sociales, políticos, académicos involucrados en la agenda de la CIPD, coinciden en afirmar que ésta supuso un cambio de paradigma en la forma de concebir las políticas de población y desarrollo y que, particularmente en Uruguay, hay un antes y un después de «El Cairo».

Uno de los mayores desafíos de la CIPD ha sido bregar por su implementación en los escenarios nacionales. En Uruguay, este proceso, si bien ha tenido sus luces y sus sombras, es una agenda que se ha desarrollado en todos estos años con acciones de diverso grado de sostenibilidad, alcance y resultados.

A los efectos de realizar un balance de lo sucedido en el país en materia de políticas, programas y servicios, se agrupará la información relevante en tres grandes ejes:

- **Dinámica de la población**
- **Salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos**
- **Empoderamiento de la mujer e igualdad de género**

Estos ejes han constituido asuntos que exigían (y exigen) respuestas institucionales para revertir las desigualdades a ellos asociadas, a la vez que han sido considerados como asuntos relevantes de la CIPD y concentran la mayor cantidad de acciones tendientes al cumplimiento de las recomendaciones emanadas del PA. Sin embargo, hasta el momento, no se ha consolidado una política nacional de población y desarrollo que articule los distintos componentes de la CIPD con criterios de sostenibilidad, sustentabilidad, integralidad y visión estratégica.

III. A) Dinámica de la población uruguaya

Uruguay tiene una población total proyectada para 2009 de 3.334.934, altamente urbanizada, con un porcentaje de población menor de 15 años de 22.9%, con una población de 65 años y más de 13,6%, la esperanza de vida al nacer para ambos sexos es de 76 años (80,1 para mujeres, 72.9 para varones), la tasa global de fecundidad es de 1,99, la tasa de mortalidad infantil es de 13,1 y el índice de masculinidad es de 93,4, según datos del INE[8].

En este apartado, se presentan algunas de las principales características y dinámicas de la población uruguaya en temas sensibles focalizados por el PA de la CIPD: fecundidad, envejecimiento de la población, nuevos arreglos familiares, migración internacional y estrategias de lucha contra la pobreza. Estos aspectos junto con aquellos referidos a la SSR y al empoderamiento de las mujeres, son centrales a la hora de diseñar políticas de población y desarrollo estratégicas que garanticen integralmente los derechos de las personas, su bienestar y una vida plena a lo largo del ciclo vital.

El país ha realizado precozmente -en comparación con sus pares de la región- la primera transición demográfica hacia fines del SXIX y comienzos del SXX (descenso de la fecundidad y de la mortalidad). Ya a fines del pasado siglo se observaron signos de la llamada «segunda transición demográfica», que se presentan simultáneamente con algunos países de la región. Cambios vinculados a

8. www.ine.gub.uy

los modelos familiares y reproductivos con una tasa de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo, aplazamiento de la fecundidad y de la formación de uniones, incremento de las uniones informales, mayor número de nacimientos por fuera del matrimonio y elevación de la tasa de divorcio. Según algunos autores, estos cambios están asociados a la prolongación del proceso educativo, aumento de la participación femenina en el mercado laboral y precarización del trabajo para las personas jóvenes. Para otros, están vinculados a las transformaciones culturales y del sistema de valores asociados a la autonomía, a la búsqueda de la autorrealización y al rechazo de los controles institucionales (CEPAL, 2007) (Varela, et al, 2008).

En materia de fecundidad, se observan cambios sustantivos que tienen implicaciones directas en el crecimiento poblacional. Según estudios nacionales (Varela et al, 2008) estas transformaciones están relacionadas con los grupos sociales ubicados en los dos extremos del nivel educativo. Según estas autoras la educación es una variable clave para analizar los diferentes patrones de fecundidad. Las mujeres con nivel educativo más bajo presentan un modelo reproductivo cuya descendencia supera la media nacional, con patrones previos a la primera transición demográfica (edad media del primer hijo a edades tempranas), otro sector de mujeres se aproxima a finalizar dicha transición y un tercer grupo, asociado a nivel educativo alto, transitando la segunda transición demográfica, cuya fecundidad no alcanza el nivel de reemplazo y con cambios importantes en el calendario reproductivo.

Las mencionadas autoras señalan que:
«(…) el hecho de que sean las mujeres en hogares con condiciones de pobreza estructural las que tengan un nivel de fecundidad más alto y un calendario más temprano dentro de las mujeres pobres va de la mano con la hipótesis de que son las mujeres con peores niveles de vida quienes tienen un comportamiento reproductivo de inicio más temprano y más intenso. En estos sectores sociales, es difícil la construcción de un proyecto de vida más allá de la maternidad. Se agregan a ello las dificultades para adoptar el uso de la contracepción.» (Varela, et al, 2008)

La relación entre los cambios que se registran en la fecundidad, los modelos reproductivos observados y el impacto de las políticas que se han desarrollado en Uruguay a partir de la CIPD en materia de género y acceso a la SSR, la promoción de derechos y más específicamente las prestaciones en anticoncepción en servicios públicos de salud, requieren estudios específicos aún no disponibles en el país.

La estructura de edades de la población hace de Uruguay el país más envejecido de América Latina y el Caribe. Sin embargo, prácticamente no se ha avanzado en el montaje institucional orientado a atender las necesidades particulares del creciente contingente de adultos mayores. El envejecimiento trae consigo una mayor cantidad de personas que necesitan ser cuidadas. Existe un déficit de cuidados importante, amortiguado por una generación de mujeres, principalmente de 60 y más años que no están incorporadas al mercado de trabajo remunerado y que, de diversas formas, se han hecho cargo de las necesidades de cuidado de la familia y muchas veces, también de la comunidad. Sin embargo, tomando en cuenta la tasa de participación laboral femenina, este efecto amortiguador desaparecerá en pocos años por lo que la problemática de la demanda de cuidados será un tema aún más acuciante. Registrándose también una brecha entre hombres y mujeres, dado que éstas tienen mayores expectativas de vida, mayor morbilidad y menos condiciones de ser cuidadas.

Este mapa poblacional enfrenta al país a desafíos muy importantes en materia del sistema de cuidado de las personas dependientes. Estas políticas han sido insuficientes y brindadas fundamentalmente por las mujeres, las familias y por un conjunto de servicios públicos y privados con débil o nula coordinación entre sí, que ofrecen una cobertura escasa, segmentada por ingresos y de calidad muy variable. Desde hace más de una década que en el país se viene generando conocimiento sobre el tema. Sin embargo, sólo en los últimos años comienza a tener una mayor visibilidad pública gracias al esfuerzo efectuado por la academia, las organizaciones de la sociedad civil y la institucionalidad de género con el apoyo de la

cooperación internacional. Los resultados de la encuesta sobre «Uso del tiempo y trabajo no remunerado», módulo incorporado en la Encuesta Continua de Hogares realizada en 2007 (Aguirre, Batthyany, 2009), ilustran el porcentaje de tiempo destinado al trabajo remunerado y no remunerado por mujeres y varones. Mientras las primeras utilizan el 65% de su tiempo al trabajo no remunerado, para los varones la relación se invierte. Si bien se registran en los últimos años algunos avances para fomentar políticas de co-responsabilidad entre hombres y mujeres, aún se está lejos de disponer de medidas que reviertan el sesgo histórico de género que ha colocado a las mujeres como las principales cuidadoras en la crianza.

La realidad poblacional del país demanda la generación de un sistema nacional integrado e integral de cuidados, pero su lugar en la agenda pública es insuficiente. De todas formas, importa señalar que los partidos políticos más representativos lo han incorporado en sus propuestas de gobierno para el período 2010 – 2014.

Uruguay muestra cambios muy importantes en la **estructura de las familias**, que comenzaron a visibilizarse hacia la década de los 70. Según Cabella (2007), *«puede decirse que el segundo quinquenio de la década de los ochenta fue el escenario de un giro sin precedentes en la historia de la familia uruguaya del siglo XX. En pocos años los casamientos descendieron a la mitad, los divorcios se duplicaron y las uniones libres comenzaron a ser una alternativa cada vez más frecuente frente al matrimonio legalizado. La combinación de estos procesos con las tendencias demográficas, sociales y económicas ha dado lugar a la transformación de la fisonomía de las familias uruguayas.»* (Cabella, 2007)

Asimismo, las tendencias reseñadas muestran una transformación en la estructura de los hogares, con una mayor representación de los unipersonales y de aquellos conformados únicamente por una pareja. Según la referida autora, la suma de estos dos arreglos iguala en número a los hogares nucleares integrados por pareja e hijos, siendo éste último poco más de un tercio del total de los hogares. A su vez, importa señalar que ha aumentado de manera significativa la proporción de hogares con jefatura femenina.

La diversidad en los arreglos familiares genera el desafío de diseñar políticas públicas que consideren esta realidad, respetando el derecho de las personas a decidir la forma de unión afectivo - sexual. En tal sentido, se han implementado en los últimos años, algunas medidas a los efectos de acompasar las normativas nacionales a esta realidad. Entre ellas, merece mencionarse la ley de unión concubinaria (Ley N º 18.246 de 18 / 12 / 2007) y la recientemente aprobada ley de adopción (de setiembre de 2009).

Otra característica relevante de la población uruguaya es su fuerte **tendencia emigratoria** consolidada en el país desde hace cuatro décadas y agudizada durante la crisis económica de 2002. Las consecuencias de la emigración internacional sobre el país tienen connotaciones negativas: por un lado, el nivel educativo de los emigrantes supera el promedio nacional por lo que se pierde mano de obra más calificada, la estructura de edades de la población emigrante es más joven lo que contribuye a envejecer aún más la población residente en el país y genera mayores presiones sobre los sistemas de salud y seguridad social. Por otro lado, porque la gran proporción de núcleos familiares enteros que componen los flujos de emigrantes no contribuye a generar una masa de remesas importante, según señala el estudio de (Varela et al, 2008). En los últimos años, se han implementado iniciativas para vincular a los / as uruguayos residentes en el exterior con el país, entre ellas merece destacarse la creación del llamado Departamento 20 en la órbita del MRREE (2005) y las acciones emprendidas por la UDELAR y desde 2007, por la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII), para vincular a científicos uruguayos residentes en diversos países con las instituciones académicas y científicas nacionales, propiciando su retorno y radicación en el país.

Las principales tendencias y características demográficas del país reseñadas deben ubicarse, a su vez, en el contexto socioeconómico. Los niveles de pobreza y desigualdad del Uruguay resultan bajos

en comparación con los promedios latinoamericanos. Sin embargo, el país tuvo niveles críticos de pobreza particularmente hacia los años 2002 – 2004, coincidiendo con una profunda crisis económica. *«A partir de entonces comenzó una fase de recuperación, con crecimiento del ingreso de los hogares. Entre los años 2004 y 2008 la pobreza y la indigencia disminuyeron significativamente, la pobreza en 11,6 puntos porcentuales y la indigencia en 2,4 puntos porcentuales. En particular, la incidencia de la pobreza entre los niños menores de 6 años disminuyó 17,7 puntos porcentuales. Estas mejoras en los indicadores de pobreza y desigualdad se atribuyen, por una parte, a los niveles de crecimiento económico registrados y, por otra, a las políticas sociales que operaron en el período 2005-2008: el Plan de Atención a la Emergencia Social (2005-2007) y luego el Plan de Equidad, integrado por la reforma tributaria, la reforma del sistema de salud y el nuevo régimen de Asignaciones Familiares, entre otras políticas que componen la Red de Asistencia e Integración Social. A su vez, desde el 2005 se volvieron a convocar los consejos de salarios, lo que implicó un incremento salarial promedio acumulado en el período (julio del 2005 a enero del 2008) de casi el 40% nominal y el 11,5% real.*»(Reporte Social 2009, MIDES).

La realidad poblacional del país demanda avanzar en la definición y profundización de políticas estratégicas que generen respuestas integrales para superar las desigualdades sociales y económicas identificadas. Iniciativas como la Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia (ENIA, Uruguay 2030), así como otras convocadas por organizaciones de la sociedad civil y la academia, son buenos ejemplos de búsqueda de consensos entre distintos actores para colocar temas centrales en la agenda política con mirada prospectiva[9].

III. B) Salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos

Período 1995 – 1999

A partir del año 1996 se comenzaron a implementar en nuestro país políticas públicas referidas a la salud sexual y reproductiva en el sector sanitario. La idea pre-existente había ligado salud reproductiva a planificación familiar. Al no parecer necesario esta última dada la baja tasa de fecundidad, la otra no era percibida como un problema social. El acceso a métodos anticonceptivos se lograba mediante su compra en farmacias y a través de los servicios de la Asociación Uruguaya de Planificación Familiar, filial de IPPF. Como consecuencia de la CIPD, se comenzaron a implementar políticas dirigidas a la salud reproductiva (y sexual) desde el gobierno nacional y desde el gobierno departamental de Montevideo. Las Conferencias de Naciones Unidas -CIPD y CCMM- las propiciaron y sobre todo les dieron mayor legitimidad.

A nivel gubernamental nacional, el primer programa surgió en octubre de 1996, *«Incorporación de un programa de salud reproductiva en el área materno-infantil con énfasis en la población de necesidades básicas insatisfechas. Maternidad-paternidad elegida»* en la órbita del MSP. La meta era contribuir a mejorar las capacidades de las personas para ejercer sus derechos y responsabilidades reproductivas y disminuir las situaciones de riesgo, de mortalidad infantil, embarazos no deseados y abortos. Entre sus propósitos figuraban contribuir a que las parejas (incluida la población adolescente) puedan decidir libremente sobre su SSR, en equidad, sin discriminación de ningún tipo y con acceso universal a educación y servicios integrados y con calidad. Los resultados esperados incluyeron que más personas alcanzasen un buen nivel de autocuidado en salud, con acceso a servicios; la comprensión y uso del concepto integral de SSR a nivel institucional; mejoras en la capacitación y en las prestaciones de nueve centros del MSP y en el Centro Hospitalario Pereira Rossell en Montevideo y en diez centros departamentales de salud en el interior. Si bien el mismo tenía carácter nacional, logró un mayor desarrollo en el departamento de Montevideo. El programa contó con recursos financieros y apoyo técnico del UNFPA y

9. Como ilustración pueden señalarse las Mesas de Diálogo convocadas por la Red Género y Familia, los talleres convocados por la asociación civil Rumbos, los Caucus de mujeres convocados por CNS Mujeres y la Agenda de las Mujeres.

existió un compromiso ministerial de asumir el total de los costos una vez finalizado el apoyo internacional. Por primera vez, a través de un programa público se comenzó a incorporar una canasta de métodos anticonceptivos en servicios públicos de salud, sin costo de bolsillo para las usuarias / os (MSP, 1999).

Se crearon en ese Ministerio, el *Área de Salud de la Mujer y el Comité de la Mujer* cuya acta de creación se fundamentaba en los compromisos asumidos en la CIPD. Si bien sus objetivos se relacionaban al diseño e implementación de políticas de salud de la mujer con perspectiva de género, no se realizaron acciones sostenidas, sus grados operativos de coordinación intra-institucional e intersectorial fueron escasos y no dispusieron de recursos (humanos y financieros) para su sustentabilidad. En 1999, se creó por convocatoria ministerial la *Comisión Honoraria Asesora en Salud Sexual y Reproductiva*, coordinada por representantes del MSP y con integrantes de Facultad de Medicina de la UDELAR, Instituto de la Familia y la Mujer (INFM, MEC), Sociedad de Ginecología del Uruguay, Sindicato Médico del Uruguay y representantes de las ONG de mujeres. Tuvo como cometido la elaboración de normas en SSR. Si bien su creación constituyó un avance, su implementación tuvo limitaciones importantes y su funcionamiento se extendió hasta el año 2001 (Presidencia de la República, 1998) (CNS, 1998) (MSP, 1999).

En materia de VIH – Sida el país continuó implementando un Programa Nacional de Sida en la órbita del MSP (creado en 1987) cuyos cometidos y acciones no se enmarcaron explícitamente en las recomendaciones emanadas de la CIPD. Importa resaltar las normativas aprobadas en materia de prevención y atención del VIH – Sida, entre ellas el decreto por el cual se ofrece la realización del test de VIH a toda mujer embarazada y de resultar positivo la realización del tratamiento antirretroviral[10]. Asimismo, se garantizó el acceso universal a tratamiento antirretroviral a las personas con VIH.

A nivel gubernamental montevideano, a partir de 1996, se puso en marcha el Programa de Atención Integral a la Mujer (PAIM), en coordinación intra-institucional entre División Salud y Comisión de la Mujer (hoy Secretaría de la Mujer) de la IMM. El Programa compuesto por tres sub-programas específicos: Maternidad Informada y Voluntaria, Prevención de Cáncer Genito-Mamario y Atención Integral al Embarazo y Puerperio, fue pionero en el país por la integralidad de su abordaje. El PAIM se implementó en todas las policlínicas municipales y tuvo como principal cometido promover un modelo de atención integral basado en una concepción de la salud para contribuir con el desarrollo de todas las potencialidades de las mujeres y de esa manera producir impactos en su desarrollo personal y comunitario. Fue definido como un programa basado en una concepción de promoción de la salud sostenido en tres estrategias: participación comunitaria de vecinas y vecinos a través de comisiones de apoyo, coordinación interinstitucional entre el municipio, las ONG y los ministerios correspondientes (en especial el MSP) y capacitación de los actores profesionales y comunitarios involucrados, especialmente en temáticas referidas a salud y género. Generó mecanismos para la sustentabilidad financiera del subprograma Maternidad Informada y Voluntaria mediante la venta a las usuarias, a costo de reposición, de los métodos anticonceptivos. El PAIM contó inicialmente con el apoyo financiero y técnico de UNFPA y posteriormente se le destinó un presupuesto genuino por parte del gobierno de Montevideo. En el marco del programa se capacitó a equipos de salud y a integrantes de las comisiones de apoyo, se elaboró material de promoción en distintos tópicos, se desarrollaron estrategias de promoción comunitaria y se brindó atención integral en 20 policlínicas de Montevideo, incluyendo policlínicos móviles. Este programa fue el primero en capacitar a los recursos humanos de las policlínicas así como a las Comisiones de apoyo integradas por vecinas y vecinos de las zonas de inserción de las policlínicas.

En marzo de 1995, también a nivel municipal en

10. Decreto MSP, 295/1997, ver anexo 7.

Montevideo, se puso en marcha el Programa de Atención Integral a la Adolescencia, como un ámbito de coordinación intra-institucional entre la Comisión de la Juventud (hoy Secretaría de la Juventud), la Comisión de la Mujer (hoy Secretaría de la Mujer) y la División Salud. Su principal cometido fue promover relaciones de equidad de género con énfasis en educación sexual y derechos humanos en la población adolescente. El programa desarrolló acciones en acuerdo con INJU, CODICEN y el Programa Nacional de Sida del MSP. Asimismo, coordinó esfuerzos con ONG mediante la implementación de Centros Juveniles (Presidencia de la República, 1998) (CNS, 1998).

Desde el ámbito de la sociedad civil, en este período se constituyó la Comisión Nacional de Seguimiento de los compromisos de Cairo y Beijing (hoy CNS Mujeres por democracia, equidad y ciudadanía) con la integración de más de 50 organizaciones de mujeres de todo el país (1996) y también se creó MYSU como una red de organizaciones de mujeres en el área de la salud (desde 2005, asociación civil sin fines de lucro). En el ámbito académico, se creó la Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género de la Facultad de Psicología de la UDELAR (1999) por decisión de su Consejo. Estas instancias han jugado un papel relevante en monitorear y generar información para impulsar y legitimar la agenda de la CIPD en el país.

El principal hito a registrar en este período es la asunción por parte del Estado uruguayo de brindar prestaciones en salud sexual y reproductiva que incluyeron el acceso a métodos anticonceptivos de calidad en el marco de la atención sanitaria de los servicios públicos. Estas iniciativas gubernamentales a nivel nacional y municipal en Montevideo, se enmarcaron en los principios rectores de la CIPD y recogieron algunas de las medidas recomendadas en su PA.

Por último, como ya ha sido referido, en consonancia con estas acciones Uruguay tuvo una participación comprometida en las instancias evaluatorias de la CIPD convocadas por Naciones Unidas, a cinco años de su celebración (Cairo+5).

Período 2000 – 2004

Este período coincidió con un cambio de administración en el gobierno nacional. En 2001 el país experimentó una de las crisis socio-económica más importante de su historia moderna con alto impacto en las condiciones de vida de importantes sectores de la población y con repercusiones notables en la salud y calidad de vida.
En el año 2000, en el marco de la cooperación de OPS en Uruguay, se elaboró desde el MSP, el *Plan Nacional de Infancia, Adolescencia y Salud Reproductiva (2000 – 2003)* que congregó la participación de representantes del sector gubernamental, ONG, sociedades científicas y academia. El mismo fue publicado y difundido como una herramienta fundamental para orientar la política de promoción de salud en áreas claves de actuación del Ministerio, sin embargo nunca fue implementado (MSP, 2000).

En el mismo año, las autoridades sanitarias decidieron el cese de la ejecución del Programa Maternidad y Paternidad Elegida e inició el desarrollo de una nueva línea programática a través de ASSE. En Montevideo se implementó en el año 2001, en el marco del Servicio de Salud de Asistencia Externa (SSAE, hoy Red de Atención Primaria, RAP) el *Programa de Salud Integral de la Mujer (SIM)*, integrándose a la estructura de servicios ministerial, con presupuesto genuino.[11]

A los efectos de asegurar cobertura y ampliar el acceso a la anticoncepción, la Dirección General de la Salud del MSP le encomendó al SSAE establecer prestaciones de anticoncepción en las unidades efectoras del primer nivel de atención en Montevideo. El SSAE decidió incorporar las prestaciones en anticoncepción mediante la creación del Programa SIM con la articulación de un conjunto de acciones:

11. El 7 de abril de 2001, MYSU con la presencia del Pr. Perico Pérez Aguirre fue recibida por el entonces Director General de la Salud, Dr. Touyá. Se le manifestó la preocupación por la discontinuidad de las acciones en salud sexual y reproductiva y se le hizo entrega de un documento con recomendaciones para una política nacional en la materia.

captación precoz y control del embarazo, prevención de cáncer de mama y cuello uterino, prevención y tratamiento de infecciones de trasmisión sexual y anticoncepción. Se propuso además *«promover la sensibilización y capacitación de los profesionales en el abordaje de la salud de la mujer desde una perspectiva de género y la formación de grupos de mujeres como estrategia socio-educativa y preventiva»* (MSP, 2001).

El Programa SIM funciona desde entonces en los diez centros de salud del primer nivel de atención en Montevideo, ofreciendo prestaciones en distintos componentes de la SSR, incluyendo métodos anticonceptivos de manera gratuita.

El inicio de este programa significó un cambio relevante en las políticas de SSR desarrolladas hasta el momento en el país. Su creación señaló una tendencia al fortalecimiento del primer nivel de atención, a la ampliación de la cobertura de los servicios del MSP y el inicio de un camino en el cambio del modelo de atención. Ello se reflejó, por un lado, en una actitud diferente del Estado respecto a las políticas en SSR, expresada por la inclusión de nuevos servicios a la cartera de prestaciones y, por otro lado, en la tendencia a la descentralización, con transferencia de la responsabilidad de la planificación e implementación de programas de promoción y prevención a los efectores del primer nivel.

Entre los años 2001 y 2002 se realizó la investigación *«Factores vinculados a la implementación de un programa de atención integral a la salud de la mujer en el marco de un modelo asistencial materno infantil»*, desarrollada por la Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género de la Facultad de Psicología de la UDELAR, en coordinación con el SSAE y con el apoyo de la Fundación Mexicana para la Salud. El estudio cuali – cuantitativo identificó seis grupos de factores relevantes en el proceso de implementación de este programa, vinculados a la transformación de un modelo de atención materno infantil hacia un modelo integral en SSR. Ellos eran: a) factores vinculados a la tensión entre los paradigmas de la salud materno infantil y de la SSR; b) factores vinculados a las representaciones sociales sobre la mujer; c) factores vinculados al reconocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos; d) factores vinculados al lugar asignado a los varones y su participación reproductiva y e) factores vinculados al funcionamiento y organización de los Centros de Salud. Los resultados de este estudio tienen plena vigencia para el análisis de las tensiones existentes en la transformación de un modelo asistencial materno infantil hacia otro integral en SSR, género y derechos (López Gómez et al, 2005).

Asimismo, desde el Área Mujer - Niñez del MSP se desarrolló una estrategia de extensión de la anticoncepción hacia los servicios públicos del interior del país. El relevamiento de servicios públicos de salud reproductiva, mostró que para el año 2002, existían 50 servicios públicos que disponían de métodos anticonceptivos, con diferencias en la calidad de sus prestaciones, así como en la continuidad de disponibilidad de insumos (MYSU, 2002).

Entre los años 2001 y 2003 se registró la más alta tasa de muerte de mujeres por aborto inseguro (Abracinskas, L., López Gómez, A., 2004) (Briozzo L. et al., 2003). Ello generó una reacción pública del personal gineco-obstetra de las cátedras de Ginecotocología de Facultad de Medicina de la UDELAR. Surgió la iniciativa de creación de Iniciativas Sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo, espacio de profesionales de la salud desde el cual se elaboraron e impulsaron las *«Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo»*, que fueron reconocidas como normativa sanitaria por el MSP mediante la ordenanza ministerial N º 369 de agosto de 2004.

A su vez, en el año 2003 se incorporó la anticoncepción de emergencia en los servicios públicos de salud en la modalidad de producto dedicado y mediante el método de Yuspe.

En ese mismo año, en el marco del Programa Infancia, Adolescencia y Familia en Riesgo creado en 2001 y ubicado en Secretaría de Presidencia de

la República (hoy Infamilia, MIDES) se logró articular una serie de acciones relativas a la capacitación del personal de salud en temas de SSR (subcomponente 1.4). En 2004, se capacitó a 250 profesionales no médicos de los servicios públicos del MSP de todo el país, a 250 promotores / as juveniles en salud sexual y reproductiva y se inició la puesta en práctica de agentes socio-educativos para el desarrollo de estrategias comunitarias en SSR con énfasis en prevención de embarazo no deseado dirigidas a la población adolescente y juvenil (Presidencia de la República, 2003).

En el año 2004, se instaló en la órbita del MSP, la *Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva*[12] con carácter intersectorial e interinstitucional, con la participación de representantes de organismos gubernamentales, ONG y academia. La Comisión se creó en el marco de los cometidos definidos por la *Comisión Intergubernamental MERCOSUR (*2003). El acuerdo señalaba como marco referencial los contenidos emanados de la Convención de los Derechos del Niño (1990), la CEDAW (1979) y el PA de la CIPD (1994). Esta Comisión Intergubernamental surgió en un contexto regional de debate sobre los avances y desafíos planteados para los países a diez años de la CIPD y significó una herramienta de gran relevancia en el proceso regional para la ratificación de la vigencia de la CIPD.

La Comisión Nacional elaboró las Normas en Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo Anticoncepción (métodos reversibles) que fueron publicadas en 2005. Esta fue el primer mecanismo institucionalizado de diálogo Estado – sociedad civil para el monitoreo de las políticas nacionales en la materia, allí radica su valoración de hito en el proceso (MSP, 2005) (CNS, 2005).

En el ámbito educativo, en el año 2000, el CODICEN impulsó medidas tendientes a incorporar educación sobre sexualidad y salud reproductiva en la currícula de educación secundaria. Se elaboró y publicó 40.000 ejemplares del libro *«Escucha, Aprende y Vive»* que sería integrado en el curso regular de biología de tercer año de secundaria. El mismo fue auspiciado por el CODICEN, el MSP y ONUSIDA y contó con la participación del Programa Nacional de Sida (MSP). Su introducción en la enseñanza regular fue objeto de un encendido debate público y debido a presiones de diversos grupos religiosos y partidos políticos conservadores, el CODICEN desistió de esta estrategia descartando la distribución del libro entre los y las alumnas de los establecimientos públicos (CODICEN, ONUSIDA, MSP, 2001). En el año 2002, surgieron iniciativas para definir nuevamente un Plan Nacional de Educación Sexual. Esta vez la convocatoria fue realizada por el Instituto Nacional del Menor (INAME, hoy Instituto Nacional de la Niñez y la Adolescencia en Uruguay - INAU). Para ello, se instaló la Comisión Interinstitucional para el análisis de la Educación Sexual en el Uruguay[13], la cual elaboró un documento de consenso que fuera escasamente difundido y debatido con otros actores. Las sugerencias emanadas del documento no fueron implementadas (López Gómez, A. et al, 2005).

Entre los años 2001 y 2004 se desarrolló un programa para la incorporación de la promoción y educación de la SSR en los Centros CAIF, un acuerdo entre el Plan CAIF y la organización Gurises Unidos con el apoyo de UNFPA. Esta iniciativa se enmarcó en el cumplimiento de las metas de la CIPD relativas a la población adolescente y joven y tuvo como principales cometidos consolidar la incorporación y el desarrollo sustentable de un programa de SSR en el marco del Plan CAIF, que permitiera la integración efectiva de acciones en este campo dirigidas hacia la población referente de los centros (madres y padres de niños vinculados a los centros), hacia los equipos técnicos y hacia las / os adolescentes y jóvenes de las comunidades de referencia de los Centros (GGUU, 2002).

Desde el gobierno municipal de Montevideo, en el

12. Ordenanza N ° 147 del MSP de fecha 24/3/2004.

13. Integrada por ANEP-CODICEN, Consejo de Educación Primaria, Consejo de Educación Secundaria, Consejo de Educación Técnico Profesional, INAU, INJU, MEC, MSP.

año 2001, se puso en marcha el *I Plan de Igualdad de Oportunidades y Derechos*, pionero en el país y que contó con líneas de acción en Derechos Sexuales y Reproductivos (IMM, 2002). En su elaboración participaron actores gubernamentales, de la sociedad civil organizada y de la academia. Se instaló la Mesa ejecutiva del Capítulo Derechos Sexuales y Reproductivos con participación de ONG que tuvo como cometido dar seguimiento a la instrumentación del Plan. Esta Mesa funcionó hasta el año 2004, cuando se creó la Comisión Nacional Asesora en SSR ya referida. La definición y puesta en marcha del Plan permitió darle sostenibilidad y ampliación a las políticas en salud y derechos sexuales y reproductivos, desarrolladas desde este ámbito municipal. Se realizaron numerosas actividades reforzando y ampliando el proceso iniciado en el período anterior.

En el marco de este Plan y dando cumplimiento al Decreto No 28.942 de la Junta Departamental de Montevideo del año 1999 y a la Resolución Municipal Nº 4924/99 se estableció el procedimiento de actuación ante situaciones de acoso sexual y se creó el Grupo de Trabajo en la órbita del Departamento de Recursos Humanos y Materiales en coordinación con la Comisión de Equidad y Género.

En materia legislativa, tuvo lugar el debate sobre el *proyecto de ley de defensa a la salud sexual y reproductiva* que fuera aprobado por mayoría en la cámara de diputados (10/12/2002) y votado negativamente en cámara de senadores (4/5/2004). El proyecto ubicaba al Estado como garante para el pleno ejercicio de la salud y los derechos sexuales y reproductivos mediante el desarrollo de estrategias de educación sexual, la promoción de maternidades y paternidades elegidas, el acceso universal a servicios de anticoncepción y el reconocimiento al derecho a decidir de las mujeres sobre la interrupción voluntaria de un embarazo hasta las 12 semanas de gestación y luego de ese plazo en determinadas circunstancias. Este proyecto tuvo como antecedentes otros presentados en el año 1985 (proyecto de despenalización del aborto, iniciativa Lamas y Vaillant), en el año 1993 (proyecto sobre la interrupción voluntaria de la gravidez, iniciativa Sanseviero, que obtuvo unanimidad en Comisión de Bioética de la Cámara de Diputados) y en el año 1998 (proyecto sobre despenalización del aborto, iniciativa Barreiro que no fue considerado). Por primera vez, en el año 2004, el parlamento uruguayo daba media sanción a un proyecto de ley de estas características. La participación activa de las organizaciones sociales y en especial de las organizaciones de mujeres dio lugar a la creación de la *Coordinación Nacional de organizaciones sociales por la salud reproductiva* que nucleó a diversos actores sociales, sindicales, académicos y religiosos con el cometido de promover el debate social y la aprobación del proyecto de ley. A pesar del resultado final negativo, este debate fue un hito en el proceso de legitimación y reconocimiento de la SSR y los derechos y se articuló con un creciente debate social y ciudadano que acompañó el trámite parlamentario (Abracinskas L., López Gómez, A. 2007).

Otras iniciativas legislativas tuvieron relación con leyes relativas a la licencia para la realización de exámenes preventivos de cáncer genito –mamario; acompañamiento en el trabajo de parto y parto y licencia para padres gemelares.

Período 2005 – 2009

Este período concuerda con el cambio de administración nacional de gobierno, con la asunción del Dr. Tabaré Vázquez del Frente Amplio – Encuentro Progresista. En este contexto, el nuevo gobierno impulsó una serie de reformas estructurales del Estado, entre ellas del sector salud. La creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)[14] - con la integración de efectores públicos a través de ASSE y efectores del sector mutual - se ha centrado en tres pilares: cambio del modelo de atención, cambio del modelo de financiamiento y cambio del modelo de gestión. El proceso de definición del nuevo sistema así como los documentos resultantes, no incorporaron la perspectiva de género.

El objetivo del SNIS es universalizar el acceso a la

14. SNIS fue creado por ley 18211 del 5/12/2007 y puesto en marcha en enero de 2008.

salud, con justicia y equidad en el gasto, calidad de atención y sustentabilidad financiera. Se propone cambiar el paradigma anterior basado en la asistencia y la rehabilitación, por un modelo que privilegie la atención integral y jerarquice la promoción y la prevención. Esta modificación hace que el primer nivel de atención se convierta en el foco de los principales cambios y escenario donde debe recaer la responsabilidad de que usuarios / as del sistema reduzcan la necesidad del uso de los servicios en los demás niveles. El segundo y tercer nivel verán disminuidas sus demandas. Esto implica fortalecer necesariamente los servicios de la red del primer nivel, en cuanto a recursos humanos, financieros e infraestructura. También implica re - pensar la integración de los equipos de salud con otros perfiles de profesionales, de modo de responder a un paradigma de integralidad desmarcado del modelo biomédico tradicional. El modelo de financiamiento implica una transformación en el sistema de gasto y financiamiento, asegurando cobertura universal, equidad y solidaridad a través del Fondo Nacional de Salud (FONASA). El sistema prevé el pago a los efectores en base a cápitas en función del número y perfil de usuarios / as y del cumplimiento de las metas prestacionales de observancia obligatoria.

La incorporación de la SSR dentro de las prestaciones de observancia obligatoria del SNIS es una demanda pendiente de concreción plena, más allá de las siete metas prestacionales ya incorporadas, referidas a la atención de la mujer durante el embarazo y la capacitación del personal en violencia doméstica.

En materia programática, desde el 2005, el MSP cuenta con 13 programas prioritarios, dependientes de la Dirección General de la Salud (DIGESA). Entre ellos, se encuentran tres que se relacionan directamente con componentes de la SSR: el Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género, el Programa Nacional de Salud Adolescente y el Programa Prioritario de ITS / Sida. Mientras los dos primeros fueron creados en el año 2005, el tercero data de 1987 y fue re-orientado en el actual gobierno.

La creación del *Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género*, con un área específica en SSR, supuso un avance en materia de definición programática en políticas de salud y en particular implicó la apertura de la salud pública a una agenda históricamente no priorizada. Sin embargo, la escasa dotación de recursos humanos y presupuestales y la baja participación e incidencia de los programas prioritarios dependientes de la DIGESA en las reformas estructurales de la salud, ponen en cuestionamiento su capacidad para incidir y transversalizar el enfoque de género y equidad en la política sanitaria nacional (Pérez, 2006).

Este programa se formuló sobre la base de seis áreas: SSR, salud mental, violencia de género, condición del varón, cáncer en la mujer, asesoría en investigación y gestión continua. El marco conceptual de creación refirió a las recomendaciones emanadas de las conferencias de El Cairo (1994) y Beijing (1995). En cuanto al área de SSR, se señalan como objetivos principales:

«Crear las condiciones propicias para la salud y los derechos sexuales y reproductivos, para afirmarlos y garantizar el acceso universal a la atención a la salud sexual y reproductiva y a la educación sexual. Con ello, nos acercaremos a la vigencia de los derechos a una vida sexual plena, digna, saludable y responsable. Esto contiene la promoción de la igualdad de derechos entre hombres y mujeres, la promoción de la salud y del bienestar de los adolescentes y de ciudadanos/as de todas las etapas y circunstancias de su vida.»

En cuanto a las líneas programáticas y las acciones incluyó la «*normatización de la asistencia en anticoncepción e infertilidad; campañas públicas sobre salud sexual, planificación familiar, maternidad y paternidad responsables y derechos de elección en materia de reproducción; mejora y mantenimiento en el acceso a una canasta amplia de métodos anticonceptivos seguros y de calidad; acceso universal a programas de fertilización asistida, incrementar la participación de los hombres en la planificación familiar; intensificar la participación de las organizaciones de la sociedad civil para ayudar en la supervisión del cumplimiento de los objetivos planteados.*» En materia de maternidad segura, las principales acciones se definieron en los

siguientes términos:*»actualización de las normas para la asistencia del embarazo, parto y puerperio de bajo riesgo; creación de normas para la atención del embarazo, parto, puerperio de alto riesgo; constituir a nivel nacional los Comités de Mortalidad Materna; estimular el control precoz y adecuado de las gestantes estimulando sus redes de apoyo; atender en campañas y protocolos a las mujeres en situación de menarca y menopausia; promoción de todos los aspectos de una atención humanizada del parto; capacitación y actualización del personal técnico en aspectos referidos a la sexualidad, embarazo, parto, puerperio y aborto»* (entre otras) (MSP, 2006).

A su vez, se planteó acciones tendientes para la transversalización de género a todos los programas del MSP, con diverso grado de éxito en los resultados obtenidos.

Entre las principales acciones desarrolladas se pueden registrar como las más relevantes, las siguientes:

- avance en la definición, elaboración y publicación de normativas sanitarias y guías clínicas en distintos componentes de la SSR (reelaboración de normas en embarazo, parto y puerperio, elaboración de normas y protocolo en violencia doméstica y sexual, publicación de normas y guías en métodos anticonceptivos reversibles así como el comunicado al cuerpo médico sobre métodos no reversibles);
- gestión del traspaso a ASSE de la administración y distribución de los métodos anticonceptivos hacia servicios públicos de salud;
- ejercicio de la secretaría de la Comisión Nacional Asesora en SSR, reinstalada en junio de 2005;
- elaboración de estudios relativos a diagnóstico nacional sobre salud y género, participación del varón en SSR, barreras para la implementación en los servicios de la ley de acompañamiento en el parto, entre otros;
- impulsó la creación de la Comisión Nacional para el Monitoreo y la Reducción de la muerte de mujeres por embarazo, parto, puerperio, aborto y cesárea, creada por ordenanza ministerial en el año 2006, ante la preocupación por el subregistro de muerte materna en el país[15]. La Comisión presentó en 2008, el informe sobre mortalidad materna para el año 2007 (MSP, 2008) y también se disponen los resultados correspondientes a 2008;
- elaboró materiales de difusión para los servicios de salud y usuarias / os;

g) realizó instancias de sensibilización y de capacitación en género y SSR hacia directores departamentales de salud y profesionales de los servicios[16];

- implementó el Premio Juan José Crottogini, a las Maternidades amigas de las mujeres con dos ediciones en 2007 y 2009;
- impulsó y participó junto con otros programas en la elaboración del documento «Lineamientos y prestaciones en SSR con enfoque de género, derechos y población a incorporarse en el proceso de reforma del sector salud» con un conjunto de recomendaciones para la incorporación de medidas prestacionales de observancia obligatoria en el SNIS, las cuales están pendientes de resolución.

En julio de 2005 la Comisión Nacional Asesora en SSR retomó su funcionamiento. Por decreto ministerial, ésta fue ratificada y modificada en su integración original pero manteniendo el carácter de intersectorial e inter institucional con participación de ONG y del Parlamento[17]. La Comisión sesionó durante todo el período si bien el diálogo con las autoridades ministeriales fue insuficiente y sus recomendaciones fueron escasamente incorporadas. A esta situación se sumó el veto del Poder Ejecutivo (interpuesto por el Presidente de la República con la firma de la Ministra de Salud Pública), a los capítulos que despenalizaban el aborto de la ley de defensa al derecho a la salud sexual y reproductiva aprobado por el Parlamento nacional (2008), razones por las cuales las organizaciones de mujeres integrantes de la comisión presentaron su renuncia a la misma (López Gómez, A.; Abracinskas, L., 2009) (CNS, 2008).

El *Programa Prioritario de ITS – Sida* (2005) sucedió al histórico Programa Nacional de Sida. En su marco conceptual enfatiza una política de promoción de salud y prevención y las directrices que le

15. MSP, Ordenanza 751, 20/11/2006.
16. La capacitación más reciente, realizada en 2009, en enmarcó en la implementación de la Ley Nº 18.426 de defensa al derecho a la SSR, dirigida a equipos de salud de cinco departamento del país.
17. Ordenanzas 495 y 565 del 2005.

dieron sustento son: implementar una política de estado enmarcada en la atención integral del VIH y otras ITS; garantizar la atención integral a la salud de las personas viviendo con VIH - Sida, y desarrollar normativas e intervenciones desde una perspectiva de género, etnia, edad y diversidad sexual, garantizando el ejercicio de los derechos humanos. Para alcanzar los objetivos y metas propuestas se planteó una estrategia que promueva el acceso a la información, educación en promoción de salud y prevención de las ITS / Sida; facilitar el acceso a preservativos; incentivar una atención en salud no discriminatoria hacia las personas con VIH; facilitar el acceso universal al diagnóstico de VIH para la persona que lo requiera; desarrollar una estrategia de reducción de riesgos y daños en usuarios de drogas cuando no puedan o quieran dejar de consumir; y normalizar y monitorear el diagnóstico y tratamiento de las ITS – Sida y su prevención (MSP, 2007).

En 2005 el Programa y la OPP de Presidencia de la República, convocaron a organizaciones gubernamentales, no gubernamentales, académicas y sindicales para crear un ámbito de discusión del proyecto país sobre Sida, a ser presentado al *Fondo Global de Lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis*. La existencia y funcionamiento de este Mecanismo de Coordinación (MCP) y la posterior creación de la Comisión Nacional de Sida (CONASIDA) ha sido un avance importante para el país, ya que ha permitido la articulación de las intervenciones que se realizan en esta temática desde el programa con otros sectores y Ministerios y con las organizaciones sociales. Uruguay postuló recientemente a la 9na. Ronda del Fondo Global de Lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis, proyecto que se encuentra en proceso de evaluación.

El *Programa Nacional de Salud en Adolescentes* junto al Programa Infamilia (MIDES), han implementado algunas acciones relativas a la SSR en este sector de la población, tales como la creación de Espacios adolescentes en distintas partes del país, capacitación del personal técnico de los servicios públicos (2005–2008) y de jóvenes mujeres y varones como promotores juveniles. Para la prevención de embarazo en la adolescencia, se desarrolló una estrategia en bases a agentes socio-educativos. En el marco de los Espacios, la población adolescente puede acceder a métodos anticonceptivos y asesoramiento a cargo de profesionales de la salud (Inmujeres, 2007). Asimismo, desde el Programa se elaboraron en el año 2009, las «Guías para el abordaje integral de la salud de adolescentes. Tomo I: Primer nivel de atención» que incluye capítulos de SSR, ITS / VIH, violencia juvenil entre otros, en cuya elaboración han sido consultados diversos actores de la sociedad civil y de la academia.

En el marco de las acciones dirigidas hacia la población adolescente y joven el MSP co-ejecutó con la organización Gurises Unidos el Proyecto ECOS, a través del cual se han desarrollado un conjunto de acciones para ampliar la formación en SSR y derechos de este sector de la población, que se suman a otras acciones realizadas en el período anterior.

Finalmente, en octubre de 2005 por ordenanza N°890 (17 / 10 / 05), el MSP creó la *Comisión Asesora sobre la Interrupción de la Gestación* que dejó sin efecto el Comando de Lucha contra el aborto criminal. La ordenanza no definió explícitamente sus cometidos, alcances y marco de intervención. Esta Comisión es la única estrategia definida por la actual administración para la atención de abortos institucionales en el marco de la ley vigente (Nº 9763, 1938) que define el aborto como delito siempre, estableciendo cuatro causales que pueden actuar como atenuantes o eximentes de pena (violación, angustia económica, honor de la familia y riesgo de salud de la mujer). No se dispone de documentación sobre la actuación de la comisión, si bien ésta ha funcionado durante todo el período (Pérez, 2006) (CNS, 2008).

Los programas prioritarios mencionados cuentan con un bajo grado de integración entre sí. Por otro lado, si bien se ha trabajado en normativas, guías clínicas y protocolos de atención en distintos componentes de la SSR[18], que ofician de marco programático orientador para las prestaciones en esta materia, es necesario enfatizar su difusión ya que la mayor debilidad identificada es el déficit de conocimiento que tienen tanto los efectores de salud como la población usuaria, tal como lo señala el Observatorio en Género y SSR implementado por MYSU desde el año 2007 (MYSU, 2008).

18. Anexo 6: Cuadro normativas y guías clínicas nacionales en salud sexual y reproductiva (1994 – 2009).

En el marco del MI y del MDN se comenzaron a implementar acciones tendientes a la incorporación de SSR y violencia de género en la formación del personal y en la atención de los servicios de salud de estos organismos para uniformados y familiares. Un ejemplo de ello es el servicio de consejería, apoyo, referencia y sensibilización en VIH / SIDA y SSR que comenzó a funcionar en setiembre de 2009 en Sanidad Policial.

En el sector educativo, a partir del 2005 se inició un nuevo proceso para la incorporación de la educación sexual en la enseñanza oficial, en el marco de la reforma educativa. El CODICEN creó la *Comisión de Educación Sexual*[19], la cual fue formalizada el 17 de marzo de 2006. Tuvo como cometido inicial *«la elaboración de un Proyecto Programático que apunte a la incorporación de la Educación Sexual en el proceso educativo integral de las y los alumnos, basado en un enfoque de desarrollo, salud y derechos que potencie la construcción de ciudadanía en el ámbito democrático, laico, plural que la Constitución del país ha definido».*[20]

Con la resolución emitida por el Consejo Directivo Central de julio de 2008[21], se promueve la institucionalización del Programa de Educación Sexual (PES) en la matriz estructural del Sistema Educativo, que abarcará el período comprendido entre el 1º de julio de 2008 y el 30 de junio de 2010, cuyo objetivo es ejecutar las acciones planificadas para el mediano plazo en la propuesta del año 2006. Posteriormente, en octubre de 2008, se aprueba la planificación estratégica y el organigrama del PES[22] y se constituye un Área de Dirección integrada por el Director de la Dirección Sectorial de Planeamiento, la Coordinadora del PES y el Director de Implementación Curricular. Este proceso cuenta con el apoyo de la cooperación internacional, a través de la ejecución del Proyecto UNA - ONU en su contenido G (lo cual hace posible la concreción de las estrategias definidas en la Propuesta 2006 y el funcionamiento del Programa, así como el desarrollo de sus diferentes áreas).

A nivel de Montevideo, el II Plan de Igualdad de Oportunidades y Derechos del gobierno municipal incluyó medidas vinculadas a los derechos sexuales y reproductivos. Su traducción en los servicios municipales de salud no implicó un avance significativo con lo ya realizado previamente por el gobierno municipal en la materia (IMM, 2007). Se establecieron instancias de coordinación con el MSP y ASSE para articular acciones y prestaciones en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud.

En abril de 2007, se realizó la firma del acuerdo Interinstitucional para la implementación del *Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia* (SIPIAV) implementado desde el INAU, en coordinación con el MSP, MIDES, MI y ANEP. El mismo procura ser una respuesta integrada y articulada a la problemática del maltrato y abuso contra niños, niñas y adolescentes, para asegurar el cumplimiento de lo planteado en la Convención Internacional de los Derechos del Niño. El SIPIAV busca articular las políticas y programas de atención a esta problemática existente y las acciones que desarrollan las instituciones que lo conforman e integrar otros actores, como las organizaciones de la sociedad civil.

En diciembre de 2007 se presenta públicamente el *Plan Nacional de Erradicación de la Explotación Sexual Comercial y No Comercial hacia niños, niñas y adolescentes 2007 – 2010*. Este Plan es el resultado de un proceso que se inició en 2004 cuando se creó por decreto el Comité Nacional para la Erradicación de la Explotación Sexual Comercial y No Comercial de la Niñez y la Adolescencia, con el fin de establecer un plan nacional de acción en la materia que integrara las disposiciones de la legislación vigente[23] y los compromisos asumidos a nivel internacio-

19. Mediante la Resolución Nº 4, Acta 35, del 14 de diciembre de 2005

20. Presentación realizada por la Dra. Stella Cerruti, coordinadora de la Comisión en la *Mesa de Diálogo sobre Políticas de Educación. Discusión desde una perspectiva de género, generaciones y derechos*. Organizada por la Red Género y Familia y la Facultad de Ciencias Sociales de la UdelaR, con el apoyo de UNFPA. Agosto 2006. (presentación ppt)

21. Acta Nº 37, Res. N º 103, Exp. 1/3687/08 (9/7/2008)

22. Con fecha 7 de octubre 2008 mediante la Resolución Nº 9 Acta Nº 16

23. Uruguay ratificó la Convención sobre los Derechos del Niño, su Protocolo Facultativo «relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía», el Convenio de la OIT Nº 182, aprobó el Código de la Niñez y la Adolescencia (adecuación del derecho positivo a la Convención) y también cuenta con la ley Nº 17815 referida a la violencia sexual comercial y no comercial hacia niños, niñas y adolescentes.

nal, con un enfoque intersectorial, interdisciplinario, de derechos humanos y de género. El Comité funciona desde entonces en la órbita del INAU y quedó institucionalmente instalado a fines del año 2005. Su principal objetivo es *«garantizar a todos los niños, niñas y adolescentes del país el pleno ejercicio de los derechos fundamentales reconocidos en la Constitución de la República, la Convención de los Derechos del Niño y el Código de la Niñez y la Adolescencia relativos a la violencia sexual»*[24].

Por último, en materia legislativa tuvo lugar un nuevo debate en torno al proyecto de ley de defensa al derecho a la salud sexual y reproductiva, que al igual que el presentado en el período anterior, incluía la despenalización del aborto y su legalización en los servicios de salud, por sola voluntad de la mujer hasta las 12 semanas de la gestación y luego de ese plazo bajo determinadas circunstancias. El proyecto fue aprobado por ambas cámaras del Parlamento constituyéndose en un hito en el proceso de reconocimiento social y político a la agenda integral de la SSR y los derechos. Sin embargo, los capítulos referidos a aborto fueron vetados por el Poder Ejecutivo y la ley finalmente promulgada (Nº 18426, 1/12/2008) se podría definir como un marco legal general en SSR que «blinda» las normativas sanitarias y guías clínicas existentes en el país en distintos componentes de la SSR (incluyendo el VIH – Sida) así como reconoce los derechos sexuales y reproductivos en niños, niñas y adolescentes. El debate parlamentario y político entorno a este proyecto estuvo acompañado de una fuerte movilización y debate social, habiéndose consolidado una opinión mayoritaria a favor del proyecto aprobado por el parlamento con porcentajes superiores al 60% (López Gómez, A., Abracinskas, L., 2009).

Otras leyes relevantes aprobadas en este período fueron: Ley Nº 18561 (11/9/2009) sobre «Acoso sexual. Normas para su prevención y sanción en el ámbito laboral y en las relaciones docente - alumno» y la Ley Nº 18347 (12/12/2008) que incorpora, entre otros asuntos, la educación sexual en el sistema formal de educación.

Un hecho resaltable a nivel parlamentario, fue la conformación de las Comisiones de Población y Desarrollo en ambas Cámaras cuyos cometidos se enmarcan en la CIPD.

Desde las organizaciones de la sociedad civil se han realizado numerosas acciones de monitoreo y seguimiento y se han implementado proyectos de promoción y capacitación hacia distintas audiencias en SSR, género y derechos. Una amplia mayoría de estas iniciativas cuenta con el apoyo de UNFPA.

Desde el ámbito académico, se ha instalado una agenda de investigación en SSR, género y derechos que adquiere mayor envergadura en este período. Tienen lugar encuentros universitarios relativos al tema, se publican reportes de investigación y se comienza a dar visibilidad y tratamiento a temas de SSR en la formación de grado de los profesionales de la salud (López Gómez, A. et al, 2005) (López Gómez, 2006b).

El país no dispone de información oficial suficiente sobre estos temas, no participó de las encuestas sobre Demografía y Salud (DHS) que sí tuvieron lugar en otros países de la región y la última encuesta nacional de fecundidad data de 1986. Como estrategia para generar información en temas críticos, UNFPA impulsó la realización del Proyecto Género y Generaciones y que concertó la participación del MPS, INE; UDELAR, IMM y MYSU en la gestión y diseño conceptual del proyecto. Esta iniciativa, única hasta el momento, constituyó un excelente ejemplo de articulación de actores para enlazar en la práctica la necesaria relación entre conocimiento, política pública y sociedad, generando información sustantiva sobre distintos tópicos en SSR, derechos, fecundidad, acceso a servicios de salud (UNFPA et al, 2005) (López Gómez, A. et al, 2006).

El siguiente diagrama ilustra los principales hitos en la implementación de las políticas en SSR en Uruguay, desde la CIPD a la fecha.

24. Comité Nacional para la Erradicación de la Explotación Sexual Comercial y No Comercial hacia niños, niñas y adolescentes del Uruguay; Plan Nacional de Erradicación de la Explotación Sexual Comercial y No Comercial hacia niños, niñas y adolescentes 2007 – 2010. Uruguay, 2007. Pág. 19.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
Hitos en la implementación de la CIPD

En el gobierno:

1994 CIPD

Inicio de programas en SSR en el sector salud a nivel público y en la IMM.
Se incorpora la anticoncepción en las prestaciones de servicios públicos de salud.
Uruguay acuerda el PA-CIPD sin reservas.

1999 CIPD + 5

Se amplía la oferta de servicios en SSR a nivel público.
Se crea programa SIM.
Se incluye la AE.
Se aprueban leyes específicas.
I Plan Departamental Igualdad de Oportunidades y Derechos (IMM)
Creación Comisión Nacional Asesora en SSR.
Se aprueba la ordenanza 369/ MSP.
Disponibilidad de TAR en servicios públicos y privados.
Uruguay participa en CIPD 5

2004 CIPD +10

Creación Programa Salud de la Mujer y Genero (MSP).
I Plan Nacional Igualdad de Oportunidades y Derechos.
Ley 18426 Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva.
Reforma del sector salud,
Sistema Nacional Integrado de Salud (no incluye componentes críticos de la SSR).
Instalación de la CONASIDA.
Instalación del Programa de Educación Sexual en sistema de educación pública.
Uruguay participa en CIPD 10

2009 CIPD +15

En la sociedad civil organizada:

1994 CIPD

Se realiza el seminario sobre Políticas de Población y género, Red de Salud de las Mujeres en Uruguay.
Representantes de organizaciones de mujeres participan en CIPD
Se crea la Comisión Nacional de Seguimiento (CNS Mujeres). Se realiza el primer monitoreo de políticas públicas en SSR.

1999 CIPD + 5

Se desarrollan estrategias de monitoreo ciudadano para seguimiento de políticas y programas en SSR.
Se incide para la incorporación de la AE en los servicios de salud.
Se crea la CL en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género, UdelaR. Se comienza a desarrollar una agenda de investigación en SSR y género.

Representantes de organizaciones de mujeres integran delegaciones de Uruguay a CIPD + 5.
Se crea la Coordinación Nacional de Organizaciones Sociales por la SSR para impulsar proyecto de ley sobre SSR.
Surge Iniciativas Sanitarias que propone la aprobación de la Ordenanza 369.

2004 CIPD +10

Se desarrollan nuevas estrategias de monitoreo ciudadano en SSR.
Se incide para la creación y funcionamiento de la Comisión Nacional Asesora en SSR.
Representantes de organizaciones de mujeres integran delegación oficial a CIPD + 10.
Se inicia el Observatorio Nacional en Género y SSR (MYSU).
Se desarrollan acciones para impulsar la aprobación integral de la Ley de defensa al derecho a la SSR.
Se participa activamente en el MCP y la CONASIDA.
Se fortalece el trabajo hacia y con adolescentes y jóvenes en SSR y derechos.
Se amplía y califica la participación de diversas organizaciones sociales en la agenda de SSR, entre ellos el movimiento de usuarios.
Se amplía y consolida una agenda académica de investigación en SSR y género.
Se desarrollan estrategias para la incorporación de la SSR en el SNIS.

2009 CIPD +15

III. C) Empoderamiento de las mujeres e igualdad de género.

La CIPD reconoció que promover el empoderamiento de las mujeres y su autonomía a través de garantizar condiciones que permitan mejorar la situación social, económica, educativa y de salud, es - en sí mismo - una meta esencial y una condición para el logro del desarrollo sostenible. En los objetivos del PA se insta a ampliar la inversión en políticas y servicios, en particular para las mujeres, con el fin de habilitar y fomentar la participación plena y en condiciones de igualdad en la vida civil, cultural, económica, política y social.

Entre los propósitos del PA así como en las «Medidas clave» se remarcó y reafirmó la necesaria eliminación de todas las prácticas que generan discriminación hacia las mujeres, así como la erradicación de las diversas formas de violencia de género. Estas serían condiciones sustantivas para alcanzar la igualdad y la equidad entre los sexos y generar sustentos necesarios para que las mujeres puedan ejercer sus derechos ciudadanos y controlar su propia fecundidad entre otras decisiones de la vida personal, familiar, social y política.

En Uruguay, la visualización de las desigualdades de género y el reconocimiento de la discriminación hacia las mujeres no ha tenido un tránsito fácil, por los antecedentes de ser un país con legislación de avanzada en el reconocimiento de derechos hacia las mujeres. Condición que lo diferenció, en otras épocas, de sus pares en la región. El artículo 8 de la Constitución de la República, dicta que *«Todas las personas son iguales ante la ley no reconociéndose otra distinción entre ellas sino la de los talentos o las virtudes»*. Así mismo el artículo 332 dispone que: *«Los preceptos de la presente Constitución que reconocen derechos a los individuos, así como los que atribuyen facultades e imponen deberes a las autoridades públicas, no dejarán de aplicarse por falta de la reglamentación respectiva, sino que ésta será suplida recurriendo a los fundamentos de las leyes análogas, a los principios generales de derecho y a las doctrinas generalmente admitidas»*.

Sin embargo, en la carta magna se mantiene vigente una disposición que señala a la mujer como la persona a quien debe darse participación en las políticas sociales dirigidas a personas de menos de 18 años de edad que han infringido la ley penal (Art.43). Esta concepción de los constitucionalistas de la época colaboró en consolidar un imaginario colectivo sobre la función tradicional de las mujeres en tanto principales responsables del cuidado de los niños, niñas y adolescentes, ubicándolas en el rol de reproductoras biológicas y sociales.

Desde los años previos al retorno de la democracia (1985), el movimiento de mujeres se constituyó en el principal actor en denunciar las diversas formas de discriminación que se ejercían sobre las mujeres. Para ello tuvo que enfrentar una cultura hegemónica basada en los antecedentes de país de avanzada que reconoció a las mujeres el derecho a la educación terciaria, al divorcio, al voto, a la patria potestad de los hijos –entre otros- con años de anticipación a otros países del continente y del mundo. Incluso legalizó el aborto en 1934 cuando estaba restringido y penalizado en los que hoy cuentan con legislaciones liberalizadoras y garantizadoras de la práctica.[25]

El estado uruguayo ya había ratificado la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las mujeres (CEDAW) el 9 de octubre de 1981 por decreto ley Nº. 15.164. Los eventos internacionales de Naciones Unidas vinculados al decenio de la mujer (1975-1985), las recomendaciones de la Conferencia Latinoamericana sobre «Mujer, población y desarrollo» de 1986, sumadas a las demandas constitutivas de un movimiento social centrado en este reclamo, coadyuvaron a generar las condiciones para la creación, en 1987, del Instituto Nacional de la Mujer (Decreto 226/87) en la órbita del MEC. El mismo fue pensado y concebido como un órgano rector y coordinador de políticas de la mujer implementadas por organismos del Estado, pero al

25. El aborto fue re-penalizado en 1938, Ley Nº 9763, vigente a nuestros días.

que no se le adjudicó presupuesto y su personal era honorario. *«Durante sus primeros tres años de vida, su labor estuvo concentrada en la etapa diagnóstica de la situación de la mujer en Uruguay en siete áreas temáticas (educación, trabajo, familia, salud, medios de comunicación, mujer rural y legislación) y dejó de funcionar en 1990 ante el cambio de gobierno. En octubre de 1991, bajo el gobierno del Partido Nacional, se crea una nueva agencia de género por el artículo 234 de la ley N º 16.226 de Rendición de cuentas»* (CNS, 1998).

Las diferencias de esta institucionalidad con su antecesora estuvieron en el cambio de nombre (a partir de entonces denominado Instituto Nacional de la Familia y la Mujer, INFM), en la modificación de su estructura interna y, a sus cometidos de ente rector, se le sumó la de ser ejecutor o co-ejecutor de políticas para las mujeres. Estas modificaciones generaron mejores condiciones que la precariedad con la que se definió el primer Instituto, pero de todas maneras siguieron incambiables las condiciones desfavorables en términos de asignación de recursos y de jerarquización en términos de prioridad política para la acción de gobierno, dificultando las posibilidades reales de cumplir con los cometidos asignados.

Período 1995 – 1999

En el proceso vinculado a las conferencias de CIPD y CCMM, el rol y el lugar de la institucionalidad de género para la promoción de políticas de igualdad entre hombres y mujeres tuvo cada vez mayor relevancia en las demandas del movimiento de mujeres. Estas fueron obteniendo distintos tipos de respuesta desde las autoridades de gobierno. En el año 1996, por ejemplo, a través de la ley Nº 16.736 en sus artículos 348 y 370 se incorporan a los cometidos del INFM el asesoramiento sobre prevención de violencia sexual y doméstica. Uruguay había adoptado la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer -Convención Belem do Pará- ante la Organización de Estados Americanos (OEA, 1994), firmándola el 30 de junio de 1994 con lo cual asumía compromisos jurídicos en la gestión de políticas para enfrentar la violencia hacia las mujeres.

A nivel de Montevideo se crea, en el año 1992, la Comisión de la Mujer de la IMM y su propuesta de trabajo se elabora con la participación de mujeres provenientes de diversas vertientes: partidos políticos, sindicatos y organizaciones de mujeres y feministas. Se promueve a su vez la participación de la ciudadanía, particularmente de mujeres, en la consolidación de organizaciones a nivel de las comunas de Montevideo que se involucran activamente en la promoción de acciones hacia las mujeres en los programas municipales. Se instala el servicio de atención telefónica gratuita a mujeres en situación de violencia doméstica, siendo la primera política de género implementada desde la Comisión de la Mujer (hoy Secretaría de la Mujer). En 1996 se inaugura el programa *ComunaMujer* con la instalación de las 3 primeras Comunas en el marco del proceso de descentralización municipal. Las mismas tienen como finalidad el desarrollo de la ciudadanía de las mujeres a través de la implementación de una política de género a nivel territorial. Las sucesivas administraciones dan continuidad al programa, habiendo ocho comunas en funcionamiento a fines de 2004, las cuales ascienden a 11 a fines de 2009, con lo que se cubre todo el territorio del departamento de Montevideo. Los estudios desde la academia y desde la sociedad civil confirman las distintas formas de inequidades que afectan a la mujer en el mundo del trabajo, la salud, la armonización entre vida productiva y reproductiva, participación y representación política, entre otras, generando evidencia que demostró la magnitud de la desigualdad por razones de sexo-género.

En 1998, se realizó el primer monitoreo ciudadano relevando las acciones de política pública hacia las mujeres destinadas a superar la inequidad de género, en las áreas de educación, salud, trabajo, violencia, participación política y medios de comunicación. A través de una batería de indicadores se midió la voluntad política del Estado para el cumplimiento de los compromisos emanados del Plan de Acción acordado en Beijing, el cual Uruguay ratificó sin reservas. Se relevó lo actuado por el gobierno nacional, la IMM y, en algunos casos, las Intendencias del interior. Pero la falta de estadísticas oficiales y de información

relevante desagregada por sexo en todas las áreas estudiadas dificultó conocer el impacto y la eficiencia de las acciones. *En términos generales, la preocupación por acciones orientadas a mejorar la situación de las mujeres depende, más que de políticas gubernamentales, de la incidencia de las personas que se ubican en lugares de responsabilidad y de la influencia de los organismos internacionales.»*. En cuanto a la participación política no se detectaron en ese período, políticas de estímulo a la participación de las mujeres ni desde los ámbitos gubernamentales ni desde los partidos políticos.«*Solamente la IMM ha tenido un programa de formación para la participación política de concejalas y edilas locales, y solamente dos partidos, integrantes del Frente Amplio, tienen políticas para estimular la integración de mujeres en sus listas*» (CNS, 1998).

En materia de seguridad social, a partir de la ley Nº 16.713 de 1995, se inició un período de reforma de la seguridad social, sustituyendo de forma parcial el programa público por un sistema mixto de ahorro. La ley también introdujo modificaciones que reducen las diferencias por género que existían en la normativa previa, que favorecían relativamente a las mujeres frente a los hombres: la edad mínima de jubilación en el régimen general se llevó a 60 años, cuando anteriormente se exigían 55 para las mujeres y 60 para los hombres. También se unificaron las tasas de reemplazo, que favorecían anteriormente a las mujeres, la edad mínima de jubilación por edad avanzada fue aumentada de 65 a 70 años en el caso de las mujeres igualándose al caso de los hombres, otorgando a los hombres viudos el derecho a recibir pensiones de sobrevivencia, lo cual estaba limitado antes a las mujeres viudas. También se eliminó la pensión de sobrevivencia que se otorgaba a hijas solteras mayores de 45 años de edad que acreditaran haberse dedicado al cuidado de padres o hermanos (Bucheli et al, 2006).

En el ámbito laboral fue donde se registraron los mayores avances dado que por primera vez se diseñó un programa para buscar revertir las desigualdades en el mundo del trabajo. La Comisión Tripartita para la Igualdad de Oportunidades y Trato en el Empleo se constituyó en 1997 y se reformuló en 1999, estando conformada por el MTSS, la central de trabajadores (PIT-CNT) y cámaras empresariales. Los objetivos de su creación fueron: «*contribuir al equilibrio del mercado de trabajo mediante estrategias que respondan al propósito de generar igualdad en el empleo; promover desde el sector gubernamental y conjuntamente con los actores sociales una política activa de igualdad de oportunidades en el empleo; incidir en la implementación de acciones que permitan incorporar una visión de género en los tres programas sustantivos del MTSS; impulsar y apoyar iniciativas que en materia de igualdad de oportunidades decidan adoptar los actores sociales involucrados; generar instancias de coordinación que fortalezcan las iniciativas existentes de sectores gubernamentales y no gubernamentales en materia de igualdad; brindar asesoramiento técnico a iniciativas que a nivel parlamentario se presenten en la materia; implementar estrategias de difusión promoviendo la igualdad de oportunidades y de información sobre la legislación laboral*» (Inmujeres, 2007).

Las principales líneas de acción de esta comisión, desde su creación se orientaron a:

- Sensibilizar e informar sobre la trascendencia de aplicar una visión de género en las políticas nacionales vinculadas al trabajo.
- Asesorar en materia de género al MTSS, así como a otras instituciones cuando lo requieren.
- Apoyar y asesorar a las trabajadoras en caso de presentar denuncias por discriminación en el empleo.
- Vincular e intercambiar experiencias con otros ámbitos gubernamentales y no gubernamentales que abordan la temática de género.
- Fortalecer el compromiso institucional de los órganos que integran la propia Comisión Tripartita.
- Promover la realización de estudios y profundizar conocimientos sobre la realidad nacional en torno a la inserción de la mujer en el mercado de trabajo.
- Mantener vínculos con organizaciones nacionales e internacionales especializadas en la promoción de la igualdad, impulsando la aplicación de proyectos con enfoque de género.
- Impulsar el diseño e implementación del Programa de Promoción de la Igualdad de

Oportunidades para la Mujer en el Empleo y la Formación Profesional (PROIMUJER). Dicho programa de capacitación, financiado por la Junta Nacional de Empleo, constituyó la primera experiencia nacional dirigida a facilitar la inserción laboral de las mujeres.

- Generar estrategias de coordinación con las Intendencias Municipales a fin de promover la transversalización del enfoque de género en las políticas de empleo locales, así como promover la instalación de Comisiones Tripartitas en otros Departamentos.
- Incidir en los temas de integración regional promoviendo la inclusión de cláusulas y compromisos específicos sobre no discriminación e igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres en los diversos órganos sociolaborales del MERCOSUR.
- Elaborar, discutir y adoptar un Plan Nacional de Igualdad en el Empleo. El primer borrador se redactó con el apoyo de la cooperación española y de la OIT.

En 1999, desde la CNS Mujeres en articulación con la Red de grupos de mujeres rurales del Uruguay, la comisión mujer de la Comisión Nacional de fomento rural y la comisión de mujeres del PIT-CNT, se elaboró la Agenda de las Mujeres, con diagnósticos y propuestas en las áreas de educación, trabajo, representación política, población y salud sexual y reproductiva, violencia doméstica, mujer rural y mecanismos estatales para el adelanto de la mujer. Dicha agenda constituyó una plataforma política consensuada por diversos nucleamientos de mujeres organizadas en el país en tanto acuerdo de trabajo conjunto en los procesos de cambio para reducir las brechas entre mujeres y hombres en el ejercicio de los derechos humanos (CNS, 1999).

A nivel legislativo, importa destacar que el 8 de marzo de 2000 se conformó la *Bancada Femenina* en la Cámara de Diputados, integrada por legisladoras de todos los partidos políticos con representación parlamentaria, con el cometido de estudiar e informar sobre los proyectos de ley presentados que tuvieran que ver con temas de género, previo a su discusión en cámara. Su primer acto fue solicitar la creación de la *Comisión Especial de Género y Equidad* integrada por nueve miembros plenos y un delegado de sector. Esta se conformó en ese mismo año. La Bancada realizó rendiciones de cuentas desde entonces durante todos los años hasta la fecha.[26]

Período 2000-2004

En este período, instalada una nueva Administración de gobierno presidida por el Dr. Batlle del Partido Colorado, el Estado uruguayo ratifica el protocolo facultativo de CEDAW el 9 de mayo de 2001 y lo promulga por ley el 26 de julio de 2001, asumiendo la responsabilidad jurídica de generar todas las medidas requeridas para cumplir con los mandatos contenidos en la convención.

Desde el Poder Legislativo se resalta además la promulgación de la ley Nº 17.514 de junio de 2002, relativa a la prevención, detección temprana y erradicación de la violencia doméstica. Las evidencias sobre la violencia intrafamiliar, particularmente a través de la denuncia pública por parte de las organizaciones de mujeres, generaron una serie de acciones que dieron lugar, entre otras, a la creación de comisarías u oficinas a nivel de las jefaturas de policía departamentales. De esta manera se comenzaba a cumplir con los compromisos jurídicos asumidos ante el sistema internacional y regional de derechos humanos (CEDAW y Belem do Pará).

Los antecedentes para la elaboración del proyecto de ley partieron de una propuesta desde la Dirección de Violencia Doméstica del MI y de las organizaciones de la sociedad civil. Esta propuesta fue recogida por la Bancada Femenina del Poder Legislativo, reelaborada con la participación de organizaciones de mujeres especializadas en el tema y presentada por legisladoras del Frente Amplio. La ley asignó nuevos cometidos al INFM para promover la formación de peritos en violencia doméstica a ser incorporados en la órbita del Instituto Técnico Forense (ITF), con capacidad para

26. www.parlamenta.gub.uy

trabajo interdisciplinario. El INFM tuvo a su cargo la definición de los requisitos a cumplir por los interesados para acreditar su competencia pericial en el área de la violencia doméstica, así como certificar la idoneidad notoria de las personas del ITF para dar respuesta adecuada a dicha problemática.

La institucionalidad de género debía además integrar y presidir el *Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica*, creado en el artículo 24 de la ley promulgada. El proceso de formación y funcionamiento de este Consejo, como instancia interinstitucional y de articulación con la sociedad civil, permitió al INFM comenzar a cumplir con algunos de sus cometidos. Este Consejo tuvo entre sus principales cometidos la elaboración del Plan Nacional de prevención, detección y atención integral a la violencia doméstica con vigencia hasta la actualidad.

A pesar de los pasos dados en este período, el comité de expertas de la CEDAW, en agosto de 2002, en función de los informes segundo y tercero combinados presentados por el país ante dicho comité, señaló «*su preocupación con el INFM que en su calidad de mecanismo nacional para el adelanto de la mujer no tiene en realidad poder para iniciar y aplicar medidas normativas encaminadas a eliminar la discriminación contra la mujer. Preocupa al Comité la dependencia jerárquica del mecanismo nacional respecto del MEC, así como su falta de recursos financieros y humanos. El Comité recomienda al Gobierno que defina claramente los mandatos de las distintas instituciones y comisiones y el nivel de interacción entre ellas. El Comité alienta al Gobierno a que lleve a cabo una reestructuración del mecanismo nacional y que asigne recursos humanos y financieros necesarios para velar por la aplicación efectiva de las políticas y programas gubernamentales relativos a la igualdad de oportunidades, que permitan proporcionar una base jurídica sólida al programa Nacional de la Mujer. Asimismo, alienta al Gobierno a incorporar la perspectiva de género en todos los ministerios.» (*Informe expertas CEDAW, 2002*)*

El informe sombra ante CEDAW elaborado en el 2002 por CLADEM en articulación con CNSmujeres, afirmaba: «*…aún hoy la expresión «discriminación contra la mujer» no es de uso para el legislador; el aplicador de la ley, el comunicador, el profesor universitario; y no ha sido utilizada para otorgarle contenido a las normas, políticas y acciones del Estado uruguayo, salvo excepciones» (…) «El Estado no ha tomado las medidas adecuadas para eliminar la discriminación en ámbitos ajenos a los estatales salvo en lo atinente a las relaciones laborales y en aquello relacionado con la violencia doméstica. Se destaca la falta de receptividad a la demanda femenina respecto a la fijación de cuotas para la: (i) incorporación de mujeres en las listas de votación de los partidos políticos para cargos representativos en el gobierno; (ii) en los órganos de los partidos políticos y de los sindicatos; (iii) en los órganos de dirección de las Cámaras empresariales, los Colegios profesionales, las Asociaciones de productores rurales, etc.)»* [27]

En materia de participación política de las mujeres, en este período, no hubo ninguna mujer designada ministra ni subsecretaria de cartera[28], lo cual implicó un retroceso en términos de presencia femenina en el Poder Ejecutivo, ya que desde el retorno a la democracia en 1985, existió alternadamente, al menos, una ministra o subsecretaria en cada período de gobierno.

En cuanto a las políticas de empleo, el *Plan Nacional de Igualdad de Trato y Oportunidades en el Empleo* fue aprobado en el año 2004, luego de un largo proceso para su concreción desde que la Comisión Tripartita para la Igualdad de Trato y Oportunidades en el Empleo lo pusiera a consideración del debate de las autoridades.

A nivel de la IMM en el 2001 se anuncia la creación de la Comisión de Equidad de Género, instancia que asume el compromiso de la transversalización de género en el municipio capitalino. Esta comisión se convierte en el órgano responsable de diseñar la

27. http://clademorg/espanol/regionales/monitoreo_convenios/cedaw_uruguay.asp
28. No se consideran períodos muy breves de mandato o proceso de transición presidencial.

política de igualdad. Esta Comisión, ha sido presidida desde entonces por la institucionalidad de género municipal[29]. Para el período 2002 – 2005 se elaboró el documento «Oportunidades y derechos. Ni más ni menos. Plan de Igualdad para la ciudad de Montevideo», constituyéndose en pionero tanto a nivel departamental como nacional. Este plan incorporó un conjunto de objetivos específicos y 150 medidas de acción. Se presentó como un instrumento de política pública y de planificación estratégica para la promoción y desarrollo de las igualdades y los derechos de mujeres y hombres de Montevideo.

A nivel académico, se creó la *Red Temática de Género* en la UDELAR, a instancias de docentes e investigadoras de distintas facultades y con el apoyo de Rectorado, la cual elaboró el primer diagnóstico sobre la realidad de los estudios de género en la Universidad en el año 2003 (UDELAR, 2003).

De las diversas acciones realizadas por las organizaciones de mujeres se destaca la integración de la Red contra la Violencia hacia las Mujeres en el Consejo Nacional Consultivo contra la Violencia doméstica, con una importante participación en la elaboración del plan nacional. Así como la elaboración de la Agenda de las Mujeres 2004 con propuestas de política pública para incidir en los programas de los partidos políticos en campaña electoral en ese año. Desde ese instrumento se señalaba que:*«la institucionalidad política uruguaya está retrasada en cuanto a reconocer y superar las trabas para el logro de una representación igualitaria en los cargos de decisión política. Es necesario establecer criterios de acción positiva para convertir la igualdad formal en igualdad real.»* Afirmando que*: «la incapacidad de integrar en el ámbito de la democracia representativa a la mitad de los ciudadanos, es una de las contradicciones más claras de la democracia»* (CNS, 2004).

Período 2005-2009

A partir de marzo de 2005, con la asunción del primer gobierno nacional del Frente Amplio, se resolvió que la institucionalidad rectora en las políticas de género pasara a funcionar bajo la órbita del recientemente creado Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). A través de la ley Nº 19.930 del presupuesto nacional, el INFM cambió su nombre por el de Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres) y en el artículo 377 de la ley, se le definieron los siguientes cometidos:

- «Ejercer como ente rector de las políticas de género, las funciones de promoción, diseño, coordinación, articulación, ejecución, así como el seguimiento y la evaluación de las políticas públicas.
- Garantizar el respeto de los derechos humanos de las mujeres, integrando la igualdad de oportunidades y derechos a los derechos políticos, económicos, sociales y culturales.
- Promover una ciudadanía plena, garantizando la inclusión social, política y cultural de las mujeres, así como su participación activa en el proceso de desarrollo nacional.
- Velar por el cumplimiento de los compromisos internacionales que el país ha suscrito en materia de género y realizar y ejecutar, dentro de sus posibilidades financieras, los convenios internacionales de cooperación vinculados a dicho cumplimiento.
- Promover el acceso de las mujeres a los recursos, las oportunidades y los servicios públicos, de manera de contribuir a erradicar la pobreza, fortaleciendo su capacidad productiva mediante el acceso al empleo, el crédito, las tierras, la tecnología y la información.
- Garantizar el acceso y la plena participación de la mujer en las estructuras de poder y en la adopción de decisiones.»

Esta ampliación y su jerarquización dentro de la estructura del Estado en relación al lugar ocupado en administraciones anteriores, se puede valorar como un importante avance aunque aún no se haya alcanzado el nivel requerido para cumplir adecuadamente con su responsabilidad de ente rector. No es una unidad ejecutora y por lo tanto no tiene autonomía presupuestal porque está adscrito a los fines y montos presupuestarios asignados por el Poder Ejecutivo al MIDES. Esta

29. Está integrada por representantes de: División espacios públicos, Servicio de tierras y viviendas, División salud y programas sociales, Departamento de cultura, Comisión de infancia, Unidad de convenios, Secretaría de Deportes, Secretaria de Juventud, Unidad de gestión, Salud ocupacional y Secretaría de la Mujer.

condición hace que aún la institucionalidad de género no esté a la altura de las recomendaciones internacionales y de las demandas del movimiento de mujeres en relación a la jerarquía y asignaciones que debería tener para cumplir con sus cometidos y funciones.

La dirección del Inmujeres es un cargo de designación directa, el Instituto cuenta con instalaciones apropiadas y ha podido conformar un importante equipo con recursos humanos rentados para desarrollar sus actividades y funciones. Ha incrementado su dotación financiera con recursos genuinos y con un importante apoyo de la cooperación internacional para la elaboración de proyectos, planes y ejecución de acciones. Representa también un avance significativo la aprobación, en el año 2006, de la ley Nº 18.104 de «Igualdad de Derechos y Oportunidades entre hombres y la mujeres en la República». El proyecto de ley elaborado por el Inmujeres y presentado al Poder Ejecutivo por el MIDES, fue elevado al Parlamento en setiembre del 2005 y aprobado en marzo de 2007.
Los planes de igualdad en tanto conjunto de acciones de política pública, orientadas al logro de la igualdad entre mujeres y hombres constituyen el medio para transversalizar la equidad de género en las acciones del Estado. El establecimiento de este tipo de políticas, respaldadas por marcos legales, puede considerarse como un requisito favorable para dotar de previsibilidad a las políticas de género, más allá de las voluntades de las fuerzas políticas y las personas a cargo de la gestión de gobierno.

La elaboración de un Primer Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos (PIODNA) es un hecho positivo porque propone acciones de política para el conjunto de las reparticiones del Estado (Inmujeres, 2007). Esto permitiría un abordaje de las políticas de igualdad desde la complejidad y el carácter sistémico que requieren para su efectividad y eficiencia. Al fijarse cometidos y objetivos de diversa entidad que apuntan a una meta común se trasciende la tendencia de asociar la desigualdad de género exclusivamente a la atención de situaciones de vulnerabilidad. Este tipo de planes tienen la capacidad de contener respuestas para atender las consecuencias generadas por la discriminación hacia las mujeres al mismo tiempo que buscan superar las causas que las generan.

Existe consenso en reconocer que las políticas públicas son, ante todo, producto de la decisión de una autoridad pública adoptada dentro de un campo de acción que puede tomar la forma de leyes, actos administrativos, órdenes locales y hasta acuerdos no escritos acerca de lo que se debe hacer. No todos los problemas o asuntos de interés ingresan a la agenda de las políticas públicas y su incorporación depende de la manera en que son valorados e interpretados por el cuerpo de decisores así como de la capacidad de poder de incidencia, recursos y estrategias de los actores que se movilizan por impulsar dichos temas. En tal sentido incorporar los temas de la igualdad de género en las agendas políticas no ha sido una tarea fácil dado que los espacios públicos levantan barreras, particularmente, cuando se procura modificar la tradicional estructura de poderes vigente en una sociedad. La acción permanente de las organizaciones sociales de mujeres y feministas con estrategias sostenidas de articulación con las mujeres parlamentarias, de gobierno, de los partidos políticos, de los sindicatos y de la academia, ha sido una de las principales fuerzas responsables en conseguir erosionar el orden instituido y permear el debate político y la agenda pública con esta dimensión de los proyectos de desarrollo y de la transformación política, social, económica y cultural aún pendiente para alcanzar la igualdad.

A nivel de la IMM luego de un proceso de evaluación del I Plan de Igualdad de Oportunidades y Derechos que involucró a actores de diversos ámbitos nacionales e internacionales se formuló y puso en funcionamiento el II Plan de Montevideo (2007–2010). En el período se instalaron progresivamente Mesas de Trabajo sobre Violencia Doméstica, Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, Diversidad Sexual, Desarrollo Económico de las Mujeres y Derechos de las Mujeres Afrodescendientes como espacios para la participación, la articulación, la promoción y profundización de las diferentes iniciativas de este II Plan, en coordinación con instituciones gubernamentales y de la sociedad civil organizada. Además de comprometer objetivos, medidas y acciones

en pro de la igualdad, asignando grados de cumplimiento y niveles de responsabilidad, desarrolló un sistema de indicadores autoadministrable que permite medir el nivel de cumplimiento de los compromisos asumidos.

A pesar de las acciones desarrolladas desde la Secretaría de la Mujer, la institucionalidad de género municipal continúa teniendo un rango institucional sin la suficiente jerarquía para cumplir con mayor eficiencia el rol de transversalizar la equidad de género en las políticas municipales.

En el año 2007 se crea la *Comisión Intermunicipal de Género del Congreso de Intendentes* integrada por las áreas responsables de las políticas de género de los distintos gobiernos departamentales. Tiene como objetivos promover y articular políticas que generen autonomía, liderazgo y participación ciudadana de las mujeres, fortalecer los mecanismos departamentales de género ya existentes y promover la creación de los mismos donde no los hubiere.

A nivel de otros departamentos del país, se generaron procesos de adecuación departamental del PIODNA, particularmente en los departamentos de Canelones y Maldonado. Se generaron además mecanismos municipales de género en los departamentos de Treinta y Tres, Rocha, Salto, Paysandú, Artigas, Rivera, Lavalleja y Colonia.

La estructura de género que se ha establecido en el Estado a través de la acción del Inmujeres (MIDES) así como de otros mecanismos, áreas, institutos y comisiones de nivel nacional como departamental, es un notorio avance en relación a lo sucedido en períodos anteriores. También importa señalar que dichas institucionalidades a pesar que son de distinta entidad y capacidad, presentan en su gran mayoría debilidades en cuanto a los niveles jerárquicos que ocupan, sus condiciones infraestructurales y de asignación de recursos humanos y financieros para su funcionamiento. Estas características dificultan un mejor cumplimiento de las funciones y cometidos para los que han sido creados. En tal sentido, las políticas de género no han logrado aún el nivel de priorización necesario dentro de la organización y gestión del Estado.

A pesar de ello, el PIODNA así como la institucionalidad de género, sumado al accionar de las organizaciones de mujeres, ha hecho que la desigualdad de género y el empoderamiento de las mujeres hayan ingresado al discurso de los decisores políticos como dimensiones del desarrollo que requieren particular atención. Incluso por parte de instituciones que, hasta hace poco tiempo, no se habían involucrado en dar respuestas para superar las brechas que persisten entre mujeres y varones en el ejercicio de una ciudadanía plena. En esta administración, en los 8 de marzo (Día internacional de la mujer) el gabinete ministerial da cuenta de las acciones realizadas desde cada una de las secretarías y presenta las medidas a implementar en cada año para alcanzar la igualdad de oportunidades para las mujeres.

El avance a nivel discursivo y de compromisos asumidos no ha logrado aún el nivel requerido de voluntad política para colocar la erradicación de las relaciones inequitativas de poder entre hombres y mujeres y las consecuencias que trae en la vida de las mujeres, dentro de las principales prioridades de los asuntos de gobierno y de Estado. Los acuerdos programáticos y la normativa legal generada para lograr la igualdad de oportunidades y promover el empoderamiento de las mujeres, no cuenta con la debida asignación de recursos financieros, de recursos humanos debidamente capacitados ni con las prestaciones requeridas para que las mujeres de todas las edades y condiciones puedan ejercer todos sus derechos (CNS, 2008).

El porcentaje de mujeres en el Parlamento uruguayo (10.8%), está muy por debajo del promedio para las Américas (18.9%) y ubica al país en el lugar 13 de la lista de 19 países latinoamericanos (Johnson, 2005). De los 19 gobiernos departamentales, el 100% tienen intendentes hombres. No hay (ni ha habido) una mujer rectora en la Universidad pública como en las privadas.

En el Poder Ejecutivo la presencia de las mujeres fue históricamente muy baja. Nunca hubo mujer presidenta ni vicepresidenta y las veces que surgieron candidatas, fueron dentro de listas o partidos con pocas posibilidades efectivas de vencer las elecciones. En el inicio de la actual

administración, de los 13 ministerios, tres estuvieron encabezados por mujeres, transitoriamente cinco mujeres ocuparon cargos de ministras y a la finalización del gobierno, cuatro.

El informe país 2007 ante CEDAW, señaló que se han iniciado acciones para promover mayor participación por parte de las mujeres en la vida pública, en particular, en la toma de decisiones. A nivel parlamentario se aprobó la ley N º 18.476 del 3/4/2009 en la que se declara de interés general la participación equitativa de ambos sexos en la integración de las elecciones nacionales, departamentales y en los órganos de decisión de los partidos políticos.

En este último período se han aprobado leyes para la formalización y regulación del trabajo doméstico, para la flexibilización en la jubilación de mujeres que han sido madres, se han mejorado las asignaciones familiares y se han armonizado las licencias especiales para trabajadores del sector privado en relación con algunas de las que ya se gozaban en el sector público. Se mejoraron las licencias por paternidad, adopción y legitimación adoptiva. Se cuenta con una ley que reconoce el acoso sexual en el lugar de trabajo y estudio, estableciendo medidas para su persecución. (Inmujeres, 2007b)

Sin embargo, los indicadores de género elaborados desde el INE en articulación con el Inmujeres muestran la persistencia de diferencias sustantivas en la situación de las mujeres en lo que refiere a la tasa de actividad, la tasa de empleo, el desempleo, el tipo de ocupación, la categoría ocupacional. El subempleo ha mantenido en estos años la brecha de género, encontrando que en la mujer es aproximadamente siete puntos por encima del subempleo masculino. En el caso de las localidades pequeñas y zonas rurales, se agudizan las situaciones de desigualdad con brechas entre hombre y mujeres mucho más acentuadas que en las ciudades. En cuanto a los ingresos**,** la relación entre la remuneración media de mujeres y hombres por clase de actividad total sigue teniendo importante diferencias que afectan a las mujeres, acentuándose en aquellas con mayores niveles educativos y formativos.

En relación a la elaboración de estadísticas nacionales y las fuentes de información para monitorear el proceso hacia la igualdad de oportunidades y derechos, el INE ha elaborado diversos documentos relacionados con el tema género, así como ha proporcionado la información necesaria para la elaboración de otros trabajos relacionados. Durante el año 2007, se trabajó en forma interinstitucional entre el INE, el Departamento de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales (UDELAR), el Inmujeres y UNIFEM, para llevar a cabo el relevamiento de un módulo sobre «Trabajo no remunerado y uso del tiempo», adosado a la Encuesta Continua de Hogares 2007. Ambas bases de datos han generado informes relevantes sobre la carga de trabajo no remunerado que realizan varones y mujeres y sobre las diferencias en la dedicación al cuidado de personas dependientes. Este tipo de información se inscribe en los avances regionales y en las demandas de organismos como CEPAL que promueven en los países el análisis sistemático de estos fenómenos como ámbitos de desigualdades de género que impiden el goce pleno de derechos de las mujeres (Aguirre, R.; Batthyany, K., 2007).

El monitoreo realizado en el año 2008 por las organizaciones de mujeres para valorar la transversalidad de género alcanzada en las políticas públicas del actual período de gobierno, señala que a pesar de lo avanzado en la construcción de planes y programas para la igualdad, existen importantes barreras institucionales (CNS Mujeres, 2008). La Agenda de las Mujeres 2009, sostiene en tal sentido que: «*no ha sido posible aún transformar la estructura social y las formas de organización establecidas para ir hacia un sistema que incluya, reconozca y represente a todos los sujetos, Las mujeres de todas las edades, clases sociales, etnias/razas, condiciones, orientaciones e identidades sexuales, tienen la ciudadanía restringida en relación a la de los hombres. (…) Subsanar el déficit democrático generado por las barreras que obstaculizan la participación plena, continúa siendo un complejo proceso*» (CNS, 2009).

El siguiente diagrama ilustra los principales hitos en el proceso de implementación de políticas de género y empoderamiento de las mujeres desde la CIPD a la fecha:

GÉNERO Y EMPODERAMIENTO DE LAS MUJERES
Hitos en la implementación de la CIPD

En el gobierno:

1994 CIPD

Ampliación de los cometidos al INFM.
Asunción de la Convención de Belem do Pará.
Creación de la Comisión Tripartita de Igualdad de Oportunidades y Trato en el Empleo.
Bancada Femenina en Cámara de Diputados.
Uruguay acuerda la CIPD y CCMM.

1999 CIPD +5

Se ratifica el protocolo facultativo de CEDAW.
Ley de Violencia Doméstica.
Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Trato en el Empleo.
I Plan de Igualdad de Oportunidades y Derechos para Montevideo.
Bancada Bicameral Femenina.
Uruguay participó de Cairo y Beijing + 5.

2004 CIPD +10

Creación de Inmujeres/Mides
I Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos.
I Plan Canario de Igualdad de Oportunidades y Derechos (Canelones)
II Plan de Igualdad de Oportunidades y Derechos (Montevideo)
Fortalecimiento de la institucionalidad de género a nivel central y en varios gobiernos departamentales.
Se inicia la incorporación de indicadores de género en el sistema estadístico nacional.
Se avanza en la aprobación de leyes y normativas.

2009 CIPD +15

En la sociedad civil organizada:

1994 CIPD

Se realiza el primer monitoreo de la sociedad civil organizada (CNS Mujeres).
Representantes de organizaciones de mujeres participan en CIPD y CCMM.
Se crea la Comisión Nacional de Seguimiento (CNS Mujeres).

1999 CIPD +5

Se desarrollan estrategias de monitoreo ciudadano para seguimiento de políticas y programas dirigidos a las mujeres.
Se crea la Red Temática de Estudios de Género en la UDELAR. Primer relevamiento sobre investigaciones en género.
Se participa en la Comisión Nacional de Violencia Doméstica.
Representantes de organizaciones de mujeres integran delegaciones de Uruguay a CIPD + 5 y CMM + 5.

2004 CIPD +10

Se desarrollan nuevas estrategias de monitoreo ciudadano sobre la institucionalidad de género.
Se participa en la elaboración del I Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos.
Representantes de organizaciones de mujeres integran delegación oficial a CIPD + 10 y CCMM + 10.
Se incide en dar visibilidad a «nuevos» temas en la agenda: arreglos familiares, uso del tiempo, sistema de cuidados.
Se amplía y consolida una agenda académica de investigación en género.

2009 CIPD +15

IV. El rol de UNFPA en Uruguay

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) fue creado en el año 1969 como agencia de cooperación internacional para el desarrollo que colabora con gobiernos y organizaciones no gubernamentales en las áreas de salud reproductiva, género y población y desarrollo. En la actualidad provee apoyo técnico y financiero en más de 150 países, fortaleciendo las capacidades nacionales para el diseño e implementación de políticas, estrategias y programas. UNFPA promueve la salud reproductiva y la ampliación de los medios de acción de la mujer y los considera componentes fundamentales de los planes de desarrollo y de las acciones encaminadas a reducir la pobreza y la falta de equidad.

Como se mencionó en el capítulo I, la CIPD significó un cambio de paradigma en los asuntos de población y desarrollo, los cuales deben ser una parte integral de las estrategias de desarrollo y reducción de la pobreza. En ese contexto, UNFPA acompañó y reforzó el proceso post Cairo contribuyendo al avance de la implementación del PA de la CIPD en las diferentes regiones. Para ello destinó una serie de recursos, los cuales fueron revisados de manera continua y ahora en especial para el período que resta hasta el final del PA-CIPD (2009-14) teniendo en cuenta las nuevas necesidades y costos, superando los estimadas en 1994[30]. *«La cooperación internacional debe mantener su presencia y aumentar la movilización de recursos en América Latina, en apoyo a las acciones que tanto los gobiernos como otros actores llevan adelante para continuar avanzando en el PA-CIPD»* (CEPAL / UNFPA, 2009).

En el caso de América Latina y El Caribe, un total de 32 países se benefician en la actualidad de la asistencia de UNFPA. *«El hecho de que se trate de una región de ingresos medios no permite concluir que la estrategia correcta de la cooperación internacional sea replegarse, por el contario, el volumen de la exclusión y marginación y pobreza interpelan esa retirada»* (CEPAL / UNFPA, 2009).

En Uruguay, si bien algunas intervenciones al inicio eran realizadas desde la Sede de UNFPA o a través de otras agencias del Sistema de Naciones Unidas presentes en el país, el apoyo se intensificó considerablemente cuando se estableció una Oficina de Enlace en el Uruguay en agosto de 2004, dotada de recursos financieros y técnicos. Así, se pasa de una presencia bastante moderada de UNFPA en el país antes de 2004 -donde se apoyaba básicamente alguna donación de métodos anticonceptivos y algunas intervenciones de seguimiento del PA de la CIPD- a una presencia cada vez más marcada y que gradualmente se fue consolidando y posicionando en el país.

Sus principales objetivos en Uruguay son:

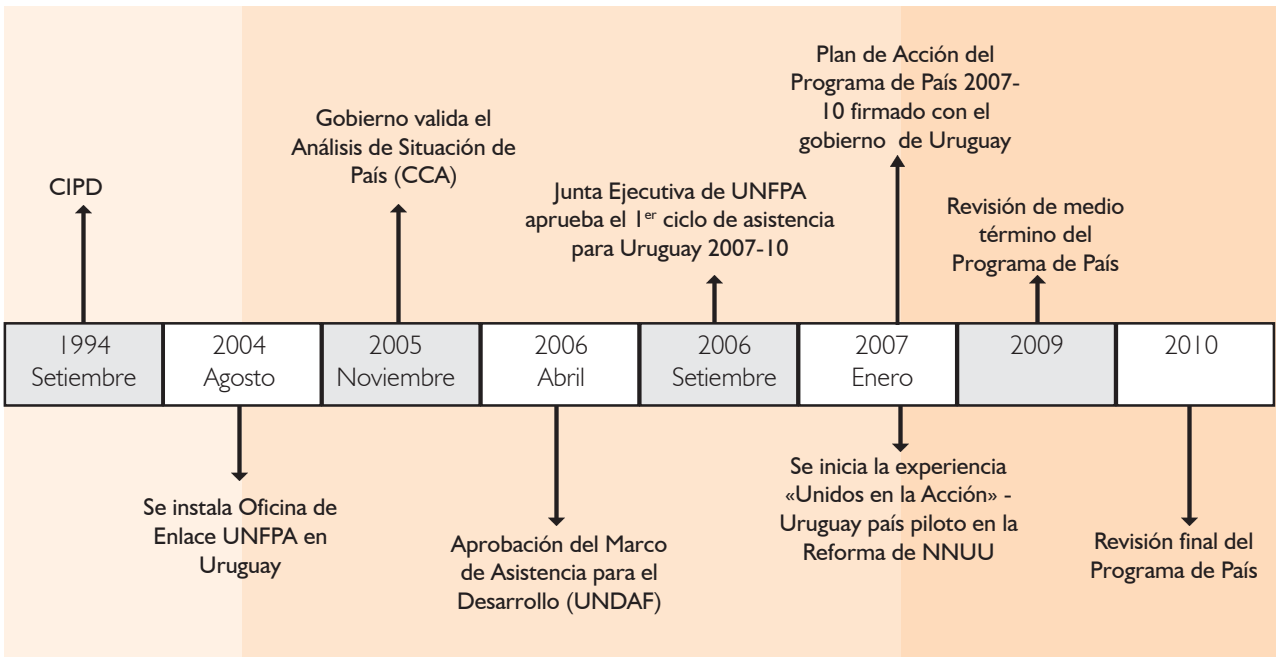
- Contribuir a la producción de datos e investigaciones capaces de orientar las decisiones sobre políticas públicas en materia de salud y población.
- Facilitar el más amplio consenso sobre estos temas, mediante un proceso abierto y participativo de todos los involucrados.
- Contribuir al fortalecimiento de la capacidad institucional para generar políticas efectivas de salud sexual y reproductiva, género, y desarrollo.
- Contribuir a la reducción de la mortalidad materna e infantil y los embarazos no deseados en adolescentes y jóvenes y ayudar a prevenir las infecciones de transmisión sexual, incluida el VIH / Sida.
- Facilitar el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de adultos, jóvenes y adolescentes.

Se pueden distinguir dos etapas en la vida de la Oficina de UNFPA en Uruguay, tal como lo ilustra

30. www.resourceflows.org

el próximo cuadro. La primera de ellas se extiende desde su instalación hasta diciembre de 2006 y se caracteriza por un volumen de recursos regulares de cooperación de montos de entre 350 y 550 mil dólares anuales, con intervenciones dirigidas tanto al gobierno como a las ONG y academia, pero que carecían de un programa de cooperación explícito y articulado. El personal destinado a desarrollar las actividades de UNFPA en el país estaba integrado básicamente por un Oficial de Enlace y un Asistente del Oficial de Enlace.

La segunda etapa se caracteriza por la puesta en marcha del Primer Ciclo de Asistencia de UNFPA para Uruguay (período 2007-2010), el cual fue acordado y firmado con el gobierno y prevé la ejecución de al menos 4 millones de dólares en el período[31]. En esta etapa se aprobó una estructura estable de recursos humanos para brindar la asistencia técnica y el apoyo administrativo necesario para la ejecución del Programa en Uruguay, la cual estuvo conformada por 1 Representante Auxiliar, 1 Oficial de Programa y 2 personas para el área de Administración y Finanzas. Este período coincide además con la designación de Uruguay como uno de los 8 países pilotos de la Reforma de Naciones Unidas, proceso que se ha denominado localmente como «Unidos en la Acción». Esto ha traído como consecuencia una manera distinta de trabajar coordinadamente con el resto de las agencias del Sistema de Naciones Unidas para responder mejor a las prioridades del país y ha venido de la mano con recursos extraordinarios de países donantes que están apostando a esta nueva experiencia, los cuales han sido canalizados también a través de UNFPA.



31. http://www.unfpa.org.uy/userfiles/informacion/items/307_pdf.pdf

El Programa de País de UNFPA está compuesto por tres componentes: población y desarrollo, salud reproductiva y género y se centra en las siguientes estrategias:

- promoción y diálogo político para lograr progresos en la ejecución del PA de la CIPD;
- fortalecimiento, articulación y coordinación con diferentes instituciones gubernamentales, académicas, la sociedad civil y la comunidad internacional;
- generación de conocimiento que apoye el diseño, ejecución y monitoreo de políticas públicas.

Desde el inicio de su ejecución, los distintos componentes han logrado importantes avances en el país, a pesar de que aún existen varios desafíos pendientes. A continuación se detallan los principales hitos en la cooperación de UNFPA en Uruguay desde la instalación de la Oficina de Enlace (período 2004-2009) en los tres componentes.

Respecto a la dinámica de población, se identifican como aportes principales:

- Con respecto a los sistemas de información, al establecerse la Oficina de UNFPA en Uruguay se detectaron varias carencias en términos de información socio-demográfica, lo cual se tradujo en la necesidad de contar con datos estadísticos para ser analizados e integrados a la formulación y diseño de las políticas públicas y los planes nacionales de desarrollo tal como lo recomienda el PA de la CIPD. Se brindó apoyo a las instituciones académicas para la elaboración de diagnósticos sobre las estadísticas socio-demográficas y de población en Uruguay, incluidas propuestas para su mejora. También se brindó apoyo al INE con el objetivo de contribuir a la mejora y redefinición de las estadísticas socio-demográficas y de población en Uruguay y fortalecer el sistema estadístico nacional. En la actualidad se ha comenzado además a apoyar las actividades preparatorias del Censo 2010.
- Siendo la emigración un problema de larga data en Uruguay y de suma relevancia, a nivel gubernamental se destaca también el apoyo al MRREE a través del área de vinculación con los uruguayos en el exterior con la idea de incorporar a la vida nacional a todos aquellos uruguayos/as que lo deseen, a través de una serie de políticas y medidas concretas.
- A nivel de la academia y de las organizaciones de la sociedad civil se han desarrollado ámbitos de reflexión y propuesta de la situación demográfica en Uruguay con el objetivo de generar conciencia pública sobre la necesidad de elaborar un conjunto de políticas de Estado y colaborar para incorporar las políticas de población en la visión de desarrollo del país. Es el caso por ejemplo de los trabajos de Rumbos y del Programa de Población de la UDELAR.

En el componente de salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos las mayores contribuciones fueron:

- A nivel gubernamental se brindó apoyo técnico al MSP para elaborar una estrategia de incorporación de la SSR en la Reforma del Sector Salud así como en la formulación y ejecución de políticas en esta área, con énfasis en la salud de adolescentes, prevención del VIH/Sida, salud de las mujeres y género. El apoyo brindado se focalizó principalmente a los siguientes Programas Prioritarios: Salud de la Mujer y Género, Salud Adolescente e ITS/Sida y se ha destinado a la elaboración y publicación de guías y normativas en diferentes componentes de la SSR. Esto se constituyó en un aporte sustancial para la promoción de los derechos reproductivos, la concreción de las políticas, el funcionamiento de los servicios y para dar la posibilidad de evaluar y auditar las acciones, los cuales son principios medulares del PA de la CIPD. Asimismo UNFPA ha facilitado al MSP la compra de insumos anticonceptivos de calidad y bajo costo de manera continua y regular desde 2005. Esto ha contribuido a los objetivos del PA de la CIPD de acceso universal a la anticoncepción, planificación familiar, prevención de embarazos no deseados o de alto riesgo, derecho a decidir el número y espaciamiento de los hijos/as, prevención de ITS y prevención de morbi-mortalidad materna.

- También a nivel gubernamental se resalta el apoyo al sector de educación, en particular para el diseño e implementación de la Educación Sexual en Uruguay, que inició sus acciones curriculares en el 2008. Esto está estrechamente vinculado al objetivo del PA de CIPD de garantizar que los / as adolescentes reciban la información necesaria en prevención, educación, atención y servicios de salud para elegir opciones y adoptar decisiones responsables en cuanto a su SSR respetando sus valores culturales y creencias religiosas.
- A nivel de las organizaciones de la sociedad civil, UNFPA ha venido apoyando diversas ONG en la implementación de acciones en el campo de la SSR orientadas a dos grupos poblacionales de espacial relevancia para el PA de la CIPD: los / as adolescentes y las mujeres (es el caso por ejemplo de Gurises Unidos y MYSU, respectivamente). La participación social ocupa un eje de importancia en el PA del Cairo. En el mismo se insta a los gobiernos a promover dicha participación y se exhorta a que en colaboración con la sociedad civil organizada atiendan las necesidades específicas de los / as adolescentes y establezcan programas para responder a las mismas. En lo que respecta a las mujeres, se desataca el papel en el seguimiento y monitoreo del cumplimiento de los compromisos asumidos por el país y en su fortalecimiento para incidir en el reconocimiento social y político de los derechos reproductivos.
- A nivel de las instituciones académicas se destaca la implementación, publicación y difusión de investigaciones sobre SSR. UNFPA apoyó el relevamiento de la encuesta del Proyecto Género y Generaciones y las investigaciones cuanti y cualitativas que se derivaron del mismo, con una amplia participación e involucramiento de actores gubernamentales, académicos y de la sociedad civil organizada. Los avances de conocimiento en estas áreas, permitieron contar con evidencias científicas orientadoras para tomadores / as de decisión, profesionales, direcciones de los servicios de salud y organizaciones sociales.

Finalmente, con respecto al componente de empoderamiento de la mujer e igualdad de género, se pueden mencionar los siguientes aportes:

- A nivel gubernamental, el avance en la elaboración, implementación y fortalecimiento de los mecanismos de género. A tales efectos corresponde mencionar el apoyo en la elaboración de planes de igualdad de oportunidades tanto a nivel nacional como local (Montevideo y Canelones) como forma de acordar respuestas para atender las consecuencias generadas por la discriminación hacia las mujeres y permitir que la mujer realice plenamente sus posibilidades, tal como lo establece el PA de la CIPD. También se destaca el apoyo al fortalecimiento de los sistemas de información de género.
- A nivel de las organizaciones de la sociedad civil, el apoyo a diferentes grupos de mujeres nucleadas en torno a diferentes temáticas (participación política, violencia de género y la mayor red de mujeres del país, CNS Mujeres) con el objetivo de fortalecer la incidencia de las organizaciones de mujeres en las políticas públicas, el seguimiento y promoción de políticas de género que garanticen la protección, prevención y promoción de derechos y condiciones de vida de las mujeres.
- A nivel de las instituciones académicas, también se ha avanzado en la generación, publicación y difusión de investigaciones en torno a las temáticas de población, género y familia.

V. Conclusiones y desafíos para el cumplimiento de la CIPD en Uruguay

Uruguay en cumplimiento de su compromiso con la CIPD ha desarrollado diversas acciones para avanzar en las recomendaciones del PA. Hay consenso en distintos actores implicados en su implementación y monitoreo, al señalar que el impacto de la CIPD en el país ha sido significativo y que hay un *antes y un después de El Cairo*.

Se pueden registrar avances muy importantes en estos quince años y especialmente en los últimos cinco, en particular en las metas referidas al empoderamiento y la igualdad de género y en salud sexual y reproductiva. Se avanzó en la construcción de la institucionalidad de género tanto a nivel nacional como en algunos gobiernos departamentales y se dispone de un Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos establecido por ley. En materia de salud sexual y reproductiva, se avanzó en la implementación de servicios y en la existencia de normativas y guías clínicas en distintos componentes de la SSR. A su vez, se cuenta con una ley marco de defensa al derecho a la salud sexual y reproductiva que establece que los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos, «blinda» las normativas vigentes en SSR y les otorga carácter de ley.

En cuanto a los temas referidos de dinámica de población, se puede observar una mayor visibilidad de asuntos de relevancia para el país como ser migración, envejecimiento y transformaciones en las familias. Otros temas como el sistema de cuidados, el uso del tiempo en el trabajo remunerado y no remunerado y la disponibilidad de estadísticas demográficas pertinentes y de calidad, han comenzado a ser tratados si bien aún no se han incorporado en la agenda como sería necesario y deseable.

De todas formas, tal como se señala en las conclusiones preliminares emergentes del seminario convocado por CEPAL y UNFPA en Santiago de Chile (2009) para evaluar el avance en la implementación del PA de la CIPD:

«En los cinco años que restan hasta el final del PA – CIPD la mayoría de los países de América Latina no va a cumplir con todos sus objetivos, a pesar que muchos han logrado importantes avances en materia de población y desarrollo. Lo mismo sucede con las metas establecidas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, cuyo horizonte temporal expira en el 2015». (CEPAL - UNFPA, 2009)

Al decir de Marcela Suazo (2009), Directora de UNFPA para América Latina y El Caribe:

«El balance a nivel global muestra que los recursos movilizados han aumentado, pero los fondos continúan siendo muy inferiores a lo que se precisa para atender las necesidades actuales y los costos que implica su cumplimiento. Las metas y los objetivos del PA – CIPD no se han alcanzado plenamente y si bien se han realizado importantes progresos, no está claro el lapso que demande cumplir con los compromisos contraídos. La falta de fondos suficientes sigue siendo el principal obstáculo para la plena consecución de los objetivos de la Conferencia de El Cairo y de la Cumbre del Milenio».

Uruguay no escapa a esta realidad. Si bien se registran progresos importantes, resta aún mucho por hacer para cumplir plenamente con los objetivos y metas del PA en el país. Para ello se requiere de voluntad política para impulsar con visión estratégica una serie de medidas enfocadas desde una política nacional moderna de población y desarrollo, con capacidad para articular e integrar distintos componentes y objetivos de la CIPD de manera inter-vinculada y no desde perspectivas verticales.

Al decir de Calvo (2008): *«es posible trazar una visión*

del Uruguay futuro; una nación constituida por una población de alto nivel educativo, capaz de incorporar la innovación y la calidad en todos los procesos. Una población diversa, en su composición por edades, étnica y de arreglos familiares, donde la diversidad no se constituya en un escollo para el ejercicio de los derechos y el desarrollo sino, por el contrario, que los favorezca. Una población donde la distribución de la misma en el territorio no condicione las oportunidades de las generaciones actuales y futuras. Una población que permita conservar los recursos naturales y el medio ambiente, respetando la capacidad de carga de los ecosistemas. En esta visión, las personas no deberían sufrir mellas en sus oportunidades y en el ejercicio de los derechos por el hecho de pertenecer a un sexo, grupo de edad, arreglo familiar, raza, lugar de residencia, u orientación sexual. Las personas deberían poder elegir el tipo y tamaño de familia deseado, en decisiones libres e informadas. Las personas deberían poder ejercer el derecho a vivir en las localidades de su preferencia y las migraciones, dentro y fuera de las fronteras nacionales, no deberían estar motivadas por la limitación a los horizontes de oportunidades.» (Calvo J.J. 2008, pp. 15)

Es fundamental proteger los logros alcanzados, garantizar la sostenibilidad de las políticas y programas, y evitar retrocesos. Al igual que sucede con otros países de la región, los avances registrados *«no están tallados en roca»* (CEPAL - UNFPA, 2009). De allí que uno de los principales desafíos se refiere a la construcción de políticas de Estado que permitan desarrollar acciones en el corto, mediano y largo plazo, con recursos financieros suficientes, con recursos humanos capacitados, con decisores políticos comprometidos y con voluntad para impulsar los cambios y con una sociedad civil organizada con más y mejores herramientas para la veeduría y monitoreo del cumplimiento de las metas y objetivos trazados.

El principal aprendizaje en estos quince años de implementación del PA en Uruguay, es que – al igual que en otros países de la región -, se está *«frente a un proceso con un horizonte temporal mucho más lejano que el establecido en 1994 en El Cairo»* (CEPAL - UNFPA, 2009). Un relevamiento y evaluación rigurosa de lo realizado hasta ahora permite valorar los avances e identificar los desafíos a futuro. En tal sentido, algunos de ellos se podrían sintetizar de la siguiente manera:

1) El país dispone de una serie de políticas públicas y legislación que contemplan distintos objetivos del PA de la CIPD. El mayor desafío es generar las condiciones para su cumplimiento íntegro en todo el territorio nacional: reglamentación, recursos humanos y financieros, mecanismos de implementación y monitoreo.

2) El desarrollo de servicios universales, accesibles e integrales en salud sexual y reproductiva con enfoque de género, generaciones y derechos que superen las barreras institucionales y culturales existentes, es uno de los principales desafíos para el sector salud. Ello implica la incorporación de las prestaciones en SSR en el Sistema Nacional Integrado de Salud, de modo de garantizar el acceso en usuarias / os de servicios públicos y privados de salud con equidad. Implica también superar visiones verticales que dificultan o impiden que los distintos componentes de la SSR estén incorporados de manera integral en los servicios de salud: anticoncepción, atención del embarazo, parto y puerperio, prevención de morbi-mortalidad materna, prevención del aborto inseguro, atención de aborto incompleto, fertilización asistida, prevención, atención y tratamiento de ITS y VIH – sida, prevención y atención de cánceres del sistema reproductivo y cáncer de próstata, detección, prevención y atención de la violencia doméstica y sexual.

3) Para la implementación de servicios con estas características es necesario continuar y ampliar la oferta de formación de recursos humanos de la salud en SSR, género y derechos así como garantizar la disponibilidad de insumos para la atención.

4) En particular, es sustantivo garantizar el pleno acceso de la población adolescente a servicios integrales en SSR específicos para este sector y basados en criterios de confidencialidad.

5) El acceso universal a SSR debe ser tomado en cuenta tanto en los sistemas de protección social, en las políticas de salud, educación y particularmente, en las políticas de reducción de la pobreza.

6) Para el monitoreo de las prestaciones en SSR y del estado de salud de la población en esta materia, se impone generar un sistema de indicadores en salud (incluyendo la salud sexual y reproductiva en todos sus componentes) actualizado, accesible y de calidad, que mejore sustantivamente lo disponible actualmente.

7) Al igual que en otros países de la región: *«aún existen campos temáticos muy relevantes en los que la cobertura y oportunidad de la información dista de ser aceptable, como en los casos de mortalidad materna, embarazo en la adolescencia, emigración internacional, discapacidad, movilidad espacial de la población, población afrodescendiente, desastres naturales y violencia basada en género. Se torna imperioso contar además con un sistema de monitoreo de la situación de los jóvenes en la región, que permita la comparación entre los países».* (CEPAL – UNFPA, 2009)

8) Las desigualdades entre varones y mujeres así como otras formas de discriminación persisten y se manifiestan en la vida cotidiana de las mujeres, tanto en el ámbito público como en el privado. En el ámbito público, el acceso extremadamente reducido de las mujeres a los espacios de decisión es una de las principales debilidades que se manifiesta en los tres poderes del Estado.

9) Una de las expresiones más flagrantes de la desigualdad es la violencia contra las mujeres en todas sus manifestaciones. Si bien se ha avanzado en la disponibilidad de instrumentos legales, se necesita garantizar su plena aplicación en todo el territorio nacional.

10)Si bien las mujeres poseen niveles educativos superiores a los varones y su tasa de actividad laboral aumentó sostenidamente en las últimas décadas, se mantiene una importante segregación en el mercado de trabajo, así como persiste una importante brecha salarial que no garantiza el principio de «igual remuneración por trabajo de igual valor. La equidad de género en el ámbito económico requiere promover la independencia y los derechos económicos de las mujeres, incluidos el acceso al empleo, a condiciones de trabajo apropiadas y al control de los recursos económicos.

11)El cuidado de las personas dependientes recae fundamentalmente en el aporte invisible de las mujeres. Esto genera enormes dificultades para que éstas puedan acceder a mejores condiciones de desarrollo personal y profesional y vulnera el ejercicio de todos sus derechos. Si bien hay algunos progresos en el debate acerca de un sistema nacional integral de cuidados, es fundamental avanzar en la definición de políticas y estrategias de co-responsabilidad que articulen a las familias, el Estado y el mercado para una re-distribución del trabajo reproductivo al interior de las familias, así como la creación de infraestructura social para el cuidado.

12)Es sustantivo avanzar en el desarrollo de una agenda nacional de investigación en temas vinculados a género, SSR, población y desarrollo, con perspectiva interdisciplinaria y con vocación de generar insumos para el diseño e implementación de políticas públicas, programas y servicios. Existen algunos progresos destacables pero también vacíos significativos en los cuales es muy importante generar conocimiento novedoso y aplicado.

Los avances registrados son producto de la interacción de diferentes actores: gobiernos, Estados, sociedad civil organizada, instituciones académicas, organismos de cooperación internacional, que han jugado y juegan un papel relevante para el desarrollo del país y de la región. Según el documento reciente elaborado por CEPAL – UNFPA (2009): *«En los gobiernos ha recaído la responsabilidad principal de llevar adelante políticas y de asegurar los recursos para su implementación. Los organismos bilaterales y multilaterales de cooperación*

han brindado apoyo técnico y financiero para tales fines, y principalmente, han constituido los ámbitos donde dar seguimiento a lo acordado en la CIPD. La sociedad civil organizada ha cumplido en la región un excepcional rol de veeduría de la implementación del PA, aportando insumos técnicos y participando activamente en el debate político. Los organismos de financiamiento internacional fueron fundamentales a la hora de facilitar la movilización de recursos necesarios para la ejecución de las políticas y también brindaron aportes técnicos relevantes…»

En suma, para las próximas décadas, deben generarse nuevos acuerdos y nuevas medidas deben ponerse en práctica para continuar avanzando en la agenda iniciada por el PA de la CIPD y para ello, como hasta ahora, la confluencia de distintos actores es fundamental.

Referencias bibliográficas

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

Abracinskas L., López Gómez, A. (ed.) (2007) *Aborto en debate. Dilemas y desafíos del Uruguay democrático (período 2001 – 2004).* MYSU. Montevideo.

Aguirre R., Batthyany K. (2005) *Uso del tiempo y trabajo no remunerado. Encuesta de Montevideo y área metropolitana 2003*. UNIFEM, UDELAR. Montevideo.

Briozzo, L.et al (2003) *Unsafe abortion in Uruguay*. International Journal of Gynecology & Obstetrics.

Bucheli, Forteza y Rossi (2006) *Seguridad social y género en Uruguay: un análisis de las diferencias de acceso a la jubilación*. Instituto de Economía, Universidad de la República. Montevideo.

Cabella, W. (2007) *El cambio familiar en Uruguay. Breve reseña de las tendencias recientes.* Serie Divulgación UNFPA. Montevideo.

Calvo, JJ. (2008) *Sustentabilidad demográfica. Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia,* ENIA 2010 – 2030. Montevideo.

Cámara de Representantes. Secretaría. Oficina de Relaciones Internacionales (1995) Informe de la Delegación de la República a la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer. Montevideo.

CEDAW (2002) *Documento: Informe de observaciones a Uruguay del Comité de Expertas* (Inédito).

CEPAL / CELADE (1994) *Consenso Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo.* Declaración Oficial de la Conferencia Regional Latinoamericana y del Caribe sobre Población y Desarrollo, México, D.F., 29 de abril al 4 de mayo de 1993.

CEPAL (2007) *Notas de Población Nº 84*, Santiago de Chile.

CEPAL - UNFPA (2009) *América Latina: una síntesis de los avances y desafíos de la implementación del programa de acción de la CIPD, 1994 – 2009.* Documento de referencia DDR/ 1. Versión preliminar sujeto a revisión. Santiago de Chile, Seminario 7 y 8 de octubre de 2009.

CODICEN, (2001) *¡Escucha, aprende y vive!* Montevideo.

Comisión Nacional de Seguimiento (1998) *El Estado uruguayo y las mujeres.* Montevideo.

Comisión Nacional de Seguimiento (1999) *Agenda de las Mujeres.* Montevideo.

CNS Mujeres (2004) *Agenda de las mujeres. Una propuesta política.* Montevideo

CNS Mujeres (2005) *Uruguay y políticas en salud sexual y reproductiva. Una mirada de lo hecho para las acciones del futuro*. Informe elaborado por López Gómez, A., Montevideo.

CNS Mujeres (2008) *Monitoreo 2008. Transversalización de la equidad de género en las políticas públicas.* Montevideo.

CNS Mujeres (2009) *Agenda de las Mujeres 2009*. Montevideo.

Comisión Intergubernamental MERCOSUR en Salud Sexual y Reproductiva. Documento elaborado para las instancias Cairo + 10. (mimeo)

Gurises Unidos – Plan CAIF (2002) *Proyecto Creación y fortalecimiento de un programa de promoción en salud sexual y reproductiva en los centros CAIF (2002 – 2004).* Montevideo. Memo.

Instituto Nacional de Estadística. (1993) *Informe nacional sobre población.* Uruguay, setiembre de 1993.

Instituto Nacional de las Mujeres / MIDES (2007) *Primer Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos*, Montevideo.

Instituto Nacional de las Mujeres / MIDES (2007b) *Informe País a CEDAW*. Montevideo.
Intendencia Municipal de Montevideo (2002) *Primer Plan de Igualdad de Oportunidades y Derechos para la ciudad de Montevideo*. Montevideo.
Intendencia Municipal de Montevideo (2007) *Segundo Plan de Igualdad de Oportunidades y Derechos para la ciudad de Montevideo*. Montevideo.
Johnson N. (2005) *La política de la ausencia: las elecciones uruguayas 2004-2005, las mujeres y la equidad de género*. CNS Mujeres, Montevideo.

López Gómez, A., Benia W., Contera, M., Güida, C. (2003) *Del enfoque materno infantil al enfoque en salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas.* C.L Salud Reproductiva, Sexualidad y Género, Facultad de Psicología, UDELAR – Fundación Mexicana para la Salud. Montevideo.
López Gómez, A. (coord.) (2005) *Adolescencia y sexualidad. Significados, acciones y discursos en Uruguay. Un estudio retrospectivo 1995 – 2004.* C.L Salud Reproductiva, Sexualidad y Género, Facultad de Psicología / UDELAR. UNFPA. Montevideo.
López Gómez, A. (coord.) (2006) *Proyecto Género y Generaciones. Reproducción biológica y social de la población uruguaya.* Estudios cualitativos. Proyecto UNFPA, MSP, MYSU, INE, UDELAR. Ed. Trilce, Montevideo.
López Gómez, A. (coord.) (2006b) *II Encuentro Universitario Salud, Género, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Avances en la investigación nacional.* C.L Salud Reproductiva, Sexualidad y Género, Facultad de Psicología, UDELAR. Montevideo.
López Gómez, A., Abracinskas, L. (2009) *Debate social y político sobre la ley de defensa al derecho a la salud sexual y reproductiva.* Cuadernos de UNFPA Nº 3. Montevideo.
Ministerio de Relaciones Exteriores. Dirección de asuntos multilaterales (1998) Memorandum. *Lineamientos generales para la presentación de la delegación de la República en el Foro de la Haya*, Montevideo, 20 de enero de 1998.
Ministerio de Salud Pública (1999) *Programa Maternidad y Paternidad Elegida* Documento de actuación. (Inédito)
Ministerio de Salud Pública (2000) *Plan Nacional de Niñez, Adolescencia y Salud Reproductiva.* Montevideo.
Ministerio de Salud Pública - SSAE (2001) Salud Integral de las mujeres usuarias del SSAE. Líneas programáticas en construcción.
Ministerio de Salud Pública (2005). Guías de salud sexual y reproductiva. Cap. Anticoncepción (métodos reversibles)
Ministerio de Salud Pública (2006) *Programa de Salud de la Mujer y Género.* Montevideo.
Ministerio de Salud Pública, Programa Prioritario ITS – Sida (2007). *Informe país UNGASS.* Montevideo.

Ministerio de Salud Pública (2008) *Informe de la Comisión de Muerte de mujeres por embarazo, parto, cesárea, puerperio y aborto*. Montevideo.
Ministerio de Desarrollo Social (2009) *Reporte Social 2009. Principales características del Uruguay social*. Montevideo.
MYSU (2002) *Guía de servicios en salud sexual y reproductiva*. Montevideo.
MYSU (2008) *Informe 2008: Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva.* Montevideo.
Pérez, V. (2006) *No son suficientes. 2006 A un año de gobierno progresista*. CNS Mujeres. Montevideo
Presidencia de la República. Oficina de Planeamiento y Presupuesto (1998) *Encuesta sobre la experiencia de los países después de la CIPD / Uruguay*. Documento enviado a PNUD, Nota 902 / 98 / D, 3 de julio de 1998, Montevideo.
Presidencia de la República (2003) Informe Programa Infamilia. (Inédito)
Red de Salud de las Mujeres del Uruguay (1993) *Políticas de población y desarrollo desde una perspectiva de género*, relatoría del Seminario realizado 27 y 28 de junio de 1993. Montevideo.
UNFPA (1994) *Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo*, El Cairo.
UNFPA (1999). *Medidas clave para avanzar en la implementación del Programa de Acción de la CIPD. Cairo + 5*. Nueva York.
UNFPA, INE, MSP, UDELAR, IMM, MYSU (2006) *Informe estudio cuantitativo Proyecto Género y Generaciones. Reproducción biológica y social de la población uruguaya*. Montevideo (Inédito)
UNFPA-Programa de Población, Facultad de Ciencias Sociales (2003) *Encuesta Cairo + 10*, informe elaborado a solicitud de UNFPA, Montevideo (Inédito)
Universidad de la República (2003) *Los Estudios de Género en la Universidad*. Cuadernos de Rectorado N º 18, Red Temática de Género, Montevideo.
Varela, C. (coord.) (2008) *Demografía de una sociedad en transición. La población uruguaya a inicios del siglo XXI*. Programa de Población, Facultad de Ciencias Sociales, UDELAR. UNFPA. Montevideo

Anexo 1. Intervención de la delegación oficial de Uruguay en CIPD (1994)

Discurso del Excelentísimo Señor Vice Ministro de Relaciones Exteriores de la República Oriental del Uruguay, Dr. José María Gamio

Señor Presidente:
En primer lugar, deseamos hacer llegar a Usted nuestras felicitaciones por su designación para presidir estas deliberaciones.
Deseamos trasmitir asimismo, nuestro reconocimiento a la Doctora Nafis Sadik y su equipo por su incansable labor en relación a los temas de población y el desarrollo.
Las Naciones Unidas convocan a la comunidad internacional a reflexionar sobre el problema de la población, de cuya gravedad, a nivel mundial, dan cuenta las proyecciones demográficas generalmente aceptadas.
Simultáneamente, el tratamiento adecuado del tema que nos ocupa, se revela como de extraordinaria complejidad. Ello en virtud, por una parte, de razones de carácter técnico. En efecto, no existe una relación lineal ni simple entre los temas de población y desarrollo. SI bien existe una clara interdependencia entre ambos, no resultan siempre claras sus relaciones de causa-efecto.
Por otra parte, la problemática de población involucra aspectos éticos e incluso religiosos que ponen en juego valores vinculados con la dignidad de la persona o el sentido mismo de la vida humana.
La complejidad del problema estudio, unido a la naturaleza de la resoluciones a adoptar por esta conferencia anima a nuestra delegación a actuar en la búsqueda de soluciones de consenso que aseguren el éxito del encuentro y reflejen la prudencia que debe inspirar estas deliberaciones.
No quisiéramos que las conclusiones de la conferencia fueran un mero reflejo del espíritu maltusiano ni que por indebidas inhibiciones quedáramos condenados a la inacción.

Señor Presidente:
Las consideraciones que nos ocupan ponen en relación tres elementos: población, medio ambiente y desarrollo. El objetivo es poner en equilibrio esos tres factores, a los efectos de asegurar la mejor calidad de vida para el mayor número de seres humanos.
Cierto es que la cantidad de habitantes en el planeta condiciona las posibilidades de obtener un medio ambiente sano y un desarrollo sostenible. Pero también es cierto que los buenos resultados demográficos constituyen un requisito necesario, aunque no suficiente, para asegurar el bienestar para el mayor número de seres humanos.
El desarrollo sostenible, en consecuencia, estará vinculado a indicadores demográficos aceptables, pero deberá ser fruto, asimismo, de otros factores que comprometan la acción de los Estados y de la comunidad internacional en su conjunto.
No es admisible imputar, exclusivamente al crecimiento cuantitativo de la población, problemas como el hambre, la pobreza, las enfermedades o la degradación del medio ambiente.
La acción de los Estados y de la comunidad internacional, deberá promover el desarrollo integral del ser humano, prestando la debida atención a las dimensiones socios económicos, culturales y espirituales en un marco de respeto a la vida y dignidad humanas.

Señor Presidente:
Los problemas de población nos enfrentan al tratamiento de temas vinculados con la natalidad y las migraciones.

Las soluciones en materia de políticas de natalidad, son responsabilidad exclusiva de los Gobiernos de los Estados, con independencia de toda injerencia externa.

Es más; una concepción humanista ubica la toma de decisión, sobre el número y espaciamiento de los hijos, en los individuos o, más exactamente, en la pareja humana, constituida en familia en su sentido natural y obvio – unión de hombre y mujer – a la cual la Declaración Universal de los Derechos del Hombre declara elemento natural y fundamental la sociedad. La misma declaración pone sobre el Estado y la sociedad el deber de proteger a la familia (Art. 16.3.)

Esta célula social continúa siendo la red básica de las relaciones humanas, ámbito de socialización de los individuos y referencia afectiva de sus miembros.

En consecuencia, es necesario que las políticas públicas tomen a la unidad familiar como un sujeto destinatario de acciones tendientes a su promoción.

En este sentido, la Declaración de Cartagena de Indias, suscrita por los Gobiernos de América Latina y El Caribe en agosto de 1993, en el marco de la Reunión regional de la CEPAL sobre la familia, expresa como objetivo: "Impulsar las políticas, planes, acciones y servicios orientados a crear las condiciones que le permitan fortalecerse como agente protagonista de su propio bienestar e integrarse en relaciones de equidad, solidaridad, afecto y respeto" (Párrafo 5.)

Señor Presidente:

La planificación familiar debe ser entendida como el acceso a la información, educación y métodos anticonceptivos que orienten y faciliten a las parejas su decisión, libre de coerción, respecto al número y espaciamiento de sus hijos.

Los programas de planificación familiar deben ser concebidos no priorizando metas demográficas, sino en una concepción integral del proyecto de vida familiar y la procreación responsable.

Para nuestra delegación, debe descartarse que el aborto pueda ser considerado como un medio legítimo de planificación familiar, por cuanto atenta contra el derecho de la vida del concebido y no nacido.

El aborto constituye un gran problema de salud pública, y se deben tomar medidas oportunas para ayudar a las mujeres a prevenir y evitar el aborto.

Señor Presidente:

Muchos de los problemas vinculados al desarrollo y al medio ambiente son consecuencia de la falta de equidad social.

Una de sus manifestaciones más graves dice relación con la situación de la mujer, gestora primordial de la planificación familiar y, en muchos casos, responsable exclusiva de la manutención y crianza de sus hijos.

Debe prestarse especial atención a la información y educación de la mujer en todos los campos, y a las adolescentes, fundamentalmente, en cuanto al ejercicio responsable del derecho a la procreación.

En definitiva, deben eliminarse todas las formas de discriminación contra la mujer, tanto en el ámbito familiar, privado, como en el ámbito público.

La educación en general, y en particular aquella orientada a una legítima planificación familiar y los servicios de salud reproductiva con la consiguiente reducción de la mortalidad materna e infantil, deben ser los objetivos a perseguir.

Señor Presidente:

El Uruguay constituye un caso de transición demográfica temprana, que fue consecuencia, no de políticas públicas dirigidas a tal fin, sino de la natural evolución cultural de su población.

Nuestro país no constituye, pues, una muestra típica de los problemas que afectan a los países en desarrollo. En tal sentido, factores tales como la alfabetización, tasa de mortalidad materna e infantil y expectativa de vida, exhiben indicadores mucho más satisfactorios que el promedio de las naciones en desarrollo. No obstante, la baja tasa de

crecimiento de población se ha manifestado en un proceso de envejecimiento que impone mayores exigencias a los servicios de salud y seguridad social.
El caso de Uruguay puede constituir un aleccionador ejemplo respecto a la prudencia con que hay que manejar las políticas de población, adecuándolas a las particularidades de cada sociedad nacional.
Lo dicho es sin perjuicio de reconocer que dentro de la sociedad uruguaya se reproduce el proceso de carácter universal, en el sentido que las mayores tasas de natalidad se registran en los sectores sociales de menores ingresos en este aspecto, nuestro país deberá prestar la debida atención a las recomendaciones emergentes de esta conferencia.

Señor Presidente:
Realidades recientes a nivel mundial, muestran tendencias crecientes hacia las migraciones internacionales y movimientos de refugiados. En unos casos, dichas acciones son consecuencia de dramáticos conflictos armados. En otros, se trata de movimientos masivos de población en búsqueda de mejores condiciones de vida.
Es cierto que todo Estado tiene el derecho soberano de decidir quién puede entrar y permanecer en su territorio y en qué condiciones.
El referido derecho constituye la contrapartida del deber primario de todo Estado de velar por el bienestar de sus nacionales.
Por diversas circunstancias, los individuos pueden desear abandonar su país, acción que aparece recogida como un derecho humano, en los documentos y convenios internacionales.
No obstante, el referido derecho a salir de su país, no deja de ser un derecho imperfecto, en la medida que no existe una norma general que imponga a Estado alguno, el deber de admitir en su territorio a aquel migrante.
Lejos estamos aún del estado de evolución de la comunidad internacional que permita admitir, junto al derecho a emigrar, el derecho de no emigrar, de forma tal de asegurar a los individuos, una vida decorosa en la tierra que los vio nacer.
Los fuertes movimientos migratorios recientes, producidos en el umbral de un nuevo milenio, parecen demandar a la comunidad internacional hacer un alto para reflexionar, con amplitud de miras, respecto a nuevos sistemas que liberalicen en forma ordenada los movimientos internacionales de personas.
En tal sentido, los procesos de integración económica, en sus formas más avanzadas tales como el Mercado Común o la Unión Económica, pueden dar pautas útiles de sistemas de libre circulación de personas en forma organizada.

Señor Presidente:

Tampoco pueden resultar ajenas a las preocupaciones de esta conferencia las migraciones internas, sobre todo aquellas que se manifiestan en los procesos de urbanización creciente y la constitución de mega ciudades con efectos negativos en el medio ambiente y la calidad de vida de sus habitantes.

La distribución equilibrada de la población en el territorio, debe ser una preocupación constante de los Gobiernos y organismos internacionales.

En esta materia, como en las otras referidas al temario de la conferencia, mucho cabe esperar de la acción eficaz de las organizaciones no gubernamentales.

Finalmente, Señor Presidente, quisiera hacer una reflexión sobre el tema siempre difícil de los recursos financieros, fundamentalmente respecto a la falta de correspondencia existente entre la gravedad de los problemas poblacionales, y los fondos asignados para resolverlos.

Esa falta de correspondencia se nota tanto en el campo nacional como a nivel de la cooperación internacional. Los Gobiernos, las Naciones Unidas, y las Agencias de Cooperación Internacional, deberían comprometerse a mejorar sensiblemente esta relación, de forma tal que las metas que se promueven puedan alcanzarse razonablemente en los próximos años.

Muchas gracias.

Anexo 2. Intervención de la delegación oficial de Uruguay en el Foro de la Haya (Cairo + 5, 1999).

TEXTO DE LA EXPOSICION DEL URUGUAY ANTE EL FORO DE LA HAYA:

El Uruguay considera que el esfuerzo internacional en la búsqueda de un mayor grado de desarrollo, debe contemplar integralmente al ser humano, prestando la debida atención a las dimensiones socio-económicas, -culturales y espirituales, en un marco de respeto a la vida y dignidad humana. En tal sentido, el Uruguay entiende que no es posible imputar al simple crecimiento cuantitativo de la población, problemas tan graves como el hambre, la pobreza, la enfermedad o la degradación ecológica.

A partir de El Cairo tanto en el ámbito central como en el municipal se han desarrollado programas especificos dedicados a la promoción y desarrollo de los derechos reproductivos de las mujeres.

El Poder Ejecutivo ha priorizado las polfticas en el área materno infantil, con el fin de disminuir la mortalidad infantil, y a través de acciones del Ministerio de Salud Pública, se ha logrado en cuatro años bajar dicha tasa de 21 a 15 por cada mil niños, mediante programas de control de embarazo, incluyendo embarazo adolescente y lactancia (que aumentó de 50 a 120 días), implementados con el apoyo de 300 mujeres promotoxas comunrrarias en todo el país.

A través del Proyecto de Salud Reproductiva "Matemidad-Patemidad Elegida" y con el apoyo del FNUAP se ha incorporado una nueva política en salud sexual y reproductiva, inspirada en el marco conceptual y técnico recomendado por las Naciones Unidas. Su objetivo primordial es et de mejorar la calidad de vida de la mujer a través del libre ejercicio de sus derechos reproductivos, sin discriminación por condicion económica o sexo, facilitando el acceso a información y metodos anticonceptivos gratuitos y disminuyendo de esa forma la cantidad de embarazos no desados y abortos ilegales.

Dicho Proyecto fue iniciado en 1997 y abarca la capital, Montevideo y diez departamentos con areas territoriales con preeminencia rural e inctuye el diagnostico de servicios de Salud Reproductiva, implementación de servicios de asistencia para la regulación voluntaria de la fecundidad en el primer nivel de atención, llevado a la práctica por médicos de famiiia y personal profesional de los Centros de Salud y Hospitales Departamentales.

A su vez se ha iniciado un proceso de capacitación de estos profesionales desde el enfoque de los derechos reproductivos, equidad de género y participación del varón, incluyendo la normatización en salud sexual y reproductiva a cargo de una Comisión con. participación de las ONGs. Uno de los enfoques a destacar es el de la educación sexual y reproductiva en mujeres, varones adolescentes, padres y madres, tanto en instituciones educativas como en unidades de las fuerzas armadas, de acuerdo a los enfoques de la Conferencia de El Cairo. También los aportes de la Conferencia de Jomtien fueron incorporados a través de las Jornadas de Dialogo sobre afectividad, sexualidad y salud, realizadas en un Instituto de Enseñanza Media con asesoramiento del FNUAP.

Finalmente, a nivel del Ministerio de Salud Pública, se desea destacar la constitución de una Comisión de Expertos encargada de elaborar un Plan Nacional de Atención Integral a la Niñez y Adolescencia y Salud Reproductiva, con apoyo de la OPS, que se encuentra en el inicio de su segunda etapa sobre coordinación intersectorial, siendo la próxima sobre participación de la Sociedad Civil.

La implementación de servicios de asistencia para la regulación de la fecundidad, en el nivel de atención primaria a través de Médicos de Familia, Centros de Salud y Hospitales Departamentales, alcanza a 30.000 mujeres.

Por su parte en la ciudad capital, donde se concentra el 52% de la población del país, la Intendencia Municipal de Montevideo viene implementando desde 1995, un Programa de Atención Integral a la Salud de la Mujer, a partir de la atención en veinte policlínicas fijas y tres móviles, ubicadas con preferencia en zonas periféricas, donde existe concentración de sectores de tnujeres de bajos recursos. Se promueve un modelo de atención integral en el marco de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, superando una atención exclusivamente asistencialista y curativa, a través de la educación, la promoción de la salud, la prevención y el diagnostico precoz.

Este programa comprende tres subprogramas: a) Maternidad Informada y Voiuntaria (que cuenta con el apoyo del Fondo de Población) y que orienta el asesoramiento en afectividad, sexualidad y asistencia en anticoncepoi6n.b) Atención integral a la Embarazada y Puerpera y c) Prevención del Cáncer de mama y cuello uterino. Corno estrategias básicas el programa se vale de la participación comunitaria, la coordinacibn interinstitucional y la capacitación de recursos técnicos y comunitarios. La participación comunitaria de las mujeres se vehiculiza a través de las Comisiones de Salud que tienen a su cargo el seguimiento y evaluación del Programa y la administración de los fondos de métodos anticonceptivos, bajo un criterio de autogestión. Se ha diseñado y ejecutado la capacitación en Salud y Género de los 120 técnicos de la división salud y de las 150 mujeres integrantes de las Comisiones de Salud. También se elabora material educativo de apoyo al trabajo de promoción de la salud. El número de beneficiarios. alcanzó en 1997, las 45.645 consultas.

En tal sentido, el Foro de La Haya representa una oportunidad para reafirmar el compromiso dei Estado en la institucionalización de los programas y las politicas en materia de salud y derechos reproductivos, a partir de una concepción integral del derecho a la salud, desarrollo y profundización en la descentralización como el mecanismo que garantiza mayor eficacia en la búsqueda de los objetivos que se persiguen, promoviendo la formación de los recursos humanos calificados y en base a una articulación más eficaz con la sociedad civil y mediante la asignación de los recursos financieros permanente hasta la plena ejecución de los objetivos de El Cairo.

Uruguay subraya la importancia de la asistencia técnica y financiera del Fondo de Población y Desarrollo a los países en desarrollo para llevar adelante los proyectos nacionales para la consecución de los planes de El Cairo. Desde ese punto de vista no puede dejarse de admitir que los significativos progresos que se han verificado en el ámbito nacional, tanto desde el Ministerio de Salud Pública como desde el plano municipal, se han cumplido en base al apoyo prestado por la cooperacih de Naciones Unidas a través del FNUAP.

No obstante ello, en el plano internacional, se observa la notable falta de corresponderxia existente entre la gravedad de los problemas de población, y los fondos asignados para resolverlos, tanto a nivel nacional como de cooperación intemacionat. Uruguay se asocia al llamamiento internacional en procura de que los gobiernos, las Naciones Unidas y las Agencias de Cooperación Internacional, se comprometan a mejorar esta cooperación, multiplicándola de forma que las metas que se promueven puedan alcanzarse razonablemente en los próximos años.

Respecto al tema del aborto, la República desea reiterar que no se desconoce la importancia dei tema, y sus dimensiones como problema de salud pública, pero ello no puede ser óbice para congelar la consecución de los logros y avances en la profundización de los derechos reproductivos de las rnujeres.

Finalmente como estrategia regional, se desca expresar que la Republica toma en cuenta la influencia de los factores de población y desarrollo sobre el medio ambiente, para que ellos sean dimensionados en forma correcta, y lograr así un equilibrio justo entre los tres elementos. La preocupación por el impacto ecológico, ausente hasta ahora en las politicas y programas de población requiere una inserción prioritaria sobre todo en cl caso de los paises latinoamericanos, por su condición de reserva excepcional de biodiversidad.

Montevideo, 3 de febrero de 1999.-

Anexo 3. Intervención de la delegación oficial de Uruguay en Asamblea General de Naciones Unidas (Cairo + 5, 1999).

AS WRITTEN

PERMANENT MISSION OF URUGUAY
TO THE UNITED NATIONS
747 THIRD AVENUE
NEW YORK, N.Y. 10017

INTERVENCION DEL

EMBAJADOR JORGE PEREZ-OTERMIN

REPRESENTANTE PERMANENTE DEL URUGUAY ANTE LAS NACIONES UNIDAS

XXI PERIOD0 EXTRAORDINARIO DE SESIONES DE LA ASAMBLEA GENERAL PARA EXAMINAR Y EVALUAR LA EJECUCION DEL PROGRAMA DE ACCION DE LA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE POBLACION Y DESARROLLO

NACIONES UNIDAS

NUEVA YORK,1º DE JULIO DE 1999

GRACIAS SR. PRESIDENTE:

LA CELEBRACION DE LA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE POBLACION Y DESARROLLO LLEVADA A CABO EN EL CAIRO EN 1994, CONSTITUYO UN HIT0 EN LA EVOLUCION DEL PENSAMIENTO Y LA ACCION DE LA COMUNIDAD INTERNACIONAL SOBRE EL TEMA QUE HOY NOS OCUPA.

EL URUGUAY ASISTE HOY CON LA SATISFACCION DE PODER EXPRESAR QUE DURANTE ESTOS CINCO AÑOS TRANSCURRIDOS, SE HAN REALIZADO LOS MAXIMOS ESFUERZOS POSIBLES EN BUSQUEDA DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS TRAZADAS, ENCONTRANDONOS EN PLENA TAREA DE DESARROLLO DE PROGRAMAS Y FORMULANDO POLITICAS ADECUADAS EN CONSONANCIA CON LAS RECOMENDACIONES EFECTUADAS EN EL PROGRAMA DE ACCION DE EL CAIRO.

ENFRENTANDO ALGUNAS LIMITACIONES DE ORDEN ECONOMIC0 Y FINANCIER0 HEMOS TRABAJADO PARA ATENDER FUNDAMENTALMENTE TRES AREAS DE IMPORTANCIA:

- REDUCCION DE LA POBREZA.

- DERECHO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, Y

- PROMOCION DE LA EQUIDAD Y LA IGUALDAD DE SEXOS Y LOS DERECHOS DE LA MUJER.

ESTAS AREAS LAS ENCARO URUGUAY SOBRE LA IMPLEMENTACION DE DOS CAMPOS DE ACCION QUE CONSTITUYEN Y HAN CONSTITUIDO DESDE LOS ORIGENES DE NUESTRA NACIONALIDAD PRIORIDADES SOBRE LAS CUALES ES POSIBLE EDIFICAR EL RESTO.

EL PRIMER0 DE ELLOS ES EL DERECHO A LA VIDA, DERECHO ESENCIAL SIN EL CUAL LOS DEMAS NO EXISTEN 0 NO TIENEN SENTIDO DE IMPLEMENTAR.

EN TAL AREA, EL URUGUAY PUSO SU ENFASIS EN LA REDUCCION DE LA MORTALIDAD INFANTIL, CON TAL EXITO, QUE LAS CIFRAS DEMUESTRAN ELOCUENTEMENTE LOS LOGROS ALCANZADOS.

ASI, LA MORTALIDAD INFANTIL HA VENIDO BAJANDO DRASTICAMENTE DESDE EL AÑO 1985 Y A FINES DEL PRESENTE AÑO LA REDUCCION ALCANZARA UN 50%, UBICANDOSE SEGURAMENTE A JUZGAR POR LAS ESTIMACIONES DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, EN EL AÑO 1999 EN UNA TASA DEL 14 POR MIL.

ENTIENDASE QUE CUANDO HABLAMOS DE MORTALIDAD INFANTIL ESTAMOS HABLANDO DE SALVARLE LA VIDA A NIÑOS DE HOGARES HUMILDES, DE MADRES MUY JOVENES.

ESTAS CIFRAS SE HAN LOGRADO CON LA PARTICIPACION ESPECIFICA DEL PERSONAL DEL MINISTER10 DE SALUD PUBLICA EN ACTIVIDADES DE CAPACITACION, FUNDAMENTALMENTE PORQUE LAS MADRES HAN ENTENDIDO QUE A TRAVES DEL CONTROL DE SU EMBARAZO EN EL NIVEL PRIMARIO, SE PUEDE SALVAR LA VIDA DE LOS NIÑOS. A ESTO SE AGREGA QUE EN EL URUGUAY EL 98% DE LOS PARTOS SE REALIZAN EN INSTITUCIONES HOSPITALARIAS.

TODA ESTA CAMPAÑA DIRIGIDA A LA SALUD DE LOS NIÑOS SE HA COMPLEMENTADO CON UN PROGRAMA DE AUDITORIA DE LA MORTALIDAD MATERNA, DE MODO DE IDENTIFICAR LAS CAUSAS Y LOGRAR UN MEJOR REGISTRO.

LA SEGUNDA AREA BASICA SOBRE LA CUAL HA ACTUADO EL URUGUAY, HA SIDO LA DE LA EDUCACION, AUN CUANDO HISTORICAMENTE NUESTRO PAIS MUESTRA LOS INDICES MAS ALTOS DE ALFABETIZACION DE LA REGION, LLEGANDO A UN 96%, ES DECIR QUE SOLO UN 4% DE LA POBLACION (FUNDAMENTALMENTE ADULTA) NO SABE LEER 0 ESCRIBIR.

SI BIEN NUESTRO PAIS CUENTA DESDE FINES DEL SIGLO PASADO CON UNA ENSEÑANZA PRIMARIA BRINDADA POR EL ESTADO BAJO LOS PRINCIPIOS DE GRATUIDAD, LAICIDAD Y OBLIGATORIEDAD DESDE EL PRIMER AÑO ESCOLAR, EN LOS ULTIMOS AÑOS, EL ENFASIS HA SIDO PUESTO EN LA ENSEÑANZA PREESCOLAR, DE MODO DE ALCANZAR PARA EL AÑO 2000, LA META DE QUE TODOS LOS NIÑOS DESDE LOS CUATRO AÑOS DE EDAD, TENGAN LA POSIBILIDAD DE ASISTIR A LA ESCUELA. EL URUGUAY TENDRA AS1 11 AÑOS DE ENSEÑANZA OBLIGATORLA COMUN PARA TODOS LOS URUGUAYOS.

CUANDO HABLAMOS DE REFORMA EDUCATIVA, EN LOS HECHOS ESTAMOS HABLANDO DEL GIGANTESCO ESFUERZO QUE ESTA HACIENDO TODO EL PAIS HOY PARA QUE LOS NIÑOS NACIDOS EN LOS HOGARES HUMILDES, EN LOS HOGARES MAS POBRES, ALCANCEN CON ESCUELAS DE TIEMPO COMPLETO, CON MAS JARDINES DE INFANTES, CON ALIMENTACION EN LA ESCUELA, CON LIBROS DE TEXT0 GRATUITOS, TODO AQUELLO QUE NO LES PUEDE DAR, EN MUCHOS CASOS, SU PROP10 HOGAR.

LA MOVILIZACION DE RECURSOS PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS FUNDAMENTALES DEL DESARROLLO HUMAN0 ES UN TEMA QUE DEBERA RESOLVER LA COMUNIDAD INTERNACIONAL.

EN URUGUAY, EXPRESAMOS CON SATISFACCION QUE HEMOS OBTENIDO RESULTADOS POSITIVOS QUE NOS ALIENTAN A PROSEGUIR LA TAREA, Y ESTO HA SIDO FRUTO DE UN ESFUERZO ENCOMIABLE POR APLICAR Y PROMOVER LAS RECOMENDACIONES DEL PROGRAMA DE EL CAIRO, EN LO QUE RESPECTA FUNDAMENTALMENTE EN LA FORMULACION DE ADECUADAS POLITICAS, A UNA CORRECTA ADMINISTRACION DE RECURSOS Y AL FOMENT0 DE **UNA ASOCIACION QUE NO SOLO COMPROMETE A ORGANISMOS ESTATALESSINO QUE TAMBIEN INCLUYE A LA SOCIEDAD CIVIL Y A ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES.**

CABE DESTACAR QUE EN URUGUAY, LAS INVERSIONES EN EL SECTOR SOCIAL, ESPECIALMENTE EN EL AREA DE LA SALUD Y DE LA EDUCACION HAN AUMENTADO CONSIDERABLEMENTE. ESTO SE HA PODIDO LOGRAR A PARTIR DE UNA POLITICA SOSTENIDA DE CRECIMIENTO DEL PBI Y EJERCIENDO UN ESTRICTO CONTROL DE LAS CUENTAS PUBLICAS, ADEMAS DE LA REDUCCION DE LA INFLACION QUE HA ALCANZADO YA NIVELES PRQMEDIALES DE UN DIGITO.

CON ESTAS ACCIONES SE LOGRARON AVANCES SUSTANTIVOS EN LA ERRADICACION DE LA POBREZA. LA MISMA, MEDIDA SEGUN "EL INDICE DE NECESIDADES BASICAS INSATISFECHAS" FUE REDUCIDA EN UN PORCENTAJE EQUIVALENTE AL 40% A NIVEL DE AREAS URBANAS.

EN CUANTO A LOS DERECHOS DE LA MUJER, URUGUAY HA CONQUISTADO TEMPRANAMENTE LA IGUALDAD ENTRE AMBOS SEXOS, DICTANDO NUMEROSAS LEYES QUE HAN SIDO PIONERAS EN LA REGION.

SIN EMBARGO, NOS PREOCUPA EL AUMENTO DEL **EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES.** LA CONDUCTA REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES ESTA COBRANDO INTERES TAMBIEN EN EL MUNDO DEBIDO FUNDAMENTALMENTE AL NUMERO DE JOVENES QUE INICIAN LA ACTIVIDAD SEXUAL A EDAD TEMPRANA, DE ACUERDO A LOS INFORMES DEL FNUAP.

SE REQUIERE ESTABLECER UNA POLITICA COHERENTE PARA LA EDUCACION Y PROTECCION DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES.

EN URUGUAY SE HA INSTAURADO EL **PROGRAMA NACIONAL DE SALUD REPRODUCTIVA** "MATERNIDAD - PATERNIDAD ELEGIDA" CON APOYO DEL FOND0 DE POBLACION DE LAS NACIONES UNIDAS **FNUAP.** EL PROGRAMA HA FORTALECIDO EL LIBRE EJERCICIO DE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES URUGUAYAS EN PARTICULAR DE LOS SECTORES MAS NECESITADOS DE LA SOCIEDAD, FACILITANDO LA INFORMACION Y EL ACCESO A METODOS ANTICONCEPTIVOS GRATUITOS LOGRANDO DISMINUIR EL RIESGO DE EMBARAZOS NO DESEADOS Y DE MANIOBRAS ILEGALES DE INTERRUPCION DEL EMBARAZO.

ESTE PROYECTO ABARCA LA CAPITAL, DONDE EL FOND0 TAMBIEN APOYA UN PROYECTO MUNICIPAL, Y OTROS DIEZ DEPARTAMENTOS DEL PAIS. INCLUYE DIAGNOSTIC0 DE SALUD REPRODUCTIVA E IMPLEMENTACION DE SERVICIOS DE ASISTENCIA PARA LA PLANIFICACION FAMILIAR. EL PROGRAMA PRIORIZA LOS ASPECTOS EDUCATIVOS TAL COMO LO RECOMIENDAN LAS CONFERENCIAS DE EL CAIRO Y JOMTIEN.

EL MINISTER10 DE SALUD PUBLICA TAMBIEN CREO UNA COMISION INTERSECTORIAL DE EXPERTOS ENCARGADA DE ELABORAR UN **PLAN NACIONAL DE ATENCION INTEGRAL A LA SALUD DE LA NIÑEZ, LA ADOLESCENCIA Y SALUD REPRODUCTIVA, CON** APOYO DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. DE ESTA FORMA LOGRAMOS ATRAVESAR LA BARRERA DE LA DESCON-FIANZA Y AQUELLA DEL TEMOR ACERCA DE LA EDUCACION SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES, AYUDANDOLOS A COMPRENDER MEJOR LOS CAMBIOS SEXUALES QUE A TRAVES DEL TIEMPO EXPERIMENTAN, MOSTRANDO LOS ASPECTOS POSITIVOS Y NATURALES DE SU PROP10 DESARROLLO. CON ESTE TIPO DE EDUCACION IMPARTIDA S E ESTAN EVITANDO TAMBIEN COMPORTAMIENTOS QUE PUEDEN SER MUY CONTRARIOS A SUS VALORES.

EN RELACION A LA PANDEMJA DEL VIH/SIDA, EL URUGUAY PREOCUPADO POR LA PROPAGACION DE ESTE MAL, HA DESARROLLADO RESPUESTAS EFECTIVAS, HABIENDO ESTABLECIDO EL **"PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCION DEL SIDA"** EL CUAL HA LOGRADO UN ENLENTECIMIENTO EN LA CURVA DE CRECIMIENTO DE LA EPIDEMIA.

SEÑOR PRESIDENTE:

QUEREMOS EXPRESAR QUE LA ORGANIZACION DE **SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR** A CARGO DEL ESTADO REPRESENTA PARA EL URUGUAY UNA DESTACADA INNOVACION Y CONSTITUYE UN INDICADOR SOBRE EL GRAD0 DE CONSCIENCIA QUE EL PAIS HA ADQUIRIDO SOBRE EL NECESARIO RESPETO A LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.

LOS PROBLEMAS DE POBLACION NO SOLO SE PUEDEN EXPLICAR POR LA MAGNITUD NUMERICA DE LOS HABITANTES, SINO QUE SE DEBEN MEDIR SEGUN LA FALTA DE ACCESO A LAS OPORTUNIDADES QUE NOS BRINDA EL DESARROLLO Y POR LAS CARENCIAS DE LAS NECESIDADES BASICAS DEL SER HUMAN0 COMO PUEDEN SER LA SALUD, LA VIVIENDA, Y LA EDUCACION ENTRE OTROS.

ESTA ES SR. PRESIDENTE LA REALIDAD QUE NUESTRO PAIS VIENE A COMPARTIR A ESTA REUNION INTERNACIONAL, Y LA EXPERIENCIA QUE PONEMOS A DISPOSICION DE LA COMUNIDAD INTERNACIONAL, DADO QUE TENEMOS LA INTIMA CONVICCION QUE ESTAMOS TRABAJANDO EN LA BUENA DIRECCION Y RESPETANDO Y PROMOVIENDO LOS DERECHOS FUNDAMENTALES DE LA PERSONA HUMANA.-

FINALMENTE, Y SIN PERJUICIO DE LO ANTES EXPRESADO, EL URUGUAY QUIERE DESTACAR UNA YEZ MAS EL ROL PRIMORDIAL QUE DEBE TENER SIEMPRE LA FAMILIA EN LA FORMACION Y DESARROLLO DE LA PERSONA HUMANA Y DE LA SOCIEDAD.

MUCHAS GRACIAS.

Anexo 4. Intervención de la delegación oficial de Uruguay en sesión especial de la Comisión de Población y Desarrollo en Santiago de Chile, CEPAL (Cairo + 10, 2004).

Reunión de la Mesa Directiva ampliada del Comité Especial sobre Población y Desarrollo del período de Sesiones de CEPAL.

Santiago de Chile, 10 y 11 de marzo de 2004.

Intervención de la Delegación de Uruguay

Sr. Presidente:

En primer lugar, queremos agradecer a CEPAL - CELADE y al Fondo de Población de las Naciones Unidas por la elaboración del valioso estudio que recoge los avances y desafíos para la región en la implementación de la Plataforma de Acción de la CIPD. Uruguay le hará entrega de los comentarios escritos.

Asimismo, nuestro reconocimiento al trabajo que lleva adelante el Fondo de Población de las Naciones Unidas para impulsar y apoyar la implementación de los compromisos asumidos por nuestros países.

Con motivo del décimo aniversario de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, la República Oriental del Uruguay reafirma enfáticamente en esta instancia, su compromiso con la implementación de la Plataforma de Acción:

Nuestro país que completó su transición demográfica tempranamente en el continente, presenta en la última década un perfil poblacional complejo,

que requiere de acciones integrales para el desarrollo sustentable y la calidad de vida de la población. La creciente pobreza y su agudización, que afecta especialmente a los niños, niñas, adolescentes y mujeres; la migración económica que genera la pérdida del capital humano calificado y joven; y la estructura envejecida de la población, nos enfrenta al desafío de implementar políticas integrales de desarrollo.

La CIPD es el marco de referencia conceptual y ético en nuestro país para la implementación de políticas públicas en salud sexual y reproductiva. En tal sentido, queremos señalar que Uruguay avanzó significativamente en el desarrollo de acciones que protegen y promueven los derechos sexuales y reproductivos de las personas, sin discriminación de ningún tipo. En tal sentido, cabe destacar el esfuerzo conjunto de sectores gubernamentales, de la cooperación internacional y de las organizaciones de la sociedad civil. Entre los avances más destacables, se encuentran:

- ✓ La incorporación de prestaciones en planificación familiar, incluida la anticoncepción de emergencia, en los servicios públicos de la salud, con métodos anticonceptivos gratuitos, seguros y de calidad.

- ✓ El proceso de transformación de un modelo de atención materno infantil hacia un modelo integral en salud sexual y reproductiva en los servicios públicos de la salud.

- ✓ Avances significativos a partir de CIPD más 5, en materia legislativa tendiente a la protección de los derechos sexuales y reproductivos (Ley de Acompañamiento en el Parto, Ley de protección laboral para la realización del control ginecológico, Ley de Violencia Doméstica y Sexual, Proyecto de Ley de Defensa de la Salud Reproductiva que

cuenta con aprobación en Cámara de Diptuados, por señalar los más destacables).

- ✓ Acciones dirigidas a la prevención y el tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual y en especial de la pandemia del VIH – SIDA, la cual afecta lamentablemente en mayor medida a la población más joven, femenina y pobre.

- ✓ Comienza la implementación de espacios diferenciados de atención en salud sexual y reproductiva para la población adolescente y joven, que favorezcan la toma de decisiones en sexualidad y reproducción informadas y responsables, y que promuevan su participación activa.

- ✓ Y, a nivel regional, durante la reunión de Ministros de Salud del Mercosur en diciembre de 2003, Uruguay apoyó la creación de la Comisión Intergubernamental en Salud Sexual y Reproductiva.

Estos son algunos de los avances logrados hasta el momento, que si bien constituyen un paso importante en el cumplimiento de las metas propuestas, no son suficientes para el pleno logro de los compromisos asumidos en la CIPD. El país se enfrenta a nuevos desafíos.

En tal sentido, y siendo un país con una baja tasa de mortalidad materna, la prevención del aborto inseguro y la atención de sus consecuencias es uno de los retos planteados en tanto éste se ha convertido en la principal causa independiente de muerte materna.

Igualmente, se torna impostergable concretar acciones integrales en prevención de Infecciones de transmisión sexual, con especial énfasis en

VIH – SIDA, articulando las acciones en el marco de la salud sexual y reproductiva.

Asimismo, en la perspectiva de acciones integrales en salud sexual y reproductiva con enfoque de género, un gran desafío pendiente es el involucramiento de los hombres de todas las edades al ejercicio responsable de sus derechos sexuales y reproductivos.

Para sostener los logros alcanzados y para enfrentar los desafíos planteados, deben cumplirse también con los compromisos asumidos en materia de recursos tanto a nivel nacional, como regional e internacional.

Por último, queremos reiterar el compromiso de nuestro país con los principios y contenidos de la Plataforma de Acción de la CIPD y los consensos generados en el proceso de Cairo más 5, así como en las otras conferencias y convenciones, para poder alcanzar los objetivos planteados en las Metas del Milenio.

Para terminar, queremos expresar nuestro apoyo a que esta reunión finalice con una Declaración que recoja los esfuerzos realizados y los compromisos asumidos.

Muchas gracias, Sr. Presidente.

Santiago de Chile, 10 de marzo de 2004.

Anexo 5. Intervención de la delegación de Uruguay en San Juan de Puerto Rico (Cairo + 10, 2004).

Declaracion de la representacion de la Republica Oriental del Uruguay en la trigesima sesion de la CEPAL

San Juan de Puerto Rico, 28 de junio al 2 de julio de 2004

Sr. Presidente:
Deseo expresarle las felicitaciones de nuestra delegación ante su presidencia y a la Mesa que hoy coordina nuestros trabajos.
Nuestro país completó su transición demográfica mucho antes que el resto de los países de América Latina y el Caribe, pero ha venido desarrollando un perfil poblacional complejo en las últimas dos décadas y media que requiere de acciones integrales para el logro de un desarrollo sustentable y la calidad de vida de su población.
Tal como se señalaba en el informe presentado ayer por el Secretario General de la CEPAL, el Uruguay ha venido incrementando el porcentaje de pobreza y un fenómeno casi inexistente en el Uruguay: el registro de un importante contingente de personas indigentes.
Estos fenómenos afectan especialmente a niños, adolescentes y mujeres, especialmente a las niñas, las mujeres más jóvenes y a las de mayor edad.
La migración económica que genera en Uruguay la pérdida de capital humano calificado joven y la estructura envejecida de la población (que crece cuatro veces más que el resto de los sectores etareos), el aumento del trabajo informal y el desempleo como resultado de las crisis que han afectado nuestra región, nos enfrentan al desafío de implementar políticas integrales de desarrollo y significa un esfuerzo adicional para nuestras políticas de seguridad social, de vivienda, de salud y de planificación urbana.
Tal como destacáramos en la reunión de Santiago, el Uruguay ha avanzado en los aspectos de envejecimiento y en salud sexual y reproductiva. Entregaremos a la Mesa informes relativos a las políticas de salud y protección integral desarrolladas o planteadas como objetivo por nuestro Banco de Previsión Social y nuestro Ministerio de Salud Pública, donde se incluye la conjunción de esfuerzos del Estado, las ONG especializadas en la promoción de los adultos mayores y las múltiples organizaciones de la sociedad existentes a lo largo ya lo ancho de nuestro país para atender tanto la integración de la población envejecida como la atención de problemas específicos como los de salud, vivienda o recreación.
En relación a los derechos sexuales y reproductivos el país ha incorporado en los servicios públicos de salud las prestaciones de planificación familiar, la capacitación de los equipos médicos, métodos anticonceptivos gratuitos, seguros y de calidad.
Asimismo comienzan a abrirse algunos espacios diferenciados para adolescentes que favorezcan sus decisiones responsables y reafirmen su participación activa. Se está produciendo una transformación progresiva en algunos de nuestros servicios de salud tanto públicos como privados del clásico modelo de atención materno-infantil hacia un modelo de salud sexual y reproductiva.
Queremos destacar algunos avances legislativos de los últimos años en materia de Población: la ley que favorece la licencia para las trabajadores que deban realizarse sus exámenes ginecológicos; la

obligatoriedad de permitir el acompañamiento en el parto en los servicios de salud tanto públicos como privados; los procedimientos judiciales de prevención con medidas cautelares a ser aplicadas por los jueces de Familia creando la materia especializada en violencia doméstica que comprende la protección de todos los sujetos vulnerables de las familias (niño / as, mujeres, discapacitados y adultos mayores) y ya tiene media sanción un marco legal de Promoción Integral de los Adultos Mayores que servirá para implementar un Plan Nacional que contemple sus derechos y evite la fragmentación de las políticas respectivas.

Hemos avanzado en acciones desarrolladas por el estado en convenio con ONG especializadas relativas a la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, especialmente de VIH, Hepatitis B y C, que afectan especialmente a la población femenina y a la más joven y pobre.

En esta área hay acciones interesantes de políticas de reducción del daño dentro de estrategias diseñadas por la Junta Nacional de Drogas y la Secretaría de Presidencia de la República estableciendo una coordinación de las instituciones especializadas y aprobando por primera vez un protocolo para los tratamientos de las adicciones. Estas acciones se desarrollan en coordinación con varios gobiernos departamentales en áreas geográficas especialmente sensibles al problema.

Se han desarrollado campañas educativas de integración y afecto hacia los adultos mayores, campañas preventivas de la violencia doméstica, sobre el ejercicio de una sexualidad responsable para la prevención de las ITS y de usuarios de drogas. Asimismo se han desarrollado interesantes apoyos por parte tanto del Banco de Previsión Social como del Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Vivienda y el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social en acuerdo con los gobiernos locales para desarrollar refugios de adultos mayores en situación de calle, el apoyo para los locales de las organizaciones de jubilados y pensionistas y apoyo para los emprendimientos recreativos y de turismo local para estas asociaciones. Asimismo se han realizado avances en la capacitación de recursos humanos especializados en la atención del adulto mayor y se viene concretando la construcción de viviendas en aplicación del marco legal que crea un fondo especifico.

Estos logros, Sr. Presidente, nos plantean nuevos desafíos:

• la profundización del interesante debate que la sociedad uruguaya y su elenco político protagonizó a raíz de la aprobación de una de sus Cámaras legislativas de un proyecto de ley de Defensa de la Salud Sexual y Reproductiva que integraba los compromisos asumidos en la Plataforma de Acción de El Cairo y que incluía:

- la prevención del aborto inseguro y la atención de sus consecuencias que es uno de los retos planteados por nuestro sistema de salud en tanto se ha convertido en la principal causa independiente de muerte materna;
- la necesidad de concretar acciones integrales en prevención de ITS, que lamentablemente han sufrido un incremento en los últimos años, tanto con relación a la transmisión sexual como por el uso de drogas inyectables e inhalantes;
- la inclusión en la currícula pública de la educación para una sexualidad responsable y saludable, primer paso para un cambio cultural que incluya no sólo a las mujeres sino también a los hombres.

• En el área de las migraciones nuestro país, esencialmente emigrante, se debe un marco legal interno para los migrantes que llegan al Uruguay, hoy varios colectivos latinoamericanos, que no encuentran normas legales o administrativas que respondan a los traslados de los sujetos en un contexto de mundo globalizado.

Sr. Presidente: En el contexto de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo, que constituye el marco de referencia conceptual y ético de Uruguay para la aplicación de políticas públicas en la materia y tomando en consideración la totalidad de las pautas establecidas en su Programa de Acción, así como las Medidas Clave del proceso de revisión de Cairo +5, la delegación uruguaya, al tiempo de reafirmar enfáticamente la voluntad del gobierno de seguir

implementando Cairo y Cairo +5, manifiesta su decidido y firme compromiso con la Declaración de Santiago, adoptada gracias a la amplia conjunción de voluntades de los países de la región en ocasión de la Reunión de la Mesa Directiva Abierta de este Comité Especial de Población y Desarrollo de la CEPAL.

Nos sumamos Sr. Presidente, a lo expresado por la Delegación argentina en cuanto a la importancia de los dos Acuerdos de los gobiernos del MERCOSUR porque apuntan a un compromiso de nuestros países en la ejecución de la Plataforma de Acción de El Cairo, ejecución que debe seguirse implementando a diez años de aprobada la misma.

Para concluir, deseamos reconocer y agradecer la labor y el papel fundamental que desempeñan la CEPAL y el UNFPA, apoyando a los países de la región, incluido Uruguay, en la ejecución del Programa de Acción de El Cairo y Cairo+5, tanto en los estudios e investigaciones de los adelantos registrados en estos diez años entre los que corresponde destacar la elaboración del sistema regional de indicadores de seguimiento.

Delegación de Uruguay
Margarita Percovich, Diputada Nacional
Dra.Maria Amalia Sereno, Directora de Asuntos Multilaterales
Cr. Carlos Gasparri, Presidente del Banco de Previsión Social
Dr.Gastón Inda, Gerente de Prestaciones Sociales del BPS
Dra.Raquel Rosa, Directora de la Div. Salud del Ministerio de Salud Pública
Dr.Italo Savio, Director del Hospital de Adultos Mayores, P.del Campo
Lic.Juan Pablo Wallace, Cónsul de Distrito de la R.O.del Uruguay en Puerto Rico
Asesoras: Lic.Alejandra López y Tec.Lilián Abracinskas de la ONG, MYSU

Anexo 6. Intervención de la delegación de Uruguay ante las NNUU (Cairo + 15, 2009)

Intervención de la delegacion del Uruguay ante las Naciones Unidas

Comisión de Población y Desarrollo
42° Período de Sesiones
Dra. NURY BAUZÁN de SENES
Directora de Asuntos Multilaterales
Ministerio de Relaciones Exteriores
del Uruguay

Nueva York, 1° de Abril de 2009

Señora Presidente:
El Gobierno del Uruguay considera a esta Comisión como un foro de gran relevancia para continuar analizando la implementación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo. A 15 años de su adopción, creemos que se han logrado avances, pero también creemos que queda mucho trabajo por delante. En ese camino aún por recorrer, consideramos fundamental el apoyo de la comunidad internacional y el papel central de las Naciones Unidas, de sus Agencias, Fondos y Programas. Abordaremos el tema de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las actividades desarrolladas por el Gobierno del Uruguay para dar cumplimiento a los mismos.

LOS ODM EN EL URUGUAY

El 10 de marzo de 2005, el Gobierno del Uruguay presento en las Naciones Unidas el primer Informe "Síntesis de país", cumpliendo así con el compromiso asumido por los países miembros en la Cumbre del Milenio, de mantener informada a la Organización sobre la situación interna. En ese Informe se recogieron los aportes, diálogos y conclusiones de los debates realizados en todo el territorio nacional, durante el proceso de "Mesas de diálogo" en torno a los ODM, entre octubre de 2003 y abril de 2004, con la participación de un amplio espectro de organizaciones publicas y privadas (Sociedad Civil, partidos políticos, sectores académico, empresarial, trabajadores, etc.).
En setiembre del 2005, el Presidente de la Republica instalo el Gabinete Social, integrado por los Ministerios con competencia sobre las políticas sociales: Desarrollo Social: Educación y Cultura, Salud Publica, Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente, Trabajo y Seguridad Social; Turismo y Deporte y el Presidente del Consejo de Intendentes. También se instalo el Consejo de Políticas Sociales, como organismo operativo del primero, cuya función es entrelazar y optimizar los recursos que tiene el Estado en material de políticas sociales.
El 28 de abril de 2006, el Gobierno uruguayo y el Sistema de las Naciones Unidas suscribieron el "Marco de Asistencia para el Desarrollo del Sistema de las Naciones Unidas 2007 – 2010 " (UNDAF por su sigla en inglés), que constituye el marco general de las actividades de cooperación de las Naciones Unidas en el Uruguay.

En dicho documento se identificaron cuatro áreas estratégicas que responden a las prioridades del Gobierno uruguayo, que se orientan al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y que también abordan temas del Programa de Acción de la Conferencia de El Cairo:
Ellas son:

- Crecimiento económico sostenido y sustentable de la economía uruguaya.
- Superación de la indigencia y la vulnerabilidad de la indigencia, disminución de los niveles de pobreza que el país ha alcanzado en los últimos años (en particular entre las generaciones más jóvenes);
- Reducción de las inequidades – (económica, social, territorial, interagencial, de género, étnica u otra).;
- Promoción del ejercicio de todos los derechos humanos y profundización de la calidad democrática.

En el marco de la experiencia piloto "Unidos en la acción", el 19 de octubre de 2007 el Gobierno del Uruguay suscribió con el Sistema de las Naciones Unidas el Programa Conjunto 2007 – 2010 "Construyendo capacidades para el desarrollo", (19 Agencias residentes y no residentes lo suscribieron) en cuyo marco se firmaron 11 Proyectos, que se encuentran en etapa de ejecución.
Dichos Proyectos se basan en las cuatro prioridades antes citadas y se orientan, entre otros resultados, al apoyo a las políticas sociales (educación, empleo decente, salud, seguridad social y vivienda); reducción de la pobreza y erradicación de la indigencia, con énfasis en las mujeres, niños, adolescentes y jóvenes; combate a la inequidad y la discriminación; promoción de políticas y estrategias relativas al VIH-SIDA; apoyo al diseño de políticas de población en temas migratorios, vínculos con la diáspora y dimensiones geográficas.
En el plano internacional, respecto a los órganos de monitoreo de instrumentos de derechos humanos, es dable destacar que el Uruguay esta haciendo un gran esfuerzo para ponerse al día con sus compromisos. A ese respecto, ha presentado el Informe ante el Comité de los Derechos del Nino, ante el Comité de la CEDAW, y se están elaborando los informes al Comité del CERD, Tortura Comité CAT y el del Comité sobre el Derecho de los Migrantes y sus familias, así como a los dos Protocolos opcionales de la Convención sobre los Derechos del Niño.

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo y su relación con los ODM.

Salud Sexual y Reproductiva.

A partir de 1995 el Estado uruguayo comenzó a diseñar e implementar políticas específicas en el campo de la salud sexual y reproductiva. En 1996, con apoyo del UNFPA se crearon dos programas en salud sexual y reproductiva: el Programa de Atención Integral de la Mujer (PAIM) de la Intendencia Municipal de Montevideo y el Programa Maternidad y Paternidad elegida desde el Ministerio de Salud Publica., buscando el cambio de enfoque materno infantil hacia un enfoque de salud reproductiva.
Ello constituyo una respuesta directa a los resultados de la CIPD y de su Programa de Acción, y de la HIV Conferencia Mundial de la Mujer de 1995, así como de las reivindicaciones y acciones desarrolladas por la sociedad civil organizada, principalmente los grupos de mujeres y feministas.
En agosto de 2004 se estableció en nuestro país la Oficina de Enlace del UNFPA, y se la doto de recursos financieros y técnicos. Desde entonces se han logrado importantes avances en los temas de la Agenda de El Cairo en el Uruguay, en las áreas de salud sexual y reproductiva, género y población y desarrollo, habiéndose firmado entre el UNFPA y el Gobierno el primer ciclo de asistencia para el periodo 2007 – 2010.
En dicho marco, el Ministerio de Salud Pública ha venido trabajando a fin de incorporar la Salud Reproductiva en la Reforma de la Salud que se ha puesto en marcha recientemente, así como en la formulación y ejecución de las políticas en esta área, en los Programas Salud de la Mujer y Género y Salud Adolescente y VIH / SIDA.
Si bien se han registrado avances, los datos e indicadores en el área siguen siendo preocupantes. Se observa que la disminución de la fecundidad no

fue homogénea, se profundizo la polarización de los modelos reproductivos entre mujeres que acceden a información y métodos anticonceptivos, y mujeres de menor nivel educativo que tienen sus hijos a edades más tempranas y acumulan un número mayor de hijos (2.3 versus 5.7 hijos por mujer en promedio respectivamente, mientras el numero deseado de hijos para la mayoría de las mujeres, independiente de su desempeño social es 2). En ese sentido, la captación temprana del embarazo sigue siendo una preocupación y los embarazos en la adolescencia se han constituido en un problema social. El parto institucional se practica en casi la totalidad de los nacimientos (99%), lo que ha producido un importante descenso de la mortalidad materna, pero se continúa trabajando para mejorar las condiciones de atención.

En el ano 2006 se comenzó a trabajar en el diseño e implementación de la educación sexual en el Uruguay y en el 2008 se iniciaron las acciones curriculares y se apunta a insertar el Programa de Educación Sexual en la matriz orgánica del sistema educativo, de modo de darle sustentabilidad y continuidad.

En relación a las infecciones de trasmisión sexual, el VIH / SIDA, muestra en Uruguay un aumento de su prevalencia y una marcada tendencia hacia la feminización y juvenilización (franja etárea de 15 a 44 años con una máxima incidencia entre los 15 y 34 años). Recientemente se ha comenzado con la implementación de políticas públicas que promuevan el acceso a la información, el auto cuidado y el mutuo cuidado en las prácticas sexuales, así como campanas masivas de información y sensibilización orientadas al combate de esta epidemia.

Género

El Gobierno uruguayo al asumir en marzo del 2005, designó al Instituto Nacional de las Mujeres - INAMU - como el ente rector de las políticas de género, y a través de la Ley 18.104 de "Promoción de la Igualdad de Derechos y Oportunidades entre hombres y mujeres de la República Oriental del Uruguay", le confirió la función de promover la coordinación y articulación de las instituciones públicas para la igualdad de oportunidades y derechos, y el cometido de diseñar el primer "Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos" – PIODNA -, que fue aprobado por el Poder Ejecutivo en mayo del 2007.

Uno de los Proyectos que conforman el Programa Conjunto "Unidos en la Acción", titulado "Apoyo a las Políticas para la reducción de las inequidades de género y generaciones" se orienta hacia el cumplimiento del objetivo 3 del Milenio: "Promoción de la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres". En el se busca fortalecer o apoyar algunas de las acciones que se desprenden del PIODNA: la inclusión de la perspectiva de género en la educación sexual, el empoderamiento de las mujeres, el combate a la discriminación, la incorporación del enfoque de género en las estadísticas nacionales y la visualización de las inequidades de género a través de estas estadísticas.

A pesar del acceso igualitario a la educación y al hecho de que las mujeres alcanzan mayores niveles educativos que los varones, las mujeres están sobre – representadas entre la población desempleada, tienen mayor probabilidad de trabajar en empleos precarios y reciben remuneraciones inferiores a la de los varones para un mismo puesto de trabajo (30% menor). La proporción de mujeres en cargos directivos y de decisión política es considerablemente baja. La responsabilidad que tienen las mujeres en la reproducción social influye en el lugar que ocupan en el Mercado laboral. La división sexual del trabajo determina que las mujeres dediquen el 67% de su tiempo al trabajo no remunerado y el 33% al remunerado, mientras que para los varones la relación se invierte.

Otra de las medidas para el logro de los ODM es la promoción de mujeres en cargos de representación política, lo que ha logrado un avance en el Poder Ejecutivo , con la designación de cuatro Ministras.

En el Poder Legislativo, luego de varios años de debates y sucesivas postergaciones, el Parlamento aprobó el pasado 24 de marzo, la ley de *cuota política para las mujeres que empezará a regir en las próximas elecciones internas de junio y se* generalizará, para todos los cargos electivos, a partir del año 2014.

Un actor cuya labor ha sido clave para los avances legislativos en materia de género, es la Bancada Femenina, constituida por Diputadas de todos los Partidos Políticos, en el año 2000. La Bancada

Femenina se conformo como una coordinación horizontal y transversal interpatirdaria en la que desde el 2005 es bicameral, participando también las Senadoras.

Población y Desarrollo.

Uruguay inició muy temprano la transición demográfica y presenta actualmente una estructura de población envejecida. Uruguay es el país más envejecido de América Latina y el Caribe, con el 13.4% de su población con 65 y mas años de edad. Sin embargo, el temprano proceso de transición demográfica hizo pensar históricamente que Uruguay carecía de problemas de población, Sin embargo el peso mayor de la reproducción biológica de la sociedad se concentra en los sectores con menos recursos económicos y en las mujeres más jóvenes.

Por otro lado, prácticamente no se ha avanzado en el montaje institucional orientado a atender las necesidades particulares del creciente contingente de adultos mayores.

La fuerte tendencia emigratoria consolidada en el país desde hace cuatro décadas y agudizada durante la reciente crisis económica, es una de las características demográficas mas relevantes de la población uruguaya. Las consecuencias de la emigración internacional son predominantemente negativas: en primer lugar, el nivel educativo y la capacitación de los emigrantes superan el promedio nacional, en segundo lugar, los emigrantes son jóvenes, lo que contribuye a envejecer aun más la población residente en el país, generando mayores presiones sobre el sistema de seguridad social y de salud. En tercer lugar, el perfil de la emigración uruguaya (núcleos familiares enteros) no contribuye a generar una masa de remesas importantes.

Frente a esta situación, desde esta administración de Gobierno se fortalece en el Ministerio de Relaciones Exteriores un área de vinculación con los uruguayos residentes en el exterior, a través de una serie de políticas y medidas concretas, para las cuales el Fondo de Población de las Naciones Unidas y la Organización Internacional de las Migraciones vienen brindando su apoyo.

Aun es escasa la incorporación de información poblacional en el diseño, implementación y monitoreo de las políticas publicas, en razón de la falta de recursos humanos capacitados para vincular el análisis demográfico a la generación de programas y políticas. Sin embargo durante la actual administración de Gobierno se ha iniciado un proceso de incorporación de la dimensión poblacional a largo aliento en el diseño e implementación de políticas publicas. Para ello se ha contado con el apoyo del UNFPA, del mundo académico y de la Sociedad Civil. Los diagnósticos realizados por la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la Republica, y desde el 2006 por la Fundación RUMBOS constituyen insumos para la construcción de políticas públicas en estas temáticas.

Uruguay país de “renta media” – Desafíos.

El Programa de Acción de El Cairo es particularmente pertinente en un país de ingresos medios como es el Uruguay, Los efectos del avance de la primera y segunda transición demográfica introducen desafíos importantes para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, particularmente en lo que se refiere al envejecimiento de la población y las nuevas estructuras de hogares que se conforman.

Si bien Uruguay es uno de los 96 países del mundo catalogados como de “renta media” y dentro de este grupo, uno de los 44 países que son considerados de “renta media alta”, su evolución durante las ultimas cuatro décadas permite concluir que la sociedad uruguaya enfrenta serios problemas u obstáculos para alcanzar mayores niveles de desarrollo humano, en particular para alcanzar un crecimiento económico sostenido y sustentable, para reducir la incidencia de la pobreza y la desigualdad en la distribución del ingreso y para fortalecer la calidad de sus instituciones políticas.

La recesión económica sufrida por Uruguay entre 1999 y 2003, que condujo a una caída del PBI del 17%, constituyo la más grave de la historia independiente del país y dejó al Estado en una situación de alto endeudamiento y con graves problemas en el área social. Si bien en los últimos 3 años Uruguay ha comenzado a recuperar la senda del crecimiento económico, la situación es todavía preocupante, los desafíos que enfrenta demandan

esfuerzos sostenidos en el tiempo desde el Estado, desarrollando políticas publicas activas e integrales. En esta tarea consideramos de gran relevancia el aporte de la cooperación internacional, en particular de las Naciones Unidas, con recursos financieros, pero fundamentalmente con la capacidad técnica y el apoyo político que cada una de las Agencias pueda brindar, sobre la base de su competencias, "expertise" y sus respectivos mandatos.
Por ello el Gobierno del Uruguay cree necesario y así lo ha manifestado en diversos foros internacionales, que se redefine la política de cooperación con los así llamados "países de renta media", clasificación de corte financiero-crediticia, que no refleja las necesidades de desarrollo de los países y que esconde realidades y vulnerabilidades estructurales en áreas claves, como por ej. en Uruguay, el envejecimiento de la población, el descenso de la natalidad, la alta tasa de emigración, la infantilización de la pobreza, etc.
El cambio conceptual que se busca con respecto a la cooperación internacional abarca la idea de que las intervenciones de las Naciones Unidas se orienten hacia las necesidades de cada país, con un enfoque de desarrollo.

Muchas gracias señora Presidenta.

ANEXO 7. Normativas nacionales y guías clínicas en salud sexual y reproductiva (1995 – 2009).

Componente de la SSR	Normativa – guías clínicas	Año de creación
Embarazo, parto y puerperio	Decreto 295/1997. Test de VIH. Ofrecimiento del test a toda mujer embarazada en el primer control obstétrico y de resultar positivo, ofrecimiento de TARV.	MSP, 1997
	Decreto 195/2005 (Poder Ejecutivo), Decreto 52/2006. Exoneración de co-pago en estudios paraclínicos de embarazo de bajo riesgo	Poder Ejecutivo, MSP 2005 – 2006
	Ley 17386. Acompañamiento en el trabajo de parto. Decreto 52/2006. Reglamentación	Poder Ejecutivo, 2001 MSP, 2006
	Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo: Normas de atención a la mujer durante el embarazo	MSP, 2007
	Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo: Normas de atención a la mujer durante el parto	MSP, 2008
ITS, VIH y Sida	Infecciones de transmisión sexual. pautas de diagnóstico, tratamiento y control epidemiológico.	MSP, 2005
	Guías clínicas de profilaxis y tratamiento de la infección por VIH en pediatría.	MSP, 2006
	VIH. Guías para diagnóstico y tratamiento Antiretroviral y monitorización en adultos y embarazadas.	MSP, 2006
	Directrices básicas para la realización de consejería/ orientación en VIH/SIDA.	MSP, 2007
	Fluograma de la conducta a seguir en el caso de la exposición a sangre y fluidos potencialmente contaminantes.	MSP, 2007

Componente de la SSR	Normativa – guías clínicas	Año de creación
PAP y mamografía	Cáncer de Mama Primario. Guías para el diagnóstico, tratamiento sistémico y seguimiento.	MSP, 2002
	Cáncer de Mama Metastásico. Guías para el diagnóstico, tratamiento sistémico y seguimiento.	MSP, 20003
	Pautas de Diagnóstico y Tratamiento Administración de Citostáticos.	MSP, 2003.
	Ordenanza 402. Exoneración de copago en estudios de PAP y mamografía en servicios privados de la salud.	MSP, 2006.
Aborto, aborto inseguro	Ordenanza 369. Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo.	MSP, 2004
Anticoncepción	Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo: Anticoncepción	MSP, 2005 (estas normas fueron elaboradas durante el 2004 y publicadas en el 2005)
	Comunicado al cuerpo médico sobre decreto vigente 258/1992 sobre consentimiento informado para esterilización femenina y masculina	MSP, 1992 MSP, 2006
Violencia contra las mujeres	Pautas para el abordaje a situaciones de violencia doméstica hacia la mujer. Guía de procedimientos para el primer nivel de atención.	MSP, 2006

Glosario

ASSE – Administración de Servicios de Salud del Estado
BPS – Banco de Previsión Social
CAIF – Centro de Atención Infancia y Familia
CCMM – Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer
CEDAW – Convención para la Eliminación de toda forma de discriminación hacia la mujer.
CELADE – Centro Latinoamericano de Demografía
CEPAL – Comisión Económica para América Latina
CNS Mujeres – Comisión Nacional de Seguimiento. Mujeres por Democracia, Equidad y Ciudadanía.
CIPD – Conferencia Internacional Población y Desarrollo
CODICEN – ANEP Consejo Directivo Central - Administración Nacional de Educación Pública
DDSS – Derechos sexuales
DDRR – Derechos Reproductivos
DHS – Demografic Health Survey
DIGESA – Dirección General de Salud
FONASA – Fondo Nacional de Salud
IMM – Intendencia Municipal de Montevideo
INE – Instituto Nacional de Estadística
INJU – Instituto Nacional de la Juventud
INAME – Instituto Nacional del Menor
INAU – Instituto Nacional del Niño y el Adolescente
INFM – Instituto Nacional de la Familia y la Mujer
Inmujeres – Instituto Nacional de las Mujeres
Infamilia – Programa Infancia, Adolescencia y Familia
ITEM – Instituto del Tercer Mundo
ITF – Instituto Técnico Forense
ITS – Infecciones de Transmisión Sexual
MEC – Ministerio de Educación y Cultura.
MERCOSUR – Mercado Común del Sur
MDN – Ministerio de Defensa Nacional
MI – Ministerio del Interior
MIDES – Ministerio de Desarrollo Social
MSP – Ministerio de Salud Pública
MRREE – Ministerio de Relaciones Exteriores
MTSS – Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
MYSU – Mujer y Salud en Uruguay

NNUU – Naciones Unidas
OIT – Organización Internacional del Trabajo
ONG – Organizaciones no gubernamentales
ONUSIDA – Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH - Sida
OPS – Organización Panamericana de la Salud
PA – Programa de Acción
PAIM – Programa de Atención Integral a la Mujer
PES – Programa de Educación Sexual
PIODNA – Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos
PIT-CNT – Plenario Intersindical de Trabajadores - Convención Nacional de Trabajadores
RAP – Red de Atención Primaria
SIPIAV - Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia
SNIS – Sistema Nacional Integrado de Salud
SSAE – Servicio de Salud de Asistencia Externa
SIM – Programa Salud Integral de la Mujer
SSR – Salud Sexual y Reproductiva
UDELAR - Universidad de la República
UNFPA – Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNIFEM – Fondo de Naciones Unidas para la Mujer
VIH – Virus de Inmuno Deficiencia Humana