

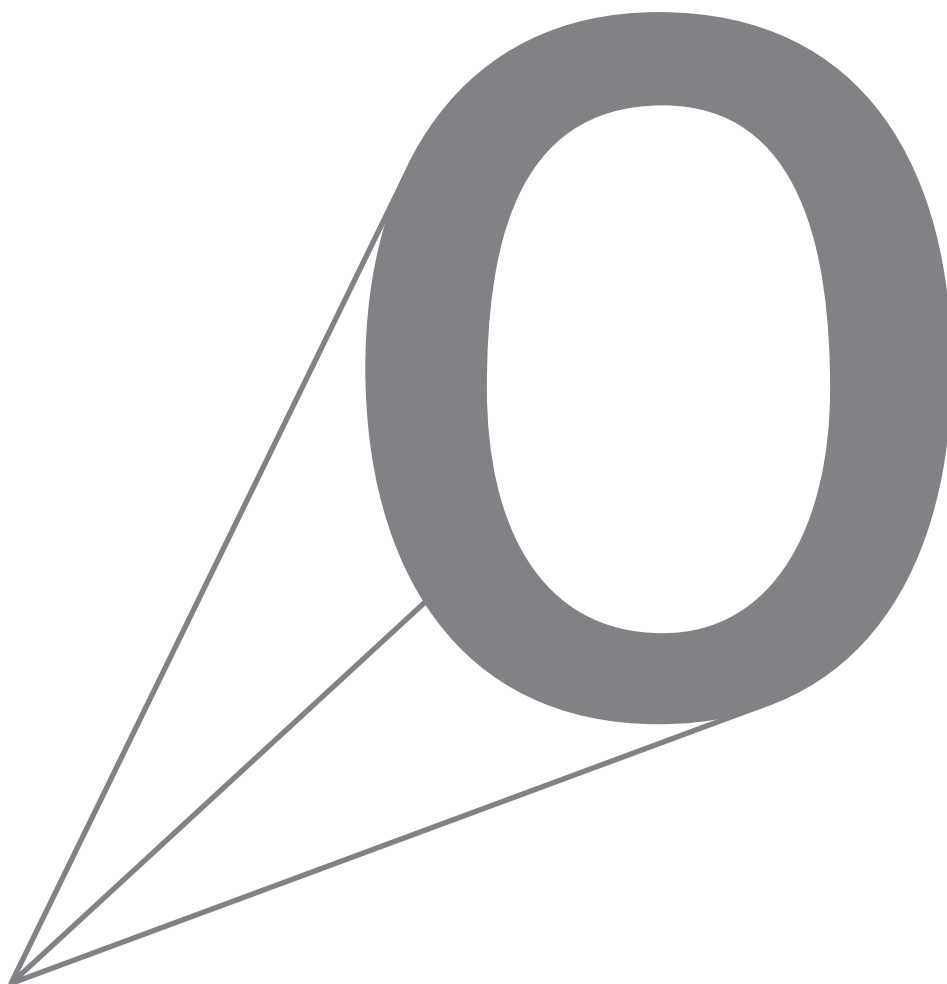


OBSERVATORIO NACIONAL

EN GÉNERO Y SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA EN URUGUAY

INFORME
2013

NECESIDADES Y DEMANDAS EN
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
EN MUJERES URUGUAYAS



OBSERVATORIO NACIONAL

EN GÉNERO Y SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA EN URUGUAY

INFORME
2013

NECESIDADES Y DEMANDAS EN
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
EN MUJERES URUGUAYAS

© 2013 MYSU

La reproducción total o parcial de este informe está permitida siempre y cuando se cite la fuente.
MYSU (2013) Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Estudio 2011-2012:
Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas.
Montevideo: MYSU.

mysu MUJER Y SALUD
EN URUGUAY

Salto 1267 CP 11200
Montevideo – Uruguay
Tel: (+598) 2410 3981 – 2410 4619
mysu@mysu.org.uy
www.mysu.org.uy
www.mysu.org.uy/observatorio

Coordinación general del estudio: Alejandra López Gómez y Lilián Abracinskas.
Informe elaborado por: Alejandra López Gómez con la participación de Valeria Fernández Mouján y Ramón Álvarez.
Coordinación de edición: Lilián Abracinskas
Asistencia de edición: Rosina Erramuspe
Diseño: María Elena Fernández
ISBN: 978-9974-8303-8-7

Con el apoyo del Fondo de Población de Naciones Unidas



Los textos incluidos en esta publicación no reflejan necesariamente las opiniones de UNFPA. Este documento es para distribución general. Se reservan los derechos de autoría y se autorizan las reproducciones y traducciones siempre que se cite la fuente. Queda prohibido todo uso de esta obra, de sus reproducciones o de sus traducciones con fines comerciales.

Montevideo, 2013.

ÍNDICE

ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS	5
PRESENTACIÓN	6
INTRODUCCIÓN	9
ANTECEDENTES	12
A nivel de Uruguay	15
OBJETIVOS	18
METODOLOGÍA	20
RESULTADOS	24
Características de la población encuestada	25
Vida Sexual y demandas en salud sexual	28
Calendario y trayectorias reproductivas	32
Embarazo, parto y puerperio	36
Aborto	38
Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos	38
Acceso a chequeo ginecológico y detección oportuna de cáncer génito-mamario	42
Infecciones de transmisión sexual	44
Violencia contra las mujeres	46
Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva	47
Derechos sexuales y derechos reproductivos	50
CONCLUSIONES	52
REFERENCIAS	54

ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS

Cuadro 1. Distribución de las mujeres por grupos quinquenales de edad. Población urbana y suburbana de Uruguay, en números absolutos y porcentajes.	26
Cuadro 2. Distribución de las mujeres por grupos quinquenales de edad y nivel educativo. Población urbana y suburbana de Uruguay, en porcentajes.	26
Cuadro 3. Cobertura de salud de las mujeres por grupos quinquenales de edad. Población urbana y suburbana de Uruguay, en porcentajes.	28
Cuadro 4. Autoidentificación religiosa de las mujeres, por grupos quinquenales de edad. Población urbana y suburbana de Uruguay, en porcentajes.	28
Cuadro 5. Situación laboral de las mujeres por grupos quinquenales de edad. Población urbana y suburbana de Uruguay, en porcentajes.	29
Cuadro 6. Edad media de inicio sexual por grupos quinquenales de edad. Población urbana y suburbana de Uruguay.	30
Cuadro 7. Opinión sobre la masturbación según tramos de edad y nivel educativo de las mujeres.	32
Cuadro 8. Opinión sobre la masturbación por tramos de edad y nivel educativo de las mujeres. (II)	32
Cuadro 9. Edad media de la mujer al nacimiento de su primer hijo/a y primer embarazo por edades. Población urbana y suburbana de Uruguay.	33
Cuadro 10. Media de hijos en mujeres entre 35 y 49 años por grupos de edad. Población urbana y suburbana de Uruguay.	34
Cuadro 11. Conocimiento de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) por tipo de infección en mujeres. Población urbana y suburbana de Uruguay.	45
Cuadro 12. Conocimiento sobre estrategias para prevenir infecciones de transmisión sexual en mujeres. Población urbana y suburbana de Uruguay.	46
Cuadro 13. Tipo de violencia declarada por las mujeres. Población urbana y suburbana de Uruguay.	48
Cuadro 14. Información recibida en los servicios de salud por componente en salud sexual y reproductiva. Población urbana y suburbana de Uruguay.	50
Gráfico 1. Distribución de las mujeres por cobertura de salud. Población urbana y suburbana de Uruguay, en porcentajes.	27
Gráfico 2. Edades en las que las mujeres declaran haber iniciado su vida sexual activa, por nivel educativo. Población urbana y suburbana de Uruguay, en porcentajes.	30
Gráfico 3. Número de personas con quienes las mujeres declaran haber tenido relaciones sexuales en el último año, por edades. Población urbana y suburbana de Uruguay, en porcentajes.	31
Gráfico 4. Media de edad de las mujeres al nacimiento del primer hijo/a y al primer embarazo, por nivel educativo. Población urbana y suburbana de Uruguay.	34

Gráfico 5. Brecha entre hijos/as tenidos/as e hijos/as deseados/as en mujeres de 35 años según nivel educativo. Población urbana y suburbana de Uruguay.	35
Gráfico 6. Cantidad ideal de hijos/as declarada por las mujeres según nivel educativo. Población urbana y suburbana de Uruguay.	36
Gráfico 7. Realización del Test de sífilis en mujeres durante embarazo, según fecha de parto. Población urbana y suburbana de Uruguay.	37
Gráfico 8. Realización del Test de VIH en mujeres durante embarazo, según fecha de parto. Población urbana y suburbana de Uruguay.	38
Gráfico 9. Acompañamiento durante el parto por persona de elección de la mujer, según región y tipo de aseguramiento. Población urbana y suburbana de Uruguay.	38
Gráfico 10. Nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos alguna vez, según tipo de método, en porcentajes. Población urbana y suburbana (1986, mujeres 15 a 59 años), población urbana y suburbana (2005, mujeres 15 a 59 años), población urbana y suburbana (2011/2012, mujeres 15 a 49 años).	40
Gráfico 11. Distribución de mujeres que declaran haber usado DIU alguna vez en su vida, por nivel educativo y edades. Población urbana y suburbana de Uruguay.	41
Gráfico 12. Mujeres que declaran que frente a la negativa de su pareja a usar preservativo no pueden hacer nada, por edad y nivel educativo, en porcentajes. Población urbana y suburbana de Uruguay.	42
Gráfico 13. Porcentaje de mujeres con vida sexual activa que declaran haber realizado consultas ginecológicas, por edad y nivel socio-económico. Población urbana y suburbana de Uruguay.	43
Gráfico 14. Distribución de motivos para la no realización del PAP en los últimos dos años en mujeres. Población urbana y suburbana de Uruguay.	44
Gráfico 15. Distribución de realización de examen de mama en consulta ginecológica en mujeres, por nivel educativo. Población urbana y suburbana de Uruguay.	44
Gráfico 16. Lugares donde acudir en caso de situación de violencia doméstica y/o conyugal, según mujeres. Población urbana y suburbana de Uruguay.	47
Gráfico 17. Motivos de consulta en salud sexual y reproductiva reportados por las mujeres en período 2010-2011. Población urbana y suburbana de Uruguay.	49
Gráfico 18. Material informativo recibido en los servicios de salud en consultas realizadas en los años 2010-2011. Población urbana y suburbana de Uruguay.	50

Desde su creación en 1996, MYSU implementa estrategias y actividades para dar seguimiento y monitoreo a las políticas públicas en salud y género en Uruguay, con especial foco en salud sexual y reproductiva y con el cometido de identificar y analizar los avances, dificultades, vacíos y retos en el cumplimiento de los compromisos internacionales que el país ha suscrito en el marco del sistema de Naciones Unidas en materia de políticas de población, salud y derechos humanos. El desarrollo de una línea institucional de monitoreo de políticas públicas se sustenta en la experiencia histórica del movimiento de mujeres y feminista en la región de América Latina y el Caribe, como una estrategia de exigibilidad ciudadana para el logro de garantías y reconocimiento de los derechos de las mujeres a la salud y en particular a sus derechos sexuales y derechos reproductivos.

En 2006, MYSU define la necesidad de generar una herramienta político-técnica más robusta y eficaz para incidir en la mejora del acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva con equidad de género, universalidad, calidad e integralidad. Se crea así el Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva, un programa de investigación, un instrumento potente para la generación de conocimiento y para su uso por parte de tomadores de decisión, proveedores de servicios, población usuaria y organizaciones sociales. En 2007 se puso en marcha y desde entonces es una herramienta reconocida por su valor social, político y científico, siendo la información que produce de alto interés para los distintos actores. El Observatorio, además, ha desarrollado mecanismos de diálogo, colaboración y transferencia de capacidades hacia otras experiencias de la región de América Latina y países como España y Portugal.

El propósito del Observatorio es generar información sistemática y de calidad sobre distintos componentes y dimensiones de la salud y los derechos sexuales y reproductivos que permita identificar avances, problemas y desafíos en el acceso y garantía de estos derechos en la población uruguaya. La información y el conocimiento que se genera permite desarrollar estrategias de incidencia política y social, más pertinentes y oportunas, destinadas hacia distintos actores de la sociedad uruguaya, incluidos aquellos que tienen la responsabilidad de la toma de decisiones y su implementación.

Desde su inicio el Observatorio cuenta con el apoyo de UNFPA y, a partir de 2011, OPS-OMS y ONUMIJERES sumaron sus esfuerzos de cooperación a esta iniciativa. En el año 2009 el Observatorio fue declarado de interés por parte del Ministerio de Salud Pública.

Durante los años 2008 y 2009 el Observatorio focalizó sus esfuerzos en el desarrollo de estudios anuales sobre atención de la salud sexual y reproductiva, a partir de las percepciones y opiniones de mujeres usuarias y profesionales. Se encuestó a mujeres usuarias de servicios de ginecología y de obstetricia y a profesionales vinculados a las prestaciones en salud sexual y reproductiva; se realizaron observaciones de las instalaciones (salas de espera y consultorios) y se analizó documentación disponible sobre los marcos normativos vigentes en el país (MYSU, Observatorio Nacional 2008, 2009). Los resultados obtenidos en estas investigaciones contribuyeron a definir el objeto de estudio para el año 2010: significados y prácticas de los/as profesionales de la salud en salud sexual y reproductiva en aquellos que actúan en el primer nivel de atención en ASSE – Montevideo. Los resultados fueron publicados y difundidos ampliamente, incluyendo instancias de capacitación dirigidas a profesionales (MYSU, Observatorio Nacional, 2010).¹

En setiembre de 2010, el Ministerio de Salud Pública reglamentó la Ley 18.426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva (promulgada en noviembre de 2008), estableciendo las pautas para su implementación en los servicios del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).² El inicio de la implementación de la ley en los servicios del SNIS comenzó en enero de 2011 y si bien se registran avances –como por ejemplo, la existencia

1 Los informes anuales del Observatorio están disponibles en el sitio web: www.mysu.org.uy/observatorio.

2 El MSP elaboró las *Guías para implementar servicios para la atención de la salud sexual y reproductiva en las instituciones prestadoras de salud*, Montevideo 2010.

de un total de 142 equipos interdisciplinarios de referencia en SSR pertenecientes a distintos servicios públicos y privados-, resta un largo camino por recorrer para garantizar servicios integrales, universales, oportunos, accesibles y de calidad en todo el sistema.

En función de los antecedentes mencionados, así como el déficit de información disponible en el país sobre necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres adolescentes y adultas, el Observatorio definió instrumentar para los años 2011-2012 un estudio con foco en la población de mujeres de entre 15 y 49 años de edad del Uruguay urbano, realizado en base a una encuesta en hogares.

El antecedente inmediato de estudios en población general fue el Proyecto "Género y Generaciones. Reproducción biológica y social de la población uruguaya", iniciativa intersectorial e interinstitucional³ que tuvo lugar entre los años 2005 y 2006 y cuyos resultados fueron publicados parcialmente (López Gómez, A., et al, 2006). El mencionado estudio constó de dos fases, una cuantitativa y otra cualitativa. La primera se basó en la aplicación de una encuesta en hogares a mujeres y varones de entre 15 y 79 años, del Uruguay urbano y suburbano, con un total de 6.500 casos incluidos. El formulario incluyó un amplio espectro de temas relacionados con la reproducción biológica y social y el acceso a la salud. La segunda fase consistió en la realización de tres estudios cualitativos mediante los cuales se buscó profundizar en aspectos incluidos en el estudio cuantitativo, uno sobre derechos sexuales y reproductivos en población adulta, otro sobre maternidad y paternidad en adolescentes y el tercero relativo a significados sobre vejez y envejecimiento en población adulta mayor. Los resultados obtenidos en este proyecto, en particular aquellos respecto a la salud sexual y reproductiva de mujeres, son incluidos en este informe como antecedentes y base para la discusión de los hallazgos generados.

La producción nacional en los últimos diez años en salud sexual y reproductiva es básicamente de tipo cualitativa, estudios que aportan marcos interpretativos para una mejor comprensión de los asuntos que se incluyen en el presente estudio, pero no se dispone de estudios con representatividad estadística que permitan comparar resultados o disponer de series temporales.

A su vez, el país no cuenta con un sistema de información sobre salud sexual y reproductiva, de tipo integrado, integral, oportuno y disponible. Este déficit dificulta disponer de datos actualizados sobre temas tales como prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos por tramos de edad, realización del test de Papanicolaou, mamografías u otros estudios preventivos en SSR, violencia sexual, incidencia del aborto inseguro y su relación con la morbilidad materna, por mencionar sólo algunos de ellos.

Finalmente señalar que en 2012 el Observatorio recibió el Premio "Concha Colomer Revuelta", una iniciativa de Cooperación con Observatorios en Género y Salud de América Latina impulsada por OPS-OMS, que permitió dar amplia difusión y transferencia de los resultados obtenidos en este estudio, especialmente hacia profesionales de la salud que actúan en los servicios y hacia organizaciones sociales que trabajan por el derecho a la salud y los derechos sexuales y derechos reproductivos, a través de un plan de trabajo definido a tales efectos.

3 El Comité interinstitucional de gestión del proyecto estuvo integrado por UNFPA, MSP, IMM, INE, MYSU y UDELAR (Facultad de Psicología y Facultad de Ciencias Sociales).

INTRODUCCIÓN



Desde 2011 la salud sexual y reproductiva forma parte de las prestaciones del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en Uruguay. Su reconocimiento formal como derecho humano se alcanzó, aunque parcialmente, hacia el año 2008 con la aprobación de la Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva (N° 18.426).⁴ El nuevo marco normativo implica, entre otros desafíos, la instrumentación de servicios integrales y universales de salud sexual y reproductiva en todos los prestadores del SNIS. Esto significa un avance importante para el país y la región. El reto mayor que tiene actualmente el sistema de salud es universalizar cobertura, minimizar las barreras de accesibilidad de las mujeres a estas prestaciones y elevar la calidad de las mismas.

El rezago en la instrumentación de políticas en salud sexual y reproductiva se debió, en parte, al imaginario social de ser un país "sin problemas de población", sostenido en el bajo crecimiento poblacional consolidado desde comienzos del siglo XX. Desde entonces, Uruguay se ha caracterizado por una tendencia al descenso de la fecundidad y la natalidad, marcando el temprano inicio de la Primera Transición Demográfica.⁵

Desde hace varias décadas, el país registra niveles bajos de fecundidad en comparación con el promedio latinoamericano. Sin embargo, existen diferencias sociales y territoriales significativas en el comportamiento reproductivo, las cuales dan cuenta de la incidencia de las desigualdades sociales en las prácticas de sexualidad y pautas de reproducción, así como en las condiciones y acceso a información, recursos y poder para la toma de decisiones. En 2004, la tasa global de fecundidad (TGF)⁶ se ubicó en el valor de 2.08 hijos por mujer, no alcanzando la tasa de reemplazo de la población⁷ (Varela, Fostik y Hernández, 2012) y ésta descendió a 1.98 hijos por mujer para 2010 (Pardo y Varela, 2013).

El país, al igual que otros en la región, se ubica en fase avanzada de la Segunda Transición Demográfica, que según Solsona (1996) "trata de forma explícita los cambios en las relaciones de género" vinculados a los cambios demográficos y familiares, señalando que "las parejas no actúan de acuerdo con un proyecto reproductivo previo, sino que detrás de cada decisión de tener o no tener hijos, existe un proceso de negociación sujeta a la propia relación y a las expectativas personales y profesionales de cada miembro, en el que la capacidad negociadora de los dos, es fundamental" (1996:19).

Según la literatura disponible a nivel nacional y regional, las transformaciones en las pautas reproductivas están relacionadas con los grupos sociales en función, entre otros factores, del nivel socio-económico y educativo, pudiéndose identificar dos patrones de reproducción. Las mujeres con nivel socio-económico y educativo bajo presentan un patrón reproductivo caracterizado por la edad temprana al nacimiento del primer hijo o hija y tasa de fecundidad más alta que la media nacional; mientras que aquellas con nivel educativo medio y alto

4 La ley aprobada por el parlamento nacional fue parcialmente vetada por el Poder Ejecutivo en los capítulos referidos a la despenalización del aborto voluntario hasta las 12 semanas de gestación y su acceso en los servicios de salud. Este déficit fue subsanado parcialmente con la reciente Ley 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo, aprobada en noviembre de 2012 y puesta en marcha en enero de 2013. La nueva ley suspende la pena del delito de aborto voluntario que establece el Código Penal siempre y cuando se realice dentro de las 12 semanas de gestación y en las condiciones que establece la ley: ser realizado en el SNIS, previa consulta con médico tratante, equipo interdisciplinario e incluyendo como obligatorio 5 días a posteriori de las consultas para que la mujer "reflexione" antes de tomar la decisión definitiva.

5 Según Coale (1973) la transición demográfica es el paso de una sociedad tradicional en la que predominan altas tasas de natalidad y mortalidad a una sociedad altamente industrializada en la que la natalidad y la mortalidad se estabilizan a niveles bajos (Solsona, 1996). En ambos casos, tiene lugar un crecimiento bajo o nulo de la población. El desfasaje en los niveles en que tienen lugar los descensos de las muertes y de los nacimientos da lugar a etapas más o menos "explosivas" en el crecimiento de la población (Pellegrino, 2010).

6 TGF: es el número de hijos que en promedio tendría cada mujer de una cohorte hipotética de mujeres que cumpliera con dos condiciones: durante su período fértil tenga sus hijos/as de acuerdo a las tasas de fecundidad por edad de la población en estudio y no estuviera expuesta a riesgo de mortalidad desde su nacimiento hasta el término de su período fértil.

7 Reemplazo de la población: refiere al promedio de hijos/as por mujer necesario para que una generación pueda ser numéricamente reemplazada por la siguiente; se sitúa en una TGF igual a 2.1.

presentan niveles de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo y un aplazamiento del calendario reproductivo (Varela, 2008; Varela et al, 2012; Cabella, 2012).

López y Mario (2009) señalan que en América Latina se cuenta con una importante producción de conocimiento orientado a analizar la desigual distribución de la fecundidad, acceso a métodos y significados de la maternidad en sectores de menores recursos, asociado a relaciones tradicionales de género, bajos niveles de educación, precaria inserción laboral, condiciones del hábitat, baja cobertura de salud y mortalidad infantil y materna más elevada. El segundo modelo, propio de los sectores con mayor educación y de fecundidad baja y tardía, es resultado de diversos factores, entre los cuales se encuentra la conciliación o no entre mundo productivo y mundo reproductivo en las mujeres.

Otro aspecto de la fecundidad uruguaya que debe considerarse es la brecha entre la fecundidad deseada y la fecundidad efectiva. Según un estudio conducido por Peri y Pardo (2008), a partir de los resultados obtenidos por el Proyecto Género y Generaciones, la insatisfacción con la fecundidad alcanzada se constata especialmente entre las mujeres con niveles educativos altos y en aquellas con niveles bajos. Mientras que, al cabo de su vida reproductiva, las primeras declaran haber tenido menos hijas/os que los deseados (asociado a las dificultades o imposibilidad de compatibilizar vida productiva y vida reproductiva, entre otros factores), las últimas manifiestan que el número de hijas/os alcanzado superó el número deseado (asociado a barreras para el acceso a métodos anticonceptivos, a limitaciones para la negociación sexual con sus parejas, entre otros factores).

Uruguay no ha instrumentado estudios de demografía y salud (DHS), así como tampoco de prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos, tal como sí lo han hecho la mayoría de los países de la región. La última encuesta nacional de fecundidad data de 1986 y el estudio nacional posterior realizado a población general fue el ya mencionado Proyecto Género y Generaciones (2004-2006). Este déficit en el sistema de información nacional ha sido paliado con la realización de estudios parciales de corte cuantitativo y cualitativo, buscando generar información que permita conocer el estado de situación, identificar y analizar los determinantes sociales y su incidencia en la salud, la vida sexual y reproductiva de la población uruguaya y generar insumos para la orientación de las políticas públicas en salud sexual y reproductiva a nivel nacional.

ANTECEDENTES



Uno de los indicadores más relevantes en materia de derechos reproductivos es el acceso y uso de métodos anticonceptivos modernos. El derecho a decidir cuándo, cuántos y con qué frecuencia tener hijos, encuentra en el acceso y uso de métodos anticonceptivos un indicador sensible para evaluar en qué medida este derecho está garantizado y es ejercido por las mujeres de distintas edades y condiciones.

En América Latina y el Caribe, entre los años 1980 y 2008, el uso de anticonceptivos en la región aumentó 19%, llegando a 73% en 2008 (UNFPA, 2010). No obstante, los estudios son coincidentes en afirmar que existe heterogeneidad entre los países de la región, al interno de cada país y entre grupos etarios. Se observa una brecha importante en el uso de anticoncepción entre adolescentes/mujeres jóvenes y mujeres adultas. Entre las adolescentes sexualmente activas, el 54% usa métodos anticonceptivos. A su vez, en la población de 15 a 24 años, entre 50% y 70% de las mujeres sexualmente activas usa algún método anticonceptivo (IPPF, 2010). Los estudios concluyen que mientras aumenta la edad, aumenta la probabilidad de que más mujeres usen anticoncepción. Las cifras más altas de utilización están entre la población de adultas mayores y casadas. Por ejemplo, las mujeres casadas y mayores de 35 años usan anticoncepción en un 30% más si se las compara con las adolescentes solteras y sexualmente activas (54% vs. 83%) (Obaid, T, 2009; UNFPA, 2010b). En total, 65% de las mujeres casadas usa algún método anticonceptivo (UNFPA, 2010b).

De las mujeres casadas que sí usan métodos anticonceptivos, el grupo más grande- alrededor del 43%- ha acudido a la esterilización femenina. Ha disminuido el uso de la pastilla anticonceptiva en 23% desde los años 80, llegando a 18% en el 2005. A su vez, ha aumentado el uso del condón masculino (34% en los 80 a 78% en el 2005) y los inyectables (3.5% en los 80 a 6.3% en el 2005). Con el aumento del uso de métodos modernos ha declinado el uso de métodos tradicionales, de un 18% en la década de 1980 hasta un 12% en el 2005 (Seiber y Sullivan, 2007).

Mientras que los estudios disponibles que investigan los motivos por los cuales las mujeres no usan anticoncepción no tienen representatividad estadística, los estudios sobre uso de anticonceptivos dentro de la población de mujeres casadas permiten acercarse a las motivaciones que al respecto tienen las mujeres. Casi la mitad de las mujeres casadas no usan anticoncepción porque no creen que estén en riesgo de embarazarse (Seiber y Sullivan, 2007). Otro estudio señala que entre 21% y 43% de dichas mujeres indican como preocupación la falta de información o dudas sobre el método anticonceptivo, como factor que oficia de barrera para su uso (Sedgh, 2007).

En 2008, una de cada cuatro mujeres (23 millones de mujeres) en la región que quería evitar un embarazo no usaba método anticonceptivo moderno. Como resultado de la necesidad insatisfecha de anticoncepción, casi dos tercios de los embarazos (62%) en países del Caribe y en América del Sur no fueron deseados, así como 43% de los embarazos en América Central, incluyendo México (Sedgh, 2007).

En total, existe entre un 10,5% y 12% de necesidad insatisfecha de anticoncepción en la región, con las cifras más altas en el Caribe y más bajas en América del Sur (Sedgh, 2007; WHO, 2011). Esta necesidad es más alta -entre un 30% y 50%- en mujeres sexualmente activas, solteras y jóvenes; y más baja -entre 2% y 10%- entre mujeres adultas y casadas (Sedgh, 2007).

En materia de atención del embarazo y parto, en la región, miles de mujeres se embarazan y dan a luz bajo condiciones riesgosas. Más del 20% de las mujeres que paren cada año, no llegan a las cuatro visitas prenatales recomendadas y 13% no dan a luz en una institución de atención sanitaria (Alan Guttmacher Institute, 2011). Existe una gran diferencia en el acceso a atención prenatal recibida; en países de la región en transición avanzada, alrededor del 90% de las mujeres reciben atención adecuada (Flores y Soto, 2008). Esta cifra disminuye aproximadamente a 65% en mujeres de países de fecundidad rezagada. El problema se agrava en las zonas

rurales donde sólo 60% de las mujeres tiene acceso a atención sanitaria en instituciones, en comparación al 93% de las mujeres que viven en zonas urbanas (WHO, 2011).

La pobreza es uno de los determinantes sociales asociado a la brecha rural/urbana en la atención a la salud durante el embarazo y parto. Existe una brecha de 30% entre la cantidad de mujeres que paren en un hospital en el primer quintil de ingresos y las que se ubican en el quinto quintil (97% vs. 67%) (Alan Guttmacher Institute, 2011). Como resultado se observa una mortalidad materna relacionada al embarazo y parto más alto en América Latina y el Caribe que en la mayoría del mundo: 85 muertes por cada 100.000 nacimientos (Alan Guttmacher Institute, 2011).

Otro de los indicadores sensibles sobre acceso a salud sexual y reproductiva refiere a la prevención y atención del aborto inseguro. Los servicios de salud que incluyen la atención del aborto seguro son escasos en la mayoría de los países de la región, asociado a los marcos legales restrictivos. América Latina tiene los porcentajes más altos de abortos inseguros en el mundo; de los 4.4 millones de abortos que tuvieron lugar en la región en 2008, 95% fueron bajo circunstancias inseguras (Alan Guttmacher Institute, 2011) y 12% de todas las muertes maternas, así como un millón de las hospitalizaciones, se deben a abortos inseguros (WHO, 2011). Cada año, 2.000 mujeres se mueren por complicaciones del aborto inseguro, de las cuales 45% son mujeres jóvenes, menores de 24 años (IPAS, 2008).

En el campo de la prevención del cáncer génito-mamario se constata insuficiencia de servicios. Tan solo entre el 9.8% y 34.4% de las mujeres se ha realizado mamografía en la región. La utilización de mamografía es elevada en grupos de mujeres con altos niveles de educación y baja en grupos de mujeres de mayor edad y sin seguro médico (Reyes – Ortiz et al, 2006). La situación del cáncer de cuello de útero es tan o incluso más grave si se la compara con el acceso a estudios preventivos de cáncer de mama. Según sub-regiones en América Latina y el Caribe, existe entre un 20.5% y 90% de utilización del test de Papanicolaou dentro de los últimos 12 meses (Franco et al, 2008). Como resultado del bajo uso se observa una alta mortalidad, especialmente dentro de los grupos de bajo nivel socio económico (Langer y Nigenda, 2000). Basados en cifras de 2002, cada año ocurren casi 33.000 muertes prevenibles a causa del cáncer de cuello de útero; este número aumentará a cerca de 70.000 en el año 2030 (Farlay et al, 2004). La distribución de mortalidad por cáncer de cuello de útero no es homogénea en la región. Si se observa la tasa ajustada por edad, ésta es más alta en países caribeños (16,0), seguida por América Central (15,0) y más baja en América del Sur (12,9).

El cáncer de cuello uterino es el segundo más común en mujeres de todo el mundo, ocurriendo alrededor de 530.000 casos nuevos y 275.000 fallecimientos cada año. La distribución de la enfermedad no es uniforme, ya que más del 85% de los casos ocurre en los países en desarrollo y representa al 13% de todos los cánceres femeninos. América del Sur se define como una de las regiones de alto riesgo con 23 casos por 100.000, casi en el mismo nivel que África Meridional. En algunos países de la región es la principal causa de muerte y las tasas de mortalidad son siete veces mayores que en Norteamérica y otros países desarrolladas (Luciani, Andrus, 2008). A su vez, genera una mayor proporción de muertes por cáncer en mujeres que en América del Norte, encontrando una variación desde 20,6 a 1,7 cada 100.000, respectivamente. Las tasas de supervivencia al cáncer cérvico-uterino son significativamente más bajas en los países en desarrollo (OPS, 2004). Las tasas de incidencia y mortalidad del cáncer cérvico-uterino aumentan con la edad, siendo que la mayor proporción de defunciones anuales la conforman las mujeres de entre 35 y 54 años (OPS, 2004).

La incidencia de las infecciones de transmisión sexual es preocupante en la región: el VIH/sida sigue teniendo alta prevalencia con 2.1 millones de personas con VIH, la mayoría de las cuales se concentran en el Cono Sur (UNAIDS, 2005). Aunque la transmisión sexual es la vía más importante, el uso compartido de jeringas para la inyección de drogas está aumentando como vía de trasmisión (UNAIDS, 2005).

A NIVEL DE URUGUAY

Desde hace varias décadas, Uruguay registra niveles bajos de fecundidad en comparación con el promedio latinoamericano. Según algunos/as autores las transformaciones en los patrones reproductivos están relacionadas con los grupos sociales ubicados en los niveles más bajos educativos siendo una variable relevante a la hora de realizar el análisis. Las mujeres con nivel educativo más bajo presentan un modelo reproductivo caracterizado por la edad temprana en el primer hijo y tasa de fecundidad más alta que la media nacional; mientras que aquellas con nivel educativo alto presentan niveles de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo y un aplazamiento del calendario reproductivo (Varela et al, 2008). Otro aspecto de la fecundidad uruguaya que debe considerarse es la brecha entre la fecundidad deseada y la fecundidad efectiva. Según Peri y Pardo (2008), la insatisfacción con la fecundidad alcanzada se constata especialmente entre las mujeres con niveles educativos altos y bajos. Mientras que al cabo de su vida reproductiva las primeras declaran haber tenido menos hijos que los deseados, las últimas declaran que el número de hijos alcanzado superó al número deseado.

Cabe destacar que se observa una reducción de la tasa de fecundidad de las adolescentes uruguayas en los últimos años, de 71 a 60 por mil entre 1996 y 2004. Son las adolescentes de los sectores más desfavorecidos las que dan cuenta de la casi totalidad de la fecundidad adolescente y en general la maternidad en este período de la vida se asocia con la falta de estímulos para permanecer en el sistema educativo (Varela et al, 2008).

En la medida de que no se dispone de estudios nacionales sobre uso de métodos anticonceptivos, se tomaron estudios parciales que permiten una aproximación al dato. Según el informe del estudio Género y Generaciones (2005), el uso de métodos anticonceptivos fue de 62% en mujeres sexualmente activas, de 15 a 49 años. Otros estudios señalan que entre 64% y 83.3% de las mujeres uruguayas habitualmente usan anticonceptivos modernos, con las cifras más bajas en las mujeres mayores de 36 años y menores de 20 años (MYSU 2009). De las que usan anticoncepción, entre 51% y 58% eligen usar hormonales orales, 28% usan preservativo masculino y entre 14% y 22% usan DIU, siendo éste de más alto uso en mujeres residentes en el interior del país (MYSU 2009). Según la información disponible, la ligadura tubaria se ubica en menos del 10% y de vasectomía no se dispone de información (Género y Generaciones, 2005; MYSU 2008; MYSU 2009).

En Uruguay, el aborto ha sido considerado un delito en toda circunstancia por la Ley N° 9.763, hasta noviembre de 2012, cuando se promulgó la Ley N° 18.987 que habilita la interrupción voluntaria del embarazo bajo determinadas condiciones. A su vez, con la aprobación de la Ley N° 18.426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva (2008), todas las mujeres en situación de embarazo no esperado/no deseado tienen derecho a recibir asesoramiento y atención en el servicio de salud para prevenir un aborto inseguro. No obstante, para el año 2009, 52% de mujeres usuarias de servicios públicos de salud desconocían este derecho (MYSU, 2009). A pesar de ello, para el mismo año, el 73% de los médicos ginecólogos encuestados habían recibido entre 1 y 10 consultas de mujeres en situaciones de embarazo no deseado, en ese mismo año. Este porcentaje se observó notablemente más alto en profesionales del interior; casi un tercio había recibido entre 11 y 30 consultas en el mismo periodo (MYSU, 2009). Un 42% de todos los profesionales de la salud no había recibido entrenamiento para brindar servicios adecuados a mujeres en situación de aborto y para la prevención de abortos inseguros.

Por su parte, el cáncer de cuello uterino ocupa en el país el tercer lugar de incidencia, después del cáncer de mama, colon y recto. (Barrios, Vasallo, Alonso et al. 2010). A pesar de que nuestro país tiene la tasa más baja de América del Sur, mueren aproximadamente 140 mujeres al año por esta causa (Vasallo, Barrios, 2005). En materia de prevención y detección oportuna de cáncer génito-mamario, un estudio de 2009 entre usuarias de servicios públicos de salud mostró que entre 6.5% y 17.3% de las mujeres se había realizado una mamografía en los últimos dos años. Esta cifra está relacionada a la edad de las mujeres: aquellas menores de 20 años,

entre 2.4% y 6% se había hecho una mamografía, frente a 22% y 45% de las mujeres mayores de 36 años que se la había realizado (MYSU, 2009).

Según la información referida por el Programa de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino, 90% de los cánceres de cuello tienen su origen en una infección por HPV (Virus Papiloma Humano). Este virus se adquiere por contacto sexual sin protección. La infección por HPV tiene muy alta prevalencia en las mujeres adolescentes, alcanzando el máximo de frecuencia entre las que tienen entre 20 y 25 años (25%), para luego disminuir a menos del 10% a partir de los 35 años (Programa Nacional Cáncer Cuello Uterino, 2007).

La realización del estudio de Papanicolaou o PAP es significativamente más alta que la mamografía. En 2009, en usuarias de servicios públicos de salud, entre 51% y 63% de las mujeres se había realizado este estudio en los últimos dos años (MYSU, 2009). Como en el caso de la mamografía, la edad está positivamente correlacionada a la realización del Papanicolaou: entre un 37% y un 39% de mujeres menores de 20 años habían realizado el examen, mientras que el porcentaje asciende a entre 52% y 75% de las mujeres mayores de 36 años (MYSU, 2009). Entre las razones esgrimidas para la no realización, 22% refirió no haber recibido indicación médica, 21% entendió que no era necesario, 19% señaló razones de falta de tiempo y otro 19% mencionó que "no le gusta". Estos hallazgos son consistentes con otros estudios realizados en la región y en los Estados Unidos (Valenzuela, Miranda, 2001; Augurto, Sánchez, 2004; Urrutia, Poupin, Araya 2010; Ackerson, Preston, 2009).

En materia de atención del embarazo, de acuerdo a la información aportada por el Sistema Informático Perinatal (SIP) para el 2007, se observó un valor global de 58% en la captación del embarazo al primer trimestre, con diferencias significativas según el nivel educativo de la mujer. Aquellas con educación terciaria alcanzaron 85% de captación, mientras que aquellas con nivel educativo bajo fueron captadas en un 40%. Respecto al número de controles, se señala que una de cada cinco mujeres tuvo menos de seis consultas de control (por debajo del número adecuado). El número de consultas durante el embarazo también se diferencia por nivel educativo: cuatro de cada 10 mujeres con nivel educativo bajo presentan menos de seis consultas, mientras que las mujeres con nivel educativo alto, todas presentan seis o más. En cuanto a la atención del parto, 99% de los partos asistidos fueron atendidos en centros de salud por profesionales (médicos, 74%; parteras, 26%) (MSP, 2010). Sin embargo, la mitad de las mujeres (entre 48% y 56%) no estuvieron acompañadas durante el parto por una persona de su elección, tal como establece la ley vigente. Las mujeres mayores de 30 años y del interior del país estuvieron acompañadas en menor medida que las mujeres de Montevideo y que las adolescentes y jóvenes. La alta incidencia de la culminación del parto vía cesárea, en porcentajes que oscilan entre 40% y 24%, es otro dato relevante respecto a la calidad de atención que se brinda, al ser notablemente superior a la recomendación establecida por OMS, de 15% (MYSU, 2009).

Una tendencia preocupante es la re-emergencia de la sífilis gestacional y congénita como problema nacional. Existe un porcentaje no despreciable de serología luética positiva en embarazadas y en recién nacidos. Entre los años 1999 y 2008, el número de embarazadas con sífilis aumentó de 320 a 552, mientras que el número de embarazos totales se mantuvo estable. A la vez, el número de recién nacidos con sífilis aumentó de 169 en 1999 a 315 en el 2008. En 2008, un 1.3% de la serología luética materna de todo el país fue positiva, con una concentración más alta en usuarias de instituciones públicas (2.3%) frente a las instituciones mutuales (0.6%), especialmente en Montevideo. Lo mismo se ve reflejado en los nacimientos para ese año: 1.5% de los nacimientos en el sector público tuvo serología positiva en sangre del cordón umbilical –de los cuales la gran mayoría se concentró en Montevideo– mientras que sólo un 0.2% de los nacimientos en el sector privado/mutual lo tuvo. No se observa gran diferencia en la tasa de infección según edad de la embarazada, pero sí en relación a su nivel educativo; el incremento mayor, de 0.8% a 4.8% entre el año 2004 y 2008, ocurrió en la población de mujeres que tenían tres o menos años de instrucción (López Gómez, Benia, Aleman, Vázquez, 2011).

La realidad del VIH/sida muestra una epidemia de tipo concentrada, es decir, una prevalencia baja en la población general (0.23% en mujeres y 0.68% en varones) y alta en poblaciones específicas. Desde el año 1991 ha aumentado la tasa de VIH (25,56/100.000 para el 2010), mientras que se ha estabilizado la tasa de sida (7,39/100.000 para el 2010). La prevalencia más alta se observa en el grupo etario de 25 a 34 años, seguido por el grupo de 35 a 44 años. Alrededor de tres cuartos de los casos de VIH y sida se ubican en Montevideo, siendo los otros departamentos más afectados Artigas, Rivera, Rocha y Maldonado (MSP, 2011).

Respecto al conocimiento, acceso y uso de los servicios de salud sexual y reproductiva, la información generada, mediante estudios estadísticamente representativos, es previa a la reglamentación de la Ley N° 18.426 y a su puesta en marcha en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Hacia el año 2009, el estudio desarrollado por el Observatorio muestra que, en términos generales, los profesionales poseen un alto conocimiento de las normas y guías clínicas vigentes en salud sexual y reproductiva. Sin embargo, no se puede afirmar lo mismo en las usuarias encuestadas, quienes manifiestan un alto conocimiento de algunas normas y un bajo conocimiento de otras (MYSU, 2009).

Por su parte, un reporte de línea de base realizado en 2011 sobre la implementación de la Ley N° 18.426 en los servicios de SNIS se concluye que los servicios no han sido suficientemente difundidos, ni dentro de las instituciones, ni hacia la población usuaria; que los Equipos Coordinadores de Referencia (ECR) de los servicios de salud sexual y reproductiva no están constituidos en todas las instituciones ni cuentan con la integración, dedicación y capacitación para el cumplimiento de las tareas definidas por el MSP; y que estos equipos presentan debilidades para el desarrollo de la función de gestión que favorezca la incorporación de las prestaciones en salud sexual y reproductiva en las instituciones de salud (MSP, IS; 2011).

OBJETIVOS



El estudio tuvo como propósito conocer las demandas y necesidades de información, recursos y atención en distintos componentes de la salud sexual y reproductiva en mujeres en edad reproductiva del país urbano.

Sus objetivos específicos fueron:

1. identificar características del inicio y vida sexual y trayectorias reproductivas en mujeres, según edades, nivel educativo y residencia;
2. analizar la relación entre desigualdades sociales y su impacto en la incorporación de prácticas preventivas y de autocuidado en salud sexual y reproductiva;
3. explorar el tipo y calidad de la información que tienen las mujeres respecto a las prestaciones e insumos en salud sexual y reproductiva que deben brindarse en los servicios de salud, públicos y privados;
4. identificar las brechas entre la oferta disponible y el uso efectivo y oportuno de los servicios de salud sexual y reproductiva; y
5. conocer el grado de información que disponen las mujeres sobre derechos sexuales y derechos reproductivos.

METODOLOGÍA



Se trató de un estudio descriptivo y exploratorio en base a una metodología cuantitativa. En base a los objetivos definidos por el estudio, se elaboró un formulario de encuesta, el cual incluyó las siguientes secciones:

- a. Sección 1 y 2: información general de la encuestada y del hogar.
- b. Sección 3: cobertura y acceso a servicios de salud.
- c. Sección 4: sexualidad.
- d. Sección 5: anticoncepción.
- e. Sección 6: historia reproductiva.
- f. Sección 7: abortos.
- g. Sección 8: ITS y VIH/sida.
- h. Sección 9: violencia contra las mujeres.
- i. Sección 10: contexto.
- j. Sección 11: conocimiento sobre normas y derechos en SSR.

A los efectos de elaborar el cuestionario se tomaron como antecedentes formularios de encuestas con contenidos similares aplicados en nuestro país, así como otros aplicados en la región. El formulario fue testeado y se realizaron los ajustes pertinentes, previo a su aplicación final.

El trabajo de campo, el diseño muestral y sorteo de la muestra estuvo a cargo del equipo técnico de la empresa FACTUM S.A., que fuera seleccionada en el llamado a licitación oportunamente realizado.

El universo de estudio incluyó tres tipos de poblaciones:

- Mujeres de 15 a 49 años (Estrato 1)
- Mujeres adolescentes entre 15 y 18 años (Estrato 2)
- Mujeres de 15 a 49 años provenientes de asentamientos (Estrato 3)

La metodología de aplicación del formulario de encuesta fue a través de dos muestras probabilísticas para el estrato 1 y 2, con un diseño muestral que se presenta más adelante. Para el caso del estrato 3, de asentamientos, se trabajó con encuestas de un sólo departamento para optimizar recursos. Para las dos muestras probabilísticas se trabajó con un diseño estratificado por conglomerados en varias etapas, con un total de 1.200 casos, dejando un total 200 casos para el estrato 2, sobremuestreando el tramo de edad de 15 a 18 años de las mujeres pertenecientes al estrato 1, con el siguiente mecanismo de selección: un caso en cada manzana paralela a cada punto de muestreo de la muestra del estrato 1.

En particular, para el estrato 1 el mecanismo de selección de la muestra fue el que se detalla a continuación:

- El recuento de población realizado en 2004 por el Instituto Nacional de Estadística.
- Las localidades urbanas con una población, al año 2004, superior a 5.000 habitantes, en la definición de localidad urbana realizada por el Instituto Nacional de Estadística y en el conteo de población referido en el punto anterior.
- Los centros poblados (en la definición del INE) que configuren un continuo geográfico con las localidades urbanas superiores a 5.000 habitantes, o que la suma de los centros poblados en continuo arroje un conjunto superior a los 5.000 habitantes.
- La población de mujeres de 15 años y más de todo el país en base al referido recuento de población, en edades simples.
- La población de mujeres de 15 años y más de cada uno de los 19 departamentos del país, en edades simples.
- La población que surge en el referido recuento de población de 2004, de cada una de las localidades urbanas indicadas en el punto 2.
- La población de todas las secciones censales de los 19 departamentos.

En base a las herramientas anteriormente señaladas, el procedimiento seguido fue:

1. se proporcionaron los casos entre la población de mujeres de 15 años y más de todo el país;
2. se distribuyeron los casos entre las zonas, en función de la población de mujeres de 15 años y más de todo el país y de cada una de las zonas;
3. se distribuyeron los casos entre las categorías de localidades. a) capitales departamentales y b) conjuntos superiores a 5.000 habitantes;
4. se distribuyeron los casos de cada categoría en cada zona, en función de la proporción poblacional;
5. se distribuyeron los casos de la categoría capitales departamentales entre los departamentos, en función de la población de mujeres de 15 años y más de cada zona y de cada uno de los 19 departamentos;
6. para las capitales departamentales, se tomaron todas en cuenta y se adjudicaron la cantidad de casos en proporción a la población de ciudad en relación al total de población de la categoría ciudades capitales;
7. para las ciudades no capitales, se sortean las ciudades a ser encuestadas;
8. se realiza un ajuste para que la cantidad de casos por departamento (sumado capitales y localidades superiores a 5.000 habitantes no capitales) quede proporcional a la población del departamento, respecto a la zona y al país;
9. en cada localidad, se dividió la población total entre el número de puntos de muestra (en base a los casos adjudicados y su concentración por punto de muestra);
10. en cada localidad se sorteó un número entre el inicial y el final del intervalo. Así se determinó el primer punto de muestra de cada localidad, de donde surge el número de zona (manzana) a ser relevada;
11. dentro de cada manzana y de cada borde se realizó la búsqueda del individuo en función de los parámetros que se establecieron para cada punto de muestra, en cuanto a:
 - número de puerta a ser llamada, a contar desde el respectivo ángulo;
 - intervalo de salteo de puertas en caso de casa cerrada, no corresponder u otros elementos refractarios;
 - intervalo de selección del individuo.
12. Para el departamento de Montevideo, una vez adjudicados los casos al departamento, se trabajó en el departamento como un solo conjunto, y se siguieron los pasos indicados en los numerales 7 y 8.
13. El sorteo dentro del hogar se realizó utilizando la tabla de sorteo proporcionada por el equipo técnico de MYSU.

En la tabla que se presenta a continuación se detalla el número de encuestas originalmente determinado y el que finalmente se obtuvo:

Estrato	Tamaño original Casos	Tamaño relevado Casos
Estrato 1 (E1) (M. Probabilística)	1200	1128
Estrato 2 (E2) (Mujeres adolescentes)	200	203
Asentamientos (E3)	100	75

Para la muestra del estrato 1 (E1) se presenta la distribución geográfica en el siguiente cuadro. De aquí en adelante nos referimos a la muestra E1 como "muestra probabilística" ya que es la muestra donde se aplicó un diseño muestral con un mecanismo de selección claramente establecido. Para el caso de la muestra E2 se tiene una muestra condicionada a la de E1 en virtud del mecanismo de selección.

Departamento	15 a 18	19 a 34	35 a 49
Artigas	4	8	5
Canelones	24	57	62
Cerro Largo	5	12	13
Colonia	9	21	12
Durazno	5	2	4
Flores	2	3	4
Florida	2	6	8
Lavalleja	1	10	10
Maldonado	0	20	32
Montevideo	65	256	214
Paysandú	2	20	17
Río Negro	1	10	10
Rivera	4	13	12
Rocha	1	6	14
Salto	3	21	16
San José	1	17	12
Soriano	5	3	14
Tacuarembó	1	14	21
Treinta y Tres	1	6	7

El trabajo de campo se realizó entre los meses de noviembre de 2011 y marzo de 2012, por encuestadoras mujeres entrenadas a tales efectos.

RESULTADOS



Los resultados que se presentan en este informe corresponden a la muestra probabilística de población general de mujeres de entre 15 y 49 años de edad, con 1.128 casos.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA

Del total de 1.128 mujeres, 479 (42.5%) residían en Montevideo y 649 en el interior del país (57.5%). El siguiente cuadro muestra la distribución por edades quinquenales, en números absolutos y porcentajes.

Cuadro 1. Distribución de las mujeres por grupos quinquenales de edad. Población urbana y suburbana de Uruguay, en números absolutos y porcentajes.

Grupos quinquenales Edad	Nº	%	Cumulative Percent
15 a 19	179	15,8	15,8
20 a 24	150	13,3	29,1
25 a 29	163	14,4	43,6
30 a 34	171	15,1	58,7
35 a 39	148	13,1	71,8
40 a 44	143	12,6	84,4
45 a 49	175	15,6	100,0
Total	1128	100,0	

Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

En términos de nivel educativo, 13% de las mujeres tenían nivel de primaria, 27.2%, nivel de enseñanza media; 32% bachillerato y 27.8% nivel universitario. El siguiente cuadro muestra la distribución de las mujeres por grupos quinquenales de edad y nivel educativo.

Cuadro 2. Distribución de las mujeres por grupos quinquenales de edad y nivel educativo. Población urbana y suburbana de Uruguay, en porcentajes.

		Nivel educativo por tramos			
		Primaria	Ciclo básico ed. media	Bachillerato	Terciario/ universitario
Edades quinquenales	15 a 19	4,1%	24,4%	22,4%	5,4%
	20 a 24	14,2%	13,4%	9,1%	17,8%
	25 a 29	17,6%	10,4%	13,5%	17,8%
	30 a 34	14,9%	12,7%	16,0%	16,9%
	35 a 39	10,1%	12,4%	13,5%	14,6%
	40 a 44	15,5%	12,4%	11,9%	12,4%
	45 a 49	23,6%	14,3%	13,5%	15,0%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

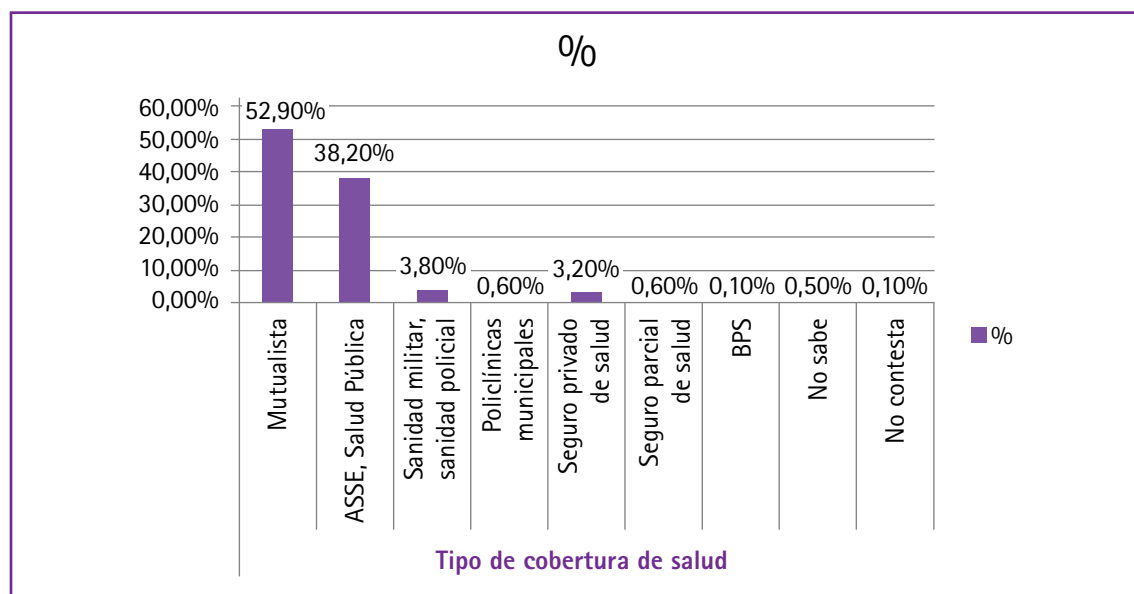
Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

Desde 2008, Uruguay implementa por Ley 18.511 el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y el Seguro Nacional de Salud, financiado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA, creado por Ley 18.131 de 2007). El SNIS es un sistema de cobertura universal, progresivo e integrado por servicios mutuales y por servicios del sector

público, el cual busca racionalidad, ahorrar costos, mejorar la justicia social en el acceso a las prestaciones y desarrollar la eficiencia del sistema, estimulando la integración, la integralidad y la complementación. El FONASA se abastece con los aportes de todos los uruguayos y uruguayas, según sus ingresos. En las primeras etapas de instalación, las poblaciones priorizadas para ingresar al SNIS fueron los y las trabajadoras del sector público y privado (con algunas pocas excepciones) y sus hijos/as menores de 18 años, o mayores de edad dependientes por discapacidad. De esta forma se logró la incorporación al sistema de un porcentaje importante de población infantil y adolescente que estaba excluida del seguro de salud.

En términos de cobertura de salud, los resultados que se obtuvieron son similares a los que se registran a nivel nacional, 52.9% de las mujeres tiene cobertura mutual, 38.2% de ASSE (Administración de Servicios de Salud del Estado), 3.8% en sanidad policial o sanidad militar, 3.2% en seguro privado de salud y el resto en otros servicios públicos o no tiene aseguramiento alguno.

Gráfico 1. Distribución de las mujeres por cobertura de salud. Población urbana y suburbana de Uruguay, en porcentajes.



Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

El análisis de cobertura de salud por edades quinquenales muestra que del total de mujeres que se asisten en servicios mutuales, 13.8% son adolescentes, mientras que este porcentaje se incrementa en el sector público a 18.9%, siendo en este tramo de edad donde se pueden observar las diferencias más importantes. Ello puede responder a la situación de dependencia en la cobertura de salud que tiene este grupo poblacional, cuyo aseguramiento está relacionado con la situación laboral de sus padres o tutores.

Cuadro 3. Cobertura de salud de las mujeres por grupos quinquenales de edad. Población urbana y suburbana de Uruguay, en porcentajes.

Edades quinquenales	Cobertura pública / mutual			
	Mutualismo	Cobertura pública	Otros	No sabe
15-19	13,8%	18,9%	12,5%	
20-24	11,8%	15,2%	7,5%	33,3%
25-29	14,7%	13,8%	20,0%	11,1%
30-34	16,2%	14,0%	10,0%	22,2%
35-39	13,7%	12,0%	22,5%	
40-44	12,6%	12,6%	12,5%	11,1%
45-49	17,2%	13,6%	15,0%	22,2%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

En cuanto a identificación religiosa, 48% de las mujeres se definieron como católicas y 38.4% sin religión alguna, en menores porcentajes se mencionaron otras religiones. El 57.4 % de quienes profesan alguna religión declaró nunca asistir a servicios religiosos y el 23% mencionó hacerlo algunas veces al año. Si se observa la distribución por edades, se puede constatar que las mayores de 35 años responden en mayor medida su preferencia por la opción católica.

Cuadro 4. Autoidentificación religiosa de las mujeres, por grupos quinquenales de edad. Población urbana y suburbana de Uruguay, en porcentajes.

		Edades quinquenales							
		15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49	Total
¿Cuál es su religión?	Católica	48,3%	36,7%	38,0%	43,5%	56,1%	59,7%	54,9%	48,0%
	Protestante		,7%		,6%	,7%		1,1%	,4%
	Evangélica	5,6%	6,7%	9,8%	8,8%	5,4%	11,1%	10,3%	8,2%
	Hebrea		,7%					,6%	,2%
	Umbanda u otro culto afro-brasileño		1,3%	,6%	1,8%	,7%	1,4%	,6%	,9%
	Otra	1,1%	3,3%	4,3%	1,2%	1,4%	5,6%	2,3%	2,7%
	Ninguna	43,8%	48,0%	46,0%	43,5%	34,5%	22,2%	29,1%	38,4%
	No sabe	1,1%	2,0%	1,2%	,6%			1,1%	,9%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

Del total de mujeres, 716 (63.5%) declararon no ser jefas de hogar, frente a 412 (36.5%) que sí se definieron como tales. En materia de trabajo remunerado fuera del hogar, 61% de las mujeres declaró estar trabajando al momento de la entrevista, 11% haberlo hecho en el último año, 12% haberlo hecho alguna vez y 15% declaró nunca haber trabajado. Cuando se observan los resultados por edad, se puede constatar que 15.6% de las mujeres de entre 15

y 19 años estaba trabajando al momento de la entrevista y 64% nunca lo había hecho. Las jóvenes de 20 a 24 años manifestaron en un 56.7% estar trabajando. Las mujeres con más alto nivel educativo presentan porcentajes más elevados de inserción laboral, frente a aquellas con estudios primarios. Asimismo las montevideanas muestran porcentajes más altos en comparación con las mujeres del interior del país.

Cuadro 5. Situación laboral de las mujeres por grupos quinquenales de edad. Población urbana y suburbana de Uruguay, en porcentajes.

		Edades quinquenales							Total
		15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49	
Sin considerar las tareas de su hogar, ¿Usted trabaja o trabajó alguna vez en forma remunerada?	Si, trabaja.	15,6%	56,7%	71,0%	68,4%	73,5%	73,4%	75,4%	61,2%
	Trabajó último año.	13,4%	16,0%	13,0%	9,9%	7,5%	11,9%	8,0%	11,4%
	Trabajó con anterioridad	6,7%	13,3%	11,1%	17,5%	14,3%	13,3%	12,6%	12,6%
	Nunca	64,2%	14,0%	4,9%	4,1%	4,8%	1,4%	4,0%	14,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

VIDA SEXUAL Y DEMANDAS EN SALUD SEXUAL

Un conjunto de preguntas buscaron explorar aspectos vinculados a la vida sexual de las mujeres encuestadas. La casi totalidad de ellas se había iniciado sexualmente (92%). Cuando se analizan los datos por edad, poco más de la mitad de las adolescentes reportan haberse iniciado sexualmente (52%). La edad de iniciación sexual que declararon las mujeres muestra una clara tendencia a disminuir en las edades más jóvenes. La edad media de inicio de las relaciones sexuales fue de 18 años. Para las mujeres de entre 15 y 19 años de edad la media se ubicó en 15 años, mientras que para aquellas que tienen entre 45 y 49 años, ésta fue de 19 años.

Las mujeres de los sectores de menores recursos socioeconómicos y menor nivel educativo inician su vida sexual activa en forma más temprana. Un 36% de las mujeres con menos de ciclo básico se inició a los 15 años o antes, frente al 12.5% de las mujeres con estudios terciarios.

El calendario de inicio sexual se ha adelantado para las generaciones más jóvenes: 52% de las mujeres que tienen entre 15 y 17 años ya se iniciaron sexualmente. Entre quienes hoy tienen de 19 a 35 años, la edad media fue de 17 años. En las mujeres que hoy tienen entre 36 y 49 años, la media fue a los 19 años de edad.

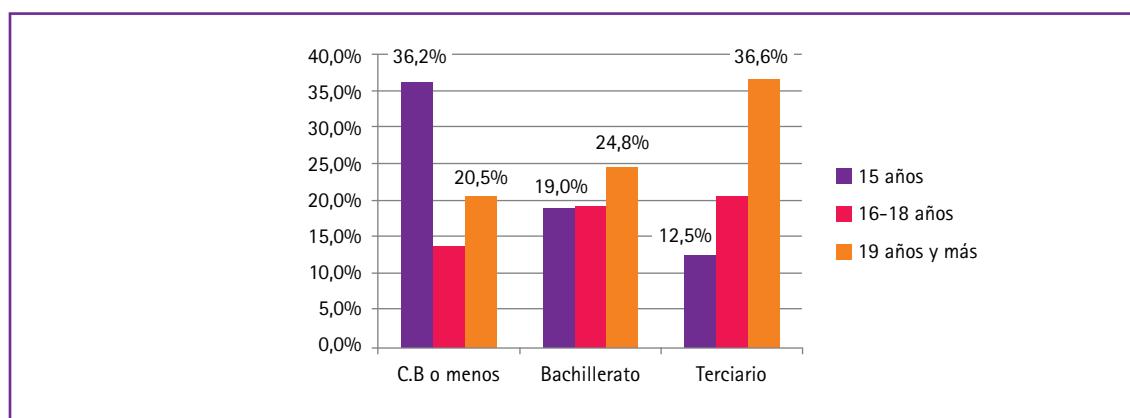
Cuadro 6. Edad media de inicio sexual por grupos quinquenales de edad. Población urbana y suburbana de Uruguay.

Edades quinquenales	Edad media de inicio sexual	Nº
15 a 19	15,31	99
20 a 24	16,52	136
25 a 29	17,19	156
30 a 34	17,12	166
35 a 39	17,86	152
40 a 44	18,39	149
45 a 49	19,34	177
Total	17,55	1035

Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

Al analizar los datos por nivel educativo, se observó una diferencia importante entre las que lograron ingresar en el nivel terciario, las que no completaron la secundaria superior y, más marcado aún, entre quienes no completaron el ciclo básico. En tanto, entre las mujeres que no completaron el ciclo básico, más de un 35% declaró haber iniciado su vida sexual activa con 15 años o menos; sólo un 19% y un 12,5% de las mujeres que cursaron bachillerato y nivel terciario, respectivamente, declararon haber dado inicio a su vida sexual activa en dichas edades. Estas diferencias dan cuenta de la importancia de la educación como factor que determina el acceso a bienes simbólicos, cognitivos, sociales y culturales y que favorece mejores condiciones para el inicio y ejercicio de la vida sexual. La literatura disponible ilustra acerca del papel de la educación como determinante estructural de la salud y su impacto en el acceso a las oportunidades y los derechos. En términos de salud sexual y reproductiva, el inicio sexual temprano está asociado a la ocurrencia de embarazo en la adolescencia, multiparidad y embarazo no deseado, entre otros aspectos relevantes (De Francisco, Dixon-Mueller, d'Arcanges, 2007).

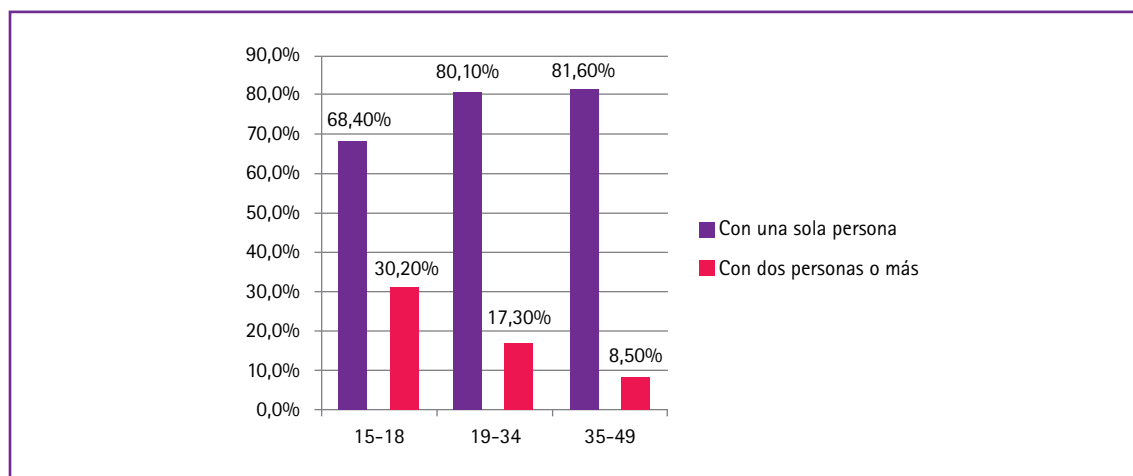
Gráfico 2. Edades en las que las mujeres declaran haber iniciado su vida sexual activa, por nivel educativo. Población urbana y suburbana de Uruguay, en porcentajes.



Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

Si las mujeres menos educadas son aquellas que empezaron a tener relaciones sexuales con anterioridad, son las mujeres más jóvenes las que presentan una mayor cantidad de compañeros sexuales. Poco más de un 30% de las adolescentes de entre 15 y 18 años declararon haber tenido dos o más compañeros sexuales en el último año, en tanto dicho porcentaje disminuye a menos del 9% en las mujeres mayores de 34 años. Esto puede relacionarse con las características subjetivas propias de la adolescencia como período de la vida donde la construcción identitaria adquiere especial relevancia y se expresa, entre otras, en prácticas sexuales más diversas.

Gráfico 3. Número de personas con quienes las mujeres declaran haber tenido relaciones sexuales en el último año, por edades. Población urbana y suburbana de Uruguay, en porcentajes.



Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

La mayoría de las mujeres declara haberse iniciado sexualmente con un novio (77.8%). Ello refleja la predominancia de mandatos de género respecto a la sexualidad de las mujeres, lo cual se refleja también en los motivos asociados a la primera relación sexual: por amor (54%), por deseo o atracción (21%), por curiosidad (12%) y en un porcentaje notablemente menor, por presión de la pareja (3%). No se observaron diferencias significativas por nivel educativo, tramos de edad o residencia.

El nivel de satisfacción respecto a la vida sexual fue señalado como muy satisfactorio por el 67% de las mujeres y 24% respondió estar algo satisfecha. No se observaron diferencias significativas por tramos de edad, nivel educativo o residencia. Vinculado con la satisfacción sexual, se buscó explorar la percepción de las mujeres sobre prácticas auto-eróticas como la masturbación. Se ofrecieron una serie de afirmaciones para conocer su grado de conformidad o acuerdo con ellas. En su mayoría (68%), las mujeres consideraron que la masturbación es una forma más de conseguir placer sexual. Mientras que 14% expresó estar en desacuerdo con la afirmación. Si se observan los resultados por tramos de edad y nivel educativo, se pueden constatar algunas diferencias, en particular quienes manifestaron mayor desacuerdo son las adolescentes (27%) y las mujeres con nivel educativo bajo (30%). El siguiente cuadro presenta los resultados obtenidos.

Cuadro 7. Opinión sobre la masturbación según tramos de edad y nivel educativo de las mujeres.

		15-18	19-34	35-49	Primaria	Ciclo básico ed. Media	Bachillerato	Terciario/ universitario
La masturbación es una práctica como cualquier otra, una forma más de conseguir placer sexual	Acuerdo	55,8%	69,4%	67,8%	46,5%	60,9%	69,5%	81,9%
	Ni acuerdo, ni desacuerdo	6,5%	9,5%	8,9%	9,9%	8,5%	9,3%	8,6%
	Desacuerdo	27,3%	13,3%	13,2%	29,6%	18,5%	11,9%	5,6%
	No sabe	6,5%	6,4%	7,6%	10,6%	10,3%	5,8%	3,3%
	No contesta	3,9%	1,4%	2,6%	3,5%	1,8%	3,5%	7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

Frente a la afirmación "las mujeres como yo no se masturban", más de la mitad (51%) desacuerdan con esa expresión, 23% acuerdan y 16% ni acuerdan ni desacuerdan. Este porcentaje tiene variaciones si se lo analiza por edades y nivel educativo. Las más jóvenes y las menos educadas presentan los porcentajes más elevados de acuerdo. Si bien la interpretación de estos resultados sobre variables poco exploradas en estudios previos exige cautela, se pueden trazar algunas hipótesis de trabajo vinculadas fundamentalmente a los mandatos de género respecto a la sexualidad de las mujeres, que determinan un sistema de permisos y prohibiciones sobre la "buena mujer", donde la masturbación es significada como una práctica moralmente inaceptable. En este sentido, la población adolescente y la población menos educada suelen ser portavoces de estereotipos sexuales y de género en mayor medida que otros sectores de la población.

Cuadro 8. Opinión sobre la masturbación, por tramos de edad y nivel educativo de las mujeres (II).

		Edad por Tramos Original			Nivel educativo por tramos			
		15-18	19-34	35-49	Primaria	Ciclo básico ed. media	Bachillerato	Terciario/ universitario
Las mujeres como yo no se masturban	Acuerdo	29,9%	20,9%	23,4%	39,9%	28,1%	18,6%	13,9%
	Ni acuerdo, ni desacuerdo	16,9%	14,5%	16,9%	15,4%	12,5%	21,5%	12,9%
	Desacuerdo	46,8%	54,1%	48,1%	30,1%	45,6%	48,9%	67,3%
	No sabe	3,9%	7,4%	7,8%	12,6%	9,3%	6,4%	4,0%
	No contesta	2,6%	3,0%	3,9%	2,1%	4,6%	4,5%	2,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

Ante la afirmación, "la masturbación es una práctica para mujeres que no tienen vida sexual o no están satisfechas", un tercio de las mujeres acuerdan con la afirmación, frente a casi la mitad que desacuerda (44%). Seis de cada 10 mujeres con nivel educativo bajo tienen la percepción que la práctica de la masturbación está asociada con la insatisfacción sexual, así como cuatro de cada 10 adolescentes. Esta observación se reafirma

frente a la frase "es normal que mujeres con vida sexual satisfactoria se masturben", al constatar que las mujeres con enseñanza primaria desacuerdan en el 43% de los casos, frente al 17% de las universitarias.

Por su parte, la mayoría considera que es una práctica habitual en adolescentes (62%) y en consonancia con ello apenas un 29% considera que es una práctica frecuente en mujeres adultas. Poco más de un tercio señala que no encuentra placer en masturbarse, no existiendo variaciones por tramos de edad pero sí por nivel educativo, donde en las mujeres con menor nivel educativo este porcentaje asciende casi a la mitad (49%).

CALENDARIO Y TRAYECTORIAS REPRODUCTIVAS

Del total de las mujeres encuestadas, 71% tenían hijos/as; 25% un hijo/a, 26% dos hijos/as, 12% tres hijos/as y 7% cuatro o más. En el caso de las adolescentes, 22.4% declararon tener un hijo/a. Del total de mujeres que no tenían hijos/as al momento de la encuesta (28.8%) el porcentaje mayor se concentra en las adolescentes (76%) y en las universitarias (45%), mientras que las mujeres con educación primaria se ubican en 12%.

Entre las mujeres que han tenido por lo menos un hijo/a, la media de edad de la mujer al nacimiento de su primer hijo/a fue de 16 años en adolescentes, 19 años en aquellas que tenían entre 20 y 24 años, 21 en aquellas entre 25 y 29 años y de 24 en aquellas entre 35 y 49 años. Se puede observar un incremento de la media de edad de la mujer al nacimiento del primer hijo/a y del primer embarazo en los grupos más añosos.

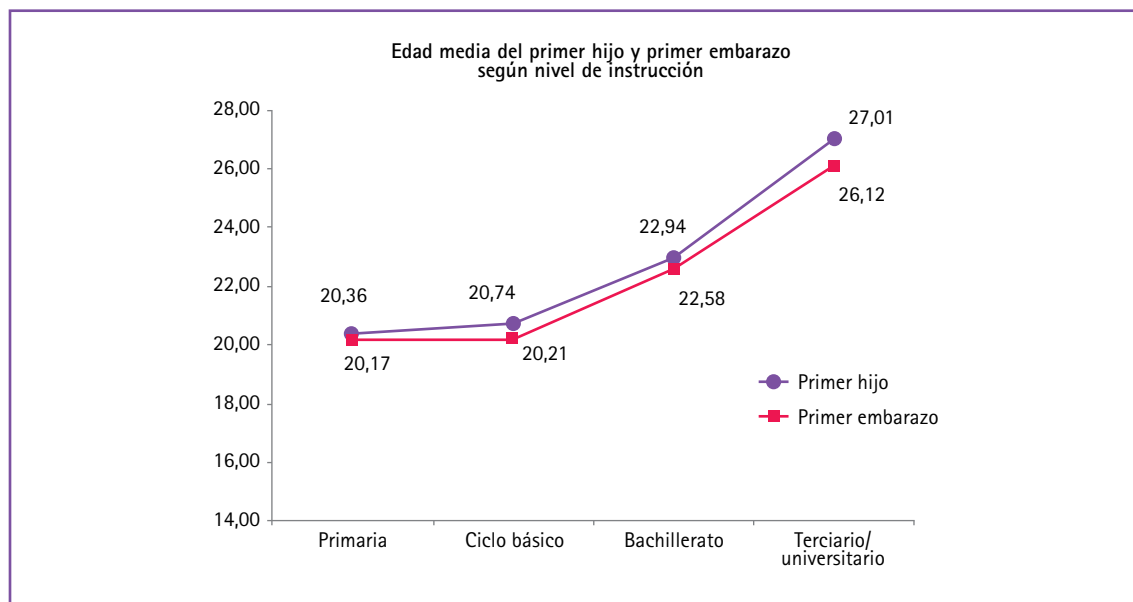
Cuadro 9. Edad media de la mujer al nacimiento de su primer hijo/a y primer embarazo por edades. Población urbana y suburbana de Uruguay.

Edades quinquenales	¿A qué edad tuvo su primer hijo/a?	¿A qué edad tuvo su primer embarazo?
15 a 19 años	16.27	16.00
20 a 24 años	18.93	18.72
25 a 29 años	20.66	20.55
30 a 34 años	22.70	22.53
35 a 39 años	23.73	23.26
40 a 44 años	24.99	24.68
45 a 49 años	24.44	23.86
Total	22.90	22.47

Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

Se observan también diferencias si se analizan estos datos por nivel educativo. En mujeres con estudios terciarios/universitarios, la media de edad al nacimiento del primer hijo/a se ubicó en 27 años, mientras que en las que tienen menos años de instrucción ésta desciende a 20 años, constatándose una diferencia de 7 años. Asimismo se puede observar una diferencia mayor entre la edad media al nacimiento del primer hijo/a y al primer embarazo en las mujeres con estudios terciarios, si se las compara con aquellas que tienen estudios primarios.

Gráfico 4. Media de edad de las mujeres al nacimiento del primer hijo/a y al primer embarazo por nivel educativo. Población urbana y suburbana de Uruguay.



Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

El número medio de hijas/os tenidos nacidos vivos acumulados a medida que avanza la edad es creciente, lo cual es esperable. En las mujeres que tienen entre 35 y 49 años, el promedio de hijas/os tenidos nacidos vivos declarados al momento de este estudio es apenas superior a 2. Si se observa la media de hijas/os tenidos en las mujeres de ese tramo de edad, desagregada en grupos de edad, se puede ver que ésta aumenta a medida que se avanza en la edad reproductiva.

Cuadro 10. Media de hijas/os en mujeres de entre 35 y 49 años, por grupos de edad. Población urbana y suburbana de Uruguay.

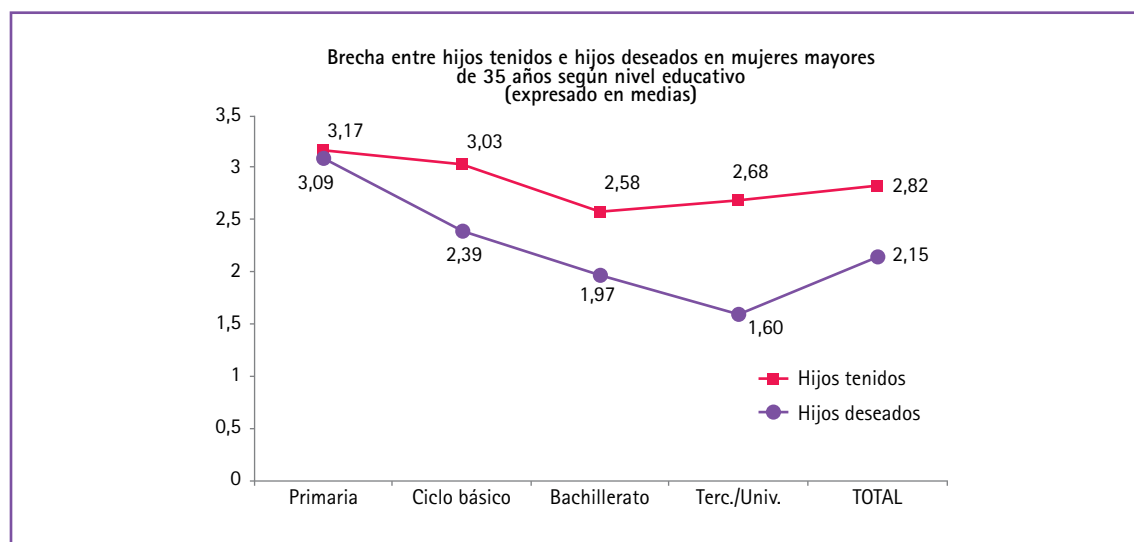
Tramos 35 a 49 años		¿Alguna vez ha tenido usted un hijo o hija?	Si usted pudiera elegir exactamente el número de hijos para tener en toda su vida, ¿cuántos hijos tendría o hubiera tenido?
35-39	Media	1,84	2,46
40-44	Media	2,26	3,05
45-49	Media	2,31	2,92
Total	Media	2,15	2,82

Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

El número medio de hijas/os tenidos por mujer se encuentra asociado al nivel educativo. Cuanto más alto es el número de años de estudio, el promedio de hijas/os que una mujer tiene a lo largo de su vida es menor. El siguiente gráfico ilustra la relación entre nivel educativo y cantidad media de hijas/os tenidos por las mujeres. Como puede observarse, si se analiza la trayectoria reproductiva de las mujeres de 35 a 49 años, en aquellas que tienen estudios primarios el número medio de hijas/os tenidos fue 3.09, mientras que para las universitarias

fue casi la mitad, ubicándose en 1.6 hijos. Se puede afirmar que cuanto mayor es el nivel educativo se acentúa la brecha entre hijas/os tenidos y número deseado de hijas/os. Esta brecha puede deberse a la edad de la mujer al nacimiento de su primer hijo/a, la cual es mayor en comparación a las mujeres con menor nivel educativo. Esto podría explicar la brecha mencionada para este grupo de mujeres vinculada al retraso en el inicio del calendario reproductivo y/o a la postergación de la maternidad, en la medida que ésta se ubica en el contexto de otras aspiraciones y proyectos profesionales y laborales. Dos patrones de reproducción diferentes, tal como hicimos referencia al comienzo de este artículo.

Gráfico 5. Brecha entre hijas/os tenidos e hijas/os deseados en mujeres de 35 años según nivel educativo. Población urbana y suburbana de Uruguay.

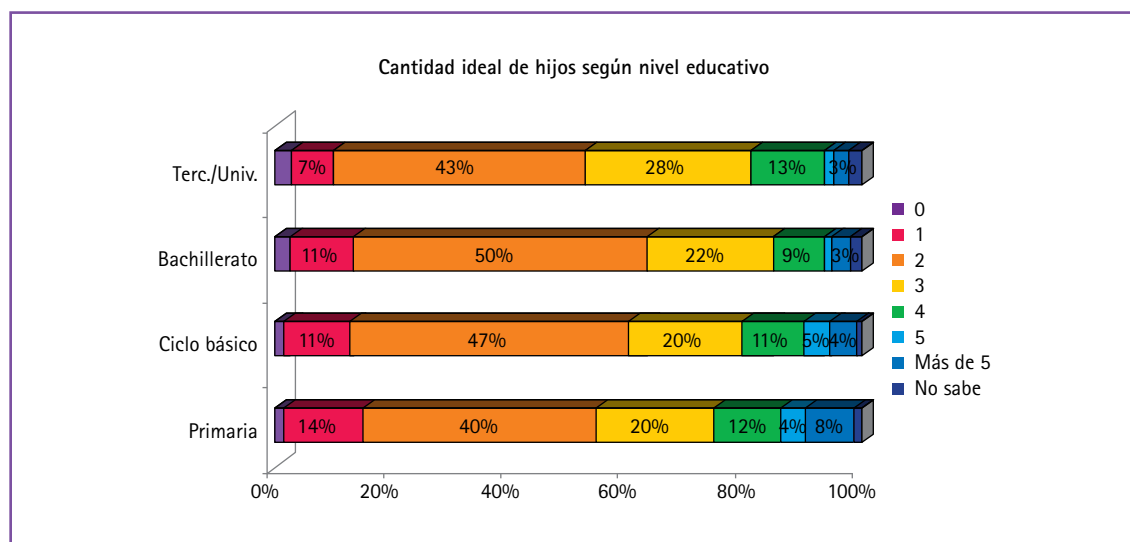


Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

Según estos resultados, en todos los casos las mujeres desean tener más hijas/os que los que efectivamente han tenido, independientemente del nivel educativo. Sin embargo, la brecha entre hijas/os deseados e hijas/os tenidos al momento del estudio es casi inexistente para las mujeres con estudios primarios, mientras que para las universitarias esa brecha se acrecienta sensiblemente. Tomando en cuenta que se trata de mujeres con capacidad para continuar con la vida reproductiva, es probable que las primeras superen el número deseado de hijos y que en las segundas la brecha se reduzca.

Al analizar los resultados respecto al **número ideal de hijas/os a tener**, dato obtenido a través de la pregunta "si usted pudiera elegir exactamente el número de hijas a tener, ¿cuántos hijos tendría o hubiese tenido?", el número desconcentra la mayoría de las respuestas (46%), seguido por tres hijos, con 23%.

Gráfico 6. Cantidad ideal de hijos declarado por las mujeres según nivel educativo. Población urbana y suburbana de Uruguay.



Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

La distribución por número ideal de hijas/os muestra algunas diferencias entre los distintos niveles educativos. En las mujeres con más de 12 años de estudio (universitarias/terciarias), el ideal de 3 hijos fue mayor (28%) que en las menos educadas (20%). Estos dos grupos fueron quienes, en mayor proporción, eligieron 4 como número ideal de hijos, con 12.5% y 11.6% de las respuestas, respectivamente. Las mujeres con menor educación son quienes en mayor medida señalan 5 y 6 como números ideales de hijas/os. Si se observa la población según grupos de edad, se aprecia que el número dos está marcando la tendencia en las preferencias de las generaciones más jóvenes. Mientras que 58% de las adolescentes prefieren dos hijas/os, 39% de las mujeres de 35 a 49 años acuerda con ese número.

En cuanto a la **condición de estudiante durante el último embarazo** y nacimiento del hijo/a, 27% de las mujeres reportaron haber estado en esa condición. Los guarismos más elevados se observan en mujeres con estudios de bachillerato (34%) y en universitarias (35.5%). De ellas, la mitad suspendió sus estudios y luego del parto sólo la mitad los pudo retomar, aunque no todas ellas lograron culminarlos.

Del total de mujeres con hijas/os, 55% estaba trabajando cuando su último embarazo. Las mujeres con mayor nivel educativo presentan porcentajes de inserción laboral más elevados, con estudios de bachillerato, el 59%, y universitarias, el 70.5%. Del total de mujeres insertas laboralmente, 28.5% no retornó al trabajo luego de la licencia maternal; aquellas con estudios primarios presentan guarismos más elevados (38%) en comparación con las universitarias (18%).

Estos datos son consistentes con otros estudios; las mujeres más educadas tienen mejores oportunidades de inserción laboral y de conciliar la vida reproductiva con la vida laboral-profesional. Por su parte, las mujeres con menor nivel educativo tienen menos condiciones materiales y subjetivas para articular la maternidad con el empleo.

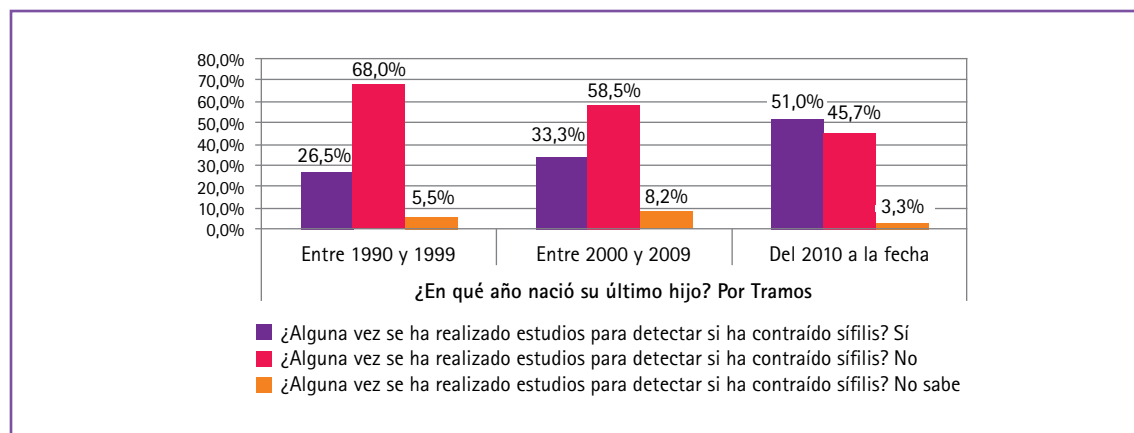
EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

Según el Ministerio de Salud Pública, el número esperado de consultas obstétricas de la mujer con embarazo normal debe ser al menos cinco. La frecuencia recomendada es una consulta mensual hasta la semana 32, quincenal hasta la semana 36 y semanal hasta el momento del parto. Las metas prestacionales del Sistema Nacional Integrado de Salud establecen un óptimo de seis consultas o más al momento del parto. Los resultados obtenidos muestran que prácticamente la totalidad de las mujeres reportan haber asistido a consulta obstétrica. Una amplia mayoría (91%) responde haber acudido a consulta a partir del primer trimestre de embarazo y 8% desde el segundo trimestre. Si se analizan los datos por tramos de edad, las adolescentes son las que presentan porcentajes más bajos en el primer trimestre (72%), al igual que las que tienen estudios primarios (82%).

En cuanto al **número de consultas**, 2% reporta haber asistido entre una y cuatro veces, 9% entre cuatro y ocho veces y la mayoría con nueve o más controles, o todas las veces que el profesional tratante se lo indicó. Las adolescentes y las que tienen estudios de primaria reportan menor número de controles, en comparación con los otros segmentos estudiados.

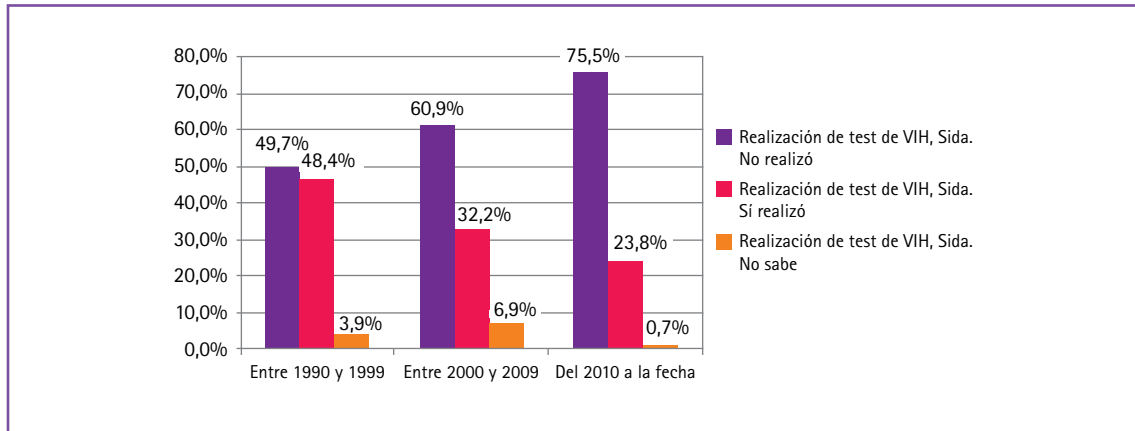
Respecto a la realización del test para la detección de la sífilis gestacional, el porcentaje de realización se incrementó de manera significativa en los últimos años. Sin embargo, entre quienes consultaron durante su embarazo a partir del año 2010, casi la mitad de las mujeres reporta no haber realizado este estudio. El porcentaje de realización del test de VIH es mayor, pero una cuarta parte de las mujeres reportan no haber realizado la prueba.

Gráfico 7. Realización del Test de sífilis en mujeres durante embarazo, según fecha de parto. Población urbana y suburbana de Uruguay.



Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

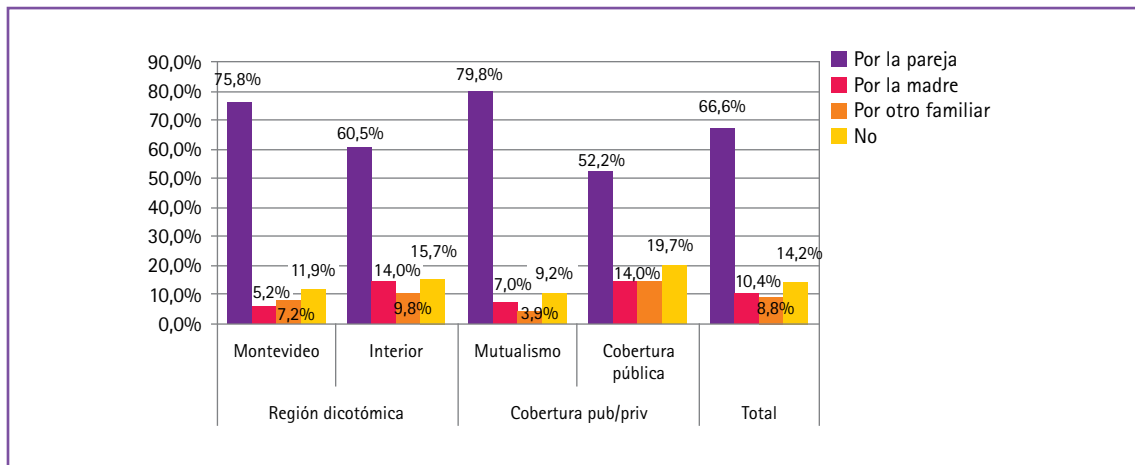
Gráfico 8. Realización del Test de VIH en mujeres durante embarazo, según fecha de parto. Población urbana y suburbana de Uruguay.



Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

En cuanto al acompañamiento durante el parto, el 86% de las mujeres cuyos partos fueron luego del año 2002 declara haber estado acompañada por una persona de su elección. Existen diferencias según lugar de residencia (Montevideo, interior), así como según seguro de salud, mutual o público. Los resultados son sensiblemente mejores a los obtenidos en un estudio con usuarias del sector público del año 2009, donde entre 45% y 55% de las mujeres reportaron no haber estado acompañadas (MYSU, 2009). En este caso, ese porcentaje desciende al 20% para el subsector público.

Gráfico 9. Acompañamiento durante el parto por persona de elección de la mujer, según región y tipo de aseguramiento. Población urbana y suburbana de Uruguay.



Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

En cuanto a la atención post parto, nueve de cada 10 mujeres respondieron haber asistido a consulta puerperal. Las mujeres con estudios primarios son quienes lo hicieron en menor medida. El motivo más mencionado para no hacerlo fue no sentir necesidad de ello. Respecto a la lactancia, la mayoría reporta haber amamantado a su hija/o (97%), siendo las adolescentes las que presentan porcentajes más bajos (84%). Las mujeres han amamantado en su gran mayoría hasta los 6 meses de forma exclusiva.

15.7% de las mujeres intentó embarazarse sin éxito; y de ellas, 60.5% realizó una consulta con el fin de acceder a un tratamiento para poder embarazarse. De ese porcentaje, sólo la mitad pudo realizarlo. Este dato es muy importante en términos de identificar la relación entre demanda de atención y servicios en tratamiento de la esterilidad y acceso a la reproducción asistida, los cuales no han sido ofrecidos dentro de las prestaciones en salud para las usuarias del SNIS.

ABORTO

Se exploró acerca de experiencias de aborto espontáneo: 18% de las mujeres respondió afirmativamente, de las cuales las más añosas y las que tienen estudios primarios reportan porcentajes más elevados (entorno al 25%).

Frente a la pregunta sobre la realización de abortos provocados, apenas un 5% respondió afirmativamente, la mayoría de ellas en una oportunidad (73%). Este bajo reporte (si se lo considera en relación a las estimaciones disponibles sobre aborto en el país) suele responder a la penalización de la práctica que estaba vigente en ese momento y al temor de las mujeres al estigma y la sanción moral. Los motivos asociados al aborto fueron el no deseo de maternidad y la edad. Un tercio de las mujeres buscó información y apoyo con amigos/as, mientras que 21% acudió a su centro de salud y 23.4% recurrió a la familia/pareja. En cuanto a la decisión, la mitad la compartió con su pareja y un tercio con su familia. Las mujeres reportan haber utilizado un método quirúrgico en el 47% de los casos, frene a 34% que mencionó el uso de misoprostol. En consonancia con el método utilizado, 46% lo realizó en una clínica privada y 36.5% de manera ambulatoria, en su casa o en la de un familiar o amistad. En cuanto al costo económico, una de cada cuatro pagó entre 1.000 y 3.000 pesos uruguayos, 12% entre 3.001 y 6.000, y 14% entre 6001 y 10.000 pesos. Casi la mitad acudió a su centro de salud luego de practicarse el aborto para un chequeo médico. Del total de mujeres entrevistadas, la mayoría (73%) manifestó tener la percepción de que el aborto es una práctica frecuente en el país.

CONOCIMIENTO Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Si bien el porcentaje total de mujeres con vida sexual activa que ha realizado consultas ginecológicas se ubica en el entorno del 90%, en las más jóvenes este porcentaje desciende a 67%. Asimismo cuando se especifica ese guarismo para las mujeres jóvenes con nivel educativo bajo, casi 43% declaró haber iniciado su vida sexual activa pero no haber realizado un chequeo ginecológico. Estas brechas están indicando un déficit de acceso oportuno a información y atención, precisamente donde ésta resulta más necesaria: al inicio de la vida sexual activa y en los sectores de menores recursos.

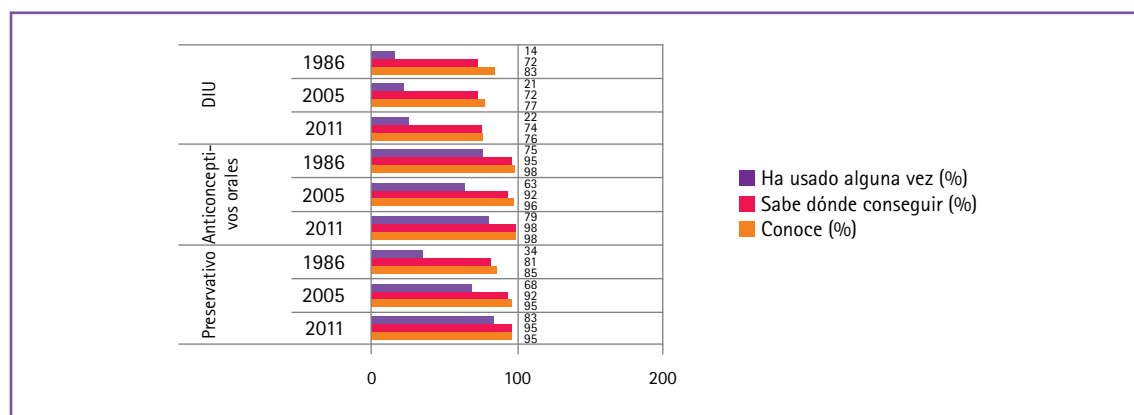
Un indicador relevante en salud sexual y reproductiva es el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en las mujeres con actividad sexual. Este tipo de indicadores es considerado como una medida síntesis de acceso a la salud sexual y reproductiva, así como del éxito de los programas, y ha sido ampliamente utilizado como medida para la comparación internacional. Según señala un estudio patrocinado por Celade-Cepal, la principal ventaja del uso de anticonceptivos como indicador del acceso universal a la salud reproductiva es su inclusión regular en los estudios reproductivos y su relación demostrada con la TGF (Dixon-Mueller y Germain, 2007) y

que, generalmente, el alto uso de anticonceptivos va de la mano de tasas bajas de fecundidad (Jiménez, Aliaga y Rodríguez Vignoli, 2011). Según el Estado de la Población Mundial 2012, a nivel global la tasa de prevalencia de métodos anticonceptivos se ubica en 63% para el uso de cualquier método y en 57% para el uso de métodos modernos (UNFPA, 2012). A nivel regional la tasa es de 73% y 67%, respectivamente. Uruguay presenta datos alentadores, con tasas de 77% y 75%, siendo sólo superado en la región por Brasil.⁸

Sin embargo, por la forma en que dicho indicador se construye para fines comparables, no captura ni la totalidad del universo potencialmente usuario, ni las brechas al interior de este grupo de población, así como tampoco la intensidad y consistencia del uso considerado "necesario" de los métodos. Se presentan dos indicadores en este sentido; si algún tipo de método anticonceptivo fue utilizado en la primera relación sexual y si en la última relación sexual se utilizó algún método. Estos indicadores no se restringen a las mujeres casadas o conviviendo en pareja estable, sino a todas aquellas con actividad sexual.

El siguiente gráfico presenta los resultados sobre conocimiento y uso, alguna vez, de tres métodos anticonceptivos, obtenidos en 1986 mediante la Encuesta Nacional de Fecundidad, en 2005 mediante el Proyecto Género y Generaciones y en 2011/2012 mediante este estudio. Si bien los universos de estudio no son estrictamente comparables, permite identificar algunas tendencias en la información y uso de anticonceptivos en las mujeres uruguayas en los últimos 25 años.

Gráfico 10. Nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos alguna vez, según tipo de método, en porcentajes. Población urbana y suburbana (1986, mujeres 15 a 59 años), población urbana y suburbana (2005, mujeres 15 a 59 años), población urbana y suburbana (2011/2012, mujeres 15 a 49 años).



Fuentes: Encuesta Nacional de Fecundidad, INE 1986; Proyecto Género y Generaciones, UNFPA, MSP, UR, INE, MYSU, 2005; estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas, MYSU, 2012.

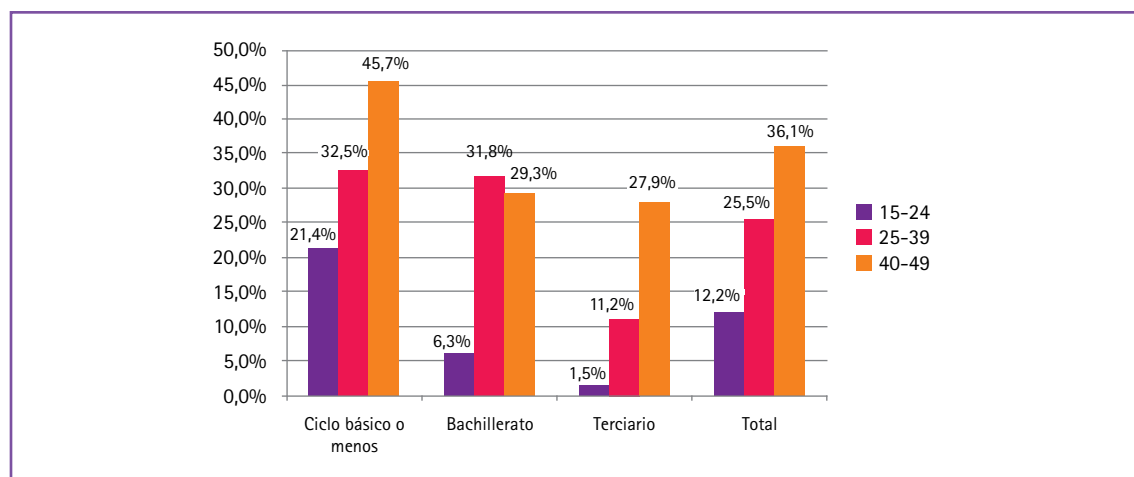
Como puede observarse, hubo un incremento sensible en el uso de DIU entre 1986 y 2005 y el porcentaje se mantiene estable para 2012, con 23%. Con los anticonceptivos orales hubo un marcado descenso de uso para 2005 y una recuperación en el porcentaje para 2012, asociado probablemente a la disponibilidad gratuita o a bajo costo bolsillo de este método en los servicios de salud en los últimos años. El preservativo masculino es el que presenta una pauta de mayor incremento en el período, de 34% en 1986 a 83% en 2012, asociado a una amplia difusión de este recurso en el marco de las campañas de prevención de ITS y VIH.

⁸ Información disponible en <http://www.unfpa.org.uy/informacion/se-presenta-el-informe-mundial-de-poblacion-2012.html> (recuperado el 25/05/2013).

Casi la totalidad de las mujeres consultadas declararon en forma espontánea conocer, al menos, dos métodos clásicos: preservativo (98%) y pastillas (95%). En las mujeres que han iniciado su vida sexual activa el porcentaje aumenta levemente. Cabe destacar también el bajo porcentaje de declaración de otros métodos. De todos ellos, tan sólo el DIU alcanza porcentajes importantes (76% en la población general y casi 78% en la población de mujeres con actividad sexual). Le siguen el diafragma (22%) y la ligadura de trompas (18%), siendo ya muy bajo el conocimiento de otros métodos. Es llamativo el bajo conocimiento espontáneo de la anticoncepción de emergencia (22%), siendo que se trata de un método de venta libre en el país hace ya varios años y disponible en los servicios de salud.

Respecto al DIU, si los resultados se analizan por edades, las adolescentes son las que reportaron más bajo conocimiento (52.7%) así como las mujeres con menor nivel educativo (67.3%) frente a las más educadas (85.6%). Su uso se incrementa a medida que se avanza en edad, 20.4% entre quienes tienen de 19 a 35 años y 33% entre quienes tienen de 36 a 49 años. También se evidencian diferencias relevantes por nivel educativo. A pesar de ser quienes reportan menor conocimiento de este método, las mujeres menos educadas lo han usado en porcentajes superiores (38%) en comparación con las universitarias (13.4%). No se observan diferencias por región ni por tipo de cobertura de salud.

Gráfico 11. Distribución de mujeres que declaran haber usado DIU alguna vez en su vida, por nivel educativo y edades. Población urbana y suburbana de Uruguay.



Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

Un resultado positivo es la alta proporción de mujeres que manifestaron haber hecho uso de algún método en su última relación sexual (87%). Es también alentador que en este último indicador las diferencias por nivel educativos hayan sido mínimas. Es importante señalar que la enorme mayoría representa casos de uso de anticoncepción moderna, predominando en orden descendente el preservativo (42%), las pastillas (32%), el DIU (14.8%) y la ligadura tubaria (6.8%).

Es interesante también analizar dónde las mujeres obtuvieron información sobre métodos anticonceptivos y ver el comportamiento de esta variable por edades y por nivel educativo. Las respuestas muestran que el servicio de salud ocupa el primer lugar (43%), seguido por la educación pública (29.5%), la familia (28%) y amigas/os (19%). Las mujeres más añosas refieren en mayor medida el servicio de salud (49%), así como también lo hicieron las

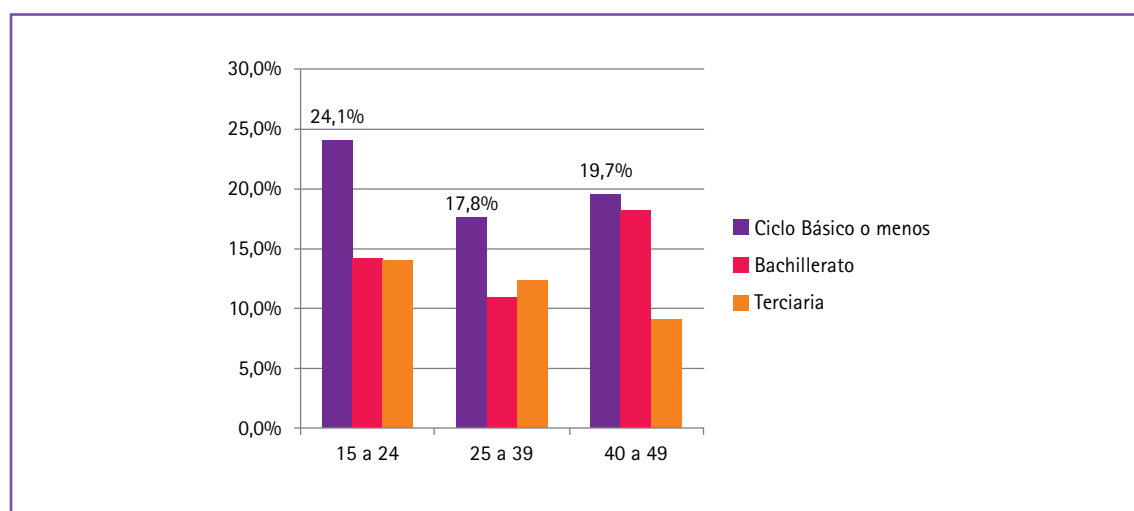
mujeres con nivel educativo bajo (56.5%). La educación pública fue referida en mayor medida por las adolescentes (42%) y por las mujeres con nivel universitario (38%).

El acceso a los métodos anticonceptivos presenta una pauta deseable, aunque no completamente virtuosa, donde los sectores de menores recursos acceden a métodos subsidiados o gratuitos en mayor medida que los sectores medios y altos. El porcentaje de mujeres que accede a métodos en farmacia o comercio (como proxy de gasto de bolsillo) es notoriamente más alto (casi 70%) en los sectores de mayores recursos y educación, en tanto que el acceso a estos métodos por la vía subsidiada (a través de los servicios del SNIS) crece en los sectores de menores ingresos y educación, alcanzando a casi el 50% de las mujeres en dichos sectores (contra un 22% en los sectores de mayor educación).

Poco menos de la mitad de las mujeres había solicitado el método anticonceptivo en su centro de salud (44%), siendo las adolescentes quienes lo hicieron en menor medida. Casi tres de cada 10 mujeres solicitaron colocación de DIU en su centro de salud y 14% declaró no haber podido acceder a este método en su servicio, fundamentalmente en el sector privado o mutual. Los motivos por los cuales no accedieron fueron principalmente no contar con recursos económicos y no haber disponibilidad de DIU en el servicio.

Finalmente, si se analizan los resultados en términos de uso de método anticonceptivo dependiente de la sola voluntad de las mujeres, en la última relación sexual, 57% de las mujeres se encuentra en esta situación. Dicho porcentaje se incrementa con la edad. También varía con el número de parejas sexuales. Resulta claro que un porcentaje muy importante de mujeres no controla por sí misma el método anticonceptivo. Dicho de otra forma, muchas mujeres dependen del acuerdo con sus parejas sexuales (es decir de las condiciones de negociación sexual) para el uso de métodos anticonceptivos. Al analizar cómo las mujeres refirieron comportarse ante la negativa eventual de sus parejas al uso de preservativo, los resultados muestran que casi 25% de las más jóvenes y con menor nivel educativo mencionaron sentir impotencia a la hora de negociar con sus parejas; en tanto, poco menos de 15% de las mujeres con niveles educativos superiores se encontraron en similar situación.

Gráfico 12. Mujeres que declaran que frente a la negativa de su pareja a usar preservativo no pueden hacer nada, por edad y nivel educativo, en porcentaje. Población urbana y suburbana de Uruguay.



Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

70% de las mujeres de los sectores de mayores recursos y educación accede a los métodos anticonceptivos a través de farmacia o comercio. El acceso a métodos gratuitos o subsidiados a través de ASSE u otros servicios públicos es declarado por el 50% de las mujeres. Por su parte, de las que tienen cobertura mutual, apenas el 20% accede a los métodos en sus servicios de salud. Se trata de un asunto crítico que debe motivar acciones urgentes para eliminar las barreras de accesibilidad a los métodos anticonceptivos en el marco del SNIS, garantizando así mejores condiciones para el ejercicio de los derechos reproductivos.

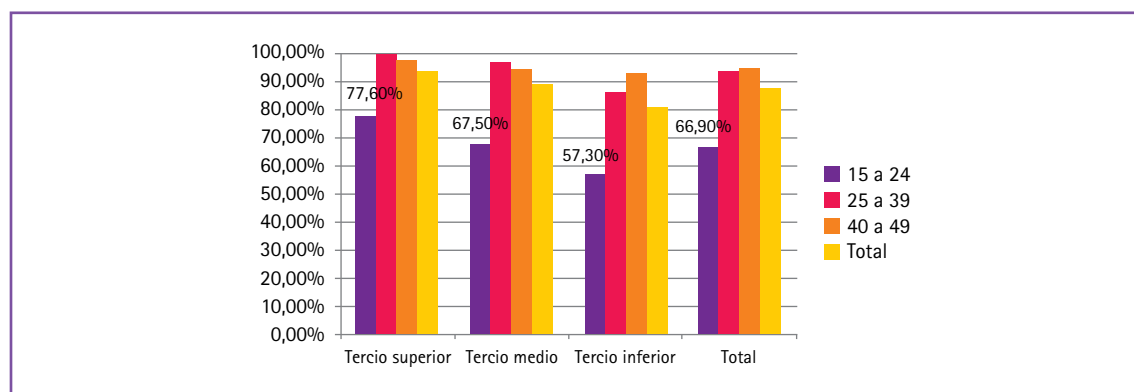
ACCESO A CHEQUEO GINECOLÓGICO Y DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER GÉNITO-MAMARIO

El inicio de la vida sexual debería estar acompañado y/o precedido de consultas en salud sexual y reproductiva. El porcentaje de mujeres que han realizado chequeos ginecológicos es amplio en Uruguay. Sin embargo, al analizar este dato desde diversos ángulos, se observan diferencias en el acceso a la atención oportuna que deben ser considerados. La información y uso de servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, universales, oportunos y respetuosos de los derechos es un aspecto clave en el desarrollo de estrategias de prevención y promoción del cuidado en salud.

90% de las mujeres con vida sexual activa ha realizado consultas ginecológicas y/o en salud sexual y reproductiva alguna vez en su vida. Este porcentaje desciende a 67% en mujeres de entre 15 y 24 años.

Cuando se analizan los datos para las mujeres jóvenes con menor nivel socio-económico, casi un 43% de ellas declaran haber iniciado su vida sexual activa pero no haber realizado una consulta ginecológica. Si se contrasta esta información con la ya referida sobre inicio de vida sexual activa, resulta claro que donde se concentra el inicio temprano (antes de los 15 años y entre los 15 y 18 años) es también donde más marcadas son las brechas de acceso a la atención en salud sexual y reproductiva.

Gráfico 13. Porcentaje de mujeres con vida sexual activa que declaran haber realizado consultas ginecológicas, por edad y nivel socio-económico. Población urbana y suburbana de Uruguay.

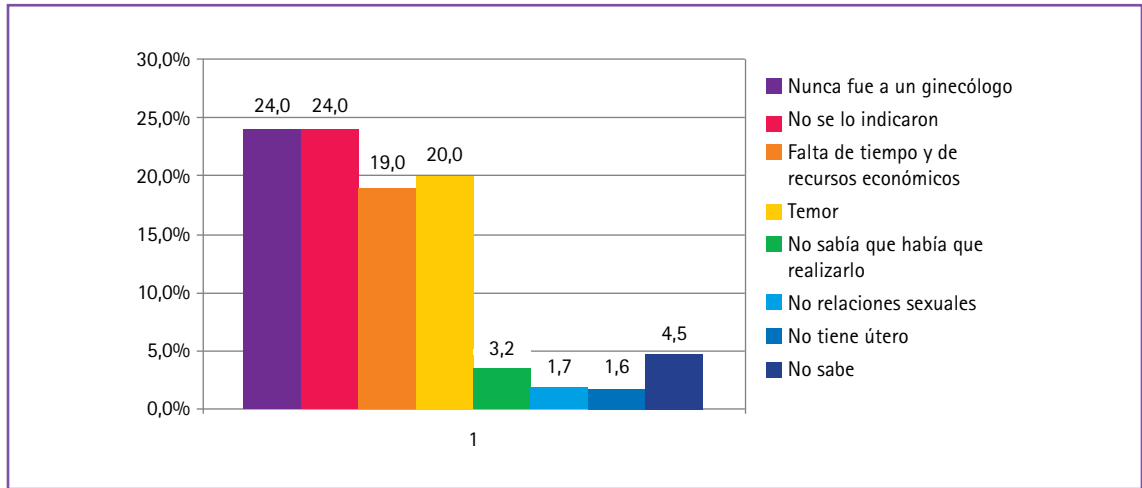


Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

69% de las mujeres reportaron, en los últimos dos años, la realización del estudio de Papanicolaou (PAP), recurso eficaz en la prevención del cáncer de cuello uterino. 30% de las mujeres no lo hicieron en ese período y 16% nunca se lo realizaron. Las mujeres con mayor educación, las que cuentan con cobertura mutual y las

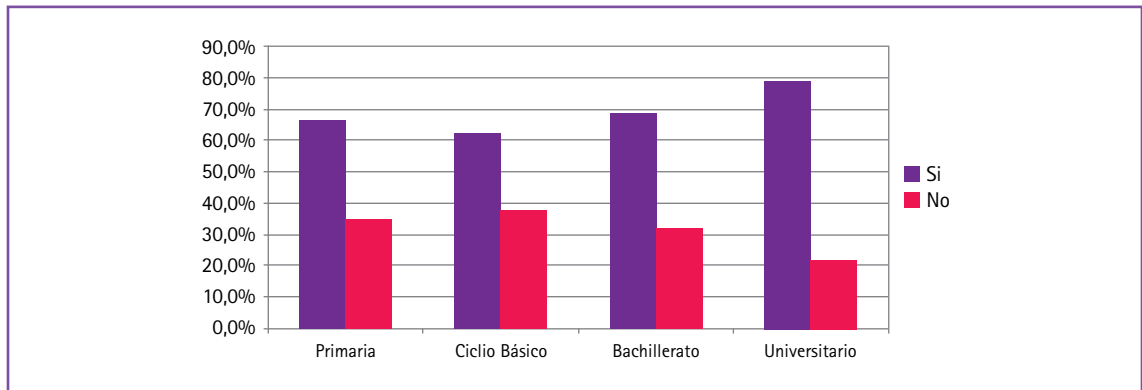
montevideanas fueron examinadas en mayor proporción que las mujeres con niveles educativos más bajos, aquellas que se asisten en ASSE y las residentes en departamentos del interior del país.

Gráfico 14. Distribución de motivos para la no realización del PAP en los últimos dos años. Población urbana y suburbana de Uruguay.



Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

Gráfico 15. Distribución de realización de examen de mama en consulta ginecológica en mujeres, por nivel educativo. Población urbana y suburbana de Uruguay.



Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Un conjunto de preguntas exploraron la información que disponen las mujeres sobre distintas infecciones de transmisión sexual (ITS) y formas de prevención, así como sobre la realización de estudios preventivos.

El siguiente cuadro sintetiza el reconocimiento de las mujeres sobre distintas ITS mencionadas por la encuestadora.

Cuadro 11. Conocimiento de Infecciones de Transmisión Sexual por tipo de infección en mujeres. Población urbana y suburbana de Uruguay.

Tipo de Infección	Conoce (%)	No conoce (%)	Total
VIH – Sida	94,1%	5,9%	100,00%
Sífilis	68,5%	31,5%	100,00%
Gonorrea	42,6%	57,4%	100,00%
Herpes Genital	15,2%	84,7%	100,00%
Uretritis gonocócica	2,9%	97,1%	100,00%
HPV (Virus papiloma humano)	21,5%	78,5%	100,00%
Hepatitis B	13,7%	86,3%	100,00%
Otra ITS	2,6%	97,4%	100,00%

Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

El análisis de esta información evidencia que el VIH/sida es identificado como ITS por la gran mayoría de las mujeres encuestadas, muy por encima de otras infecciones. La sífilis ocupa el segundo lugar de referencia, si bien sólo siete de cada 10 mujeres la menciona. El bajo conocimiento sobre el HPV es un dato importante para el desarrollo de campañas de prevención de cáncer de cuello uterino así como para mejorar la capacidad institucional de los servicios de salud de informar a sus usuarias sobre la relación entre HPV, vida sexual, cáncer de cuello uterino y realización de PAP.

Cuando las respuestas se analizan por edades y nivel educativo se puede evidenciar que las mujeres con educación primaria, así como la población adolescente, presentan porcentajes notablemente más bajos en la identificación de estas ITS. Por ejemplo, en el caso de sífilis, mientras el 80% de mujeres universitarias la reconoce, apenas la mitad de las mujeres con educación primaria lo hace. O, mientras la mitad de las adolescentes mencionan conocerla, el 70% de las mujeres mayores de 19 años lo hace. Los altos porcentajes de reconocimiento del VIH/sida no evidencian diferencias importantes si la información se desagrega por distintas variables, pero eso sí sucede con casi todas las restantes. En el caso del HPV, mientras 34% de las universitarias lo mencionan, apenas el 4% de las mujeres con enseñanza primaria lo hacen.

Otro conjunto de preguntas buscaron explorar la información disponible para la prevención de las ITS con que las mujeres cuentan. Para ello se ofrecieron frases con afirmaciones vinculadas a la prevención de ITS, ante las cuales debían responder Verdadero o Falso. El siguiente cuadro presenta los resultados.

Cuadro 12. Conocimiento sobre estrategias para prevenir infecciones de transmisión sexual en mujeres. Población urbana y suburbana de Uruguay.

Afirmación	Verdadero (%)	Falso (%)	No Sabe (%)
Elegir cuidadosamente a la pareja.	60,9%	36%	3,1%
Pareja única mutuamente fiel	82,9%	15,2%	1,9%
Usar preservativo en toda relación sexual	96,2%	2,4%	1,4%
No tocar a personas con VIH	13,1%	84%	2,9%
No compartir mate con personas no conocidas	24,7%	71,6%	3,7%
Lavarse genitales luego de la relación sexual	36,8%	56,9%	6,3%
Coitus interruptus	12,9%	72,8%	14,3%
Hacerse test de VIH regularmente	56,5%	40%	3,5%
No compartiendo jeringas	93%	5,4%	1,6%
No teniendo sexo anal	36%	48,4%	14,9%
No teniendo sexo oral	36,1%	48,8%	14,4%
No teniendo sexo con personas del mismo sexo	17,7%	70,9%	10,5%

Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

Analizando los resultados en su conjunto, las mujeres reconocieron como verdaderas las opciones que clásicamente han constituido los ejes de las campañas preventivas y educativas en la prevención de VIH/sida: el uso de preservativo (96%), la pareja única y fiel (83%) y no compartir jeringas (93%). Al parecer el discurso técnico de lo "correcto" coexiste con prejuicios, desinformaciones y prácticas discriminatorias que se observan en el conjunto de las respuestas. Estos modos de comprender las ITS tienen efectos directos en los comportamientos sexuales y en la salud de las mujeres al exponerlas a situaciones de riesgo, así como son un analizador sobre la apropiación y ejercicio de sus derechos sexuales.

Tal como se señaló anteriormente, se observó que 61% considera que "la elección cuidadosa de la pareja" es una medida preventiva. Es altamente improbable que esta elevada proporción de la población incluya en la noción de "elección cuidadosa" la realización de un estudio de laboratorio de VIH. Más bien parece insinuar una actitud de "diagnosticar" a la eventual pareja, tomando en cuenta sus hábitos, antecedentes de prácticas sexuales, confianza, etc. Asimismo, 36% adjudicó carácter de preventiva a la práctica de lavarse los genitales luego de las relaciones sexuales, y una de cada cuatro valoró como tal la opción de no compartir el mate.

Más de una de cada 10 considera que no tocar a las personas con VIH es una práctica preventiva y un porcentaje mayor considera que también lo es el no mantener relaciones sexuales con personas del mismo sexo. Estas representaciones sociales están anudadas con ideas y prácticas discriminatorias que persisten en presentarse como medidas preventivas para la reducción de riesgos.

Cuando se analizan los resultados en función de algunas variables se evidencia que, en términos generales, las mujeres con estudios primarios y medios y las adolescentes son quienes presentan porcentajes más elevados de prejuicio y desconocimiento sobre prácticas preventivas.

Los resultados muestran que, con excepción de VIH, sífilis y HPV, en el resto de las ITS las mujeres no se han realizado estudios de detección oportuna y/o estudios preventivos. En el caso de VIH, 51% de las mujeres reporta haberse realizado el test, en el caso de HPV, 39.5% y 28% para sífilis. En todos ellos se observa que las

adolescentes y las mujeres sin hijas/os son quienes reportan en más baja proporción. En estas tres situaciones, aproximadamente la mitad de las mujeres refirieron haberse realizado los estudios en los últimos 12 meses. Aquellas a las que les fue detectada una ITS, en porcentajes menores al 10%, en su mayoría mencionaron haber sido atendidas y tratadas en su centro de salud.

Que cuatro de cada 10 mujeres reporten haberse realizado estudios sobre HPV no es consistente con los resultados obtenidos respecto a PAP (7 de cada 10) reforzando la hipótesis sobre la desinformación respecto de la relación entre HPV, cáncer de cuello uterino, vida sexual y realización de PAP que señalamos anteriormente.

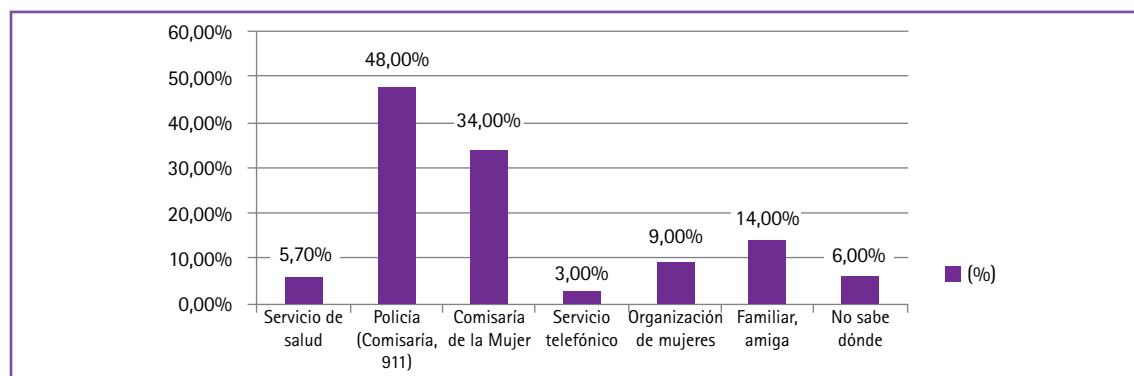
VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

Se buscó explorar la percepción de las mujeres sobre las formas más frecuentes de violencia de género. La violencia física (golpes, maltrato físico) es la más identificada por las mujeres (81%), seguida por la violencia psicológica (insultos, gritos, amenazas, etc.), con 71%. En porcentajes notablemente más bajos se ubican la violencia sexual (14%) y la violencia económica y patrimonial (5.2%). Si se analizan estos resultados por nivel educativo, se observan diferencias importantes: la violencia psicológica es menos reconocida por las mujeres con estudios primarios (51%), en comparación con las universitarias (84%). Este tipo de violencia es más identificada por las montevideanas (76%), en comparación con las del interior (67%).

Por tramos de edad no se observan diferencias relevantes, excepto respecto a la violencia sexual, que es más reconocida por las adolescentes (23%). Si se observan los datos por región, las mujeres del interior reconocen en mayor medida la violencia sexual (17%), en comparación con las montevideanas (9%); lo mismo sucede con la violencia física.

Respecto a la información sobre dónde recurrir en caso de vivir situaciones de violencia, las mujeres identificaron en primer lugar la Policía (911, comisarías) con 48%; en segundo lugar la Comisaría de la Mujer (34%), seguida por familiar o amistad (14%). El resto de los posibles lugares fueron señalados en porcentajes muy bajos, a saber: organización de mujeres (9%), centro de salud (5.7%), servicio telefónico (3%). Un porcentaje menor (6%) señaló no saber a dónde acudir. Las instituciones educativas no son referidas, excepto por el 1.6% de las adolescentes. Las universitarias, las que cuentan con cobertura mutual y las montevideanas mencionan en mayor medida a ONGs de mujeres. Por su parte, las mujeres del interior lo hacen en mayor porcentaje respecto a la Comisaría de la Mujer. Como puede observarse, el centro de salud no aparece como una opción para las mujeres.

Gráfico 16. Lugares donde acudir en caso de situación de violencia doméstica y/o conyugal, según mujeres. Población urbana y suburbana de Uruguay.



Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

Se preguntó sobre experiencias de violencia de género que las mujeres hayan vivido alguna vez en su vida: 29% respondió afirmativamente, frente a 62% que lo hizo de manera negativa; 9% rehusó contestar. El siguiente cuadro presenta la distribución por tipo de violencia.

Cuadro 13. Tipo de violencia declarada por las mujeres. Población urbana y suburbana de Uruguay.

Tipo de violencia vivida reportada por las mujeres	%
Física	18,9%
Psicológica	24,2%
Sexual	2,2%
Económica	3,5%

Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

Si se analizan los datos desagregados, se puede observar que la violencia física, psicológica y sexual es reportada en mayor medida por mujeres con educación primaria (29%, 37% y 4%, respectivamente). Las mujeres con cobertura pública de salud reportan más en todos los casos.

En cuanto a los lugares donde pidieron asistencia frente a la situación vivida, la policía es mencionada en primer lugar (22%), seguida por familiar (18%), Comisaría de la Mujer (13%), centro de salud (7%) y ONG (2%). Un tercio de las mujeres no pidió ayuda en ningún lugar.

ACCESO A SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Mediante un conjunto de preguntas, se buscó conocer sobre el acceso a los servicios de salud para recibir atención en asuntos vinculados a la salud sexual y reproductiva (SSR), tomando dos períodos de tiempo: entre 2008-2009 y entre 2010-2011, a los efectos de observar si se produjeron variaciones a partir de la aprobación de la Ley N° 18.426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva (2008) y su puesta en marcha en el Sistema Nacional Integrado de Salud a partir de enero de 2011.

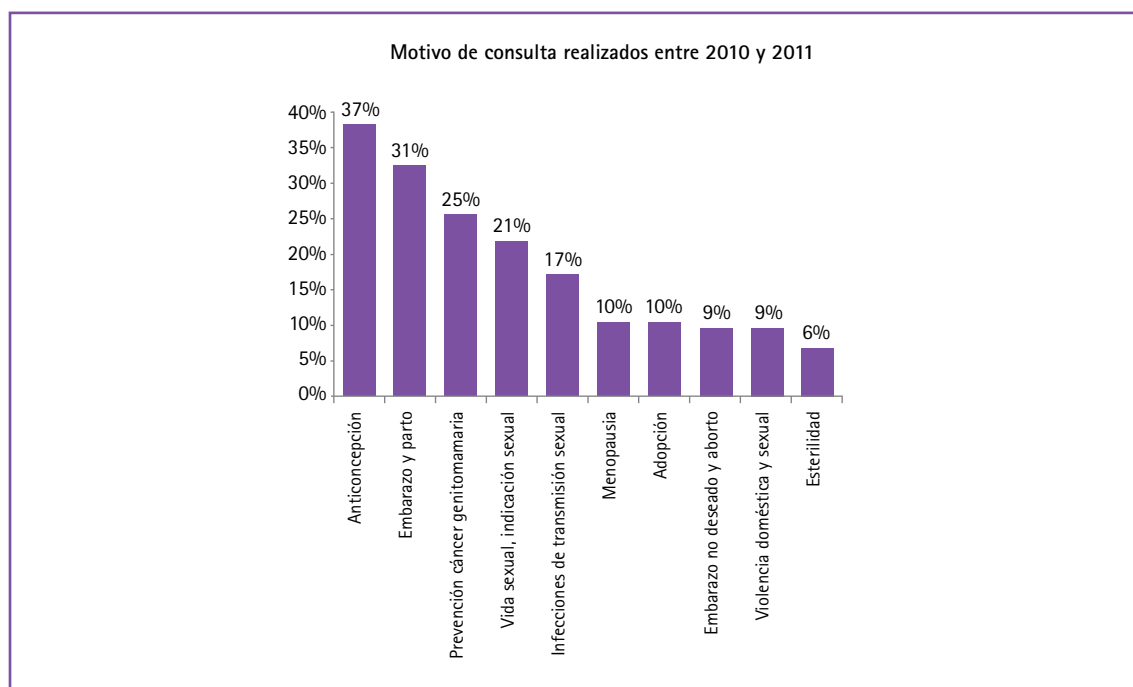
Para el período 2008-2009, 24% de las mujeres encuestadas declararon haber asistido alguna vez a su centro de salud a consultar por asuntos de SSR. Ese porcentaje se incrementa muy levemente para los años 2010-2011, ubicándose en 27.4%, siendo las adolescentes quienes reportan en mayor medida (45.5%) en comparación con otros grupos etarios.

Estos resultados motivan algunas posibles interpretaciones. Por un lado, podría considerarse que las mujeres no integran bajo la denominación "salud sexual y reproductiva" un conjunto de prestaciones que se brindan históricamente en los servicios de salud (atención del embarazo y parto, controles ginecológicos, realización de PAP, etc.), en la medida que este estudio arroja otros resultados sobre las mencionadas prestaciones, un poco más alentadores. Si se trabaja en base a esta hipótesis, podría plantearse que el reconocimiento de la salud sexual y reproductiva como campo que integra distintas dimensiones y componentes de la atención sanitaria está aún lejos de ser así conceptualizada por las mujeres encuestadas. Ello puede responder, entre otros factores, a una estrategia insuficiente de promoción del derecho a la salud sexual y reproductiva desde las políticas públicas y en particular por parte de los servicios de salud, lo cual se puede ver reforzado con una actitud poco activa de los/as profesionales de la salud, en términos de brindar información a la población usuaria y de incorporar un enfoque integral en la atención.

Si se analizan los **motivos de consulta** por los cuales las mujeres acudieron a los servicios de salud sexual y reproductiva, se puede observar que el porcentaje mayor de respuestas se concentra en consultas por anticoncepción (37%), seguidas por consultas por atención de embarazo y parto (31%) y, en tercer lugar, por prevención de cáncer cérvico-uterino (25%).

El bajo porcentaje de consultas vinculadas a violencia doméstica y sexual o prevención de aborto de riesgo podría indicar que, a pesar de los avances registrados en la visibilidad de estos asuntos en la agenda pública y en las políticas de salud, parecería que las mujeres no identifican los servicios de salud en tanto espacios donde acudir frente a estas necesidades de atención. En este sentido, parece importante revisar si las estrategias implementadas hasta el momento son suficientes y/o adecuadas como respuesta institucional frente a problemas "no tradicionales" en salud sexual y reproductiva.

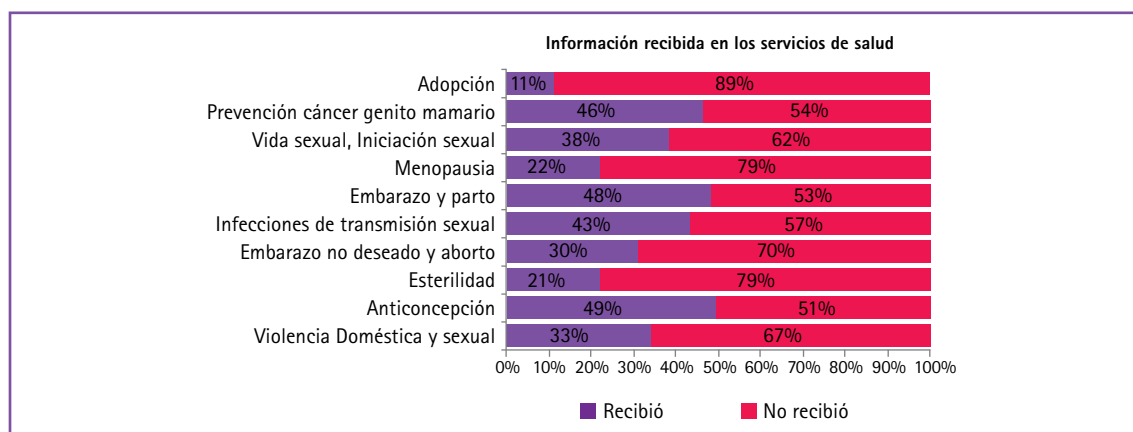
Gráfico 17. Motivos de consulta en salud sexual y reproductiva reportados por las mujeres en período 2010–2011. Población urbana y suburbana de Uruguay.



Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

En esa dirección los resultados sobre información recibida en los servicios de salud muestran resultados preocupantes. A las mujeres que sí acudieron (27.4%) se les preguntó si *"durante los años 2010 y 2011, en su centro de salud le dieron información sobre atención en..."*.

Cuadro 14. Información recibida en los servicios de salud por componente en salud sexual y reproductiva. Población urbana y suburbana de Uruguay.

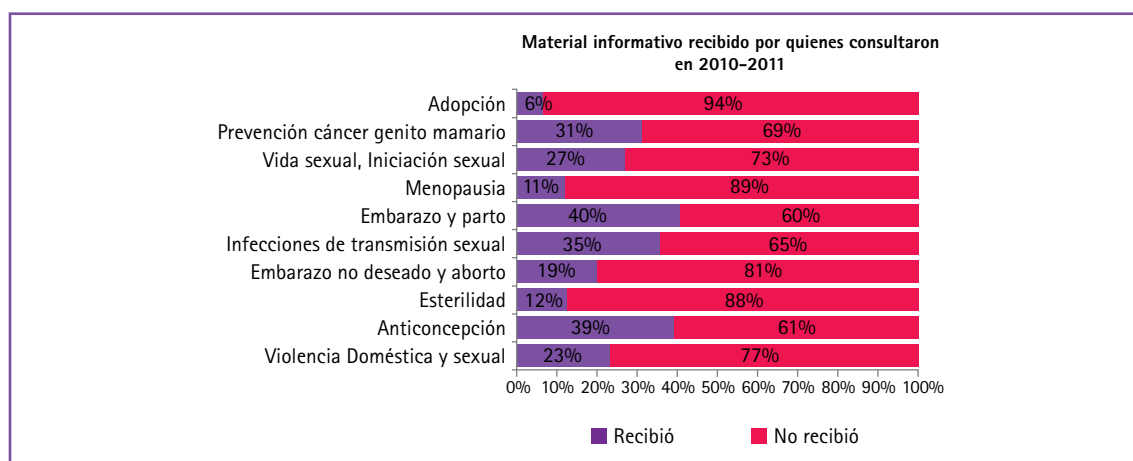


Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

En ningún caso se obtuvieron porcentajes superiores al 50%, es decir, menos de la mitad de las mujeres recibió información sobre los distintos asuntos de la SSR. Los temas más referidos por las mujeres fueron embarazo y parto, anticoncepción, prevención de cáncer génito-mamario e infecciones de transmisión sexual. Parecería que los "menos tradicionales" siguen estando fuera de las prioridades de información (embarazo no deseado, aborto, vida sexual, menopausia, violencia doméstica, esterilidad, adopción).

A las mujeres que habían asistido a consulta durante 2010 y/o 2011 se les preguntó si habían recibido material informativo sobre distintos temas. Como puede observarse en la siguiente tabla, en ningún caso los porcentajes superan el 40%, siendo anticoncepción, ITS, embarazo y parto y prevención de cáncer los temas que se reportaron con porcentajes más elevados.

Gráfico 18. Material informativo recibido en los servicios de salud en consultas realizadas en los años 2010-2011. Población urbana y suburbana de Uruguay.



Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

Los resultados obtenidos dan cuenta de los enormes desafíos planteados para garantizar el acceso universal a la atención en salud sexual y reproductiva. Si se analizan estos datos a la luz de los obtenidos con usuarias de salud pública en 2009, las variaciones son mínimas, lo cual hace pensar que la implementación de la Ley de Defensa del Derecho a la SSR en los servicios de salud del SNIS tiene un largo recorrido para transitar.

DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

El estudio exploró la identificación de las mujeres de los derechos sexuales y reproductivos y de las normas vigentes que los garantizan. Se trató de una primera pregunta cerrada global sobre los derechos sexuales y los derechos reproductivos, para luego, mediante pregunta abierta, solicitarles que enumeraran tres derechos.

Ante la propuesta: *"Existen una serie de derechos humanos relacionados con la sexualidad y la reproducción, denominados 'Derechos sexuales y derechos reproductivos', ¿ha escuchado hablar de estos derechos?"*, poco más de la mitad de las mujeres respondió afirmativamente (57.5%), lo cual resulta consistente con otras respuestas obtenidas en este estudio, como por ejemplo, los magros resultados respecto a información recibida en los servicios de salud sobre distintos componentes de la SSR. Que poco más de la mitad de las mujeres *"haya escuchado hablar de estos derechos"* es un dato que da cuenta que aún resta un largo proceso para el reconocimiento de estos derechos, siendo que, además, ha sido un tema central de la agenda pública mediante debates sostenidos a nivel político y social, por lo menos en los últimos 10 años.

Si se analizan estos resultados desagregados por distintas variables, se puede observar que las mujeres más añosas y las universitarias responden en mayor medida. Las adolescentes son las que reportan más bajo conocimiento, al igual que las mujeres con estudios primarios y de enseñanza media. Las montevideanas muestran un porcentaje levemente superior respecto a las mujeres del interior.

Es interesante analizar las menciones que las mujeres realizaron a la hora de identificar espontáneamente tres derechos. Una de cada tres mujeres no pudo responder a la pregunta, lo cual es un dato relevante a considerar, en tanto la identificación del término es un primer paso en el reconocimiento de los derechos que favorece los procesos de apropiación subjetiva, ejercicio y exigibilidad de los mismos.

Si agrupamos las respuestas por tipo de derecho referido, los resultados muestran el siguiente orden de mención: derecho a vivir la sexualidad con plenitud y libertad (49.5%); derecho a elegir la pareja que uno quiere, a relacionarse sexualmente con quien quiera, relacionarse sexualmente cuando una quiera (45%); derecho a información, a elegir y a atención para acceder a métodos anticonceptivos, planificación familiar (19.5%); derecho a la existencia humana, a la vida (12%); derechos reproductivos (decidir número de hijas/os, si tenerlos o no, al aborto) (9.2%); derecho a la identidad sexual, orientación sexual (9%); derecho a los cuidados durante el embarazo, el parto y la lactancia (licencia maternal, descanso, atención, etc.) (7.5%).

Es interesante constatar que los derechos sexuales son mencionados notablemente en mayor medida que los derechos reproductivos y que, a su vez, lo son desde una perspectiva afirmativa de estos derechos, tal como señala Alice Miller (2002). A diferencia de las demandas evolucionistas que, según esta autora, buscan marcos protectores a los derechos (derecho a la no violencia, no discriminación sexual), este otro tipo de demandas son indicios de emancipación, reconocimiento y redistribución simbólica del sentido de las prácticas sexuales. Ahora bien, ¿podemos afirmar que estamos frente a este escenario? Es decir, ¿podemos sospechar que estos resultados auguran avances significativos en el reconocimiento de estos derechos por parte de las mujeres que los identifican? ¿Cómo se interpretan estos resultados a la luz de otros obtenidos en este estudio que parecen contradictorios con estos postulados? El derecho a la atención durante el embarazo y el parto o el derecho

a decidir cuántos hijos/os tener y cuándo tenerlos, apenas son mencionados por las mujeres como derechos reproductivos. ¿Cómo se interpreta este dato a la luz de los resultados obtenidos?

En consistencia con la información anterior, apenas la mitad de las mujeres conocen la existencia de los marcos normativos que protegen y garantizan estos derechos, mientras que un tercio de ellas los desconoce y un 15.6% responde no saber. Si se analizan los resultados por tramos de edad, las adolescentes son las que menos conocen la existencia de leyes (32%), frente a las más añosas (54%). A su vez, se observan diferencias de casi veinte puntos porcentuales entre las mujeres con enseñanza primaria (44.5%), frente a las universitarias (63%). Las montevideanas reportan mayor conocimiento que las mujeres del interior, al igual que las que cuentan con cobertura mutual frente a las que se asisten en ASSE.

Se indagó la opinión de las mujeres sobre la despenalización del aborto en el Uruguay mediante la pregunta "¿cuál es su posición frente a la despenalización del aborto?". Las posiciones de las mujeres encuestadas son coincidentes con los reportes que han ofrecido las empresas consultoras en los últimos años (Cifra, 2011; Factum, 2010, 2008); es decir, la mayoría tiene una posición favorable a la despenalización (52%), frente a un 38% que está en contra. Si los resultados se analizan por tramos de edad, las adolescentes presentan opiniones mayoritariamente en desacuerdo (49% en contra) frente a las mujeres de más edad (58% a favor). Esta diferencia ha sido reportada en otros estudios a nivel nacional y regional y existen interpretaciones consistentes referidas al momento evolutivo vital como factor determinante. Si se analizan los datos por nivel educativo, los resultados son consistentes con otros estudios referidos, en cuanto que las mujeres con menor nivel educativo presentan posturas más desfavorables a la despenalización, en comparación con las más educadas (36% a 66%). En este sentido se observa que a medida que se avanza en los niveles de instrucción, se consolidan las posturas favorables a la despenalización. Otro dato importante refiere a los resultados por región; mientras las montevideanas mayoritariamente apoyan la despenalización (62%), las mujeres del interior tienen opiniones divididas (45% a favor, 45% en contra, 8% no tiene opinión formada). También se observan diferencias entre las mujeres con cobertura mutual y quienes se asisten en ASSE, siendo las primeras más favorables a la despenalización. Finalmente, si se analizan los resultados por autoidentificación religiosa, ésta no resulta una variable que incida en contra de la despenalización, como podría suponerse a priori, ya que en todas las mujeres con identificación religiosa (católica, hebrea, protestante, afroumbandista) hay una opinión mayoritaria a favor, excepto en aquellas que se definen como evangélicas.

CONCLUSIONES



Los resultados obtenidos permiten señalar algunas conclusiones. Por un lado, el calendario de la iniciación sexual de las mujeres se ha adelantado si se compara la edad media de inicio sexual por grupos de edad. Dicho calendario presenta también diferencias importantes por nivel educativo: son las mujeres con menos educación las que inician su vida sexual genital en forma más temprana. A su vez, las mujeres más jóvenes presentan una vida sexual con mayor variedad en lo que hace al número de parejas sexuales. El acceso a información, bienes y servicios en salud sexual y reproductiva es clave para toda la población, pero muy especialmente lo es para aquellos grupos en condiciones de mayor vulnerabilidad, en particular adolescentes y mujeres con menores recursos. Los resultados obtenidos en este sentido dan cuenta de la persistencia de desigualdades sociales que determinan las condiciones para la apropiación y ejercicio de estos derechos.

El acceso a la educación formal es un marcador relevante que permite corroborar que la edad de inicio de la maternidad y el número de hijas/os tenidos están ligados al nivel educativo de las mujeres. A mayor educación, se puede observar postergación en la edad de inicio de la vida sexual y del calendario reproductivo, así como menor cantidad media de hijas/os tenidos. Sin embargo, el número ideal de hijos se concentra entre 2 y 3 para todas las mujeres, independientemente del nivel educativo y la edad.

Los resultados aportan a la necesaria reflexión sobre las condiciones que tienen las mujeres uruguayas para el ejercicio del derecho reproductivo de decidir cuándo y cuántos hijas/os tener, o no tener. La compleja relación entre vida productiva y vida reproductiva que afecta particularmente a las mujeres -que da cuenta de las transformaciones de las relaciones de género y su impacto en las familias-, la necesidad de generar condiciones que acompañen estas transformaciones para favorecer que se compatibilicen estas dimensiones, es un desafío que interpela los sistemas de protección integral a la infancia, así como el desarrollo de un sistema nacional de cuidados, que democratice las tareas de crianza y cuidado de las personas dependientes, históricamente depositadas en las mujeres (con los costos de distinto tipo que ello implica).

Los resultados sobre conocimiento y uso de métodos anticonceptivos muestran, en términos generales, que la gran mayoría de las mujeres dispone de algún tipo de información. La mayoría manifestó haber utilizado algún método en su última relación sexual, independientemente de la edad, nivel educativo, región y cobertura de salud. Sin embargo, un porcentaje importante refirió no acudir a su servicio de salud para acceder al método y ha resuelto el acceso a través de farmacias o comercios. Este dato es importante en términos de capacidad de respuesta de los servicios de salud sexual y reproductiva para cubrir una necesidad práctica de las mujeres.

En este mismo sentido, un elemento revelador es que la mitad de las mujeres mencionaron utilizar métodos anticonceptivos que no dependen de su sola voluntad y, a su vez, un porcentaje no despreciable manifestó no contar con condiciones para negociar el uso del preservativo con su pareja sexual. El acceso a información sobre métodos anticonceptivos es un factor importante para su uso, pero no lo asegura. El pasaje de la información al conocimiento situado y la apropiación de ese conocimiento para su uso y el desarrollo de capacidades de negociación sexual y reproductiva es un complejo proceso que requiere de condiciones subjetivas y sociales para su activación.

Que las mujeres se consideren a sí mismas como sujetos con capacidad y derecho para tomar decisiones autónomas en lo que a su vida sexual y reproductiva se refiere, es parte de las transformaciones radicales que supone la democratización de las relaciones de género. En la medida que el proceso para la apropiación subjetiva esté asentado sobre bases de desigualdad social, continuaremos observando brechas para el reconocimiento y ejercicio de los derechos, en particular en las mujeres en situación de mayor vulnerabilidad social. La salud sexual y reproductiva es un derecho garantizado por ley en Uruguay y se requiere de condiciones de posibilidad de modo de hacerlo efectivo para todas las mujeres.

Ahman E, Shah I. (2010) Unsafe abortion in 2008: global and regional levels and trends. *Reproductive Health Matters*;18(36):90–101.

Alan Guttmacher Institute, UNFPA. Latin America and the Caribbea (2010) Facts on Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health. Updated November 2010. USA.

Alan Guttmacher Institute (2011) Facts on Abortion in Latin America and the Caribbean.USA.

Benia W., Macadar, D., Niedworok N. (2005) *Reproducción biológica y social de la población uruguaya, una aproximación desde la perspectiva de género y generaciones. Informe estudio cuantitativo Proyecto Género y Generaciones* UNFPA, INE, MSP, UDELAR, IMM, MYSU Montevideo (Inédito).

Bottinelli, O., Buquet, D. (2010) *El aborto en la opinión pública uruguaya. Cuadernos Aportes al Debate en salud, ciudadanía y derechos*. Epoca 1 N° 2, Montevideo: MYSU.

Cabella, W. (coord.) (2012) *Análisis de situación en población, Uruguay*. Montevideo: Comisión Sectorial de Población, OPP.

De Francisco A, Dixon-Mueller R, d'Arcangues, C (2007) *Aspectos de la investigación sobre salud sexual y reproductiva en países con ingresos bajos e intermedios*. Ginebra: Global Forum for Health Research.

Franco, L;Tsu, V; Herrero, R; Lazcano-Ponce, E. ;Hildesheim, A.; Muñoz, N.; Murillo, P.; Sánchez, G.; Andrus, J. (2008) *Integration of Human Papillomavirus Vaccination and Cervical Cancer Screening in Latin America and the Caribbean*. *Vaccine* 26S (2008) L88–L95.

Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM (2004). *Globocan 2002: Cancer Incidence and Mortality Worldwide*. IARC CancerBase No. , versión 2.0. Lyon: IARC Press, 2004.

Florez CE, Soto VE. *El estado de la Salud Sexual y Reproductiva en América Latina y el Caribe: Una visión global*. New York: Inter-American Development Bank; 2008).

IPAS (2008) *Reproductive health in Latin America and the Caribbean*. Chapel Hill:Ipas.

IPPF/WHR – UNFPA/DC (2010) EXECUTIVE SUMMARY Draft Report on the USAID Graduation Policy for Population Funding in Latin America and the Caribbean Fact-finding Mission to Peru – May 16–22.

Intendencia de Montevideo (2011). *Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres*. Secretaría de la Gestión Social para la Discapacidad de la Intendencia de Montevideo: IMM.

Jiménez M.A, Aliaga L, Rodríguez Vignoli, J. (2011) *Una mirada desde América Latina y el Caribe al Objetivo de Desarrollo del Milenio de acceso universal a la salud reproductiva*. Serie Población y Desarrollo N° 97. Santiago de Chile: CELADE, CEPAL.

Langer, A; Nigenda G. (2000) *Sexual and Reproductive Health and Health Sector Reform in Latin America and the Caribbean*. New York: Population Council/Inter-American Development Bank.

López Gómez, A., Benia, W. Aleman, A., Vazquez, J. (2011) *Una década de sífilis gestacional y sífilis congénita en Uruguay: 2000 – 2009*; Montevideo: CLAP/SMR.

López Gómez, A. (coord.) (2006). Proyecto Género y Generaciones. Reproducción biológica y social de la población uruguaya. Estudios cualitativos. Montevideo: Editorial Trilce.

López Gómez, A, Benia W, Contera M, Güida, C. (2003) Del enfoque materno infantil al enfoque en salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas. Montevideo: Facultad de Psicología, Universidad de la República, Fundación Mexicana para la Salud.

López, E y S Mario (2009). La fecundidad en la Argentina 1996–2006: convergencias y divergencias. Población, Año 2, N° 4. Buenos Aires: Dirección Nacional de Población.

Miller, A. (2001). Sexual no reproductivo. Explorando la conjunción y disyunción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. En *Derechos sexuales y derechos reproductivos. Aportes y diálogos contemporáneos*. Lima: Universidad Mayor de San Marcos.

Miller, A. (2002) Las demandas por los derechos sexuales. En III Seminario Regional, Derechos Sexuales, Derechos Reproductivos, Derechos Humanos. Lima: CLADEM, 121–140.

Ministerio de Salud Pública. División Economía de la Salud. (2010) Logros y desafíos de la equidad en salud en Uruguay. Informe final. Montevideo: MSP
Disponible en http://www.mysu.org.uy/observatorio/pdf/Logros_desafios_Equidad_Salud_2010_Uruguay.pdf

Ministerio de Salud Pública (2011). Informe de línea de base sobre servicios de salud sexual y reproductiva. Montevideo: Iniciativas Sanitarias, MSP (informe inédito).

MYSU. (2009). Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva en Uruguay: Informe 2009. Montevideo: MYSU.

MYSU. (2008). Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductivo en Uruguay: Informe 2008. Montevideo: MYSU.

Obaid T. (2009) Fifteen years after the International Conference on Population and Development: what have we achieved and how do we move forward? *International Journal of Gynecology and Obstetrics*; 106:102–05.

Peri, A., Pardo, I.(2008) Nueva evidencia sobre la hipótesis de la doble insatisfacción en Uruguay: ¿cuán lejos estamos de que toda la fecundidad sea deseada? *Cuadernos de UNFPA. Año 2, N° 2*. Montevideo: UNFPA.

Pardo I, Varela C (2013) ¿Muy pocos hijos? Fecundidad y reemplazo de la población uruguaya. En: *Detrás de los tres millones. La población uruguaya luego del Censo 2011*. Montevideo: Programa de Población, FCS, UdelaR; Brecha.

Pellegrino, A. (2010) La población de Uruguay. Breve caracterización demográfica. Montevideo: UNFPA.

Programa Nacional De Cáncer de Cuello Uterino (2007). Documento: estrategias y procedimientos. Montevideo: Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer.

Reyes-Ortiz, Carlos A., Jean L. Freeman, Martha Peláez, Kyriakos S. Markides James S. Goodwin (2006) Mammography use among older women of seven Latin American and Caribbean cities. *Preventive Medicine* 42 (2006) 375–380.

Seiber, Bertrand y Sullivan (2007). Changes in Contraceptive Method Mix in Developing Countries. *International Family Planning Perspectives* 2007: 33 (3): 117-123.

Sedgh, Rubina Hussain, Akinrinola Bankole and Susheela Singh (2007). Women with an Unmet Need for Contraception in Developing Countries and Their Reasons for Not Using a Method Occasional Report No. 37. Guttenmacher Institute.

Solsona M (1996) La segunda transición demográfica desde la perspectiva de género. En Solsona M (ed) *Las desigualdades de género en los viejos y los nuevos hogares*. Barcelona: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; Universitat Autònoma de Barcelona.

UNFPA. Country Profiles for Population and Reproductive Health. New York: UNFPA; (2010). United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Contraceptive Use.

Varela, C. (comp) (2008) Demografía de una sociedad en transición. *La población uruguaya a inicios del Siglo XXI*. Montevideo: Ediciones Trilce, Universidad de la República, UNFPA.

Varela C., Fostik, A y M. Hernández (2012) Maternidad en la juventud y desigualdad social. Serie Divulgación. Cuadernos de UNFPA Año 6 N° 6. Montevideo: UNFPA Uruguay.

WHO (2011) *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008*, sixth ed., Geneva: WHO.

WHO (2012) Estadísticas sanitarias mundiales 2012. Ginebra: WHO.

En el período 2011–2012, MYSU implementó el estudio “Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas en edad reproductiva”, a través de su Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. El estudio tuvo como propósito generar información sobre distintos componentes de la salud sexual y reproductiva, en términos de demandas y necesidades y acceso a servicios, en mujeres de entre 15 y 49 años de edad del país urbano.

Los resultados ofrecen evidencias sobre asuntos tales como iniciación y vida sexual, conocimiento, acceso y uso de métodos anticonceptivos, prácticas preventivas de cuidado en salud sexual y reproductiva (cáncer cérvico-uterino, infecciones de transmisión sexual), vida reproductiva, violencia doméstica y sexual y acceso a servicios de salud, considerando las diferencias por edad, nivel educativo, nivel socioeconómico y residencia, entre otros.

Con la publicación de este informe, MYSU se propone continuar con el desarrollo de herramientas de difusión de la información y conocimiento generados, destinadas a tomadores de decisión, organizaciones sociales, investigadores/as y ciudadanía en general, con el propósito de contribuir a dar visibilidad y tratamiento a las desigualdades sociales y su impacto en el acceso y goce del derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres uruguayas, tal como está garantizado por la Ley 18.426.



mYSU MUJER Y SALUD
EN URUGUAY

Esta publicación fue realizada con el apoyo de

