

# MONITOREO DE LA DECLARACIÓN DE COMPROMISO EN VIH-sida (UNGASS, Naciones Unidas) SOBRE LAS METAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES

## INFORME DE LA SOCIEDAD CIVIL

### URUGUAY 2008 - 2010



Coordinación nacional



Coordinación internacional



Auspicia



Apoya



Apoyo complementario



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

**Instituciones responsables del proyecto URUGUAY**

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

**Institución coordinadora del proyecto a nivel regional**

Gestos, Brasil.

**Coordinación general del informe Uruguay**

Lilián Abracinkas – MYSU  
Alejandra López – MYSU  
Liset Collazo (ASEPO)  
César Dos Santos (ASEPO)

**Elaboración del informe técnico.**

Lic. Verónica Burstin y Lic. Virginia Pesce (integrantes del equipo técnico de MYSU).  
Con los aportes de ASEPO y de las organizaciones sociales especializadas en VIH-SIDA.

**Con el apoyo de:**

Fundación Ford  
ONUSIDA  
Apoyo complementario: UNFPA y CICT

**Diseño de publicación:** Fabián Montini

Uruguay, enero de 2011.

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.
2. METODOLOGÍA.
3. SECCIÓN I.
  - Panorama del sistema de salud del país y de las políticas de salud sexual y reproductiva y del VIH-sida.
  - Estadísticas básicas sobre la epidemia y la situación de la salud sexual y reproductiva en el país.
4. SECCIÓN II.
  - Monitoreo de las Metas UNGASS en salud sexual y reproductiva en Uruguay para el periodo 2008 – 2010.
5. SECCIÓN III.
  - Fortalezas.
  - Debilidades.
  - Recomendaciones.
6. FUENTES CONSULTADAS.

## INTRODUCCIÓN.

Este informe ha sido elaborado por MYSU (Mujer y Salud en Uruguay) y ASEPO (Asociación de Ayuda al Sero Positivo) en el marco del proyecto internacional para el seguimiento de los compromisos asumidos por los Estados ante la Declaración de Naciones Unidas sobre VIH-SIDA (UNGASS). La coordinación internacional del proyecto está a cargo de GESTOS, organización de Brasil, e incluye a países de las distintas regiones del mundo.

En el informe se monitorean aquellas metas de UNGASS relativas a la epidemia del VIH – SIDA y su impacto en la salud sexual y reproductiva de mujeres, niñas y adolescentes.

Para su elaboración se siguieron los criterios establecidos en el informe anterior (2005-2007), elaborado por ambas organizaciones (MYSU, ASEPO, 2007), los cuales fueron puestos a consideración en el III Foro UNGASS – Uruguay, realizado en Montevideo en julio de 2009.

Se relevaron datos a partir de estadísticas vitales, cifras oficiales disponibles, consulta a decisores, revisión de documentos e información secundaria aportada por organizaciones no gubernamentales.

Los contenidos de este informe fueron presentados y discutidos con las organizaciones nacionales participantes del IV Foro UNGASS, realizado el 21 de mayo de 2010, en Montevideo-Uruguay.

## METODOLOGÍA

El monitoreo de las metas UNGASS en salud sexual y reproductiva en Uruguay se realizó entre diciembre de 2009 y mayo de 2010. Su período de cobertura se inicia en octubre de 2007, e incluye los años 2008, 2009, y puntualmente se añade información del primer trimestre de 2010. Esto responde al criterio de dar continuidad al monitoreo documentado en el informe anteriormente mencionado (MYSU – ASEPO, 2007).

### Etapas del monitoreo:

1. Diseño:
  - a. Operacionalización de las Metas e Indicadores establecidos a partir de las metas definidas para el monitoreo. Las mismas fueron desagregadas en indicadores y dimensiones de análisis para la elaboración de los instrumentos de recolección de datos.
  - b. Elección de estrategia de investigación. Se optó por una estrategia de investigación múltiple que incluyó el análisis de datos secundarios (documentos oficiales, bibliografía específica, revisión de sitios web) y la consulta a las organizaciones sociales que trabajan la temática de VIH/SIDA, mediante la aplicación de un formulario autoadministrado.
  
2. Análisis de la información relevada y elaboración del informe.

## SECCIÓN I

### Panorama del sistema de salud del país, de las políticas de salud sexual y reproductiva y del VIH-sida.

#### *El contexto de la reforma del sector salud en Uruguay.*

En el período 2007- 2009 se producen significativas reformas en el sistema de salud uruguayo. A mediados de 2007 se aprueba la Ley 18.131, mediante la cual se crea el Fondo Nacional de Salud. El mismo se constituye en el fondo de financiamiento único de la prestación de asistencia médica al colectivo de trabajadores/as y sus hijos/as menores de 18 años. Mediante esta Ley se establece que los/as beneficiarios/as podrán optar entre la asistencia en el sector público o privado.

Asimismo, en el 2007 se aprueba la Ley 18.161, mediante la cual la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) se crea como servicio descentralizado, y con competencia a nivel nacional. Este servicio tiene entre sus principales cometidos el de organizar y gestionar los servicios destinados al cuidado de salud de los habitantes, coordinar con los demás organismos del Estado que prestan servicios de salud y de desarrollar el cumplimiento de los derechos en materia de salud que tienen los habitantes del país, dentro del marco de los programas nacionales elaborados por el Poder Ejecutivo -a través del Ministerio de Salud Pública (MSP)- y las leyes del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Cabe destacar que en el Artículo 4º de dicha Ley se enuncia como cometido el contribuir -mediante planes adecuados- al cambio de prácticas, actitudes y estilos de vida que ponen en riesgo la salud.

También en el 2007 se aprueba la Ley 18.211, de Creación del Sistema Integrado de Salud, la cual comienza a regir a principios de 2008. Mediante esta Ley se reglamenta el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y se establecen las modalidades para el acceso a los servicios de salud integrales. Dentro de los principios rectores del sistema se destaca la promoción de la salud; la inter-sectorialidad de las políticas; el acceso universal; la orientación preventiva; la equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones; la calidad integral de la atención; el respeto a los derechos de los usuarios; la participación social de trabajadores/as y usuarios/as.

En el 2008 se aprueba la Ley 18.335, de Regulación de los Derechos y Obligaciones de los Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud. La misma define el marco regulatorio de la relación entre los prestadores y los pacientes, o usuarios, de los servicios de salud. Dicha ley constituye un avance tanto en lo que refiere al acceso universal como a la no discriminación, ya que se establece el derecho de pacientes y usuarios/as a recibir tratamiento igualitario, prohibiéndose la discriminación por cualquier razón, ya sea de sexo, raza, edad, religión, orientación o identidad sexual, condición económica, discapacidades, condición social.

Hacia fines de 2008 se aprueba la Ley 18.426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. El proyecto de ley original recibió el veto presidencial de Tabaré Vázquez en todos los capítulos referidos a la interrupción voluntaria del embarazo. Continúan los esfuerzos de varios actores sociales para que el debate sobre esta temática sea retomado y se revise la decisión del veto.

De todas formas, la ley -tal como fue promulgada- reconoce los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos y ubica en el Estado la responsabilidad de promover, defender y garantizar dichos derechos. En el primer capítulo recomienda promover políticas nacionales, diseñar programas y organizar servicios que universalicen la cobertura en salud sexual y reproductiva (SSR); garanticen la confidencialidad y privacidad de las prestaciones y la formación adecuada de los recursos humanos de la salud; capaciten a los docentes de la enseñanza primaria, secundaria y terciaria para la educación en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos como parte de una ciudadanía plena. Dentro de los objetivos específicos se incluyen: difundir y proteger los derechos de niños, niñas y adolescentes en esta materia; prevenir la morbi-mortalidad materna y sus causas; promover el parto humanizado; promover el desarrollo de programas asistenciales con la estrategia de disminución del riesgo y daño para el aborto inseguro; prevenir y reducir el daño de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y prevenir y reducir el daño del efecto del consumo de sustancias adictivas.

A este respecto, se encomienda al Ministerio de Salud Pública que dicte normas para la atención integral en SSR de niños, niñas y adolescentes; capacite a los recursos humanos de los servicios correspondientes; impulse campañas de promoción del ejercicio saludable y responsable de los derechos en SSR; implemente acciones de vigilancia y control de la gestión; promueva la captación precoz del embarazo; implemente en todo el territorio nacional la normativa denominada *asesoramiento para la maternidad segura, medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo*; y promueva que los varones vivan plenamente y con responsabilidad su sexualidad y reproducción.

También dispone la protocolización de la violencia física, psicológica o sexual, así como la protocolización en materia de anticoncepción e infertilidad.

Se destaca la directa mención al VIH/SIDA y otras ITS en el Artículo 4, apartado i, numerales 1, 2, 3 y 4, donde se encomienda al MSP: la promoción de la educación, la información y orientación sobre comportamientos sexuales responsables y métodos eficaces de prevención de las ITS, en todos los servicios de SSR. Explicita la importancia de proporcionar a las mujeres, desde antes de la edad reproductiva, la información y los tratamientos necesarios para evitar la transmisión de las ITS en situaciones de embarazo y parto, así como el impulsar campañas educativas que combatan la discriminación hacia personas que convivan con ITS protegiendo sus derechos individuales, incluido el derecho a la confidencialidad. También hace referencia a la importancia de investigar y difundir los resultados sobre la incidencia y mecanismos de transmisión del VIH-sida y otras ITS en diferentes poblaciones, con miras a focalizar las acciones de auto-cuidado específicas.

Es de relevancia destacar en la norma el Artículo 7 –a partir del cual se incorpora al Código de la Niñez y Adolescencia el Artículo 11 bis- que establece el derecho de toda niña, niño o adolescente a la información y acceso a los servicios de salud, incluidos los SSR, debiendo los profesionales respetar la confidencialidad de la consulta y ofrecer las mejores formas de atención y tratamiento cuando corresponda.

En el 2009 se aprueba la Ley 18.437, Ley General de Educación, en la que se incluye dentro de los principios de la educación estatal, la igualdad de oportunidades o equidad. A este respecto se establece que desde el Estado se estimulará la transformación de los estereotipos discriminatorios por motivos de género, raza, etnia u orientación sexual. Entre las líneas transversales del Sistema Nacional de Educación se prioriza la educación en derechos humanos, la educación para la salud y la educación sexual. Estas intervenciones transversales están presentes en los diferentes planes y programas de manera que alumnos y alumnas incorporen hábitos de vida saludables, se promueva la salud y se prevenga la enfermedad.

La Ley 17.815 sobre Explotación Sexual Comercial de Niñas, Niños, Adolescentes y Personas con Discapacidad, está vigente desde 2004. Existe un proyecto de ley de Utilización de Imágenes de Niñas, Niños o Adolescentes con Fines Eróticos, el cual agrega entre las conductas típicas del ilícito la utilización de imágenes de niños tomadas indiscriminadamente para satisfacer la libido propia o ajena.

Hacia fines de 2007, se aprueba la Ley de Migración 18.250. En los Artículos 77, 78, 79 y 80, se crean los tipos penales de Trata y Tráfico de Personas. Una de las principales fortalezas de esta ley reside en que quita relevancia jurídica al eventual consentimiento de la víctima para someterse a la trata e incluye en el tipo penal tanto la trata realizada a nivel nacional como internacional. Sin embargo, los expertos señalan como debilidades el hecho de que esta ley se limita a definir tipo penales pero no garantiza la atención psico- social y física de las víctimas, ni su acompañamiento durante el juicio. Tampoco prevé el alojamiento, la inserción laboral y social, el retorno voluntario al país ni el asentamiento en otro lugar seguro.

En mayo de 2010, el Instituto Nacional de la Mujeres presentó la publicación *“La trata de mujeres con fines de explotación sexual comercial. Caminos recorridos hacia la construcción de una política pública.”* En el mismo se realiza un repaso histórico sobre la temática así como un diagnóstico actual sobre esta situación. Asimismo se realiza una exploración de la normativa actual y se ensayan líneas estratégicas para intervenir en este fenómeno.

En lo que refiere a las políticas de salud destinadas a enfrentar el VIH/SIDA, cabe mencionar que en el año 1987 se estableció el decreto 345, a partir del cual se creó el Programa Nacional de

SIDA, en la órbita de MSP. Posteriormente, en la administración de gobierno 2005-2010, el mismo fue redefinido como Programa Prioritario de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA, por ordenanza ministerial 288/05. Desde este programa se han elaborado guías clínicas y ordenanzas para el diagnóstico y tratamiento anti-retroviral y monitorización de adultos y embarazadas que han sido adecuados para la atención pediátrica. Entre las responsabilidades del Programa se incluyen la promoción, el monitoreo y el control del cumplimiento de la normativa vigente en las prestaciones de salud.

Con el cambio de Administración de gobierno en el 2010, se procesa una reorganización en el Ministerio de Salud Pública creándose la Dirección de Programación Estratégica en Salud (DPES) con cuatro áreas prioritarias: Promoción de la salud y prevención; Ciclos de vida; Enfermedades crónicas prevalentes y la de Salud sexual y reproductiva donde se ubica el programa de ITS/sida junto con el de salud de la mujer y el de violencia y salud. Además se crea una unidad de transversalización en bioética y derechos; género y gestión de riesgos y daños.

Si bien ya ha sido incluido en informes anteriores, vale recordar que, desde 1988, en Uruguay se ha establecido la obligatoriedad del control de sangre y hemoderivados (decreto 233/988) para todos los servicios a nivel nacional. Además, en el 1997, con el decreto N° 295, se estableció la obligatoriedad de ofrecer a todas las embarazadas la serología para VIH en su primer control obstétrico y de resultar positiva iniciar el tratamiento antirretroviral, para disminuir la transmisión vertical. En el 2004, a partir de la resolución N° 340/04 del MSP, se establece que no se podrá retirar la libreta de visita médica a las/as trabajadoras/es sexuales en caso de que el examen de VIH dé positivo.

En cuanto a los espacios de participación de la sociedad civil, en el año 2005 se crea el Mecanismo Coordinador País como un espacio de articulación de organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y académicas en la definición de las políticas nacionales sobre VIH/SIDA y en la elaboración de propuestas país ante el Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.

En mayo de 2008, mediante decreto presidencial, se crea la Comisión Nacional de Lucha Contra el SIDA (CONASIDA) constituyéndose en un consejo consultivo para las políticas públicas elaboradas y aprobadas por el MSP. Esta Comisión tiene carácter interministerial e intersectorial, estando constituido tanto por organismos del Estado como de la sociedad civil. Tiene por cometido garantizar el acceso universal, la atención integral, la prevención, asistencia y apoyo a las personas viviendo con VIH/SIDA. Asimismo, oficia desde entonces como MCP (Mecanismo Coordinador País) ante el Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis. En 2009 el Proyecto País presentado por Uruguay fue rechazado por el Fondo Global pero el país siguió presentando propuestas y en 2011 ha logrado ingresar por primera vez al financiamiento del Fondo Global en tanto país de renta media y epidemia concentrada.

### ***Estadísticas básicas sobre la situación de VIH/sida y salud sexual y reproductiva en el país.***

Uruguay tiene una población de 3.334.052 habitantes, de los cuales el 51.7% son mujeres y el 48.3% varones. El 93,6% de la población vive en el área urbana con un porcentaje de alfabetismo que asciende al 97%.

El ingreso medio mensual per cápita del hogar, en el tercer trimestre de 2009, era de \$6.758 (U\$S 338 aproximadamente). La tasa de desempleo corresponde a 7.4 para el total del país en el primer trimestre de 2010, siendo de 5.5 para los varones y 9.7 para las mujeres.

La esperanza de vida al nacer es de 75,97 años: 72,41 años para los hombres y 79,73 para las mujeres.

La tasa global de fecundidad se ubicó en 2,0078 en 2008, comprometiendo el reemplazo poblacional. Los nacimientos de personas menores de 14 años representan el 0.4%, aquellos de mujeres entre 15 y 19 años el 15.1%, y los de 20 a 24 años el 24.3%.

La tasa de mortalidad infantil es de 10.6 por mil nacidos vivos para datos de 2008.

La tasa de mortalidad de mujeres por causa de embarazo, parto, puerperio, cesárea y aborto (mortalidad materna) para datos de 2008, fue de 0,9 cada 10.000 nacidos vivos.

El 99.3% de los partos son atendidos por personal profesional.

Actualmente y según datos oficiales la prevalencia del VIH en la población general es inferior al 1%, aumentando significativamente en poblaciones de mayor vulnerabilidad (superior al 3 %). Geográficamente la prevalencia más alta se concentra en Montevideo, departamentos fronterizos con Brasil y departamentos de destino turístico de la costa atlántica. Por lo cual, Uruguay es definido como un país con epidemia concentrada.

En 1983 se diagnosticó a la primera persona VIH positiva en Montevideo. Según el Programa Prioritario de ITS/SIDA (MSP), hasta noviembre de 2009 se cuenta con un total acumulado de 12.356 personas diagnosticadas con VIH.

En 2008 se habían diagnosticado 418 casos nuevos de VIH, 133 casos de SIDA. Si se analiza la distribución del acumulado desde el inicio de la epidemia, se puede observar que la incidencia de VIH por sexo es de 65.5% para los varones y 35% para las mujeres.

La máxima incidencia de VIH se presenta en la franja etaria de 15 a 34 años, acumulando el 65% de los casos. En el caso del sida la incidencia por sexo indica un 74.7% para los varones y un 25.3 % para las mujeres. En este caso la máxima incidencia se da en la franja de 20 a 44 años.

Cabe señalar que la tendencia de los últimos años muestra un lento pero constante aumento de la incidencia de VIH/SIDA para la población femenina.

La tasa de mortalidad por SIDA es de 4.4 cada 100.000 habitantes, con un valor de 6,9 en los varones y de 2.1 en las mujeres. La evolución de la razón hombre/mujer muestra que en Uruguay la epidemia comenzó con razones mayores a los demás países de este estudio, con 6.0 en 1988 y picos de 8.5 en 1989 y 1991, descendiendo paulatinamente a través de los años y llegando a 1,2 varones por cada mujer infectada de los casos notificados durante 2009.

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

Con respecto al uso de métodos anticonceptivos, el preservativo es mencionado como el de mayor uso tanto para varones como para mujeres.

Según una encuesta realizada en 2004, el 86% de los varones y el 68% de las mujeres declararon haber utilizado este método en su última relación sexual.<sup>1</sup> A este respecto, cabe resaltar el cambio en el comportamiento de los y las uruguayas en relación a la anticoncepción. En 1986, tres de cada diez mujeres utilizaban el preservativo masculino, mientras que en 2004 siete de cada diez declaró hacerlo.<sup>2</sup>

Sin embargo, los datos recabados en 2009 por el Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva, indican que si bien el porcentaje de mujeres que utilizan métodos anticonceptivos en forma frecuente se sitúa entre el 74% y el 79%, la utilización de preservativos es sólo de un 28%. Ello evidencia las dificultades existentes para considerar el preservativo masculino en su doble función -como anticonceptivo y profiláctico- por parte del sistema de salud y de la población en general. Asimismo, orienta a considerar que la negociación para el uso del preservativo masculino en las relaciones sexuales continúa siendo una barrera importante para las mujeres<sup>3</sup>.

En cuanto al preservativo femenino, este recurso no está disponible en los servicios de salud, tanto públicos como privados. En los últimos dos años se implementó por parte del Programa Prioritario de ITS – SIDA y el Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género del MSP, un proyecto piloto para la difusión y uso del preservativo femenino con poblaciones específicas, en particular trabajadoras sexuales, mujeres víctimas de violencia y mujeres con VIH.

Según información aportada por el Programa de Salud de la Mujer y Género del MSP, el Estado compró, mediante el sistema de insumos de UNFPA, métodos anticonceptivos para los años 2007 y 2008 con la distribución que consta en la tabla siguiente.

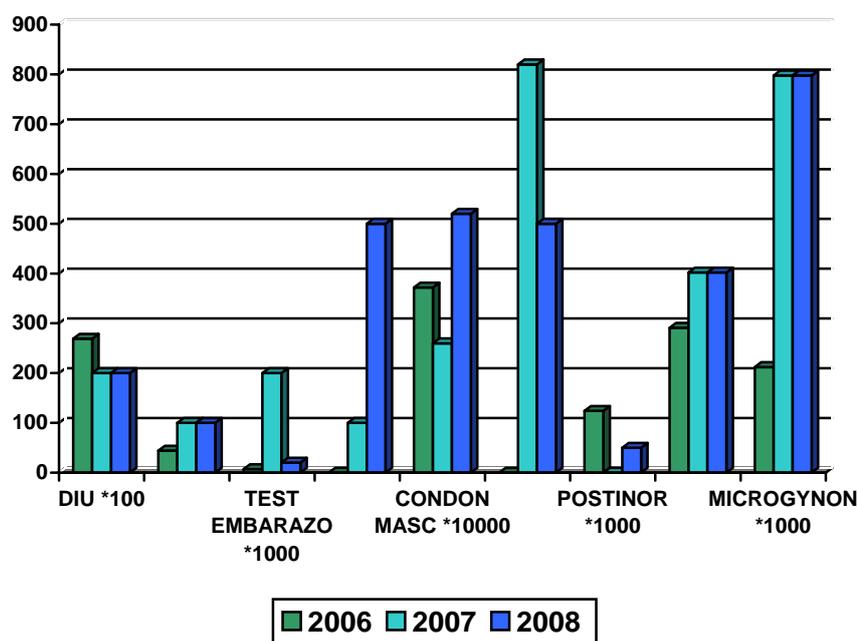
---

1 En Monitoreo UNGASS. Informe de la Sociedad Civil Uruguay 2005-2007. ASEPO/MYSU

2 UNFPA Proyecto Género y Generaciones, 2006.

3 Informe del Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva de MYSU, 2009.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA - UNFPA <sup>4</sup>				
Artículo	Unidades 2006	Unidades 2007	Unidades 2008	Unidades FFAA 2008
DIU Cooper T380	26.900	20.000	20.000 90.000	1.100
ACO Exluton	43.850	100.000	100.000	
Tests de Embarazo	7.420	200.000	20.000	
Fórceps Uterinos	0	1.000		
Condomes Femeninos	0	10.000	50.000	
Condomes Masculinos	3.724.128	2.600.000	5.200.000	300.000
Norigynon + Jeringas	0	82.000	50.000	
ACO Emergencia Postinor 2	124.860	0	50.000	
ACO Triquilar	291.180	402.000	402.000	11.000
ACO Microgynon	212.520	798.000	798.000	11.000



El gráfico anterior ilustra la distribución de la compra de MAC por tipo de método para los años 2006, 2007 y 2008, según reporte del MSP.

<sup>4</sup> Fuente: Programa Salud de la Mujer y Género, MSP 2009.

## SECCIÓN II.

A continuación se presenta el análisis del avance en la implementación de cada una de las Metas UNGASS monitoreadas para el período octubre 2007 – diciembre 2010. Esta información ha sido actualizada hasta el momento de impresión de este informe.

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

*“Asegurar el establecimiento y la ejecución de estrategias y planes de financiación nacionales multisectoriales para luchar contra el VIH/ SIDA que se refieran a la epidemia en términos directos; hagan frente al estigma, el silencio y la negación de la realidad; tengan en cuenta las dimensiones de género y de edad de la epidemia; eliminen la discriminación y la marginación; entrañen la colaboración con la sociedad civil y el sector empresarial y la plena participación de las personas con VIH/sida, las que pertenezcan a grupos vulnerables y las que se encuentren más expuestas, especialmente las mujeres y los jóvenes(...)”*

#### Indicadores:

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

MYSU, en tanto organización feminista de la sociedad civil, integró la CONASIDA en calidad de representante de las organizaciones sociales hasta abril de 2010. Por consiguiente, ha participado de las reuniones de CONASIDA y de la elaboración de los proyectos país presentados al Fondo Mundial. En calidad de organización de mujeres con VIH, ICW – Capítulo Uruguay ha participado de las reuniones de CONASIDA en calidad de representante de las personas con VIH. La CONASIDA no cuenta con representantes de organizaciones de jóvenes con VIH.

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

El Mecanismo Coordinador País, creado en 2005, como espacio articulador de organizaciones gubernamentales y académicas en la definición de las políticas nacionales sobre VIH/SIDA, es recreado en mayo de 2008 por el Decreto N° 87/ 008 como Comisión Nacional de SIDA (CONASIDA). Dicho organismo se constituye en consejo consultivo para las políticas públicas elaboradas y aprobadas por el MSP, teniendo como objetivo garantizar el acceso universal, la atención integral, la prevención, asistencia y apoyo a las personas con VIH/SIDA. En este espacio hay participación de organizaciones de personas con VIH y de aquellas que trabajan en el área en calidad de titulares y suplentes.

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

Se dispone del “Informe de Medición de Gasto en Sida 2007” (MEGAS) que revela la evolución del gasto en Sida en el período 2005-2007. Esta metodología de MEGAS es una herramienta diseñada para estimar el gasto en SIDA y fue acordada por los miembros del “Consortio Mundial

para el Rastreo de Recursos” en la reunión realizada en la Sede de ONUSIDA en Ginebra (Suiza) en setiembre de 2006.

Las principales conclusiones de este estudio indican que el financiamiento de la respuesta al VIH, en el año 2007, fue cubierto por partes casi iguales entre el sector público y privado (48,66% y 46,48% respectivamente). El gasto público se concentra mayormente en la atención y tratamiento, fundamentalmente en el costeo de la terapia antirretroviral. Por su parte, el financiamiento privado se aboca fundamentalmente a la prevención, principalmente la compra de condones (está incluida en esta categoría la compra de condones por parte de los hogares).

En Uruguay el gasto en VIH creció en un 10% entre el año 2005 y el 2006, y en un 14,5% entre el 2006 y 2007. Se señala especialmente un mayor gasto en prevención que en tratamiento, siendo el 51,6% de los fondos destinados a la prevención y un 40,3% a atención y tratamiento para el año 2007. Asimismo se señala un aumento del 12% en el gasto en atención y tratamiento entre el año 2006 y 2007, y un aumento del 14% en gastos en prevención para el mismo período.

Se determina que las personas con VIH son las principales beneficiarias del financiamiento de la respuesta al VIH (47% en el 2007), fundamentalmente por el tratamiento antirretroviral. En el mismo informe se reconoce que el gasto en las poblaciones más expuestas (claves o de alto riesgo) es muy bajo, tan sólo el 5% del gasto total durante el 2007.

El mencionado informe señala como un avance la accesibilidad a la información financiera del gasto destinado a la respuesta al VIH. El nuevo informe se encuentra en proceso de elaboración por parte del Programa Prioritario ITS –SIDA.

## **META 52 | PREVENCIÓN**

*“Para 2005, asegurarse de que haya en todos los países, en particular en los más afectados, una amplia gama de programas de prevención en que se tengan en cuenta las circunstancias, las normas éticas y los valores culturales locales, que incluyan actividades de información y comunicación en los idiomas que mejor comprendan las comunidades y respeten sus culturas, con objeto de reducir las conductas de riesgo y promover una conducta sexual responsable, incluidas la abstinencia y la fidelidad; mayor acceso a artículos esenciales como preservativos masculinos y femeninos y equipo esterilizado para inyecciones; actividades para la reducción de los daños causados por el consumo de drogas; mayor acceso a servicios de apoyo psicológico y de detección voluntarios y confidenciales; suministros de sangre no contaminada y tratamiento temprano y eficaz de las infecciones de transmisión sexual;”*

### **Indicadores:**

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

En cuanto a las estrategias implementadas para reducir la prevalencia del VIH de los jóvenes de 15 a 24 años de edad, hubo un incremento de los Espacios Adolescentes en el marco de coordinaciones entre el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) y los servicios de salud del

Estado (ASSE). En dichos espacios se brinda información sobre salud sexual y reproductiva y se hace entrega de preservativos.

Desde el Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres) en coordinación con el Instituto Nacional de la Juventud (INJU), se crea el espacio *“Mirávos! Sexualidad sin vueltas”* de orientación de salud sexual para adolescentes y jóvenes.

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

Si bien la disponibilidad de condones masculinos es adecuada (en tanto se pasó de la compra de 1 millón a 10 millones en el período 2005-2010) la del condón femenino es limitada.

No obstante la amplia disponibilidad de preservativos masculinos en los servicios de salud públicos, se observa que en ocasiones se establece como requisito tener que asistir a la consulta ginecológica para la indicación de los mismos. Por lo cual, esta disposición obstaculiza el acceso a condones para el caso de los hombres, de todas las edades.

Por su parte, el condón femenino sólo está disponible en algunos servicios de salud y organizaciones específicas, habiéndose enfocado su difusión –en el marco de un programa piloto- hacia mujeres con VIH, trabajadoras sexuales y mujeres víctimas de violencia de género.

No existen programas específicos para la distribución de preservativos en escuelas y liceos.

➤ **Facilidad de obtención y orientación para el uso correcto de los condones por las jóvenes.**

Se han desarrollado acciones de prevención, alentando al uso del condón mediante la distribución de folletería y campañas públicas. Si bien ha habido campañas en torno a los días nacionales e internacionales de lucha contra el SIDA éstas no han tenido la permanencia y sostenibilidad requerida para promover cambios de práctica y conductas más responsables. A ello se le añade que en varios casos los mensajes de dichas campañas no contemplan las especificidades de cada una de las poblaciones a las que van dirigidas.

Por su parte, si bien se desarrollan estrategias de comunicación directa en algunos centros de salud, policlínicas y otros servicios, alentando a concurrir a charlas en las cuales se entrega material, la valoración de la sociedad civil es que estas iniciativas son insuficientes.

Asimismo, desde la sociedad civil se plantea que las mujeres -incluyendo las jóvenes- tienen accesibilidad relativa para obtener condones, tanto masculinos como femeninos, en cantidad suficiente y de modo gratuito. También señalan que en los centros de salud no siempre la receptividad y la formación de la “primer ventanilla” es la más adecuada, principalmente para la captación de la población joven.

El preservativo femenino es entregado por parte del MSP-PPITS- SIDA a algunos centros de salud y a ONGs que trabajan en la temática de VIH-SIDA.

Los lubricantes los provee actualmente el MSP- PPITS-SIDA a dichas ONGs, siendo inexistente su distribución a nivel nacional. En 2010, en el marco de un proyecto piloto, se compraron 2.000

unidades para ser entregadas a través de las organizaciones sociales que trabajan con poblaciones en condiciones de vulnerabilidad.

## **META 53 | PREVENCIÓN**

*“Para 2005, asegurar que por lo menos el 90% de los jóvenes de ambos sexos de 15 a 24 años de edad, y para 2010, por lo menos el 95% de ellos, tengan acceso a la información, la educación, incluidas la educación entre pares y la educación específica para jóvenes sobre el VIH, así como a los servicios necesarios para desarrollar las habilidades requeridas a fin de reducir su vulnerabilidad a la infección por el VIH, todo ello en plena colaboración con los jóvenes, las madres y los padres, las familias, los educadores y el personal de atención de la salud”*

### **Indicadores:**

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

Uruguay participó en la 1ª Reunión de Ministros de Salud y Educación celebrada en la ciudad de México, en el marco de la XVII Conferencia Internacional de SIDA. En dicha instancia aprobó la declaración emitida para Detener el VIH e ITS en Latinoamérica y el Caribe, con el objetivo de fortalecer la respuesta a la epidemia del VIH en el contexto educativo formal y no formal.

En cuanto a la implementación del Programa de Educación Sexual, se destaca la institucionalización de la educación sexual en todos los niveles de la Educación Pública. Se desarrolló una estrategia de trabajo en los Institutos de Formación Docente, llegando a 2.393 alumnos de Educación Secundaria con la formación de docentes referentes. En el Ciclo Básico de Educación Técnica Profesional se trabaja en un espacio obligatorio de dos horas semanales, cubriendo 66 escuelas, con una totalidad de 14.400 alumnos. Se ha logrado la articulación de varios grupos y organizaciones de la sociedad civil para el trabajo en común en el ámbito comunitario y territorial de la educación sexual y la prevención al VIH, que trabajan en redes locales de salud y educación.

En cuanto a la investigación, el Programa cuenta con un área de producción de conocimiento que se propone la realización de estudios específicos a los efectos de hacer posible la aproximación a las realidades del sistema educativo, ofreciendo insumos necesarios para incrementar la calidad del proceso educativo ofrecido.

A nivel del Ministerio de Salud Pública se han implementado acciones en el marco del Proyecto “Armonización de Políticas Públicas para la Educación Sexual y la Prevención de VIH/SIDA y Drogas en el Ámbito Escolar” apoyado por la Agencia de Cooperación para el Desarrollo Técnico (GTZ), el Centro Internacional de Cooperación Técnica (CICT) de Brasil y las Naciones Unidas para el SIDA (ONUSIDA). A través de un concurso de propuestas innovadoras de investigación se buscó promover la participación de jóvenes de 12 a 19 años en su comunidad y en los procesos de toma de decisión en lo concerniente a la salud sexual y reproductiva, prevención del VIH-SIDA y del consumo de sustancias.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Datos extraídos del “Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS-2010” MSP

## META 54 | PREVENCIÓN.

*“Para 2005, reducir el número de lactantes infectados con el VIH en un 20% y para 2010 en un 50%, ofreciendo al 80% de las mujeres embarazadas que acuden a servicios de atención prenatal información, apoyo psicológico y otros servicios de prevención del VIH, aumentando la disponibilidad de tratamiento eficaz para reducir la transmisión del VIH de madre a hijo y brindando acceso a ese tratamiento a las mujeres infectadas con VIH y a sus hijos lactantes, así como mediante intervenciones eficaces para las mujeres infectadas con el VIH, que incluyan servicios de apoyo psicológico y de detección voluntarios y confidenciales, acceso a tratamiento, especialmente la terapia antirretroviral y, cuando proceda, a sucedáneos de la leche materna y a una serie continua de servicios de atención.”*

### Indicadores:

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

Existe un déficit en la consejería a las mujeres embarazadas con VIH/SIDA, en tanto en muchos servicios sólo se deriva o cuando la consejería es realizada por el profesional en la consulta, y en algunos casos participa un profesional de salud mental (en caso de que se cuente con un equipo multidisciplinario).<sup>6</sup>

Asimismo, se considera menester profundizar en la consejería y ofrecer capacitación y sostén emocional a los técnicos encargados de informar a los pacientes sobre un resultado positivo.

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

En los servicios públicos y privados de salud se brinda Tratamiento Antirretroviral a toda mujer embarazada con VIH/SIDA durante el período de gestación y durante el parto.

- **Disponibilidad de pruebas de detección.**

Existe adecuada disponibilidad de pruebas de detección de VIH, y se ha incorporado la prueba rápida de VIH en partos no controlados y emergencias.

- **Calidad de la consejería para pruebas de detección de VIH realizados en los servicios de salud pre natal.**

Si bien el ofrecimiento de la prueba de detección de VIH se considera importante dentro del ámbito gubernamental del MSP-PPITS-SIDA, lo más habitual en los servicios de salud (públicos y privados) es que se limitan a ofrecer la prueba de VIH, sin considerar el protocolo en su totalidad, el cual incluye la consejería pre -test.

En el caso de los servicios públicos la información disponible indica que se cumple con el consentimiento informado y la confidencialidad de la información.<sup>7</sup>

No existe disponibilidad de información sobre este aspecto para servicios del subsector privado.

<sup>6</sup> Informe del Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva de MYSU, 2009.

<sup>7</sup> Idem.

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

En diciembre de 2008, por Ordenanza Ministerial 821, se estableció la obligatoriedad de notificación al sistema de vigilancia Epidemiológica nacional en casos de sífilis.

Por su parte, se implementó la prueba rápida de sífilis para el caso de partos no controlados y de emergencias.

A este respecto se destacan como barreras para la detección de sífilis: el inadecuado control o no control del embarazo (especialmente en zonas periféricas); el desconocimiento de la mujer a exigir el diagnóstico de VIH y sífilis en el control prenatal; la actitud del personal de salud que no lleva a la prevención de la SC y la mala instrumentación del seguimiento del RN y su madre con sífilis.<sup>8</sup>

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

En caso de detección de sífilis en el transcurso de la gestación, el tratamiento es accesible a todas las mujeres. No obstante, ha incrementado de manera significativa el número de casos detectados de sífilis congénita y de sífilis materna según los datos disponibles por el MSP y por el Centro Hospitalario Pereira Rossell, principal maternidad del país.

A este respecto, cabe destacar que la articulación del MSP con ASSE en el último quinquenio ha contribuido, en especial en Montevideo y zona metropolitana, a la extensión de los servicios del Primer Nivel y hospitalarios, de la aplicación del test rápido para sífilis en la primera consulta de la mujer embarazada, junto con el tratamiento adecuado con penicilina, brindando consejería oportuna y suministrando condones masculinos.<sup>9</sup>

➤ **Soporte nutricional para gestantes con VIH.**

Referente a la orientación nutricional y el soporte psicosocial, no se cumple a plenitud en todos los casos.

➤ **Profilaxis anti VIH en el momento del parto.**

Cuando existe un diagnóstico de VIH se realiza la profilaxis en el momento del parto. La misma consiste, además de la administración de ARV durante el embarazo, en la programación de una cesárea y la administración de medicación intravenosa durante la misma. Si no se llega a una cesárea porque la mujer ya entró a trabajo de parto, o en los casos en los que el embarazo no fue controlado pero resulta positivo el resultado del test rápido, se le realiza ARV al recién nacido. En ambos casos se le sugiere a la madre que el niño no sea amamantado y se le indica leche sustituta.

---

<sup>8</sup> Ministerio de Salud Pública. Comisión Nacional por la Eliminación de la Sífilis Congénita. Sífilis congénita. Situación y recomendaciones.

<sup>9</sup> Benia W, Hopenhaym M, Rieppi L, Melgar S. (2009). p 24, 124-125.

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

Los niños y niñas que son atendidas por los servicios públicos reciben en forma gratuita los sucedáneos de la leche materna para la alimentación de los recién nacidos. Esto no sucede con las personas que se asisten en las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), en tanto tienen un costo bolsillo que varía según la institución.

## **META 59 | DERECHOS HUMANOS**

*“Para 2005, teniendo en cuenta el contexto y el carácter de la epidemia y que a escala mundial las mujeres y las niñas están desproporcionadamente afectadas por el VIH/SIDA, elaborar y acelerar la aplicación de estrategias nacionales que: promuevan el adelanto de la mujer y su pleno disfrute de todos los derechos humanos; promuevan la responsabilidad compartida de hombres y mujeres para asegurar relaciones sexuales sin riesgo; capaciten a la mujer para controlar y decidir de manera libre y responsable las cuestiones relativas a su sexualidad a fin de aumentar su capacidad de protegerse contra la infección por el VIH”*

### **Indicadores:**

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

Si bien se realizan algunas acciones coordinadas entre el Programa Prioritario de ITS/SIDA y el Programa de Salud de la Mujer y Género del Ministerio de Salud Pública, el trabajo conjunto tiende a ser puntual. En este sentido, se identifica un déficit en lo que refiere a políticas integradoras que trabajen conceptual y prácticamente en forma conjunta VIH, ITS, SSRR y violencia. En principio, esta situación sería subsanada al incorporar la atención integral en salud sexual y reproductiva a los servicios del Sistema Nacional Integrado de Salud a partir de enero de 2011.

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

Entre las mujeres más vulnerables a la epidemia, se han realizado algunas acciones puntuales en relación a las trabajadoras sexuales y a mujeres privadas de libertad, anteriormente señaladas. Sin embargo, las usuarias de drogas y aquellas que sufren violencia de género - que también se encuentran en situación de vulnerabilidad frente a la epidemia- no han recibido un tratamiento especial en este sentido.

En el caso de las mujeres con SIDA en situación de calle (así como también los hombres en dicha situación), no existen albergues específicos para aquellas que se hallan en fase terminal pero sin requerimiento de hospitalización.

Con respecto a la orientación anticonceptiva que se les brinda a las mujeres con VIH en los servicios de salud públicos, la misma es gratuita y apunta al uso de preservativo masculino y femenino, DIU (reforzado con el preservativo), anticoncepción de emergencia y anticonceptivos orales a las mujeres que no están en TAR (esto es debido a que ambos pueden interferir). No existe inducción para la esterilización

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

Existe un vacío en la prestación de servicios que promuevan la inclusión de los varones para la prevención y tratamiento de la salud sexual y reproductiva.

A este respecto cabe destacar que con la Ley 18.426 se incorpora en los servicios públicos y privados la realización de la vasectomía a varones, mayores de 21 años, con consentimiento informado de la persona.

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

No existen programas de SSR, especialmente a las mujeres con VIH. La sociedad civil reconoce acciones puntuales de carácter focalizadas y a término, las cuales no son bien evaluadas. Los programas están orientados básicamente a la entrega de medicamentos antiretrovirales, siendo una falencia la calidad de la atención ante la falta de una atención integral y de calidad. En principio, esta situación sería subsanada a partir de enero de 2011 al incorporar la atención integral en salud sexual y reproductiva a los servicios del Sistema Nacional Integrado de Salud. .

## **META 60 | DERECHOS HUMANOS**

*“Para 2005, poner en práctica medidas para que las mujeres y las adolescentes estén en mejores condiciones de protegerse del riesgo de infección por el VIH, principalmente mediante la prestación de servicios de atención de la salud y de salud, incluidos servicios de salud sexual y reproductiva, y mediante una educación preventiva que promueva la igualdad de género en un marco en que se tengan en cuenta los aspectos culturales y de género.”*

### **Indicadores:**

- **Alcance, adecuación y efectividad de las acciones de programas de prevención específica para mujeres jóvenes.**
- **Alcance, adecuación y efectividad de programas de educación formal y no formal que promueven la equidad entre los sexos, considerando aspectos de las masculinidades, la heterofobia y la misoginia.**

No se cuenta con información disponible que permita evaluar el cumplimiento de esta meta en el país.

## **META 61 | DERECHOS HUMANOS**

*“Para 2005, asegurar el establecimiento y la ejecución acelerada de estrategias nacionales para la potenciación de la mujer, la promoción y la protección del pleno disfrute por la mujer de todos los derechos humanos y la reducción de su vulnerabilidad al VIH/SIDA mediante la eliminación de todas las formas de discriminación, así como de todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas, entre ellas las prácticas tradicionales y consuetudinarias nocivas, el abuso, la violación y otras formas de violencia sexual, el maltrato y la trata de mujeres y niñas.”*

## Indicadores:

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

En julio de 2002 se aprueba la ley 17.514 de Violencia Doméstica, en la cual se establecen actividades orientadas a su prevención, detección temprana, atención y erradicación

El 25 de noviembre de 2003 se presenta el Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica (creado por la Ley anterior), el cual se organiza en cinco ejes: promoción de derechos y prevención de violencia doméstica; formación y capacitación permanente en recursos humanos; abordaje en crisis, atención, tratamiento, rehabilitación; articulación de acciones y trabajo en Red; sistema de información, seguimiento y evaluación continua.<sup>10</sup>

En setiembre de 2009 se promulgó la Ley 18.561 de Acoso Sexual: Normas para su prevención y sanción en el ámbito laboral y en las relaciones docente-alumno. La misma tiene por objeto prevenir y sancionar el acoso sexual así como proteger a las víctimas del mismo, en tanto forma grave de discriminación y de desconocimiento del respeto a la dignidad de las personas que debe presidir las relaciones laborales y de docencia. Dicha ley comprende tanto el ámbito privado como el público.

Si bien se considera un avance la promulgación de esta ley, la misma aún no está debidamente reglamentada, existiendo vacíos procedimentales y de protocolización.

- **Alcance, adecuación y efectividad de acciones específicas contra la explotación sexual de las niñas.**
- **Cobertura, calidad y calidez de los servicios de atención a mujeres y niñas víctimas de violencia o violación sexual.**

En cuanto a los servicios de atención a mujeres en situación de violencia doméstica gestionados por Inmujeres, se constata que los mismos se han incrementado fundamentalmente a partir del segundo semestre de 2008. Inmujeres tiene alcance nacional, y con excepción del servicio que funciona en Montevideo –en la sede - los que funcionan en el interior son gestionados en convenio con Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC).<sup>11</sup>

Por su parte, la Intendencia de Montevideo – a través de la Secretaría de la Mujer- también brinda servicios de atención a mujeres en situación de violencia doméstica. Desde octubre de 2002 se encuentra el Servicio Telefónico de Asesoramiento de Mujeres en Situación de Violencia Doméstica (0800-4141) en convenio con la ONG Plenario de Mujeres del Uruguay (PLEMUU) y ANTEL. Asimismo, desde el año 2006 se implementa el Programa ComunaMujer, que funciona en distintas zonas de Montevideo, y conjuga un espacio de encuentro y planificación de las Comisiones Zonales de Mujeres, servicios de atención a mujeres en situación de violencia doméstica y trabajo a nivel comunitario.

---

<sup>10</sup> "Violencia de Género". CNSmujeres, Monitoreo 2008. Pág. 47.

<sup>11</sup> Idem. Pág. 48.

En lo referente a la atención a situaciones de maltrato y abuso sexual hacia niñas cabe hacer mención a la Línea Azul de INAU (0800-5050) servicio de recepción de denuncias y primer nivel de abordaje de dichas situaciones.

También existen, en Montevideo y algunos departamentos del interior, servicios psico-sociales de atención a situaciones de violencia hacia a niños, niñas y adolescentes, gestionadas directamente por INAU y en convenio con OSC.<sup>12</sup>

En cuanto a la detección de situaciones de violencia doméstica en los servicios de salud, se visualiza falencias en la aplicación del protocolo en las consultas debido al temor por parte de los profesionales de la salud de no saber cómo proceder ante dichas situaciones.<sup>13</sup>

A su vez, prevalece un alto grado de desconocimiento por parte de las usuarias respecto a la existencia de servicios de violencia doméstica en los servicios de salud, lo que se debe, en gran parte, a la escasa difusión de esta prestación.<sup>14</sup>

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

En el año 2005 se creó el Observatorio Nacional Sobre Violencia y Criminalidad perteneciente al Ministerio del Interior. El mismo tiene como finalidad brindar datos vinculados a la evolución de la criminalidad y la gestión policial. Es en este marco que se obtienen datos estadísticos y cualitativos sobre situación de violencia y criminalidad en nuestro país.<sup>15</sup>

Por su parte, Inmujeres posee un Sistema de Información de Género, con el cual se propone evidenciar las formas en que la sociedad produce y reproduce inequidades entre varones y mujeres.<sup>16</sup>

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

La Ley Nº 18.426 de Defensa al Derecho Sexual y a la Salud Sexual y Reproductiva, en su Artículo 3º, entre los objetivos específicos de las políticas y programas de salud sexual y reproductiva, en el ítem g) menciona ofrecer la ligadura tubaria. A su vez, el decreto ministerial establece el derecho de toda mujer y varón mayor de 21 años de acceder a la ligadura tubaria y vasectomía por su sola voluntad, firmando un consentimiento informado como único requisito.

Si bien los dos informes 2008 y 2009 del Observatorio Nacional en Género y SSR<sup>17</sup> reportan la existencia de importantes barreras –de distinta índole– para su implementación, a partir del 1º de enero del corriente año comenzó a regir el decreto reglamentario Nº 293/010 de dicha Ley, con el cual se establece el acceso universal a prestaciones en salud sexual y reproductiva en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. Por consiguiente, con ello se establece que las instituciones de salud (públicas y privadas) deben garantizar el acceso a métodos anticonceptivos reversibles así como no reversibles.

---

12 Idem. Pág 51.

13 Informe del Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva de MYSU, 2009.

14 Ídem.

15 Extraído de <http://www.minterior.gub.uy/webs/observatorio/>

16 <http://www.inmujeres.gub.uy/mides/carpeta.jsp?contentid=3442&site=1&channel=inmujeres>

17 Informes del Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva de MYSU, 2008, 2009.

En Uruguay se mantiene vigente la penalización del aborto. En este sentido, hubo reiterados intentos por parte de la sociedad civil para modificar la legislación al respecto, en pro de generar una mayor sintonía entre los hechos concretos que suceden en la realidad y el derecho positivo que rige en el país. Si bien por su carácter de delito, que presenta en la actualidad, no se dispone de cifras exactas respecto al número de abortos que se practican al año, existe conocimiento de que el mismo supone un número alto en relación al número de nacimientos.

Con respecto a las mujeres con VIH, se sigue las políticas generales que aplican a todas las mujeres.

Se continúa abogando en el marco de la una ley que despenalice el aborto por sola voluntad de la mujer, hasta las 12 semanas de gestación, tal como fuera aprobado en el año 2008 por el Parlamento Nacional y que fuera vetada por el Poder Ejecutivo. Mientras tanto, el aborto continúa siendo un delito en el país por la ley vigente 9768 de 1938 siendo por tanto una práctica clandestina e ilegal.

## **META 62 | REDUCCIÓN DE LA VULNERABILIDAD.**

*“Para 2003, a fin de complementar los programas de prevención de actividades que exponen al riesgo de infección por el VIH, como el comportamiento sexual de alto riesgo y sin protección y el uso de drogas inyectables, establecer en todos los países estrategias, normas y programas que individualicen y comiencen a enfrentar los factores que hacen particularmente vulnerable a la infección por el VIH, entre ellos el subdesarrollo, la falta de seguridad económica, la pobreza, la falta de potenciación de la mujer, la falta de educación, la exclusión social, el analfabetismo, la discriminación, la falta de información y/o de productos para protegerse, y todo tipo de explotación sexual de mujeres, niñas y niños, incluso con fines comerciales; tales estrategias, normas y programas deben abordar la dimensión de género de la epidemia, especificar las medidas que se han de adoptar para superar la vulnerabilidad y fijar las metas que se han de alcanzar”*

### **Indicadores:**

- **Alcance, adecuación y efectividad en la aplicación de acuerdos, convenios y tratados internacionales así como el impulso de las leyes que castiguen la trata de mujeres.**

La Ley 17.815 sobre Explotación Sexual Comercial de Niñas, Niños, Adolescentes y Personas con Discapacidad, está vigente desde 2004. Existe un proyecto de ley de Utilización de Imágenes de Niñas, Niños o Adolescentes con Fines Eróticos. El mismo agrega entre las conductas típicas del ilícito la utilización de imágenes de niños tomadas indiscriminadamente para satisfacer la libido propia o ajena.

- **Penalización de la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes.**
- **La trata de mujeres con fines de explotación sexual comercial.**

Hacia fines de 2007 se aprueba la Ley de Migración 18.250. En los Artículos 77, 78, 79 y 80 crea los tipos penales de Trata de Personas y Tráfico de Personas. Entre las principales fortalezas de esta ley se encuentra la de quitar relevancia jurídica al eventual consentimiento de la víctima para someterse a la trata, y la de incluir en el tipo penal tanto la trata nacional como el

internacional. Sin embargo, los expertos señalan como debilidades el hecho de que esta ley se limita a definir tipos penales pero no garantiza la atención psicosocial de las víctimas ni su acompañamiento durante el juicio. Tampoco prevé el alojamiento, la inserción laboral y social, atención especializada, ni el retorno voluntario al país o el asentamiento en otro lugar seguro.

### **META 63 | REDUCCIÓN DE LA VULNERABILIDAD.**

*“ Para 2003 establecer y/o reforzar estrategias, normas, programas que reconozcan la importancia de la familia para producir la vulnerabilidad, entre otras cosas educando y orientando a los niños, y que tengan en cuenta los factores culturales, religiosos, éticos a fin de reducir la vulnerabilidad de niños y jóvenes mediante el acceso garantizado de las niñas y los niños a la enseñanza primaria y secundaria, con programas de estudios para adolescentes que incluyan el VIH/sida; entornos seguros y protegidos, especialmente para las niñas; ampliación de servicios de buena calidad para los jóvenes en materia de información, educación sobre salud sexual y apoyo psicológico; el fortalecimiento de los programas de salud sexual y reproductiva, y la incorporación, en la medida de lo posible, de las familias y los jóvenes en la planificación, la ejecución y la evaluación de los programas de atención y prevención del VIH/sida”.*

#### **Indicadores:**

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

En cuanto al concepto de familia, el gobierno reconoce diversos modelos de familia. Sin embargo, sus estrategias no siempre se adecuan a las realidades familiares que presentan los grupos más vulnerables.

La perspectiva multicultural está ausente en la formulación de los proyectos sociales planteados desde el gobierno. La sociedad civil reconoce un pequeño avance en interculturalidad, pero en espacios y lugares muy específicos, por ejemplo, Ministerio de Educación y Cultura donde fueron creadas la Comisión contra racismo, xenofobia y discriminación, y la Coordinación y promoción de políticas públicas afirmativas para afrodescendientes.

Respecto a la orientación y enfoque de las actividades de educación sobre VIH en las escuelas, la ley de Educación anuncia que desarrollará políticas de promoción de la igualdad educativa, destinada a enfrentar situaciones de marginación, estigmatización y otras formas de discriminación, derivadas de diferentes factores socioeconómicos, culturales, de género o de cualquier otra índole, que afecte el ejercicio pleno del derecho a la educación. Sin embargo, la Ley está aprobada pero aún no se han creado los mecanismos para su aplicación.

- **Efectividad y cobertura de la implementación de entornos seguros y protegidos para niñas más vulnerables.**
- **Acceso a vivienda, educación, alimentación para niñas afectadas o infectadas por el VIH.**
- **Alcance, adecuación y efectividad de los programas de salud integral para adolescentes.**

El Programa Nacional de Salud Adolescente del MSP desarrolla diferentes actividades tendientes a la promoción del desarrollo integral desde un enfoque de derechos y género. Este

programa pretende orientar las prácticas de los servicios de salud públicos y privados. Entre sus principales acciones se encuentra la creación de Espacios Adolescentes que en la actualidad ascienden a 39 en todo el territorio nacional.

Por otra parte, en junio de 2009, y por Decreto Ministerial, se establece el Carné de Salud del Adolescente, con carácter de obligatoriedad para todo el territorio nacional y comprende a niños y adolescentes de 12 a 19 años. Mediante el mismo se busca favorecer un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia de los diferentes niveles del sistema de salud.

En 2009 el Programa Nacional de Salud Adolescente publica el Tomo I de las *“Guías para el Abordaje Integral de la Salud de Adolescentes en el Primer Nivel de Atención.”* Las mismas se basan en tres enfoques transversales: derechos, género y diversidad y contiene un capítulo específico de “Salud sexual y salud reproductiva” así como un capítulo sobre “ITS/VIH”.

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

Según datos del Informe 2009 del Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva, los temas más tratados en la consulta ginecológica por los profesionales son: el PAP, lactancia materna y uso de pastillas anticonceptivas. Los menos tratados son: infertilidad y esterilidad, aborto y reglamentaciones y leyes sobre salud sexual y reproductiva. Si bien a nivel nacional el 68% de las mujeres señalan que se van de la consulta con una sensación de tranquilidad y sintiendo que resolvieron su demanda de atención, este dato desagregado por Montevideo e interior del país, muestra importantes diferencias en detrimento de la calidad de atención en los centros de salud del interior del país.<sup>18</sup>

Hay cobertura garantizada por el SNIS en servicios públicos de salud para aquellas personas que no cuentan con aportes a la seguridad social. Con respecto a las personas afiliadas a servicios privados, a través de la seguridad social o de manera directa, se presentan serias restricciones al momento del pago de costo bolsillo del valor de los tickets de medicación y exámenes periódicos.

Existen barreras formales para abordar el tema de la SSR de las mujeres privadas de libertad. Las cárceles femeninas requieren un sistema de asistencia sanitario específico, haciendo hincapié en la SSR, pero sin embargo no hay políticas específicas adoptadas. Los servicios de obstetricia y ginecología que prestan distan mucho de ser suficientes y adecuados. En las unidades penitenciarias femeninas no se provee periódicamente de preservativos. Han sido mayoritariamente las ONG quienes desarrollan actividades preventivas en dichos centros. Las intervenciones que se realizan son puntuales, sin continuidad de las mismas, requiriendo una mayor articulación intersectorial y coordinación para la atención de salud.

A este respecto, existe un consenso en la sociedad civil respecto a que los aportes gubernamentales en materia de reducción de la vulnerabilidad no han incrementado.

- **Participación efectiva de jóvenes en el diseño, monitoreo y evaluación de los programas.**
- **Alcance, adecuación y efectividad de las acciones de capacitación para los maestros en cuestiones de salud sexual y reproductiva.**

---

<sup>18</sup> Informe del Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva de MYSU, 2009.

Desde el año 2006 el Consejo Directivo Central (CODICEN) de la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP), lleva adelante un Programa Nacional de Educación Sexual, a partir del cual se incorpora dicha temática al proceso educativo en todos los niveles de la educación formal (Primaria, Secundaria, UTU y formación docente).

#### **META 64 | REDUCCIÓN DE LA VULNERABILIDAD.**

*“Elaborar y/o fortalecer estrategias, normas y programas nacionales, apoyados por iniciativas regionales e internacionales, según corresponda, aplicando un enfoque propicio a la participación, para promover y proteger la salud de los grupos identificables que actualmente tienen tasas elevadas o en aumento de la infección por el VIH o que, de conformidad con la información pública sobre salud, tienen el mayor riesgo o son más vulnerables a nuevas infecciones, según indican factores como la historia local de la epidemia, la pobreza, las prácticas sexuales, los hábitos de consumo de drogas, los medios de vida, la reclusión en instituciones, la alteración de las estructuras sociales y los movimientos de población, forzosos o no.”*

##### **Indicadores:**

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

En el año 2003 se creó la Comisión de Salud Sexual y Reproductiva en el marco de la Comisión de Salud del MERCOSUR.

Por su parte, en Uruguay existen varias organizaciones sociales de mujeres de la sociedad civil que trabajan en la temática de VIH-SIDA y SSR, las cuales, a su vez, integran redes regionales e internacionales vinculadas a dichas temáticas.

#### **META 65 | HUÉRFANOS**

*“Elaborar y poner en práctica, normas y estrategias nacionales a fin de establecer y fortalecer la capacidad de los gobiernos, las familias y las comunidades para dar un entorno que brinde apoyo a los huérfanos y las niñas y los niños infectados o afectados por el VIH/SIDA, entre otras cosas, dándoles asesoramiento y apoyo psicosocial adecuado y asegurándoles escolarización y acceso a la vivienda, buena nutrición y servicios sociales y de salud en pie de igualdad con otros niños y proteger a los huérfanos y a las niñas y los niños vulnerables de toda forma de maltrato, violencia, explotación, discriminación, trata y pérdida del derecho de sucesión.”*

##### **Indicadores:**

- Alcance, adecuación y efectividad de programas específicos de soporte a huérfanos y niños y adolescentes infectados/as y afectados/as por el VIH;
- Calidad de albergues, hogares sustitutos y/o centros de internación del Estado para niños y adolescentes infectados o afectados por el VIH;

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

En la actualidad no existe en nuestro país un diagnóstico de situación de las niñas y niños huérfanos por VIH-SIDA. En el mes de mayo se culmina la investigación *"Conocer para Intervenir"*, realizada desde la Unidad de Infectología con la organización social Compañeros de las Américas, en acuerdo con el MSP- PPITS-SIDA y el apoyo de UNICEF. Dicha investigación brindará un diagnóstico más acabado sobre esta realidad.

Desde el año 1995, ASEPO, y del año 2003, Compañeros de las Américas, lleva adelante un programa en la Unidad de Infectología del CHPR de apoyo nutricional, viáticos, documento de identidad y otros apoyos puntuales para las niñas y niños con VIH-SIDA huérfanos y el adulto a su cargo. A ello se añade la canasta de alimentación bridada por la Organización Promesa.

Las iniciativas dirigidas a niños/as y adolescentes infectado/as y afectado/as por el VIH se consideran insuficientes en efectividad y cobertura.

## **META 68 | MITIGACIÓN DE LOS EFECTOS SOCIALES Y ECONÓMICOS**

*"Para 2003, evaluar los efectos sociales y económicos de la epidemia del VIH/SIDA y elaborar estrategias multisectoriales para hacer frente a esos efectos en los planos individual, familiar, comunitario y nacional, elaborar y acelerar la ejecución de estrategias nacionales de erradicación de la pobreza para hacer frente a los efectos del VIH/SIDA en los ingresos de los hogares, los medios de vida y el acceso a los servicios sociales básicos, prestando especial atención a las personas, las familias y las comunidades más gravemente afectadas por la epidemia; estudiar los efectos sociales y económicos del VIH/SIDA en todos los planes de la sociedad, especialmente en las mujeres y personas de edad, particularmente en relación con su función de proporcionar cuidados y su función en las familias afectadas por el VIH/SIDA, y atender a sus necesidades especiales; ajustar y adaptar las políticas de desarrollo económico y social, incluida la política de protección social, para hacer frente a los efectos del VIH/SIDA en el crecimiento económico, la prestación de servicios económicos esenciales, la productividad laboral, los ingresos fiscales y las presiones que producen un déficit de los recursos públicos"*

### **Indicadores:**

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

En Uruguay el gobierno no ha propiciado estudios sobre el impacto socioeconómico en las mujeres con VIH. Sin embargo, en un estudio realizado por MYSU en 2008-2009, con mujeres con VIH, surge un dato que indica la necesidad de profundizar en el tema, en tanto el 88% de las encuestadas refirió haber trabajado a lo largo de su vida en forma remunerada, sin embargo al momento del estudio sólo un 31% lo continuaban haciendo. Esto indica que el 65% de las mujeres que trabajaron a lo largo de su vida, por algún motivo no lo hacen más. Cabe destacar que la mayor concentración de mujeres encuestadas estaba entre los 25 y los 49 años de edad, ninguna era menor de 18 ni mayor que 65 años.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> Informe del Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva de MYSU, 2008.

## META 72 | INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO

*“Establecer y evaluar métodos adecuados para vigilar la eficacia del tratamiento, la toxicidad, los efectos secundarios, la interacción entre los medicamentos y la resistencia a éstos; establecer metodologías para vigilar los efectos del tratamiento en la transmisión del VIH y en los comportamientos de riesgo.”*

### Indicadores:

- Alcance y calidad de los sistemas de vigilancia de los efectos colaterales de los ARV, desagregado por sexo y género.
- Adecuación de las respuestas de los proveedores de servicios de salud a los efectos de la resistencia y efectos secundarios de los ARV en mujeres.

En 2008 se realizó un estudio de prevalencia de la infección VIH en población general. El mismo tomó una muestra de 12.500 personas a nivel nacional, arrojando como resultado una prevalencia nacional de 0,47%.

La gran variabilidad genética del virus de VIH influye en forma directa en las posibilidades de éxito de los tratamientos con antivirales. Por tal motivo la vigilancia epidemiológica molecular es vital para diseñar las estrategias nacionales de tratamiento en base a antivirales. Según el MSP, si bien los estudios de resistencia a antivirales han comenzado, lo han realizado recientemente. Por tal motivo los resultados obtenidos a la fecha no permiten un análisis representativo de las tendencias de patrones de resistencia.

Por su parte, se han mostrado avances en relación a estudios comportamentales, de actitudes y prácticas sobre VIH. Hacia fines de 2007, y a instancias del Programa Prioritario ITS-SIDA, Equipos MORI realizó el estudio *“Encuesta sobre actitudes y prácticas de la población frente al VIH/sida”*. Dicho estudio comprendió la realización de encuestas a 1509 personas de entre 18 y 65 años, distribuidas en el territorio nacional. Entre sus principales conclusiones se destaca: el 69% de las personas identifica las relaciones sexuales o las relaciones sexuales sin condón como una de las vías de transmisión del VIH, y 80% reconoce al preservativo como el principal insumo de prevención del VIH. No obstante ello, el 60% de los encuestados no utilizó preservativo en su última relación sexual. El 48% refirió desconocer que el diagnóstico precoz durante el embarazo de la mujer con VIH junto a un tratamiento adecuado reduce a 1% o 2% la transmisión madre a hijo. El 17% y 29% respectivamente, creen o no están seguros de que la transmisión puede darse por compartir el mate o por la picadura de mosquitos. Tres de cada diez personas creen que la sífilis es una enfermedad que ya no existe.

En 2009, a pedido del Programa Prioritario ITS-SIDA y del Programa De Salud Adolescente junto con Equipos Mori desarrolló el estudio *“Prácticas de Salud, VIH e Infecciones de Transmisión Sexual y Uso de Drogas en Adolescentes y Jóvenes”* que se basó en encuestas a personas de entre 15 y 24 años. Entre sus principales conclusiones se señala que si bien los jóvenes reconocen a las relaciones sexuales como la principal vía de transmisión del VIH y al preservativo como el mejor recurso para prevenirlo, la mitad no lleva preservativos consigo. Esta cifra asciende a 66% en la población femenina en esta franja etárea. Tanto en este estudio como en el citado anteriormente, se señalan indicios de discriminación hacia las personas con VIH, en un tercio de la población adulta y en casi la mitad de los jóvenes encuestados.

Respecto a la feminización del VIH y su relación con la violencia contra las mujeres, MYSU llevó adelante un estudio en Uruguay, el cual se realizó paralelamente en Brasil, Argentina y Chile. Dicho estudio denominado *"Dos caras de una misma realidad: violencia contra las mujeres y feminización del VIH-sida en el MERCOSUR"* encuestó a 100 mujeres con VIH y relevó el historial de violencia. Entre los principales hallazgos de dicho estudio se señalan: el 72% de las encuestadas refirió haber recibido maltrato emocional o psicológico a lo largo de su vida; el 45% del mismo refiere haber sido avergonzada o humillada, seguidos por las burlas con 19%, el rechazo o desprecio por las tareas que realiza con 17% y 16% a insultos. El maltrato emocional alcanza su punto máximo en la juventud seguida por una existencia pareja entre la adolescencia y la adultez. El 39% de las encuestadas que recibieron maltrato emocional en el pasado también lo padecen en el presente, representando el 27% del total de las encuestadas. El 57% de las encuestadas refirió haber recibido maltrato físico a lo largo de su vida. El 58% del mismo refiere a golpes de puño, seguido por los empujones con 19% y las quemaduras con 17%. El maltrato físico alcanza su punto máximo también en la juventud, seguido por la adultez y la adolescencia. El 21% de las encuestadas que recibieron maltrato físico en el pasado también lo padecen en el presente, representando el 11% del total de las mujeres encuestadas. El 39% de las encuestadas refirió haber sido tocada en forma inapropiada en la niñez. El 38% refiere haber sido obligada a mantener relaciones o contacto sexual alguna vez a lo largo de su vida. El abuso sexual alcanza su nivel máximo en la adolescencia y la juventud. El 6% de las encuestadas refieren vivir este tipo de situaciones de abuso sexual en la actualidad. El 62% de las mujeres refieren que las situaciones de violencia enunciadas sucedieron previo al diagnóstico de VIH. De las encuestadas, 53% cree que este tipo de situaciones pudieron influir mucho en su salud mental y psicológica, 19% nada y 9% poco. El 35% de las mujeres encuestadas refirieron haber recibido daños en su cuerpo o genitales o haber adquirido enfermedades o infecciones por causa de la violencia, señalando 21 % de las mujeres haberlo padecido más de cinco veces en su vida. El 31% de estas mujeres debió recibir en todos los casos atención médica.<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> Informe del Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva de MYSU, 2008.

### SECCIÓN III

En el presente acápite se identifican algunas fortalezas y debilidades en relación al informe UNGASS anterior y al análisis de la información relevada en el presente informe, las cuales suponen insumos para actualizar las recomendaciones realizadas desde la sociedad civil organizada.

#### Fortalezas

- 1) Creación del Fondo Nacional de Salud y del Sistema Nacional Integrado de Salud, que asegura a todos los residentes del país el acceso universal a servicios de salud en una modalidad integral.
- 2) A partir de marzo de 2010 asume la nueva Administración de Gobierno nacional. El Ministerio de Salud Pública reorganiza su estructura generando una Dirección de Planificación Estratégica en Salud (DPES) organizada en cuatro áreas prioritarias, entre ellas la de Salud Sexual y Reproductiva.
- 3) El Programa de ITS – Sida se incorpora al Área de Salud Sexual y Reproductiva como uno de sus programas junto con el Programa de Salud integral de la Mujer y el Programa de Violencia y Salud.
- 4) Existencia de Inmujeres- MIDES y del Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos.
- 5) Existencia de una ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva.
- 6) Existencia de normativas y guías clínicas en distintas dimensiones de la salud sexual y reproductiva (anticoncepción reversible, atención de embarazo, parto y puerperio, prevención del embarazo provocado en condiciones de riesgo y atención de sus complicaciones, protocolo de diagnóstico de violencia doméstica en los servicios de salud), y en VIH-SIDA (diagnóstico, tratamiento antiretroviral y monitorización de adultos y mujeres embarazadas, obligatoriedad serológica en mujeres embarazadas, test rápido de VIH y de sífilis, profilaxis y tratamiento en VIH en niños, notificación obligatoria de los casos de sífilis).
- 7) Existencia de prestaciones de diagnóstico, atención y tratamiento antiretroviral gratuito a personas con VIH-SIDA en los servicios públicos y la normativa ministerial de obligatoriedad de brindar la misma en el sector privado.
- 8) Existencia de mecanismos interinstitucionales de diálogo Estado – sociedad civil en salud sexual y reproductiva (Comisión Nacional asesora en Salud Sexual y Reproductiva) y en VIH-SIDA (Comisión Nacional de Sida -CONASIDA).
- 9) Existencia de una Ley de Educación que incorpora la Educación Sexual obligatoria y que propende a la promoción de la salud basándose en principios tendientes a la transformación de los estereotipos discriminatorios por motivos de género, raza, etnia u orientación sexual.

- 10) Existencia de diversas organizaciones de la sociedad civil (grupos, redes, ONGs) con un trabajo acumulado en promoción de derechos, prevención, orientación y asesoramiento e incidencia política en VIH-SIDA, diversidad sexual, género y salud sexual y reproductiva, muchas de las cuales participan activamente en los dos mecanismos inter-institucionales antes mencionados.
- 11) Publicación de los montos destinados a las estrategias de prevención y atención en VIH-SIDA, desagregados por fondos aportados por el presupuesto nacional y por la cooperación internacional.

## Debilidades

- 1) Las campañas públicas en salud sexual y reproductiva y VIH- SIDA siguen siendo escasas y sin continuidad, manteniéndose aún en el imaginario concepciones erróneas sobre la enfermedad, actitudes de discriminación y serias dificultades en la incorporación efectiva de prácticas de prevención y autocuidado en la población general y específicamente en mujeres y jóvenes.
- 2) La calidad de la atención y el acceso a los servicios relacionados a la salud sexual y reproductiva y al VIH-sida siguen presentando diferencias sustantivas entre Montevideo y el interior del país, en detrimento de este último.
- 3) Insuficiente e inconstante agenda de investigación en VIH-sida y SSR.
- 4) Insuficientes e inconstantes investigaciones e intervenciones sobre las poblaciones más vulnerables.
- 5) Ausencia de estudios promovidos desde el Estado sobre la feminización del VIH-SIDA en Uruguay, y por ende inexistencia de acciones y estrategias específicas que indaguen e intervengan para detener este lento pero ineludible fenómeno a nivel de la población general.
- 6) Falta de articulación entre las diversas instancias y programas estatales, prevaleciendo un enfoque y un tipo de intervención fragmentada, como es el caso de VIH, SSRR y violencia.
- 7) Débil inter-vinculación entre el PPITS-SIDA e Inmujeres.
- 8) Ausencia de políticas de protección integral a los derechos de niñas y niños con VIH y niños huérfanos de padres fallecidos por SIDA.
- 9) Predominio de una concepción sobre participación de las organización de la sociedad civil con énfasis en la validación y en la implementación de políticas y programas, y no como sujetos de incidencia política, control ciudadano, monitoreo y seguimiento, elaboración de insumos y propuestas para la definición y evaluación de políticas y generación de conocimientos sistematizados.

## Recomendaciones

- 1) Generar sistemas de monitoreo independiente, con la participación de los actores sociales implicados y que contribuyan a generar un sistema de indicadores que proporcione información fiable del cumplimiento de las normativas y la calidad de los servicios, más allá de la información oficial.
- 2) Desarrollar políticas nacionales que incluyan acciones coordinadas en salud de las mujeres, SSR, VIH-sida, que superen enfoques verticales.
- 3) Garantizar prestaciones de observancia obligatoria en SSR y VIH-SIDA, en el SNIS que avancen sobre las previamente existentes en los servicios públicos y que garanticen cobertura y acceso universal, atención integral y de calidad en estas áreas.
- 4) Desarrollar campañas sostenidas, de interés público y de carácter inter – institucional en VIH-sida y SSR.
- 5) Generar mecanismos para la actualización profesional y capacitación de los equipos de salud que fortalezca la implementación de los lineamientos programáticos en SSR, género y VIH-sida.
- 6) Promover la incorporación de SSR, género y VIH-sida en la formación de grado y de post grado de profesionales de la salud.
- 7) Incorporar en la Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva al Programa de ITS-sida y en la CONASIDA al programa de salud de las mujeres, al Inmujeres y al programa de Adolescencia del MSP.
- 8) Asignar recursos claramente identificados en el presupuesto nacional para los programas y sus políticas.
- 9) Fortalecer la capacidad de incidencia de las OSC para una participación calificada y reconocida.
- 10) Desarrollar políticas integrales hacia niñas y niños con VIH y huérfanos.
- 11) Fomentar la construcción de una agenda nacional de investigación en SSR, género y VIH – SIDA.

## FUENTES CONSULTADAS

- Benia W, Hopenhaym M, Rieppi L, Melgar S. (ed) (2009). Creciendo en Salud. Jornadas de Atención Primaria de Salud de la Red de Atención del Primer Nivel. RAP-ASSE. Montevideo.
- CNSmujeres. "Violencia de Género". Monitoreo 2008.
- González Perret, D. (2010) Producción legislativa en materia de género y generaciones durante el período febrero 2005 – noviembre 2009. Bancada Bicameral Femenina. Montevideo.
- MSP (2010) Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del UNGASS. Informe 2010- Uruguay
- MYSU-ASEPO (2008) Monitoreo de la Declaración de Compromisos en VIH-Sida (UNGASS, Naciones Unidas) sobre las Metas en Salud Sexual y Reproductiva de las Mujeres. Informe de la Sociedad Civil 2005-2007. Montevideo.
- MYSU (2009) Dos caras de una misma realidad: violencia contra las mujeres y feminización del VIH-sida en el MERCOSUR. Montevideo
- MYSU (2009) Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva en Uruguay. Informe 2009 .Montevideo
- MYSU (2008) Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva en Uruguay. Informe 2008 .Montevideo

## RECURSOS WEB

- Ministerio de Desarrollo Social: [www.mides.gub.uy](http://www.mides.gub.uy)
- Ministerio de Salud Pública: [www.msp.gub.uy](http://www.msp.gub.uy)
- Observatorio de Género y Salud Sexual y Reproductiva de Mujer y Salud en Uruguay :[www.mysu.org.uy/observatorio](http://www.mysu.org.uy/observatorio)
- Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad del Ministerio del Interior <http://www.minterior.gub.uy/webs/observatorio/>
- Parlamento de la República Oriental del Uruguay: [www.parlamento.gub.uy](http://www.parlamento.gub.uy)